

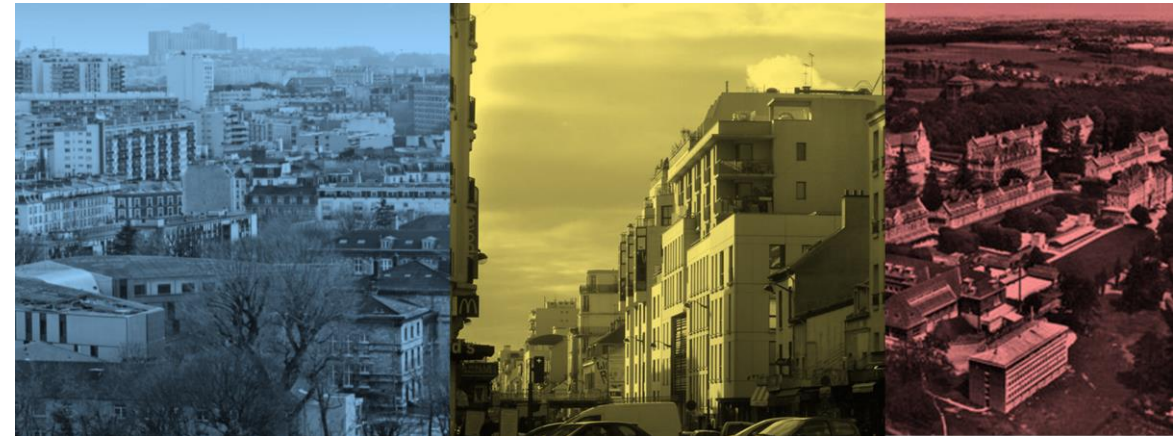
Patients comorbides reçus au CPOA

*5^{ème} journée de psycho-addictologie
19 novembre 2020, Paris*

Dr Raphaël GOUREVITCH
Dr Anne-Kristelle TREBALAG



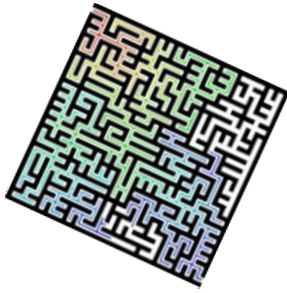
Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil: CPOA
GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Site Sainte-Anne
1 rue Cabanis, 75014 Paris, France.



Le CPOA

- Implanté à Sainte-Anne, rattaché au GHU mais vocation régionale
- Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil... mais aussi lieu de soin
- Urgences psychiatriques, 24/24 - 7/7... et consultations non programmées
 - Regard pluri-professionnel
 - Temporalité qui s'adapte (les consultations prolongées)
 - Accueil de l'entourage (« CFSP »)
 - Possibilité de VAD
 - Travail téléphonique: à destination des patients, de leur famille, des professionnels sanitaires ou non





La sectorisation en IDF

Elle a pour but l'accès et la continuité des soins pour tous

C'est le lieu de résidence habituelle qui fait la sectorisation

Pour les « DIRP » consultant à Paris: rôle du CPOA, tenant compte du bassin et des habitudes de vie, des aidants, d'éventuels soins somatiques, des exigences d'équité entre secteurs...

Règle des 3 mois: priorité à la continuité des soins

Règle des 3 ans pour les « DIRP »

Cas des patients « indésirables »



Affaire suivie par :
Lazare REYES / Catherine ISSERLIS
Direction de l'Offre de Soins et Médico-Sociale
Courriel : lazare.reyes@ars.sante.fr
catherine.isserslis@ars.sante.fr
Téléphone : 01 44 02 05 29 Paris, le

Note relative aux

Principes généraux en matière de sectorisation psychiatrique des patients en Ile-de-France

La désignation du secteur de psychiatrie dont relève un patient pose parfois des difficultés qui peuvent devenir sources de conflits entre les équipes et entraîner un retard voire une carence de soins.

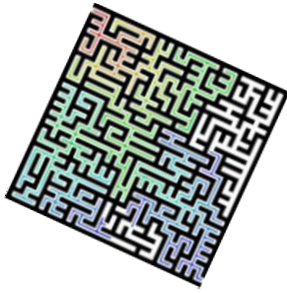
En effet, les textes en vigueur¹ ne réglementent pas toutes les problématiques organisationnelles présentes en la matière.

Il est donc apparu nécessaire à l'agence régionale de santé d'Ile-de-France de proposer ou de rappeler des règles communes clarifiant les situations et qui s'imposeraient à tous, en lien avec le Centre Psychiatrique d'Orient et d'Accueil (CPOA) du centre hospitalier Sainte-Anne et dans le cadre d'une large concertation régionale auprès de l'ensemble des établissements franciliens gestionnaires de secteurs psychiatriques.

Quatre principes de base s'appliquent en matière de sectorisation psychiatrique :

- La sectorisation en psychiatrie garantit, au sein d'une aire géographique donnée, l'accès et la continuité des soins au plus près du lieu de vie du patient ;
- La désignation du secteur psychiatrique est déterminée par l'adresse du domicile du patient ;
- En absence de domicile stable, la sectorisation psychiatrique ne doit pas être un frein à l'accès et à la continuité des soins pour le patient ;

¹ Parties législative et réglementaire du code de la santé publique relatives à la « lutte contre les maladies mentales » (articles L. 3211-1 et suivants, articles R. 3221-1 et suivants).



La sectorisation en IDF

Elle a pour but l'accès et la continuité des soins pour tous

C'est le lieu de résidence habituelle qui fait la sectorisation

Pour les « DIRP » consultant à Paris: rôle du CPOA, tenant compte du bassin et des habitudes de vie, des aidants, d'éventuels soins somatiques, des exigences d'équité entre secteurs...

Règle des 3 mois: priorité à la continuité des soins

Règle des 3 ans pour les « DIRP »

Cas des patients « indésirables »

Quid d'une pré-sectorisation..? (cf élaboration PTSM)



Affaire suivie par :
Lazare REYES / Catherine ISSERLIS
Direction de l'Offre de Soins et Médico-Sociale
Courriel : lazare.reyes@ars.sante.fr
catherine.isserslis@ars.sante.fr
Téléphone: 01 44 02 05 29 Paris, le

Note relative aux

Principes généraux en matière de sectorisation psychiatrique des patients en Ile-de-France

La désignation du secteur de psychiatrie dont relève un patient pose parfois des difficultés qui peuvent devenir sources de conflits entre les équipes et entraîner un retard voire une carence de soins.

En effet, les textes en vigueur¹ ne réglementent pas toutes les problématiques organisationnelles présentes en la matière.

Il est donc apparu nécessaire à l'agence régionale de santé d'Ile-de-France de proposer ou de rappeler des règles communes clarifiant les situations et qui s'imposeraient à tous, en lien avec le Centre Psychiatrique d'Orient et d'Accueil (CPOA) du centre hospitalier Sainte-Anne et dans le cadre d'une large concertation régionale auprès de l'ensemble des établissements franciliens gestionnaires de secteurs psychiatriques.

Quatre principes de base s'appliquent en matière de sectorisation psychiatrique :

- La sectorisation en psychiatrie garantit, au sein d'une aire géographique donnée, l'accès et la continuité des soins au plus près du lieu de vie du patient ;
- La désignation du secteur psychiatrique est déterminée par l'adresse du domicile du patient ;
- En absence de domicile stable, la sectorisation psychiatrique ne doit pas être un frein à l'accès et à la continuité des soins pour le patient ;

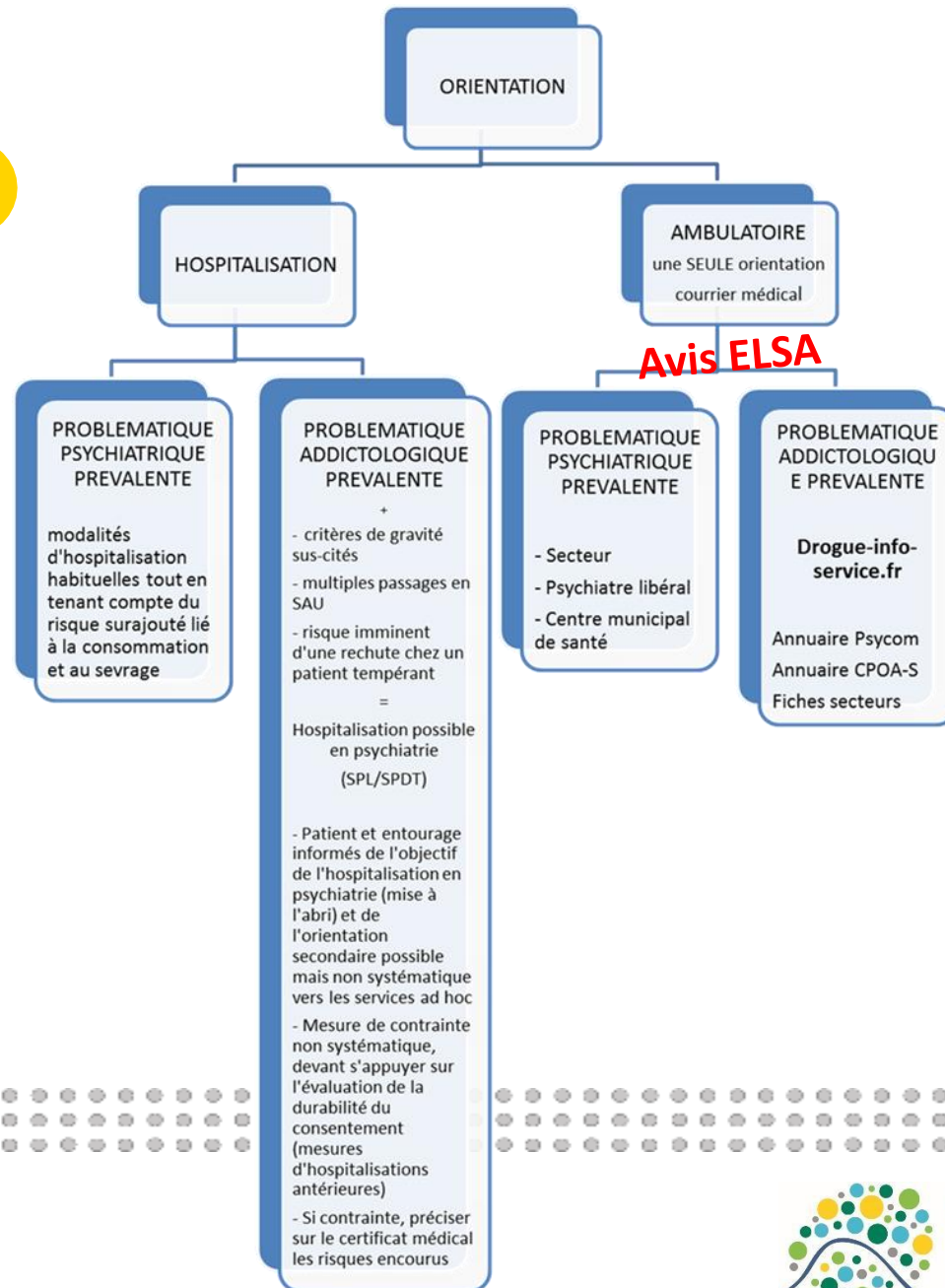
¹ Parties législative et réglementaire du code de la santé publique relatives à la « lutte contre les maladies mentales » (articles L. 3211-1 et suivants, articles R. 3221-1 et suivants).

Position traditionnelle au CPOA relative aux substances psychoactives et à l'alcool : la doxa psychiatrique

1. Evaluer l'état somatique et l'éventuelle nécessité de soins immédiats en service de Médecine.
2. En cas d'ivresse aiguë, adresser en service de médecine ou garder en observation prolongée au CPOA
3. En cas de demande de sevrage en urgence, l'hospitalisation est contre-indiquée. L'hospitalisation pour sevrage doit se faire après un suivi ambulatoire avec projet de postcure.
4. Bien évaluer l'état psychiatrique. Abus du diagnostic de dépression sous l'emprise du produit.
4. Le contact avec la famille, s'il est nécessaire, doit se faire séparément. En effet, l'entretien avec tout le groupe familial, en urgence, est alors contre-indiqué.
5. Si l'hospitalisation est incontournable du fait du débordement familial : hospitalisation en S.P.D.T.
6. En cas d'angoisse, de sthénicité, l'isolement du patient dans une chambre, y compris avec une sédation médicamenteuse apporte de bons résultats, et n'est pas contradictoire avec la non-hospitalisation.

Position traditionnelle au CPOA relative aux substances psycho-actives et à l'alcool : la doxa psychiatrique

1. Evaluer l'état somatique et l'éventuelle nécessité de soins immédiats en service de Médecine.
2. En cas d'ivresse aiguë, adresser en service de médecine ou garder en observation prolongée au CPOA
3. **En cas de demande de sevrage en urgence, l'hospitalisation est contre-indiquée.**
L'hospitalisation pour sevrage doit se faire après un suivi ambulatoire avec projet de postcure.
4. Bien évaluer l'état psychiatrique. Abus du diagnostic de dépression sous l'emprise du produit.
4. Le contact avec la famille, s'il est nécessaire, doit se faire séparément. En effet, l'entretien avec tout le groupe familial, en urgence, est alors contre-indiqué.
5. **Si l'hospitalisation est incontournable du fait du débordement familial : hospitalisation en S.P.D.T.**
6. En cas d'angoisse, de sthénicité, l'isolement du patient dans une chambre, y compris avec une sédation médicamenteuse apporte de bons résultats, et n'est pas contradictoire avec la non-hospitalisation.



Aujourd'hui une position plus nuancée...donc moins reproductible

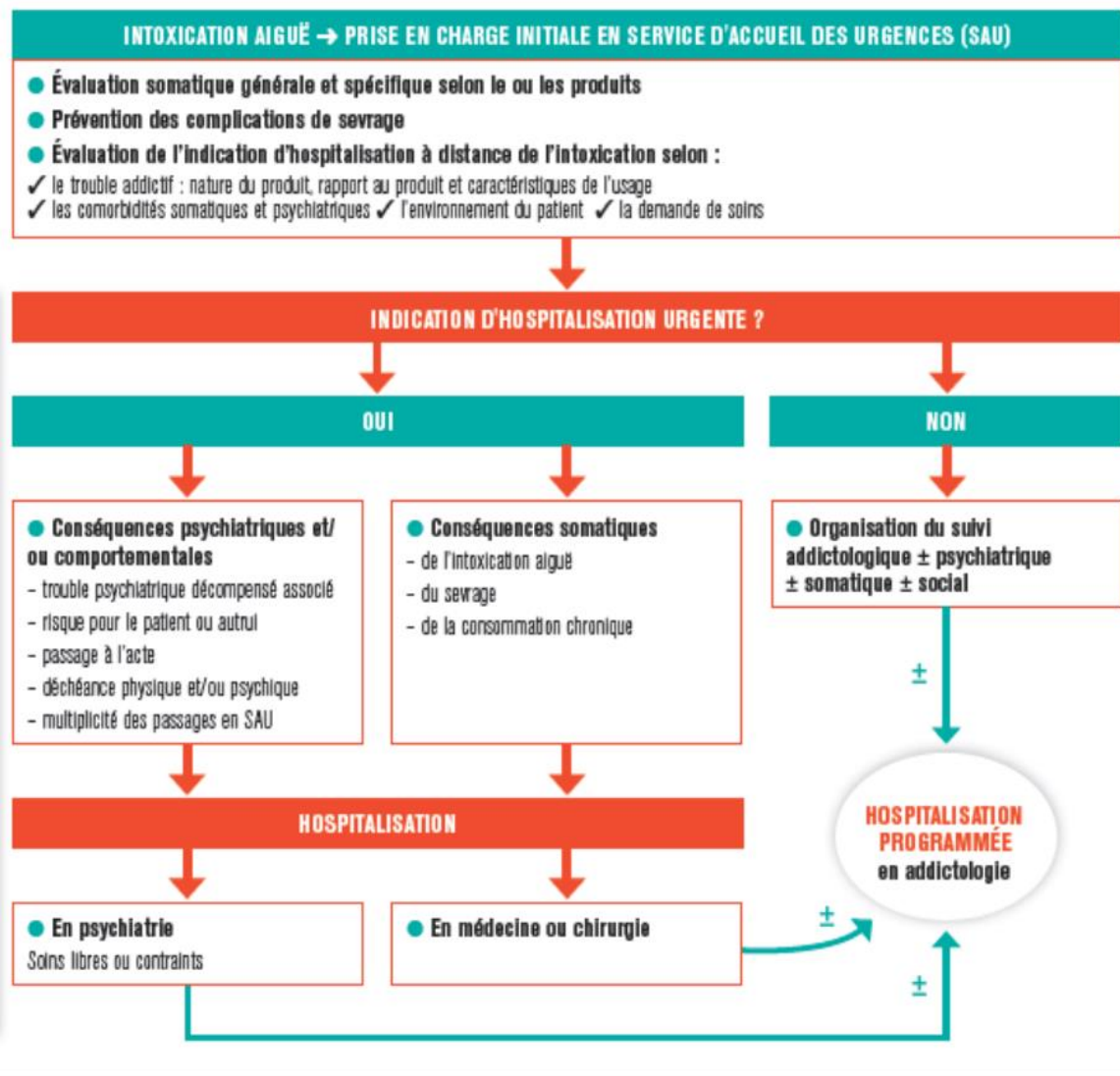


Figure. Orientation du patient intoxiqué, place de l'hospitalisation. ELSA : équipe de liaison de soins en addictologie.

TREBALAG A.K. & al., La revue du prat 2018; 68: 683-6

La prise en charge au CPOA

Etiquette patient	Dossier de prescription et de surveillance des patients en état d'ivresse éthylique aiguë au CPOA	Heure d'arrivée
-------------------	---	-----------------

Ce document est une aide à la prise de décision mais celle-ci dépend essentiellement de la clinique, tenant compte également de l'état du service.

En cas de doute, ne pas hésiter à prendre avis téléphonique auprès : (A TRACER DANS LE DOSSIER)

- de la permanence de soins somatiques du GHU (82 20 en journée, 06 82 28 09 55 en garde)
- du SAU (Cochin 01 58 41 27 21)
- des réanimateurs en cas d'urgence vitale (poste 4848)

Si décision de garder le patient au CPOA, prévenir l'entourage qu'un transfert ultérieur en SAU reste toujours possible selon les réévaluations régulières.

Quelques repères néanmoins pouvant argumenter le transfert en urgence en SAU :

CLINIQUE	PARACLINIQUE
<ul style="list-style-type: none">• score de Cushman >14• Hypoglycémie < 3,3 mmol/L• Hypothermie < 35°C• Baisse de SaO₂ <95%• Glasgow 8-13• Glasgow : - 2 points en une heure• Glasgow < 8 : appel du réanimateur	Si bilan sanguin réalisé : <ul style="list-style-type: none">• Alcoolémie >3g/l selon la tolérance et les autres arguments cliniques associés (notamment chez le mineur et le non alcoolique chronique)• TP < 50%• Signes d'hépatite aiguë• Signes de pancréatite aiguë
<ul style="list-style-type: none">• Convulsions• Signes de localisation neurologique• Traumatisme crânien• Lésions traumatiques	Si ECG réalisé : <ul style="list-style-type: none">• Anomalies à l'ECG
Autres éléments à discuter <ul style="list-style-type: none">• Age : mineur ou personne âgée• Instabilité hémodynamique• Comorbidités somatiques	<ul style="list-style-type: none">• Prise concomitante toxiques ou médicaments• ATCD de sevrage compliqué• ATCD d'ivresse éthylique compliquée• Autres perturbations du bilan biologique

Recommandations thérapeutiques

Ivresse Éthylique Aiguë

- **Ethylomètre et prise des constantes avec DEXTRO**
- Installer le patient en box et privilégier la position semi-assise
- Hydratation per os +/- vitamine B1 (1g/j) per os.
- Si agitation : traitement par benzodiazépines à demi-vie longue de préférence type DIAZEPAM 10mg (SERESTA 50mg si contre-indication au DIAZEPAM)
- Si agitation persistante : discuter contentions mécaniques +/- Neuroleptiques sédatifs après ECG (éviter TECIAN au vu du risque d'hypotension artérielle, privilégier LOXAPAC 50mg)

Syndrôme de sevrage (signes apparaissant normalement dans les 8 heures après dernière ingestion)

- **Ethylomètre et prise des constantes avec DEXTRO**
- Installer le patient en box et privilégier la position semi-assise
- Hydratation per os +/- vitamine B1 (1g/j) per os
- Benzodiazépines à demi-vie longue type DIAZEPAM 10mg toutes les 4 heures (SERESTA 50mg si contre-indication au DIAZEPAM) jusqu'à disparition des tremblements et selon Cushman
- Si agitation/troubles sensoriels : privilégier neuroleptiques type TIAPRIDAL 100mg après ECG

Dossier de prescription et de surveillance des patients en état d'ivresse éthylique aiguë au CPOA

RECUEIL DONNEES MEDICALES (Nom du médecin : _____ / _____)

Signes de localisation neurologique :	oui	non	non documenté
Traumatisme crânien :	oui	non	non documenté
Lésions traumatiques :	oui	non	non documenté
ATCD de sevrage compliqué :	oui	non	non documenté
Prise de toxiques ou médicaments concomitante :	oui	non	non documenté
Comorbidités/ ATCD médico-chirurgicaux et psychiatriques :	oui	non	non documenté

SCORE DE GLASGOW (à noter par le médecin)

	Réponse oculaire Y (ouverture des yeux)	Réponse verbale V	Réponse motrice M (aux ordres, à la douleur)
1	Aucune	Aucune	Aucune
2	Douleur	Sons	Extension
3	Appel	Mots	Flexion stéréotypée
4	Normale	Confuse	Flexion simple
5		Normale	Dirigée vers douleur
6			Normale

SCORE DE CUSHMANN (à indiquer sur la feuille de surveillance IDE)

	0	1	2	3
Pouls*	< 80	81-100	101-120	> 120
PA systolique**	< 135	136-145	146-155	> 155
Fréquence respiratoire*	< 16	16-25	26-35	> 36
Tremblement	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisé
Sueur*	0	Paumes	Paumes et front	Profuse
Agitation	0	Discrète	Généralisée, contrôlable	Généralisée, incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Géné par le bruit, la lumière, prurit	Hallucination critiquée	Hallucination non critiquée

* Critères valables en l'absence de fièvre (température < 38 °C).

** Critères valables entre 31 et 50 ans. Ajouter 10 mm de Hg au-delà de 50 ans.

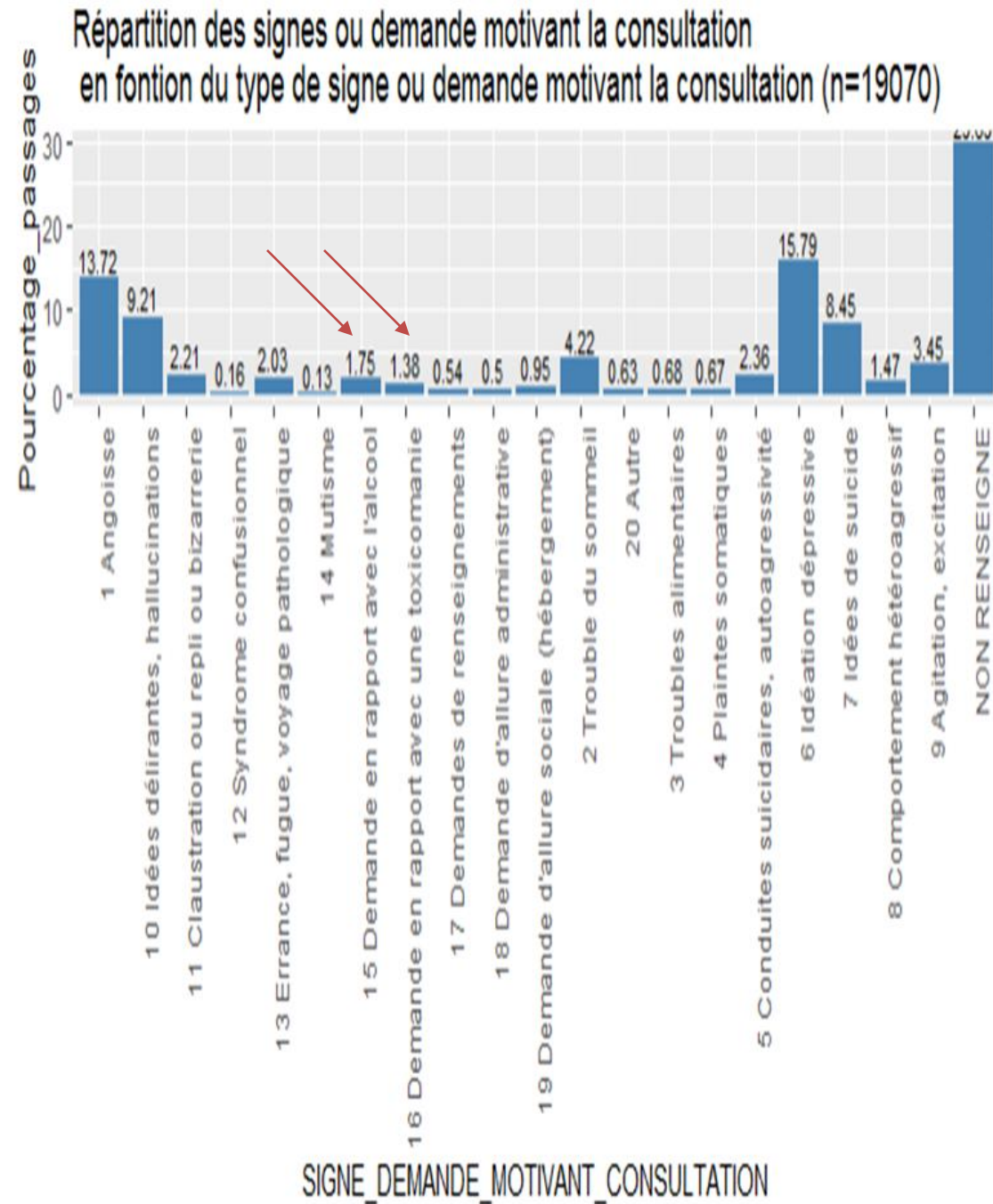
0-7 : minime Score et intensité 8-14 : moyenne 15-21 : sévère

GHU PARIS

PSYCHIATRIE &
NEUROSCIENCES



En 2019

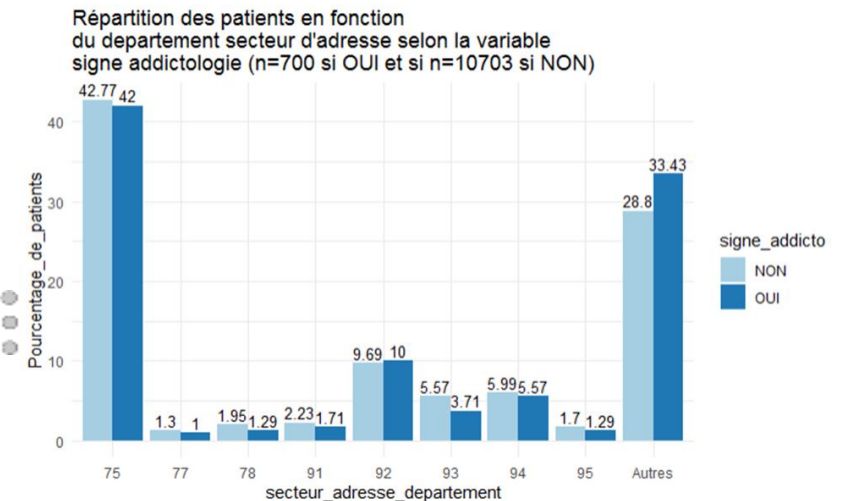
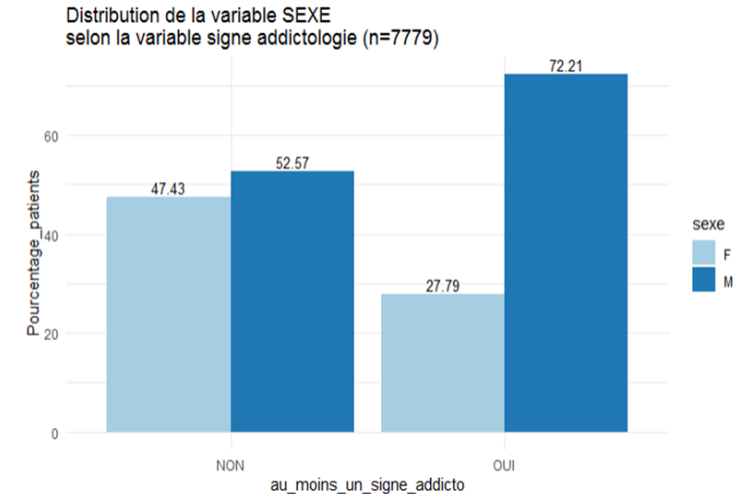
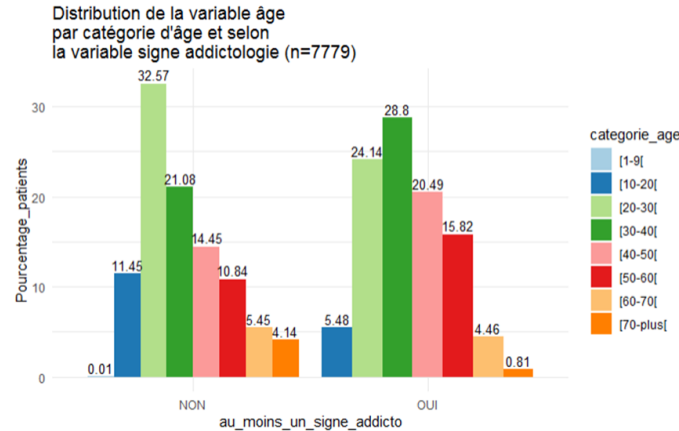


File active en 2019

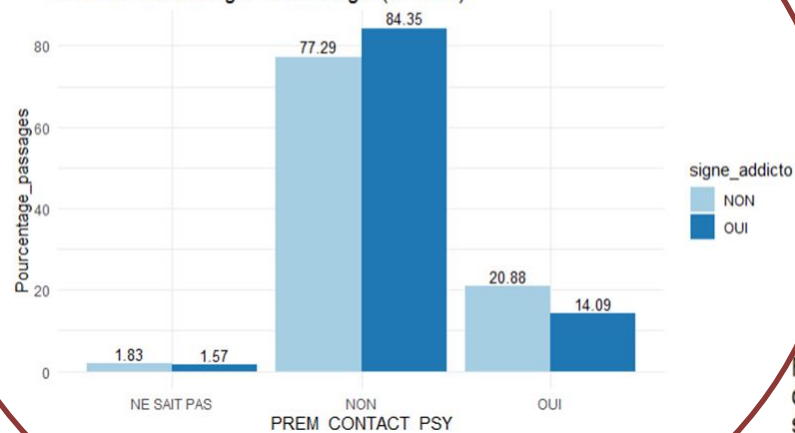
Population générale / patients consultant pour au moins un motif en lien avec une addiction [DIAUP]

Le profil de patients:

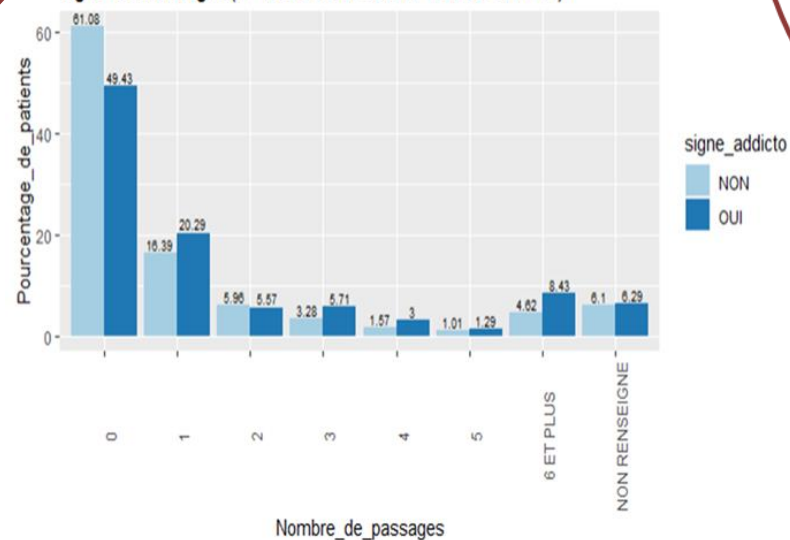
- Hommes
- 30-50 ans
- Patient déjà connu au CPOA
- ATCD de TS
- Diagnostic associé
 - Troubles de l'humeur, psychose et troubles anxieux
 - Trouble de personnalité plus fréquemment noté



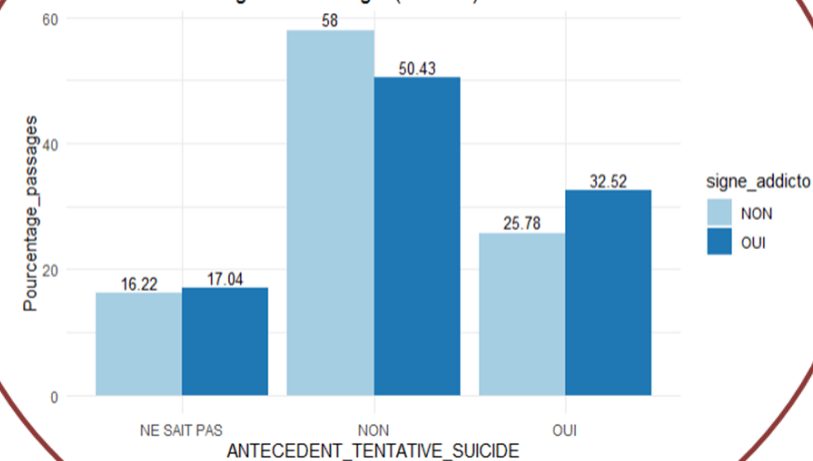
Repartition des patients en fonction de l'indicateur le passage est un premier contact psy et de la variable signe addictologie (n=9535)



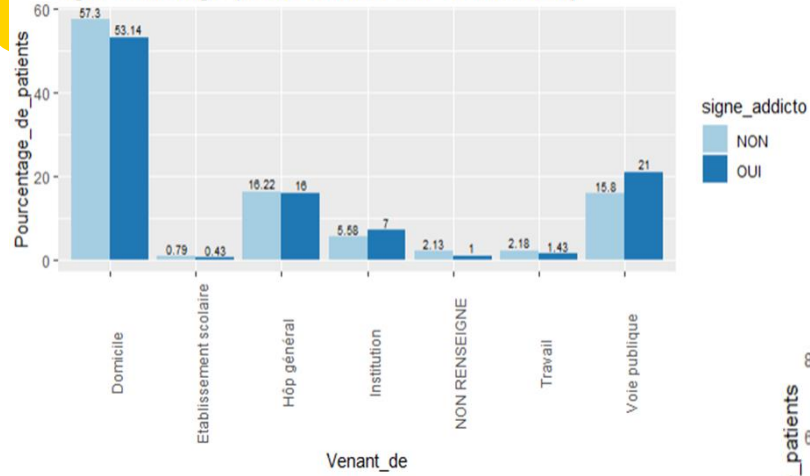
Répartition des patients en fonction du nombre de passages et selon la variable signe addictologie (n=700 si OUI et si n=10703 si NON)



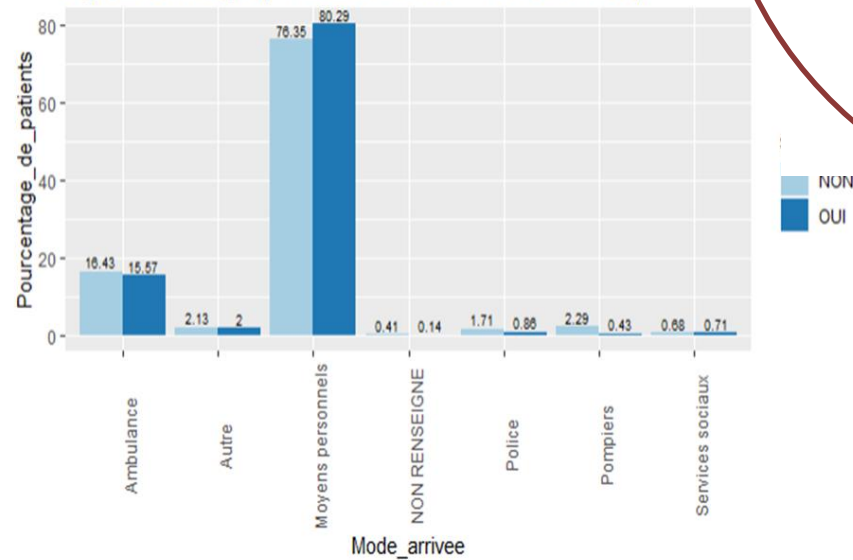
Repartition des patients en fonction de l'indicateur Antecedents TS vie entière et de la variable signe addictologie (n=9535)



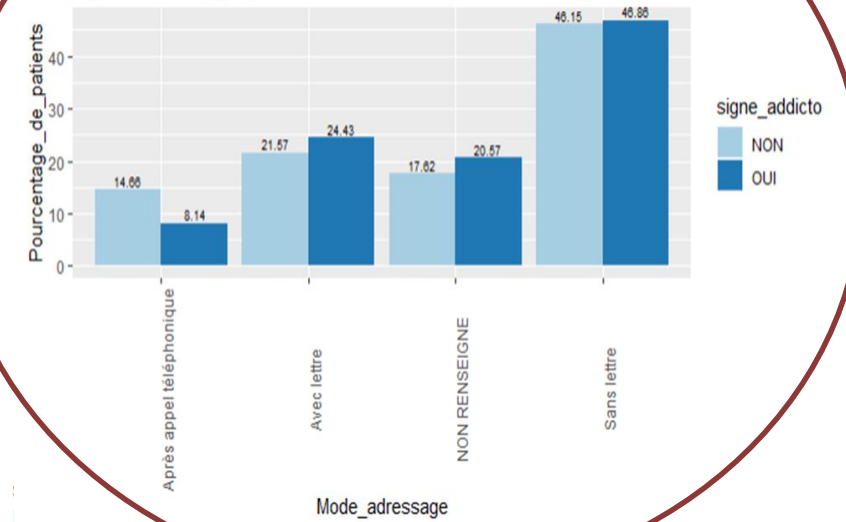
Répartition des patients en fonction de la variable
provenance et selon la variable
signe addictologie (n=700 si OUI et si n=10703 si NON)

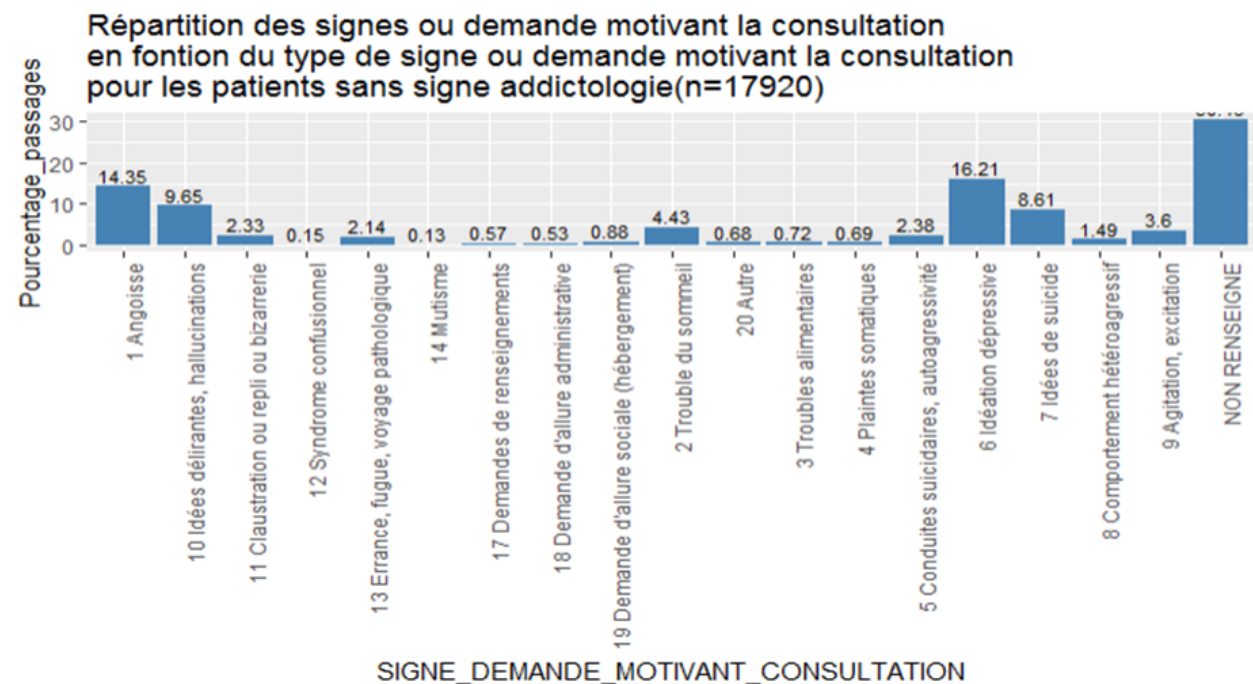
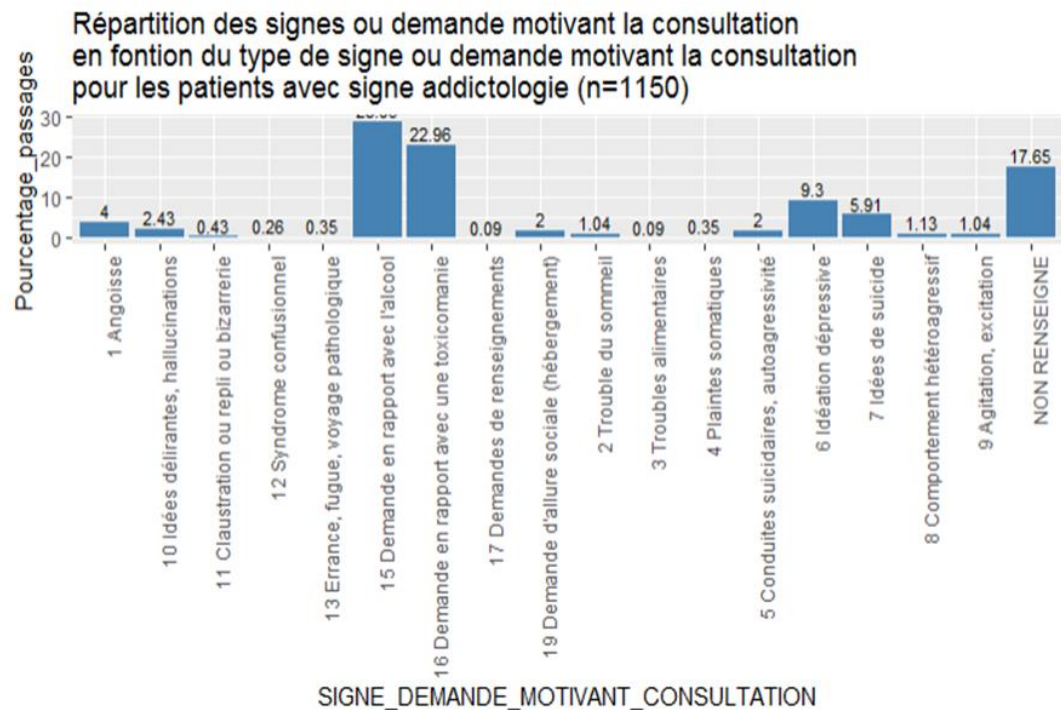


Répartition des patients en fonction de la variable
mode d'arrivée et selon la variable
signe addictologie (n=700 si OUI et si n=10703 si NON)

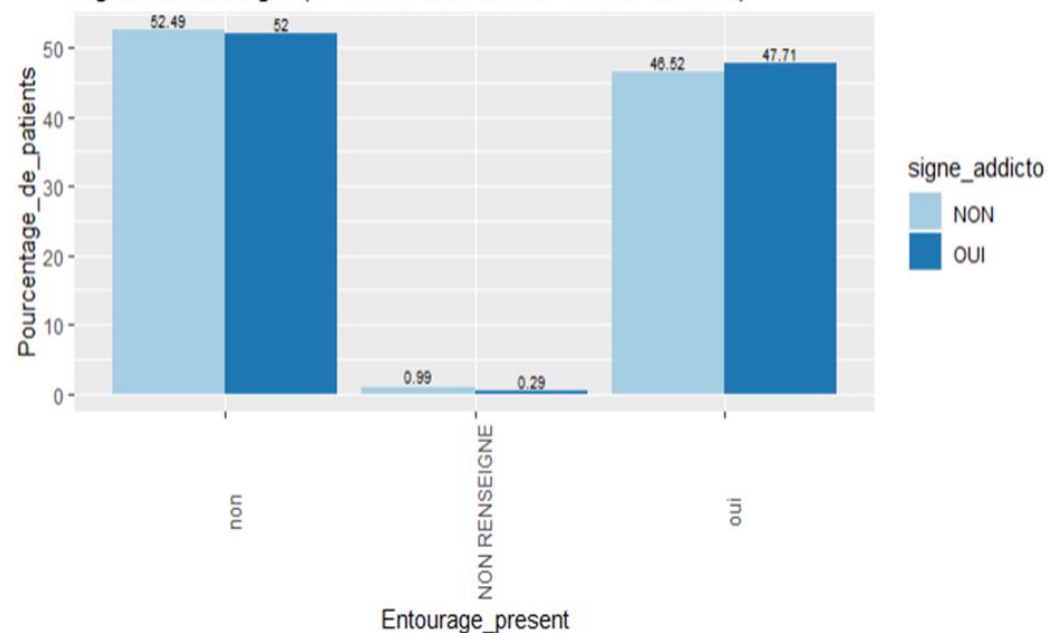


Répartition des patients en fonction
du mode d'adressage et selon la variable
signe addictologie (n=700 si OUI et si n=10703 si NON)

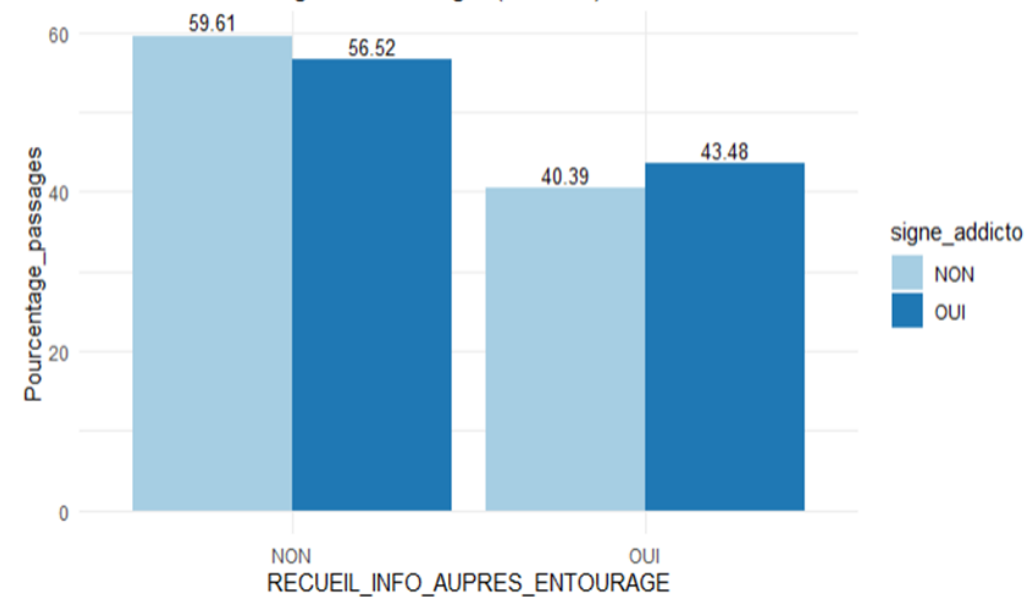




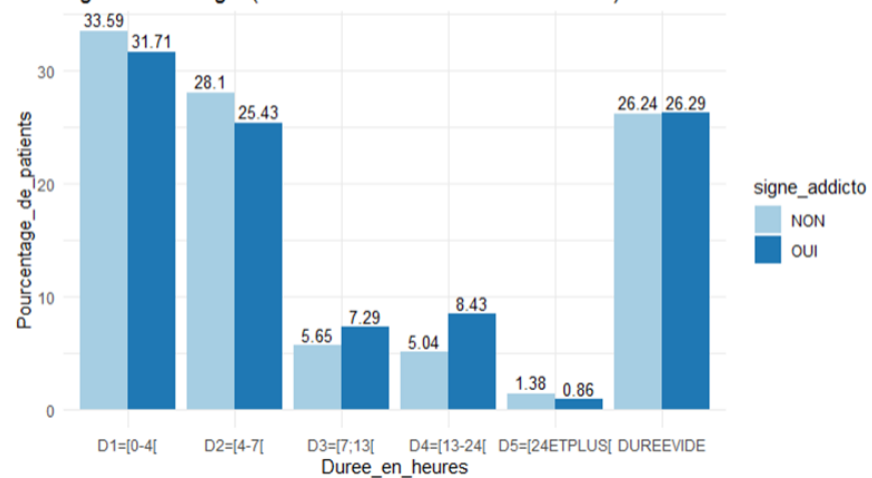
Répartition des patients en fonction de la variable présence de l'entourage et selon la variable signe addictologie (n=700 si OUI et si n=10703 si NON)



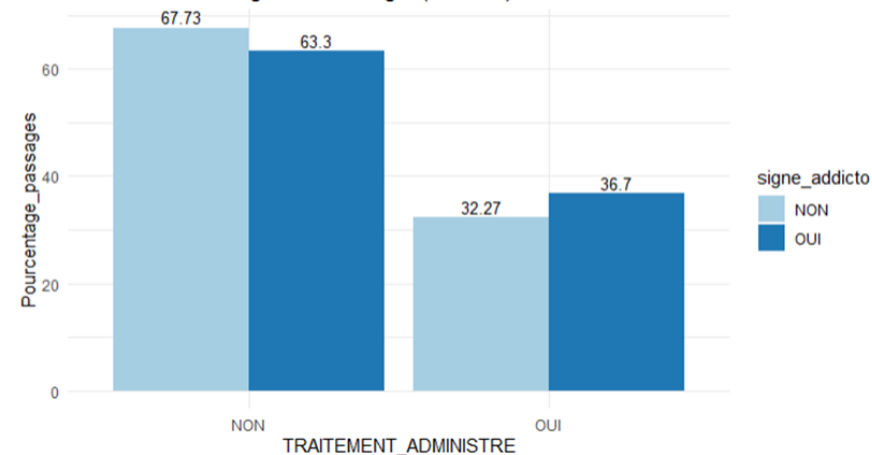
Repartition des patients en fonction de l'indicateur recueil_info_aupres_entourage et de la variable signe addictologie (n=9535)



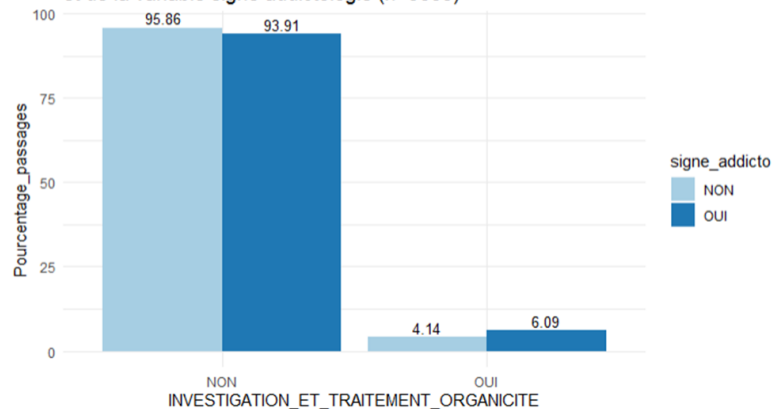
Répartition des patients en fonction de la durée et selon la variable signe addictologie (n=700 si OUI et si n=10703 si NON)



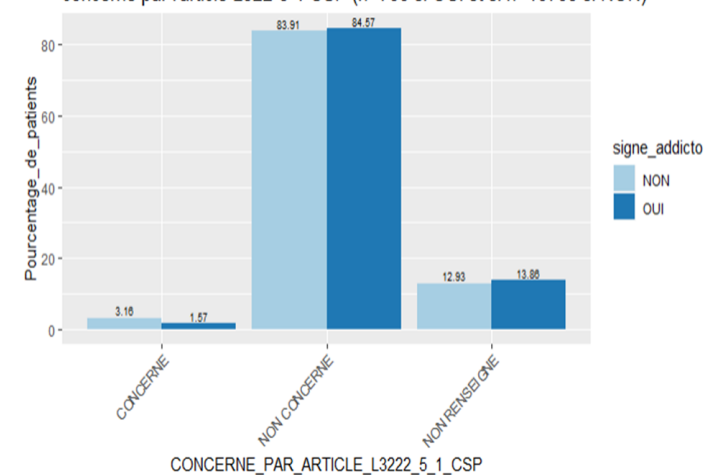
Repartition des patients en fonction de l'indicateur Traitement_administre et de la variable signe addictologie (n=9535)



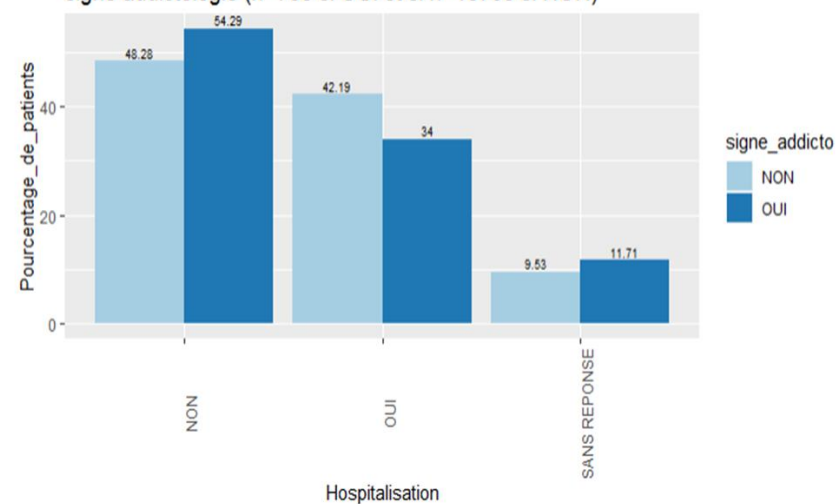
Répartition des patients en fonction de l'indicateur Investigation_et_traitement_organicite et de la variable signe addictologie (n=9535)



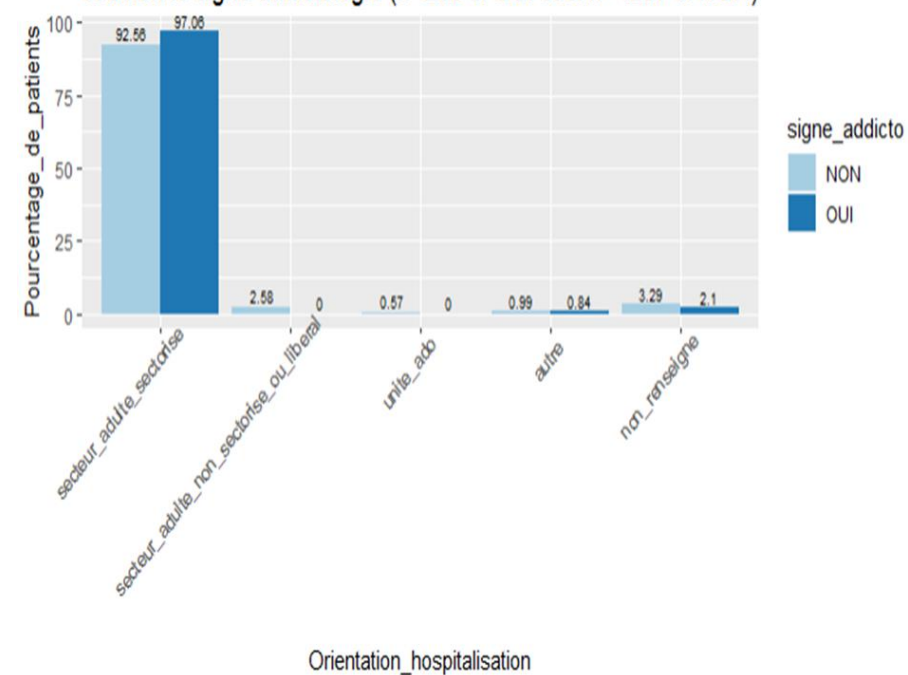
Répartition des patients en fonction de la variable concerné par l'article L322-5-1 CSP (n=700 si OUI et si n=10703 si NON)



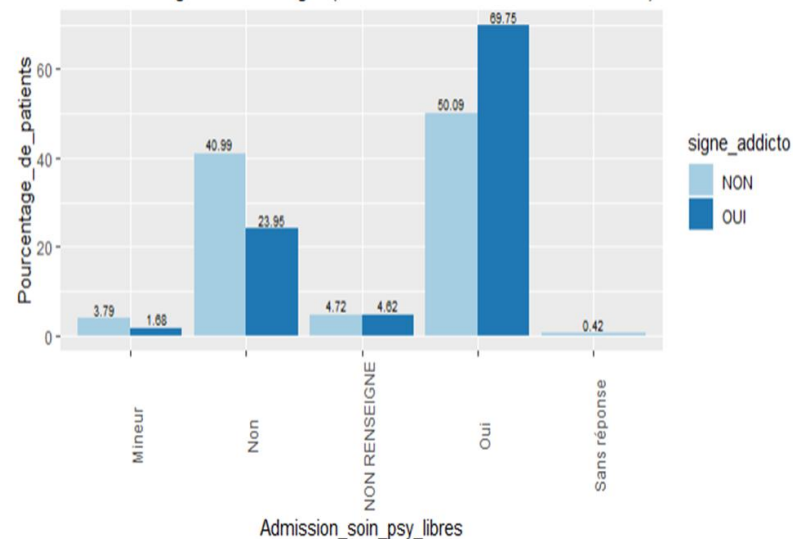
Répartition des patients en fonction de la variable hospitalisation (oui/non) et selon la variable signe addictologie (n=700 si OUI et si n=10703 si NON)



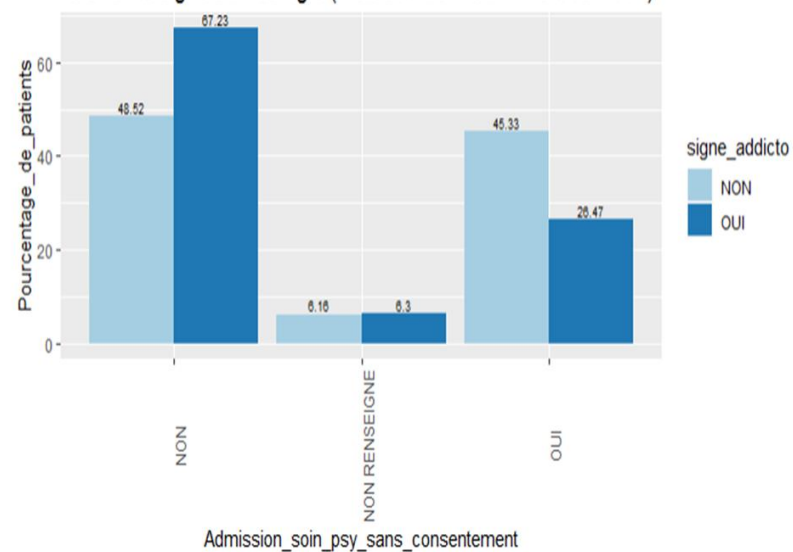
Répartition des patients orientés vers HOSPITALISATION par type d'orientation et selon le signe addictologie (n=238 si OUI et si n=4257 si NON)



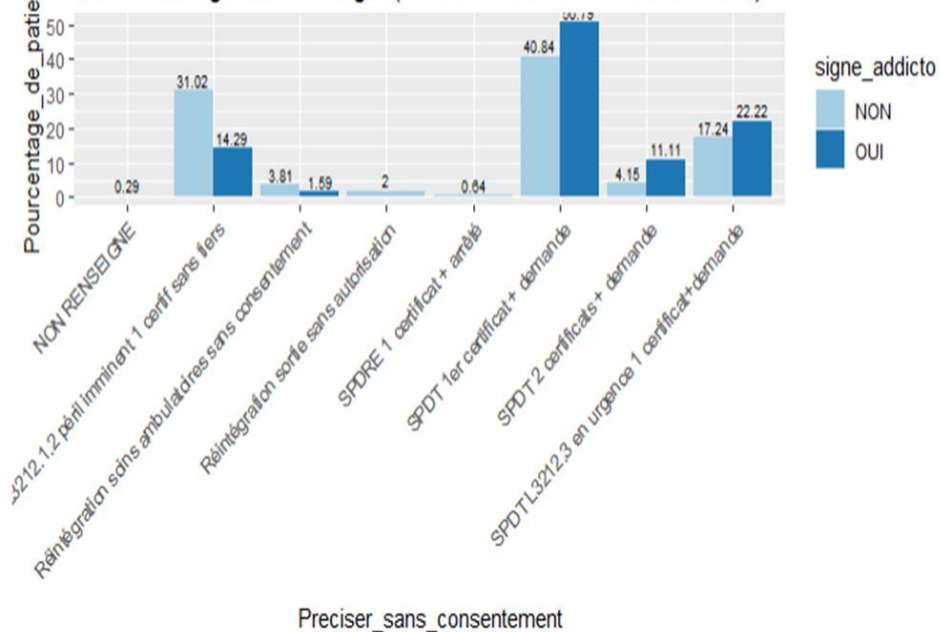
Répartition des patients avec orientation vers HOSPITALISATION en fonction de variable admission soins psy libres et selon le signe addictologie (n=238 si OUI et si n=4516 si NON)



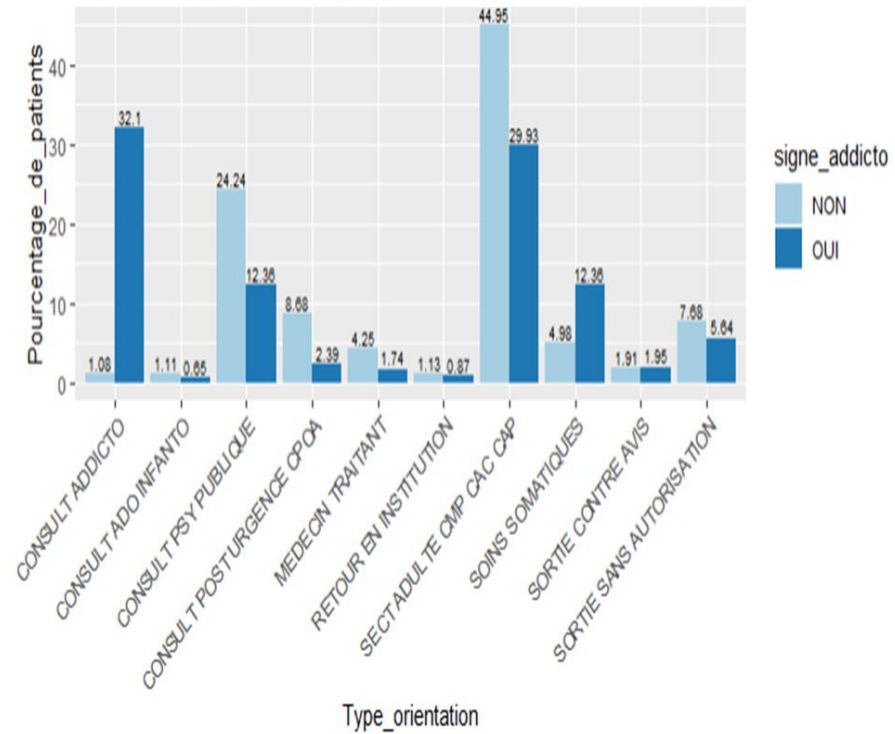
Répartition des patients avec orientation vers hospitalisation en fonction de la variable admission soin sans consentement et selon le signe addictologie (n=238 si OUI et si n=4516 si NON)



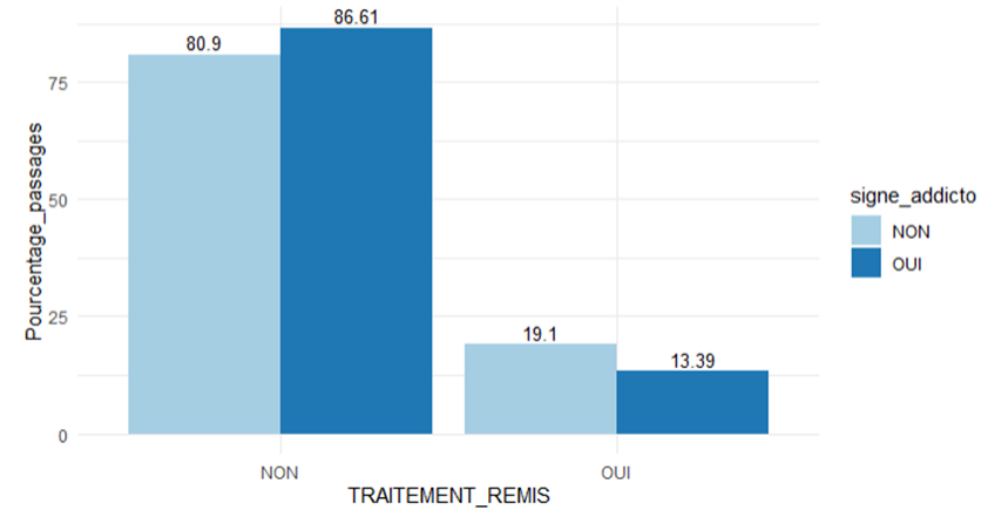
Répartition des patients orientés vers hospitalisation sans consentement en fonction de la variable Préciser sans consentement et selon le signe addictologie (n=63 si OUI et si n=2047 si NON)



Répartition des patients non hospitalisés en fonction du type d'orientation et selon le signe addictologie (n=461 si OUI et si n=5925 si NON)



Repartition des patients en fonction de l'indicateur Traitement_remis et de la variable signe addictologie (n=9535)



Au total concernant les hospitalisations

En juin 2014

>60% d'hospitalisations en psychiatrie en urgence

Dont >60% en ASPDT

En 2019

1/3 d'hospitalisations en urgence en psychiatrie

Dont <1/3 en ASPDT

EN CONCLUSION

L'hospitalisation en psychiatrie en urgence autrefois « contre-indiquée »... était pourtant très fréquente

Les hospitalisations sont devenues plus rares mais plus souvent consenties

Importance de l'entourage

La durabilité du consentement est un des paramètres à prendre en compte

En cas d'orientation ambulatoire privilégier une orientation unique

Nous avons appris à tenir compte de l'avis des addictologues en amont et en aval

MERCI DE VOTRE ATTENTION !



Le CPOA



PARCOURS D'UN PATIENT AU CPOA

- 1: Accueil infirmier
- 2: Attente
- 3: Entretien infirmier
- 4: Présentation IDE-médecin
- 5: Entretien médical
- 6: Restitution médecin-IDE
- 7: Annonce orientation