

Guide de bonnes pratiques



Organisation des filières d'urgence des patients à présentation psychiatrique

Organization of Emergency Pathway for Patients with Psychiatric Presentations

2025

Commission RIS²Q

Risque, incident, sécurité, sûreté, qualité

Texte validé : comité RIS²Q (03/04/2025), validé par le conseil d'administration de la SFMU (06/05/2025)

Auteurs : Laurence Arrouy, Sylvain Benenati, Catherine Caplette, Benjamin Chevallier, Evelyne Dubreucq, Jonathan Duchenne, Charles-Henri Houze-Cerfon, Nicolas Juzan, Edouard Lansiaux, Hugues Lefort, Frédéric Paris, Hélène Pizzut, Ludovic Radou, Fabien Vaniet, Caroline Zanker

Auteurs pour correspondance : Benjamin Chevallier, dr.chevallier@hotmail.com

Organisateur : Société française de médecine d'urgence (SFMU)

Groupes de lecture, Conseil d'administration de la SFMU : Sandrine Charpentier (présidente), Dominique Savary (vice-Président), Patricia Jabre, Guillaume Debaty, Anthony Chauvin, Youri Yordanov, Xavier Bobbia, Tahar Chouihed, Julie Contenti, Florence Dumas, Olivier Mimoz, Patrick Ray, Nicolas Termoz Masson

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS	3
INTRODUCTION	4
1. La régulation du service d'accès aux soins	5
1.1. Que dit la législation ?	
1.2. Intérêt de structures spécialisées pour des parcours personnalisés	
1.3. Visio-régulation par un urgentiste ou par psychiatre	6
2. Transport vers l'hôpital	7
2.1. Que dit la législation ?	
2.2. Acteurs et rôles	8
2.3. Prise en charge et régulation	9
2.4. Modalités de la contention en extra hospitalier ?	10
3. L'arrivée aux urgences et les urgences	11
3.1. Accueil et installation du patient aux urgences	12
3.2. Prise en charge par l'urgentiste	13
3.3. Gestion de l'agitation	16
3.4. L'infirmier ayant une expérience en psychiatrie	18
3.5. L'infirmier en pratique avancée de psychiatrie	
3.6. Le recours à l'avis psychiatrique	19
4. Devenir des patients relevant d'une pathologie psychiatrique	20
4.1. L'unité d'hospitalisation de courte durée	
4.2. Un département d'aval psychiatrique	21
4.3. La décision de transfert vers un service psychiatrique	22
4.4. Le retour à domicile et le suivi ambulatoire	
4.5. Etat des lieux au plan international	23
CONCLUSION	25
ANNEXES	
Annexe 1 : Une équipe psychiatrique intégrée au SAS du SAMU de Paris	26
Annexe 2 : L'exemple de « PEGASE », SAS Psy de Bordeaux (33)	34
Annexe 3 : Aspects législatifs	36
Annexe 4 : Les types de demandes de soins psychiatriques	41
RÉFÉRENCES	43

ABRÉVIATIONS

AMU	Aide Médicale Urgente
AP	Ambulances Privées
AP-HP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARM	Assistant de Régulation Médicale
ARS	Agence Régionale de Santé
ASSU	Ambulance de Secours et de Soins d'Urgence
ATSU	Association des Transports Sanitaires Urgents
CAC	Centre d'Accueil de Crise
CMP	Centre Médico-Psychologique
CPOA	Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil
CRRA	Centre Réception et de Régulation des Appels
CRUP	Centre Renforcé d'Urgences Psychiatriques
CSAPA	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CTA-CODIS	Centre de traitement des appels du centre départemental d'incendie et de secours
CUMP	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
DEA	Diplôme d'Etat d'Ambulancier
DMU	Départements Médico-Universitaires
FIOP	Fond d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie
GHU	Groupe Hospitalier Universitaire
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IOA	Infirmier Organisateur de l'Accueil
IPsy	Infirmier de Psychiatrie
JDL	Juge Des Libertés
PDS	Permanence des Soins (ou médecine ambulatoire)
PTI	Protection Travailleur Isolé
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAS	Service d'Accès aux Soins
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SECOP	Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique
SPDRE	Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat
SPDTU	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence
SSPI	Soins Psychiatriques pour Péril Imminent
SU	Structure des Urgences
UF	Unité Fonctionnelle
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UMH	Unité Mobile Hospitalière
UPUP	Unité Post-Urgences Psychiatriques
VSAV	Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

INTRODUCTION

Plus d'un demi-million de passages pour motif psychiatrique ont été enregistrés aux urgences en 2023. C'est une hausse de 21% par rapport à l'avant Covid-19 [1]. Cette augmentation impose de mieux définir le parcours de prise en charge d'un patient à présentation psychiatrique nécessitant des soins d'urgence. Celui-ci peut débuter par un appel au service d'accès aux soins (SAS). C'est un dispositif essentiel pour assurer une coordination rapide et efficace en situation de crise. Une évaluation initiale y est effectuée par un médecin régulateur pour déterminer le niveau de soin requis. Elle est complétée si possible par une équipe psychiatrique. L'objectif est de mobiliser rapidement si besoin les secours appropriés afin d'adresser le patient au bon endroit.

Ainsi, le patient ayant une pathologie psychiatrique connue et sans problème somatique, doit être adressé directement dans une structure psychiatrique. Les autres patients seront adressés dans une structure des urgences (SU). À l'arrivée dans une SU, le patient est pris en charge par une équipe pluridisciplinaire qui évalue son état physique et psychique. Cette étape cruciale permet de poser un diagnostic précis et de proposer une prise en charge adaptée. Le rôle du psychiatre y est primordial, en collaboration étroite avec les autres professionnels de santé. Le devenir du patient à présentation psychiatrique, après son passage aux urgences, varie en fonction de nombreux facteurs, tels que la gravité de son état, la présence de comorbidités, et sa capacité à suivre un plan de soins ambulatoires. Certains patients sont orientés vers des unités d'hospitalisation spécialisées, tandis que d'autres peuvent regagner leur domicile avec une prise en charge adaptée et un suivi régulier par des services ambulatoires ou des structures d'accueil de jour.

Ce parcours de soin, en apparence linéaire, est en réalité jalonné de multiples étapes d'évaluation et de décisions, chacune visant à offrir au patient la prise en charge la plus adaptée à sa situation personnelle. Ce parcours est loin d'être universel sur le territoire national et de multiples filières de soins existent. Il se confronte fréquemment aux disparités locales en matière d'offre de soins psychiatriques et à la disponibilité des services au moment de l'appel, entraînant une prise en charge hétérogène des urgences psychiatriques. À cette diversité de l'offre s'ajoute un cadre législatif : quelles sont les possibilités d'hospitalisation sans consentement ? Quelles méthodes utiliser ? Quels vecteurs de transport choisir ? Vers quelles structures orienter le patient ? Ce sont autant de questions cruciales qui se posent à chaque étape du parcours de soin du patient. Faute de place en psychiatrie, la sollicitation croissante des structures de médecine d'urgence menace la qualité de la prise en charge des patients à présentation psychiatriques en crise lors de leur arrivée aux urgences.

Ces situations, toujours complexes, peuvent entraîner un retard dans la prise en charge de tous les patients présents aux urgences lorsque ces crises ne sont pas anticipées et protocolisées dans le service. Elles peuvent ainsi altérer le jugement ou toucher émotionnellement les équipes soignantes, menacer directement la continuité des soins d'autres patients et compromettre tout simplement la sécurité et la sûreté au sein d'une structure des urgences.

Ce travail propose d'aborder l'ensemble de ces points en retraçant l'organisation des filières d'urgence d'un patient majeur à présentation psychiatrique, depuis l'appel au SAS jusqu'à son arrivée dans une structure de soins, ainsi que son devenir après les SU si ce patient n'a pas pu aller directement dans une structure psychiatrique.

1. La régulation du service d'accès aux soins

1.1. Que dit la législation ?

La Loi de 2021 a inscrit le SAS dans le Code de santé publique (CSP) [2] en définissant sa mission : évaluer le besoin en santé de toute personne qui le sollicite, délivrer à celle-ci les conseils adaptés et faire assurer les soins appropriés à son état. Comme pour tout motif de recours, la prise en charge des patients à présentation psychiatrique est donc une mission du SAS. La filière psychiatrie et la filière pédiatrique sont les seules filières qui sont mentionnées à ce jour dans la législation concernant le SAS, suite à un ajout du législateur à l'occasion de la loi de financement de la Sécurité sociale votée en 2023. Ainsi, il est prévu que le SAS puisse organiser une réponse psychiatrique spécifique, coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence, pour les appels relevant d'un motif psychiatrique. La partie réglementaire [3] précise qu'après un premier niveau de réponse (N1 assistant de régulation médicale ou ARM), la demande est prise en charge soit par le SAMU, soit par la régulation de médecine ambulatoire. Les professionnels médicaux participant à la régulation du SAMU et à la régulation de médecine ambulatoire peuvent bénéficier du concours d'autres professionnels de santé, notamment dans le cadre des réponses spécialisées.

1.2. Intérêt de structures spécialisées pour des parcours personnalisés

L'importance de parcours de soins spécifiques en urgence des patients à présentation psychiatrique est pointée depuis plusieurs années. Face à cette pression sur la régulation et les SU, notamment durant la crise de la Covid19, plusieurs équipes ont développé des projets et solutions. Dès 2020, le SAMU de Paris met en place le concept de SAMU Psy dont la pertinence a pu grandir au sein des SAS cadrés par la Loi de 2021 [2]. Plus récemment, fin 2024, le rapport parlementaire encourage le développement des SAS Psy [1]. En effet, le SAS psy peut proposer des réponses qui ne peuvent pas être organisées par le SAS standard : lien avec le lieu de suivi habituel, tels les centres médico-psychologiques (CMP), organisation d'une consultation spécialisée, passage d'une équipe psychiatrique mobile ou conseil avec rappel.

Il est essentiel de s'intéresser à toutes ces alternatives récentes en France pour qui souhaite développer son propre SAS Psy à l'échelon régional ou départemental et poursuivre le développement de systèmes originaux déjà en place pour la coordination de ces parcours de soins si spécifiques.

Nous exposons dans ce document plus spécifiquement l'organisation du SAMU de Paris (Annexe 1) et de Bordeaux (Annexe 2) qui nous ont donné accès à leurs éléments statistiques et organisationnels. Ceci permet de mesurer les différentes implications ainsi que les impacts d'un SAS Psy pour le patient, les équipes soignantes de SU et les systèmes de soins. Sans pouvoir être exhaustif à la date de publication de ce travail, il existe au moins une vingtaine de SAS Psy sur le territoire national. Leur mise en place révèle une hétérogénéité structurelle et organisationnelle dans la réponse psychiatrique d'urgence en France. Les disparités observées concernent principalement les effectifs dédiés, les amplitudes horaires et la présence d'un temps médical. Concernant les effectifs, ils pourraient certainement avoir un impact sur la capacité de réponse face à une demande croissante en santé mentale. Une harmonisation des pratiques semble nécessaire pour garantir une équité d'accès en psychiatrie d'urgence. Les villes à ce jour avec SAS Psy en France sont :

- SAS 06, Nice (Alpes-Maritimes)
- SAS 29, Brest (Finistère)
- SAS 31, Toulouse (Haute-Garonne)

- SAS 33, Bordeaux (Gironde)
- SAS 35, Rennes (Ille-et-Vilaine)
- SAS 41, Blois (Loir-et-Cher)
- SAS 42, Saint-Étienne (Loire)
- SAS 44, Nantes (Loire-Atlantique)
- SAS 69, Lyon (Rhône)
- SAS 75, Paris
- SAS 78, Versailles (Yvelines)
- SAS 83, Toulon (Var)
- SAS 86, Poitiers (Vienne)
- SAS 93, Bobigny (Seine-Saint-Denis)
- SAS 94, Créteil (Val-de-Marne)
- SAS 974, Saint-Denis (La Réunion)

Les filières psychiatriques des SAS sont en lien avec d'autres acteurs de la santé mentale dans le cadre d'un réseau coordonné où chaque service a un rôle spécifique (3114, numéro national de prévention du suicide et Vigilans, etc.). Les interactions (Figure 1) entre ces services permettent une meilleure prise en charge des situations à différents niveaux d'urgence, optimisant ainsi la réponse aux risques suicidaires et aux troubles psychiques.

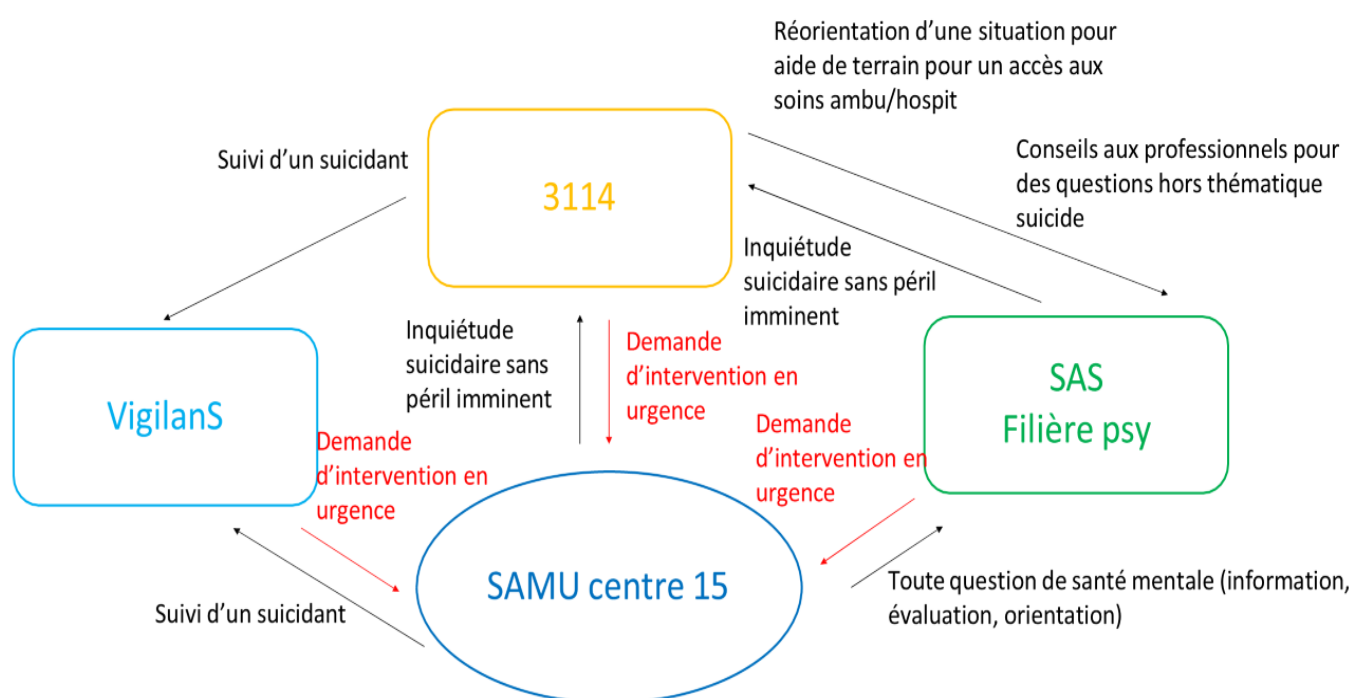


Figure 1 : Dispositifs en santé mentale et régulation des parcours aigus selon la Direction générale de l'offre de soins, Direction générale de la santé

1.3. Visio-régulation par un urgentiste ou par un psychiatre

Aucune étude n'a évalué jusqu'ici l'intérêt de la visio-régulation au sein du SAS dans le parcours du patient psychiatrique. La place de la visioconférence n'est pas encore établie dans le cadre d'un appel à motif psychiatrique, elle pourrait cependant être une aide pour l'infirmier de psychiatrie (IPSY) ou le psychiatre impliqué dans la régulation de l'appelant. En outre, la visio-régulation n'est pas assimilée à une téléconsultation puisque unidirectionnelle (le patient ne voit pas la personne qui régule son appel). C'est un outil supplémentaire pour le

régulateur mais qui n'a pas la valeur d'une consultation. Tout appel, qu'il soit complété ou non d'une visio-régulation, doit donc donner lieu soit à des conseils simples, soit à une orientation vers une structure hospitalière ou libérale, soit à un suivi téléphonique dans l'attente d'une consultation ou d'une admission programmée dans une structure. La visio-régulation doit être réalisée avec des outils définis par les procédures du service.

2. Transport vers l'hôpital

2.1. Que dit la législation ?

La prise en charge des patients atteints de troubles mentaux, en quelques endroits qu'ils se trouvent, repose sur un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques organisé par l'Agence régionale de santé (ARS), pour chaque territoire de santé, en relation avec le SAMU, les services départementaux et territoriaux d'incendie et de secours (SDIS), les services de la police nationale, les unités de la gendarmerie nationale, les établissements autorisés pour assurer les soins psychiatriques sans consentement, les groupements de psychiatres libéraux et les personnes agréées pour le transport sanitaire (Article L3221-5-1 du CSP). La législation impose qu'une personne ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sans son consentement en dehors des cas d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) ou en cas de péril imminent (SPPI), d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) ou d'admission en soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux (Article L3211-1 du CSP). Il est important de favoriser la participation du médecin traitant dans la mesure du possible en raison de sa connaissance du patient et de sa capacité à coordonner les soins à la sortie de l'hospitalisation.

Concernant le transport, lorsque des soins sans consentement sont nécessaires :

- Dans le cadre des SPDT ou SPPI, le transport ne peut avoir lieu qu'après l'établissement d'au moins un certificat médical (Article L3222-1-1). Il faut favoriser la rédaction de ce certificat par le médecin traitant du patient ou un autre médecin généraliste (de garde, SOS, etc.). L'intervention du SMUR pour la rédaction d'un certificat doit rester exceptionnelle.
- Dans le cadre des SPDRE, le transport ne peut avoir lieu qu'après l'établissement de l'arrêté d'admission en soins psychiatriques.
- Dans le cadre des soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux, les modalités de garde, d'escorte et de transport des détenus hospitalisés en raison de leurs troubles mentaux ont été fixées par un décret en Conseil d'Etat (Article L3214-5 du CSP). Plusieurs situations sont identifiées dans l'article du Code de la Santé publique R3214-21 créé par ce décret n° 2010-507 du 18 mai 2010. Pour une personne détenue devant être hospitalisée sans son consentement, le transport à partir de l'établissement pénitentiaire incombe à l'établissement de santé d'admission. La personne détenue est accompagnée par le personnel soignant de l'établissement de santé et escortée par le personnel pénitentiaire (Article R3214-21 du CSP et article R215-30 du Code pénitentiaire).
- Dans le cadre de la réintégration en hospitalisation complète d'un patient en SPDT, SPPI ou SPDRE, la réintégration ne constitue pas une nouvelle mesure de soins sans consentement, mais la poursuite de la mesure initiale dont la forme de prise en charge est modifiée. Un certificat/avis médical donne lieu à une décision du directeur d'établissement (SDDE) ou à un arrêté préfectoral, le cas échéant (SPDRE), de réintégration, permettant à l'équipe de soins d'intervenir auprès du patient.

Pour toutes ces situations, en cas de démarches infructueuses de l'équipe de soins pour accompagner le patient, un recours aux forces de l'ordre est possible si le certificat/avis mentionne la nécessité d'intervention des forces de l'ordre en fonction de l'état clinique et de la dangerosité psychiatrique supposée (Haute autorité de santé ou HAS, programme de soins psychiatriques sans consentement - mars 2021). Pour les situations de SPDT ou SSPI, une convention doit être préalablement établie avec les partenaires, notamment des forces de l'ordre. Il est possible, dans certains cas, de transformer une mesure d'admission en soins psychiatriques sur décision du directeur (SDDE), en une admission en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), lorsque la sûreté des personnes est compromise ou qu'il existe un trouble grave à l'ordre public. Dans le cas des SPDRE, le préfet prend alors un arrêté de réintégration demandant l'intervention des forces de l'ordre, motivé par le certificat médical. Dans tous les cas, le recours aux forces de l'ordre n'intervient qu'en dernier recours, ou en fonction de l'état clinique du patient et doit être coordonné avec l'équipe soignante, jusqu'au moment où le patient est dans le véhicule de transport sanitaire (HAS, programme de soins psychiatriques sans consentement - mars 2021). Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est transportée dans le cadre de SPDT, SPPI, SPDRE, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée (Article L3211-3 du CSP).

Lorsqu'aucune pathologie somatique n'est suspectée, le transport des patients doit se faire directement vers des centres autorisés à accueillir des patients en hospitalisation sans consentement.

2.2. Acteurs et rôles

La prise en charge d'un patient agité est effectuée par des ambulanciers ou des sapeurs-pompiers lorsqu'un motif relève de leurs missions, assistés si nécessaire d'un médecin (médecin traitant ou autre généraliste et en dernier recours l'équipe SMUR) et renforcés le cas échéant, des forces de sécurité intérieure.

Les ambulanciers, dans le cadre du transport sanitaire urgent, sinon les pompiers lorsque le motif relève de leurs missions, sont les moyens de premier secours [4]. Sur demande du médecin régulateur, les ambulances sont engagées par la coordination ambulancière sur prescription du SAMU. Deux professionnels, formés aux gestes et soins d'urgence, composent l'équipage d'une ambulance. À bord des véhicules, l'équipage doit être conforme aux normes des ambulances des secours et de soins d'urgence ou ASSU (catégorie A - type B.C) et ambulance (catégorie C - type A) : deux équipiers dont au moins un titulaire du diplôme d'Etat d'ambulancier et un deuxième titulaire de l'attestation de formation d'auxiliaire ambulancier ou titre équivalent. Un VSAV, dans le cadre des missions du SDIS, est composé au minimum de trois pompiers : un conducteur, un équipier et un chef d'agrès. Lorsqu'il intervient pour une mission de carence ambulancière, l'équipage peut être réduit à deux pompiers comme pour un transport sanitaire. Le centre de traitement des appels du centre départemental d'incendie et de secours (CTA-CODIS) déclenche les VSAV, comme tout moyen pompier du Service départemental d'incendie et de secours (SDIS), selon trois modalités [5] :

- « Statutaire » : déclenchés dans le cadre de ses missions incendies et secours à la personne. En outre, il existe des conventions SDIS-SAMU dans certains départements définissant les motifs de départ pour certaines urgences médicales des VSAV ;
- « Carence » : à la demande du SAMU lorsqu'une AP n'est pas disponible dans les délais impartis ;
- « Réflexe » : sont déclenchés de manière réflexe par le CTA-CODIS avant toute régulation médicale dans le cadre d'une demande de secours présentant un risque particulier justifiant un départ immédiat des moyens de secours du SDIS [6-8] : tentative de suicide de manière violente (électrisation, pendaison, défenestration, usage d'arme à feu, usage d'arme blanche ou tranchante, noyade, etc.), isolement avec un moyen légal,

tentative de suicide médicamenteux avec signes de détresse vitale, personne restant à terre suite à une chute, rixe ou accident avec plaie par arme à feu ou arme blanche, accident de circulation avec victime, intoxication collective. La liste n'est pas exhaustive et peut être complétée localement par consensus.

Depuis 2015, les motifs de départ réflexe ne comprennent plus l'intoxication médicamenteuse volontaire. Au-delà du risque suicidaire, d'autres urgences psychiatriques (angoisse et agitation) ne sont pas un motif réflexe de départ. Si l'appel a été reçu au CTA et que le motif de l'appel est lié à une mission de pompiers, le CTA peut déclencher un VSAV immédiatement sans attendre la régulation médicale, ce qui est alors déclenché en réflexe [6,8]. De cette manière, des personnes peuvent être agitées, sans que ce soit considéré comme un motif réflexe de départ d'un VSAV. Le SAMU est sollicité par le CTA pour tout appel concernant un motif médical. Lorsque l'appel arrive au SAS, le médecin régulateur peut demander l'engagement d'un VSAV statutaire ou par carence. Le recours à un médecin (médecin référent, traitant, de proximité ou de garde) peut être nécessaire avant d'envisager le transport du patient. En dernier recours, le SMUR peut être déclenché, notamment si la prise en charge relève de compétences de médecine d'urgence ou si une surveillance médicale constante est requise.

2.3. Prise en charge et régulation

Du fait de la sectorisation de la psychiatrie [9], il est essentiel d'organiser la prise en charge du patient dans le secteur dont il relève dès l'appel au SAS. Pour réserver l'admission dans les SU aux patients nécessitant une évaluation somatique urgente, elle doit s'organiser en réseau associant la régulation médicale, les SMUR, les SU et les services de psychiatrie. Dès l'étape préhospitalière, il faut identifier si le patient est suivi dans un réseau de soins psychiatriques afin d'orienter au mieux le patient.

L'état d'agitation est un motif fréquent d'appel à la régulation. Il se définit comme un état désagréable d'excitation psychique avec une perturbation significative du comportement moteur et relationnel. Lorsque le patient exprime verbalement ou non des menaces d'auto-agressions ou d'hétéro-agressivité, une intervention urgente est nécessaire. Le patient agité, les témoins et les professionnels de la santé sont souvent exposés à de nombreux risques, y compris des actes violents, qu'ils soient volontaires ou involontaires, dans le contexte préhospitalier. Chaque situation nécessite une réponse rapide et adaptée. La prévention du suicide étant une priorité nationale pour laquelle des citoyens sont formés à intervenir et recourir au SAS, il est crucial d'identifier le risque suicidaire pendant la prise en charge préhospitalière du patient et de disposer des compétences pour y répondre [10]. Il est donc essentiel de former les membres du personnel du SAS pour identifier ces éléments. Les tentatives d'autolyse avec passage à l'acte (intoxication, traumatisme, etc.) nécessitent une première évaluation dans les SU de la sévérité et des effets induits par le geste suicidaire, et la réalisation éventuelle d'examens supplémentaires.

Dans le cas particulier des situations sanitaires exceptionnelles (SSE), la prise en charge médico-psychologique des patients impliqués, exposés à un événement potentiellement traumatisant est réalisée par la CUMP et articulée avec les acteurs de la psychiatrie dans le cadre du volet médico-psy [11,12]. Une urgence psychiatrique n'est pas un motif d'alerte des CUMP.

La prise de toxiques doit faire évoquer une prise en charge somatique. Cependant, même si l'évaluation somatique est impérative et prioritaire, les données de la littérature décrivent que [13–15] :

- La prise en charge somatique ne doit pas retarder l'évaluation psychiatrique ;
- Pour l'intoxication alcoolique associée à une pathologie psychiatrique aiguë, la littérature suggère que l'évaluation psychiatrique puisse se faire à partir d'un degré de conscience et cohérence indépendamment du taux d'alcoolémie suspecté ou avéré.

Les experts suggèrent d'organiser la prise en charge sur le secteur dès l'appel au SAS afin que les seuls patients nécessitant une évaluation somatique urgente soient admis dans les services d'urgences. Ils recommandent également de rechercher dès l'appel une éventuelle rupture de la pathologie psychiatrique existante afin de différencier les situations justifiant des investigations psychiatriques ou somatiques en urgence des situations récurrentes sans décompensation claire [13,16–21].

2.4. Modalités de la contention en extra hospitalier ?

Il y a diverses stratégies pour la gestion de l'agitation sévère chez les patients psychiatriques, incluant les interventions en cas de menace d'auto-agressions ou d'hétéro-agression.

Qui ?

L'agitation sur voie publique constitue un trouble à l'ordre public, et concerne donc les forces de l'ordre. Elle ne nécessite pas, hors situation pathologique, une intervention médicale. Tout patient agité à domicile ne nécessite pas l'engagement des forces de l'ordre. En revanche, dans le cas d'une agitation à domicile avec notion d'armes à feu ou d'armes blanches, de violence, de patient retranché chez lui, d'otage, d'infraction à la loi pénale, et sachant qu'un seul critère suffit, les forces de l'ordre sont systématiquement sollicités [23].

Modalités chimiques

L'utilisation de kétamine, à des fins anxiolytiques, a été plébiscitée dans des petites séries observationnelles dès 2014 [23] avec des propositions d'administration en intramusculaire avec si besoin du midazolam en adjuvant. Ceci offrirait ainsi un rapide contrôle médical avec une sédation efficace. Ainsi, le Collège des urgentistes américains recommande son usage en 2017 en dépit de l'inexistence d'un niveau de preuve suffisante [24]. De cette manière, en 2019, des revues systématiques s'intéressent à la question [24–27]. Les Canadiens [24] comparent la kétamine avec l'halopéridol et à l'association halopéridol-benzodiazépines qui induit plus souvent de complications comme l'augmentation du pourcentage d'intubation en préhospitalier et ce d'autant plus lors des transports terrestres ou aériens.

Une revue systématique de littérature fait état des pratiques actuelles [26] : l'halopéridol est la molécule la plus utilisée (seule ou combinée) en intraveineuse (IV), en IM ou per os (PO). Outre l'halopéridol, la kétamine ou le midazolam IM ou IV sont des alternatives [28]. Le midazolam bien que plus rapide entraîne plus de complications comme le risque d'intubation, la détresse respiratoire ou la sédation trop importante. Les recommandations actuelles françaises sont en faveur d'une administration per os [13]. Si le patient présente une confusion, en dehors des cas de violence, il n'est pas souhaitable de donner un traitement dans un premier temps.

Modalités physiques et mécaniques

A l'instar de la Haute autorité de santé [29], il faut distinguer, cependant, différents types de contentions :

- Les physiques (ou manuelles) : qui permettent un maintien ou une immobilisation du patient en ayant recours à la force physique ;
- Les mécaniques : l'utilisation d'autres méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou autre partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.

La contention mécanique étant une mesure d'exception, limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensif [30], il existe un vide législatif sur sa prescription préhospitalière. En outre, il n'existe donc pas de consensus [27] à l'heure actuelle en la matière de la contention en préhospitalier, la recommandation de sédation associée à la contention mécanique et à une surveillance adaptée doit prévaloir.

3. L'arrivée aux urgences et les urgences

Les troubles psychiatriques touchent un adulte sur quatre et 75% des affections psychiatriques débutent avant l'âge de 25 ans [31]. Les pathologies psychiatriques peuvent être comorbides de pathologies non-psychiatriques ou inaugurer ces dernières. Certains syndromes psychiatriques ont une origine organique, toxicologique ou encore iatrogène. Ainsi, la présentation clinique psychiatrique de ces patients est-elle souvent à l'origine de difficultés aux urgences, parfois source de tension et d'incompréhension : gestion, évaluation diagnostique, filiarisation, parcours hospitalier et extrahospitalier, lien avec les proches-aidants de référence.

Notamment par faute de places non programmées au sein des unités psychiatriques, les SU sont une porte d'entrée dans les soins pour ces patients à présentation psychiatrique, tout particulièrement pour les patients suicidaires. C'est particulièrement important à prendre en compte tant le passage aux urgences peut avoir des conséquences importantes sur l'adhésion du patient pour la continuité de ses soins. Le contexte de crise sanitaire lié à la Covid-19 et cela dès janvier 2020, a été un terrain favorable à une dégradation rapide de la santé mentale au sein des populations. Les facteurs mis en cause sont les inquiétudes générées par la crise sanitaire en elle-même, mais également par les mesures de contrôle de la pandémie et leurs conséquences indirectes. Durant l'année 2020, les SU connaissaient une baisse d'activité évaluée autour de 43%, avec une baisse de 12% des passages en SU pour geste suicidaire [28]. Pourtant, comparativement à 2018 et 2019, le nombre de passage pour idées suicidaires augmentait en 2020 de 22% dans la population générale et de 32% pour les jeunes adultes (de 18 à 24 ans). Le nombre de passages pour troubles de l'humeur augmentait de 40% chez les adolescents âgés (de 11 à 17 ans). A partir de 2021, après les premières vagues épidémiques de Covid, l'activité des SU progresse avec l'intensité pré-pandémique, jusqu'à retrouver des chiffres identiques à 2018-2019 [31]. Dans le même temps, le nombre de passages pour idées suicidaires augmentait de 103%, plus particulièrement chez les lycéens. Sur la même période, le nombre de passages dans les SU pour troubles de l'humeur augmentait de 60%, et de 79% chez les préadolescents (de 11 à 14 ans). En parallèle, on constatait une réduction des capacités en psychiatrie, notamment en raison d'une baisse des effectifs du personnel.

En 2023, la fédération hospitalière française (FHF) menait une enquête auprès des établissements publics montrant que plus d'un quart des postes dans 40% des ES n'étaient pas pourvus [32]. En moyenne, 7% des lits étaient fermés en psychiatrie cette même année. Les conséquences de cette perte d'aval des SU sont multiples : attentes dans les SU de patients à présentation psychiatrique pour un avis ou une hospitalisation, augmentation des risques de tensions inhérents aux soins et à la surveillance de tels patients, parfois relevant d'emblée de secteurs fermés, surcharges technique et cognitive pour les équipes des SU.

En résumé :

- Les pathologies psychiatriques sont fréquentes (un adulte sur quatre, avec 75% débutant avant 25 ans).
- Les symptômes psychiatriques isolés ou associés à d'autres symptômes, en plus de comorbidités, peuvent être un mode de présentation.

- La crise sanitaire Covid-19 a dégradé la santé mentale de la population, avec une augmentation des passages pour idées suicidaires et troubles de l'humeur dans les SU, surtout chez les jeunes et encore aujourd'hui.
- Une diminution des ressources en psychiatrie a entraîné une surcharge des soins psychiatriques au sein des SU : temps, moyens, risques.

3.1. Accueil et installation du patient aux urgences

Dans les établissements autorisés à la fois pour faire fonctionner une SU et pour exercer l'activité de soins de psychiatrie, le responsable de la SU et le responsable de la structure de psychiatrie définissent un protocole de prise en charge des patients nécessitant des soins psychiatriques (Article D6124-26-9).

Accueil IOA

L'évaluation du patient suspect d'une pathologie psychiatrique débute dès l'accueil et le tri par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA). Il évalue le patient, mesure ses paramètres vitaux et le catégorise pour définir son degré de priorité et l'orienter au sein de la SU [29, 33]. Pour les patients à présentation psychiatrique, certains risques influencent le choix du parcours de soins, tels que les risques de fugue ou de passage à l'acte, modulé par le niveau d'agitation psychomotrice et par la présence ou non d'un accompagnant. Selon les critères de la FRENCH, les motifs et les niveaux de tri seront les suivants :

- Tri 2 à 4, selon le niveau de risque et d'agitation. Le risque suicidaire doit amener à indiquer un tri 2.
- Motifs les plus couramment renseignés : troubles du comportement / psychiatrie, anxiété / dépression, consultation psychiatrique, comportement ébrieux / ivresse et autres intoxications.

La présence d'un accompagnant tout au long de son parcours au sein de la SU doit être encouragée, mais uniquement si cela a un effet apaisant pour le patient, toujours avec l'accord conjoint du patient et de l'accompagnant. Le risque est d'impliquer par excès l'accompagnant dans un processus qui lui serait plus tard délétère. L'articulation avec les équipes de psychiatrie doit être anticipée, voire protocolée. Cette organisation permet un appel précoce depuis l'IOA par exemple avec plusieurs options en réaction possibles : infirmier de psychiatrie d'urgence et de liaison, psychologue des urgences et de psychiatrie, psychiatre, infirmier en pratique avancée (IPA) de psychiatrie. Aucune organisation ne semble avoir prouvé une efficacité plus importante qu'une autre [13]. Aussi est-il recommandé d'organiser le lien précoce depuis l'IOA avec l'équipe de psychiatrie avoir pour un double objectif : évaluer précocement les patients y compris les plus agités et optimiser le parcours de soins dès l'admission en SU de tels patients.

Ce travail ne traite pas des mineurs à présentation psychiatrique. Quel que soit le motif de consultation, et a fortiori dans un contexte psychiatrique, un mineur doit être pris en charge en coopération avec les parents, les tuteurs légaux et l'équipe pédiatrique, dans un lieu géographique protecteur et séparé des patients adultes au sein de la SU [13, 34].

En résumé :

- Le parcours de soins psychiatriques en SU débute avec l'évaluation de l'IOA. Il est influencé par le risque de fugue, d'agitation, et la présence d'un accompagnant.
- Un appel précoce aux équipes de psychiatrie depuis l'IOA permet d'évaluer, d'optimiser, de sécuriser et d'anticiper le parcours de soins.

Installation en box adapté

Parmi tous les patients se présentant aux urgences, environ 2,6% vont présenter un état d'agitation pouvant entraîner des conséquences sur sa sécurité, celle des soignants et des autres patients [35]. Pour sécuriser les lieux et ce type de présentation clinique, il est recommandé d'avoir des circuits et des boxes identifiés au sein des SU, soit un à deux box dédiés ou repérés comme tel. Ces lieux dédiés [34] permettent d'offrir un accueil sécurisé et réduisent les risques de fugue et de blessures. Idéalement, la prise en charge se fait dans une zone de la SU réservée à la psychiatrie, indépendante ou intégrée. Les soins doivent être coordonnés entre l'équipe d'accueil et de tri (IOA), l'équipe de sécurité et l'équipe médicale. Ces patients correspondent à un tri 2, puisqu'ils nécessitent l'intervention d'une équipe soignante de manière immédiate. L'objectif est de placer le patient dans un environnement serein, en prévenant les comportements agressifs. La sédation et la contention doivent rester des mesures de dernier recours, appliquées de manière progressive, documentées et levées dès que possible.

Si les patients sont calmes et sans risque de passage à l'acte, un box classique peut être utilisé. En cas d'agitation ou de risque de passage à l'acte, un box sécurisé, adaptable est requis. Son accès est unique avec des fenêtres verrouillées ainsi qu'un système d'appel d'urgence à l'intérieur. Il offre un espace suffisant pour l'intervention de cinq à six personnes pour une éventuelle contention. Il permet une surveillance visuelle, dépourvu de matériel dangereux ou dont l'utilisation pourrait être détournée, vidé de tout objet contondant ou dangereux. Il a la possibilité d'un verrouillage simple de l'intérieur et de l'extérieur, connu des soignants et des agents de sécurité. Le déshabillage du patient, limité aux situations d'auto-agressivité ou nécessitant une contention, est supervisé en retirant tout objet à risque (substances, briquets, objets tranchants, chaussures, ceintures, lacets, etc.), et doit être expliqué au patient. Les affaires personnelles sont sécurisées et hors d'accès par le patient.

L'évaluation somatique, réalisée par le médecin des urgences, ne doit pas retarder la prise en charge psychiatrique, sauf en cas d'intoxication ou de problème somatique aigu détecté par l'IOA. Tout patient présentant des symptômes psychiatriques inconnus doit d'abord être considéré comme ayant une cause somatique. Si le patient a un historique psychiatrique connu, l'évaluation psychiatrique peut précéder l'évaluation somatique.

En résumé :

- Une agitation est présente pour 2,6% des patients aux urgences et nécessite une sécurisation du patient pour lui-même et pour les autres (soignants et autres patients).
- Un box dédié et sécurisé est recommandé pour les patients psychiatriques pour réduire le risque de fugue ou de passage à l'acte.
- La sédation et la contention sont indiquées en dernier recours avec une levée dès que possible.

3.2. Prise en charge par l'urgentiste

Évaluation du risque suicidaire

Les SU prennent en charge de manière courante des patients suicidaires ou suicidant (ayant déjà réalisé le passage à l'acte). L'apparition d'idées suicidaires et a fortiori le passage à l'acte est à comprendre comme l'acutisation, voir l'acmé, d'un processus pathologique sous-jacent. Il existe donc une réelle opportunité de détecter le risque suicidaire en SU. Y proposer un suivi permet de diminuer la morbi-mortalité. L'évaluation du risque suicidaire par l'urgentiste est possible en s'aidant de différents outils, tels des scores de risque, sans qu'aucun n'ait montré sa supériorité sur les autres. L'une des échelles validées aux urgences est la *Manchester Self-Harm Rule (MST)* [36]

rapporté dans le tableau 1. Un des critères majeurs de l'évaluation initiale est la velléité suicidaire persistante, à évaluer dès l'accueil IOA, puis lors de l'entretien médical. Le risque de récurrence précoce, y compris en intra hospitalier n'étant pas nul, l'évaluation psychiatrique est systématique. Dans le cas d'un patient proférant des propos suicidaires sous emprise de l'alcool, l'évaluation en SU doit être rapide et coordonnée. Dès l'admission, l'utilisation de l'échelle MTS par exemple est essentielle pour prioriser les soins. Elle doit être réalisée immédiatement à l'accueil, le patient sera probablement classé en catégorie "urgence élevée" correspond à un tri 2 pour une prise en charge dans les trente minutes, compte tenu du risque suicidaire et de l'intoxication alcoolique : sécurisation, prévention d'un (autre) passage à l'acte, évaluation clinique et paraclinique (Tableau 1).

1.	Antécédents d'autolyse
2.	Antécédents de prise de traitement à visée psychiatrique
3.	Utilisation de benzodiazépines dans la tentative d'autolyse actuelle
4.	Traitement par psychotrope en cours

Tableau 1 : Score de risque suicidaire Manchester Self-Harm Rule

Un score égal à zéro correspond à un faible risque suicidaire avec une sensibilité de 94% (92,1-95% [95% IC])

Une fois l'état somatique évalué et stabilisé, l'évaluation psychiatrique approfondie confirme ou infirme le risque suicidaire et permet ensuite d'orienter le patient sur un parcours de soins psychiatrique, hospitalier si cela est requis, ambulatoire sinon : centre médico-psychologique, référent psychiatrique habituel, etc. Il n'est pas rare que l'avis de l'assistante sociale soit requis aussi. L'usage d'autres échelles, telle la MTS, structure cette prise en charge et garantit que le patient soit priorisé et sécurisé jusqu'à l'évaluation psychiatrique [37]. La décision d'hospitaliser doit être conjointe entre le psychiatre et l'urgentiste. La recherche d'une place en service de psychiatrie est sous la responsabilité du psychiatre. Le transfert est organisé après accord avec le service d'accueil. En cas de fugue, une déclaration administrative est obligatoire, accompagnée d'une demande de recherche auprès des forces de l'ordre seulement si le patient présente toujours un risque suicidaire, des idées délirantes, ou un danger pour autrui.

Résumé :

- Les SU permettent de détecter et de réduire le risque suicidaire
- Des outils existent pour évaluer le risque suicidaire, telle la Manchester Self-Harm Rule.
- Une évaluation psychiatrique systématique est nécessaire si idées suicidaires ou passage à l'acte.
- Les patients suicidaires sous emprise d'alcool sont prioritaires (tri 2), surveillés en box dédié avec évaluation somatique et psychiatrique.

Évaluation clinique et paraclinique

Certaines pathologies somatiques peuvent engendrer des symptômes d'allure psychiatrique. Elles sont multiples, tant dans leur origine que dans leurs manifestations. Elles peuvent induire des troubles de la perception comme des hallucinations auditives ou visuelles, du contenu de la pensée par un état délirant, des troubles anxieux et du comportement. L'urgence repose sur :

1. La réalisation d'un tri somatique rapide ;
2. Le soulagement de la crise ;
3. Le repérage d'atypies (idée délirante, hallucinations, confusion) et de critères de sévérité (idées suicidaires, stupeur, événement traumatique sévère, syndrome dépressif).

L'avis psychiatrique en urgence n'a d'intérêt qu'en présence de critères de sévérité, d'atypies ou des répétitions des crises anxieuses. Les éléments d'alerte [38] devant une agitation poussant à rechercher une cause somatique sont : perte de mémoire, confusion, céphalées, examen neurologique anormal, douleur thoracique, dyspnée, symptômes abdominaux, et bien sûr signes de sevrage ou de toxidrome. L'espérance de vie des patients psychiatriques est diminuée de quinze ans (seize ans pour les femmes) en moyenne par rapport à la population générale. Les étiologies les plus fréquentes sont cardiovasculaires et les cancers. Les causes de cette espérance de vie limitée des patients psychiatriques sont multiples :

1. Comportement individuel : sédentarité, tabac, alcool, inobservance, régime alimentaire ;
2. Iatrogénie médicamenteuse : prise de poids, anomalies glucidiques et lipidiques ;
3. Conditions de vie : situation précarité, exclusion, isolement social ;
4. Phénomène d'éclipse psychiatrique ou *overshadowing* chez les proches-aidants et les soignants.

L'*overshadowing* est défini comme la tendance du trouble psychique à éclipser les autres pathologies pour les professionnels de santé, mais aussi pour les proches-aidants [39]. Cela s'expliquerait par une disqualification des plaintes somatiques attribuées par excès à des symptômes psychiques. L'*overshadowing* serait favorisé par la barrière habituellement mise entre les analyses psychiatriques et somatiques de deux équipes. C'est ainsi un phénomène de biais cognitif sociologiquement induit qu'il convient de désamorcer. Les conséquences sont la stigmatisation du patient comme psychiatrique, le retard au diagnostic, la perte de chance avec une augmentation de la morbi-mortalité [40–42]. Le bilan somatique initial a l'intérêt d'éliminer les pathologies somatiques, d'évaluer et prendre en charge les pathologies chroniques, notamment durant une éventuelle hospitalisation en psychiatrie. Les troubles de la perception peuvent être confondus avec des hallucinations visuelles auditives. Des troubles du contenu de la pensée pouvant être confondue avec des troubles délirants.

L'examen clinique initial d'un patient à présentation psychiatrique ne doit pas faire perdre de temps à l'évaluation psychiatrique. Il recherche des arguments pour une cause organique de la présentation psychiatrique : un toxidrome, des arguments en faveur d'un syndrome démentiel, une atypie dans la présentation d'un patient psychiatrique connu, une dysthyroïdie par exemple. Le bilan paraclinique recherche une étiologie somatique, élimine un diagnostic différentiel, surveille l'évolution d'un patient ou réalise un bilan pré-thérapeutique. Il n'est pas obligatoire et son exhaustivité est à discuter au cas par cas. En pratique, les experts recommandent d'en réaliser un, dès les SU, si :

1. Premier épisode de bouffée délirante aiguë ou épisode psychotique (plus de 40 ans notamment) ;
2. Premier épisode thymique, hors syndrome dépressif avec facteur déclenchant ;
3. Expression clinique psychiatrique inhabituelle sur antécédents psychiatriques ;
4. Atypies : syndrome confuso-onirique, hallucinations visuelles isolées, troubles cognitifs, etc. ;
5. Bilan différentiel, surveillance évolutive, acte thérapeutique (intoxication médicale volontaire, etc.).

Concrètement, un bilan initial peut comporter : glycémie capillaire, numération formule sanguine, ionogramme sanguin, bilan hépatique complet, hémostase, calcémie, β -HCG chez la femme en âge de procréer (sanguin ou urinaire), alcoolémie ou éthylotest, électrocardiogramme, parfois une tomodensitométrie cérébrale [43]. Le dosage des toxiques urinaires ne doit pas être systématique. Il apporte une information sur le contexte, en urgence le screening urinaire est plus intéressant que le dosage sanguin qui sera rendu bien plus tardivement (intérêt en cas de suspicion d'attaque à la seringue ou d'intoxication festive à l'insu du patient). Le dosage sanguin médicamenteux est réalisé en fonction du traitement du patient et seulement si cela a un impact sur sa prise en charge, telle la lithiémie [13].

Une fois la prise en charge somatique terminée, le médecin urgentiste évalue l'indication d'un avis psychiatrique, et si besoin d'un avis d'addictologie.

En résumé :

- Les pathologies somatiques peuvent induire des symptômes psychiatriques ;
- Le tri somatique des patients à présentation psychiatrique doit être rapide en SU ;
- L'*overshadowing*, biais cognitif fréquent, peut éclipser les pathologies somatiques ;
- Un bilan somatique initial écarte les causes organiques et oriente les soins psychiatriques ;
- Les IPA de psychiatrie facilitent l'accès aux soins et renforcent le lien ville-hôpital ;
- Les psychologues aux urgences peuvent jouer un rôle clé.

3.3. Gestion de l'agitation

Modalités en structure des urgences

Comme déjà évoqué, 2,6% des patients en SU présentent présenter un état d'agitation imposant parfois des mesures de sécurisation. Les contentions chimiques ou physiques sont des mesures d'exception, cadrées médico-légalement [29] (Annexe 3). Elles ont pour objectif de répondre à des cas d'agitation incontrôlable. Ce sont des prescriptions médicales, immédiates ou différées. Toute contention physique doit être associée à une contention chimique [13, 35]. Elles doivent être réalisées qu'après avoir été expliquées au patient et seulement si les techniques de désescalade ont échoué et que la médication per os a été refusée par le patient. La contention n'est pas un geste de première ligne de prise en charge. La mise en place des contentions doit être effectuée rapidement et de façon protocolisée afin d'éviter de mettre en danger le patient et le personnel soignant. Pour ce faire, il est indispensable que les équipes soient régulièrement formées à ces techniques et aux modalités de mise en œuvre. En cas de danger imminent pour le patient ou l'équipe soignante, la contention peut être initiée par l'équipe paramédicale, avec prescription médicale dans l'heure de sa mise en place. Les motifs de recours, la durée d'application et les modalités de surveillance du patient contenu doivent faire partie intégrante du dossier patient informatisé (DPI) du patient. La surveillance du patient contentonné est systématique, adaptée aux comorbidités et aux traitements entrepris. Des complications graves ont été rapportées avec la contention, de type asphyxie, problèmes cardiaques, blessures, strangulation, voire des décès, particulièrement chez les personnes fragiles, comme le patient âgé. La mise en place d'une contention doit être considérée comme une situation à risque, susceptible d'occasionner un surcroît d'agitation et de risque de passage à l'acte hétéro-agressif, ainsi que des blessures aussi bien pour le patient que pour le personnel.

Sur le plan pratique, il est recommandé de disposer dans les SU de kits de contention, régulièrement vérifiés, et facilement accessibles ainsi que d'un brancard préalablement équipé. Ces dispositifs de contention doivent faire l'objet d'une autorisation de mise sur le marché. Seules les contentions aimantées ont pour le moment leur place.

Techniques de désescalade

La contention est une technique de dernier recours, prescrite et effectuée en équipe pour une durée limitée, et devant toujours être pleinement justifiée et tracée dans le dossier numérique du patient par des arguments cliniques. Elle doit être à tout moment justifiable auprès du Juge des libertés et des détentions [29] (Annexe 3). Il est recommandé à tout soignant d'avoir à l'esprit que cette procédure d'exception ne doit jamais viser à punir, ou à humilier le patient, ou bien encore d'établir une domination du soignant sur ce dernier. Son indication est uniquement en cas d'échec des techniques de désescalade [44] :

- Manifester de l'intérêt et de la compréhension par des attitudes de respect et d'empathie ;
- Évaluer la situation clinique, poser des questions pour clarifier et mieux comprendre le vécu du patient ;
- Repérer les changements d'attitude, de comportement ;
- Miser sur l'écoute et l'établissement d'une relation : être attentif aux mots et aux gestes des patients ;
- Impliquer le patient pour l'aider à trouver des ressources internes pour réguler sa violence ;
- Respecter ses propres limites face à une situation à savoir passer le relais quand cela est nécessaire ;
- Repérer, lors de la prise en charge du patient agité, quels soignants semblent spontanément les plus rassurants pour le patient, et ne pas hésiter à se reposer sur cet avantage ;
- Éviter la relation en miroir : savoir se décaler, communication non verbale, ne peut pas croiser les bras ;
- Lorsque c'est possible, faire le lien avec les personnes ressources.

Mise en place de la contention

La mise en place de la contention doit être anticipée et annoncée au patient comme dernière et seule alternative pour lui, entre désescalade et contentions chimique ou physique. Pour cela la mise en place doit être anticipée au sein de l'équipe entre être suffisant et avoir le matériel prêt. Souvent, l'annonce "musclée" d'une contention permet de baisser les résistances du patient.

1. Un minimum de cinq personnes : une par membre et une coordonnant qui maintient la tête du patient pour éviter le risque de morsure ou de crachats ;
2. Seuls des soignants sont habilités à participer à la mise en place de la contention ;
3. Maintien du dialogue avec le patient (réassurance, information claire et ferme du patient) ;
4. Déshabillage du patient avec vigilance vis-à-vis d'objets potentiellement dangereux (briquet, ciseaux, tubulures, objet pris lors de l'approche des soignants, etc.) ;
5. Respect du patient ;
6. Contention en cinq points, une attache par membres, une ceinture ventrale ou thoracique sauf cas très particuliers (sujet âgé notamment) ;
7. Justification, prescription avec durée pour la réévaluation, modalités de surveillance tracées dans le DPI.

La sécurité du patient sous contentions est assurée avec constance, lors de la mise en place et du maintien :

- Tête légèrement surélevée pour limiter le risque d'inhalation en fin d'installation ;
- Les attaches permettent de limiter les mouvements des membres, éviter que le patient ne se détache lui-même ou puisse se blesser avec des objets accessibles et notamment les barrières ;
- Utiliser des attaches adaptées à la morphologie du patient ;
- Brancard toujours bloqué durant l'installation, mais aussi à l'issue ;
- Maintien en chambre seule avec surveillance facilitée et à l'abri des regards non soignants ;
- Veiller à ce qu'aucun point de contention ne soit douloureux, ou compressif.

La sédation, ou contention chimique, doit systématiquement accompagner toute procédure de contentions physiques [13, 35]. Elle va permettre de placer le patient, les soignants, les autres patients et le matériel en sécurité tout en autorisant la réalisation des examens clinique et paraclinique. Les autres objectifs sont aussi de réduire l'agitation, de limiter l'anxiété liée à la mise en contention, et de diminuer la durée de cette dernière. La forme orale doit toujours être privilégiée et constamment proposée avant toute autre forme d'administration. Elle associe habituellement un neuroleptique et une benzodiazépine [13] reprise sous forme simplifiée dans le Tableau 2.

Un référentiel de bonne pratique à venir détaillera plus spécifiquement les thérapeutiques. La sédation, sa surveillance et la prévention de ces complications, se fait uniquement sur prescription médicale. Les complications les plus courantes sont la survenue de thrombose veineuse profonde ou de pneumopathie d'inhalation. Il est utile de se coordonner avec le psychiatre avant toute sédation afin que ce dernier puisse évaluer le patient avec le plus de pertinence et éviter tout retard dans le parcours de soins. Le trépied des soins post-sédation ou de contentions doit se dérouler systématiquement.

1. La surveillance est formalisée par protocole de service pour la cadrer [29].
2. La réévaluation doit être programmée et régulière afin d'être levée dès que l'état du patient le permet. Les contentions partielles ou la levée partielle des contentions doivent être proscrites.
3. La traçabilité est un impératif médico-légal de chaque ES. Dans les ES avec une autorisation de psychiatrie, il prend la forme d'un registre qui mentionne, pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le nom du médecin ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée, selon l'article L. 3222-5-1 du CSP de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016. Ce registre doit être présenté à sa demande au Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

CLASSE	MOLÉCULE
Neuroleptiques	Chlorpromazine, Cyamémazine Halopéridol, Lévomépromazine Loxapine, Tiapride chlorhydrate
Benzodiazépines	Alprazolam, Bromazepam Clorazépate dipotassique, Diazepam

Tableau 2 : Recommandations simplifiées et non exhaustives pour une contention chimique

En résumé :

- La contention physique est une mesure d'exception, prescrite médicalement après échec des techniques de désescalade et refus de médication orale.
- La contention physique est réalisée par une équipe formée et en sécurité, avec traçabilité dans le DPI.
- La surveillance des patients sous contention prévient les complications graves.
- La contention doit être réévaluée régulièrement et levée dès que possible. Elle n'est jamais partielle.
- La sédation est systématique avec la contention physique, sous surveillance médicale.

3.4. L'infirmier ayant une expérience en psychiatrie

Le personnel de la SU ou de l'antenne de médecine d'urgence d'un établissement de santé comprend au moins un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle dans une structure de psychiatrie ou un infirmier exerçant dans un service de psychiatrie (Article D6124-26-7 du CSP).

3.5. L'infirmier en pratique avancée de psychiatrie

Depuis 2016, la pratique avancée infirmière est définie dans la loi hôpital, patients, santé et territoires (HPST) [45]. Elle a par la suite été formalisée par l'article 119 de l'article L.4301-1 du CSP en 2018 puis par l'ouverture de la mention psychiatrie et santé mentale en 2019 dans le Décret n°2019-836 du 12 août 2019 du Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation. L'infirmier en pratique avancée (IPA), a une responsabilité pleine et entière dans l'exécution de ses missions. Il a pour objectif de favoriser l'accessibilité, la

continuité et la qualité des soins en facilitant l'interprofessionnalité et le lien ville-hôpital. En 2021, la France comptait 115 IPA diplômés en psychiatrie et santé mentale diplômés soit une hausse de 21% par rapport à 2019.

La pratique avancée vise également une meilleure attractivité de la profession d'infirmier avec de nouvelles perspectives de carrière. Pour exercer en tant qu'IPA il faut justifier de trois années de pratique d'infirmier diplômé d'état. En octobre 2021 apparaît un décret pour une formation spécifique à la médecine d'urgence. Depuis, la pratique avancée s'ouvre aux soins de maladies aiguës. Une coordination entre IPA de médecine d'urgence et de psychiatrie et santé mentale pourrait être une avancée dans les soins et le parcours de soins des patients à présentation psychiatrique au sein des SU. Leur plus-value consiste à favoriser le lien ville hôpital pour des actions de prévention, de repérage précoce des troubles psychiques par exemple. Les compétences de l'IPA de psychiatrie et santé mentale sont au nombre de quatre :

1. Prendre le relais d'un suivi réalisé par le psychiatre ;
2. Faire une évaluation clinique ;
3. Renouveler ou adapter une réponse thérapeutique ;
4. Évaluer l'impact.

L'intégration de psychologues dans les SU joue probablement un rôle crucial dans la prise en charge globale des patients, en particulier pour ceux en détresse psychologique ou présentant des symptômes psychiatriques aigus. Leur présence est plutôt rare dans les ES alors que leur expertise est essentielle pour évaluer les patients souffrant de crises émotionnelles, de troubles psychiatriques ou de comportements à risque, tels que les tentatives de suicide, les états dépressifs sévères ou les réactions post-traumatiques. Leur présence permet d'effectuer des évaluations psychologiques rapides, de distinguer les pathologies somatiques des troubles mentaux, et de proposer des interventions immédiates, telles que des entretiens thérapeutiques ou des techniques de gestion de crise. Les psychologues aident également à réduire la pression sur les médecins urgentistes en apportant une expertise spécialisée. Ils améliorent la qualité des soins et facilitent la prise de décision sur l'hospitalisation ou l'orientation du patient vers une prise en charge psychiatrique adaptée. L'intervention rapide des psychologues aux urgences peut réduire la durée des hospitalisations, diminuer la fréquence des réadmissions pour des raisons psychiatriques, et améliorer l'état de santé mentale des patients. Leur implication dans la gestion de patients suicidaires ou en crise permet souvent d'éviter des mesures plus coercitives comme la contention ou la sédation.

3.6. Le recours à l'avis psychiatrique

Lorsque l'activité le justifie, la SU ou l'antenne comprend en permanence un psychiatre. Dans les autres cas, un psychiatre doit pouvoir être joint et intervenir, en tant que de besoin, dans les meilleurs délais (Article D6124-26-6 du CSP).

4. Devenir des patients relevant de la psychiatrique

L'établissement siège de la SU doit organiser la prise en charge des personnes nécessitant des soins psychiatriques se présentant dans la structure des urgences ou l'antenne de médecine d'urgence soit avec sa structure de psychiatrie, lorsqu'il est autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie, soit avec un autre établissement de santé autorisé à exercer cette activité dans le cas contraire (Article R6123-32-9 du CSP).

4.1. L'unité d'hospitalisation de courte durée

4.1.1 Deux motifs d'admission en unité d'hospitalisation de courte durée [46]

- Surveillance de moins de 24 heures d'un patient devant, a priori, rentrer à son domicile dans ce délai.
- La poursuite d'un parcours pour diagnostic incertain après passage à la SU, d'une période d'observation très certainement de moins de 24 heures afin de pouvoir décider de son orientation.

4.1.2 Critères de non admission

Il est recommandé [46] que ne soient pas admis en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) les patients :

- Dont la pathologie est clairement identifiée (y compris en cas de démarche palliative) et relevant à l'évidence et dès l'accueil d'un service d'hospitalisation conventionnelle ;
- Dont la gravité relève d'un service de soins critiques ; ;
- Patients déjà hospitalisés dans un ES, que ce soit un ES extérieur ou un ES hébergeant l'UHCD, tant l'UHCD n'est pas le lieu d'accueil des urgences intrahospitalières ou des patients hospitalisés devenus instables ;
- Les patients sortants du bloc opératoire après une intervention chirurgicale, l'UHCD n'étant pas non plus une salle de réveil.

Pour tout patient mineur en UHCD adulte, et selon les termes des articles R.6123-32-7 et D.6124-22 du CSP [3], des procédures d'accueil spécifiques doivent être rédigées (chambre seule, présence des parents, etc.) sur site, par protocole ou par convention, en accord avec un service de pédiatrie de référence. A défaut cette situation doit relever de l'exceptionnel et justifier d'une décision pluridisciplinaire.

4.1.3 Particularité des patients à présentation psychiatrique admis en UHCD

Il s'agit de patients :

- Présentant une nécessité de réévaluation par un psychiatre avant une hospitalisation en service de psychiatrie ou un retour à domicile.
- Pour lesquels l'évaluation psychiatrique initiale est rendue impossible du fait d'une intoxication médicamenteuse ou alcoolique ou d'un état d'agitation aiguë.
- Pour lesquels il existe une incertitude diagnostique.

L'évaluation médicale et paramédicale :

Tout patient admis en UHCD pour un motif psychiatrique doit bénéficier d'une consultation par un médecin psychiatre. L'évaluation médicale somatique est réalisée en amont par le médecin urgentiste. Cette évaluation médicale peut être précédée par un entretien avec un IDE à compétence psychiatrique ou d'une évaluation par

un IPA en psychiatrie. Chaque service établira des protocoles de collaboration ou de délégation de compétences entre médecin psychiatre présent ou d'astreinte et personnel paramédical. Si le patient est hospitalisé en UHCD, il est placé sous la responsabilité du chef de service des urgences auquel est rattachée l'UHCD.

Les mesures de contention en UHCD :

Dans les ES avec autorisation d'activité en psychiatrie, les contentions sont soumises à la législation avec prescription par un médecin et renseignement obligatoire du registre des contentions. Dans les ES sans autorisation d'activité en psychiatrie il n'existe pas de registre des contentions. Ces mesures doivent être suivies d'un transfert dans le secteur de psychiatrie sans délai où le registre sera renseigné.

4.2. Un département d'aval psychiatrique

Un département d'aval psychiatrique a un rôle primordial dans la gestion des flux des patients consultant pour motif psychiatrique dans nos SU et nécessitant une hospitalisation. Pour certains patients, une phase de mise en observation peut permettre d'éviter une hospitalisation en unité spécialisée psychiatrique et permet l'articulation avec les dispositifs de sortie en renforçant le lien entre la ville et l'hôpital. La question de la place d'un département d'aval psychiatrique à proximité d'une SU impose une réflexion sur le bénéfice de départements de psychiatrie sous la responsabilité de psychiatres pour une prise en charge d'emblée dans cette filière psychiatrique. Ces départements peuvent s'appeler unités post urgences psychiatriques (UPUP), CAC ou centres renforcés d'urgences psychiatriques (CRUP) par exemple. Une alternative a été proposée par le rapport parlementaire de 2024 de lits dédiés de psychiatrie au sein de l'UHCD [1]. Le patient restera alors sous la responsabilité des SU. Cela ouvre la question des unités d'aval psychiatriques dont le cadre est bien plus propice à la suite d'un parcours de soins d'un patient ne relevant plus de la médecine d'urgence.

Les CRUP sont des unités psychiatriques accolées à des SU hospitalières, dédiées à la prise en charge des crises psychiatriques aiguës [13]. Leur création répond à la nécessité d'améliorer la prise en charge des patients présentant des troubles mentaux sévères, souvent mal gérés dans les SU. Ces centres sont composés d'équipes pluridisciplinaires comprenant des psychiatres, psychologues, infirmiers spécialisés, et parfois des travailleurs sociaux. Ils offrent une réponse rapide et adaptée à la crise aiguë psychiatrique, désengorgent les urgences en offrant une expertise psychiatrique immédiate, réduisant les mesures coercitives, facilitant l'orientation rapide des patients et améliorant leur prise en charge globale :

- Expertise spécialisée. Les CRUP apportent une expertise psychiatrique immédiate et ciblée. Les patients en crise sont rapidement évalués par des professionnels de la santé mentale, ce qui permet de poser un diagnostic rapide, de stabiliser la situation et d'administrer les traitements nécessaires, qu'ils soient pharmacologiques ou psychothérapeutiques.
- Réduction des recours aux mesures coercitives. Grâce à un environnement adapté et sécurisé, les CRUP permettent de limiter l'utilisation de mesures coercitives comme la contention ou la sédation forcée. Les équipes pluridisciplinaires sont formées pour gérer les crises de manière non violente et humanisée.
- Orientation rapide et adaptée. L'orientation des patients est meilleure, tout comme la communication entre les SU, les services psychiatriques et les réseaux de soins ambulatoires. La continuité des soins est meilleure après l'intervention d'urgence, évitant les hospitalisations prolongées non nécessaires.
- Amélioration de la prise en charge globale : La présence de psychologues et de psychiatres permet une évaluation complète des patients, incluant non seulement l'aspect médical, mais aussi l'évaluation des facteurs sociaux et environnementaux contribuant à la crise. Cela permet de mettre en place une prise en charge plus holistique, qui améliore les résultats à long terme.

- Désengorgement des urgences générales. Par l'accueil des patients avec troubles psychiatriques, les CRUP réduisent la pression sur les SU, qui ne sont souvent pas équipés pour répondre adéquatement aux besoins spécifiques de ces patients. Cela permet d'améliorer la prise en charge des patients non psychiatriques.

Exemples de motifs d'admission en département d'aval psychiatrique :

- Agitation psychomotrice aiguë non d'origine somatique
- Décompensation psychiatrique aiguë (délires, anxiété, dépression, manie...)
- Idées noires nécessitant une mise en observation ou un ajustement thérapeutique avant la mise en place d'une prise en charge ambulatoire ou d'une hospitalisation en psychiatrie
- Troubles de l'humeur ou de la personnalité nécessitant une mise en observation ou un ajustement thérapeutique avant retour à domicile ou hospitalisation en psychiatrie, par exemple : syndrome dépressif, bi-polarité, état maniaque ou hypomaniaque, état limite, histrionique, obsessionnel.
- État de stress post-traumatique, état de stress aigu, etc.

Modalités de prise en charge :

- La responsabilité médicale est portée par le chef de service de psychiatrie ;
- Évaluation somatique en SU :
 - L'examen clinique somatique est systématique pour tout patient hospitalisé en un département d'aval psychiatrique ou transféré en secteur de psychiatrie.
 - L'étiologie organique doit être systématiquement recherchée pour tout trouble aigu du comportement.
- Évaluation psychiatrique et sociale :
 - Un IDE à compétence psychiatrique présent sur place H24. Il effectue le premier entretien et évalue la nécessité du délai de la consultation avec le médecin psychiatre ;
 - Un psychiatre est présent sur place en journée de semaine, de garde ou d'astreinte opérationnelle pour assurer la continuité des soins les soirs et week-end ;
 - Possibilité de présence d'un psychologue ;
 - Une assistante sociale mutualisée avec le SU et l'UHCD peut intervenir à la demande.

4.3. La décision de transfert vers un service psychiatrique

Le médecin psychiatre présent sur place décide de l'hospitalisation en unité de psychiatrie. Dans le cadre de l'urgence psychiatrique, le patient et ses proches doivent être informés de toutes les décisions prises dans le respect de la réglementation [13]. L'hospitalisation peut être libre ou sans consentement (annexe 4). Si une hospitalisation sans consentement est nécessaire, elle est prononcée dans le département d'aval psychiatrique et prend effet immédiatement si l'établissement de santé est porteur d'une autorisation en psychiatrie avec la mention « soins sans consentement ». En cas d'hospitalisation sans consentement prononcée avant le transfert du patient en psychiatrie, les modalités de transfert (surveillance par IDE psychiatrique, type d'ambulance, règles de mise en place de contention sur brancard et surveillance) font l'objet d'une procédure écrite et validée par les médecins psychiatres et la direction de l'établissement. Un patient hospitalisé sans consentement doit obligatoirement être hospitalisé en secteur fermé de psychiatrie.

4.4. Le retour à domicile et le suivi ambulatoire

Un document de procédures internes au département d'aval psychiatrique détaillant les critères de sortie [21] lorsque l'admission est suivie d'un retour à domicile est à disposition des personnels. L'IDE à compétence

psychiatrique, avec l'assistante sociale, évalue les capacités du patient à satisfaire ses besoins de base, les aides nécessaires et possibles pouvant être assurées par l'entourage et les réseaux sociaux et paramédicaux, les actions de prévention à initier. Une attention particulière sera apportée à l'obtention de la compliance au traitement. A sa sortie du département d'aval psychiatrique, le patient sera informé des dispositifs existants pour le suivi ambulatoire : CMP de secteur, dispositifs spécifiques de suivi.

4.5. Etat des lieux au plan international

Les unités d'observation psychiatrique au sein des services d'urgences sont essentiellement décrites dans la littérature anglo-saxonne. Ces unités sont appelées EmPATH ou unités d'observation psychiatriques. Les études qui concluent à une amélioration de la gestion des flux des patients psychiatriques aux urgences, à une diminution de la durée de séjour aux urgences et à une meilleure utilisation des lits des services de psychiatrie comportent des biais. Ces unités semblent avoir un impact positif sur le taux de réadmission dans les 30 jours dans un service d'urgence et l'inclusion dans une filière spécifique après la sortie du patient. L'unité EmPATH (*Emergency Psychiatric Assessment, Treatment, and Healing*) [47] est un acronyme désignant un service d'urgence psychiatrique en milieu hospitalier ou une unité d'observation médicale dédiée aux urgences en santé mentale. Les unités EmPATH ont été développées en réponse à la surcharge des services d'urgence aux États-Unis, quand un grand nombre de patients consultant pour un motif de recours psychiatrique attendaient pendant des heures, voire des jours, avant leur transfert vers un établissement ou un service psychiatrique. L'unité EmPATH vise à réduire le temps, l'espace, les charges financières imposées aux urgences et à préserver les lits limités en psychiatrie hospitalière pour les patients qui ont réellement besoin d'un niveau de soins plus élevé. Les patients psychiatriques en attente d'un transfert en service dédié restent aux urgences 3,2 fois plus longtemps que les patients non psychiatriques aux urgences [48].

L'analyse d'activité de l'unité EmPATH des hôpitaux et cliniques de l'Université de l'Iowa a montré une diminution de la durée moyenne de séjour totale et de réadmissions précoces dans les services d'urgence [47]. Cette étude était une analyse avant-après menée dans un centre médical universitaire de soins de 1 541 lits, doté d'un service d'urgence adultes au volume de passages de 90 000 par an entre février 2013 et juillet 2014. Dans cette étude, 3501 patients ont été inclus avant intervention et 3 798 après intervention. L'objectif était d'évaluer l'impact d'une unité d'observation psychiatrique sur la durée de séjour dans les SU (réduction de l'embarquement aux urgences selon le terme anglo-saxon [47]), sur la durée du séjour totale pour les patients présentant des plaintes psychiatriques et sur la juste utilisation des lits psychiatriques pour les patients hospitalisés. Les principaux critères de jugement étaient la durée de séjour aux urgences, la durée de séjour totale et le taux d'hospitalisation. La durée de vie médiane aux urgences pour la période pré-intervention était de 155 minutes, inférieure à la durée de vie médiane aux urgences pour la période post-intervention de 35 minutes. Des réductions similaires ont été observées dans la durée de séjour en SU de 865 minutes contre 379 minutes, $p < 0,0001$) et la durée de séjour totale (1112 minutes contre 920 minutes, $p = 0,003$). Le taux d'admission psychiatrique était plus faible (avant = 42 %, après = 25 %, $p < 0,0001$). La création d'une unité d'observation psychiatrique aiguë semble donc améliorer la gestion des flux dans les SU et l'indication d'hospitalisation en service de psychiatrie.

Une autre étude [49] était centrée spécifiquement sur le patient suicidant. L'objectif était d'évaluer l'impact d'une unité EmPATH dans le service des urgences sur les admissions à l'hôpital, la durée du séjour au service d'urgence, les réadmissions et le suivi dans les 30 jours pour les patients présentant des idées suicidaires ou admis après une tentative de suicide. L'étude porte 962 patients ($n = 435$ avant l'unité EmPATH, $n = 527$ après l'unité EmPATH). La durée moyenne de séjour aux urgences a été réduite de 62%. Il y a eu une augmentation de 60% des soins de suivi dans les 30 jours établis après la sortie. Les réadmissions aux urgences dans les 30 jours étaient diminuées

dans la période post-unité EmPATH par rapport à la période pré-unité EmPATH de 31%. Le recours à la contention aux urgences n'a pas été modifié. L'introduction de l'unité EmPATH a amélioré la prise en charge du suicidant aux urgences en réduisant la durée de séjour aux urgences, les réadmissions dans le mois suivant et en établissant des soins de suivi post-urgence.

L'analyse multicentrique dans cinq grands centres médico universitaires en Amérique du Nord et neuf en Australie dont l'objectif est d'étudier l'efficacité des admissions hospitalières de courte durée dans les unités d'observation psychiatrique pour améliorer le flux des patients à motif de recours psychiatrique dans les SU [50]. Des unités d'observation psychiatrique ont été mises en place pour faire face à l'augmentation des présentations aux urgences liées à la santé mentale et au blocage de l'accès aux lits dans ces régions. Certains centres rapportent une diminution de la durée de séjour en SU. Toutes rétrospectives, cette étude comporte des biais, notamment parce qu'elle ne concerne que des pays à revenu élevé. Ce travail conclut que les données sont insuffisantes pour déterminer si les unités d'observation psychiatriques ont eu un impact significatif sur la gestion des flux des patients psychiatriques en SU et le taux d'hospitalisation. Ce n'est qu'en Australie que l'on a constaté une réduction des taux de réadmission et du recours à la contention.

CONCLUSION

Il existe une multitude de réseaux et filières de prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques à l'échelle nationale. Ces structures sont disparates et manquent d'harmonisation sur l'ensemble du territoire. Cela vaut également pour les filières d'urgence du patient psychiatrique, qui peuvent débiter par l'appel au SAS et qui se poursuivent fréquemment jusqu'à l'UHCD des SU lorsqu'une prise en charge immédiate en filière psychiatrique et en aval du service des urgences n'est pas immédiatement possible.

La prise en charge des patients psychiatriques nécessite une surveillance rigoureuse et la sécurisation des espaces, ainsi que des protocoles d'urgence pré établis et connus de tous. En dehors des situations d'urgence vitale somatique, les SU ne sont pas structurellement adaptés à ces besoins spécifiques. Il est donc important, dans la mesure du possible, de mettre en place des unités de santé mentale, sous la responsabilité des psychiatres, adjacentes aux SU pour accueillir les patients en urgence. Ces unités spécialisées offrent non seulement une prise en charge adaptée au profil et à la maladie mentale du patient, mais elles permettent aussi de désengorger les services d'urgences. Cela faciliterait non seulement le parcours de soins des patients psychiatriques mais aussi une prise en charge plus rapide des urgences médicales aiguës d'origine non psychiatrique.

De telles structures favorisent des soins (cure) ainsi qu'un prendre soin (care) de plus grande qualité, autant pour le patient, que ses proches-aidants, les autres patients des SU et les soignants. Elles limitent ainsi de nombreuses problématiques (sûreté, sécurité, qualité, incident, etc.) pouvant déstabiliser une SU face aux soins spécifiques des patients à présentation psychiatrique.

Annexe 1

Une équipe psychiatrique intégrée au SAS du SAMU de Paris

De la genèse d'un projet à Paris

La naissance du projet « SAMU Psy » dans les années 2020 - soit l'intégration d'une équipe psychiatrique composée d'infirmiers de psychiatrie (IPsy) et d'un psychiatre - au Centre de réception et de régulation des appels (CRRA) du SAMU de Paris tient de la constatation de plusieurs difficultés en salle de régulation :

- Le nombre important des appels à motif psychiatrique au quotidien en régulation (estimé à plus de 6000 par an au SAMU de Paris) ;
- Les difficultés pour les médecins régulateurs (aide médicale urgente ou AMU, permanence des soins ou médecine ambulatoire) d'évaluer ces appels qui relèvent de connaissances cliniques, théoriques et pratiques spécialisées, ainsi que la complexité du réseau de soin en santé mentale du territoire parisien ;
- Le transport trop systématique de ces patients aux urgences générales pour une évaluation psychiatrique, dans un contexte de saturation des structures d'urgence (SU), alors que bon nombre de situations pourraient bénéficier d'un désamorçage par intervention téléphonique précoce ou d'une intervention au domicile ou d'une orientation ambulatoire plus pertinente ;
- La complexité de l'accès aux soins psychiques, d'origine multifactorielle, amenant à des retards de prise en charge et à des conséquences parfois dramatiques en termes de santé publique.

Un travail de fond a été mené durant toute l'année 2021 afin de préparer la mise en place et le recrutement de l'équipe du SAMU Psy. Les infirmiers diplômés d'état (IDE) ont été progressivement recrutés au cours de l'année 2021 pour rendre l'équipe opérationnelle dès le début de l'année 2022 : mise en place des procédures d'appel et de régulation téléphonique, intégration et communication auprès des équipes du SAMU, formation aux outils de régulation du SAMU, double écoute auprès des différents intervenants de la salle de régulation, immersion en intervention SMUR, constitution d'annuaires et cartographie du réseau de santé mentale du territoire parisien et francilien, réunions de mise en place et de fonctionnement du projet. Le dispositif est pensé comme reposant sur la pratique infirmière spécialisée sous coordination et supervision médicales. Un parcours type d'intégration du métier d'infirmier de psychiatrie (IPsy) au SAMU a été formalisé avec : présentation globale du poste, présentation des protocoles et ressources de l'équipe, formation précise au réseau de soins parisien de Santé Mentale, complément de formation à la clinique et à l'évaluation psychiatrique, formation aux outils numériques et logiciels utilisés au CRRA, temps dédié de double écoute avec chaque poste de la salle de régulation (ARM N1, ARM N2, médecin de l'AMU, médecin de la permanence des soins ou médecine ambulatoire, pédiatre) avec acclimatation et acculturation au CRRA, temps de double écoute avec les IDE de psychiatrie déjà en poste, supervision de l'IDE en intégration lors de prises d'appels, journées en SMUR. Ce travail préparatoire a permis à l'équipe des infirmiers du SAMU Psy de débiter l'activité de régulation et d'orientation au CRRA du SAMU de Paris dès janvier 2022. Quatre infirmiers spécialisés en psychiatrie avec une expérience de l'activité d'urgence et de crise ont été recrutés en 2021 puis deux en 2022 formant l'équipe définitive de six IPsy. Ils ont été rejoints par un psychiatre coordonnateur temps plein en juillet 2022. L'analyse des flux d'appels a conduit à positionner les ressources sept jours sur sept avec une amplitude de 9 heures à 23 heures (Tableau 3), correspondant à la grande majorité des appels et permettant de couvrir les différentes missions sur l'ensemble du territoire parisien pour les patients adultes et pédiatriques. Le recrutement de six IPsy au total et leur fonctionnement en 12 heures a permis qu'ils soient deux présents la plupart des jours avec une organisation résumée dans le tableau 3.

Infirmière psychiatrique	Lundi au vendredi	Roulement 1 : 9h00 – 21h00	Roulement 2 : 11h00-23h00
	Samedi et dimanche	Roulement 1 : 10h00 – 22h00	Pas de roulement 2
Médecin	Lundi au vendredi	9h00 – 23h00	

Tableau 3 : Organisation de l'équipe du SAMU Psy de Paris

Il est à signaler qu'en dehors des horaires d'ouverture du SAMU Psy (23 heures à 9 heures), les professionnels du SAMU de Paris ont la possibilité de solliciter l'aide du Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) pour la régulation des appels dits psychiatriques au titre d'une convention existant depuis 2005. L'équipe du SAMU Psy est intégrée à l'unité fonctionnelle (UF) de service CUMP-Psycho traumatologie-Urgences psychiatriques préhospitalières du SAMU de Paris (Figure 2), qui est lui-même rattaché au département médico-universitaire (DMU) « Urgences et réanimations » du groupe hospitalier universitaire (GHU) « AP-HP Centre ».

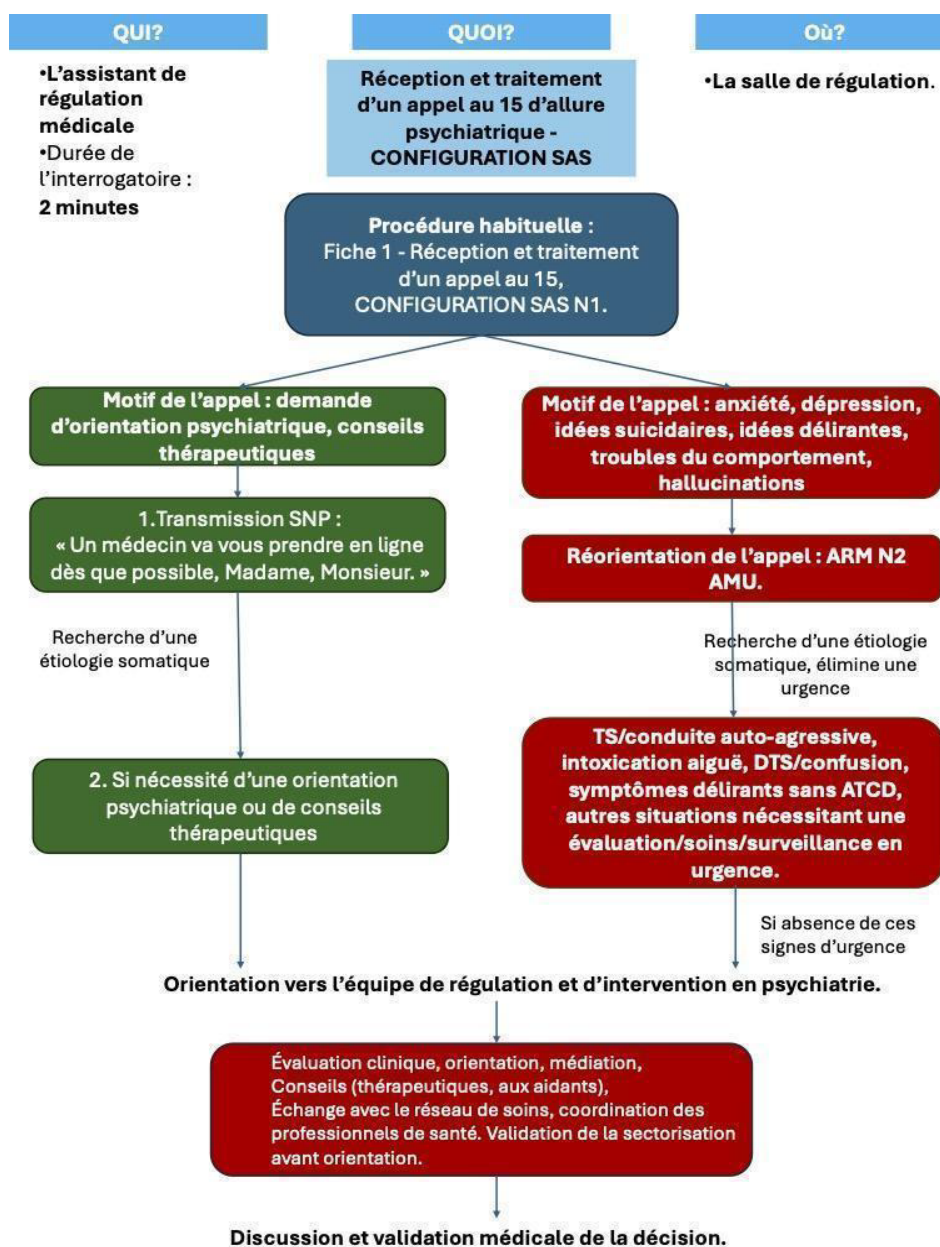


Figure 2 : Réception et traitement d'un appel au 15 d'allure psychiatrique en configuration service d'accès aux soins (SAS)

Objectifs et missions

Le SAMU Psy a pour mission d'apporter de nécessaires améliorations dans la prise en charge préhospitalière des urgences psychiatriques adultes et pédiatriques et de fluidifier le parcours de soins des patients dans le réseau de santé mentale, qu'il soit hospitalier ou ambulatoire, en diminuant l'envoi de moyens d'urgence et le nombre de passages dans les Structures des urgences (SU) quand ils ne sont pas pertinents et en privilégiant les alternatives ambulatoires ou hospitalières plus adaptées selon leurs disponibilités. En d'autres termes, il vise à améliorer la qualité de la réponse sanitaire dès l'appel au 15 par la mise en place d'une équipe psychiatrique pluridisciplinaire basée au SAMU de Paris. Cette équipe spécialisée a pour mission d'évaluer et de proposer une prise en charge spécifique, individualisée, soit par téléphone ou lors d'interventions au domicile. Les interventions du SAMU Psy se font en lien étroit et partenariat avec l'ensemble des structures en charge de l'urgence psychiatrique sur le territoire parisien et en particulier avec les SU de l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) et le CPOA, mais aussi avec les structures psychiatriques d'aval aussi bien ambulatoires qu'hospitalières de Paris (AP-HP, centre médico-psychologique et centre d'accueil de crise en particulier), ainsi qu'avec les proches et les aidants des patients pris en charge.

Le SAMU Psy répond aux objectifs du SAS pour les appels à motif psychiatrique avec l'orientation des patients dans la filière de soins psychiatriques spécialisés dès l'appel au 15, qu'il s'agisse de soins programmés ou non programmés, avec lien direct avec la structure et les acteurs d'aval. Il s'inscrit pleinement dans les objectifs du projet régional de santé de l'Île-de-France 2018-2022 en prévoyant l'optimisation de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence, de la continuité des parcours de soins, de la prise en charge et du suivi des personnes repérées ou dépistées.

Le schéma de régulation des appels respecte celui des autres appels passés au 15 (Figure 3) :

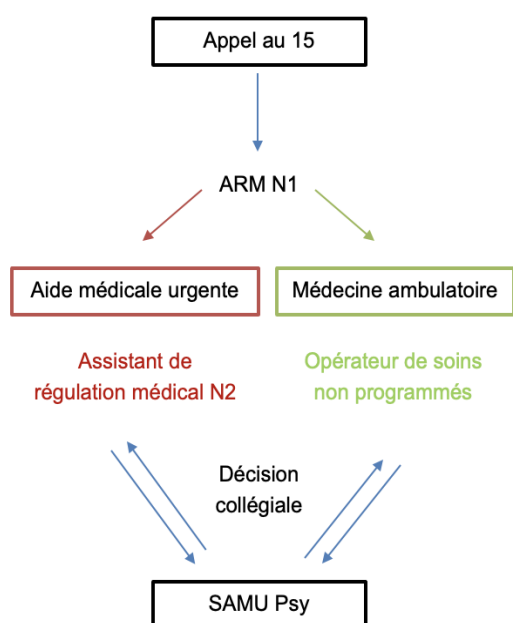


Figure 3 : Schéma de régulation des appels vers l'infirmière de psychiatrie au 15 au SAMU de Paris.

- Classement de l'appel dans la filière AMU, médecine ambulatoire par l'ARM N1 avec prise des coordonnées du patient et du motif de l'appel ;
- Prise d'information par l'ARM N2 ou par l'opérateur de soins non programmés (OSNP) ;
- Régulation de l'appel par le médecin de l'AMU ou de la médecine ambulatoire ;

- Demande d'évaluation au SAMU Psy par le médecin régulateur en cas de problématique psychiatrique repérée et après avoir éliminé une étiologie somatique
- Régulation par le SAMU Psy et retour fait au médecin régulateur avec proposition d'orientation pour la prise de décision collégiale.

La régulation standardisée de l'appel par le SAMU Psy repose sur :

- Le recueil des antécédents somatiques et psychiatriques personnels et familiaux du patient, notamment les antécédents de prise en charge psychiatrique, de diagnostics posés par un professionnel de santé et de tentative de suicide ;
- Le recueil des principaux éléments biographiques et du mode de vie du patient ;
- La consultation du dossier patient informatisé sur le logiciel ORBIS commun à tout l'AP-HP et sur le logiciel Centaure utilisé au SAMU pour compléter les informations déclaratives du patient ou de son proche ;
- L'évaluation du contexte et des circonstances de l'appel et de l'histoire des troubles ;
- L'évaluation clinique avec recherche des symptômes psychiatriques présents et absents ainsi que leur intensité et leur évolution temporelle ;
- L'évaluation systématique du risque suicidaire, de la présence de symptômes thymiques et délirants ;
- La recherche systématique d'un tiers afin de compléter l'évaluation des antécédents, de l'histoire des troubles, des symptômes présents et absents, son souhait d'orientation.

Il est systématiquement tenté de joindre le professionnel de santé ou la structure de soins connaissant le patient s'il ou elle existe afin de compléter l'évaluation et discuter de la suite à donner. Au terme de l'évaluation, une orientation est discutée avec le patient ou son proche-aidant et une décision est validée par le médecin psychiatre coordonnateur ou le médecin régulateur référent en son absence, afin de toujours médicaliser les orientations. En fonction de l'évaluation, différentes décisions peuvent être prises :

- Conseil et recommandations simples sans soins programmés avec remise des coordonnées des structures de soins du secteur ;
- Orientation dans la filière de soins programmés (médecin traitant, CMP, psychiatre ou psychologue libéraux) ;
- Orientation dans la filière de soins non programmés (SU, CPOA, CAC ou CMP si disponible) ;
- Envoi de secours en cas d'urgence et d'impossibilité ou de refus du patient de se déplacer : ambulance, véhicules de secours et d'assistance aux victimes (VSAV) ou forces de l'ordre selon la situation, pour transport dans la SU, au CPOA ou au CAC du secteur.

En cas de situation préoccupante nécessitant une prise en charge médicale indispensable, l'infirmier s'assure de la bonne opérationnalité et mise en place de ce qui avait été prévu et réajuste au besoin, en lien avec le psychiatre coordonnateur ou le médecin régulateur. Il s'assure également du lien et des bonnes transmissions avec les opérateurs et acteurs d'aval. L'arrivée du médecin psychiatre en juillet 2022 a permis de réfléchir et de mettre en place, en équipe, un protocole d'interventions du SAMU psychiatrique au domicile des patients. L'indication principale retenue est toutes situations indiquant une consultation spécialisée de psychiatrie urgente ou semi-urgente (dans les 24 à 48 heures) avec accord du patient et absence de recours ambulatoire autre que les urgences, afin d'éviter le passage au SU. Pour ce faire un sac à dos d'intervention "psy" a été mis en place (ordonnancier, formulaires d'arrêt de travail ou d'accident du travail, papier en-tête, pharmacie avec psychotropes de l'urgence, tensiomètre) et le psychiatre se déplace avec le véhicule de la CUMP dans l'attente d'un véhicule propre au SAMU Psy. Les premières interventions à domicile ont commencé en septembre 2022.

Bilan et statistiques sur l'année 2022

Au total, 2768 dossiers de régulation ont été pris en charge par l'équipe du SAMU Psy au cours de l'année 2022. Un dossier de régulation correspond à la prise en charge globale du patient et peut donc engendrer plusieurs appels téléphoniques : rappel du patient, de son proche, de son psychiatre, de la structure vers laquelle on souhaite l'orienter par exemple. Le relevé du nombre total d'appels passés par l'équipe n'a pas été comptabilisé sur l'ensemble de l'année 2022, seul le nombre de dossiers étant pris en compte. Depuis la comptabilisation de l'ensemble des appels, en cours d'année, on s'est aperçu qu'un dossier de régulation amène en moyenne à deux appels, ce qui permettait d'estimer le nombre total d'appels à 5536 en 2022, soit 15 par jour en moyenne et 461 par mois (Figures 4 et 5). Ce chiffre est bien inférieur à la réalité puisqu'il ne prend pas en compte les nombreux appels concernant des situations de tentatives de suicide avérée, de troubles comportementaux majeurs avec risque auto ou hétéro agressif imminent et d'intoxication aiguë notamment en alcool qui sont régulées directement par le médecin de l'AMU et sans l'expertise du SAMU Psy et occasionnent systématiquement l'envoi de moyens rapides (prompts secours, SMUR, police). La durée moyenne de régulation d'un dossier était de 24 minutes pour un temps d'appel total de 1111 heures par an et une grande dispersion statistique pour 2768 dossiers par an, soit huit dossiers par jour en moyenne.

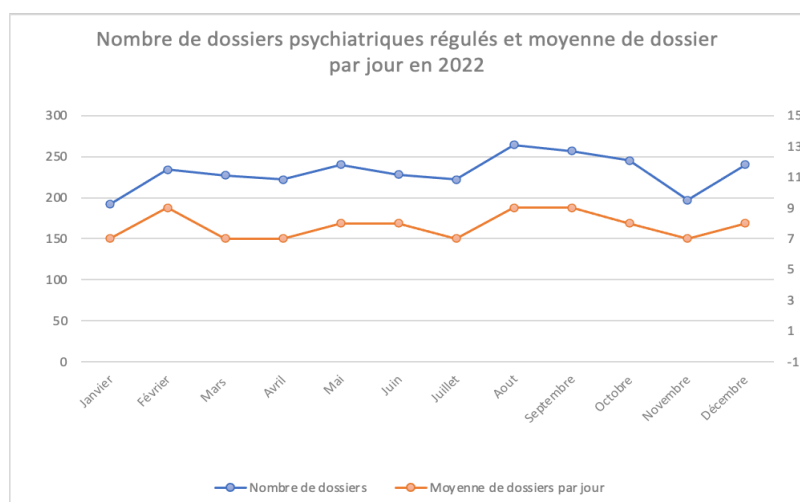


Figure 4 : Activité mensuelle au cours de l'année 2022

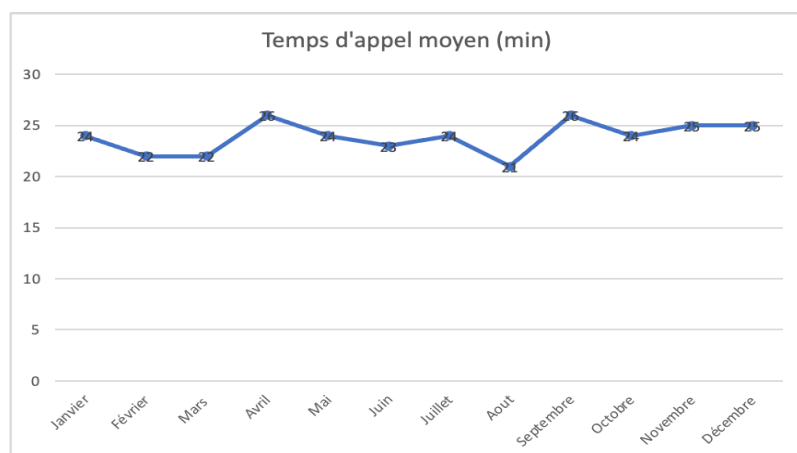


Figure 5 : Moyenne de la durée des appels au cours de l'année 2022

Dans 90% des cas, les dossiers régulés par le SAMU Psy proviennent de la filière de l'AMU. Cela n'est pas surprenant puisque les protocoles du SAMU de Paris prévoient la régulation des appels pour motif psychiatrique par l'AMU, ce qui diffère avec les protocoles d'autres départements. Parmi eux, 93,7% des dossiers de régulation ont concerné des adultes et 6,3% des enfants de moins de 16 ans (Figure 6). Les dossiers régulés concernent

légèrement plus de femmes (53%) que d'hommes (47%). Les cinq motifs principaux d'appel étaient (sur 2553 dossiers de régulation) :

- Crise suicidaire (26,9%)
- Anxiété (19,3%)
- Troubles du comportement (12,1%)
- Épisode délirant (10,1%)
- Trouble de l'humeur (8,6%)

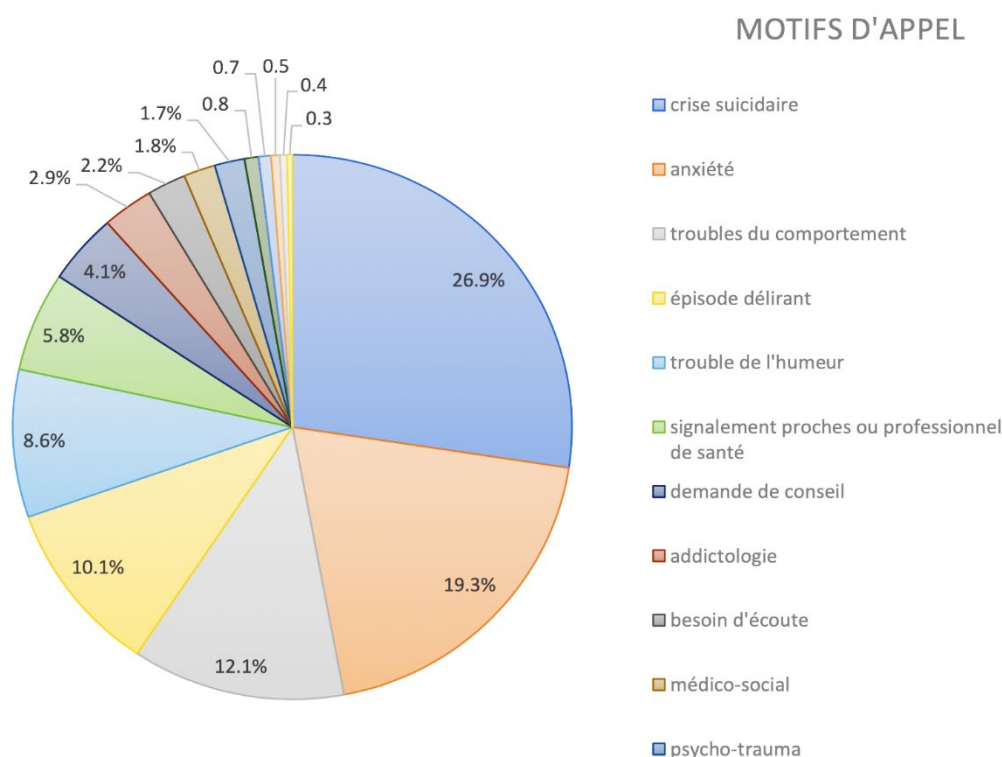


Figure 6 : Motifs d'appel des dossiers régulés en 2022

Sur les 2489 orientations connues des patients après régulation, 1083 patients (43%) ont bénéficié d'un conseil médical (recommandations médicales, orientation vers des soins programmés) et 1267 patients (51%) ont été adressés aux urgences (1184 dans une SU et 83 au CPOA). 139 patients (6%) ont été adressés vers des soins non programmés ambulatoires en dehors des SU : CAC, CMP en urgence, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), médecin généraliste en urgence, maison médicale de garde (Figure 7).

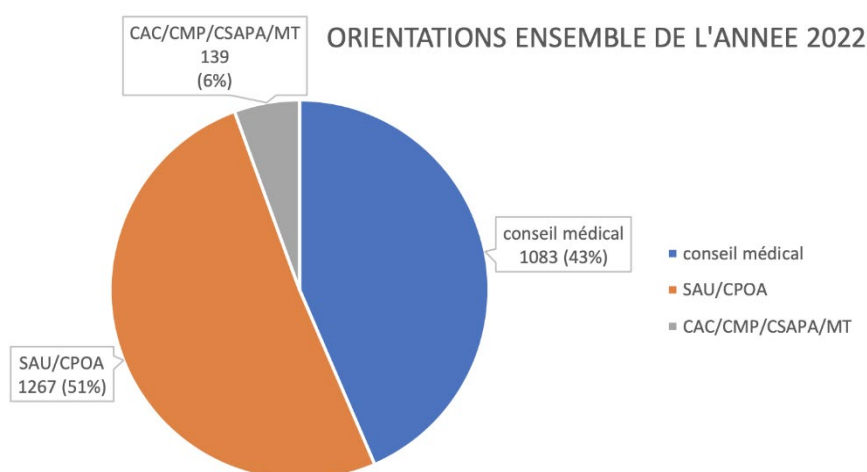


Figure 7 : Orientations des dossiers régulés sur l'ensemble de l'année 2022

L'analyse des orientations entre janvier et septembre 2022 d'une part et entre octobre et décembre 2022 d'autre part, est intéressante puisqu'elle montre que la proportion des conseils médicaux par rapport aux adressages aux urgences augmente entre ces deux périodes (41% contre 51% pour les conseils médicaux et 53% contre 44% pour les adressages en SU). Cela est très probablement dû à la prise d'expérience de l'équipe mais aussi et surtout à l'arrivée du psychiatre coordinateur médical en juillet 2022 (Figure 8).

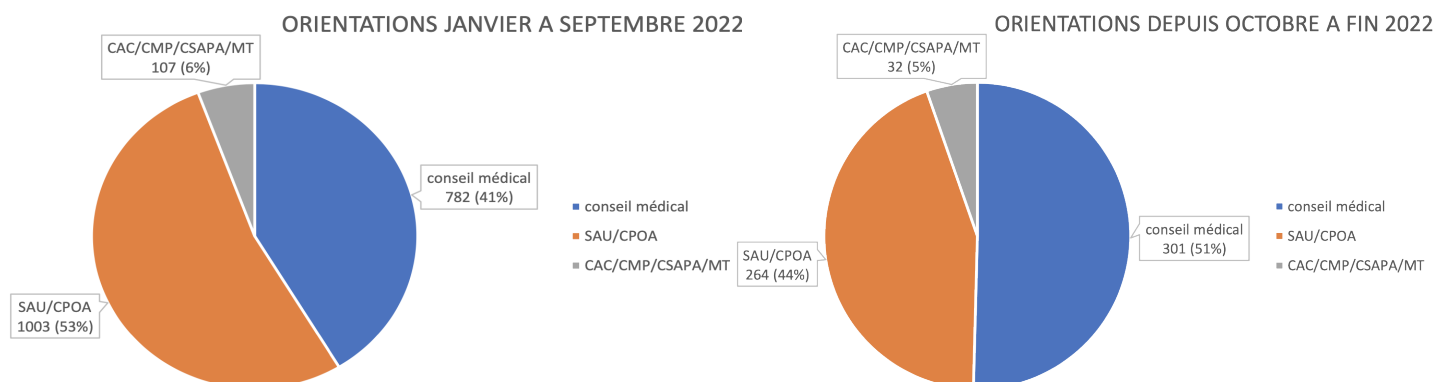


Figure 8 : Évolution des orientations entre janvier à septembre et octobre à fin d'année 2022

Le SAMU Psy a pu réaliser plusieurs interventions à domicile en décembre 2022, en voici quelques exemples significatifs qui ont permis d'éviter le passage par les SU :

- Une intervention pour symptomatologie dépressive sévère ayant abouti à l'hospitalisation directe à l'hôpital Saint-Antoine en service de psychiatrie en évitant le passage dans une SU ;
- Deux interventions pour symptomatologie dépressive d'intensité moyenne avec idées suicidaires ayant abouti au maintien au domicile avec prescription ou ajustement de traitement psychotrope, arrêt de travail et prise d'un rendez-vous de consultation ambulatoire ;
- Une intervention pour aide à la gestion comportementale et à la médication d'un adulte ;
- Présentant un trouble du spectre autistique avec déficience intellectuelle et nécessitant un transport aux urgences pour bilan médical somatique ;
- Une intervention pour attaque de panique massive non résolutive par intervention ;
- Téléphonique, ayant pu céder par administration médicamenteuse sur place, et aboutissant au maintien sur place avec prescription médicamenteuse, arrêt de travail et orientation en libéral.
- Enfin, il n'y pas eu d'évènements indésirables graves ni de plaintes rapportées en lien avec les dossiers régulés par l'équipe du SAMU Psy.

Les chiffres disponibles sur le 1er semestre 2023 montrent comparativement au premier semestre 2022 :

- 1895 dossiers régulés (vs 1343 en 2022) soit une augmentation de 41% ;
- Un nombre d'appels pour enfant de moins de 16 ans multiplié par deux ;
- 34,7% des patients orientés vers les urgences (vs 51% en 2022), soit une réduction significative de l'envoi aux urgences mais aussi de l'envoi de secours par la mise en place de solutions ambulatoires ;
- 46 interventions à domicile (débutées en décembre 2022).

Conclusion du projet « SAMU Psy »

L'année 2022 a vu la concrétisation du projet du SAMU Psy avec la mise en place opérante d'une compétence psychiatrique au SAMU de Paris. Il apparaît que cette compétence, initialement paramédicale spécialisée puis bidisciplinaire depuis l'arrivée du médecin psychiatre coordonnateur, a permis progressivement la réduction de l'adressage aux urgences générales et la fluidification du parcours de soins des patients dans la filière psychiatrique, par le biais de l'évaluation et de l'intervention téléphoniques spécialisées et de la très bonne connaissance du réseau de santé mentale de l'équipe. Le projet SAMU Psy s'inscrit pleinement dans le cadre du SAS avec l'orientation dans la filière de soins appropriée dès l'appel au 15, quel que soit le degré d'urgence. En 2022, 2768 dossiers ont été régulés par le SAMU Psy, avec une estimation de 5536 appels au total, reçus et passés. La fin d'année 2022 a vu le début de mise en place des interventions mobiles, ce qui va encore améliorer la prise en charge pré hospitalière de l'urgence psychiatrique parisienne. Le SAMU Psy paraît aujourd'hui indispensable au fonctionnement global du SAMU de Paris et pourrait servir de modèle à la mise en place de dispositifs similaires dans les départements limitrophes.

Annexe 2

L'exemple de « PEGASE », SAS Psy de Bordeaux (33)

Le PEGASE est un SAS psy reposant sur un modèle intégratif à trois niveaux avec :

1. Une ligne téléphonique d'information, de conseil et d'orientation : Questions Psy ;
2. Un renfort psychiatrique du SAS du CHU de Bordeaux : Régul'Psy ;
3. Des espaces d'échanges inter professionnels pour favoriser une acculturation réciproque, une réflexion collaborative et des interventions conjointes mieux coordonnées : PEGASE-pros (organisation de sessions inter professionnelles de formations, rédaction de procédures de transport partagées, etc.).

La mise en place de Questions Psy

Basée au centre hospitalier Charles Perrens (CH-CP), à Bordeaux, et joignable au 0 800 710 890, du lundi au vendredi, de 10 heures à 17 heures 30, l'unité Questions Psy a été déployée à l'automne 2020, dans le sillage de la ligne téléphonique CovidPsy 33. Tenue par quatre infirmiers expérimentés, elle a pour vocation d'évaluer les besoins des appelants et de leur apporter la réponse la plus adéquate. Si nécessaire, un psychiatre peut être sollicité pour, par exemple, proposer une aide à un médecin pour la prescription.

En 2023, Questions Psy a traité 4207 appels (2444 entrants et 1763 sortants) soit une moyenne de 351 appels par mois. Parmi les orientations effectuées, le recours aux numéros et services d'urgences était exceptionnel puisque moins de 1% des appels donnait lieu à une sollicitation du SAMU et 1,5% aboutissait à un adressage au Service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique (SECOP). L'équipe prévoit régulièrement des rappels pour s'assurer de la prise en considération des informations et conseils apportés et effectuer une réévaluation lorsque cela paraît cliniquement nécessaire. Grâce aux réponses qu'elle apporte, Questions Psy permet d'informer et de rassurer les usagers, parfois inquiets à l'idée de consulter, tout en les orientant au mieux. Elle contribue également à éviter les passages par défaut aux urgences par une alternative, y compris lorsque le motif de l'appel est une demande d'adressage voire d'hospitalisation. Entre août et décembre 2023 une trentaine de passages au moins ont ainsi été évités au SECOP. Enfin, lorsqu'un adressage aux urgences est indiqué, l'équipe joint le service receveur et effectue des transmissions afin de signaler d'éventuels risques (sevrage, suicide, fugue, etc.) et d'optimiser l'accueil.

La mise en place de Régul'Psy

Lancée en novembre 2022, l'activité de *Régul'Psy* a initialement été assurée par une infirmière, du lundi au vendredi, de 10 heures à 17 heures 30, jusqu'en septembre 2023, époque à laquelle trois nouvelles professionnelles ont été recrutées. Cela a permis d'étendre les plages de fonctionnement du dispositif sept jours sur sept et d'organiser une première ligne au SAS 33, basé au centre hospitalier universitaire de Bordeaux, et une seconde ligne, au CHCP, effectuant des rappels. Tout appel pour motif psychiatrique reçu au SAS donne lieu à une évaluation par le médecin régulateur : la possibilité de solliciter Régul'Psy est ensuite laissée à sa discrétion. Le rôle de l'infirmier de psychiatrie est d'effectuer un bilan de la situation et de revenir vers le médecin régulateur avec une proposition de prise en charge qui peut, si besoin, être discutée avec un psychiatre.

En 2022, Régul'Psy a fonctionné deux mois, soit 23 jours. Durant cette période, 34 dossiers ont été traités. L'activité a augmenté en 2023, l'équipe et ses apports étant de mieux en mieux identifiés par les médecins

régulateurs : 554 dossiers ont ainsi été traités, donnant lieu à 1254 interventions soit 15,5 par jour (recherche d'informations, transmissions, rappels, etc.). Les appels entrants donnent régulièrement lieu à une recherche d'informations auprès de l'entourage ou du réseau de soins, une fois sur trois, afin de mener l'évaluation la plus exhaustive possible et de déterminer l'orientation la plus appropriée. Ces échanges sont l'occasion d'effectuer des transmissions auprès des professionnels, tant pour recueillir leur avis que pour prévoir une éventuelle consultation avec le médecin traitant.

Parmi les propositions de prise en charge, les plus fréquentes étaient un adressage vers :

- Le SECOP (20%) ou un autre site de psychiatrie d'urgence (16%) ;
- Un CMP, un CMPEA ou une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) (22%) ;
- Le médecin traitant, ou le psychiatre traitant (22%).

Une proposition de rappel était faite dans 26% des cas, dans l'attente, par exemple, d'une consultation ou d'une admission programmée en clinique. S'il est difficile d'évaluer l'impact de ces interventions, il est très probable qu'elles contribuent à rassurer les patients et leurs entourages, et donc, à éviter la sollicitation des urgences, tout en sécurisant le parcours patient (information sur l'existence des ressources au 3114, et réévaluation ultérieure). Le suivi des orientations SECOP montre que 20% d'entre elles n'aboutissent pas à un passage effectif et que, lorsqu'ils s'y présentent, la moitié des patients sont hospitalisés. Par ailleurs, et bien que l'activité soit croissante, la proportion d'adressages vers le SECOP est en baisse par rapport à celle constatée lors du lancement de Régul'Psy. Cela reflète l'expérience acquise par les répondantes, avec une bonne connaissance du réseau de soins d'aval et, ainsi, une capacité accrue à proposer des alternatives au passage aux urgences. Entre août et décembre 2023, ce sont ainsi vingt passages, au moins, qui ont été évités au SECOP. Enfin, la régulation téléphonique permet d'orienter d'emblée, aux urgences générales, les situations qui le nécessitent (alcoolisation et, plus largement, intoxications aiguës, confusion, etc.).

La mise en place de Réponse Psy

Depuis le début de l'année 2024, une consultation « unique » (One Shot), nommée Réponse Psy, a été créée pour donner un avis psychiatrique expert, dans le cadre d'un rendez-vous médical unique, après une évaluation infirmière. Les patients peuvent y être adressés par le SECOP, par Questions Psy et Régul'Psy, et par les médecins généralistes. Ces derniers se voient, dans tous les cas, adresser un compte-rendu de consultation détaillé, avec plusieurs lignes de traitement, si nécessaire, et une proposition d'orientation si une prise en charge spécialisée s'avère nécessaire.

Annexe 3

Aspects législatifs

Le 19 juin 2020, le Conseil constitutionnel a déclaré l'article L. 3222-5-1 du CSP contraire à la Constitution dans sa rédaction issue de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Cet article constituait la base légale des mesures d'isolement et de contention qui pouvaient être mises en œuvre en psychiatrie dans le cadre des hospitalisations complètes des patients en soins sans consentement. Sur le fond, le Conseil constitutionnel a considéré que la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée, seulement si le Juge des libertés et de la détention (JLD) intervenait dans le plus court délai possible. Or, si le législateur avait prévu que le recours à l'isolement à la contention ne pouvait être décidé par un psychiatre que pour une durée limitée, il n'avait pas fixé cette limite, ni prévu les conditions dans lesquelles au-delà d'une certaine durée, le maintien de ces mesures était soumis au contrôle du JLD. Ainsi, aucune disposition législative ne soumettait à une juridiction judiciaire le maintien à l'isolement ou sous contention dans des conditions répondant aux exigences de l'article 66 de la Constitution. In fine, il a été estimé qu'il revenait au législateur de fixer la limite de la durée de ces mesures, ainsi que de prévoir le contrôle du JLD en cas de maintien de ces mesures au-delà d'une certaine durée.

Afin d'éviter que les mesures d'isolement et de contention ne deviennent illégales à compter du premier janvier 2021, un article de loi a été introduit dans la LFSS pour 2021. Cet article répond aux exigences du Conseil constitutionnel en posant des durées et en définissant les modalités d'encadrement et de contrôle des mesures d'isolement et de contention prises dans le cadre des hospitalisations en soins sans consentement. Le décret n°2021-537 du 30 avril 2021 précise les modalités d'application de cet article de loi. L'isolement et la contention pour le patient en situation de pathologie psychiatrique décompensée (hors intoxication alcoolique ou syndrome confusionnel aigu) peuvent être envisagés en dernier recours, uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement auto ou hétéro-agressifs entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui. Dès lors que ces mesures sont prises, le patient doit le plus rapidement possible être acheminé en unité de crise ou secteur de psychiatrie, comme l'a rappelé le contrôleur général des lieux de privations de liberté (Recommandations en urgence de février 2018 relatives au centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne NOR : CPLX1805177X)

La nouvelle rédaction de l'article L. 3222-5-1 du CSP introduit des durées aux mesures d'isolement et de contention, issues des recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité de santé (HAS) de mars 2017. Chaque renouvellement de mesure se fait après une nouvelle évaluation du patient et une décision motivée de renouvellement de la mesure par un psychiatre :

- Mesure d'isolement, pour une durée initiale maximale de 12 heures, renouvelable lorsque l'état du patient le nécessite par périodes maximales de 12 heures dans la limite d'une durée totale de 48 heures ;
- Mesure de contention prise dans le cadre d'une mesure d'isolement, pour une durée initiale maximale de 6 heures, renouvelable lorsque l'état de santé du patient le nécessite, par périodes maximales de 6 heures dans la limite d'une durée totale de 24 heures.

A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler ces mesures au-delà des durées totales, mais doit en informer la personne faisant l'objet de la mesure, les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 du CSP ainsi que le JLD.

Ces personnes peuvent saisir ce même juge, de même que le patient lui-même, lorsque son état clinique le permet, ainsi que le procureur de la République. Les renouvellements de mesures à titre exceptionnel se font dans les mêmes conditions et modalités, c'est-à-dire par tranches de 12 heures, pour l'isolement, ou de 6 heures, pour la contention, après évaluation du patient et sur décision motivée de renouvellement par un psychiatre. En cas de succession de mesures non consécutives, le texte distingue les mesures qu'il faut considérer comme prolongeant les précédentes et celles à considérer comme nouvelles. Cette distinction est fondamentale pour le calcul des durées des mesures rendues nécessaires dans le cadre de l'information au juge. Lorsqu'une mesure est prise moins de 48 heures après la fin de la précédente, cette mesure est à considérer comme une prolongation dont la durée va s'ajouter à la précédente. Si elle est prise au moins 48 heures après la fin d'une mesure précédente, elle est considérée comme nouvelle et se décompte alors de la durée totale.

La loi précise que le médecin informe « sans délai » le JLD et les proches, c'est-à-dire en droit « sur le champ ». Dans la mesure où il s'agit de permettre au JLD ou aux proches de faire une requête contre la mesure, sans délai peut s'interpréter comme le temps le plus court pour l'exercice d'un recours. Si la prolongation d'une mesure d'isolement ou de contention intervient la nuit, il est ainsi possible d'attendre le matin pour informer les proches et le JLD. Le médecin ayant décidé un renouvellement exceptionnel doit transmettre leur droit de saisir le JLD aux fins de mainlevée de la mesure ainsi que des modalités de saisine de ce JLD (au patient et aux personnes énumérées à l'article L. 3211-12 du CSP identifiées préalablement).

En résumé :

- Les pratiques d'isolement et de contention pour les soins en psychiatrie ont été modifiés par la loi en exigeant une durée limitée et un contrôle judiciaire ;
- Ces modalités sont encadrées par un décret publié en 2021 pour fixer les modalités d'application.

Les trois types d'ES autorisés en psychiatrie :

- Sans autorisation d'activité en psychiatrie ;
- Porteurs de l'autorisation d'activité en psychiatrie ;
- Porteurs de l'autorisation d'activité en psychiatrie disposant de la mention « soins sans consentement » ;
- Les mentions « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » et « soins sans consentement » sont nécessaires pour prendre en charge des mineurs en soins sans consentement (article R. 6123-200 du CSP).

Ainsi une hospitalisation sans consentement ne pourra être prononcée qu'au sein d'un ES porteur de l'autorisation d'activité en psychiatrie disposant de la mention « soins sans consentement ». Seuls les ES autorisés en psychiatrie disposent d'un registre des contentions.

Cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie

Au Journal officiel en date du 23 janvier 2022 a été publiée la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le CSP. Son article 17 fait par ailleurs notablement évoluer le régime de l'isolement et de la contention dans le secteur psychiatrique tant sur ses fondements et sa temporalité que sur le recours au juge qui la contrôle. Cet encadrement se veut tout d'abord de nature matérielle. En effet, le nouvel article restreint le champ d'application de l'isolement et de la contention en prévoyant que ces mesures ne peuvent être mises en place qu'en « dernier recours » et à l'égard de personnes admises en soins psychiatriques sans consentement « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement ».

Ce faisant, toute mesure d'isolement ou de contention doit donc être précédée d'une procédure de placement en soins psychiatriques sans consentement. Elle demeure conditionnée par l'existence d'une « décision motivée d'un psychiatre » et par un critère de nécessité et de proportionnalité ; elle doit enfin faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique et psychiatrique, traçable par des professionnels de santé. Comme auparavant, toute mesure d'isolement ou de contention doit être consignée dans un registre tenu à disposition de diverses autorités et l'établissement doit établir annuellement un rapport rendant compte de ses pratiques et de sa politique en la matière « Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, un identifiant du patient concerné ainsi que son âge, son mode d'hospitalisation, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires. L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1 ». La finalité poursuivie par de telles mesures d'isolement et de contention est également encadrée, elle l'était certes déjà sous l'empire de l'ancien texte mais celle-ci est précisée qu'« il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient ».

Les mesures d'isolement et de contention font enfin l'objet d'un encadrement temporel et l'article L. 3222-5-1 prévoit désormais que, en principe, l'isolement est limité à 12 heures et peut être renouvelé pour une durée totale de 48 heures maximum. La contention est quant à elle limitée à 6 heures et peut être renouvelée pour une durée totale de 24 heures : « La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée, dans les conditions et selon les modalités prévues au premier alinéa du présent I, dans la limite d'une durée totale de 48 heures, et fait l'objet de deux évaluations par 24 heures. La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée, dans les conditions et selon les modalités prévues au même premier alinéa, dans la limite d'une durée totale de 24 heures, et fait l'objet de deux évaluations par 12 heures ». A titre exceptionnel, ces mesures peuvent être prolongées au-delà de ces durées maximales, dans la limite de 48 heures (contention), de 72 heures (isolement). Le texte prévoit une saisine automatique du JLD au-delà de ce délai par le médecin au regard de ces critères. Le directeur de l'ES doit alors en informer sans délai le JLD du renouvellement de ces mesures, le JLD peut alors se saisir d'office pour y mettre fin.

L'article L. 3222-5-1 du CSP prévoit en tout état de cause une saisine obligatoire du JLD lorsque la contention dépasse 48 heures et l'isolement 72 heures. Le JLD doit alors autoriser la prolongation des mesures : « Le directeur de l'établissement saisit le juge des libertés et de la détention avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention, si l'état de santé du patient rend nécessaire le renouvellement de la mesure au-delà de ces durées. Le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures à compter du terme des durées prévues au deuxième alinéa du présent II ». Ainsi saisi, le JLD doit alors déterminer si les conditions ayant motivé le placement en isolement ou en contention sont toujours réunies. Autrement dit, il doit s'assurer que les mesures permettent toujours de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Si ces conditions ne sont plus réunies « il ordonne la mainlevée de la mesure. Dans ce cas,

aucune nouvelle mesure ne peut être prise avant l'expiration d'un délai de quarante-huit heures à compter de la mainlevée de la mesure, sauf survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient qui rendent impossibles d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui. Le directeur de l'établissement informe sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la nouvelle mesure ».

En revanche, si ces conditions lui apparaissent réunies « le juge des libertés et de la détention autorise le maintien de la mesure d'isolement ou de contention. Dans ce cas, le médecin peut la renouveler dans les conditions prévues audit I et aux deux premiers alinéas du présent II. Toutefois, si le renouvellement d'une mesure d'isolement est encore nécessaire après deux décisions de maintien prises par le juge des libertés et de la détention, celui-ci est saisi au moins 24 heures avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de sa précédente décision et le médecin informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical. Le juge des libertés et de la détention statue avant l'expiration de ce délai de sept jours. Le cas échéant, il est à nouveau saisi au moins 24 heures avant l'expiration de chaque nouveau délai de sept jours et statue dans les mêmes conditions. Le médecin réitère l'information susmentionnée lors de chaque saisine du juge des libertés et de la détention ».

Enfin et de manière générale, le JLD peut être saisi dans le cadre des dispositions de l'article L. 3211-12 I du CSP, désormais ainsi rédigé « le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, quelle qu'en soit la forme. Il peut également être saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention prise en application de l'article L. 3222-5-1. Dans ce cas, il statue dans les délais prévus au II de l'article L. 3222-5-1 ou, à défaut, dans un délai de 24 heures à compter de sa saisine ». Le JLD est ainsi soumis à un délai contraint pour statuer : un délai de 24 heures courant à compter de l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention s'il est saisi dans le cadre systématique de l'article L. 3222-5-1, ou à compter de sa saisine dans les autres cas.

Implications réglementaires et modalités d'hospitalisation

Dans le cadre de l'urgence psychiatrique, le patient et ses proches doivent être informés de toutes les décisions prises dans le respect de la réglementation. Un des enjeux majeurs est d'arriver à concilier le respect de la liberté individuelle, la nécessité d'apporter des soins adaptés à l'état du patient, incluant éventuellement la contention et la contrainte, et la nécessité de préserver la sécurité des soignants et des autres patients. Le patient présentant une pathologie psychiatrique a les mêmes droits que les autres patients.

Le refus de soins. Le patient à présentation psychiatrique renvoie au problème du consentement libre et éclairé précisé dans la loi. La Loi affirme la prééminence du refus du patient sur la proposition de décision thérapeutique du médecin. Il est donc important de distinguer deux situations :

- Le refus de soins psychiatriques pour contraindre le patient sans son consentement. Mais cela uniquement si le patient présente un trouble du jugement (idées délirantes, idées suicidaires persistantes) susceptible de mettre en danger le patient (risque suicidaire, vulnérabilité) ou autrui (persécuteur désigné) ;
- Le refus de soins somatiques ou le refus de soins somatiques sous-tendus par des motifs psychiatriques, ne permettant pas de contraindre le patient sans son consentement aux soins somatiques. Cela sera

uniquement valable en dehors des situations où la non-assistance à personne en danger peut être évoquée. Ainsi, on ne peut pas contraindre un patient délirant refusant une appendicectomie. En effet, si un malade refuse des soins somatiques et que cela est sous-tendu par une pathologie psychiatrique, il est possible de prendre en charge le malade sur le plan psychiatrique, sans consentement si nécessaire, et de tenter de lui re proposer les soins somatiques une fois la pathologie psychiatrique stabilisée.

Il convient de respecter trois principes :

1. Établir un constat écrit du refus de soins signé si possible par l'intéressé et deux témoins, contresigné par le médecin.
2. Établir par écrit des éléments de traçabilité de la dangerosité qui empêche de le soigner ;
3. Écrire dans le dossier les propositions ainsi que les moyens mis en œuvre pour convaincre le patient.

Ces mesures n'ont pas de valeur juridique au sens strict du terme, mais authentifient le fait que l'éthique et la déontologie ont été respectées.

Patient parti avant soins ou fugue

Théoriquement, le patient majeur qui ne bénéficie pas d'une mesure d'hospitalisation sans consentement est libre de quitter l'ES. Mais le signalement à la police de la fugue d'un patient agité ou dangereux pour lui-même obéit aux principes de précaution et d'assistance. En intrahospitalier, des mesures s'imposent en cas de fugue :

- Effectuer des recherches dans et aux alentours du service, prévenir le service de sécurité ;
- Informer l'administrateur et le cadre de garde, le médecin responsable ;
- Suivre la procédure de déclaration de fugue ;
- Rédiger une transmission ciblée.

Prise en charge et soins psychiatriques en urgence

Il existe plusieurs types d'hospitalisation en psychiatrie : en soins libres ou sans consentement. L'hospitalisation en soins libres est sans contrainte avec une hospitalisation volontaire. Les soins sans consentements sont régis par la loi afin de garantir les droits de l'individu et assurer sa protection en lui apportant des soins spécifiques en psychiatrie. L'hospitalisation sans consentement est réglementée afin de garantir d'une part les droits fondamentaux de l'individu et d'autre part assurer sa protection ainsi que des soins spécifiques en psychiatrie. Les soins sans consentement sont placés sous le contrôle permanent du JDL et de la détention. Selon le CSP, une personne atteinte de troubles mentaux peut être hospitalisée sans son consentement seulement si ses troubles rendent impossible son consentement et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. L'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement se fait :

- Soit sur décision du directeur de l'ES (SDDE) consécutivement à la demande d'un tiers, en urgence (SPDTU) ou non (SPDT). Pour cela quatre conditions doivent être réunies : la présence de troubles mentaux, l'impossibilité pour le patient de consentir aux soins, la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance médicale constantes régulières, un risque grave d'atteinte à l'intégrité physique du malade ;
- Soit sans demande de tiers en cas de péril imminent (SPPI) ;
- Soit sur décision du représentant de l'État (SPDRE). Pour cela quatre conditions de réunies : la présence de troubles mentaux, l'impossibilité pour le patient de consentir aux soins, la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance médicale constante régulière, latente à la sûreté des personnes de façon grave à l'ordre
Soit sur décision de justice publique ;
- Soit sur décision de justice.

Annexe 4

Les types de demandes de soins psychiatriques

Les soins sont demandés par un membre de la famille ou une personne ayant un intérêt à agir (tuteur ou curateur), à l'exclusion des personnels soignants, ou du directeur de l'établissement d'accueil.

Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (procédure normale) ou SPDT

Le directeur prononce l'admission sur présentation de deux certificats médicaux datant de moins de 15 jours et de la demande d'admission formulée par un tiers. Le premier certificat doit être réalisé par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil, le second peut être fait par un médecin de l'établissement d'accueil psychiatrique confirmant les raisons de l'hospitalisation évoquées dans le premier certificat.

Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs de l'établissement d'accueil psychiatrique, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation ou de la personne hospitalisée.

Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (procédure d'urgence) ou SPDTU

S'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur prononce l'admission sur présentation d'un seul certificat d'un médecin de l'ES, sinon de la demande d'admission formulée par un tiers. La demande d'admission en soins psychiatriques doit être présentée au directeur de l'ES d'accueil sous forme d'une lettre manuscrite, signée et datée par la personne qui formule la demande.

Elle doit comporter le nom, prénom, profession, date de naissance et domicile de la personne qui demande les soins et ceux pour laquelle ils sont demandés, ainsi que leur degré de parenté ou la nature des relations existant entre elles, avant la demande de soins. Si la personne qui demande les soins ne sait pas ou ne peut pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte.

Soins psychiatriques sans demande d'un tiers (procédure péril imminent) ou SPPI

Le directeur prononce l'admission à la vue :

- D'un seul certificat médical rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil
- En présence d'un péril imminent, c'est-à-dire en cas de danger immédiat pour la santé ou la vie du malade (mais non dangereux pour les autres) ;
- Et s'il est impossible de recueillir une demande d'admission d'un tiers (tiers inconnu, absent ou en cas de refus d'un membre de la famille). Il faudra décrire toutes les actions menées pour trouver un tiers afin d'éviter la mainlevée du juge si un tiers était joignable.

La validité de la procédure repose sur le directeur de l'ES, qui vérifie que la demande a été établie conformément.

Soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat ou SPDRE

Elles sont destinées aux personnes présentant des troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave à l'ordre public et à la sécurité des personnes. Il faut distinguer trois modalités d'admission :

- À la demande du maire :
 - Un certificat médical délivré par un praticien n'exerçant pas dans l'établissement psychiatrique d'accueil ;
 - Un arrêté municipal provisoire confirmé dans les 48 heures par un arrêté préfectoral. Si tel n'est pas le cas, l'hospitalisation est levée.
- À la demande du préfet :
 - Un certificat médical délivré par un praticien n'exerçant pas dans l'établissement psychiatrique d'accueil ;
 - Un arrêté préfectoral.
- Sur décision des autorités judiciaires :
 - Une décision d'irresponsabilité pénale émanant d'une ordonnance ou d'un jugement ;
 - Une lettre de l'autorité préfectorale.

Une fois hospitalisé sans consentement, le malade fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale de 72 heures lors d'une hospitalisation complète. Deux certificats médicaux à 24 heures et à 72 heures confirment la nécessité et la nature des soins et sont établis par les médecins de l'ES d'accueil. Ils peuvent à tout moment en fonction de leur évaluation clinique, décider de rédiger un certificat de levée de la mesure de contrainte.

RÉFÉRENCES

- 1 Dubré-Chirat N, Rousseau S (2024) Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du règlement en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques. N°714 11 décembre 2024. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/rapports/cion-soc/l17b0714_rapport-information (Dernier accès le 23 mars 2025)
- 2 Légifrance (2023) Article L6311-3 - Code de la santé publique. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000048689128/2023-12-28 (Dernier accès le 23 mars 2025)
- 3 Légifrance (2024) Article D6311-33 - Code de la santé publique. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000049726753/2024-06-16 (Dernier accès le 23 mars 2025)
- 4 Légifrance (2025) Sous-section 2 : Transports sanitaires terrestres (Articles R6312-6 à R6312-23-2). https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196853/2025-01-23 (Dernier accès le 23 mar2025)
- 5 Direction de la défense et de la sécurité civiles, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (2008) Organisation du Secours à Personne et de l'Aide Médicale Urgente - Référentiel Commun. [https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/organisation_secours_personne_quadri\(1\).pdf](https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/organisation_secours_personne_quadri(1).pdf) (Dernier accès le 23 mar2025)
- 6 Arrêté du 5 juin 2015 portant modification de l'annexe I et de l'annexe VI du référentiel commun d'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente du 25 juin 2008. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000030716127> (Dernier accès le 23 mar2025)
- 7 La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Le ministre de l'intérieur (2015) Circulaire Interministérielle N° DGOS/R2/DGSCGC/2015/190 du 5 juin 2015 relative à l'application de l'arrêté du 24 avril 2009 relatif à la mise en œuvre du référentiel portant sur l'organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/39707> (Dernier accès le 23 mars 2024)
- 8 La ministre des affaires sociales et de la santé, Le ministre de l'intérieur (2016) Instruction Interministérielle N° DGOS/R2/DGSCGC/2016/399 du 22 décembre 2016 relative aux arbres décisionnels d'aide à la décision de déclenchement des départs réflexes des sapeurs-pompiers. <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/41666> (Dernier accès le 23 mars 2024)
- 9 Légifrance (2013) Article L3221-2 - Code de la santé publique. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028016812 (Dernier accès le 19 mars 2023)
- 10 Mercier P, Thomas P. La stratégie nationale de prévention du suicide. In *OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE* (pp. 268–270). <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/Fiche%2016%20-%20La%20strat%C3%A9gie%20nationale%20de%20pr%C3%A9vention%20du%20suicide.pdf> (Dernier accès le 23 mars 2023)
- 11 Rerbal D, Prieto N, Vaux J, et al. (2017) Organisation et modalités d'intervention des Cellules d'Urgence Médicopsychologique. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en collaboration avec l'Association de formation et de recherche des cellules d'urgence médicopsychologique - Société française de psychotraumatologie (AFORCUMP-SFP). *Ann. Fr. Med. Urgence* 7:410-24
- 12 Ministère de la santé (2024) Guide méthodologique d'élaboration du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations exceptionnelles des établissements de santé. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/securite-sanitaire/guide-gestion-tensions-hospitalieres-SSE> (Dernier accès le 23 mars 2025)

- 13 Chauvin A, Massoubre C, Gil-Jardine C, et al. (2021) Recommandations de pratique clinique sur la prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences. *Ann Fr Med Urgence* 11:184-98
- 14 Mégarbane B, Oberlin M, Alvarez JC, et al. (2020) Management of pharmaceutical and recreational drug poisoning. *Ann Intensive Care* 10:157
- 15 Salles J, Calonge J, Franchitto N, et al. (2018) Factors associated with hospitalization after self-poisoning in France: special focus on the impact of alcohol use disorder. *BMC Psychiatry* 18:287
- 16 Vernier T (2021) Filière psychiatrique spécifique au sein du service d'accès aux soins (SAS), quels besoins ? État des lieux de la prise en charge des pathologies psychiatriques aiguës en pré-hospitalier au SAMU-15 de la Somme. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03472073> (Dernier accès le 23 mars 2025)
- 17 Haute Autorité de Santé (2011) Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1061039/fr/modalites-de-prise-en-charge-d-un-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale (Dernier accès le 23 mars 2025)
- 18 Sanchez O, Martin CH, Thicoipe M, et al. (2014) Patients appelant ou consultant pour une demande psychiatrique : tri et orientation de l'appel à l'arrivée aux urgences. https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2014/donnees/pdf/022.pdf (Dernier accès le 23 mars 2025)
- 19 Menthonnex P (2004) Intoxication Médicamenteuse Volontaire. In Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15 - Syndicat national de l'aide médicale urgente
- 20 Flevaud L, Pham A, Gourevitch R (2021) Les urgences psychiatriques pendant l'état d'urgence sanitaire. *Ann Med Psychol (Paris)* 179:123-27
- 21 Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie (2016) Référentiel de psychiatrie et addictologie : psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. Presses universitaires François-Rabelais, Tours
- 22 Direction générale de la gendarmerie nationale, Direction des opérations et de l'emploi, Sous-direction de l'emploi des forces, et al (2022) Circulaire DGGN n°200000 GEND/DOE/SDEF/BSOP du 26 juillet 2022 relative à la gestion de l'ordre public par les unités de la gendarmerie nationale. <https://www.gendarmerie.interieur.gouv.fr/notre-institution/communication-de-documents-administratifs/circulaire-dggn-n-200000-gend-doe-sdef-bsop-du-26-juillet-2022-relative-a-la-gestion-de-l-ordre-public-par-les-unites-de-la-gendarmerie-nationale> (Dernier accès le 23 mars 2025)
- 23 Scheppke KA, Braghiroli J, Shalaby M, et al. (2014) Prehospital use of i.m. ketamine for sedation of violent and agitated patients. *West J Emerg Med* 15:736-41
- 24 Tran K, Mierzwinski-Urban M (2019) Ketamine for Pharmacological Management of Aggression and Agitation in Pre-Hospital Settings: A Review of Comparative Clinical Effectiveness, Safety and Guidelines. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, Ottawa (ON)
- 25 Cunningham C, Gross K, Broach JP, et al. (2021) Patient Outcomes Following Ketamine Administration for Acute Agitation with a Decreased Dosing Protocol in the Prehospital Setting. *Prehosp Disaster Med* 36:276-82
- 26 Muir-Cochrane E, Oster C, Gerace A, et al. (2020) The effectiveness of chemical restraint in managing acute agitation and aggression: A systematic review of randomized controlled trials. *Int J Ment Health Nurs* 29:110-26

- 27 Slocum S, Fiorillo M, Harding E, et al. (2022) In pursuit of inter-specialty consensus on excited delirium syndrome: a scoping literature review. *Forensic Sci Med Pathol* 19(4):573-94
- 28 Brown N, Edwards T, McIntyre I, et al. (2022) A retrospective cohort study of pre-hospital agitation management by advanced paramedic practitioners in critical care. *Br Paramed J* 7:8-14
- 29 Haute Autorité de Santé (2017) Recommandation de bonne pratique: Isolement et contention en psychiatrie générale. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf (Dernier accès le 23 mars 2025)
- 30 Légifrance (2016) LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000029589477/> (Dernier accès le 23 mars 2025)
- 31 Observatoire National du Suicide (2022) Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/ONS5_MAJ25-10.pdf (Dernier accès le 23 mars 2025)
- 32 Fédération Hospitalière de France (2023) Résultats de l'enquête FHF Psychiatrie. https://www.fhf.fr/sites/default/files/2023-09/Enqu%C3%AAt%20psychiatrie_2023.pdf (Dernier accès le 23 mars 2025)
- 33 Direction générale de l'offre de soins (2021) Instruction N° DGOS/R4/2021/89 du 29 avril 2021 relative à l'accompagnement des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la mise en œuvre du nouveau cadre relatif aux mesures d'isolement et de contention. <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2021/2021.9.sante.pdf> (Dernier accès le 23 mars 2025)
- 34 Oberlin M, Douay B, Desclefs J-P, et al. (2024) Recommandations de Bonne Pratique: Architecture des Structures de Médecine d'Urgence. *Annales françaises de médecine d'urgence* 14:121-35
- 35 Simon EL, Smalley CM, Muir M, et al. (2023) Agitation Management in the Emergency Department with Physical Restraints: Where Do These Patients End Up? *West J Emerg Med* 24:454-60
- 36 Cooper J, Kapur N, Dunning J, et al. (2006) A clinical tool for assessing risk after self-harm. *Ann Emerg Med* 48:459-66
- 37 Mackway-Jones K, Marsden J, Windle J (2014). Emergency triage (By Manchester Triage Group). Eds John Wiley & Sons, Ltd. <http://dickyricky.com/books/medical/Emergency%20Triage%203e%20-%20ALSG%202014.pdf> (Dernier accès le 23 mars 2025)
- 38 Gottlieb M, Long B, Koyfman A (2018) Approach to the Agitated Emergency Department Patient. *J Emerg Med* 54:447-57
- 39 White MJ, Nichols CN, Cook RS, et al. (1995) Diagnostic overshadowing and mental retardation: a meta-analysis. *Am J Ment Retard* 100:293-8
- 40 Charrel CL, Plancke L, Genin M, et al. (2015) Mortality of people suffering from mental illness: a study of a cohort of patients hospitalised in psychiatry in the North of France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 50:269-77
- 41 Molloy R, Brand G, Munro I, et al. (2023) Seeing the complete picture: A systematic review of mental health consumer and health professional experiences of diagnostic overshadowing. *J Clin Nurs* 32:1662-73
- 42 Vaille C, Védie C, Azorin JM (2011) Mort subite, antipsychotiques et schizophrénie. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 169:269

- 43 Geoffroy PA, Fovet T, Benard V, et al. (2017) Examen clinique de l'adulte en psychiatrie. EMC - Psychiatrie 33:1-8
- 44 Spencer S, Johnson P, Smith IC (2018) De-escalation techniques for managing non-psychosis induced aggression in adults. Cochrane Database Syst Rev.7(7):CD012034.
- 45 Lippler N (2023). Pratique avancée infirmière en centre médico-psychologique. *Soins Psychiatrie* 44(346): 39-42.
- 46 Arrouy L, Caplette C, Chaybany B et al. (2024) Organisation et fonctionnement d'une unité d'hospitalisation de courte durée. <https://www.sfm.u.org/upload/referentielsSFMU/UHCDguide2024.pdf> (Dernier accès le 23 mars 2025)
- 47 Parwani V, Tinloy B, Ulrich A, et al. (2018) Opening of psychiatric observation unit eases boarding crisis. *Acad Emerg Med* 25:456-60
- 48 Nicks BA, Manthey DM (2012) The impact of psychiatric patient boarding in emergency departments. *Emerg Med Int* 2012:360308
- 49 Kim AK, Vakkalanka JP, Van Heukelom P, et al. (2022) Emergency psychiatric assessment, treatment, and healing (EmPATH) unit decreases hospital admission for patients presenting with suicidal ideation in rural America. *Acad Emerg Med* 29:142-9
- 50 Magarey AW, Weng J, Looi JCL, et al. (2023) Systematic review of psychiatric observation units and their impact on emergency department boarding. *Prim Care Companion CNS Disord* 25:22r03468