



Urgence et crise, place de l'hospitalisation en urgence en psychiatrie : étude descriptive des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients hospitalisés en urgence en psychiatrie

Johann Jourson

► To cite this version:

Johann Jourson. Urgence et crise, place de l'hospitalisation en urgence en psychiatrie : étude descriptive des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients hospitalisés en urgence en psychiatrie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02419032

HAL Id: dumas-02419032

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02419032>

Submitted on 19 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES	
I) LE PARCOURS DE SOINS	
A) Organisation des services de réponse a la crise et l'urgence	
1) La psychiatrie en chiffres	5
2) La crise et l'urgence	7
3) Les différents acteurs	9
4) L'évaluation psychiatrique	14
B) Orientation et prise en charge de l'urgence	
1) Les différents types de prise en charge	18
2) L'hospitalisation en psychiatrie	20
3) alternatives à l'hospitalisation	24
II) REVUES DES ETUDES SUR LES CRITERES D'HOSPITALISATION EN URGENCE EN PSYCHIATRIE	
A) Revue de la littérature internationale	31
B) Les recommandations de bonnes pratiques sur les critères d'hospitalisation en urgence en psychiatrie	37
ETUDE DESCRIPTIVE DES PATIENTS HOSPITALISES EN URGENCE EN PSYCHIATRIE SUR LE POLE CENTRE ET EST VAUCLUSE	
	41
DISCUSSION	46
I) Interprétation des principaux résultats de l'étude et concordance avec les données actuelles	
II) Les forces et limites de l'étude	
III) Liens entre psychiatrie et précarité	
IV) De nouvelles pistes à explorer	

CONCLUSION	51
ANNEXES	53
BIBLIOGRAPHIE	60

INTRODUCTION

Les urgences psychiatriques sont le lieu d'accueil et d'évaluation de nombreuses situations, individuelles et sociales. On y voit affluer la plupart des détresses humaines et sociales liés à la marginalisation et à l'exclusion, à des comportements d'échec, d'abandon, d'autodestruction, qui majorent grandement la désinsertion sociale et renvoient à des psychopathologies particulières. En 2016, près de 4 millions d'individus ont bénéficié d'une consultation psychiatrique en urgence. 342000 patients ont été hospitalisés sur les 36000 lits d'hospitalisation à temps complet du secteur psychiatrique soit 1 lit disponible pour 111 patients potentiel. La consultation en urgence en psychiatrie consiste à évaluer un risque de mise en danger pour et par le patient. Contrairement aux soins somatiques qui bénéficient de critères objectifs physiques et biologiques quantifiables, d'arbres décisionnels permettant une prise en charge rapide. L'évaluation psychiatrique repose sur le discours du patient et de ses proches et est donc soumis à la subjectivité de ceux-ci et à leurs ressentis par rapport à une situation. Il appartient au psychiatre des urgences de bien évaluer la situation afin de proposer la solution la plus adéquate entre une hospitalisation et un retour à domicile avec orientation sur les soins ambulatoires et communautaires. Son évaluation peut être influencée par des facteurs internes et/ou externes et la prise en charge peut s'en trouver modifiée. Le diagnostic clinique et la gestion des symptômes sont souvent compliqués par le manque de compliance du patient en raison de la maladie. La demande des urgences générales et des usagers au service des urgences psychiatriques est une demande de rapidité décisionnelle et d'action. L'urgence psychiatrique est alors une situation à classer et à orienter ou à soigner brièvement, beaucoup plus qu'à traiter sur le fond. La temporalité du psychiatre aux urgences est bien souvent différente de celle des somaticiens et de ses interlocuteurs.

Dans un contexte de réduction du nombre de lit d'hospitalisation ainsi que d'une augmentation de la file active aux urgences psychiatriques, cette étude aura pour objectif de décrire les principaux arguments qui poussent le psychiatre à proposer une hospitalisation.

Dans une première partie, nous présenterons l'organisation du système de soins des urgences psychiatriques en France et nous exposerons par une revue de la littérature les facteurs associés à une hospitalisation en urgences e psychiatrie ainsi que les conséquences et les alternatives. Dans une seconde partie, nous confronterons la théorie à la pratique via une étude menée sur le territoire de Carpentras

ETAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

I) LE PARCOURS DE SOINS

A) Organisation des services de réponse à la crise et l'urgence

1. La psychiatrie en chiffres

Selon l'OMS, chaque année 25% de la population française présente un trouble psychique et la prévalence des maladies mentales touche 1 personne sur 3 sur la vie entière. Les maladies mentales sont la première cause d'invalidité en France.

Il existe une évolution progressivement croissante de la population suivie en psychiatrie pour des troubles mentaux. Cette augmentation de la file active de la population psychiatrique est estimée à plus de 50% tous les 7 ans depuis les années 1990. Le recours aux soins psychiatriques par la société est de mieux en mieux accepté. De plus, la prise en charge est de plus en plus diversifiée et ne concerne plus uniquement les nosologies habituelles que sont la dépression, la psychose et les troubles anxieux. Elle s'étend désormais aux notions de crise et d'urgence. (8)

Malgré une augmentation de la file active, la psychiatrie actuelle subit un grand bouleversement avec une désinstitutionalisation progressive de la spécialisation et une prise en charge de plus en plus tournée vers les soins ambulatoires et communautaires, c'est le début de la psychiatrie de secteur. (28) (52). Ce processus de désinstitutionalisation a permis une diminution du nombre de lits d'hospitalisation ainsi les capacités d'accueil de l'hospitalisation à temps complet, se sont réduites sur les 40 dernières années au profit du développement de l'accueil à temps partiel grâce à la politique de sectorisation. En 1975, la psychiatrie générale française recensait 120 000 lits d'hospitalisation à temps complet et 2300 places à temps partiel. En 2001, elle compte 62000 lits d'hospitalisation à temps complet et 26265 places à temps partiel. Et en 2016, la psychiatrie compte 36 000 lits d'hospitalisation

à temps complet dans le secteur public et 27603 places à temps partiel.

Le succès de cette désinstitutionnalisation repose sur :

- la critique des soins asilaires souvent assimilé à une expérience totalitaire et concentrationnaire et l'émergence des droits de l'homme
- l'émergence des associations de famille et d'usagers
- l'avènement des chimiothérapies
- le développement de l'activité ambulatoire par la politique de sectorisation définie par la circulaire du 15 Mars 1960. (52)

Si l'hospitalisation était le mode de soins majoritairement employé avant les années 1970, de nos jours, seul 20% des patients soignés pour des maladies mentales, ont été hospitalisé à temps complet, alors que près de 80% des usagers ayant recours aux soins psychiatriques sont pris en charge en ambulatoire par la psychiatrie de secteur, exclusivement en extrahospitalier.

De plus, la durée moyenne de séjour (DMS) est passée de 300 jours/an en 1950 à 30 jours en 2016. Toutefois, le nombre de réadmission a augmenté.

Même si le rôle de l'hospitalisation en psychiatrie fait toujours débat, l'institution semble garder une place incontournable dans le système de soins.

Selon un rapport de la DREES (direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques), la fréquentation des sites des urgences est en constante augmentation, +5% chaque années, y compris pour les urgences psychiatriques. Ainsi, alors que les sites des urgences générales comptaient près de 13millions de passages en 2001. Selon l'ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation), en 2016, les sites des urgences enregistraient 18,5 millions de passages dont 10 à 30% des consultations nécessitaient un abord psychiatrique (4). Soit en moyenne 4 millions de consultations en urgence en psychiatrie.0

Cette augmentation de fréquentation du site des urgences s'explique par :

- l'accroissement de la précarité
- l'offre de soins de proximité, accessibilité 24h/24 – 7j/7

- un plateau technique compétent

- une diminution de la durée moyenne de séjour en psychiatrie (passant de 52 jours en 1997 à 24 jours en 2015) et un taux de récurrence plus élevé.

En 2016, 342000 personnes ont été hospitalisées à temps complet en psychiatrie sur les 36 000 lits disponibles, ce qui représentait 20 millions de journées de présence à temps complets. Le turn-over dans les hôpitaux psychiatriques est de 4 malades par lit/an contre 18 dans les hôpitaux généraux (*MORDELET P, MASSE P - la place de l'hospitalisation psychiatrique dans la politique de santé mentale, aujourd'hui et demain, cahiers statistiques-solidarité santé, 1990 ;17 273-85*)

Il y a donc un paradoxe entre les 4 millions de consultations psychiatriques en urgences et les 36 000 lits disponibles, soit 1 lit pour 111 patients potentiels.

2. La crise et l'urgence

Selon l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Le bien-être est un état de ressenti dynamique.

D'un point de vue étymologique, le mot crise vient du grec krisis qui signifie rupture d'un état d'équilibre. Le concept de crise peut se comprendre comme une perturbation aiguë du fonctionnement structurel et relationnel du patient et une rupture d'équilibre avec son environnement social et familial face à une difficulté existentielle, devant un changement à affronter. (59)

La crise se définit comme la manifestation brutale d'un état morbide, survenant en pleine santé apparente, une dégradation brutale ; elle est un paroxysme des souffrances. La crise représente un appel à l'aide, une tentative désespérée de communication qui se manifeste souvent de manière non verbale avec une incapacité à formuler une demande.

La personne éprouve un sentiment de débordement intenable avec un danger imminent. Comme le souligne le psychiatre P Barlet, on se trouve dans un monde où l'élaboration verbale est difficile, douloureuse ou trop pauvre par rapport à l'intensité des émotions à exprimer. Ainsi, le suicide, l'alcoolisme, la toxicomanie, la

délinquance, sont des formes d'appels non verbaux. Ces patients qui passent à l'acte, « agissent » leurs émotions, leurs angoisses, leurs souffrances. Souvent, chez ses patients et dans leur famille, la parole est plus dangereuse, plus difficile à manier que l'agir. Face à l'impossibilité du patient ou de la famille à résoudre ce problème et à sortir de cette difficulté, la situation amène souvent l'apparition d'un symptôme somatique ou psychique. La crise se présente comme une impasse douloureuse avec la conviction qu'il n'y a plus d'issue. Ceci explique le mode résolutif relativement fréquent du passage à l'acte comme issue agie entraînant momentanément le soulagement de la souffrance. Cette situation de crise va rarement rester contenue et va souvent se manifester de manière paroxystique, excessive, explosive, « folle », qui va rapidement dépasser les limites de la famille. Les idées suicidaires, les conduites addictives, les troubles du comportement (agitation ou délire) expriment une même souffrance. (52) Mais ces troubles du comportement, qui flirtent avec la mort, suscitent la même réprobation et mise à distance par la société. Ce symptôme apparaîtra rapidement insupportable pour le patient et/ou son entourage et amènera à un appel à l'aide lancé à un tiers tels que la police, le SAMU ou les pompiers et impliquent souvent un recours à l'hôpital « dépositaire du savoir ». Le recours aux urgences parvient souvent dans un sentiment d'échec, de désespoir, d'angoisses et de culpabilité. C'est dans ce contexte qu'apparaît la dimension d'urgence. (52).

L'urgence psychiatrique n'est donc pas un symptôme mais un moment qui peut nécessiter un accompagnement par un tiers, initialement par l'entourage puis par le professionnel de santé lorsque les capacités d'adaptation de l'entourage sont dépassées.

L'urgence se définit comme une situation aux conséquences graves, désastreuses et irréversible dont le pronostic s'aggraverait en l'absence d'une réponse adaptée et immédiate voir avec un possible engagement du risque vital.

Selon l'OMS, il existe 4 degrés d'urgence :

- Urgence 1 : situation pathologique pouvant entraîner la mort, la perte d'un membre ou d'un organe, si la prise en charge n'est pas immédiate
- Urgence 2 : situation pathologique n'engageant pas le pronostic vital, mais susceptible de s'aggraver dans l'immédiat

- Urgence 3 : situation pathologique où le temps ne constitue pas un facteur critique. L'état du patient à son arrivée est jugé stable
- Urgence 4 : situation pathologique jugée stable et ne nécessitant pas de soins dans le service des urgences

L'urgence psychiatrique est donc liée à :

-l'état du patient lui même

-à la notion de danger pour le patient et son entourage

-au ressenti de l'entourage, du voisinage ou de la famille qui estime nécessaire une intervention médicale immédiate, sans attendre une consultation programmée.

« Le nouveau rapport au temps, de l'imaginaire social, est fondé sur l'instantanéité des réponses à nos besoins, et sur cette exigence d'immédiateté, s'accompagnant d'un refus de différer toute réponse à leur besoin, toute frustration de leur désir et toute restriction à la saturation de leurs jouissances ». (82)

3. Les différents acteurs

a) Les patients concernés

Aujourd'hui, la psychiatrie ne se limite plus au seul traitement des maladies mentales répertoriées, elle s'ouvre maintenant à des souffrances existentielles qui relèvent de la santé mentale. La psychiatrie est souvent interpellée pour faire face à ces situations explosives, à ces moments de débordement, le plus souvent, plus révélateurs de difficultés de communication au sein d'un groupe d'individus (conjugal/familial ou social) que de pathologie psychiatrique lourde. (25)

Ainsi, dans une étude menée aux urgences de la clinique Saint Luc à Bruxelles, parmi les patients pour lesquels un avis psychiatrique avait été demandé en urgence, seul 20% des patients reçus correspondaient à un état psychotique selon la classification internationale du DSM-IV ; mais dans près de 70% des cas, les cliniciens exprimaient être dans l'incapacité d'établir un diagnostic en urgence et les attribuaient à la notion de crise (22,23).

Aux urgences psychiatriques, on retrouve :

- **les tentatives et idéations suicidaires** : 60% des motifs de consultation aux urgences psychiatriques. Le plus souvent à type d'intoxication médicamenteuse volontaire. Elles sont souvent associées à une comorbidité psychiatrique.

- **les troubles thymiques** : Il s'agit très souvent de patients déjà connus du service, qui tentent d'avoir une consultation en urgence pour exprimer leur émotion, leurs angoisses, leurs souffrances.

- **les troubles anxieux** : le plus souvent, le patient est incapable d'élaborer sur ses émotions, arrive aux urgences générales avec une plainte somatique. L'ensemble des explorations se révèlent sans anomalies. Le patient ressent un sentiment de vide et d'impasse pouvant évoluer vers l'autodestruction mais ne sait ou n'ose pas l'exprimer. Il s'agit pour le thérapeute de transformer cette plainte en demande d'aide et de soins.

- **les troubles de l'adaptation** : constituent le diagnostic le plus fréquemment posé au sein des services des urgences psychiatriques qui deviennent peu à peu un lieu de recours pour un grand nombre de situations tant médicales que psycho-sociales. On peut y trouver dans cette nosographie de nombreuses situations tels que les conflits familiaux, le harcèlement et l'épuisement professionnel. (11)

- **Les états d'agitation (10%)**: comportement violent extériorisé envers autrui, le patient lui-même ou des objets constituant une mise en danger. Cette agitation peut être réactionnelle, sous tendue par une prise de toxique ou être le symptôme d'une pathologie psychique ou somatique. Le sujet est le plus souvent amené par les forces de l'ordre (police et ou pompiers). Il s'agit d'évaluer la dangerosité du patient (comportement isolé ou répété) puis d'évaluer une éventuelle cause psychique tel qu'un trouble de l'humeur, des symptômes psychotiques, un trouble de la personnalité

- **les états délirants** : devant des propos incohérents ou un comportement inadapté. Il convient d'abord d'éliminer une cause organique (type encéphalopathie) ou toxique, ensuite d'identifier le processus en cours entre un délire isolé et inaugural

en faveur d'un épisode psychotique bref ou un délire récurrent en faveur d'une schizophrénie, et s'il est associé à des comorbidités. (72)

- les conduites addictives : L'arrivée aux urgences se fait selon 3 contextes particuliers, intoxication éthylique aigue, la demande de sevrage, en lien avec une comorbidité. La demande provient soit du patient, soit de son entourage.

- les situations d'isolement et de repli : On voit affluer la plupart des détresses humaines et sociales liés à la marginalisation et à l'exclusion, à des comportements d'échec, d'abandon, d'autodestruction, qui majorent grandement la désinsertion sociale et renvoient à des psychopathologies particulières

De plus, les personnes en situation d'exclusion souffrent souvent à la fois de problèmes sanitaires, psychiques et économiques.

Certains usagers viennent surtout pour être écoutés et conseillés autant que pour être soignés. Souvent, ils ne se soignent qu'aux urgences car ils attendent la crise, autrement dit l'apogée de leur angoisse ou l'épuisement de leur capacité d'adaptation à un malaise. Selon la littérature, il existe un profil particulier de visiteurs récurrents aux urgences psychiatriques. Ainsi, on peut citer les troubles du spectre schizophréniques, les troubles de la personnalité du groupe B, les troubles mentaux ou troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, les patients en situations précaires et les patients ayant eu recours au service d'urgence psychiatrique dans les 18 mois précédents (79) (87)

b) Le parcours des urgences

➤ Les pompiers ou force de l'ordre

Souvent les premiers sur les lieux de la crise, les pompiers amènent une grande partie des patients au service des urgences générales, parmi ceux-ci comptent aussi les patients en souffrance psychiques avec notamment les suicidants, qui dans un sursaut de lucidité, après leur passage à l'acte, donnent l'alerte et contactent les secours. La police et la gendarmerie contribuent aussi à amener certains patients aux urgences psychiatriques. Souvent il s'agit de cas complexes, difficiles à aborder comme les patients agités, violents, ou en phase d'ivresse aigüe et massive. Le but

est souvent de se défaire du problème en confiant le patient à l'instance médicale.

➤ **Les médecins généralistes**

Premier interlocuteur de santé dans la société, il reçoit de nombreuses plaintes somatiques qui se révéleront d'avantage fonctionnelles, masquant des troubles anxieux ou dépressifs ou autres situations de crise. Il arrive que le généraliste se sente dépassé et fasse appel aux urgences psychiatriques. Il devra comprendre les enjeux de l'appel à l'aide et réfléchir à une prise en charge adaptée avant d'envoyer le patient à l'hôpital. L'inconvénient est que beaucoup de patients de la population psychiatrique n'ont pas de médecin traitant. (22, 28, 86)

➤ **Les psychiatres libéraux**

Le plus souvent responsable de patients présentant des syndromes anxiodépressifs, ils feront d'emblée appel aux urgences psychiatriques en cas d'urgences évidentes tels que les crises suicidaires ou les états délirants aigus. Ils peuvent se révéler utiles pour la rédaction de certificats en cas de non consentement aux soins ou pour une sortie rapide d'hospitalisation avec des rendez-vous rapprochés. (28,90)

➤ **Les services sociaux**

Précarité et décompensation psychiques vont souvent de pairs, d'où l'importance de travailler en association avec les services sociaux qui se révèlent indispensables en amont comme en aval de la prise en charge. (90)

➤ **Les élus locaux et magistrats**

Le maire, le procureur, le magistrat, ou encore le préfet peuvent être amenés à prendre une décision d'hospitalisation sous contrainte, en soins à la demande d'un représentant de l'état, en cas de danger imminent pour la sécurité des personnes. Cette décision sera associée à un certificat médical. (28,90)

➤ **Le SAMU et Les médecins urgentistes**

Leur rôle principal est d'éliminer une cause organique grave, devant une agitation ou une modification brutale du comportement, avant de faire le relai avec l'équipe psychiatrique. (28,52,90)

c) L'équipe psychiatrique des urgences

Le décret du 9 Mai 1995 impose aux établissements hospitaliers comportant un service d'accueil des urgences (SAU) d'établir une convention avec les hôpitaux psychiatriques du secteur correspondant à leur aire d'attraction géographique, principe confirmé par la circulaire de 2003, afin de compter en leur sein au moins un psychiatre et un infirmier disposant d'une expérience psychiatrique, pour pouvoir accueillir, 24 h/24, toute personne en situation d'urgence, y compris psychiatrique. On voit ainsi se développer de nouvelles structures : les Unités d'Accueil des Urgences Psychiatriques (UAUP).

Comme le service des urgences générales, le service des urgences psychiatriques offre une permanence de soins 24h/24 avec une équipe de jour et une équipe de nuit. L'équipe est pluridisciplinaire, on y rencontre psychiatres, des infirmiers, des agents de service hospitalier et dans l'idéal des travailleurs sociaux. Toutefois, c'est l'ensemble de l'équipe soignante qui a un rôle psychothérapeutique, il faut pouvoir faire face aux réactions du patient ou de la famille qui se retrouvent dans un lieu inconnu chargé d'une atmosphère mortifère lié aux situations des autres usagers. Le travail d'équipe est primordial. (22, 24, 25)

Interpellée par les médecins urgentistes, une fois que l'ensemble des explorations somatiques a été réalisé, l'équipe psychiatrique intervient en seconde ou troisième ligne. Et le patient devra souvent de nouveau réexpliquer son cas une énième fois, à un énième personnage, ce qui peut majorer sa frustration.

Il peut s'écouler plusieurs heures entre l'arrivée du patient au service des urgences générales et la rencontre avec un médecin psychiatre et auxquelles on peut rajouter facilement 45 minutes au temps d'intervention si le lieu des urgences générales et celui des urgences psychiatriques sont distincts et nécessite l'intervention d'une ambulance. Il n'est pas rare que le patient soit déjà parti avant que le psychiatre ne puisse le voir, fatigué d'attendre. Ce type de prise en charge ne facilite pas les relations entre les médecins urgentiste et les psychiatres. D'autant plus que les psychiatres de garde changent constamment d'une nuit à l'autre, ce qui ne facilite pas leur intégration au sein de l'équipe des urgences générales. (52)

Les psychiatres de garde sont majoritairement des membres de l'intra-hospitalier (assistants/chef de clinique, internes, et praticiens hospitaliers) et ne connaissent

que les structures associées à l'hôpital. L'hospitalocentrisme est donc plus lié à une mauvaise connaissance des structures de prise en charge extrahospitalière et de leur champ d'intervention. Travailler avec des structures ambulatoires et trouver des solutions alternatives demande du temps. Ce dont manque les psychiatres de garde.

Le plus souvent l'entretien psychiatrique s'effectue en binôme, avec un médecin psychiatre et un infirmier psychiatrique.

Le rôle du médecin psychiatre est essentiellement cantonné à une fonction de tri : peut-on prendre le risque de laisser le patient repartir ou doit-il être hospitalisé ?

4. L'EVALUATION PSYCHIATRIQUE

Selon l'OMS, « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Le bien-être est un ressenti, c'est donc une évaluation subjective personnelle autrement dit personne d'autre que nous-même, ne peut déterminer notre état de bien-être. Il convient donc de se garder de prétendre évaluer l'état de bien être d'un individu à partir de notre propre expérience de vie. Ce n'est pas parce que nous ne pouvons comprendre la vie d'autrui, surtout si elle est très éloignée de nos critères, que cela veut dire que la personne est en mauvaise santé pour autant. (*Chantal ATTIAL « s'aligner avec son être véritable » janvier 19*)

Il y a 7 milliards d'individus donc 7 milliards de définitions du bonheur. L'erreur consiste à faire correspondre tous les individus à une seule définition du bonheur et à établir « des normes » du bien-être et ne pas prendre en compte le caractère unique de chaque individu et à le soumettre à la norme du bonheur de la société ou de l'institution. Nous créons la société individuellement et collectivement. Nous créons une société où chacun trouve sa place naturellement et légitimement. L'examen psychiatrique repose sur une hétéroévaluation. Ainsi, les points de vue du clinicien et des usagers peuvent diverger sur le caractère urgent d'une situation. Aussi l'évidence d'une hospitalisation peut poser question certaines fois. Selon Paul Guerin dans son manifeste « *l'évaluation des psychothérapies dans la pratique clinique* » (38), évaluer n'est pas poser un jugement de valeur sur un patient et sur

sa prise en charge mais plutôt décrire de la façon la plus précise et la plus fiable possible une situation clinique et estimer son devenir.

Afin d'analyser au mieux les situations cliniques qui se présentent, plusieurs outils psychométriques quantitatifs et qualitatifs, reconnus et validés sur le plan international ont été proposés. Elles permettent d'appréhender et de situer les patients dans sa globalité, dans différents domaines, tels que le médical, le social ou familial et sont associés à d'autres outils qualitatifs afin d'apprécier la qualité de l'interaction entre le patient, son environnement, et le système de soins (24, 26)

Parmi les outils psychométriques on retrouve :

- Le Hopkins Symptom Check List (HSCL-90) (31)
- La Hamilton Depression Rating Scale (41)
- La Montgomery-Asberg dépression rating scale (MADRS) (61)
- L'Hamilton Anxiety Scale d'Hamilton 1968 (41)
- Le DSM
- Le global assessment of functioning d'Endicott (93)
- Le social adjustment scale du Nimh
- La Faces d'Olson (68)
- L'overt aggression scale de Yudofsky et l'agitated behavior scale
- L'échelle severity of psychiatric illness

L'avantage de ce type d'évaluation qui repose sur des questions fermées est qu'elle permet une prise en charge protocolaire et plus objective des situations.

L'inconvénient est que cette prise en charge est moins humaniste, moins spontanée, ne permet pas au patient de s'exprimer librement (open dialogue), ceci peut empêcher l'instauration d'une bonne alliance thérapeutique. De plus ce type d'évaluation impose une contrainte de temps dont le clinicien des urgences ne dispose pas forcément.

Très utilisé dans les pays américains et anglo-saxons, ces échelles d'évaluations sont peu connues dans le système français, car elles utilisent le DSM ; or la classification de référence en hexagone est la CIM 10.

En France, l'évaluation psychiatrique repose sur l'hétéroévaluation d'un médecin détenteur du savoir vis-à-vis d'un patient en souffrance psychique.

Les psychiatres des urgences bénéficient de peu de temps, d'autant plus si le psychiatre sait que d'autres patients attendent. (21). Le risque est grand d'évaluer une situation à la va vite et ne permet pas un réel travail d'investigation du contexte ayant engendré l'urgence. Et la tentation de se limiter au seul symptôme afin d'en faire un diagnostic et un pronostic peut se révéler inadapté et dangereux. « Sans une analyse complète du contexte dans lequel est née et s'est développée la crise, l'intervention en urgence perd à la fois son intérêt et sa portée thérapeutique ».

La prise en charge psychiatrique (entretien et organisation du suivi hospitalier ou ambulatoire) avec le patient seul dure facilement 40 à 60 minutes et peut s'étendre jusqu'à 1h30 si on s'entretient aussi avec la famille.

Le point de départ de toute prise en charge psychiatrique repose sur la mise en place d'une alliance thérapeutique

L'objectif principal est de répondre à la souffrance psychique par une présence soignante dépositaire de savoir, d'apporter les premiers soins à la crise et d'orienter vers une structure spécifique pour la suite de la prise en charge. Il est important de reconnaître l'état de détresse du patient, d'essayer de dédramatiser la situation grâce une écoute attentive et compréhensible (32, 52)

Le but de la rencontre est de comprendre, contenir, et donner un sens à ce qui se passe pour pouvoir construire avec le patient un projet de soins. Le but est aussi d'évaluer la dangerosité du patient pour lui-même et pour autrui.

Il est important de pouvoir repérer les facteurs déclenchants, identifier les perturbations, et évaluer les capacités d'élaboration psychique du patient et de l'entourage.

La dimension psychosociale est à prendre en compte dans la prise en charge de la crise, car la demande de prise en charge émane aussi souvent de l'entourage

lorsque celui-ci ne se sent plus capable de contenir les angoisses du patient, ne supporte plus les attaques du patient et que son degré de tolérance est dépassé ; La crise traduit souvent une rupture d'équilibre entre le sujet et son entourage

L'American Psychiatric Association a élaboré des lignes directrices de pratiques pour l'évaluation psychiatrique des adultes. (92) Ainsi elle recommande au clinicien des urgences de s'attarder sur :

- l'histoire de la maladie actuelle,
- l'histoire psychiatrique,
- la recherche de toxiques
- les antécédents médicaux
- un examen général somatique
- l'histoire de famille
- L'histoire personnelle et social
- une Evaluation de l'état mental
- une estimation du risque de passage à l'acte et évaluation des facteurs influençant ce risque
- une discussion sur les propositions thérapeutiques envisageables

L'évaluation en psychiatrie repose sur une impression, une estimation du risque de passage à l'acte et des facteurs influençant ce risque. Il n'y a aucun parallélisme direct entre le caractère bruyant d'une situation et sa bénignité ou sa gravité sur le plan du pronostic psychiatrique. Ainsi des situations très graves peuvent évoluer à bas bruit sans jamais aller jusqu'à l'urgence. Tandis qu'une crise aiguë soulevant toute une famille peut être purement interactionnelle et s'apaiser dès lors que le dialogue reprend parfois par l'intermédiaire d'une intervention extérieure adéquate. « Ainsi il peut y avoir des distinctions entre la morbidité diagnosticable, la morbidité diagnostiquée et la morbidité ressentie » (59)

Quid des nouvelles technologies tels que les évaluations momentanées écologiques avec les MEmind WellnessTracker/ mHealth

B) Orientation et prise en charge de l'urgence

1. LES DIFFERENTS TYPES DE PRISE EN CHARGE

À partir de quand faut-il intervenir dans un processus critique ou le laisser évoluer naturellement jusqu'à son paroxysme puis à sa résolution ?

Doit-on agir sur le seul argument clinique de l'amélioration du pronostic en rapport avec la précocité du traitement psychopharmacologique ou psychothérapeutique ?

Malgré des courants de pensée différents entre l'Ubris ou vision urgentiste d'Hippocrate, qui préconise le principe de précaution et qu'il vaut mieux prendre en compte le caractère urgent de certaines situations cliniques avant un point de non-retour, ou l'abstentionnisme pinelien, « *il est plus sage de laisser en général la maladie parcourir ses diverses périodes d'état aigu, de déclin et de convalescence, sans trop troubler ni intervertir la marche de la nature* »

Dans les grands services des urgences psychiatriques, l'accent est surtout mis sur l'évaluation et la réorientation du patient dans le réseau plutôt qu'à la meilleure intervention à programmée. Pour les réponses à apporter face à ses situations dites d'urgences, deux grands courants d'opinion s'opposent :

- Le premier privilégie le développement de l'accueil des urgences dans les CHG (centre hospitaliers généraux)

Ainsi le service des urgences psychiatriques devient d'avantage un lieu de tri qu'un lieu de soins. L'évaluation sert alors avant tout l'intervenant et non le patient ou son contexte.

Il permet à ses intervenants, déborder par le nombre des urgences psychiatriques de désengorger et de libérer le service des urgences.

La décision sera dans plus d'un cas sur deux d'hospitaliser dans un service psychiatrique, décision trop souvent prise sous la pression de l'urgence et dommageable pour le patient, tant dans les cas de réelles décompensations

psychiatriques que lors des états psychiatriques aigus lors des situations de crise familiale, contextuelle, sociale.

Ce courant d'avantage réclamé par les médecins des autres spécialités, en particuliers des urgentistes, recueille actuellement plus adhérents et ancre d'avantage la psychiatrie au domaine médicale. Le premier donne la priorité aux actions des structures de secteurs

- Le second donne la priorité aux actions des structures de secteurs

Ce courant, d'avantage porté par les CHS (centres hospitaliers spécifiques), réfute la notion d'Urgence en psychiatrie, refuse de réduire la notion d'urgence à son seul aspect médical, il considère la demande comme plus globale, comme médico-psycho-sociale, et valorise les actions de prévention et les prises en charge au long cours par des équipes pluridisciplinaires dans l'ensemble,

La présence de cette équipe pluridisciplinaire évite souvent une psychiatrisation lourde, parfois abusive et permet d'organiser la prise en charge de manière plus nuancée

Selon Claude Barthélémy, (6) chaque réponse doit être adaptée en fonction de la situation clinique et des capacités d'adaptation, de défense et de résilience de l'individu. L'urgence doit tenir compte du contexte de l'épisode aigu et le resituer dans l'histoire de l'individu. L'urgence peut-être dans un premier temps de trouver quelqu'un à qui parler.

Toutefois, la tendance actuelle est en faveur d'une intervention précoce, voire immédiate. De plus cette tendance se mêle à l'attente du corps social. A Rauzy a mis en évidence l'explosion des consultations aux urgences psychiatriques pour des motifs jugés sociaux, d'environ 60% en 10 ans. Soit une augmentation de 3-5% par an. « *L'urgence est devenue un phénomène de masse, de même que sa composante psychiatrique. Ainsi s'inscrit un nouveau champ d'intervention dans la psychiatrie moderne, représenté par la détresse sociale* ». La précarité du lien social où prédomine la dissociation et la recomposition fragile des groupes sociaux ou familiaux diminue le seuil de tolérance aux tensions et réduit les ressources régulatrices et adaptatives permises par le soutien communautaire matériel et social et l'échange par la parole et laisse place à l'immédiateté, à l'agir, à des

comportements extrêmes de crise, sous forme de passage à l'acte : tentative de suicide, alcoolisme, drogue, violence, délinquance, qui finissent par converger vers les services d'urgence des hôpitaux, spontanément ou poussés par l'entourage ou les acteurs médicaux et sociaux. De ce fait l'urgence psychiatrique pure par décompensation d'une affection psychiatrique avérée ne représente qu'une part de plus en plus petite des consultations d'urgences psychiatriques par rapport aux états aigus transitoires et états de crise liés aux situations de conflit extra psychique avec l'environnement. (77)

Aux urgences, la décision thérapeutique débouche sur deux types de prise en charge : soit hospitalière, soit ambulatoire. Il appartient au psychiatre de peser les bénéfices et les risques de sa décision. Trop souvent, devant le moindre doute ou devant la pression de l'entourage, le psychiatre justifiera sa décision d'hospitaliser par la présence d'un symptôme « intéressant ».

La responsabilité du médecin psychiatre est engagée chaque fois qu'il décide de faire sortir un patient. Certains praticiens hésitent à prendre un risque et préfère recourir à l'hospitalisation sans que cela ne soit toujours justifié par une nécessité de soins continus.

2. L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

a) Différents types d'hospitalisation

Les différentes structures d'accueil sont :

- L'hospitalisation en service traditionnel

Composé de 15-20 lits, le plus souvent organisé par secteur d'habitation, elle accueille le patient sans limite de temps. Structure adaptée aux décompensations psychiatriques aigues et urgentes.

- Le CAP (centre d'accueil permanent)

Petite unité intersectorielle de 8 lits, il peut être l'intermédiaire entre le service des urgences générales et service d'hospitalisation psychiatrique à temps complet, publique ou privé, en permettant une observation rapprochée de 48h à 72h. il accueille le tout-venant.

- Le CACC (centre d'accueil crise et de consultation)

Unité d'accueil et de soutien de 8 lits ouverte 7j/7 et 24h/24, pour les patients en crise présentant un effondrement psychique, un raptus anxieux ou des idéations suicidaires. Il propose des prises en charge rapide par des consultations ou une hospitalisation de courte durée (7 jours maximum). Sa spécificité est de proposer un circuit de prise en charge différent, en se spécialisant sur le traitement de certaines formes de crises ; celles dues à un état de détresse et de perturbation émotionnelle survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement ou à un évènement stressant.

Ses objectifs sont de rassurer les patients, de favoriser des hospitalisations brèves, proposer un milieu apaisant et étayant, permettre une mise à distance, d'éviter une aggravation des symptômes, favoriser l'accès aux soins ambulatoires. (20).

- L'hôpital de semaine

Il accueille les individus de tout type du lundi au vendredi, ne nécessitant pas une hospitalisation en service traditionnel, pour des évaluations diagnostiques, des adaptations thérapeutiques, ou en prévention d'une rechute.

- Les cliniques

b) Les bénéfices attendus de l'hospitalisation

L'hospitalisation est souvent considérée comme la réponse à tous les problèmes.

L'hôpital constitue un traitement en lui-même, par son rôle central, il permet une prise en charge intensive et précoce de la crise, qui peut être schématisé par « les 4 S » : sécurité, structure, soutien, gestion du symptôme (67)

Structure par sa fonction d'hébergement, sécurité par le cadre qu'il apporte, soutien par la fonction de nursing des équipes infirmières et aides ménagères et de gestion du symptôme par l'équipe médicale permettant l'évaluation diagnostique et l'instauration d'un traitement (30)

Il arrive que le patient se sente déjà mieux dès que la décision d'hospitaliser est prononcée et ce même sans traitement chimiothérapique ou autre soin prodigué. L'hospitalisation permet de restaurer l'espoir à un moment où tout semble être perdu pour le patient comme pour son entourage. (12-102)

Dans le cas des tentatives de suicides et des états d'éthylisme aigu, le lendemain, une hospitalisation même provisoire permet au patient de prendre du recul par rapport à son geste et parfois d'élaborer de nouvelles stratégies.

L'hôpital permet une observation continue 24h/24 et de monitorer le traitement ainsi que leurs effets secondaires, il permet entre autres un rétablissement du cycle nycthéméral grâce à son cadre, sa réassurance et la prescription d'un traitement médicamenteux adéquat. Il contribue à lutter contre le rejet et l'isolement sous-tendue par diverses pathologies psychiatriques. Il permet la mise à distance en cas de crise familiale liée au symptôme et permet de soustraire l'individu d'un milieu délétère (30)

L'hôpital a aussi un rôle de resocialisation par la promiscuité qu'il entraîne entre les patients.

L'hospitalisation permet aussi d'organiser le suivi extra hospitalier, via un relai avec les équipes de secteur.

Grâce à sa prise en charge et ses collaborations multidisciplinaires (médicale, paramédicale, sociale) il permet la mise en place d'un cadre social ; allocations, projet de réinsertion, lieu de vie.

L'hospitalisation peut représenter un espoir mais aussi un échec. En effet, les psychiatres de ville arrivent à contenir les angoisses du patient jusqu'à un certain point, mais il arrive un moment où le psychiatre demande une admission en service psychiatrique. (15)

c) Les inconvénients de l'hospitalisation

Dans son manifeste sur la psychiatrie, *L.Cohen* décrit l'hospitalisation comme une expérience traumatisante créant chez les patient un sentiment de terreur,

d'impuissance et de perte d'autonomie notamment lié au confinement et à la privation de certains objets personnels (17)

De plus on peut observer chez les patients hospitalisés sous contraintes de multiples expressions de peur, de colère et de dépression.

Dans une étude menée en 1999, Morrison retrouve une prévalence d'état de stress post traumatique de 44% en sorti d'hospitalisation psychiatrique, alors que cette symptomatologie n'était pas présente à l'entrée. Il démontre aussi que les premières admissions sont les plus traumatiques. (63)

Comme tout traitement, l'hôpital peut devenir iatrogène par les phénomènes de désinsertion et de régression sociale du fait de son rôle sécuritaire et maternalisant. Selon Serge Kannas, « Un être humain privé de la possibilité de se subvenir à lui-même risque de perdre l'estime de soi et sa contribution à la communauté professionnelle-familiale et sociale s'amenuise et donc perdent en autonomie, danger que sous-tendent les hospitalisations prolongées et répétées. Au cours de ces hospitalisations, la famille et le patient apprennent la profession d'assistés. » (49)

De plus, une primo-hospitalisation en psychiatrie peut s'avérer délétère pour le patient, car il se retrouvera avec l'étiquette psychiatrie, et pourra alors subir une forme de désintérêt au cours d'un prochain passage aux urgences somatiques. Il existe un risque de stigmatisation du patient psychiatrique.

De plus, l'observation des patients chroniques conduit à faire l'hypothèse selon laquelle l'hospitalisation psychiatrique peut réaliser un véritable d'apprentissage de solution institutionnelle univoque à des problèmes psychiatriques, c'est-à-dire un modèle répétitif tendant à se stabiliser sur le même mode au cours du temps. (101)

3. ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION

Exemple de la loi Basaglia ou loi 180 en Italie. Loi établie en 1978, qui consiste à la désinstitutionalisation progressive de la psychiatrie en Italie. (94)

Elle stipule que :

- L'assistance psychiatrique doit être déplacée des hôpitaux psychiatriques vers les centres communautaires de santé mentale, nouvellement organisés de manière sectorisée ou départementale pour assurer les intégrations et des liens avec des services et des ressources communautaires
- L'hospitalisation de nouveaux patients dans les hôpitaux psychiatriques existants ne pas être autorisée. La construction de nouveaux hôpitaux psychiatriques est également interdite
- Les services psychiatriques doivent être ouverts à l'intérieur des hôpitaux généraux avec un nombre limité de lits (pas plus de 14-16).
- Les traitements obligatoires ne sont appliqués que lorsque les installations communautaires adéquates ne sont pas accessibles et lorsque le patient n'a pas accepté son traitement en dehors de l'hôpital. (86)

a) ALTERNATIVES EN FRANCE

- **Unités mobiles de crises (ERIC ou ULICE)**

L'Equipe Rapide d'Intervention Crise, mobile intersectorielle et interdisciplinaire, est disponible 24h/24, propose une prise en charge de la crise et un suivi en post urgence pendant 1 mois, réalisant une alternative à l'hospitalisation lorsque cela est possible. Utilisant le modèle systémique permettant de replacer le symptôme psychiatrique à l'intersection de différents contextes individuel, familial et social. Ce système considère que les symptômes d'un membre de la famille peuvent être vus comme une fonction dans un bouleversement familial plus large. Si la famille et/ou le contexte social dans lesquels vivent les individus peuvent être source de stress et accélérer la décompensation, ils sont, dans de nombreux cas, un réservoir fécond en ressources pour la résolution des problèmes. Cette prise en charge s'appuie donc sur les compétences et la disponibilité de l'entourage. L'intervention vise à diminuer le recours à l'hospitalisation et d'éviter la psychiatisation et aider les familles à élaborer d'autres manières de résoudre leurs crises dans le futur. (10,13,23,44,80,82)

Toute situation d'urgence ou de crise aiguë constitue une indication, à l'exception d'une hospitalisation d'office déjà constituée ou en cas de problème somatique prédominant.

La prise en charge comprend des entretiens familiaux, des visites à domicile, des contacts par téléphone, un traitement, et souvent un travail avec les partenaires sociaux.

- **Le secteur psychiatrique CMP et visites à domicile**

Dispositif de santé mentale mis à la disposition de la population dans le cadre de la sectorisation. Ce dispositif est composé d'une équipe pluridisciplinaire avec des médecins psychiatres, des infirmiers formés à la discipline psychiatrique, des psychologues, d'assistants sociaux, des psychomotriciens, un cadre infirmier, de secrétaires, et d'agents de service hospitalier.

Ses missions sont multiples et consistent en l'accueil et la prise en charge médico-psychologique, la prévention et l'information, l'orientation, la coordination avec les unités d'hospitalisation et le réseau communautaire, les soins ambulatoires et les interventions à domicile, les suivis post-hospitalisation, ainsi que les démarches sociales, et faire le lien avec les partenaires sociaux. (54)

Structure le plus souvent ouverte du lundi au vendredi entre 8h30 et 19h00. Elle n'offre pas de permanence de soins les nuits, les week-ends et les jours fériés.

Le souci est que peu d'individu adressé sur les cmp à l'issue d'une consultation d'urgence se rendront à leur premier rendez-vous.

- **Le centre d'accueil permanent CAP**

Unité d'accueil, fonctionnant 7j/7 de 8h à 21h, elle reçoit le tout venant en demande d'écoute ou de soins, avec ou sans rendez-vous. Toute personne en demande de soins est accueillie par un infirmier qui recueille le motif de consultation, la demande, l'histoire de la maladie et la clinique. Si besoin, la personne est adressée au psychiatre d'astreinte, qui après évaluation oriente le patient soit en unité d'hospitalisation à temps complet ou l'hôpital de jour, soit en ambulatoire vers le réseau sanitaire et social du territoire, les services tutélaires ou les associations

avec un travail de lien et de coordination. Certains CAP possèdent des lits portes pour des hospitalisation de courte durée de 48 à 72 heures

- **L'hôpital de jour**

Structure prenant en charge les adultes souffrant de troubles psychiques et nécessitant un accompagnement psychiatrique via des activités thérapeutiques. Le plus souvent ouvert sur des horaires de semaine, il est composé d'infirmiers, de psychologues, plus ou moins d'éducateurs et de physiothérapeutes. Il propose des prises en charge individuelles ou des activités de groupe.

Les objectifs sont multiples tels que développer l'autonomie, favoriser la socialisation et soutenir les projets d'insertion dans la communauté, aider au maintien du patient dans son milieu de vie, prévenir une hospitalisation à temps complet, diminuer la durée d'un séjour hospitalier, faire participer activement le patient et ses proches à un plan de soin personnalisé.

Différentes activités thérapeutiques sont proposées autour de la communication et l'expression verbale, les compétences sociales et relationnelles, la gestion des émotions et le développement de l'autonomie. Ces activités reposent sur des techniques d'empowerment/renforcement positif et cognitivo-comportementales. (4)

- **Le lieu de répit**

Ce projet repose sur les principes suivants : Offrir aux personnes vivant une « crise psychotique » un milieu de vie calme, communautaire ; proposer une approche phénoménologique de la personne visant à donner un sens à l'expérience subjective de la crise psychotique ; accompagner la personne dans ses activités quotidiennes selon le principe « d'être avec » et « faire avec » ; absence de recours systématique aux traitements neuroleptiques, ou administration de faibles doses en favorisant plutôt les anxiolytiques qui altèrent moins les fonctions cognitives supérieures et toujours avec l'accord de la personne ; présence permanente de professionnels et de bénévoles qui adhèrent à une vision existentielle et contextuelle de la crise sans la médicaliser/psychiatriser d'emblée. Plusieurs études ont montré que l'approche alternative à l'hospitalisation fondée sur le *Soteria paradigm* avait des résultats meilleurs ou équivalents à ceux de l'hospitalisation conventionnelle en termes de

réduction de la symptomatologie, d'augmentation des temps de rémission et de reprise d'une activité professionnelle, et avec des coûts réduits.

Les équipes d'adressage seront l'équipe psychiatrie précarité MARSS, les urgences psychiatriques (CAP 48 et Conception), et l'EMPP de l'hôpital Edouard Toulouse. Le critère principal d'orientation vers le Lieu de répit sera le refus de la personne d'être hospitalisée, associé à la présence d'éléments pouvant justifier des soins sans consentement.

L'équipe du Lieu de répit sera composée en partie de professionnels « classiques » du sanitaire et du social (psychiatre, psychologue, éducateur, infirmier), de volontaires du service civique, mais surtout de personnes ayant directement eut l'expérience de la crise et/ou de l'exclusion sociale, et bien avancés dans leur parcours de rétablissement. Environ la moitié de l'équipe d'intervention sera constituée de personnes directement concernées, dit « travailleur pairs ». (*COMME DES FOUS - le lieu de répit, alternative à la psychiatrie – comme des fous : avril 2017*)

- **La prise en charge de l'urgence sociale et les réseaux associatifs**

Il existe un lien indéniable entre précarité et recours à l'hospitalisation. Les difficultés sociales ont des retentissements sur l'état psychique des sujets et si certaines masquent d'authentiques pathologies psychiatriques, toute difficulté sociale n'est pas pour autant sous-tendue par une pathologie psychiatrique. (30) De plus en plus d'usagers réclament une réponse médicale à des problématiques d'ordre médico-sociales et sociales.

Encore très souvent, la psychiatrie est sollicitée pour garantir un certain maintien de l'ordre public et est contraint de prendre en charge des situations médico-sociales, gérables en ambulatoire sur le plan médical mais pouvant être compliquées sur le plan social.

Des solutions ont été développées par les collectivités locales pour répondre à l'urgence sociale et ainsi proposer une alternative à une hospitalisation inadéquate (39).

C'est ainsi que s'est développé le SAMU social, qui a pour vocation de :

- Porter assistance aux personnes en situation de grandes exclusions sociales pour l'accès à l'hébergement d'urgence et à la nourriture.
- Veiller à l'hygiène corporelle et vestimentaire des personnes vivant dans la rue
- Favoriser l'accès aux soins
- Apporter une assistance administrative

A la différence de l'hôpital psychiatrique, les structures sociale et médico-sociale privilégient le maintien de l'autonomie et du lien social et/ou familial, par l'intermédiaire d'activités diverses, d'ouverture sur la ville et la présence d'un encadrement adapté (éducateurs, aides médico-psychologiques).

Sur certains territoires, il a été démontré qu'un réseau social et associatif développé permettait une diminution du nombre d'hospitalisation inadéquates.

b) ALTERNATIVES A L'INTERNATIONAL

- **Le Centre de thérapie brève CTB (brief therapy center)**

Concept d'approche systémique, développé aux Etats-Unis par le Mental Research Institute de Palo Alto, prenant appui sur les compétences du patient et de son entourage. Ce concept a ensuite été exporté outre atlantique, initialement à Genève au début des années 1980, représenté par Antonio Andreolli puis en Belgique par De Clerq. Ce concept repose sur un travail en 2 temps. (3,27)

Un premier temps « d'interaction de crise » qui consiste en l'accueil du patient aux urgences où sera formulé la demande du patient et ses attentes. Il sera proposé une hospitalisation de courte durée (inférieure à 72 heures) sur des lits porte situés aux urgences générales. Ceci permettra de poser les bases de l'alliance thérapeutique entre le patient, son entourage et l'équipe thérapeutique. Cette première phase comprend des entretiens individuels et familiaux réalisés par un binôme médecin – infirmier désigné pour l'ensemble de prise en charge, une prescription d'anxiolytiques si besoin, et le lien sera fait avec le réseau sanitaire et social du patient.

Un deuxième temps « d'intervention de crise » qui est le temps psychothérapeutique qui permet d'explorer le contexte de la crise et d'en comprendre le sens. Cette phase est limitée dans le temps puisque qu'elle s'effectue sur un délai d'un mois maximum puis est relayé sur une structure spécialisée de soins psychologique ou psychiatrique si nécessaire.

- **Les Assertive Community Treatment ACT**

Mis au point au début des années 1970 en réponse à la fermeture des hôpitaux psychiatriques. Il s'agit d'un programme ambulatoire intensif répondant aux besoins médicaux, sociaux et comportementaux des personnes qui représentent des couts de santé disproportionnés par des hospitalisations récurrentes. (103)

L'ACT est une approche d'équipe visant à maintenir les personnes malades en contact avec les services, à réduire les admissions à l'hôpital, améliorer le fonctionnement social et la qualité de vie, réduire la stigmatisation. Cette approche permet la prévention des rechutes/décompensations des patients ayant des troubles mentaux et grands consommateurs de soins hospitaliers. (55)

Les patients sont activement sollicités dans leur propre environnement et des efforts sont déployés pour renforcer la motivation du patient pour le traitement (99)

Le patient et l'équipe élaborent un plan de soin destiné à aider à maintenir et développer l'autonomie de la personne, gérer les symptômes liés aux troubles de santé mentale, établir un plan d'intervention de crise, gérer la prise de médicaments, développer l'intégration communautaire, aider à l'organisation de la vie quotidienne (tâches ménagères, gestion du budget, ...), favoriser l'accès aux soins, aide à la recherche et au maintien de logement, préserver les liens familiaux, le soutien par les pairs, soutenir les intérêts personnels et activités de loisir pouvant mener à des études ou un emploi ou le bénévolat.

- **Le case management transition**

Si les patients reviennent si souvent, il convient de savoir pourquoi, peut-être manque-t-il un élément entre la sortie d'hospitalisation et le retour à domicile avec suivi CMP ? Le case management propose un cadre de référence à la prise en charge ambulatoire des patients atteints de pathologie chroniques et hospitalisés au long cours. La philosophie de l'intervention vise à favoriser un accompagnement

progressif vers le rétablissement dans le milieu de vie ordinaire, en collaboration avec les proches et l'entourage immédiat. (37) (95)

Dans une étude multicentrique menée en Angleterre, Johnson a démontré que l'autogestion et l'accompagnement par les pairs en sortie d'hospitalisation réduit le taux de réadmission de manière significative (48)

II) REVUES DES ETUDES SUR LES CRITERES D'HOSPITALISATION EN URGENCE EN PSYCHIATRIE

A) REVUE DE LA LITTERATURE INTERNATIONALE

La décision d'hospitaliser dépend de nombreux critères comme la nature, la dangerosité (auto ou hétéro-agressivité) ou l'intensité des symptômes, ainsi que d'autres facteurs qui viennent influencer sur cette décision. Ces facteurs sont aussi bien imputables au patient et à son entourage, qu'au professionnel de santé, et à l'offre de soin disponible. (32,56)

Dans leur étude « psychiatric emergencies, an overview » menée en 1980, Gerson et Bassuk (36) ont relevé les critères, tant imputable au patient qu'au soignant ainsi que la qualité de la relation patient-psychothérapeute, susceptibles d'influer sur la décision d'hospitaliser.

Parmi les **symptômes** associés à la décision d'hospitaliser, selon un rapport rédigé par Flynn et Henisz (34), on peut citer :

1. Les tentatives de suicides ou scénarios suicidaires.
2. Les passages à l'actes hétéroagressifs ou projets de passage à l'acte hétéroagressifs
3. Les états d'agitation
4. Un comportement antisocial
5. Un comportement émotionnel labile avec mise en danger
6. Un dysfonctionnement des capacités de jugement ou un changement de comportement important contrastant avec le fonctionnement antérieur
7. Une détérioration rapide ou une non-amélioration malgré des mesures de soutien ambulatoires
8. Des problèmes somatiques associés à la pathologie psychiatrique nécessitant une surveillance particulière à l'initiation d'un traitement
9. Des relations familiales compliquées nécessitant une mise à distance des

parties

10. Un désir de mise à distance d'une addiction
11. Les états délirants aigus, surtout en cas de premier épisode,
12. Les états mélancoliques,
13. Les états dissociatifs,
14. Le retrait social.

Le comportement et l'élocution du patient sont analysés, ainsi l'hostilité, la colère, la méfiance, l'irritabilité et le refus de soins vis-à-vis de l'équipe soignante sont autant de symptômes qui peuvent aboutir à une hospitalisation (souvent contrainte) (85)

Les principaux symptômes retrouvés lors d'une admission sous contrainte aux urgences psychiatriques sont la psychose, les hallucinations impérieuses, l'agressivité, le manque de discernement, les tendances suicidaires, les symptômes maniaques, l'évitement des soins, la réduction ou l'arrêt des médicaments sans l'aval d'un médecin (29)

Un des facteurs majeurs du recours à l'hospitalisation semble être les antécédents d'hospitalisation. Dans une étude, menée en 2001, Bernardo et Forchuck montrent que l'unique variable significative, qui différencie les patients réadmis de ceux qui ne le sont pas, semble être les antécédents d'hospitalisation. (9)

Les patients consommateurs réguliers de psychotropes ou ayant une polymédication sont d'avantage hospitalisés (76)

Les troubles anxieux semblent rarement conduire à une hospitalisation psychiatrique et sont plutôt orienté vers une prise en charge ambulatoire. (7,40,57,73)

Les conduites alcooliques et prises de toxiques ne sont associées à une hospitalisation qu'en cas de troubles du comportement à type d'agitation et de conduites auto ou hétéro agressives ou les intoxications médicamenteuses volontaires. (84)

Concernant **la dangerosité** du patient, il est important de différencier plusieurs types d'agressivité entre agression verbale/ agressivité contre soi-même /

agressivité contre autrui ou des objets et particulièrement s'ils sont associés à des troubles psychiatriques. Il convient de protéger le patient et ses proches en cas de risque de passage à l'acte violent, au besoin en recourant à une hospitalisation du patient.

Parmi **les facteurs imputables aux patients**, on peut citer les comorbidités, l'isolement, des capacités d'autogestion limitées (sur les actes de la vie quotidiennes), une réadmission dans le mois après une sortie d'hospitalisation.

Hormis l'âge qui augmenterait la fréquence des hospitalisations, les autres variables démographiques ne semblent pas influencer sur la décision d'hospitaliser. (56,65). Les personnes âgées étant d'avantage vulnérables aux effets secondaires des médicaments en raison des changements pharmacocinétiques liés au vieillissement. Ils constituent un groupe à haut risque de suicide, avec une intention plus sérieuse, moins de signes avant-coureurs et plus de létalité. (2)

Dans leur étude menée en 1990, Schnyder U, Valach Ladislav et Heim Edgar, montrent que la décision d'hospitaliser dépend aussi des facultés d'adaptation du patient, ainsi une faible capacité d'adaptation face une situation de stress est liée à un risque d'hospitalisation plus élevé. Alors que des patients avec des stratégies d'adaptation plus élevées sont plus souvent associés à une prise en charge ambulatoire (88). Les patients avec un faible niveau de scolarité ou une déficience intellectuelle consultent d'avantage et sont plus à risque d'être hospitalisé. (76). les patients vivants en zones défavorisées consultent d'avantages aux urgences

Les patients ayant un emploi et plus d'années d'études présentaient une meilleure adhésion aux soins que ceux avec peu de ressources (60)

Le souhait initial du patient à vouloir être hospitalisé semble également associé à une admission en soins psychiatriques. De plus, les patients résidants en zone urbaine sont plus souvent hospitalisés que ceux vivant en zone rurale

Dans une enquête observationnelle menée en Italie, Morlino a mis en évidence les caractéristiques des gros utilisateurs de soins hospitaliers en service psychiatrique. Était considéré comme gros utilisateurs les patients ayant eu trois admissions ou plus en service psychiatriques au cours des 12 derniers mois. Les gros utilisateurs étaient le plus souvent jeunes, célibataires, avec un trouble

psychotique ou schizoaffectif, associée à une toxicomanie, recevant une pension d'invalidité, sans abri ou vivant en foyer. Ils étaient aussi susceptibles d'avoir connu des conflits avec des membres de la famille, ou d'avoir été victime de violence. (50,51,62,83).

Une étude française menée par Schmoll S sur 6 ans, confirme ses résultats, ainsi 2 à 9% des patients induisent 15 à 33% de l'activité clinique totale. Il s'agissait principalement de recrudescence anxieuse chez des individus psychotiques, toxicomanes avec un trouble de la personnalité associé en situation de précarité (87)

Cas particuliers des sans abris et personnes en itinérance atteints de troubles mentaux. Selon une étude française menée sur 6 années, les sans abris avaient 4 fois plus souvent recours aux services des urgences que les individus ayant un abri, le plus souvent pour des troubles d'allure schizophrénique ou des troubles liés à la consommation de substances. Mais les sans-abris étaient moins susceptibles d'être hospitalisés après avoir reçu un soin d'urgences que les patients disposant d'un foyer (43)

Parmi **les facteurs imputables aux professionnels**, on peut noter que plus l'expérience des professionnels augmente, moins ils hospitalisent. (56). La durée de la consultation semble aussi être corrélée à la décision d'hospitaliser, plus la durée de celle-ci est longue, moins il y a d'hospitalisation. Les psychiatres titulaires sur le site des urgences psychiatriques durant la journée hospitalisent moins que les psychiatres d'astreintes de nuit de manière passagère. Les psychiatres de garde sont majoritairement des membres de l'intra-hospitalier (assistants/chef de clinique, internes, et praticiens hospitaliers) et ne connaissent que les structures associées à l'hôpital. L'hospitalocentrisme est donc plus lié à une mauvaise connaissance des structures de prise en charge extrahospitalière et de leur champ d'intervention. Travailler avec des structures ambulatoires et trouver des solutions alternatives demande du temps. Ce dont manque les psychiatres de garde.

Parmi les **facteurs imputables à l'offre de soin** : Il existe des disparités entre les secteurs, départements et régions. Et les patients ne disposent pas d'une offre de soins identique selon leur rattachement géographique.

On peut noter l'existence de structures ambulatoires alternatives CMP-HDJ. La période de la journée entre 17h et 9h en semaine et le week-end semble être un facteur prédictif d'hospitalisation. Le nombre de places disponible et la disponibilité des lits dans le service traditionnel de psychiatrie semble aussi influencer sur la décision d'hospitaliser un patient. (56).(64)

L'existence de lits d'accueil court séjour (<72h) permet aussi de réduire le nombre d'hospitalisation en unité temps plein (65)

Il existe d'autres dimensions potentiellement explicatives de la variabilité du recours à l'hospitalisation en psychiatrie tels que : (18,19)

- L'offre et l'organisation des soins psychiatriques au sein des territoires avec les capacités d'hospitalisation, les ressources humaines, la diversité des prises en charge proposées, le développement des alternatives à l'hospitalisation et les interactions entre ces différents acteurs.
- L'offre sociale et médico-sociale des territoires : Le taux d'hospitalisation est corrélé à un déficit d'offre médico-sociale, alternative à l'hospitalisation, pour les personnes qui ne relèvent pas d'une prise en charge sanitaire.
- Le troisième facteur est celui du contexte socio-économique du territoire tel que l'isolement familial et social, la précarité, absence de logement.

Selon une récente étude néerlandaise, les patients suivis par des équipes de soins de proximités tel que les hôpitaux de jours ou CMP ou des équipes d'ACT sont moins souvent admis en hôpital psychiatrique que ceux qui ne le sont pas. Elles constituent ainsi des moyens de prévention, « véritables barrières protectrices à un internement en psychiatrie ». Ainsi d'autres facteurs de risque à une hospitalisation apparaissent par une défaillance de ses équipes de suivi notamment par un manque de réactivité et de fermeté face aux symptômes et vis-à-vis du patient ou n'ayant pas suffisamment supervisé l'administration des médicaments. Par exemple, en cas de rendez-vous manqués et d'autres signes d'évitement des soins, les professionnels passaient des appels téléphoniques plutôt que des visites à domicile. Si un patient ne répondait pas immédiatement à un appel téléphonique, le professionnel avait tendance à attendre un jour ou plus au lieu de se rendre au domicile du patient et de frapper à la porte. De même, plutôt que de rechercher de manière proactive le

contact, ils ont simplement répondu aux signaux d'alarmes des membres de la famille concernés. De plus, un manque de rapport entre les professionnels de santé et un réseau social limité constitue un risque de plus à une admission en urgence en soins psychiatriques. (29)

Selon une étude britannique, il n'y a pas de différence significative du nombre de jours d'hospitalisation entre les patients prise en charge en hôpital de jour et ceux qui ne le sont pas.

L'accès aux soins, c'est-à-dire l'aiguillage et le mode d'arrivée aux urgences semblent influencer sur la décision du praticien d'hospitaliser ou pas le patient en urgence en service de psychiatrie et aussi sur le mode d'hospitalisation. Ainsi les patients se présentant seul en consultation ou adressés par leur généraliste sont moins souvent hospitaliser sous contrainte que ceux référés par un tiers. Les patients référés par les forces de l'ordre ou les pompiers étaient plus souvent admis sous contrainte (46)

L'entourage semble aussi influencer sur la décision d'hospitaliser : les conflits familiaux au cours de la semaine précédant l'admission ou l'intervention des forces de l'ordre ou des pompiers semble être prédictif d'une hospitalisation. Dans 54% des cas, l'admission a été sollicitée par les membres de la famille. (56,73)

Une orientation aux urgences psychiatriques, par le médecin traitant, était aussi associée à une admission en hôpital psychiatrique (14)

L'ensemble des études a permis de distinguer deux grands groupes d'individus hospitalisés, les moins de 40 ans majoritairement hospitalisés sous contrainte pour des troubles du comportement délirant ou antisociaux et les plus de 40 ans majoritairement hospitalisés pour des troubles affectifs. (40)

B) LES RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES SUR LES CRITERES D'HOSPITALISATION EN URGENCE EN PSYCHIATRIE

Selon l'HAS, les critères d'hospitalisation en urgences sont un trouble mental associé à :

- la présence d'un risque vital
- protection vis-à-vis d'un geste auto ou hétéro agressif
- l'impossibilité d'une prise en charge en ambulatoire
- un terrain à risque
- soustraire le patient à un environnement délétère
- troubles du comportement important avec troubles du jugement
- absence d'étayage familial et social

Selon les recommandations du comité des ministres du conseil de l'Europe, une hospitalisation sans consentement s'impose quand :

- « Il existe un désordre mental sévère qui entraîne un risque sérieux d'atteindre l'intégrité physique, la santé du sujet, la vie de sa famille ou à l'intérêt général d'une personne réelle »
- - « l'état mental du patient le rend incapable de prendre une décision responsable, convenant à ses propres intérêts »
- « Lorsque la mesure d'hospitalisation est raisonnablement plus efficace et bénéfique au patient qu'aucune autre alternative thérapeutique moins restrictive »

Parmi les critères justifiant une hospitalisation, on peut relever ceux cités dans l'article intitulé « *the admission process* », dans lequel Maxmen et ses collaborateurs mettent en avant les principaux motifs évoqués par les psychiatres quant aux bénéfices attendus de l'hospitalisation (58,67)

- Hospitalisation pour des raisons diagnostiques :
 - 1) Nécessité d'une observation prolongée du comportement du patient et de clarifier les discordances entre les plaintes du patient et celles de l'entourage
 - 2) Nécessité de faire la distinction dans la symptomatologie du patient de ce

qui relève d'un conflit situationnel ou intrapsychique

3) Nécessite d'examen complémentaires

- Hospitalisation pour des raisons thérapeutiques :

1) Mesure de soutien inefficace

2) Intensité du comportement agressif non gérable par l'entourage : risque suicidaire important

3) Nécessité d'un environnement contrôlé pour la mise en place d'une psychothérapie

4) Utilisation de médicaments potentiellement nocif et trop dangereux pour être utilisés en ambulatoire

5) Emploi de certaines techniques spécifiques ne pouvant être effectué en ambulatoire (ECT)

6) Nécessité de sevrage de drogues ou de médicaments

7) Surveillance de la compliance

- Hospitalisation pour des raisons humaines :

1) Retirer le patient d'un environnement délétère

2) Soulager les tensions intra familiales

3) Motiver le patient ou sa famille à faire les changements dans sa vie et à accepter une thérapie

4) Mettre en place une réhabilitation sociale

ETUDE DESCRIPTIVE DES PATIENTS HOSPITALISES EN URGENCE EN PSYCHIATRIE SUR LE POLE CENTRE ET EST VAUCLUSE

1) Objectif :

L'objectif principal est de décrire les principales caractéristiques cliniques et socio-démographiques des patients, ainsi que celles du psychiatre examinateur et l'offre de soin disponible, qui sont associées à une hospitalisation en urgence en psychiatrie.

2) Matériels et Méthodes

Étude épidémiologique, observationnelle, longitudinale menée sur une période de 3 mois au pôle psychiatrique centre est Vaucluse.

Tous les patients se présentant en consultation sur l'UAUP d'Avignon, Carpentras, Orange ou Cavaillon ainsi que sur l'unité d'accueil du pôle centre est Vaucluse de l'hôpital de Montfavet (PCEV) et ayant bénéficié d'une hospitalisation en urgence sur le PCEV ont été inclus. Étaient exclus les réadmissions dans un délai de 30 jours après une hospitalisation, les mineurs, les hospitalisations programmées, les consultations effectuées par l'équipe de psychiatrie de liaison ainsi que les transferts en D398. Les patients pour lesquels peu ou aucune information n'a pu être relevé ont été aussi exclus.

Au cours de ces consultations, étaient recueillis le motif de consultation, les caractéristiques socio démographiques du patient, les critères cliniques, les antécédents psychiatriques, le parcours de soins. L'ensemble des données a été recueillis de manière rétrospective, sur l'analyse des données informatiques médicales, paramédicales et administratives du service des urgences psychiatriques ainsi que des informations recueillies auprès des équipes du service d'hospitalisation accueillant le patient, constituées d'assistantes sociales, d'infirmières, et des médecins psychiatres d'unité. Parmi les données socio-démographiques, étaient relevés le sexe, le statut civil, la profession, l'étayage, le niveau d'éducation, le type d'hébergement. Étaient aussi notés le parcours psychiatrique avec les antécédents,

les symptômes présentés, l'arrivée aux urgences, la consultation psychiatrique, la présence de comorbidités psychiatriques, l'heure d'arrivée aux urgences.

Le motif de consultation était relevé dès l'arrivée du patient en consultation tel que idéations suicidaires ou tentative de suicide, dépression, angoisses ou anxiété, agitation, troubles du comportement, idées délirantes ou sevrage alcoolique.

A partir des observations, les caractéristiques cliniques de chaque patient ont pu être relevé et regroupé en syndrome selon les critères du Diagnostic and statistical manual 4^{ème} édition. Ainsi, en fonction des symptômes présentés, chaque patient a pu être classé dans un cadre nosologique tel que les troubles psychotiques, les troubles thymiques, les troubles anxieux, les troubles addictifs, les troubles de la personnalité ou les troubles de l'adaptation à un facteur de stress. La présence de plusieurs troubles associés chez un même patient a été définie par la notion de comorbidité.

Avec près de 30 000 passages par an et près de 80 patients par jour, le service des urgences générales de Carpentras accueille le tout venant en situation d'urgence ressentie, tant sur le plan physique que psychique. Chaque jour, ce service des urgences sollicite l'unité d'accueil des urgences psychiatriques (UAUP) pour des conseils de prise en charge. De plus il arrive que des patients se présentent spontanément en demande de consultation psychiatrique. Le secteur PCEV de l'hôpital de Montfavet se situe au sein du pôle santé de Carpentras et propose une offre de soin pour une population de 102000 habitants. Il dispose de 40 lits d'hospitalisation traditionnelle répartis sur 2 unités d'accueil crise, un secteur fermé composé de 20 lits, dont une chambre d'isolement et 1 chambre sécurisée, un secteur ouvert composé de 20 lits dont 4 lits médicalisés pour les personnes à mobilité réduite. Le dispositif de soins ambulatoires est constitué d'un hôpital de jour situé sur le pôle santé de Carpentras ainsi que d'un centre médico-psychologique et 4 hôpitaux de jour répartis dans la ville de Carpentras. Toute admission sur une unité d'accueil crise du PCEV doit au préalable être recensée au niveau de l'accueil de l'établissement psychiatrique. Le service des urgences psychiatriques est constitué de 3 infirmiers temps pleins, de 2 psychologues à mi-temps et de 2 médecins à temps partiel. Les horaires d'accueil sont de 9h00 à 18h00 du lundi au vendredi. En dehors de ces horaires, la permanence de soin est assurée par le psychiatre d'astreinte. Au cours de ces consultations d'urgence, l'entretien se

déroulait en binôme, avec un infirmier formé à la pratique psychiatrique et le médecin psychiatre. Le plus souvent, l'entretien se déroulait en 2 étapes, avec une première évaluation infirmière qui relevait le contexte et l'histoire de la maladie ainsi que les facteurs socio-démographiques et le mode de vie du patient. La seconde évaluation, médicale, statuait de la décision finale : hospitalisation ou retour à domicile avec une orientation vers les soins ambulatoires si nécessaire. Certains patients pouvaient bénéficier d'une consultation de post-urgence avec une infirmière du service et un médecin psychiatre en deuxième intention. Si besoin, une thérapie brève hebdomadaire de type psychodynamique peut être entreprise par un des 2 psychologues sur une période de 2 mois maximum.

Le nombre de places disponibles a été évalué en fonction du nombre d'hébergés pour le PCEV sur un autre pôle du centre hospitalier de Montfavet ou en fonction du nombre de lits de sureffectif sur les services d'accueil crise. Le nombre de lits de sureffectif toléré au sein du PCEV est de 4, soit 2 lits maximum de sureffectif par unité d'accueil crise.

Les résultats obtenus ont été analysés statistiquement à l'aide de l'analyse statistique du logiciel Excel.

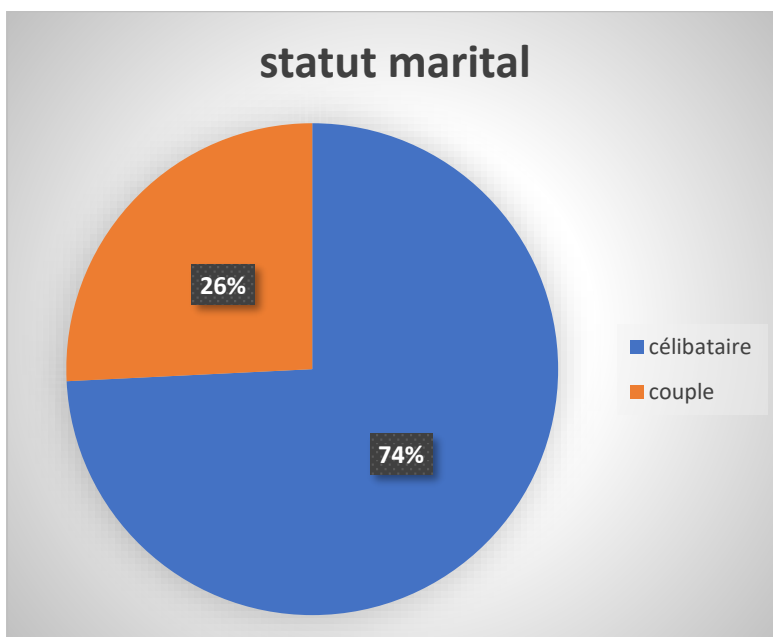
3) Résultats

Ainsi sur la période du 1^{er} mai 2018 au 31 juillet 2018, 787 patients ont bénéficié d'une consultation sur le secteur du PCEV, donc étaient potentiellement admissibles, soit une moyenne de 13 consultations par jour. 128 d'entre eux ont été hospitalisés donc inclus dans l'étude, soit une moyenne d'une hospitalisation par jour. La répartition selon le sexe était équilibrée puisque l'étude des patients inclus comptait 65 hommes et 63 femmes.

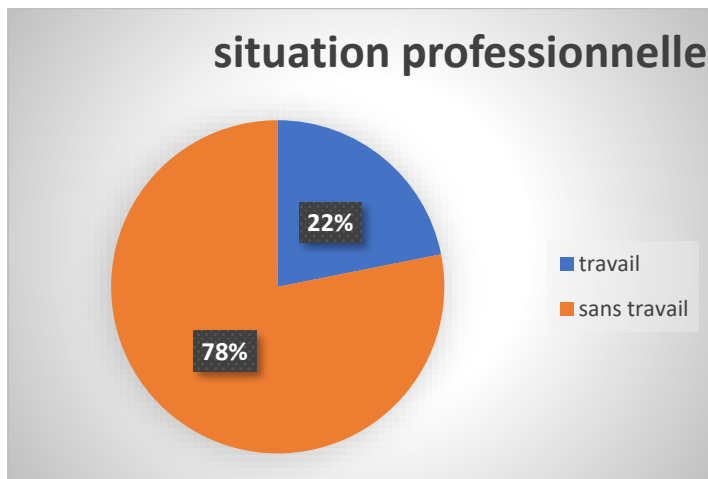


La moyenne d'âge était de 42 ans avec un écart allant de 18 ans à 81 ans avec 75 patients de plus de 42 ans et 53 patients de moins de 42 ans

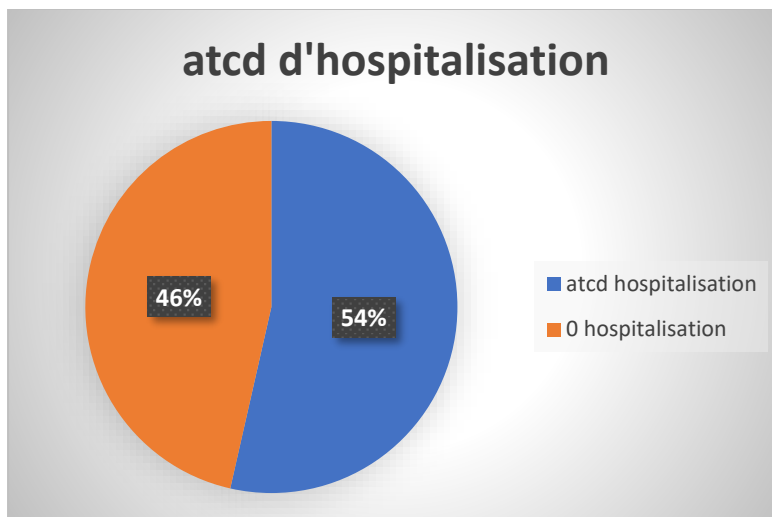
95 patients vivaient seuls alors que 33 étaient en couple. 68 patients se plaignaient de leur situation d'isolement (53%), sans relation familiale ou amicale de qualité.



Parmi ces patients, 28 d'entre eux avaient un emploi et 100 étaient sans activité.



83 patients avaient des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie (64%) dont 56 avaient des antécédents d'hospitalisation sous contrainte (44% des sujets inclus).



74 patients présentaient des antécédents de passage à l'acte auto ou hétéro agressifs connus au moment de l'évaluation soit 58% des cas.

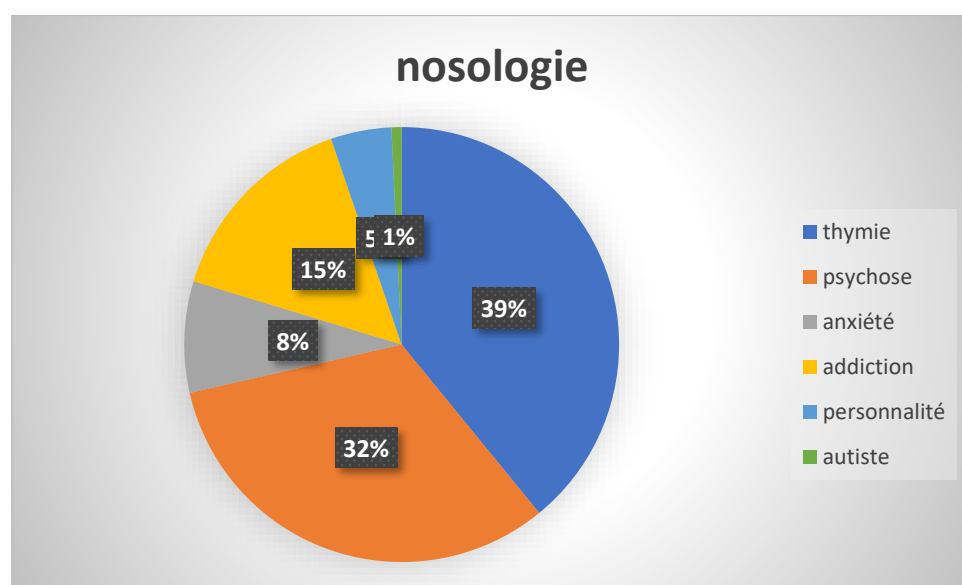
64 patients ont été amenés aux urgences par les services de l'ordre, 58 patients par les pompiers (45%) et 6 par les forces de l'ordre (police ou gendarmerie) (5%), 27 ont consulté grâce à l'intermédiaire d'un proche (21%) et 37 sont venus de leur propre chef (29%).

53 patients ont présenté des idées suicidaires (41%), dont 44 passages à l'acte référencés (34%) majoritairement à type d'intoxication médicamenteuse ou chimique volontaire.

52 patients présentaient un trouble de l'humeur (41%), de type épisode dépressif majeur ou syndrome maniaque. 43 patients présentaient un trouble du registre de la

psychose (34%). Ainsi 95 patients présentaient un trouble psychiatrique avéré au cours de la consultation psychiatrique en urgence justifiant une hospitalisation. 11 d'entre eux présentaient une réaction aiguë à un facteur de stress ou trouble de l'adaptation (9%). 20 patients présentaient une problématique addictive (16%), 1 patient a été admis pour des troubles du comportement dans un contexte de démence associée et un autre pour un état d'agitation/hétéro agressivité associé à un trouble du spectre autistique.

21 présentaient un trouble de la personnalité associé de type état limite ou personnalité antisocial (16%). 26 d'entre eux présentaient des comorbidités psychiatriques (20%).



Parmi les 128 patients hospitalisés, 72 ont intégré l'unité d'hospitalisation de leur plein gré (56%) et 56 l'ont été sous contrainte (44%). Parmi les 56 patients hospitalisés contre leur gré, 53 ont été jugé non apte à donner leur consentement du fait d'une capacité de jugement altérée.

Après un premier entretien infirmier, dans 16 cas, la durée de consultation médicale a été supérieure à 30 minutes, pour les autres, la consultation s'étalait de 10 à 30 minutes. Plus le patient était connu, plus la durée de consultation médicale était courte.

111 patients provenaient de leur domicile personnel ou familial, 10 venaient d'un logement collectif à type de maison de retraite ou foyer de vie et 7 étaient sans logement. Parmi les 7 patients sans domicile fixe, 4 ont trouvé une solution d'hébergement à l'issue de l'hospitalisation.

La majorité des hospitalisations se sont déroulées entre 12h et 20h avec 23 hospitalisations ont eu lieu entre 12h et 16h soit 18% des cas et 81 hospitalisations ont eu lieu entre 16h et 20h, soit 63% des cas. 21 patients ont été hospitalisé entre 20h et 4h00, soit 16% des cas. Et 3 patients ont été hospitalisé entre 4h et 12h, soit 2%.

Le PCEV a pu attribuer une place individuelle à 121 patients. 7 patients ont été hébergé par les services d'hospitalisation d'un autre pôle du centre hospitalier de Montfavet. Donc une offre de soins permettant de répondre aux besoins est fortement impliquée dans la décision d'hospitaliser un patient.

La durée moyenne de séjour était de 28 jours. 43 patients ont bénéficié d'une hospitalisation de courte durée c'est-à-dire inférieur à 7 jours soit 35% des cas.

Sur les 787 patients admissibles, 128 ont été hospitalisé donc 659 sont retournés au domicile avec ou sans les coordonnées de dispositifs de soins psychiatriques ambulatoires, que ce soit la psychiatrie de secteur assurée par le centre médico-psychologique ou des consultations post urgences assurées par l'accueil ou l'unité d'accueil des urgences psychiatriques. Les consultants pouvaient être aussi orienté vers des psychiatres ou psychologues exerçant en libéral ou des structures associatives spécialisées comme l'association d'aide aux victimes d'agression ou les centres de consultations addictologiques. Au cours de la période d'étude, parmi les patients s'étant présenté pour une consultation en urgence à l'UAUP et qui ont été réorienté vers les soins ambulatoire de secteur, seul 74 d'entre eux se sont présentés au CMP.

Au cours de cette étude, 4 patients ont été réadmis en hospitalisation. Un patient a été réadmis 4 fois pour des troubles du comportement dans le cadre d'une intoxication chronique à l'alcool. Un patient a été réadmis pour recrudescence anxio-délirante sur rupture thérapeutique. 2 patients ont été réadmis pour recrudescence anxieuse. Ces patients ont été inclus une seule fois dans l'étude afin de ne pas surestimer certains facteurs.

DISCUSSION

I) Interprétation des principaux résultats de l'étude et concordance avec les données actuelles

Selon notre étude, la décision d'hospitaliser un patient en psychiatrie dépend autant de la gravité et de l'intensité des signes cliniques présentés, que de son mode de vie, ainsi que de son accès soins et de l'offre de soins disponible.

Parmi les signes cliniques associés à une hospitalisation en urgence, on retrouve les idées suicidaires et tentatives de suicides, les états d'agitation, les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie et de passage à l'acte et la présence d'une décompensation psychiatrique avérée tel qu'un trouble de l'humeur ou un trouble du registre de la psychose.

Parmi les facteurs socio-démographiques, les personnes isolées sur le plan familial et social, avec un âge supérieur à 42 ans, sans activité professionnelle, ont d'avantages de chance de se faire admettre en urgence en psychiatrie. De manière générale, on remarque que les personnes en situation de précarité et issus de milieux défavorisés sont plus souvent hospitalisés.

L'accès aux soins et l'offre de soins sont aussi déterminants dans la décision d'hospitaliser un individu. Une demande initiale du patient, ainsi qu'une intervention des pompiers ou des forces de l'ordre sont associées à une hospitalisation en urgence. Dans notre étude, l'horaire de consultation, la durée de la consultation, le nombre de places disponibles sont fortement prédictifs d'une hospitalisation. La relation de transfert entre le psychiatre des urgences et le patient est aussi déterminante dans la prise en charge de l'urgence.

En revanche, un âge inférieur à 42 ans, l'existence d'une activité professionnelle, le mode de venue aux urgences, la présence d'idées suicidaires ou un passage à l'acte auto ou hétéro agressif ou le mode de vie, et les situations de crise ou troubles de l'adaptation à un facteur de stress ne sont pas forcément associés à une hospitalisation en urgence en psychiatrie et sont souvent réorientés vers un suivi ambulatoire. Ces résultats sont en accord avec ceux de la littérature.

Toutefois, nos résultats diffèrent de ceux de la littérature concernant les addictions et les troubles de la personnalité. Il s'agissait le plus souvent de comorbidités chez des patients déjà connus du secteur.

II) Les forces et limites de l'étude

Cette étude présente l'avantage d'être adaptée aux maladies fréquentes, d'étudier plusieurs facteurs et permet une évaluation précise de l'exposition ainsi que le calcul de la prévalence. Elle permet aussi l'étude de l'histoire de la maladie et de sa chronologie.

Elle présente toutefois quelques biais, notamment du fait d'un faible échantillon recueillis sur un seul lieu, ceci entraîne le risque de produire un effet centre. De plus le critère de jugement principal est un critère composite basé sur la présence ou non de plusieurs facteurs socio-démographiques et du parcours de soins du patient, il existe donc un risque de confusion lié à l'analyse de multiples facteurs. Ce type d'étude est de niveau 4 et de grade C donc de faible niveau de preuve scientifique. Une enquête cas-témoin ou une cohorte serait certes plus adaptée mais beaucoup plus longue et laborieuse à mettre en place, de plus elles impliqueraient des problèmes éthiques dans leur réalisation puisqu'elles entraîneraient une perte de chance pour une partie des patients. Cette étude ne s'est pas intéressée aux patients récurrents, gros consommateurs de soins. Les patients ayant eu trois admissions ou plus en service psychiatriques au cours des 12 derniers mois. Les gros utilisateurs étaient le plus souvent jeunes, célibataires, avec un trouble psychotique ou schizoaffectif, associée à une toxicomanie, recevant une pension d'invalidité, sans abri ou vivant en foyer. Ils étaient aussi susceptibles d'avoir connu des conflits avec des membres de la famille, ou d'avoir été victime de violence.

III) Liens entre psychiatrie et précarité

L'état de santé est la résultante de facteurs de risques et de facteurs de protection

Les facteurs de risques sont :

- l'environnement (tel l'isolement ou l'absence d'intimité ; milieu rural/milieu semi rural/milieu urbain)

-les facteurs socioéconomiques (absence d'emplois, emploi précaire, marginalisation, pauvreté, stress professionnel) la position qu'occupe un individu dans la société et les rôles attribués constituent des avantages ou des désavantages

-facteurs familiaux : mésentente, maladie/décès

-facteurs individuels : culture/religion/traits de personnalité

Il apparaît que les personnes issues d'un milieu défavorisé cumulent d'avantages de facteurs de risque : ils ont vécu plus d'évènements fragilisant dans leur enfance, ils vivent plus d'évènements négatifs et de difficultés persistantes que les autres et ces évènements ont un impact plus négatif. L'absence de travail et le chômage entraînent d'eux même l'exposition à de nombreux facteurs de stress dont la précarité matérielle et la baisse d'estime de soi qui ont été mis en relation avec la survenue de problèmes de santé mentale. De plus les facteurs protecteurs semblent moins présents : le soutien social et le nombre de relations intimes positives seraient moins nombreux tandis que les mécanismes de défense utilisés seraient moins efficaces car fondés sur la résignation et le déni plus que sur la maîtrise de la situation.

Selon la théorie du changement de Holmes et Rahe, l'organisme est soumis aux changements de l'environnement auxquels il s'adapte physiquement et psychologiquement. Si les phénomènes de stress sont répétés ou prolongés, ils peuvent aboutir à des altérations des systèmes d'adaptation et produire différentes sortes de maladies. L'accès aux soins est aussi un facteur qui participe à la santé. L'attitude vis-à-vis du système de soins est un facteur important, car elle conditionne le recours à ce système à bon escient, dans l'anticipation ou trop tard. Cette attitude est façonnée par l'éducation et la personnalité. Or l'attitude face au système de soins est décisive à toutes les étapes : reconnaissance d'un symptôme « anormal », questionnement quant à son origine médicale, confiance dans les personnes qui pratiquent les soins, connaissance des lieux où s'adresser et le support financier par le biais de soins gratuits ou remboursés.

L'accès aux soins est variable selon de nombreux facteurs personnels et sociologiques. Il implique une prise de conscience d'une souffrance. La conscience de ressentir une forme de souffrance de type « maladie » ou même d'avoir « un problème de santé mentale » est variable suivant les classes sociales. Selon

certaines études, les individus de milieu défavorisé ont plus de difficultés à percevoir et à exprimer leur souffrance que ceux des milieux favorisés. L'attitude par rapport au système de soins est aussi variable suivant la classe sociale. Enfin l'accès aux soins est moins bon et l'absence de traitement adéquate augmente la chronicité des problèmes et donc leur prévalence. La protection sociale, c'est-à-dire l'accès aux soins gratuits ou remboursés tant pour les consultations que les médicaments est aussi importante. De plus, nombreuses sont les personnes qui pensent que les troubles de santé mentale sont incurables ou qu'ils s'améliorent d'eux même avec le temps. Peu admettent que ces troubles peuvent se soigner. Il existe une réticence des patients à être traité ou « shooter » par des médicaments. Certaines études ont montré que les maladies mentales sont plus fréquentes en milieu défavorisé et qu'elles y sont plus sévères. En effet, l'appartenance à une classe sociale défavorisée engendre la présence de plus de facteurs de risque (« de stress ») qui augmente la probabilité de survenue de troubles mentaux. De plus les maladies mentales entraînent une chute dans l'échelle sociale.

De plus, les patients ne sont pas traités à la même enseigne suivant leur appartenance sociale : ainsi pour un même trouble (névrose ou dépression), les patients des milieux aisés sont traités par des psychiatres privées ou en clinique privée, tandis que les patients des milieux défavorisés sont pris en charge dans les hôpitaux publics. Le traitement aussi est différent suivant la classe sociale : les patients des classes privilégiées suivent des psychothérapies individuelles, tandis que les patients des milieux défavorisés bénéficient plutôt de soins basés sur les médicaments ou sur une hospitalisation de type « gardiennage », et suivent plutôt des psychothérapies de groupe. On estime que les patients des milieux défavorisés sont moins ouverts à la verbalisation de leur émotion. De plus, les patients des milieux défavorisés ont une demande de traitement bref basé sur le médical et les médicaments alors que les patients de milieux favorisés recherchent un traitement durable pour un résultat à long terme. L'adhésion et l'implication dans les soins est de meilleure qualité et mieux tolérée à long terme dans les milieux favorisés alors qu'il est souvent observé un taux d'abandon élevé aux soins parmi les classes défavorisées.

IV) De nouvelles pistes à explorer

La précarité est un état de fragilité et d'instabilité sociale, dont l'avenir, la durée ne sont pas définis et qui risque, s'il se prolonge, de faire glisser ceux qui l'affecte vers l'exclusion.

Il est connu qu'un bon diagnostic conduit à une bonne thérapeutique qui entraîne un meilleur pronostic. Aux urgences en psychiatrie, il est difficile de mettre un diagnostic précis sur une consultation. De plus, de nouveaux troubles mentaux apparaissent du fait de l'évolution de la société. La psychiatrie d'urgence ne se limite plus à la crise suicidaire, à la bouffée délirante ou à l'agitation maniaque, elle s'étend aussi aux difficultés liées aux souffrances sociales.

Le but de définir les populations ayant recours au service des urgences et qui sont hospitalisés est de réfléchir à une meilleure prise en charge, d'établir de meilleurs moyens de prévention et d'explorer les alternatives à l'hospitalisation. Toute décision d'hospitaliser repose sur le rapport bénéfices/risques.

Si la précarité est associée à un risque majoré d'hospitalisation. On peut penser que les moyens de prévention d'une hospitalisation passent par la lutte de la précarité. Il serait intéressant d'étudier l'impact des services d'accompagnement type empowerment / resocialisation / réhabilitation / Housing first / working first dans la prévention de l'hospitalisation en psychiatrie chez les personnes fragiles.

De plus, on peut noter un manque d'information et de prévention dans le secteur de la psychiatrie. Ainsi une meilleure information sur les troubles psychiques et leurs prises en charge permettrait un accès précoce aux soins et éviterait une situation d'urgence menant à la psychiatrie.

CONCLUSION

Les données de la littérature sur les critères d'hospitalisations en urgence en psychiatrie sont certes abondantes sur le plan international mais assez peu nombreuses au niveau français. De plus, ces données sont anciennes.

Devant une file active toujours croissante aux urgences psychiatriques et une réduction du nombre de lits en psychiatrie, il appartient au psychiatre de s'adapter au mieux aux situations qui se présentent à lui et d'y répondre de manière adaptée en fonction des moyens dont il dispose. Une des caractéristiques principales de l'urgence psychiatrique est son polymorphisme : de la décompensation d'une pathologie psychiatrique avérée aux états aigus de stress transitoires et situations de crise relationnelle. Ainsi aux urgences le psychiatre a plus un rôle de tri et d'orientation que celui de psychothérapeute. Il dispose de deux options possibles : l'hospitalisation ou un retour à domicile avec un suivi ambulatoire.

Le psychiatre devra évaluer la personne autant que la maladie et son contexte spécifique d'apparition, son vécu subjectif, tenir compte des conditions de vie et des ressources du patient.

La décision d'hospitaliser ne repose pas uniquement sur les critères cliniques présentés par le patient. Le contexte psycho-social du patient influe aussi sur la décision d'hospitaliser ou pas. L'hospitalisation en urgence dépend également de facteurs imputables au psychiatre. L'offre de soins semble également influencer sur la prise en charge proposée aux urgences psychiatriques.

Les principaux symptômes associés à une hospitalisation sont les idées suicidaires, les états d'agitation, les états mélancoliques et délirant. L'intensité et la dangerosité de ces signes influent sur la décision d'hospitaliser. De plus, la majorité des patients hospitalisés présentent des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie. Une partie des personnes hospitalisées en urgence en psychiatrie, le sont à leur demande.

Des facteurs d'ordre sociaux peuvent être impliqués dans la décision d'hospitaliser. La plupart des individus hospitalisés, sont célibataires et isolés, sans emploi. L'âge moyen est d'environ 40 ans. De manière générale, on remarque que les personnes

en situation de précarité et issus de milieux défavorisés sont plus souvent hospitalisés.

Le facteur imputable au praticien est essentiellement son expérience et la relation transférentielle qui s'établit entre les 2 protagonistes. Une attention particulière devrait être accordée au contexte familial des patients, en raison de son rôle crucial dans les soins et dans le déclenchement d'évènement conduisant à une ré hospitalisation.

De plus, il semble exister une certaine population de gros utilisateurs de soins hospitaliers en psychiatrie. Cette population est majoritairement jeune, isolée, célibataires, avec un trouble psychotique ou schizoaffectif, associée à une toxicomanie, et en marge de la société. Ces gros utilisateurs de soins devraient être identifiés afin de leur offrir des services alternatifs, qui répondent mieux à leurs besoins et empêchent un usage intensif de services coûteux.

La réponse devra être au mieux adapté à la problématique présentée. Il appartient au psychiatre de ne pas médicaliser de manière excessive l'état de souffrance du patient, de ne céder à la facilité de l'hospitalocentrisme qui sera une solution à court terme, masquant la nature réelle du problème. Si l'hospitalisation en urgence en psychiatrie présente certains avantages à court terme comme la soustraction à un milieu délétère et une mise en sécurité, elle peut toutefois présenter des inconvénients à moyen et long terme avec un risque de chronicité et les conséquences qui en découlent provoqué par l'apprentissage d'une solution unique en cas de crise. Le praticien se doit de respecter un des grands principes fondamentaux de la médecine qui est de **soigner mais avant tout, ne pas nuire.**

ANNEXES

Questionnaire

I) Par rapport au psychiatre

Expérience du psychiatre :

Âge -années de psychiatrie

Grade : PU-PH-CCA-interne (psychiatre ou médecine générale)

Expérience aux urgences psychiatriques : garde ou à plein temps, ...

Ressenti vis-à-vis du patient : neutre, empathique, réfractaire

Connaissance des structures extrahospitalières et leur champ d'action : CMP-HDJ-CATTP-équipe de crise ULICE-CACC-équipe de liaison

Votre décision d'hospitaliser le patient repose t'elle sur les simples arguments cliniques ?

II) Par rapport au patient

Caractéristiques démographiques

ATCD psychiatrique et ATCD d'hospitalisation

Traitement (actuelle ou en rupture)

Suivi (qui/ou/quand/comment/pourquoi ?)

Adhésion aux soins : SL-SDT(u)-SPI-SDRE-D398

Étayage social et familial (qui ? +++ situation familiale)

Condition sociale

ATCD judiciaire ou incarcération

Capacité d'élaboration/d'adaptation/d'introspection/d'autocritique/niveau intellectuelle

ATCD de passage à l'acte auto/hétéro agressif

Mode d'arrivée aux urgences : seul ou accompagné (et par qui ? Famille/amis/forces de l'ordre/services sociaux) directe ou via autre service de médecine (SAUT/médecine de ville : généraliste ou psychiatre)

L'entourage a-t-il influencé la décision de prise en charge

Les symptômes présentés (diagnostic déjà posé ou suspecté) : troubles anxieux-
psychotique-thymique -du comportement -des conduites instinctuelles-de la
personnalité -conduites addictives

État somatique

III) Par rapport à la structure /cadre hospitalier

Nombre de places disponibles en intra hospitalier

Période d'observation sur les urgences

Hospitalisation en public ou privée

Heure et durée de la consultation

La décision d'hospitaliser le patient ou pas, a-t-elle été discuté en équipe ?

Vous êtes-vous questionné sur la possibilité d'une alternative à l'hospitalisation ?

Qu'est-ce qu'une hospitalisation apporterait de plus par rapport à une prise en
charge ambulatoire ?

Colonne1	Colonne2	Colonne3
caractéristiques socio démographiques		
sexe		
homme	65	51%
femme	63	49%
statut marital		
en couple	33	26%
celibataire	95	74%
statut professionnel		
travail	28	22%
sans emploi	100	78%
étayage		
isolement social et familial	63	49%
étayage social et familial	65	51%
atcd d'hospitalisation		
oui	83	65%
non	45	35%
atcd de contrainte		
oui	56	44%
non	72	56%
atcd de PAA		
oui	74	57%
non	54	43%
accompagnement		
seul	37	29%
famille ou amis	27	21%
pompiers/samu	58	45%
police	6	5%
capacité de jugement		
oui	74	57%
non	54	43%
contrainte		
oui	57	45%
non	71	55%
trouble psychiatrique principal		
addiction	20	15%
troubles psychotique	43	34%
troubles de l'humeur	52	41%
troubles anxieux	11	9%
autres:SPCD	2	1%
troubles de la personnalité associé		
oui	21	16%
non	107	84%
logement		
personnel	111	87%
foyer	10	8%
sans domicile fixe	7	5%
auto ou hétéro-agressivité		
oui	52	41%
non	76	59%
durée de consultation		
<30	15	12%
>30	113	88%
durée hospitalisation		
<7j	43	34%
>7j	85	66%

1) Expérience de Rosenhan

En 1973, David Rosenhan, psychologue américain, mena une expérience pour pointer du doigt le caractère subjectif et le manque de fiabilité des diagnostics psychiatriques.

La première phase de l'expérience a consisté à envoyer des personnes en bonne santé, sans antécédents psychiatriques, dans 12 hôpitaux psychiatriques différents réparties dans 5 états différents des Etats-Unis. Ces faux patients, 8 au total (1 étudiant en psychologie, 3 psychologues, un pédiatre, un psychiatre, un peintre et une femme au foyer), ont simulé des hallucinations auditives pour se faire admettre en institut psychiatrique. Ils ont été internés et reconnus souffrants de troubles mentaux.

Une fois admis, ils devaient se comporter normalement et déclarer être guéris. Toutefois, tant que le personnel soignant émettait des doutes sur leur état de santé, ces gens devaient rester hospitalisés et tous ces faux patients ont été assimilés à de vrais malades. Les durées d'hospitalisation variaient de 7 à 52 jours, avec une durée moyenne de séjour de 19 jours.

Chaque pseudo-patient prenait des notes sur les comportements du personnel et des autres patients. Malgré cela, aucun membre du personnel n'a soupçonné l'imposture, contrairement aux autres patients qui ont identifié les imposteurs. Contrairement au personnel soignant, 35 des 118 patients côtoyés ont exprimé des doutes sur la bonne santé des sujets faux malade, certains ont même suggéré qu'ils pouvaient être des chercheurs ou des journalistes enquêtant sur l'hôpital.

Chaque comportement d'un des pseudo-patient, comme la prise de note, était considéré par les soignants comme une manifestation de la maladie mentale.

Il était prévu que les patients sortent de l'hôpital de leurs propres moyens après une courte période d'observation. Mais ces faux-patients n'ont pu obtenir leur libération qu'à moins d'accepter le diagnostic du psychiatre, de reconnaître être mentalement malade et prendre le traitement psychotrope. Certains d'entre eux ont dû avoir recours à un avocat pour obtenir leur libération.

Cette expérience a aussi dénoncé certains comportements néfastes de l'équipe soignante envers les malades avec une déshumanisation à l'égard de ceux-ci et une

invasion de leur vie privée, tels que la fouille des objets personnels, des propos inadaptés en présence des patients.

Sur une semaine, le temps de contact moyen avec le médecin était de 6,8 minutes par jour.

A leur sortie, ces pseudo-patients ont tous été diagnostiqué schizophrène en rémission.

L'affaire a été médiatisée et soulevée de nombreuses questions sur l'aptitude de l'institution psychiatrique à évaluer/diagnostiquer et donc à soigner les patients.

À la suite de cette affaire, un hôpital psychiatrique universitaire reconnu, s'est offusqué et a mis Rosenhan au défi de recommencer son expérience pendant 3 mois et s'est engagé à démasquer tous les imposteurs. Rosenhan accepta.

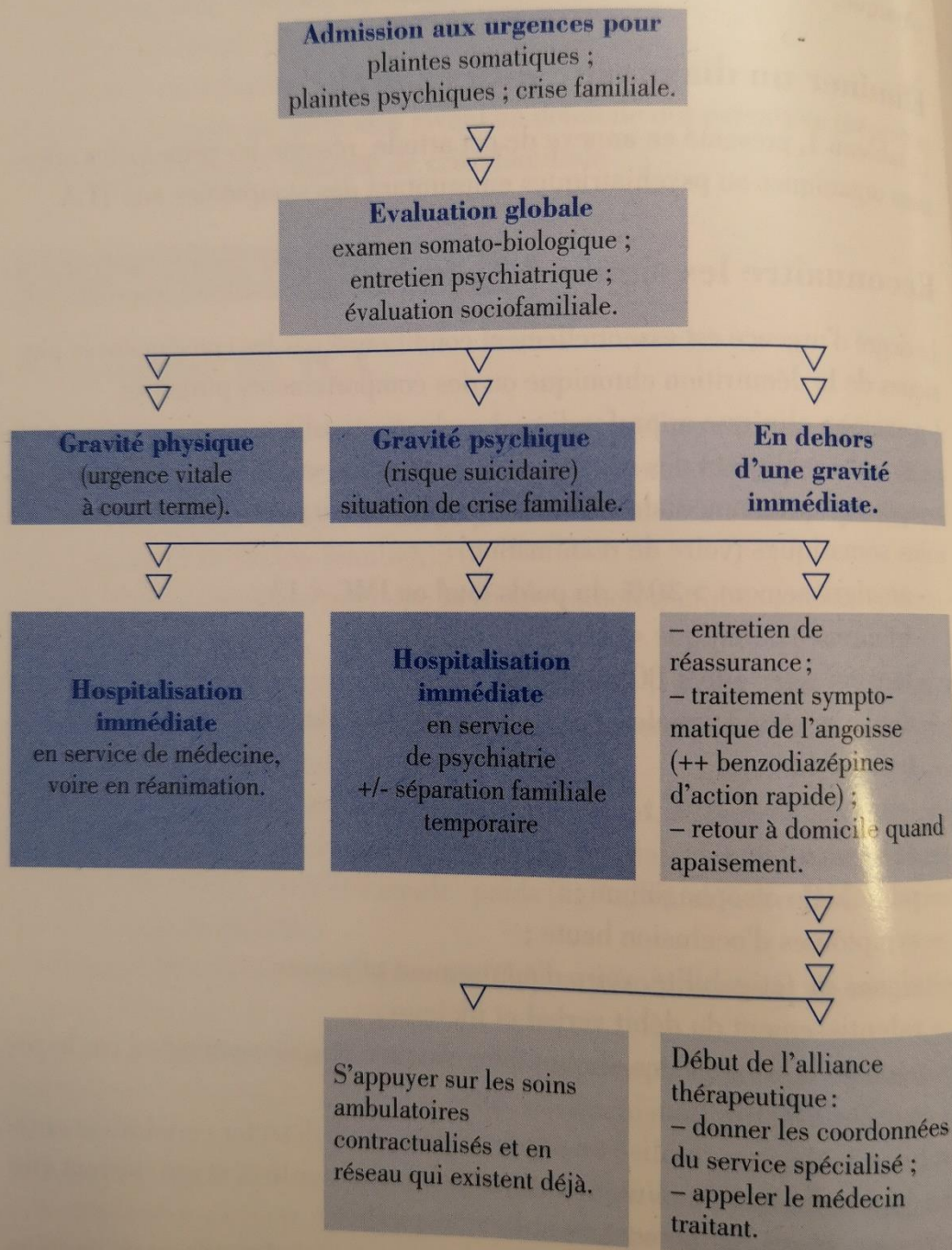
Au bout de 3 mois, sur 193 patients, 41 ont été considérés/diagnostiqués comme imposteurs et 42 ont été suspectés de jouer la comédie. Donc 83 patients sur 193, soit 40% des admissions sur 3 mois ont été jugé non malades mais individus simulant un trouble mental.

Le centre universitaire psychiatrique revient vers Rosenhan pour lui faire part de ses résultats. Le problème est qu'au cours de ces 3 mois, le Dr Rosenhan n'a envoyé aucun pseudo-patient et que tous les individus reçus au cours de ces 3 mois et suspectés de jouer la comédie étaient probablement d'authentiques patients.

La conclusion de l'expérience est que « tout procédé de diagnostic qui se prête trop facilement à des erreurs massives de ce genre ne peut être fiable », en outre, « la trop grande part de subjectivité dans certains diagnostics psychiatriques ne peut en faire une science exacte ». (65)

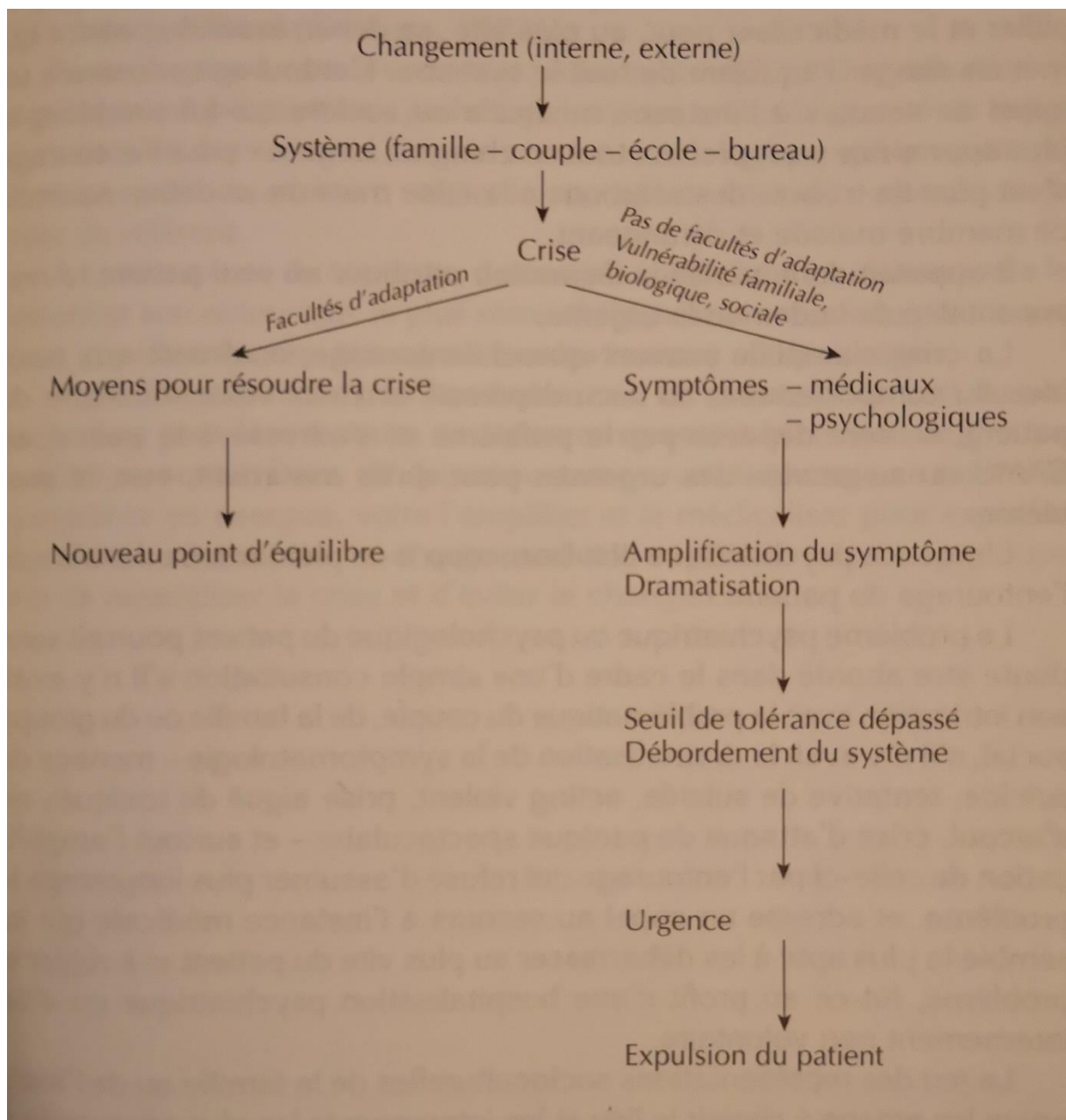
Conduite thérapeutique

Arbre décisionnel



l'essentiel

« Arbre décisionnel de la prise en charge en urgence en psychiatrie » : VENISSE JL, GRALL-BONNEC M, VERGNAUD D, OULD-AOUDIA V. La psychiatrie en urgence ; 2006 :p148



« De la crise à l'urgence psychiatrique » : DE CLERQ M. urgences psychiatriques et interventions de crise. Paris, Bruxelles : de Boeck université ; 1997

BIBLIOGRAPHIE

- 1) ADES J les conduites agressives en psychiatrie, psynergie, 1990;2-5
- 2) AFTAB A, SHAH AA ; Behavioral emergencies : spécial considérations in the géiatric psychiatic patient ; psychiatric clin north am ; septembre 2017 40(3) ; 449-462
- 3) ANDREOLLI A, LALIVE J, GARRONE G – crise et intervention de crise en psychiatrie. Simep, 1986)
- 4) AUBRY Jean Michel. <https://www.hug-ge.ch>hopital-jour>
- 5) ATIH « chiffres clés de l'hospitalisation ». www.atih.santé.fr
- 6) BARTHELEMY Claude, dans « urgence de l'urgence » l'information psychiatrique vol 82, n°7, septembre 2006 553-555
- 7) BIANCONISO B, VANNI A, MARMAI L, ZOTOS S, PERON L, MARANGONI C, MAGRI V, GRASSI L ; factors related to admission of psychiatric patients to medical wards from the general hospital emergency department : a 3 year studyof urgent psychiatric consultations ; international journal psychiatry med 2009 ; 39 : p 133-46
- 8) BELLIARD E, l'hôpital psychiatrique après 25ans de sectorisation, psychiatrie et santé mentale- cahiers statistiques – solidarité santé, 1990 ; 17 : 56-66)
- 9) BERNADO et FORCHUCK « factors associated with réadmission to psychiatric facility » psychiatric serv, 2001 ;52 :p1100-2
- 10)BOULLOUDNINE S « ULICE, un jazz-band d'intervention de crise » santé mentale, n°204, janvier 2016 : p 36-41
- 11)BRAKOUILLAS V, MANDALI R, SEYMOUR J, SAMMUT P, STARCEVIC V characteristics of admissions to a recently opened psychiatric emergency care : ; australas psychiatry ; aout 2010 18(4) ; 326-9)
- 12) BRESLOW RE, KLINGER BI, ERICKSON BJ. « crisis hospitalization on a psychiatric emergencyservice. » Gen Hosp Psychiatry 1993 ; 15 : p 307-315
- 13)CHAUVIN C, BOULLOUDNINE S. « mais que fait ulice ? analyse de l'activité d'une équipe d'intervention de crise à Marseille et de la satisfaction de ses usagers et de leur entourage » thèse de médecine, Marseille, 2013
- 14)CHRETIEN P, CAILLET P, BOUAZZAOUI F, KALADJAN A, YOUNES N, SANCHEZ S ; l'orientation des patients souffrant de troubles dépressifs vers les urgences psychiatriques d'un médecin généraliste est-elle associée à la décision d'hospitalisation ? ; encéphale mars 2018, 7006(18) ; 30027-30037)

- 15)CHRISTIE WR, the moment of admission ; 1985 ; p : 411-21
- 16)CLOUTIER F, « la notion de santé mentale : explication et critique » ; 1994
- 17)COHEN.L - psychiatric hospitalisation as an experience of trauma, 1194 p78-81
- 18)COLDEFY M, LE FUR Ph, LUCAS-GABRIELLI V, MOUSQUES J, « une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale ». pratiques et organisation des soins 2009, vol 40 : p 197-206
- 19)COLDEFY M, NESTRIGUE C, « la variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011 ». Questions d'économie de la santé février 2015; n°206
- 20)COLOMBARD R, ZANOTTI N, MANGO F. « plaquette présentation CACC », [www.ch-valvert.fr>presentation](http://www.ch-valvert.fr/presentation)
- 21)COUSIN F.R, « la conduite d'agression ». La psychiatrie en urgence ; 2006 p 95-98
- 22) DE CLERQ, HERBAUX, l'infirmière psychiatrique : urgente nécessité dans un service des urgences. Hop belge,1,204,535, 1991
- 23)DE CLERQ M., HOYOIS Ph, BRUSSELMANS M., HEYMANS JP, VERREYKEN P. « assessment of outcome after two years of crisis interventions in the emergency service of a general hospital »
- 24)DE CLERQ M., L. CASSIERS « le travail de la crise à l'épreuve de l'urgence » article de psychiatrie belge, 1990 ; 81-99
- 25) DE CLERQ, FERRAND, ANDREOLLI. Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences, encyclopedie médico-chirurgicale, 37-678-A-10,1996
- 26)DE CLERQ M., HOYOIS Ph, BRUSSELMANS M., HEYMANS JP, GOFFINET S., ANDREOLLI A. « quels outils pour une évaluation qualitative et quantitative du devenir des urgences psychiatriques ? »
- 27)DE CLERQ M. urgences psychiatriques et interventions de crise. Paris, Bruxelles : de Boeck université ; 1997
- 28)DE CLERQ M. – urgences psychiatriques et politiques de santé mentale : une perspective internationale- masson 1998 p 3
- 29)DE JONG MH, OORSCHOT M, KAMPERMANN AM, BRUSSAEDR PE, KNIJFF EM, VAN DE SANDE R, VAN GOOL AR, MULDER CL : crucial factors preceding compulsory psychiatric admission : a qualitative patient- record study ; BMC psychiatry ; Oct 201 ; 17(1) :350

- 30) DELANNEY, ROGERS, PERRAUD -psychiatric hospitalization and process description : what will nursing add ? Journal of psychosocial nursing, 2000 ; 38(3) : p7-13
- 31)DE ROGATIS LR, « a self-report symptom inventory », behav sci1974, 19 : p 1-15
- 32)EVENSON R, WAITE J, HOLLAND R, comprehensive psychiatry, 1983 ; 24 :p90-93
- 33)FERRAND I « psychiatrie aux urgences d'un hopital général. Quelles difficultés ? l'information psychiatrique, 72,5, 1996 p 451-453
- 34)FLYNN et HENISZ « criteria for psychiatric hospitalisation », behavior research methods and instrumentation 1981 ; 13(4): p 629-636
- 35) GEORGE L./DURBIN J./SHELDON T.(patient and contextual factors related to the decision to hospitalize patients from emergency psychiatric services) en 2002
- 36)GERSON et BASSUK « psychiatric emergencies, an overview » 1980,
- 37)GLASER C CANEIL O GOZLAN G – case management en psychiatrie : vers des pratiques professionnelles intégrées ; l'information psychiatrique 2016 ;92 : p539-45
- 38)GUERIN Paul « l'évaluation des psychothérapies dans la pratique clinique »
- 39) GUIDE DE L'URGENCE SOCIALE, 9^{ème} édition, www.marseille.fr
- 40) GUZZETA F P SANTONE G PICARDI A MIGLIO R BRACCO R NORCIO B DE GIROLAMO G, GROUPE PROGRES ACUTE ; first ever admitted psychiatric inpatients in italy : clinical characteristics and reasons contriuting to admission : findings from a national survey ; psychiatry research 2010 ; 176 : p 62-8
- 41)HAMILTON « a rating scale for depression »1960, 23 : 56-62
- 42)HEMMI F, VEDIE C, POINSO F, KATZ G , « Évaluation psychiatrique d'une urgence sociale » quelles évaluations pour les urgences psychiatriques janvier 1992 ; p 386-390
- 43)HENRY JM, BOYER L, BELZEAUX R, SAMUELIAN JC ; troubles mentaux chez les sans abris admis dans un service d'urgence francais ; psychiatrie serv mars 2010 ; 61(3) ; 264-71)
- 44)HEPP U et STULZ N « home treatment for people with acute mental illnesses » nervenarzt 2017
- 45)HOCINI F « le repli » la psychiatrie en urgence, 2006 :p 126-129

- 46)HOEK MH, BRAAM AW évaluation of referral and intervention patterns at the psychiatric emergency service, utrecht 2009-2015; tijdschr psychiatry ; 2017 ; 59(7) ; 396-405
- 47)JEHEL louis, « les outils d'évaluation » la psychiatrie en urgence 2006, p57-62
- 48)JOHNSON S, LAMB D, MARSTON L, OSBORN D, MASON O, HENDERSON C, AMBLER G, MILTON A, DAVIDSON M, CHRISTOFOROU M, SULLIVAN S, HUNTER, HINDLE, PATERSON, LEVERTON, LLOYD EVANS, EKLLY GOATER MOSSE FORSYTH LEAN PILLING MORANT PIOTROWSKI - peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team : a randomised controlled trial ; lancet 2018 ; 392 : p 409-18
- 49)KANNAS S – le projet ERIC – résonnances jan 1991 ;1 : p43-4
- 50)KENT S, FOGARTY M, YELLOWLEES P ; A review of studies of heavy users of psychiatric services ; psychiatry serv decembre 1995 ; 46 : p1247-53
- 51)KENT S YELLOWLEES P – the relationship between social factors and frequent use of psychiatric services ; australian NZ Journal of Psychiatry septembre 1995 ;29 : p 403-8
- 52)LASSERRE H. comprendre la psychiatrie des urgences
- 53)LEGERON patrick, psychiatrie des urgences, 2006 p153-157
- 54)LIVRET D'ACCUEIL DES ETUDIANTS EN SOINS INFIRMIERS AU POLE CENTRE ET EST VAUCLUSE. Référence GRH-SN-G-0034-V2, avril 2017 ; p :28-31
- 55)MARSHALL M, LOCKWOOD A, « assertive community treatment for people with severe mental disorders- cochrane database system review 2011
- 56)MARSON DC, MCGOVERN MP, POMP hc ; « psychiatric decision making in the emergency room : a reseach overview », american journal psychiatry 1988 ;145 : p 918-25
- 57)MATTIONI T, DI LALLO D, ROBERTI R, MICELI M, STEFANI M, MACI C, PERUCCI CA ; déterminants of psychiatric inpatient admission to general hospital psychiatric wards : an epidemiological study in a region of central italy ; soc psychiatry épidémiologia 1999 ; 34 ; p 425-31
- 58)MAXMEN J, TUCKER G « the admission process », the journal of nervous and mental disease, Mai 1973 ; 156 : p327-40
- 59)MENDZA R. « crise et culture » santé mentale, janvier 2016, n°204 : p41-45
- 60)MONTEMAGNI C, FRIERI T, VILLARI V, ROCCA P associations between functional milestones and psychiatric admissions in an urban area : utility of a cluster-analytical approach ;; psychiatr Danube ; juin 2018, vol 30(2) ;207-215

- 61) MONTGOMERY et ASBERG « a new depression scale designed to be sensitive to change » journal of psychiatry 1979, 134 : p 382-389
- 62) MORLINO M, SANTONE G, CALENTO A, SCHIAVONE V, PICARDI A, DE GIROLAMO G, GROUPE PROGRES-ACUTE ; use of psychiatric inpatient service by heavy users : findings from a national survey in Italy ; Eur psychiatry ; may 2011 ; 26 : p252-9
- 63) MORRISON the psychological impact of psychiatric admission : some preliminary findings, 1999 ; 187 p 250-3
- 64) MULDER CL, KOOPMANS GT, LYONS JS determinants of indicated versus actual level of care in psychiatric emergency services, , psychiatr serv 2005, 56 -4 ; 452-7
- 65) NOROTTE C, OMNES C, CROZIER C, VERLICK C,- crisis unit at the general hospital determinants of further hospitalization- encéphale 2017-43(5) : 444-450
- 66) NOROTTE C, « l'hospitalisation psychiatrique de courte durée aux urgences d'un hôpital général : une étude rétrospective sur les facteurs prédictifs d'orientation à l'issue de la prise en charge ». thèse soutenue le 24 juin 2016
- 67) OHL Christelle – La place de l'hospitalisation en psychiatrie - 2004
- 68) OLSON « family adaptability and cohesion evaluation scale » 1985
- 69) PARIZOT Suzanne « la plainte dépressive ». la psychiatrie en urgence, 2006 p115-19
- 70) PATTERSON - échelle Sad Persons Scale - en 1983
- 71) PELISSOLO A, RAFFRAY T, MARCHAND F « troubles du sommeil » la psychiatrie en urgence ; 2006 : p 157-161
- 72) PICHENE C, « les idées délirantes ». la psychiatrie des urgences ; 2006 : p 130-133
- 73) PRETI A, RUCCI P, SANTONE G, PICARDI A, MIGLIO R, BRACCO R, NORCIO B, DE GIROLAMO G ; patterns of admission to acute psychiatric inpatient facilities : a national survey in Italy ; psychology medicine 2009 ; 39 : p485-96
- 74) PTOLOMUS T, « l'expérience de Rosenhan ». <https://twog-fr.cdn.ampproject.org/v/twog.fr/l'experiencederosenhan>
- 75) QUENARD O et J-C ROLLAND suicides et conduites suicidaire Masson 1981
- 76) QIAN J, WITTAYANUKORN S, HANSEN R : patterns of psychiatric emergency department utilization among community-dwelling medicare beneficiaries

- ficiaries under 65, psycho serv aout 2017 14(3) ; 387-396
- 77) RAUZY A « urgence de l'urgence », l'information psychiatrique 2006 ; 82 : p 553-555
 - 78) RIBSTEIN et al Statuts et fonctions de la crise en psychopathologie. L'information psychiatrique 1981
 - 79) RICHARD-LE POURRIEL H, WEBER K, BAERTSCHI M, DIGIORGIO S, SARASIN F, CANUTO A predictors of recurrent use of psychiatric emergency services ;; psychiatr Serv MAI 2015 ; 66(5) ; 521-526
 - 80) ROBIN M, « la crise familiale ou groupale ». la psychiatrie des urgences ; 2006 : p 99-103
 - 81) ROBIN M, POCHARD F., MAURIAC F, WADDINGTON A, KANNAS S, KOVESS V « urgences psychiatriques : doit-on aller sur le lieu de leur émergence », l'information psychiatrique, 1996, 72, 5, p458-462
 - 82) ROGER M, GRANDCHAMP G ; « l'urgence psychiatrique au quotidien de la pratique » 1990
 - 83) ROICK C GARTNER A HEIDER D ANGERMEYER MC - heavy users of psychiatric care ; psychiatry prax octobre 2002 ;29 : p 334-42
 - 84) SALLES J, CALONGE J, FRANCHITTO N, BOUGON E, SCHMITT L Facteurs associés à l'hospitalisation après une auto-intoxication en France : un accent particulier sur l'impact du trouble de la consommation d'alcool :: BMC psychiatry 2018 ; 287(1))
 - 85) SAND S, ELSOM S GERDTZ M KHAW D ; facteurs de risque de violences liés à la santé mentale : utilisation de preuves pour orienter la prise en charge en matière de triage en santé mentale ; ; journal psychiatr ment health nurse 2012 ;19(8) ; 690-701
 - 86) SAPOUNA L, HERRMANN P, knowledge in mental health : reclaiming the social, Nova publishers, 2006, p 69-73
 - 87) SCHMOLL S, BOYER L, HENRY JM, BELZEAUX R ; visiteurs fréquents aux services d'urgences psychiatriques : analyses démographiques et cliniques ;

encéphale avril 2015 ; 41(2) ; 123-129

- 88) SCHNYDER U, VALACH Ladislav et HEIM Edgar « coping and the décision to hospitalize in emergency psychiatry » gen hosp psychiatry. Sept 1995, 17 (5) ; p 362-70
- 89) SCHWAN R, « le mésusage d'alcool aux urgences ». la psychiatrie en urgence ; 2006 :p 140-144
- 90) Service des Recommandations Professionnelles, « modalités de prise de décision en urgence concernant l'indication éventuelle d'une hospitalisation sans consentement d'un patient présentant des troubles mentaux » HAS, Avril 2005 : p 37-41
- 91) SCOTT, the treatment barrier, part I et II, 45 45-55, 57-67, 1973
- 92) SILVERMANN JJ, GALANTER M, JACKSON TRICHE M, JACOBS DG, LOMAX JW, RIBA MB, TONG LD, WATKINS KE, FOCHMANN LJ, RHOADS RS, YAGER J The American psychiatric association practice guidelines for the psychiatric evaluation of adults ;; american journal psychiatry ; aout 2015 ; 172 (8) : 798-802
- 93) SPITZER R, FLEISS J « global assessment of functioning scale », 1987
- 94) TANSELLA M, « community psychiatry without mental Hospital - the italian expérience : a review », journal of the royal society of medicine, novembre 1986, vol.79, n°11, p :664-669
- 95) THORNICROFT G, « the concept of case management for long-term mental illness ». int rev psychiatry 1991 ; 3 : p125-132
- 96) VEDRINNE J, SOREL P, WEBER D. sémiologie des conduites suicidaires : p37-114 A80
- 97) VEDRINNE j, orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aigue, des patients admis aux urgences des établissement de soins ; comprendre la psychiatrie des urgences ANAES 2001
- 98) VELEA D, VALLEUR M, « troubles liés à l'usage de substances psychoactives » la psychiatrie en urgence ; 2006 : p134-139
- 99) VIJVERBERG Richard, FERDINAND Robert, BEEKMAN aartjan et VAN MEIJEL berno the effect of youth assertive community treatment : a systématique prisma review ; bio med central psychiatry 2017, 17, 284
- 100) WALTER M, GENEST P, « la crise suicidaire » la psychiatrie en urgence, 2006 p 88-94
- 101) WIEVORKA et KANNAS « approche systémique et chronicité en milieu

psychiatrique », l'évolution psychiatrique, 54, 3, 1989 ; p 1-20

- 102) YOHANNA D, CHRISTOPHER NJ, LYONS JS, MILLER SI, SLOMOWITZ M, BULTEMA JK. « characteristics of short-stay admissions to a psychiatric inpatient service. » J behav Health serv res 1998 ; 25 : p 337-345
- 103) ZULMAN DM, ORIEN CW, SLIGHTAM C, BRELAND JY, KRAUTH D, NEVEDAL AL « engaging high-need patients in intensive outpatient programs : a qualitative synthesis of engagement strategies » j gen intern med 2018

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.



Résumé

Contexte : avec une fréquentation croissante des urgences psychiatriques et une diminution progressive du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie. Il appartient au psychiatre de faire un choix et de correctement orienter le patient entre une hospitalisation ou un retour à domicile.

Hypothèse : les critères d'hospitalisation en urgence en psychiatrie, ne reposent pas uniquement sur la nature et l'intensité des symptômes, mais aussi sur le contexte global et le mode de vie du patient.

L'objectif de cette étude était de décrire les principales caractéristiques socio-démographiques associées à une hospitalisation en urgence en psychiatrie.

Méthodes : dans une étude menée du 1^{er} Mai au 31 juillet 2018, au sein du Pôle de psychiatrie centre est Vaucluse, les caractéristiques socio-démographiques et le parcours de soins des patients hospitalisés en urgence, ainsi que l'offre de soins ont été relevés.

Résultats : les principaux facteurs associés à une hospitalisation en urgence en psychiatrie sont le statut civil, un âge supérieur à 42 ans, l'isolement, l'absence d'activité professionnelle, les antécédents d'hospitalisation psychiatrique et de passage à l'acte, la présence d'un trouble psychiatrique avéré, une demande initiale du patient, l'horaire et la durée de la consultation et le nombre de places disponibles sur l'hôpital.

Discussion : ainsi, la décision d'hospitaliser dépend, autant, de la nature des symptômes présentés par le patient et de ses caractéristiques socio-démographiques, que de facteurs imputables au psychiatre examinateur et à l'offre de soins.

Mots clés : hospitalisation, psychiatrie, urgences, crise et interventions de crise, facteurs prédictifs, alternatives à l'hospitalisation, ambulatoire.