

Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 25 octobre 2018

Par Julie Dur

Née le 21 février 1989 à Cahors (46)

Place de l'unité médicale des urgences psychiatriques adultes dans le parcours de soins du patient

Thèse dirigée par le Professeur Jean-Pierre Clément et Elodie Audebert

Examineurs :

M. le Professeur Jean-Pierre CLEMENT	Président et Co-directeur de la thèse
Mme. le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT	Juge
M. le Professeur Daniel BUCHON	Juge
Mme. le Docteur Elodie AUDEBERT	Co-directrice de la thèse et Membre invité
M. le Docteur Guillaume VERGER	Membre invité
M. le Docteur Jean-François CUEILLE	Membre invité



Faculté de Médecine

Année 2018

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 25 octobre 2018

Par Julie Dur

Né(e) le 21 février 1989 à Cahors

**Place de l'unité médicale des urgences psychiatriques adultes dans
le parcours de soins du patient**

Thèse dirigée par le Professeur Jean-Pierre Clément et Elodie Audebert

Examineurs :

M. le Professeur Jean-Pierre CLEMENT	Président et Co-directeur de la thèse
Mme. le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT	Juge
M. le Professeur Daniel BUCHON	Juge
Mme. le Docteur Elodie AUDEBERT	Co-directrice de la thèse et Membre invité
M. le Docteur Guillaume VERGER	Membre invité
M. le Docteur Jean-François CUEILLE	Membre invité



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

Le 1^{er} septembre 2017

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE (Surnombre jusqu'au 31-08-2020)
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L. (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE

DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE (Surnombre jusqu'au 31-08-2018)
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES
MEDICALES**

BRIE Joël

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

BARRAUD Olivier

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

BOURTHOUMIEU Sylvie

CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

BOUTEILLE Bernard

PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE

CHABLE Hélène

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
(Retraite au 31-07-2018)

DURAND Karine

BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise

BIOLOGIE CELLULAIRE

HANTZ Sébastien

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

JACQUES Jérémie

GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE

JESUS Pierre

NUTRITION

LE GUYADER Alexandre

CHIRURGIE THORACIQUE et
CARDIOVASCULAIRE

LIA Anne-Sophie

BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE

MURAT Jean-Benjamin

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

QUELVEN-BERTIN Isabelle

BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE

RIZZO David

HEMATOLOGIE

TCHALLA Achille

GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT

TERRO Faraj

BIOLOGIE CELLULAIRE

WOILLARD Jean-Baptiste

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel	(Maintenu en fonction jusqu'au 31.08.2019)
DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique	(du 1 ^{er} septembre 2016 au 12 janvier 2018)
PREVOST Martine	(du 1 ^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan	(du 1 ^{er} septembre 2016 au 31 août 2019)
LAUCHET Nadège	(du 1 ^{er} septembre 2017 au 31 août 2020)
PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule	(du 1 ^{er} septembre 2015 au 31 août 2018)

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul	du 01.09.2017 au 31.08.2019
ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2016 au 31.08.2018
BONNAUD François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	du 01.09.2017 au 31.08.2019
DENIS François	du 01.09.2017 au 31.08.2019
GAINANT Alain	du 01.09.2017 au 31.08.2019
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2019
MOULIES Dominique	du 01.09.2015 au 31.08.2018
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2014 au 31.08.2018
VIROT Patrice	du 01.09.2016 au 31.08.2018

Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2017

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BASTIEN Frédéric	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
BAUDRIER Fabien	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
CHARISSOUX Aurélie	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
CHARPENTIER Mathieu	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
GAUTHIER François	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
KONG Mélody	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
LARRADET Matthieu	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE (Démission à compter du 1 ^{er} janvier 2018)
LEGRAS Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION (Surnombre du 1 ^{er} novembre 2017 au 20 février 2018 inclus)
MARQUET Valentine	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE et CYTOGENETIQUE

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

AZAÏS Julie	MEDECINE INTERNE A
BAUDONNET Romain	OPHTALMOLOGIE
BIDAUT-GARNIER Mélanie	OPHTALMOLOGIE (A compter du 11 mai 2016)
BLOSSIER Jean-David	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
BOSETTI Anaïs	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
BOUKEFFA Nejma	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BOUSQUET Pauline	PEDIATRIE (A compter du 09 janvier 2017)

CHAMPIGNY Marie-Alexandrine	PEDIATRIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COLOMBIÉ Stéphanie	MEDECINE INTERNE A (A compter du 02 mai 2017)
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
CROSSE Julien	PEDIATRIE
DANTHU Clément	NEPHROLOGIE
DARNIS Natacha	PEDOPSYCHIATRIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DE POUILLY-LACHATRE Anaïs	RHUMATOLOGIE (A compter du 02 mai 2017)
DIDOT Valérian	CARDIOLOGIE
DUSSAULT-JARLAN Lucile	CARDIOLOGIE
EVARD Bruno	REANIMATION
FAURE Bertrand	PSYCHIATRIE d'ADULTES
FAYEMENDY Charlotte	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GORDIENCO Alen	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE
GOUDELIN Marine	REANIMATION
HARDY Jérémy	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
KRETZSCHMAR Tristan	PSYCHIATRE d'ADULTES
LACHATRE Denis	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
LACOSTE Marie	MALADIES INFECTIEUSES
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAHMADI Sanae	NEUROLOGIE

LATHIERE Thomas	OPHTALMOLOGIE
LEHMAN Lauriane	GASTROENTEROLOGIE
LEPETIT Hugo	GASTROENTEROLOGIE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MARTINS Elie	CARDIOLOGIE
PRUD'HOMME Romain	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
RAMIN Lionel	ORL
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE (NRI)
ROUSSELLET Olivier	NEUROLOGIE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE (Démission à compter du 23 décembre 2017)
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SANGLIER Florian	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
TAÏBI Abdelkader	ANATOMIE
USSEGLIO-GROSSO Julie	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE
VAYSSE VIC Mathieu	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
VITAL Pauline	MEDECINE INTERNE B
VITALE Gaetano	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE MEDECINE VASCULAIRE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

DOIN Corinne

RUDELLE Karen

SEVE Léa

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin
CHIRURGIE INFANTILE
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)

LERAT Justine

O.R.L. (du 1^{er} mai 2016 au 31 octobre 2020)

MATHIEU Pierre-Alain

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et
TRAUMATOLOGIQUE
(du 1^{er} mai 2016 au 31 octobre 2020)

Remerciements

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT

Professeur de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Agée

Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Agée du Centre Hospitalier Esquirol

Président du Jury

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de co-diriger cette thèse et l'honneur de présider ce jury de thèse et je vous en suis très reconnaissante.

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre investissement et vos enseignements tout au long de mon parcours et de ces années d'internat. Merci de votre engagement auprès des internes.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de vos espérances.

Soyez assuré de la profonde estime que je vous porte.

Madame le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT
Professeur des Universités d'Endocrinologie
Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire de Limoges
Chef de service
Membre du jury

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse et je vous en remercie.
Au cours de mes études, j'ai pu bénéficier de la richesse de vos enseignements.
Faire mes premiers pas hospitaliers à vos côtés restera une expérience très enrichissante.
Recevez ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Daniel BUCHON
Professeur des Universités de Médecine Générale
Membre du Jury

Vous me faites l'honneur de juger ce travail de thèse et je vous en remercie.

Nous serons régulièrement amenés à collaborer ensemble pour nos patients atteints de pathologie psychiatrique. C'est ainsi que votre présence dans ce jury avait donc tout son sens pour moi.

J'espère que ce travail saura susciter votre intérêt et sera à la hauteur de vos espérances.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de toute mon estime.

Madame le Docteur Elodie AUDEBERT-MERILHOU
Psychiatre des Hôpitaux, Chef de filière
Pôle de Territoire du Centre Hospitalier Esquirol
Co-directrice de thèse et membre invité

Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail de thèse.

Merci pour ta disponibilité et ton investissement sans faille.

Je te remercie pour ta patience et ton aide précieuse dans l'élaboration de ce travail.

J'espère que ce travail sera à la hauteur de ta confiance et de tes espérances.

Sois assurée de la profonde admiration que je te porte et de mon amitié sincère.

Monsieur le Docteur Guillaume Verger
Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Pôle
Pôle de Territoire du Centre Hospitalier Esquirol
Membre invité

Je te remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse.
Merci de ta disponibilité et de ton implication auprès des internes.
Merci de ta gentillesse et de ton humanité.
J'espère que ce travail sera à la hauteur de tes espérances.

Monsieur le Docteur Jean-François Cueille
Praticien Hospitalier
Chef de l'unité médicale des urgences du CHU Dupuytren de Limoges
Membre invité

Vous me faites l'honneur de juger ce travail de thèse et je vous en remercie.
Votre professionnalisme, votre charisme et votre simplicité forcent l'admiration.
J'espère que ce travail, proche de votre pratique clinique, saura susciter votre intérêt.
Recevez ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Je suis fière de ce travail de thèse dans lequel j'ai investi tant de temps, de doutes et d'énergie.

Le grand jour est enfin arrivé, c'est le pompon sur la Garonne pour rappeler mes expressions bizarres à ma chère directrice de thèse.

Merci à toutes les personnes qui m'ont soutenue et entourée durant toutes ces années, parfois bien compliquées. Je vous dois d'en être là où je suis aujourd'hui.

Tout d'abord, j'adresse un grand merci à toutes les personnes que j'ai pu rencontrer pendant ce parcours esquirolien.

Aux médecins psychiatres aux côtés desquels j'ai eu le privilège et le plaisir d'apprendre et travailler.

A Benjamin Calvet, qui a guidé mes pas durant cette première année d'internat. Tu resteras mon premier « chef », celui qui m'a permis de prendre confiance en moi et de commencer à m'affirmer dans le travail. Merci pour ton enseignement de la Psychiatrie de la personne âgée. Tu es un exemple, par ton engagement sans faille dans tout ce que tu entreprends professionnellement. Merci également pour ton amitié durant ces quatre années et pour avoir veillé sur moi de près ou de loin.

Au Dr Isabelle Alamome, merci pour votre savoir et votre expérience très riche. J'ai énormément appris à vos côtés.

Au Dr Mirvat Hamdan-Dumont, merci de m'avoir rassurée et guidée quand c'était nécessaire. J'ai beaucoup aimé travailler avec toi, merci pour ta rigueur et tes enseignements. Ton engagement sans bornes auprès de tes patients force le respect.

Au Dr Guillaume Chandon, merci pour ta pédagogie et ton professionnalisme, travailler avec toi fut très enrichissant et très formateur. Merci pour ta simplicité.

Au Dr Marie-Pierre Duqueroix, merci de ta douceur et ta gentillesse. Après s'être retrouvées à trois reprises dans des unités différentes, le périple s'achève. J'espère que tu te plairas dans tes nouveaux projets.

A Benjamin Lavigne, merci pour ta gentillesse et ton humour. Travailler avec toi fut un réel plaisir. Tu nous manques beaucoup. Merci de ton soutien et de ton professionnalisme enrichissant. Un des plus jeunes mais un des plus brillants psychiatres qui m'ait été donnée de rencontrer.

A ma chère Elodie, devenue bien plus qu'une chef à mes yeux. Merci de ta gentillesse, ta douceur, ton professionnalisme et ton engagement même dans les moments compliqués. Si je devais décrire le psychiatre que je voudrais être, cela se rapprocherait fortement de ce que tu es.

Au Dr Eric Charles, merci pour ton professionnalisme et ta pédagogie. Merci pour ton expérience professionnelle enrichissante.

Au Dr Anne Bouillon, merci pour ta douceur et les moments de partage avec toi (que ce soit professionnel ou personnel). Je te souhaite beaucoup de bonheur dans les nouveaux projets que tu entreprends.

Au Dr Céline Dumont, merci de m'avoir initiée à la Pédopsychiatrie. Merci pour ta gentillesse, ta disponibilité et ta pédagogie.

Au Dr Natacha Darnis, merci pour cette collaboration très courte mais très intéressante.

Au Dr Françoise Blanchard-Bouhajja, merci pour ta gentillesse et ton soutien. J'ai beaucoup appris à tes côtés en cette fin de parcours. J'espère que tu te plairas dans ce nouveau pôle que tu es sur le point d'intégrer et que cela te permettra de faire une fin de carrière plus sereine.

Au Dr Sophie Bonnefond, merci pour ta gentillesse, ta douceur et ta disponibilité. Je suis ravie de continuer à travailler avec toi même si au départ, tu le sais, les urgences n'étaient pas mon premier choix.

Au Dr Odile Gardère, merci pour ta vigueur et ton professionnalisme. Tu manqueras à cet hôpital mais j'espère que tu te plairas dans tes « nouveaux horizons ».

Et à tous les médecins croisés lors d'une garde, une astreinte, une réunion ou un remplacement notamment lors de mon semestre aux urgences psychiatriques. Au Dr Maurice Pareaud, au Dr Fabien Lescure, au Dr Emile Reynier-Legarçon, au Dr Fabien Luneau, au Dr Salomé, au Dr Chassang, au Dr Mathieu Parneix, au Dr Anne-Catherine Dumont, au Dr Irina Boghina, au Dr Olga Gherman, au Dr Alain Ratti, au Pr Philippe Nubukpo, au Dr Muriel Arthus, au Dr Karine Ampeyrat, au Dr Claire Fourquet, au Dr Karel Emery, au Dr Emilie Legros, au Dr Marine Pareaud, au Dr Meriem Malek, au Dr Lucia Feigl, au Dr Danièle Bourlot, au Dr David Fontanier, au Dr Géraldine Buisson, au Dr Elodie Malhomme, au Dr Chantal Plougeaut, au Dr Florence Juppe et au Dr Nadine Mercier.

A Murielle Girard, merci pour votre disponibilité et votre investissement dans l'élaboration de ce travail de thèse. A Me Catherine Brégère (cadre supérieur de santé), Me Gourinel Francine (directrice des soins), Me Feynérol Liliane (cadre paramédical de pôle), Mr Costanzo (chef de pôle des usagers), le Dr Bourlot (présidente de la CME) et le Dr Langlois-Gey, merci de votre aide pour débiter notre étude.

Merci aux différentes équipes qui m'ont tant appris durant ces quatre années d'internat : l'équipe de Wertheimer (heureusement que vous étiez là pour mes premiers pas d'internes, je n'y serai pas arrivée sans votre soutien et votre professionnalisme), d'Avicenne, de Laborit, de Morel, de Widlocher, de Bellevue (quelle ambiance ! ne changez rien) et des Urgences Psychiatriques (merci de votre bienveillance pendant ce travail de thèse).

Merci également à toutes les secrétaires médicales pour votre gentillesse et votre disponibilité.

Merci à tous mes collègues internes côtoyés durant ces quatre ans.

A ceux qui ont partagé la même promotion que moi : Marion, Guillaume, Josefa, Charles, Caroline et Henri.

A mes amis...

A Nelly et Alexandre, merci de votre soutien durant toutes ces années d'études. Je vous remercie d'avoir compris et supporter mon investissement dans les études et de ne pas m'avoir laissé tomber (comme beaucoup l'ont fait) du fait de mon manque de disponibilité. Durant toutes ces années, nous avons construit une amitié véritable qui est nécessaire à mon bonheur de tous les jours. Je me réjouis de tous les beaux projets que nous avons encore à partager et suis très honorée de t'avoir près de moi, Nelly, pour l'un des plus beaux moments de ma vie. Et merci à Cléa et Théo (mon filleul d'amour) pour le bonheur qu'ils vous apportent.

A Aline, merci de ton soutien et ton amitié inconditionnel depuis nos années de primaire. Malgré le fait que nous ayons pu nous voir que rarement durant mes 6 premières années de médecine, notre amitié est restée intacte, tu m'as accompagnée sans flancher. Nous avons partagé beaucoup de bons moments et je suis fière de la jeune femme que tu es devenue. Je suis également ravie de t'avoir à mes côtés pour un autre grand moment de ma vie d'ici quelques mois. Et merci à Guillaume pour ta présence auprès d'Aline et le bonheur que tu lui apportes.

A ceux qui ont marché avec moi sur les bancs de la fac

A Mélody, tu resteras ma plus belle rencontre amicale de ces années médecine. Tu es une personne formidable avec beaucoup de douceur, de gentillesse et de générosité (« le cœur sur la main »). Je ne vois plus ma vie sans toi, merci pour tous les merveilleux moments que nous avons partagés et j'espère en vivre encore beaucoup avec toi.

A Marianne et Caroline, également des rencontres formidables. Je suis impatiente de continuer à faire notre « petit bonhomme de chemin » ensemble avec je l'espère encore plein de beaux voyages et week end toutes ensemble. Merci à William pour tout le bonheur qu'il apporte à Marianne, vous faites de jeunes mariés magnifiques.

A Paul-Antoine, Beber et Binouze. Plutôt acolytes de mon cher et tendre au départ mais vous m'avez tout de suite adopté et mise à l'aise au sein de votre petit groupe de « copains de Dordogne ». Merci pour tous ces beaux moments d'amitié que nous passons ensemble depuis le tout début de ces années de médecine. Nous avançons tous chacun de notre côté mais restons toujours aussi soudés. Votre amitié m'est indispensable à présent. Et merci à vos chéries, Alice, Marie-Anna et Claire (sans oublier la petite Anna) pour le bonheur qu'elle vous apporte au quotidien.

A Anne-Sophie, nous avons passé des moments plus difficiles mais tu restes une très belle rencontre de ces années médecine. Merci de m'avoir donné une chance et de ne pas avoir tenu compte du jugement de certaines. Je suis ravie que malgré l'internat et la distance, nous

continuions à nous voir et à partager de bons moments « festifs » avec toi. Garde cette joie de vivre et cette gentillesse qui te caractérise.

Par contre, je ne te félicite pas d'être partie faire ton internat de Psychiatrie à Toulouse qui a abouti à « un droit au remords » alors que tu aurais pu t'éclater avec moi sur Limoges.

A Martin et Sarah, rencontres plus tardives mais des plus agréables. Merci d'être parti du « Ch'nord » pour venir faire votre internat sur Limoges sans quoi nous ne vous aurions jamais rencontré. Nous nous connaissons depuis moins longtemps mais nous avons déjà partagé de formidables moments avec vous (dont votre magnifique mariage). Je suis ravie que vous ayez décidé de poursuivre votre route dans le Limousin pour que l'on puisse continuer à passer de bons moments ensemble.

A Yannick, merci pour ton humour et tes soirées « jeux ». Vous trois, avec Benjamin et Martin, vous faites une belle bande de « loustic ». Cela aurait été bien dommage que vous ne vous rencontriez pas durant ce semestre aux urgences. Et merci également à Audrey pour le beau couple que vous formez et qui est quelqu'un d'adorable.

A ma famille...

A mes parents, merci pour votre amour et votre soutien sans limites durant ces onze années d'études et formations. Je vous dois tout, je n'en serai pas là aujourd'hui sans vous, merci d'avoir toujours cru en moi. Merci pour tout ce que nous avons partagé et traversé ensemble et pour tout ce qu'il nous reste à partager.

A mon frère, Thomas, merci pour ton amour et ton soutien. Je te dois tellement également. Merci de m'avoir fait rire dans les moments difficiles, merci d'y avoir toujours cru même quand je commençais à baisser les bras et n'y croyais plus. Je suis très fière de l'homme que tu es devenue et je remercie Christelle de tout le bonheur qu'elle t'apporte.

A mes oncles, mes tantes, mes cousins, mes cousines. Un grand merci plus particulièrement à tatie Anne pour ton aide précieuse en Anglais.

A mon tonton Christophe, j'aurais tout donné pour que tu sois présent aujourd'hui et que tu puisses voir la jeune femme et psychiatre que je suis devenue.

A mes grands-parents, qui ont toujours veillé à mon bien-être. Merci pour votre présence, votre soutien durant toutes ces années et pour votre amour inconditionnel.

A mes grands-parents Soullignac, merci de veiller sur moi de là-haut, j'espère vous rendre fiers.

A Frédéric et Sabrina, Tony et Sandrine, Mélanie et Pierre, Maeliss et bien sûr Jefferson et Joshua, belle-famille formidable ! Merci pour votre présence, votre soutien, pour tous ces bons moments passés ensemble. Je suis tellement heureuse de faire partie de votre famille de manière « officielle » dans quelques mois même si je me suis toujours sentie bien et acceptée dans votre belle famille.

Et enfin, je ne peux terminer ces remerciements sans remercier Benjamin, mon amour. Débuter ces années de médecine en te rencontrant, était la plus belle chose qui pouvait m'arriver. Traverser ces années ensemble, ton soutien et ton amour m'ont permise d'arriver jusqu'ici. Tu es « le bébinou de mon cœur » et tu m'as donné le plus beau des cadeaux, notre petit bout d'amour, Baptiste. Je suis fière et impressionnée de l'homme que tu es. Merci pour tout ce qu'on a construit jusque-là et tout ce qu'il nous reste à construire. Je t'aime un peu plus chaque jour depuis presque 9 ans et suis tellement heureuse de devenir bientôt ta femme !

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	29
I. 1 ^{ère} partie : Généralités et données de la littérature	30
I.1. Le paysage de la Psychiatrie en France	30
I.1.1. La Psychiatrie Française dans l'histoire	30
I.1.2. Les urgences psychiatriques dans l'Histoire	34
I.1.3. La stigmatisation de la Psychiatrie.....	35
I.1.3.1. Qu'est-ce que la stigmatisation ?	36
I.1.3.2. Quels mécanismes favorisent la stigmatisation ?	37
I.1.3.3. Comment réduire cette stigmatisation ?	38
I.1.3.4. Auto stigmatisation.....	39
I.1.4. De la Psychiatrie à la Santé Mentale ; la notion de parcours de soins	40
I.1.4.1. Parcours de soins, de santé, de vie, du patient, usager, citoyen	41
I.1.4.2. L'accès aux soins = première étape du parcours	42
I.1.4.3. Autres étapes du parcours de soins	46
I.1.5. Les urgences psychiatriques dans le parcours de soins	47
I.1.5.1. Définition de l'urgence psychiatrique	47
I.1.5.2. Dispositifs d'accueil de l'urgence psychiatrique.....	48
I.1.5.3. Données épidémiologiques	51
I.2. Le paysage de la Psychiatrie en Haute-Vienne (87).....	52
I.2.1. Offre de soins aux CH Esquirol de Limoges	52
I.2.2. Filière ambulatoire du CH Esquirol	54
I.2.3. PTSM 87-23-19 dans la nouvelle grande région « Nouvelle Aquitaine ».....	56
I.2.4. Présentation de l'unité médicale des urgences du CH Esquirol au CHU de Limoges	58
II. 2 ^{ème} partie : étude clinique : « Place de l'unité médicale des urgences psychiatriques adultes dans le parcours de soins du patient »	61
II.1. Contexte scientifique.....	61
II.2. Objectifs de l'étude	62
II.3. Méthodologie	63
II.3.1. Schéma de l'étude.....	63
II.3.2. Population étudiée.....	63
II.3.2.1. Critères d'inclusion.....	63
II.3.2.2. Critères de non inclusion.....	63
II.3.2.3. Recrutement des sujets.....	64
II.3.3. Recueil de l'information :	64
II.3.4. Analyse statistique.....	65
II.3.4.1. Analyse descriptive	65
II.3.4.2. Analyse comparative.....	65
II.4. Résultats.....	66
II.4.1. Analyse descriptive.....	66
II.4.2. Analyses comparatives.....	72
II.5. Discussion	80
II.5.1. Discussion des résultats	80
II.5.2. Biais et limite de l'étude	85
II.5.2.1. Biais (sélection, passation).....	85

II.5.2.2. Limites	86
II.5.3. Perspectives d'avenir	86
Conclusion	88
Références bibliographiques	89
Annexes	94
Serment d'Hippocrate.....	111

Table des tableaux

Tableau I : Mode d'adressage aux urgences psychiatriques adultes du CH Esquirol au SAU de Limoges	67
Tableau II : Antécédents psychiatriques des patients issus de l'échantillon de l'étude	68
Tableau III : Lieu de vie des sujets	69
Tableau IV : Soins proposés au décours du passage aux urgences psychiatriques adultes du CH Esquirol au SAU de Limoges	70
Tableau V : Horaire de passage aux urgences psychiatriques adultes du CH Esquirol au SAU de Limoges	71
Tableau VI : Comparaison des antécédents psychiatriques des patients issus de l'échantillon de l'étude en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes	72
Tableau VII : Comparaison de l'adressage en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes.....	73
Tableau VIII : Comparaison de l'adressage par les Pompiers/SAMU en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes	74
Tableau IX : Comparaison de l'adressage par l'entourage en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes	74
Tableau X : Comparaison de l'adressage spontané en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes.....	75
Tableau XI : Comparaison de l'adressage équipes du CHE en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes.....	75
Tableau XII : Comparaisons des périodes de prise en charge en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes	76
Tableau XIII : Comparaisons des périodes de prise en charge nuit et journée en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes	76
Tableau XIV : Comparaisons des périodes de prise en charge week-end et semaine en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes	77
Tableau XV : Comparaisons des soins proposés au décours du passage aux urgences psychiatriques adultes en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes.....	78
Tableau XVI : Comparaisons des différentes hospitalisations au CHE et des suivis ambulatoires proposés en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes.....	79

Introduction

Au cours des dernières années, nous constatons une progression importante de la demande de soins psychiatriques aux unités médicales d'urgence dans un contexte de « désinstitutionnalisation » et de « virage ambulatoire » qui s'accompagne d'une baisse du nombre de lits d'hospitalisation complète spécialisée (1).

Les unités d'urgences psychiatriques semblent progressivement avoir pris une place croissante dans le dispositif de soins.

Elles sont désormais confrontées, non seulement à des décompensations psychiatriques aiguës (épisode psychotique aigu, état maniaque aigu...) mais aussi à de multiples situations de crise, aux contours cliniques mal définis et dont la part sociale est souvent non négligeable (précarisation, marginalisation).

Elles remplissent leur mission d'accès aux soins psychiatriques et semblent aussi compléter les autres offres de soins ambulatoires réparties sur tout le territoire. Il a aussi été remarqué un phénomène de « réutilisation » fréquente de ces services d'urgences par un certain nombre de patients (certains patients connus des soins psychiatriques passent aux urgences psychiatriques dans l'espoir d'accéder à une hospitalisation complète) (2).

Nous observons l'attitude des médecins traitants, des familles, de l'ensemble du réseau sanitaire, médico-social et social d'amener un patient aux soins psychiatriques souvent à la dernière extrémité, en situation de grande urgence.

Cela suscite des interrogations ; Est-ce un échec de notre mission de prévention qui engendre un retard de diagnostic ? Est-ce un échec du protocole d'admission en établissement psychiatrique ? La lisibilité des voies d'accès aux soins psychiatriques est-elle adaptée et/ou suffisante ?

Ce travail de thèse abordera dans une première partie, une revue de la littérature qui, complétée par le regard d'une expérience de terrain, a conduit à des hypothèses de travail. Dans une deuxième partie, sera présentée notre étude prospective et descriptive de la population consultant aux urgences psychiatriques au CHU de Limoges.

I. 1^{ère} partie : Généralités et données de la littérature

I.1. Le paysage de la Psychiatrie en France

Le paysage de la Santé Mentale a connu ces dix dernières années une transformation en profondeur sous l'action conjointe de trois phénomènes : l'explosion de la demande avec un phénomène de masse, l'entrée en lice irréversible des usagers et de leurs familles et un changement de paradigme avec le passage de la Psychiatrie à la Santé Mentale.

Le tout sur fond de quarante ans de désinstitutionnalisation et de sectorisation (3).

I.1.1. La Psychiatrie Française dans l'histoire

C'est une jeune matière dans la médecine occidentale même si les maladies mentales existent depuis longtemps. La dépression, les troubles de la personnalité ..., étaient déjà retrouvés dans les papyrus égyptiens puis avec Hippocrate ainsi qu'au Moyen-Age. Mais les maladies mentales étaient liées avec le divin à cette époque (étiologie : possession, sorcellerie...).

Avant 1656, les « fous » vivent dans leurs familles, attachés parfois pour qu'ils ne se blessent pas. Certains sont en prison. Il n'y a pas de traitement, hormis l'exorcisme ou le bûcher.

Certains pensent que ces gens peuvent être guéris comme Saint Jean de Dieu, Jean Wier, Jean Louis Vivès mais cela n'a que peu d'effet sur les autres.

Sous Louis XIV, débute la création des hospices avec comme mission de protéger la société en enfermant tous les « déviants ». Les solutions pour les prendre en charge sont à visée disciplinaire : les jeter vivants dans des fosses à serpents, la flagellation ou encore les attacher.

Les gardiens commencent à se dire « experts », porteurs d'une nouvelle science médicale.

C'est en 1795 que Philippe Pinel aurait décidé de retirer leurs chaînes aux malades. C'est le début de la classification des pathologies, de la nosographie psychiatrique. Quelques idées de traitements plus humains apparaissent mais les anciennes techniques de soins persistent (bains glacés, saignées, purgations...).

La création du mot « Psychiatrie » vient de Mr Johann Christian Reil, psychiatre allemand, en 1803 qui étudie l'âme/esprit. Le « fou » commence à être perçu comme un malade potentiel mais les soins restent disciplinaires : il faut « ramener à la raison » (4).

Puis, suite à la loi du 30 juin 1838, la France se dote d'un système d'assistance aux malades mentaux de structure asilaire. Elle fait suite à une grande enquête initiée par le ministre Gasparin auprès des établissements d'aliénés et s'inspire des théories de l'aliéniste Pinel et de ses disciples Ferrus et Esquirol (3).

Les aliénés (du latin *aliénus*, étrange, étranger) doivent être placés sous contrainte, soit de l'initiative de la force publique représentée par le Préfet, soit de l'initiative de l'entourage du malade mental. Chaque département est tenu d'avoir un établissement public destiné à recevoir et soigner les aliénés ou traiter à cet effet avec un établissement public ou privé soit de ce département, soit d'un autre département.

Mais l'ordonnance du 18 décembre 1839 va donner un statut particulier à ces asiles en les érigeant en établissements publics. Ces établissements sont administrés sous l'autorité du ministre secrétaire d'état au département de l'Intérieur et des Préfets des départements, sous la surveillance de commissions par un directeur responsable (5).

C'est au début du 20ème siècle, que l'on voit apparaître la théorie de l'hystérie et de la suggestibilité de Mr Jean-Martin Charcot et les théories psychanalytiques de Mr Sigmund Freud. Avec Charcot s'impose une théorie purement organiciste et neurologique de l'hystérie. Elle est alors conçue comme une maladie déterminée neurologiquement. Deux techniques modernes sont utilisées, la photographie pour observer et fixer les symptômes insaisissables de l'hystérique et l'hypnose pour les reproduire expérimentalement. Les théories de Charcot ne survivront pas à son auteur. Freud fera de l'hystérie une maladie psychique. Il abandonne l'hypnose pour un dispositif éliminant la suggestion et privilégiant l'entendu et non plus la vision. Les théories Freudiennes introduisent la notion d'inconscient et abandonnent le recours à l'hypnose (6).

Il s'agit d'un bouleversement philosophique avec cette constatation : « Je ne suis pas maître de moi-même, je peux devenir « fou » ».

A cette époque, les malades restent souvent internés à vie, il n'y a pas de traitement et peu de guérison. Les hôpitaux vivent en autarcie complète. Plusieurs milliers de patients (110000 en 1939) sont hospitalisés dans des conditions de vie déplorables avec des chambres surpeuplées, des repas pauvres, peu d'hygiène et pas de soins médicaux.

En 1952, Henri Laborit découvre les propriétés calmantes du Largactil. Le Pr Jean Delay et Pierre Deniker établissent les propriétés thérapeutiques du Largactil utilisé seul chez des malades psychotiques. La molécule est non seulement sédative mais possède également un effet sur la confusion mentale, les productions hallucinatoires et délirantes des psychoses. En 1955, Jean Delay et Pierre Deniker créent le nom de neuroleptique, classe de psychotropes représentés par le Largactil et la Réserpine.

C'est l'apparition des neuroleptiques, des traitements anti-dépresseurs avec la possibilité de soigner puis de guérir certains patients. On note l'évolution vers une approche sociale de la maladie mentale avec la possibilité de resocialiser les malades.

Ensuite, la circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, demande que les hôpitaux psychiatriques reçoivent des malades des deux sexes provenant de lieux géographiques découpés en secteurs, autorisant les équipes médicales et soignantes à suivre le malade dans ses lieux de vie et le cas échéant, de travail. Cette circulaire marque un tournant significatif pour la prise en charge psychiatrique (3).

La sectorisation psychiatrique est officialisée par la loi du 25 juillet 1985. Elle crée 3 types de secteurs : les secteurs de Psychiatrie générale destinés aux adultes, les secteurs de Psychiatrie infanto-juvénile et le secteur de la Psychiatrie en milieu pénitentiaire, s'adressant à la population carcérale (3).

A l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, les services sont affectés à chaque secteur marquant ainsi une volonté de soigner la pathologie mentale en suivant le patient de son lieu de vie à l'hôpital et réciproquement. L'ensemble s'appuie sur l'externalisation des soins qui, de l'hôpital, se dispensent de plus en plus en milieu ouvert, c'est-à-dire soit dans des centres de consultations appelés centres médico-psychologiques de proximité, soit dans des unités d'hospitalisation de jour ou de nuit extérieures à l'hôpital, soit dans des unités d'hospitalisation complètes (5).

Puis la circulaire du 14 mars 1990 fait de la lutte contre les maladies mentales une priorité de Santé Publique. Quelques mois plus tard, la loi du 27 juin 1990 révisé la grande loi de 1838 et redéfinit les droits des malades mentaux et les modalités de leur hospitalisation. Chaque secteur adulte accueille les patients selon trois modalités d'hospitalisation : l'hospitalisation libre, l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), l'hospitalisation d'office (HO). Si l'hospitalisation libre permet au patient le libre choix de son médecin et de son service hospitalier, les patients en HDT et en HO sont « sectorisés », c'est-à-dire confiés au secteur de leur domicile (7). A partir de ce moment, l'hospitalisation libre devient la règle et l'hospitalisation sous contrainte, l'exception (3).

C'est la loi du 31 juillet 1991 qui fait de l'hôpital psychiatrique un lieu de soins comme les autres. Il se trouve désormais englobé dans le secteur sanitaire. Elle reconnaît le droit du patient à choisir son praticien et son établissement de soin.

On retrouve ensuite, la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, qui accorde au patient (et pas seulement aux familles ou aux associations) des droits (choix du médecin, choix de suivre ou non une thérapie) et une place active dans les structures de soins, voire dans les instances de concertation autour de l'organisation des soins puis la loi sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005 qui reconnaît le handicap psychique, ce qui porte un nouveau coup à la vision strictement sanitaire : l'usager n'est plus « malade mental » mais une « personne » handicapée. Cette loi ouvre une large porte à l'articulation entre sanitaire et médico-social (3) (5).

Et enfin, le plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 insiste sur une approche transversale entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Les orientations principales concernent à la fois des mesures relatives à l'investissement immobilier, la sécurité, les moyens humains et la formation des infirmiers en Psychiatrie. A cela s'ajoute deux programmes concernant la prise en charge des détenus et des personnes dépressives/suicidaires (3).

Aujourd'hui, il est possible de guérir des maladies dépressives et anxieuses. Il existe des soins pour les maladies bipolaires, autistiques, addictologiques et de la personnalité et également un accompagnement dans la démence et les retards mentaux.

Définir la Psychiatrie est difficile. Le cardiologue étudie le cœur, le pneumologue les poumons mais qu'étudie le psychiatre ?

Dans une tentative de définition nous dirons que le psychiatre étudie le psychisme mais qu'est-ce que le psychisme ? Il comprend le comportement, qui est l'agissement d'un organisme observable et enregistrable et des processus mentaux (expériences internes subjectives dont nous déduisons les comportements).

Le psychisme est sous une triple influence :

- biologique : sélection naturelle, prédispositions génétiques, mécanismes cérébraux, influences hormonales
- psychique : craintes apprises, réponses émotionnelles, processus cognitifs, interprétation
- socio-culturelle : présence des autres, attentes culturelles, sociales, familiales, influence des pairs et autres groupes.

Se surajoutent les références idéologiques avec la psychanalyse, la neuroscience, le comportementalisme, la systémie, le cognitivisme et l'anti-Psychiatrie.

L'anti-Psychiatrie c'est, par exemple, penser que les maladies mentales sont des produits de la société et que seule une transformation de la société pourrait les soigner.

I.1.2. Les urgences psychiatriques dans l'Histoire

Historiquement, trois périodes se dessinent : 1970, 1980 et 1990 (8).

Dans les années 1970, en partie déclenchée par la circulaire du 15 Juin 1979, le travail de l'urgence se réalisait dans le cadre de la sectorisation psychiatrique et intervenir aux urgences apparaissait relever davantage du maintien de l'ordre social ou de la psychiatisation de situations banales plutôt que d'une prise en compte de la souffrance des patients.

Dans les années 1980, la critique devient plus professionnelle. La Psychiatrie se rapprochant du reste de la médecine, les réponses à l'urgence se calquent de plus en plus sur le modèle médical de la réduction ou de la disparition symptomatique.

Ce n'est qu'à partir des années 1990 qu'un rapprochement se dessine. Cette évolution a été rendue possible par une meilleure définition de l'accueil, de l'urgence et de la crise, ce qui a permis de les distinguer sans les dissocier.

La réalité réglementaire de l'urgence en Psychiatrie dispose d'une date fondatrice, le 30 juillet 1992, jour de la parution de la circulaire définissant l'urgence psychiatrique comme « une demande dont la réponse ne peut être différée ».

Le décret du 9 mai 1995 établit l'organisation du plateau technique et des moyens en personnels médicaux et paramédicaux dans les SAU (services d'accueil et de traitement des urgences) et les UP (unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences).

Au niveau des SAU, un psychiatre doit être présent 24h/24 ainsi qu'un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle dans un service de Psychiatrie.

En ce qui concerne les UP, l'équipe médicale doit pouvoir faire venir un psychiatre à tout moment.

Tout établissement, siège d'un SAU ou d'une UP, doit être lié par une convention avec l'hôpital de secteur psychiatrique concerné, convention précisant les modalités de participation des psychiatres « de secteur » dans le fonctionnement des urgences psychiatriques.

La circulaire du 16 Avril 2003 définit la prise en charge des urgences. Dans le champ de la Santé Mentale, les urgences sont souvent la première occasion de rencontrer un professionnel de la Psychiatrie (porte d'entrée). Toutefois, elles ne doivent constituer qu'un recours ultime au sein d'un dispositif global. En amont, cette circulaire engage à renforcer le travail en réseau au niveau sanitaire, social et médicosocial, en améliorant par exemple la réponse des équipes de secteur psychiatrique aux demandes non programmées. Au niveau des urgences hospitalières, la prise en charge comprend une fonction d'accueil et d'orientation, associée à une fonction de prise en charge de très courte durée (lits de 72 heures) afin d'éviter autant que possible une hospitalisation en Psychiatrie, en particulier des hospitalisations sous contrainte inadéquates. Enfin, en aval, est recommandé une meilleure coordination avec les acteurs de la prise en charge ultérieure, associant secteur psychiatrique, établissements de santé privés, médecins généralistes et psychiatres libéraux, services sociaux et médicosociaux (8).

Au total, la maladie mentale est multiple, il y a beaucoup à découvrir et rechercher. Elle n'en reste pas moins une maladie avec des causes, des techniques de soins, au milieu desquelles se trouvent les patients et leur entourage parfois perdus !

Malgré l'évolution de la Psychiatrie au fil des années, nous constatons encore beaucoup de regards stigmatisants portés aux malades, à leurs familles et à leurs soignants, en particulier le psychiatre (9) (4).

I.1.3. La stigmatisation de la Psychiatrie

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « la santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté » (10).

Une personne sur cinq est touchée par la maladie mentale sur une année. Dans le même temps, une personne sur dix est touchée par une pathologie cancéreuse. La maladie mentale est un objet d'étonnement, de réprobation, de crainte, de dérision et est jugée avant d'être comprise.

Selon une étude réalisée du 17 avril au 23 avril 2014 par la fondation FondaMental avec un échantillon de 1002 sujets représentatifs de la population française âgés de 18 ans et plus (11) :

- ¾ des français pensent que les personnes atteintes de maladies mentales peuvent représenter un danger pour elle-même ou pour les autres ;
- 52% des français seraient gênés de vivre sous le même toit ;
- 35% seraient gênés de travailler dans la même équipe ;
- 30% seraient gênés de partager le même repas.

Il existe aujourd'hui un large consensus de la Psychiatrie contre la stigmatisation comme il existe un large consensus contre le racisme. Mais ce consensus est-il robuste ? Probablement pas au vu de ce que nous pouvons encore entendre dans des associations d'usagers de maladies psychiatriques, par exemple, « C'est de l'autisme, il faut arrêter de prendre nos enfants pour des schizophrènes, ils sont sensibles, intelligents et ont beaucoup de souffrance ».

I.1.3.1. Qu'est-ce que la stigmatisation ?

L'origine du terme vient de **marquage**.

Selon la définition Wikipédia, il s'agit de parole ou action menant à transformer une déficience, une incapacité ou un handicap en une marque négative pour la personne.

La théorie sociologique explique qu'un sujet reçoit de la société une « étiquette » aboutissant à ce que l'environnement attende de lui un type de comportement donné (dictionnaire médical de l'académie de médecine) (12).

La stigmatisation se compose de deux facteurs fondamentaux ; les **attitudes négatives** et la **discrimination** (13).

C'est la réduction d'une personne ou d'un groupe de personnes à un attribut jugé négativement, lui retirant ses autres caractéristiques humaines et entraînant un comportement de rejet irrationnel.

Elle est liée au fonctionnement normal de notre pensée.

Il existe trois formes de stigmatisation reconnues par Erving Goffman (sociologue américain) :

- la présence de déformations externes, d'infirmités physiques ou handicap social, telle que l'obésité ;
- les déviations de traits personnels, incluant les troubles mentaux, toxicomanie, alcoolisme et antécédents criminels ;

- les groupes ethniques et nationalités ou religions perçus comme étant hors des normes sociales.

Nous retrouvons trois niveaux de stigmatisation :

- sociale ou publique ou comment la stigmatisation se manifeste dans une société, une culture, des médias, des habitudes et des attitudes quotidiennes ;
- structurelle ou institutionnelle, par exemple, au niveau du fonctionnement des organisations, des agences et des employeurs ;
- personnelle ou comment les sujets se perçoivent eux-mêmes.

La stigmatisation entraîne un défaut d'accès aux soins avec des soins rejetés, donc moins efficaces et des patients qui se dégradent avec des soins plus coûteux (11) (14).

I.1.3.2. Quels mécanismes favorisent la stigmatisation ?

Il s'agit de la perception d'un danger et le rejet pour éloigner ce danger. Se surajoute ensuite l'effet d'amplification par les médias (presse, télévision, internet, réseaux sociaux). La psychiatrie est traitée dans les rubriques « société », non dans la presse médicale, et presque toujours sous l'angle de la violence et du danger. On note également l'effet favorisé par l'expérience commune dans la population de patients non traités au comportement inquiétant.

Ensuite, il existe un inconfort face à des incohérences et le rejet afin d'éviter cet inconfort. Nous retrouvons des craintes d'une contamination des pensées incohérentes. 30% des internes en médecine non psychiatres considèrent que les internes en Psychiatrie vont mal finir car la Psychiatrie est contagieuse (15). Il est pourtant probable qu'ils ne considèrent pas qu'un neurologue va finir par avoir des troubles de mouvement à force de côtoyer des pathologies dégénératives.

Et enfin, la perception d'une impuissance à aider et le rejet pour éviter cet inconfort. Cette gêne est fréquente et retrouvée par rapport à des maladies considérées comme incurables avec difficulté à supporter une souffrance (mécanisme d'empathie).

I.1.3.3. Comment réduire cette stigmatisation ?

a. Liée à la perception d'un danger

Il ne faut pas laisser les malades se dégrader et avoir des comportements qui les amènent à être rejetés. Chaque agression dont un malade est l'auteur entraîne des réactions massives de rejet dans la population et renforce la stigmatisation. Le soi-disant caractère « pervers » ou « immature » de certains patients sont des alibis stigmatisant cautionnés par une analyse clinique déficiente basée sur des modèles psychopathologiques dépassés. Le défaut d'insight est fréquent et le refus de soins n'est pas une raison de ne pas intervenir.

Il semble important d'avoir une action pédagogique auprès de la presse qui inonde le public de messages donnant une image négative des troubles mentaux sans expliquer les troubles, ni envoyer de message d'espoir. Par exemple, organiser des stages en Psychiatrie pour les journalistes comme cela se fait déjà dans certaines écoles de journalisme et mettre en place des modules de formation pour les journalistes en poste. Ou encore, élaborer une « chartre de communication positive en Psychiatrie », mettre en place une communication plus positive et l'articuler avec les enjeux concrets dans les territoires (10). Il serait intéressant de mettre en rapport les dangers représentés par la population dite « normale » versus la population présentant des problèmes psychiatriques.

b. Liée à la perception d'une impuissance à aider

Il est urgent de transmettre une image plus efficace de la Psychiatrie. Par exemple, mieux former à maîtriser correctement les psychotropes, dans des conditions d'efficacité optimale, mieux former au diagnostic précoce et juste, condition de la prescription précoce et juste et mieux former à la maîtrise des techniques psychothérapeutiques efficaces.

c. Liée à l'inconfort face à des incohérences de la pensée

Il y aurait un intérêt à renforcer la formation en Neuropsychologie des psychiatres, pour qu'ils communiquent mieux aux autres spécialités et au public une image plus scientifique des troubles mentaux.

La réalisation de programmes de déstigmatisation destinés au grand public pourrait être intéressante.

Il faut envisager un travail de communication :

Les campagnes de l'Agence Nationale de Santé Publique (ANSP), pour toutes les campagnes qui ont prouvé leur efficacité avec par exemple, « PSYCOM *Information et Santé mentale* » qui réalise des travaux dans le domaine de l'information, lutte contre la stigmatisation et réalise la promotion des droits et de la participation des usagers.

La qualité des travaux menés par PSYCOM justifie qu'on s'en inspire afin de généraliser ce type de démarches, en particulier la diffusion de brochures, livres, films, vidéos, pages Web favorisant la déstigmatisation de la maladie mentale. Afin de mieux connaître la maladie mentale, et donc de mieux la comprendre, mais aussi d'agir davantage en matière de prévention dans la communauté et dans la cité (16).

Il faut mettre en place des campagnes locales, en lien avec les usagers et les pairs. Les programmes locaux, impliquant les usagers et adaptés aux différents publics, sont à privilégier sur la base des expériences qui ont fait leurs preuves en France ou à l'étranger.

Il faut développer les partenariats favorisant l'inclusion des personnes dans la cité.

Ce doit être le cas avec l'éducation nationale : informations des élèves concernant les maladies mentales et les troubles mentaux, formations des enseignants et des autres personnels pour favoriser la sensibilisation à ces maladies, partenariats entre notamment la Psychiatrie infanto-juvénile, la protection maternelle et infantile (PMI) et le service de santé scolaire (10).

La déstigmatisation doit permettre à terme, de prévenir, dépister plus précocement et traiter plus efficacement les troubles psychiatriques, en constante augmentation ces dernières années.

La Santé mentale est un enjeu majeur de Santé publique et c'est également un enjeu de société (3).

I.1.3.4. Auto stigmatisation

Nous retrouvons des difficultés pour les malades à se défendre face à la stigmatisation avec une notion de stigmatisation bien intégrée (17).

D'autant plus, que les personnes qui souffrent d'une maladie mentale ont des auto-préjugés et ont tendance à être en accord avec les stéréotypes de la maladie mentale (13).

La réduction de l'auto stigmatisation (surtout le sentiment d'être exclu de la société), pourrait améliorer l'attitude négative envers l'observance du traitement (17). La prise en charge de

l'auto stigmatisation doit être mise en place dans les soins de routine. Les techniques les plus couramment utilisées auprès des patients sont la psychoéducation, les programmes d'éducation thérapeutique (ETP) (18), les groupes de parole, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) de groupe, l'affirmation de soi, l'entraînement aux habilités sociales et la remédiation cognitive. On peut aussi proposer des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) avec comme objectif, le désenclavement d'une population souffrant d'isolement et d'exclusion sociale en instaurant à la fois des liens sociaux réguliers entre pairs mais aussi avec les autres citoyens.

I.1.4. De la Psychiatrie à la Santé Mentale ; la notion de parcours de soins

Historiquement, la maladie mentale dérange la société. La honte, la peur et la méconnaissance font obstacles à la tolérance, au soin et à la sociabilisation. Pendant longtemps, les malades mentaux ont erré dans la cité ou bien ont été cachés par la famille.

Au début du XIXème siècle, à la suite du mouvement né de la révolution française, marqué par les noms de Pinel et Esquirol et par la promulgation de la loi du 30 juin 1838, la France se dote d'un système d'assistance aux malades mentaux de structures asilaires. Chaque département a l'obligation de créer un établissement public habilité à recevoir et à soigner les malades mentaux placés sous le mode de l'internement.

En 1924, apparaissent les premiers services ouverts. La circulaire de Marc Rucard incite à la création de dispensaires d'hygiène mentale dont l'organisation suivra le modèle de la lutte antituberculeuse.

Après la seconde guerre mondiale, la psychothérapie et le mouvement désaliéniste, avec entre autres Lucien Bonnafé, font leur apparition, permettant la continuité des soins : prévention, dépistage et postcure. Plusieurs médecins et en particulier Gérard Daumezon, expliquent que la Psychiatrie doit se partager entre l'hôpital et l'extérieur.

En 1838, on parle d'asiles d'aliénés, puis d'hôpitaux psychiatriques en 1937, de centres spécialisés en 1970 et aujourd'hui d'établissement public de Santé Mentale.

Le concept de Santé Mentale s'est donc progressivement substitué à la conception médicale classante, utilisé dans le travail soignant quotidien.

Alors que dans l'inconscient collectif, la Psychiatrie cible « les grands fous », la Santé Mentale, quant à elle, fait référence à la souffrance psychique de tout un chacun (5).

I.1.4.1. Parcours de soins, de santé, de vie, du patient, usager, citoyen

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 » (10).

Le parcours n'est pas un concept creux ni un mot galvaudé. Il est au contraire l'une des principales innovations de la loi de modernisation de notre système de santé (19) et correspond à un besoin majeur des personnes mais aussi de leur entourage. Certes, il s'agit d'abord de « soigner » et donc de prendre en charge la pathologie, la souffrance, la crise, l'urgence, ce dont le système de santé s'acquitte bien. Mais, il s'agit aussi de « prendre soin » et donc de se préoccuper de la vie des personnes en les accompagnant tout au long d'un parcours, ce dont le système de santé s'acquitte beaucoup moins bien (10) .

L'approche du parcours de soins est de faire en sorte qu'une personne reçoive les bons soins par les bons professionnels dans le bon endroit au bon moment et d'éviter les ruptures de parcours.

Pour une bonne part de nos concitoyens ayant besoin de soins psychiatriques, ces parcours sont encore longs et complexes. Ils associent des temps de soins (dépistage, diagnostic de la maladie, intervention d'urgence ou de crise, soins hospitaliers et ambulatoires du patient, aide aux familles et aux proches) destinés à obtenir au minimum le rétablissement du patient, au mieux sa guérison, et des temps d'accompagnement médico-social, de réhabilitation psychosociale, d'insertion ou de réinsertion sociale, portés d'abord par les acteurs de l'action sociale avec pour objectif de réduire au mieux le désavantage, les déficiences et le handicap liés au trouble, favorisant ainsi la meilleure inclusion possible de la personne dans une société qui a tendance à exclure ce type de handicap. Dans ces parcours longs et complexes, il est indispensable que tous les acteurs puissent réfléchir et agir dans la complémentarité la plus parfaite (10). La coopération avec l'ensemble des acteurs du soin et de l'accompagnement est une dimension majeure des parcours de soins et de vie.

Une organisation de la santé en parcours a pour objectif de prendre en compte les besoins globaux de la personne dans son milieu de vie et d'y répondre de la façon la plus appropriée dans le respect des choix de cette dernière, en évitant des ruptures de parcours préjudiciables.

Il faut donc commencer par cartographier les étapes du trajet du patient tout au long de son parcours de santé en identifiant l'endroit et la manière dont la prise en charge est réalisée et le cas échéant la manière dont elle devrait l'être.

I.1.4.2. L'accès aux soins = première étape du parcours

La première étape du parcours de soins est l'accès aux soins. Il s'agit aussi du premier droit de la personne malade ; pouvoir « accéder aux soins » que son état nécessite.

Ce sont les principes d'égal et de libre accès aux soins garantis aux usagers par le système de protection sociale mis en place en 1945, et fondés sur la solidarité.

L'accès équitable ne signifie pas que tous les services sont disponibles en tout point du territoire mais qu'une orientation adéquate permet l'accès à des services de santé adaptés aux besoins des personnes.

Qu'il soit médecin de famille ou de proximité, le médecin généraliste est le premier interlocuteur médical interpellé en général.

Les symptômes psychiques et les troubles psychiatriques représentent une part importante de la consultation de médecine générale. Une étude réalisée à Paris a relevé que 11 % des sujets consultant en médecine générale ont une plainte portant sur un problème psychologique. Dans cette même étude, parmi les sujets consultant en médecine générale et ayant pu faire l'objet d'un entretien psychiatrique à visée diagnostique, 30 % présentaient des troubles psychiatriques ou addictologiques : une dépression (13,7%), un trouble anxieux (12%), une neurasthénie (9%), un alcoolisme grave ou une dépendance alcoolique (10%) (10).

Ces chiffres reflètent combien le médecin généraliste est pris dans le dispositif de soins psychiatriques. Il est un relais principal pour l'accès aux soins psychiatriques.

Une étude récente de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du ministère de la santé, des affaires sociales et des droits des femmes) relate que dans notre pays, les médecins généralistes, étant donné leur place centrale dans le dispositif d'accès aux soins, sont souvent en 1^{ère} ligne dans la prise en charge des troubles de santé mentale (20). Pour autant, les difficultés que rencontrent ces professionnels pour prendre en charge les problèmes de santé mentale tels que les repérages insuffisants, les troubles diagnostiqués à tort ou les prescriptions inadéquates sont régulièrement mis en avant (10).

Deux facteurs semblent expliquer le sous repérage des troubles mentaux par ces professionnels : la durée de consultation et la formation (initiale et continue) insuffisante en matière de santé mentale (10).

En France, le taux d'adressage des médecins généralistes vers les psychiatres est l'un des plus faibles d'Europe, ce qui peut s'expliquer pour différentes raisons (21):

-Il est difficile de déterminer les circonstances dans lesquelles un médecin généraliste doit se tourner vers un psychiatre pour un avis ou le suivi conjoint d'un patient : diagnostic, sévérité des symptômes, formation du médecin, etc...

-Il est également compliqué d'identifier le bon interlocuteur dans le paysage de la Psychiatrie en établissement. L'accès aux soins spécialisés reste difficile en termes d'orientation du patient où l'errance diagnostique est encore le lot commun de trop nombreux patients.

-La stigmatisation de la Psychiatrie et des personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique est encore bien présente. On retrouve des fausses idées sur la Psychiatrie (pathologie, traitement, psychiatre). Les français prennent beaucoup de psychotropes pendant des années mais sans avis spécialisé et c'est cet avis spécialisé qui fait peur.

Des personnes se retrouvent en situation de handicap et/ou de précarité faute d'un diagnostic précoce et d'une prise en charge spécifique (10).

-Les médecins généralistes déclarent enfin avoir des relations difficiles avec les secteurs psychiatriques : *seuls 35% déclarent être suffisamment informés sur leur mission et leurs activités ;

*alors que plus de 90% déclarent avoir des patients qui y sont suivis, seulement 40% disent pouvoir contacter facilement le secteur psychiatrique en cas de besoin et 22% être régulièrement informés de la situation de leurs patients qui y sont suivis (20) ;

*les médecins généralistes déplorent également les retours insuffisants des psychiatres concernant les patients qu'ils leur ont adressés et l'absence fréquente de lettre de sortie suffisamment documentée après une hospitalisation en Psychiatrie. L'information reçue par les médecins traitants après une hospitalisation complète mais aussi tout au long du suivi ambulatoire est insuffisante. Une lettre de liaison est expérimentée en région Nouvelle Aquitaine entre médecin généraliste et psychiatre (22) (Annexe 11).

Beaucoup mentionnent un défaut de lisibilité des « portes d'entrée », des délais de prise en charge ainsi, qu'une difficulté d'accès aux soins spécialisés dans les établissements autorisés pour l'activité de Psychiatrie, tant pour le suivi ambulatoire que pour l'hospitalisation complète.

Il faut informer davantage ou différemment les médecins traitants et l'ensemble du réseau sanitaire, médico-social, social, le public sur l'organisation et les portes d'entrée des Centres Hospitaliers de Psychiatrie (5) (10). Il est important d'améliorer la lisibilité de l'offre existante par une meilleure clarification des rôles et missions de chacun et de l'articulation des interventions.

Les Centres médico-psychologiques (CMP) devraient être en général le lieu du premier contact psychiatrique. Ils devraient permettre un accès rapide aux soins spécialisés et une coordination du parcours de soins.

On retrouve des ruptures de parcours de soins en lien avec la démographie médicale notamment avec des délais d'attente pour un rendez-vous avec un psychiatre qui sont parfois longs (23) (24) (25). La prévention et le dépistage sont moindres pour les publics éloignés du système par rapport à la population générale, principalement pour des raisons d'accessibilité géographique et financière et des difficultés d'expression et de communication liées à un handicap, à des troubles de la santé mentale.

Le 26 janvier 2016, était votée la loi dite de modernisation de notre système de santé (19). Ce texte proposait « d'élargir les compétences de certaines professions au service des grandes priorités de santé publique », via notamment la reconnaissance du statut d'Infirmier en Pratique Avancée (IPA). L'objectif étant « d'offrir de nouveaux services à la population et d'améliorer la qualité du processus de soins dans un contexte d'une nécessaire structuration de l'offre de soins ambulatoire ». Les IPA pourront exercer au sein d'une équipe de soins primaire coordonnée par un médecin traitant, au sein d'une équipe de soins en établissement de santé et, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste hors soins primaires en médecine ambulatoire. Leur champ de compétences comportera des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage, ainsi que des actes de coordination des parcours entre les soins de premier recours, les spécialistes et les établissements et services de santé ou médico-sociaux. Les IPA pourront par ailleurs conduire un entretien avec le patient, réaliser une anamnèse et procéder à un examen clinique. Enfin, ils seront en mesure de prescrire des dispositifs médicaux ou des médicaments non soumis à prescription médicale obligatoire ou à renouveler ou adapter des prescriptions médicales en cours.

C'est le médecin, en lien avec l'IPA de l'équipe, qui décide des patients auxquels, avec leur accord, un suivi sera proposé par un infirmier exerçant en pratique avancée. Ce dernier devra en retour informer le praticien s'il repère une dégradation de l'état de santé du patient ou une situation dont la prise en charge dépasse son champ de compétences (26).

A ce jour, nous constatons encore trop souvent que l'attitude pour les médecins traitants, les familles, les patients, l'ensemble du réseau sanitaire, médicosocial et social, quand un citoyen ne va pas bien, c'est de l'amener aux soins psychiatriques à la dernière extrémité et souvent dans une situation de grande urgence, ce qui montre un échec de notre mission de prévention et engendre un retard au diagnostic qui rend le pronostic, tant médical que social des troubles, beaucoup plus sombre. A l'inverse, certains diagnostics trop précoces peuvent être nuisibles avec des traitements inadaptés, voire entraînant une éventuelle stigmatisation.

Ainsi, nous pensons qu'il faut faire de l'offre de soins de proximité et en particulier de l'offre de soins ambulatoires, une priorité et développer un maillage territorial clair et en nombre suffisant avec des lieux et des dispositifs de consultation en Psychiatrie et Pédopsychiatrie qui doivent aussi permettre d'organiser et de rendre lisibles et accessibles les filières de soins et l'offre d'accompagnement aux usagers, professionnels.

Une meilleure lisibilité des dispositifs, des « portes d'entrée » et du rôle de chacun des acteurs faciliterait la prise en main par l'utilisateur et/ou de ses aidants et limiterait les risques d'isolement des personnes.

Depuis peu, il est également en train de se développer l'usage de la télémédecine afin de réduire les inégalités d'accès aux soins, notamment pour les personnes fragiles ou en situation d'isolement. Les services de télémédecine ont pour finalité de permettre la réalisation d'un acte de soins à distance : diagnostic, suivi d'un patient à risque (dans le cadre de la prévention ou d'un suivi post thérapeutique), recours à un avis spécialisé, assistance d'un professionnel dans la réalisation d'actes, etc (27).

Il est important de se concentrer sur ce lien médecin traitant/professionnels de psychiatrie (28). Il faut assurer des liens écrits réciproques entre médecin traitant et psychiatre, ainsi que l'envoi d'un courrier détaillé du psychiatre au médecin généraliste, conformément à la recommandation de bonne pratique adoptée par le collège national pour la qualité des soins en Psychiatrie et labellisée par la Haute autorité de Santé, visant à améliorer les échanges de courrier entre médecins généralistes et psychiatres (10).

D'autres moyens voient le jour pour mettre en place une prise en charge plus précoce :

*Des dispositifs expérimentaux intersectoriels d'intervention précoce pour certains troubles mentaux sévères (schizophrénie, trouble de l'humeur, etc...)

*Pour les troubles débutants, des modalités moins traumatisantes que l'hospitalisation, avec par exemple des petites unités de quelques places réservées aux premiers épisodes schizophréniques de l'adolescence, type centre de crise ou centre de thérapie brève (10).

Ainsi, l'accès aux soins psychiatriques est la première étape du parcours du patient. Cette étape est primordiale, avec la création de l'alliance thérapeutique, socle de tout le travail ultérieur (Annexe 7).

I.1.4.3. Autres étapes du parcours de soins

Des usagers, des associations de famille et d'entraide, certains professionnels eux-mêmes, déplorent une mauvaise anticipation fréquente des sorties d'hospitalisation, laissant souvent l'utilisateur et ses proches en grande difficulté. Cette mauvaise anticipation peut avoir pour cause un souci de libérer à tout prix des lits pour garder la capacité d'accueillir des patients en première crise ou en rechute. Elle peut être due aussi à une mauvaise connaissance des possibilités d'orientation vers le logement, vers les secteurs social et médico-social par les professionnels de l'hospitalisation.

Cela peut être également dû au patient, avec une instabilité de par sa pathologie mentale, qui demande une sortie contre avis médical dans l'instant.

On retrouve des ruptures de parcours de soins en lien avec l'absence de suivi global et spécialisé organisé et proposé après des hospitalisations complètes dans le cadre de pathologies psychiatriques chroniques, de patients vulnérables. Chaque hospitalisation complète doit permettre de revoir le dispositif d'accompagnement du patient, le réseau, son projet de soins et de vie à son domicile.

Il est nécessaire d'améliorer la communication entre les différents intervenants notamment entre les médecins traitants et les professionnels de Psychiatrie avec l'envoi systématique d'un courrier de sortie suffisamment documenté après une hospitalisation en Psychiatrie.

La notion de rupture de parcours de soins est importante chez les patients en situation de précarité. Une étude a montré que des patients SDF consultant aux urgences psychiatriques avaient en majorité des troubles psychotiques et des antécédents d'hospitalisation, avec une impossibilité apparente de s'inscrire dans la société, même comme « malades » (29). Pour ces patients en situation de grande précarité, il semble que les services d'urgence apparaissent comme un lieu adéquat, un lieu de transit « où l'on passe un instant ou plusieurs heures et où l'on peut revenir, dans l'annulation de ce qui est passé et l'acceptation d'une répétition ». Mais, suite au développement des équipes mobiles Psychiatrie-Précarité officialisées par la circulaire du 23 Novembre 2005, il semble qu'il y ait une nette diminution du nombre de passages aux urgences psychiatriques de ces patients (29).

Il faudrait proposer des suivis spécialisés au moins pour les patients les plus à risque, ceux ayant une pathologie mentale chronique, les personnes âgées, les personnes vulnérables du fait de troubles liés aux substances, de troubles cognitifs, de handicap psychique, de handicap mental, de précarité sociale.

L'éducation sur la pathologie et l'éducation thérapeutique sont des étapes essentielles du parcours de soins. Cette éducation doit aller jusqu'à l'autonomisation du patient par rapport à sa maladie et son traitement (10).

Il est important de renforcer le rôle de prévention secondaire et tertiaire des équipes pluridisciplinaires des CMP et de renforcer les équipes mobiles qui font de la prévention en amont et de l'accompagnement en aval de l'hospitalisation.

Il est également important de mettre en place des centres ressources régionaux handicaps psychiques, sur le modèle des centres thématiques existants, qui ont fait leurs preuves.

Il faut renforcer la continuité et la diversité des soins et de l'accompagnement avec notamment le développement des nouvelles techniques de soins :

- ✓ les techniques cognitivo- comportementales en évaluant leur efficacité.
- ✓ la remédiation cognitive et la mise en place d'une structure de remédiation cognitive par territoire de santé mentale dont la fonction serait d'assurer des rééducations, d'en assurer l'évaluation, mais aussi de former les professionnels d'autres structures à cette technique de réhabilitation psychosociale susceptible d'améliorer le parcours de vie de certains patients de la Psychiatrie.
- ✓ le développement de l'accès aux diverses psychothérapies et ne pas cantonner les psychiatres à la seule prescription médicamenteuse ni à un modèle unique de psychothérapie.
- ✓ les possibilités d'action et d'innovation pour les acteurs en évitant au mieux les contraintes nominatives de protocoles et de procédures trop rigides (10).

I.1.5. Les urgences psychiatriques dans le parcours de soins

I.1.5.1. Définition de l'urgence psychiatrique

Pour Mr De Clercq, le « concept de crise peut être compris comme une perturbation aiguë du fonctionnement structurel du patient, mais aussi de son contexte familial et conjugal devant une difficulté existentielle, un changement à affronter. Face à l'impossibilité du patient ou de la famille de résoudre ce problème et de sortir de ce moment difficile, la crise amène l'émergence d'un symptôme » (30) (31).

Comme le souligne De Clercq (32), l'urgence psychiatrique ne se résume pas aux seules urgences de la Psychiatrie, à savoir les moments de décompensation de maladies psychiatriques repérées comme telles. Depuis la proposition de la Commission des maladies mentales en 1991, la communauté psychiatrique définit l'urgence psychiatrique comme une demande dont la réponse ne peut être différée. Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante, afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique. Cette définition donne une place centrale à la demande du sujet lui-même mais aussi à celle de son entourage, dont les limites sont dépassées. Ainsi, l'urgence psychiatrique n'est pas d'avantage une aggravation de la pathologie qu'un dépassement du seuil de tolérance du sujet ou de l'entourage face à son trouble (31).

L'urgence psychiatrique se répartit ainsi en deux groupes :

- les urgences psychiatriques pures ou vraies ou la Psychiatrie en urgence. Nous retrouvons dans ce cadre les caractéristiques de toute urgence de spécialité médicale ;

- les urgences psychiatriques dans lesquelles le symptôme est d'apparence psychiatrique et la situation définie comme une crise à laquelle l'équipe psychiatrique va devoir répondre. Le concept de crise apparaît là comme le second volet de l'abord des urgences psychiatriques. Le cadre de l'urgence de spécialité est ici dépassé.

L'urgence, nécessitant une prise en charge mixte, psychiatrique et médicale et/ou chirurgicale, nécessite un dispositif d'urgence pluridisciplinaire, mais elle s'analyse d'un point de vue psychiatrique comme entrant dans l'un des deux cadres précédemment cités (32).

I.1.5.2. Dispositifs d'accueil de l'urgence psychiatrique

Le développement de dispositifs adaptés au sein des urgences générales revêt une importance particulière car celles-ci accueillent une population large, avec des spécificités propres, comme les tentatives de suicide ou les abus de substance nécessitant une prise en charge et une surveillance somatique rapprochée (33).

Elles constituent également le premier moyen d'accès à la Psychiatrie pour certains patients ou pour ceux, dont le symptôme de la crise est somatique au premier plan, qui sont adressés par les urgentistes vers l'équipe psychiatrique (30) (34).

En considérant l'urgence psychiatrique définie par les deux axes présentés précédemment, il est aisé de saisir que les acteurs amenés à intervenir sur le terrain de cette urgence particulière sont multiples. Il s'agit de professionnels ou structures spécialisés, mais aussi de professionnels ou structures non psychiatriques (35).

Le décret du 9 mai 1995 impose aux établissements comportant un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) d'établir une convention de coopération avec les hôpitaux des secteurs psychiatriques correspondant à l'aire d'attraction géographique du service d'urgence (par exemple, convention CHRU Dupuytren Limoges-CH Esquirol (Annexe 1)). Les SAU dans les établissements de santé doivent pouvoir accueillir 24/24heures, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge. L'équipe médicale du service des urgences doit ainsi compter un psychiatre et au moins un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle dans un service de Psychiatrie.

Ainsi la pratique d'accueil des urgences complète les différentes approches mises en œuvre dans le cadre de la sectorisation pour améliorer l'accès aux soins psychiatriques (36) (37). Les axes de travail spécifiques de l'accueil des urgences peuvent être résumés de la manière suivante :

- accueil des situations critiques au sein de l'urgence générale ;
- intégration dans une équipe pluridisciplinaire pour toutes les urgences mixtes (gestes suicidaires ; alcoolisation...)
- intégration dans un réseau de soins permettant l'orientation rapide vers les différentes structures de soins relais psychiatriques.

L'intervention au moment de l'urgence contribue à changer l'image de la Psychiatrie, et ainsi facilite l'accès à ce type de soins. La présence psychiatrique dans un service d'urgence permet aussi d'assurer une continuité des soins pour les patients suivis sur d'autres structures du réseau psychiatrique (38) (39).

En France, quatre types de structures, selon leur implantation, prennent en charge des urgences psychiatriques :

- l'unité d'accueil et d'orientation (UAO) est une unité implantée au sein d'un hôpital psychiatrique. Cette unité comprend une équipe médicale et paramédicale qui assure l'accueil, l'évaluation, le traitement puis l'orientation des situations d'urgence, et fonctionne 24h/24.

- l'unité d'accueil des urgences psychiatriques est implantée à proximité immédiate du service des urgences médico-chirurgicales. Cette structure fonctionne comme une unité d'urgence sur l'ensemble de la journée avec une équipe médicale et paramédicale complète. Sa localisation permet la participation rapide des médecins somaticiens (40).

-le centre d'accueil et de crise est une unité implantée dans l'agglomération mais rattachée à un hôpital psychiatrique. L'équipe médicale et paramédicale de cette structure accueille les situations dites de crise. Une possibilité d'hospitalisation est possible dans l'unité sur une période brève (en général 6 jours, renouvelable une fois). Dans les situations avec une composante somatique, le patient est orienté vers l'hôpital général (41).

- l'unité médicale psychiatrique est intégrée au sein d'un service d'urgences médico-chirurgicales. Un psychiatre et un infirmier assurent l'accueil et la prise en charge des urgences psychiatriques, en collaboration avec l'équipe du service d'urgences (42).

La gestion de l'urgence psychiatrique se décline alors de différentes manières dans le cadre de l'hôpital général :

- une unité d'accueil à proximité des urgences somatiques mais identifiée en tant que telle sur le plan structural et administratif. Son fonctionnement est donc autonome 24/24 heures avec une équipe médicale et paramédicale complète. Le recours à l'équipe de soins somatiques est facilité de par sa localisation ;

- une unité médicale de Psychiatrie intégrée au service des urgences médicochirurgicales. Les soins sont alors assurés par un psychiatre et le plus souvent un(e) infirmier(e) en collaboration avec l'équipe des urgentistes ;

- un partenariat avec l'équipe de Psychiatrie de liaison intervenant à l'hôpital. La prise en charge du patient s'organise sous forme de demande d'avis des médecins somaticiens auprès du psychiatre ;

- certains établissements disposent également d'unités d'hospitalisation de courte durée, dédiées ou non spécifiquement à la Psychiatrie. Ce type de service permet une évaluation à distance de l'entrée ou une adaptation plus précise de l'orientation du patient (43).

Cette coopération permet un dépistage et une gestion de l'urgence psychiatrique plus aisée (44). Un des rôles du psychiatre au sein de l'équipe des urgences est également de maintenir l'alerte face à la toujours possible organicité des troubles psychiatriques. La priorité donnée systématiquement à l'organique sur le psychique est un impératif de sécurité (45) (43).

L'intervention de crise consiste donc à consacrer du temps à une situation considérée au départ comme une urgence pour permettre son évolution vers un nouvel état d'équilibre pour lequel la suite des soins pourra être planifiée en ambulatoire si possible (30) (46) (47).

En France, un service mobile d'urgence psychiatrique accessible 24 heures sur 24 a vu le jour en 1994 (48). Il est le résultat d'une réflexion portée conjointement sur l'urgence psychiatrique et les solutions alternatives à l'hospitalisation, sans idée de se substituer à l'hospitalisation

complète classique qui doit garder sa place quand l'indication est clairement posée. Il s'agit de l'Equipe Rapide d'Intervention de Crise dite ERIC (49). L'accès au service est réservé aux professionnels et les appels du public sont régulés par le SAMU. Ainsi, le système est associé à un réseau primaire de soins, il peut filtrer les urgences somatiques nécessitant un transfert à l'hôpital général, ainsi que les demandes purement sociales ou relevant de l'ordre public. L'équipe est composée de psychiatres, d'un psychologue, d'infirmiers, d'un cadre infirmier et enfin d'une secrétaire. Les interventions sont effectuées par un binôme : psychiatre et infirmier ou psychiatre et psychologue. Suite à un appel signalant une urgence psychiatrique, le principe d'ERIC est de proposer soit une intervention de son équipe au domicile du sujet concerné en présence de sa famille ou de ses proches, soit une consultation en urgence dans les locaux de l'unité mobile, entretien auquel sont conviés le sujet, sa famille ou ses proches. L'approche du trouble ou de la crise se fait selon une orientation systémique. A l'issue de ce premier contact une prise en charge est proposée au patient et à son entourage (50).

I.1.5.3. Données épidémiologiques

Nous estimons que les maladies psychiatriques touchent plus d'une personne sur cinq chaque année.

La prise en compte du fait psychiatrique aux services des urgences des hôpitaux généraux est allée de pair avec la demande croissante de soins immédiats exprimée à la fois par la population mais aussi par les médecins urgentistes (51) (52).

Les services d'urgences psychiatriques n'ont eu de cesse de voir leur fréquentation s'accroître.

Trois facteurs contribuent à expliquer l'augmentation de la demande de prise en charge psychiatrique aux urgences en France. Les services d'urgence en hôpital général dans une grande agglomération représentent un aspect attractif dans une société qui exige une intervention rapide à toute situation de détresse.

La baisse de la durée moyenne de séjour en hôpital psychiatrique favorise la réintervention en urgence pour les rechutes. De plus, le nombre de lits d'hospitalisation en Psychiatrie est en diminution constante (53) (54). Ce changement a été réalisé afin de développer la réorganisation des soins sur l'extérieur de l'hôpital avec la mise en place de structures intermédiaires comme les hôpitaux de jour ou le développement de foyers de postcure, les visites à domicile (50) (55).

Chaque année, les services d'urgence des hôpitaux généraux accueillent près de 9 millions de personnes, l'augmentation est de 4 % par an. Selon les sources, 40 % nécessitent un avis psychiatrique. Les motifs les plus fréquents sont les conduites suicidaires, les états anxieux,

les idées dépressives, les idées délirantes et les états d'agitation (56). Mais un phénomène de réutilisation de ces services d'urgences par un nombre restreint de patients a très tôt été identifié (8) (57). Il est retrouvé dans la revue de la littérature que les patients grands utilisateurs des services d'urgences souffrent majoritairement de maladies psychiatriques sévères et chroniques et évoluent dans un univers socio-économique peu étayant, que celui-ci soit une cause ou une conséquence de la pathologie psychiatrique (58) (52). Ces patients sont aux prises avec une souffrance psychique, qui n'est peut-être pas majeure, mais pour qui, dans leur contexte d'isolement social, la disponibilité des services d'urgences psychiatriques offre la possibilité d'un apaisement au moins temporaire (56).

Ces patients ne sont pas exclus des réseaux de soins : la plupart ont déjà bénéficié de traitements psychiatriques et en particulier d'hospitalisation ou de soins ambulatoires (59) (60).

Ils constituent un groupe de personnes errant dans les interstices probablement laissés vacants par le système de soins, malgré l'effort de travail en réseau des institutions médicales et sociales (61) (62) (63). Ce phénomène tend à renforcer la fragmentation des soins et l'incapacité à maintenir la continuité du projet thérapeutique que l'on peut considérer comme une partie intégrante de leur pathologie. Dans un réseau pourtant largement côtoyé, les urgences restent malgré tout le recours le plus aisé. Cela peut souligner un important problème d'organisation du système de soin ou de lisibilité de cette organisation (64) (65).

I.2. Le paysage de la Psychiatrie en Haute-Vienne (87)

I.2.1. Offre de soins aux CH Esquirol de Limoges

Avant 2009, nous retrouvons 5 secteurs de Psychiatrie adulte et 2 intersecteurs de Psychiatrie infanto-juvénile (Annexe 5).

En Juillet 2009, avec la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST), 6 pôles d'activités sont construits autour de filières et non de services (66). Une filière est un plateau technique d'expertise intra-hospitalier avec un groupe homogène de patients (Annexe 6).

L'offre de soins du Centre Hospitalier Esquirol (CHE) est structurée autour de :

- L'offre de soins de proximité, implantée dans chaque territoire de Santé Mentale de proximité, y compris celui de la ville centre. Elle comprend une offre de proximité transversale, destinée à tous les patients adultes et de même pour les enfants et les adolescents.

- L'offre de soins de plateau technique, qui répond, elle au besoin de développer des prises en charge spécialisées, grâce à la formation et l'expérience acquise par chaque équipe de professionnels concernés par la prise en charge d'un groupe de patients présentant des besoins similaires. Cette offre a été structurée autour de la composition de plusieurs grandes filières au sein du CHE :
 - la filière Psychiatrie de la personne âgée pour les personnes âgées ;
 - la filière Psychiatrie périnatale pour les enfants de 0 à 2 ans ;
 - la filière Pédopsychiatrie Enfants pour les enfants de 3 à 11 ans ;
 - la filière Pédopsychiatrie Ados pour les adolescents de 12 à 17 ans ;
 - la filière soins aigus et soins sans consentement et la filière réhabilitation pour les personnes souffrant de troubles de l'humeur, de troubles anxieux, de troubles psychotiques, de troubles de la personnalité ;
 - la filière Santé Justice pour les personnes sous-main de justice ;
 - la filière troubles addictifs pour les personnes souffrant d'addiction avec ou sans substances.

Ces dernières années, a été créé le pôle des usagers qui est un espace de dialogue dédié aux patients, à leur entourage et aux professionnels. Convaincu de la nécessité de la coopération, le pôle des usagers participe activement aux échanges associant tous les partenaires du soin et de l'accompagnement ainsi qu'à l'information et la communication visant à déstigmatiser la maladie mentale. De nombreuses actions concrètes permettant de faire levier sur les obstacles aux soins et à l'insertion des personnes en situation de grande souffrance psychique se coconstruisent, se co-décident et se coordonnent en son sein (Annexe 9).

I.2.2. Filière ambulatoire du CH Esquirol

La filière ambulatoire est un « secteur rénové » qui répond à la stratégie territoriale (23) (24) (25).

L'Organisation Mondiale de la Santé, recommande, depuis plus de 10 ans déjà, de sortir des logiques hospitalières pour favoriser, tant que possible, l'accompagnement des personnes dans leur milieu de vie (22).

Le CHE a appuyé son virage ambulatoire sur la mise en place des Centres de Proximité en Santé Mentale (CPSM). Les CPSM ont pour objectif de faciliter l'accès de la population, dans chaque bassin de vie y compris celui de Limoges, à « un panier de soins ambulatoires complet lui permettant :

- D'être prise en charge au plus tôt et au plus près ;
- En coopération avec l'ensemble des acteurs du soin et de l'accompagnement dans une logique de parcours de soins et de vie (22) (Annexe 4) (Annexe 6).

Les CPSM propose une offre de soins ambulatoire « généraliste » avec un champ d'activité « polypathologie psychiatrique » et des consultations d'évaluation, de diagnostic précoce, de dépistage et d'orientation.

Ils proposent également une offre de soins ambulatoire spécialisée avec des expertises psychiatriques de proximité, des consultations de suivi spécialisé psychiatrique et/ou psychothérapeutique, des soins de réhabilitation psychosociale et des consultations avancées (offre de soins spécialisée d'addictologie, offre de soins spécialisés de psychiatrie de la personne âgée). Les primo consultations se déroulent avec un(e) infirmier(e).

La priorité est de faciliter l'accès aux soins avec un travail de lutte contre la stigmatisation de la Psychiatrie et la lutte contre les non-réponses et délais d'attente démotivants.

Ils travaillent à éviter les ruptures de parcours de soins, à maintenir les usagers dans leur lieu de vie, à diminuer la fréquence et éviter si possible les hospitalisations et à limiter la perte d'autonomie, la désinsertion et la stigmatisation.

Lors du Comité de Pilotage de la filière ambulatoire du CHE (COPIL) le 21/04/2015, est décidé l'expérimentation de la fonction « coordonnateur de parcours ». Huit parcours de patients ont été traités entre Juin et Septembre 2015 dont le bilan a été positif. A partir du 04/01/2016, la fonction de « coordonnateur de parcours de soins » en santé mentale a été mise en place sur l'ensemble des pôles de Psychiatrie de l'établissement.

Le CPSM est un CMP renforcé avec un hôpital de jour adossé, dont la caractéristique est de travailler dans une articulation très étroite avec les partenaires du parcours de soin et de vie du patient : sa famille, son médecin traitant, les équipes mobiles, les partenaires du soin, les partenaires de l'accompagnement, les structures hospitalières intervenant dans le parcours.

Les outils utilisés pour associer le patient et tous les acteurs du soin et de l'accompagnement sont :

- Des réunions de synthèse quasi systématiques et régulières avec le patient et son environnement (les accompagnants familiaux, les professionnels du soin et de l'accompagnement qui interviennent).
- Des outils de liaison avec les médecins traitants, les services de soins à domicile.
- Des coordinateurs de parcours pour les cas complexes.
- Des programmes d'éducation thérapeutique dans les CPSM et au domicile des patients.
- Des comités locaux des usagers qui sont constitués des représentants d'association impliquées en santé mentale.

Nous retrouvons un partenariat actif pour associer les usagers au fonctionnement des CPSM.

D'autres points importants doivent être des priorités pour la filière ambulatoire comme travailler avec les partenaires sur le passage des usagers de la Pédopsychiatrie à la Psychiatrie adulte pour éviter les ruptures de parcours de soin ou encore poursuivre le travail sur les transmissions informatisées pour faciliter le lien avec les urgences, l'intra-hospitalier et l'ambulatoire (22).

L'offre de soins de proximité est en pleine expansion. Pour chaque filière, il existe une équipe ambulatoire spécialisée.

En Pédopsychiatrie, il existe la maison des adolescents (MDA) avec comme recours, la possibilité d'une hospitalisation sur l'unité Bellevue ou à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME) ou encore les consultations d'urgence mises en place avec des internes de spécialité.

Pour les personnes sous-main de justice, il y a des psychiatres qui interviennent dans la prison avec la possibilité d'une hospitalisation sur l'unité Delay 1 (soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état) puis une prise en charge à Cadillac.

Pour les personnes en situation de handicap psychique, il se développe l'équipe mobile pour le handicap psychique (EMHP), qui a un rôle de prévention et qui accompagne les équipes (famille gouvernante, établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD), foyer de vie...) et informe sur la maladie mentale. Si une hospitalisation est nécessaire, quatre lits médico-sociaux sur l'unité médicale Bergouignan sont réservés.

Pour les personnes en situation de précarité, il existe l'équipe mobile Psychiatrie et Précarité (EMPP).

Pour les personnes âgées, nous retrouvons l'équipe mobile d'évaluation et de suivi de la personne âgée (EMESPA) qui intervient au domicile des personnes et au sein des EHPAD. Il existe également les hôpitaux de jour.

Pour les personnes ayant des conduites addictives, nous pouvons compter sur l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA). Il y a également une équipe de liaison d'addictologie pour les mineurs qui intervient à la MDA.

Pour les personnes victimes de Psycho traumatisme, il existe la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) qui est déclenchée par le SAMU. Une équipe de victimologie est actuellement en train de se structurer.

Au sein du CHE, se trouve une unité d'évaluation et d'orientation, l'unité Morel, qui permet une gestion de la crise, une évaluation clinique et environnementale et la mise en place d'un projet de soins à la sortie. Cette unité a également pour rôle, la prévention des hospitalisations longues parfois délétères pour les usagers. Benedict, Augustin Morel est un psychiatre français (1809-1873), partisan d'une humanisation et d'une ouverture des hôpitaux sur la communauté.

I.2.3. PTSM 87-23-19 dans la nouvelle grande région « Nouvelle Aquitaine »

Au niveau du département de la Haute-Vienne, nous retrouvons le CHE dont les offres de soins ont été décrites précédemment. Il y a également, au nord du département, la clinique de la Jonchère dans laquelle intervient 3 psychiatres. C'est une clinique avec 30 lits d'hospitalisation complète ayant également un champ d'activité « polypathologie psychiatrique » pour les adultes et 5 places en hôpital de jour. Les psychiatres de la clinique réalisent également des consultations de liaison, à la clinique Chénieux surtout, mais aussi dans quelques EHPAD. Les visites au domicile sont, pour le moment, peu développées avec environ 2 par an.

Au niveau du département de la Creuse, il existe le Centre Hospitalier La Valette à Saint Vaury où nous retrouvons une filière de soins aigus et soins sans consentement (SSC), une filière de réhabilitation, une filière de troubles addictifs et une filière de la personne âgée. Plusieurs psychiatres du CHE interviennent dans ce département et une activité de téléconsultation est en place depuis Avril 2018 entre le CHE et le CH La Valette (CMP de Guéret) dont les premiers résultats seront présentés et discutés lors de la journée performance ambulatoire de Psychiatrie du 21 Novembre 2018 (67).

Depuis un an, l'Unité d'Evaluation et d'Orientation (UEO) Morel est interdépartementale (87-23).

Au niveau du département de la Corrèze, nous retrouvons sur l'hôpital de Brive, une filière soins aigus et soins sans consentement. Il y a également l'hôpital de Tulle qui comprend une filière enfants et adolescents et une filière soins aigus et SSC. Des psychiatres du CHE interviennent également sur ce département.

Sur l'hôpital d'Ussel, plusieurs filières existent également : une filière soins aigus et SSC, une filière Santé Justice, une filière de réhabilitation, une filière de troubles addictifs et une filière pour les personnes âgées.

Enfin, nous retrouvons le Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande qui assure une offre de soins relative aux soins intensifs et sécurisées, comprenant deux unités pour malades difficiles et une unité de soins intensifs psychiatriques dont la zone d'attractivité est nationale.

Des CMP sont présents sur les trois départements. Il y a ceux des villes centres, dont la population est importante, et ceux plus distants qui sont en fait des CMP frontières car ils se situent sur le pourtour des frontières départementales et disposent fréquemment d'une ville centre quasiment posée sur la frontière départementale.

Dans la Haute-Vienne, nous possédons un CPSM sur Limoges, Magnac Laval, Bellac, Saint Léonard de Noblat, Saint-Yrieix-la-Perche et Saint-Junien (Annexe 4).

Dans la Corrèze, nous retrouvons un CMP à Brive, Tulle, Ussel et dans la Creuse, à Guéret, Boussac, La Souterraine, Bourganeuf, Aubusson et Evaux les Bains.

Si les CMP constituent un point d'entrée dans le dispositif d'offre de soins spécialisés en Santé Mentale, le développement des hôpitaux de jour avec proposition de prises en charge intensives constitueront des alternatives à l'hospitalisation temps plein dans les territoires.

Cette offre sera complémentaire aux interventions menées à partir des équipes mobiles spécialisées qui interviennent en prévention des hospitalisations ou favorisant les sorties d'hospitalisation et la réduction des hospitalisations au long cours.

I.2.4. Présentation de l'unité médicale des urgences du CH Esquirol au CHU de Limoges

Longtemps considérées comme des voies d'entrées médicolégales ou marginales, les urgences psychiatriques ont tardé à justifier d'une spécificité interventionnelle.

Elles sont un lieu d'entrée dans le soin psychiatrique et un lieu spécifique de soin, mais également un lieu de l'éclosion et de la résolution d'un processus de crise.

L'afflux de plus en plus conséquent de patients vers les services d'urgences requiert une réponse collective des acteurs du système de santé.

Les décrets de 1995 et 1997 rendant obligatoires la présence et la disponibilité d'un psychiatre sur site, ont permis d'imposer une réponse structurée de l'urgence psychiatrique.

En ce qui concerne l'unité médicale des urgences du CHE au CHU de Limoges, c'est dans les années 90 qu'un poste de praticien hospitalier, assurant également la Psychiatrie de liaison, est créé.

Les décrets du 9 mai 1995 et du 30 mai 1997 stipulent l'obligation par les services d'accueil et d'urgence (SAU) de la présence d'un psychiatre 24 heures sur 24 ainsi que d'un infirmier ayant acquis une expérience dans un service de Psychiatrie. C'est pour cela, qu'à partir de mars 2001, sur Limoges, est créé une fédération des urgences psychiatriques. Il est décidé d'une disponibilité psychiatrique continue 24 heures sur 24 au sein du SAU du CHU de Limoges grâce à un accord avec le CH Esquirol (Annexe 1). Les modalités d'organisation pratique de la permanence médicale sur le site SAU et l'articulation entre l'accueil des urgences psychiatriques à l'hôpital général et la Psychiatrie de secteur sont définies par une convention de coopération entre le CH Esquirol et le CHU (68).

En 2002, une unité fonctionnelle « Urgence psychiatrique » est mise en place. Actuellement, l'unité médicale psychiatrique est intégrée au service des urgences médicochirurgicales.

Au moment de notre travail, trois médecins psychiatres sont sur place (assurant 1,5 équivalent temps plein) tous les jours de la semaine de 8h30 à 18h30. Un système de garde pour les week-ends et jours fériés est assuré par l'ensemble des psychiatres séniors, de 12h30 à 8h30

le lendemain pour le samedi (permanence le matin par les psychiatres du pôle de territoire du CHE) et 24 heures (8h30-8h30) pour le dimanche et jours fériés (68).

L'équipe psychiatrique compte également six infirmières et depuis mai 2016, un interne de spécialité. Il n'y a pas de psychologue ni d'assistant de service social dédié à cette unité médicale.

Les patients consultant aux urgences psychiatriques sont accueillis par une équipe composée en journée d'un à deux psychiatres séniors, un interne et deux à trois infirmières spécialisées. La nuit et les week-ends, la relève est assurée par le psychiatre de garde.

Depuis peu, un infirmier de l'équipe de liaison en soins addictologiques (ELSA) passe tous les matins aux urgences afin de donner un avis et une aide pour la prise en charge des patients arrivés pour une problématique addictologique.

La prise en charge aux urgences comprend une évaluation multidisciplinaire en lien avec les urgentistes si besoin, une phase d'intervention de crise et différentes modalités d'orientation post-intervention. Si une hospitalisation est décidée, elle peut se faire sur le CHE dans le service adapté (addictologie, trouble de l'humeur...) selon l'indication retenue. Dans le cas d'une orientation ambulatoire, un adressage vers le CPSM du territoire du patient, en libéral, ou vers le médecin généraliste est envisageable, ainsi qu'en consultation de post-crise au sein de l'unité médicale des urgences psychiatriques du SAU pour prolonger l'intervention de crise si nécessaire.

Peu de locaux individualisés sont dédiés à l'équipe de Psychiatrie (un bureau comprenant deux ordinateurs, une imprimante et un téléphone fixe), ce qui fait qu'elle est mobile, immergée dans les urgences générales, avec l'obligation de s'adapter. Cela entraîne un manque de confidentialité et fréquemment un retard à la prise en charge. Il n'y a pas de lits psychiatriques ni de chambre d'isolement au sein des urgences.

L'équipe psychiatrique intervient au niveau de quatre secteurs ; le circuit ambulatoire à l'entrée immédiate des urgences, le circuit long après passage au poste d'accueil et d'orientation, le secteur carcéral et au niveau de l'hospitalisation des urgences de courte durée (UHCD) qui possède onze lits (68).

Les missions de l'équipe psychiatrique au sein des urgences sont d'accueillir le patient et son entourage, de réaliser la première évaluation de la priorité de l'urgence psychiatrique par rapport à l'état somatique et un entretien médical pour préciser un éventuel diagnostic et la décision thérapeutique.

L'équipe psychiatrique doit mobiliser et impliquer les proches du patient afin d'évaluer la qualité de l'environnement, établir une bonne alliance thérapeutique, facteur déterminant du devenir

des interventions ultérieures, recueillir des informations rapides et les plus complètes possibles dans des conditions parfois difficiles inhérentes au sujet ou à l'infrastructure.

Il est primordial de repérer et dépister systématiquement la crise suicidaire, de travailler en collaboration avec l'équipe du SAU et les équipes spécialisées de Psychiatrie dans le territoire (travail de lien) et de donner des informations à l'équipe du SAU sur la Psychiatrie, la maladie mentale, l'offre de soins psychiatriques dans le territoire.

L'équipe psychiatrique peut réaliser des suivis post-crise avec des consultations réalisées au sein des urgences, le patient revenant plus facilement sur les lieux du premier contact, soit pour renforcer l'alliance thérapeutique et éviter une rupture de parcours, soit dans l'attente d'un relais ambulatoire sur le territoire à proximité du lieu de vie ou si besoin d'une psychothérapie brève ou guidance dans un délai court (68).

Une procédure est faite aux urgences, relative à la recherche du consentement patient pour être reçu par un professionnel du CHE et pour créer un dossier personnel informatisé sur le logiciel du CHE.

L'unité médicale des urgences du CHE au CHU de Limoges ne reçoit pas les urgences pédopsychiatriques qui sont reçues au sein du service d'urgences pédiatriques du CHU.

Au final, nous considérons que les urgences psychiatriques du CHE ont comme missions initiales d'être le premier moyen d'accès à la Psychiatrie, de lutter contre la stigmatisation, de prendre en charge les situations de crise et de gérer l'urgence psychiatrique mixte. Mais, il nous a semblé, d'après nos observations de terrain, qu'elles avaient une mission surajoutée notamment de recevoir des personnes connues et suivies pour une problématique psychiatrique, qui viennent aux urgences psychiatriques dans le but d'être hospitalisées.

II. 2^{ème} partie : étude clinique : « Place de l'unité médicale des urgences psychiatriques adultes dans le parcours de soins du patient »

II.1. Contexte scientifique

Le développement de dispositifs adaptés au sein des urgences générales revêt une importance particulière car celles-ci accueillent une population large, avec des spécificités propres, comme les tentatives de suicide ou les abus de substance nécessitant une prise en charge et une surveillance somatique rapprochée.

Nous parlons d'urgence mixte lorsqu'une surveillance rapprochée par les somaticiens est nécessaire et d'une urgence psychiatrique pure quand cela n'est pas le cas.

La gestion de l'urgence psychiatrique se décline de différentes manières dans le cadre de l'hôpital général :

- une unité d'accueil à proximité des urgences somatiques mais identifiée en tant que telle sur le plan structural et administratif. Son fonctionnement est donc autonome 24/24 heures avec une équipe médicale et paramédicale complète. Le recours à l'équipe de soins somatiques est facilité de par sa localisation ;

- une unité médicale de Psychiatrie intégrée au service des urgences médicochirurgicales. Les soins sont alors assurés par un psychiatre et le plus souvent un(e) infirmier(e) en collaboration avec l'équipe des urgentistes ;

- un partenariat avec l'équipe de Psychiatrie de liaison intervenant à l'hôpital. La prise en charge du patient s'organise sous forme de demande d'avis des médecins somaticiens auprès du psychiatre.

Certains établissements disposent également d'unités d'hospitalisation de courte durée, dédiées ou non spécifiquement à la Psychiatrie. Ce type de service permet une évaluation à distance de l'entrée ou une adaptation plus précise de l'orientation du patient (43).

Ainsi la pratique d'accueil des urgences complète les différentes approches mises en œuvre dans le cadre de la sectorisation pour améliorer l'accès aux soins psychiatriques. Les axes de travail spécifiques de l'accueil des urgences peuvent être résumés de la manière suivante :

- accueil des situations critiques au sein de l'urgence générale ;
- intégration dans une équipe pluridisciplinaire pour toutes les urgences mixtes (gestes suicidaires ; alcoolisation...)

- intégration dans un réseau de soins permettant l'orientation rapide vers les différentes structures de soins relais psychiatriques.

Les urgences psychiatriques constituent encore bien souvent le premier moyen d'accès à la Psychiatrie pour certains patients. Elles interviennent également beaucoup dans les situations de crise, de décompensation d'une pathologie psychiatrique. Mais il semble qu'elles aient une autre mission surajoutée, qui se développe ces dernières années. En effet, il semble que les urgences restent malgré tout le recours le plus aisé et certains patients (parfois adressés par leur psychiatre ou leur médecin traitant), déjà connus et suivis pour un problème psychiatrique, viennent aux urgences psychiatriques dans le but de se faire hospitaliser.

Cette mission n'est pas une des missions initiales des urgences psychiatriques donc c'est pour évaluer cette observation que nous avons réalisé une étude descriptive sur la population consultant au sein de l'unité médicale des urgences psychiatriques adultes du Centre Hospitalier Esquirol (Hôpital psychiatrique de Limoges) qui se situe au sein du service d'accueil et d'urgences (SAU) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges.

Une convention a été signée en 2001 entre le CHU de Limoges et le Centre Hospitalier Esquirol (hôpital psychiatrique de Limoges) (Annexe 1). Cette convention a pour vocation d'assurer l'accueil et la prise en charge des urgences psychiatriques au sein du service d'urgence et en lien avec le Centre Hospitalier Esquirol (CHE). L'équipe psychiatrique qui intervient au SAU se compose au moment de l'étude de trois praticiens hospitaliers (1,5 équivalent temps plein (ETP)), un interne de spécialité psychiatrique (1 ETP), cinq infirmières (5 ETP) et un cadre de santé (0,3 ETP), mis à disposition du SAU par le CHE. Une garde spécialisée les nuits et les week-end complète également ce dispositif.

II.2. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de décrire la population de l'unité médicale des urgences psychiatriques adultes du CH Esquirol située au sein du SAU du CHU de Limoges, pendant trois mois, du 1er Avril 2018 au 30 Juin 2018.

L'objectif secondaire de l'étude est de définir la place actuelle de cette unité médicale dans le parcours de soins des patients.

II.3. Méthodologie

II.3.1. Schéma de l'étude

Nous avons réalisé une étude descriptive prospective, portant sur une population de 316 sujets. Elle a été conduite en 2018 pendant 3 mois du 1^{er} Avril au 30 Juin à l'unité médicale des urgences psychiatriques adultes du CH Esquirol située au sein du SAU de Limoges.

II.3.2. Population étudiée

II.3.2.1. Critères d'inclusion

Tous les patients majeurs ayant été reçu aux urgences psychiatriques adultes, pendant la période d'inclusion.

II.3.2.2. Critères de non inclusion

Les patients qui n'ont pas acceptés de participer à l'étude ont signé le formulaire d'opposition à l'utilisation de leurs données médicales (annexe 2).

Les patients dont le niveau cognitif ne permettait pas de recueillir leur non-opposition à l'étude et en l'absence d'une personne de confiance pouvant accepter n'ont pas été inclus.

Les patients dont l'état de santé ne nous a pas permis de recueillir leur non-opposition au moment de leur passage aux urgences psychiatriques (ex : patients en soins sans consentement), en l'absence de personne de confiance et dont l'état de santé durant leur hospitalisation dans les trois mois de l'étude n'était pas suffisamment amélioré, n'ont pas été inclus.

II.3.2.3. Recrutement des sujets

Le recrutement des sujets a eu lieu entre le 1^{er} Avril et le 30 Juin 2018. L'équipe psychiatrique du CH Esquirol qui intervient au SAU (les praticiens hospitaliers, l'interne de spécialité, les cinq infirmières et le cadre de santé) a été sollicitée pour la réalisation de cette étude. Nous avons dû également solliciter tous les médecins du CH Esquirol qui interviennent dans cette unité médicale pour assurer la continuité des soins nuit et week-end (Annexe 3). Nous avons sollicité ponctuellement les médecins et internes de spécialité des unités d'hospitalisation du plateau technique du CHE pour recueillir la non-opposition de certains patients hospitalisés après leur passage aux urgences dont l'état de santé ne permettait pas de l'obtenir au moment du passage aux urgences, une fois que leur état de santé le permettait. Au total, 7 praticiens hospitaliers, 2 assistants des hôpitaux ou chef de clinique, 7 internes, 4 infirmières et un cadre de santé ont participé à l'étude.

D'un point de vue éthique, la note d'information remise au sujet leur précisait que les résultats obtenus seraient traités de manière anonyme et ne changeraient pas leur prise en charge, qu'ils étaient libres de s'opposer à l'utilisation de leurs données médicales pour l'étude sans que cela remette en question leur prise en charge (Annexe 2).

II.3.3. Recueil de l'information :

Après le recrutement des sujets et s'être assuré de la non-opposition du patient à l'utilisation de ses données médicales, les informations suivantes ont été traitées :

- l'âge moyen ;
- le sexe ;
- le lieu de vie ;
- le mode d'adressage : entourage, SAMU, pompiers, médecin traitant, psychiatres, hôpitaux locaux ;
- le motif de consultation : urgence mixte, urgence psychiatrique pure ;
- les antécédents de passages dans l'unité médicale des urgences psychiatriques du SAU ;
- le nombre de passage dans l'unité médicale des urgences psychiatriques dans les 3 mois ;
- les antécédents d'hospitalisation au CHE ;

- les antécédents d'hospitalisations psychiatriques hors CHE ;
- les antécédents de contact avec un professionnel de santé mentale ;
- les antécédent familiaux psychiatriques ;
- le diagnostic fait aux urgences psychiatriques ;
- le diagnostic psychiatrique préexistant ;
- le jour et l'horaire de prise en charge : la journée ou la nuit, la semaine ou le week-end ;
- les soins proposés au décours de la consultation : soins ambulatoires spécialisés, soins ambulatoires non spécialisés, hospitalisation libre spécialisée en Psychiatrie (Hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit, hospitalisation complète), soins psychiatriques sans consentement, hospitalisation dans un autre service que psychiatrique.

II.3.4. Analyse statistique

II.3.4.1. Analyse descriptive

Des statistiques descriptives ont été réalisées dans un premier temps pour caractériser les données socio-démographiques et médicales.

Les variables quantitatives sont décrites selon une moyenne écart type, minimum et maximum (elles correspondent à l'âge et au nombre de passage dans l'unité médicale dans les trois mois).

Les variables qualitatives sont décrites par les effectifs et les pourcentages (elles correspondent au sexe, au lieu de vie, au mode d'adressage, au motif de consultation, aux différents antécédents, aux diagnostics, au jour et horaire de prise en charge et aux soins proposés au décours du passage aux urgences).

II.3.4.2. Analyse comparative

Pour comparer les groupes de patients admis dans le cadre d'une urgence mixte et ceux admis pour une urgence psychiatrique pure selon les variables qualitatives, un test de Chi² de Pearson a été réalisé, ou un test exact de Fisher si les effectifs théoriques étaient faibles.

Le degré de significativité retenu pour le risque global de première espèce a été fixé à 5% ($p < 0,05$).

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel IBM SPSS Statistics 22.0.

II.4. Résultats

II.4.1. Analyse descriptive

Notre échantillon est constitué d'une population de 316 sujets dont 176 femmes (soit 55,70%) et 140 hommes (soit 44,30%) pour une file active aux urgences psychiatriques sur la période, de 796 personnes. L'âge moyen de la population étudiée était de 45 ans (+/- 17) [18-93].

Nous avons eu 17 usagers qui ont refusé de participer à l'étude (soit 2%). Ce qui ramène à 463 (soit 58%), le nombre de patients qui n'ont pas pu être informés clairement et pour qui nous n'avons pas pu avoir de consentement éclairé (en lien avec leur état de santé, en lien avec le niveau cognitif, en l'absence de personne de confiance ou oubli du professionnel de santé). Sur cette même période, il a été comptabilisé 11069 passages au SAU des urgences du CHU. L'activité de l'unité médicale des urgences psychiatriques représente donc sur cette étude 7,2% de l'activité des urgences du SAU de Limoges.

Tableau I : Mode d'adressage aux urgences psychiatriques adultes du CH Esquirol au SAU de Limoges

Mode d'adressage	Effectifs	Pourcentage (%)
Ambulance	2	0,6
CHE	4	1,3
Entourage	47	14,9
Equipes mobiles du CHE	2	0,6
Forces de l'ordre	3	,9
Hôpital local	11	3,5
Médecins SAU	28	8,9
Medico social	3	0,9
MT	27	8,5
Non précisé	30	9,5
Pompiers	33	10,4
SAMU	29	9,2
Soignant institution (infirmière scolaire, med travail)	2	0,6
SOS médecin	7	2,2
Spontané	88	27,8

Le mode d'adressage le plus fréquent était spontané avec 88 passages spontanés soit 27,8%. Ensuite, nous retrouvons l'entourage avec 14,9%, les pompiers avec 10,4%, le SAMU avec 9,2%, les médecins du SAU avec 8,9% et les médecins traitants avec 8,5%. En revanche, pour 9,5% de la population, le mode d'adressage n'était pas précisé.

Nous avons également constaté que pour 6 passages, les personnes étaient adressées aux urgences psychiatriques par du personnel soignant en fonction au sein du CHE ou par du personnel soignant en fonction au sein des équipes mobiles du CHE.

Nous avons retrouvé 194 passages pour des urgences psychiatriques pures (61,4 %) et 122 passages pour des urgences mixtes (soit 38,6%) (intoxication éthylique, délirium tremens, tentative d'autolyse).

Tableau II : Antécédents psychiatriques des patients issus de l'échantillon de l'étude

	Oui	Non	Non Précisé
Antécédents de passage aux urgences psychiatriques adultes du CH Esquirol au SAU de Limoges	162 (51,3%)	154 (48,7%)	0
Antécédents d'hospitalisation au CHE	170 (53,8%)	146 (46,2%)	0
Antécédents d'hospitalisation en Psychiatrie hors CHE	32 (10,1%)	284 (89,9%)	0
Antécédents de contact avec un professionnel de santé mentale	265 (83,9%)	51 (16,1%)	0
Antécédents psychiatriques familiaux	112 (35,4%)	97 (30,7%)	107 (33,9%)
Existence d'un diagnostic psychiatrique antérieur	230 (72,8%)	85 (26,9%)	1 (0,3%)

Sur les 316 sujets étudiés sur cette période, 162 avait un antécédent de passage aux urgences psychiatriques du SAU de Limoges (soit 51,3%).

Nous avons comptabilisé 170 sujets avec un antécédent d'hospitalisation sur le CHE (soit 53,8%) et 32 personnes avec un antécédent d'hospitalisation en Psychiatrie hors CHE.

265 sujets ont des antécédents d'interaction avec un professionnel de santé mentale, soit 83,9% et pour 51 personnes, c'était un premier contact avec la Psychiatrie (soit 16,1%).

Pour 112 sujets, nous avons retrouvé des antécédents psychiatriques familiaux mais pour 107 des sujets de notre étude cette donnée n'était pas précisée dans les dossiers médicaux (soit 33,9% des cas).

Nous avons noté que 44 sujets de notre étude sont passés aux urgences psychiatriques plusieurs fois dans les trois mois (minimum 2 passages, maximum 6 passages).

86,1% des sujets n'ont consultés qu'une seule fois en trois mois.

Le trouble anxieux était la pathologie la plus représentée dans les diagnostics posés lors du passage aux urgences avec 29,1% de la cohorte. Ensuite, nous retrouvons, pour les effectifs les plus importants, 22,8% pour une problématique addictologique, 18% pour un épisode dépressif caractérisé et 13,2% pour une problématique organique avec une manifestation psychologique (pancréatite, traumatisme avec blessures...).

Tableau III : Lieu de vie des sujets

Départements	Effectifs	Pourcentage (%)
15	1	0,3
16	4	1,3
19	5	1,6
23	4	1,3
24	2	0,6
38	2	0,6
56	1	0,3
87	295	93,4
89	1	0,3
97	1	0,3

Sur la population étudiée, la grande majorité vit dans la Haute-Vienne au moment de l'étude. Hors région Limousin, nous avons constaté que des sujets habitant un département limitrophe arrivaient également aux urgences de Limoges. Par exemple, nous avons comptabilisé 4 passages de personnes venant de Charente et 2 passages de Dordogne. D'autres départements sont représentés tels que le Cantal, l'Isère, le Morbihan et l'Yonne mais de l'ordre d'un passage.

Tableau IV : Soins proposés au décours du passage aux urgences psychiatriques adultes du CH Esquirol au SAU de Limoges

	Effectifs	Pourcentage (%)
Hospitalisation dans un autre service que Psychiatrique	4	1,2
Hospitalisation de crise au CHE	10	3,2
Hospitalisation de jour au CHE	2	0,6
Hospitalisation libre complète au CHE	113	35,9
Hospitalisation libre complète hors CHE	3	0,9
Soins psychiatriques sans consentement au CHE	20	6,3
Suivi ambulatoire spécialisé hors département	1	0,3
Sortie sans suivi ambulatoire spécialisé	36	11,4
Suivi ambulatoire non spécialisé	1	0,3
Suivi ambulatoire spécialisé dans le département	126	39,9

Suite à leur passage aux urgences, 126 sujets ont été orientés vers un suivi ambulatoire spécialisé (39,9%), 113 vers une hospitalisation libre complète au CHE (35,9%), 20 vers des soins psychiatriques sans consentement au CHE (soit 6,3%) et 10 vers une hospitalisation de crise au CHE (3,2%).

Pour 36 sujets, nous avons réalisé une sortie sans suivi ambulatoire spécialisé, faute d'indication.

Les autres soins proposés au décours ont été une hospitalisation dans un autre service que psychiatrique, une hospitalisation de jour au CHE, une hospitalisation libre complète hors CHE, un suivi ambulatoire non spécialisé et un suivi ambulatoire spécialisé hors département.

Tableau V : Horaire de passage aux urgences psychiatriques adultes du CH Esquirol au SAU de Limoges

Horaire de passage	Effectifs	Pourcentage (%)
Journée/semaine	205	64,9
Journée/Week end	55	17,4
Nuit / Week end	22	7
Nuit/semaine	34	10,7

II.4.2. Analyses comparatives

Tableau VI : Comparaison des antécédents psychiatriques des patients issus de l'échantillon de l'étude en fonction du motif de consultation

		Urgence mixte (N= 122)	Urgence psychiatrique pure (N= 194)	N	VM*	p
Antécédents de contact avec un professionnel de santé mentale	Oui	98	167	265	0	0,182
	Non	24	27	51		
Existence d'un diagnostic psychiatrique antérieur	Oui	85	145	230	1	0,382
	Non	37	49	86		
Antécédents d'hospitalisation au CHE	Oui	61	109	170	0	0,355
	Non	61	85	146		
Antécédents d'hospitalisation en Psychiatrie hors CHE	Oui	14	18	32	0	0,536
	Non	108	176	284		
Antécédents psychiatriques familiaux	Oui	51	61	112	107	0,088
	Non	71	133	204		

*Valeurs manquantes

Les sujets ont en majorité consulté pour des urgences psychiatriques pures. Nous pouvons constater que les antécédents d'hospitalisations au CHE, les antécédents d'hospitalisation en Psychiatrie hors CHE, les antécédents de contact avec un professionnel de santé mentale, les antécédents psychiatriques familiaux et l'existence d'un diagnostic

antérieur au passage aux urgences psychiatriques ne sont pas significativement associés à un motif de consultation spécifique.

Tableau VII : Comparaison de l'adressage en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes

Adressage	Motif de consultation	
	Urgence mixte	Urgence psychiatrique pure
Ambulance	1	0
CHE	0	4
Entourage	21	26
Equipes mobiles du CHE	0	2
Forces de l'ordre	1	2
Hôpital local	7	4
Médecins SAU	7	21
Medico social	0	3
MT	5	23
Non précisé	25	5
Pompiers	21	12
SAMU	23	6
Soignant Institution	0	2
SOS médecin	2	5
Spontané	8	80

Etant donné le nombre important de variable concernant l'adressage, le test Chi2 n'a pas été réalisé pour éviter les difficultés d'interprétation.

Nous nous sommes concentrés sur les adressages les plus fréquents :

Tableau VIII : Comparaison de l'adressage par les Pompiers/SAMU en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes

Adressage	Motif de consultation		p
	Urgence mixte	Urgence psychiatrique pure	
Adressage autre	77	177	<0,001
Pompiers/SAMU	44	18	

L'adressage Pompiers/SAMU est significativement associé à une consultation pour une urgence mixte ($p < 0,001$).

Tableau IX : Comparaison de l'adressage par l'entourage en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes

Adressage	Motif de consultation		p
	Urgence mixte	Urgence psychiatrique pure	
Adressage autre	100	169	0,329
Entourage	21	26	

L'adressage par l'entourage n'est pas significativement associé à un motif de consultation ($p = 0,329$).

Tableau X : Comparaison de l'adressage spontané en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes

Adressage	Motif de consultation		p
	Urgence mixte	Urgence psychiatrique pure	
Adressage autre	113	115	<0,001
Spontané	8	80	

L'adressage spontané est significativement associé aux consultations pour des urgences psychiatriques pures ($p < 0,001$).

Les sujets qui viennent spontanément consultent significativement plus souvent pour une souffrance psychique de type urgence psychiatrique pure.

Tableau XI : Comparaison de l'adressage équipes en fonction au sein du CHE avec le motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes

Adressage	Motif de consultation		p
	Urgence mixte	Urgence psychiatrique pure	
Hors CHE	121	190	0,086
CHE	0	6	

Il y a peu d'effectifs donc pas de significativité malgré une tendance. Nous remarquons que tous les adressages des équipes travaillant au sein du CHE sont pour des urgences psychiatriques pures.

Tableau XII : Comparaisons des périodes de prise en charge en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes

Horaires de prise en charge	Motif de consultation		p
	Urgence mixte	Urgence psychiatrique pure	
Journée / Semaine	87	118	0,091
Journée / Week end	20	34	
Nuit / Week end	7	16	
Nuit / Semaine	7	27	

Aucun motif de consultation aux urgences psychiatriques n'est spécifique d'un horaire de prise en charge ($p = 0,091$).

Nous nous sommes intéressés à ce qu'il se passe plus particulièrement la nuit ou la journée et la semaine ou le week-end :

Tableau XIII : Comparaisons des périodes de prise en charge nuit et journée en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes

Horaire de prise en charge	Motif de consultation		p
	Urgence mixte	Urgence psychiatrique pure	
Nuits	14	42	0,024
Journées	107	153	

La répartition des motifs de consultation aux urgences psychiatriques est significativement différente pour la nuit et la journée. Globalement, il y a plus d'urgence psychiatrique pure la

journée mais cela est à peu près équivalent. La répartition est plus prononcée pour la nuit avec une majorité d'urgence psychiatrique pure.

Tableau XIV : Comparaisons des périodes de prise en charge week-end et semaine en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes

Horaires de prise en charge	Motif de consultation		p
	Urgence mixte	Urgence psychiatrique pure	
Semaine	94	145	0,503
Week end	27	50	

Il n'y a pas de différence significative entre la semaine et le week-end concernant les motifs de consultation aux urgences ($p=0,503$).

Tableau XV : Comparaisons des soins proposés au décours du passage aux urgences psychiatriques adultes en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes

Soins proposés	Motif de consultation	
	Urgence mixte	Urgence psychiatrique pure
Hospitalisation dans un autre service que Psychiatrique	2	1
Hospitalisation de crise au CHE	6	4
Hospitalisation de jour au CHE	2	0
Hospitalisation libre complète au CHE	39	74
Hospitalisation libre complète hors CHE	2	1
Hospitalisation non spécialisée en Psychiatrie	0	1
Soins psychiatriques sans consentement au CHE	2	18
Sortie sans suivi ambulatoire spécialisé	9	27
Suivi ambulatoire non spécialisé	1	0
Suivi ambulatoire spécialisé	57	69
Suivi ambulatoire spécialisé hors département	1	0

Ici encore, étant donné le nombre important de variable concernant les soins proposés au décours du passage aux urgences psychiatriques, le test Chi2 n'a pas été réalisé pour éviter les difficultés d'interprétation.

Nous nous sommes donc concentrés sur les différentes hospitalisations réalisées au CHE et les suivis ambulatoires spécialisés :

Tableau XVI : Comparaisons des différentes hospitalisations au CHE et des suivis ambulatoires proposés en fonction du motif de consultation aux urgences psychiatriques adultes

	Motif de consultation		p
	Urgence mixte	Urgence psychiatrique pure	
Hospitalisation de crise au CHE	6	4	0,041
Hospitalisation libre complète au CHE	39	74	0,048
Soins psychiatriques sans consentement au CHE	2	18	0,088
Suivi ambulatoire spécialisé	57	69	0,040

Nous retrouvons une association significative entre ces soins proposés au décours du passage aux urgences psychiatriques et le motif de consultation ($p= 0,007$).

Les hospitalisations libres complètes au CHE et les suivis ambulatoires spécialisés sont significativement associés aux consultations pour des urgences psychiatriques pures ($p= 0,048$ et $p= 0,040$).

En revanche, les hospitalisations de crise au CHE (c'est-à-dire de quelques jours pour temporiser entre le passage aux urgences et le retour à domicile) sont significativement associées aux consultations pour des urgences mixtes ($p= 0,041$).

II.5. Discussion

II.5.1. Discussion des résultats

L'objectif principal de l'étude est de décrire la population des urgences psychiatriques du Centre Hospitalier Esquirol (CHE) au sein du Service d'Accueil et d'Urgences (SAU) de Limoges pendant 3 mois, du 1^{er} Avril au 30 Juin 2018.

Les missions principales des urgences psychiatriques sont d'être le premier moyen d'accès à la Psychiatrie, de prendre en charge des situations de crise, des urgences mixtes (tentative de suicide, intoxication aiguë par exemple alcoolique) et une mission de liaison.

L'objectif secondaire de notre étude est de définir la place actuelle des urgences psychiatriques dans le parcours de soins du patient suite à nos doutes sur une mission surajoutée pour les urgences psychiatriques, ne correspondant pas à une de ses missions initiales.

Nous allons pouvoir décrire cette population mais tous les résultats sont à interpréter avec prudence étant donné la faiblesse numérique de la cohorte par rapport au nombre de passages sur cette unité médicale pendant les trois mois de l'étude (316 sujets pour 796 passages).

Durant cette étude, nous avons eu des difficultés à recueillir les non-oppositions des patients à l'utilisation de leurs données médicales pour l'étude. Tout d'abord, il y a eu une faible participation des différents intervenants aux urgences psychiatriques adultes malgré le courrier envoyé avant de débiter l'étude où se sont mobilisés la Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement (PCME) et les chefs des différents pôles : le pôle de Psychiatrie Universitaire de l'adulte et de la personne âgée, le pôle de Territoire et le pôle des Usagers (Annexe 3). Il nous a, malgré tout, semblé important de présenter cette étude concernant les parcours de soins au chef de pôle des usagers. Il y a actuellement, une volonté forte d'intégrer l'utilisateur dans son parcours de soins et de lui donner la parole au cœur de la vie institutionnelle (Annexes 8 et 9).

Sur les 796 passages aux urgences psychiatriques, seuls 17 usagers se sont opposés à l'utilisation de leurs données médicales pour notre étude. Nous ne pouvons pas décrire ces 17 usagers mais vu la faible proportion, le biais reste très léger.

En revanche, 463 personnes n'ont pas été incluses dans l'étude étant donné l'absence de recueil de leur non-opposition à l'utilisation de leurs données médicales pour l'étude.

Sur cette population de 463 personnes, il y a ceux à qui nous n'avons pas pu demander le consentement de par leur état de santé au moment du passage aux urgences, en l'absence d'une personne de confiance. Nous avons pu inclure 20 sujets en soins sans consentement. Nous avons récupéré le nombre total de soins sans consentement passés par les urgences sur cette période de trois mois, qui est de 63 patients. Nous n'avons donc pas pu recruter 43 de ces patients ce qui crée un biais dans la description de la population. Il faudrait continuer l'étude pour obtenir leur non-opposition après stabilisation de leur état de santé.

Et il y a tous les patients à qui la présentation de l'étude n'a pas été réalisée par les professionnels de terrain. Nous pouvons nous demander pourquoi ? Nous avançons dans un premier temps la charge de travail dans un contexte particulier. Il faut s'imaginer, des locaux actuellement peu adaptés à la prise en charge de l'urgence psychiatrique (l'absence de chambre d'isolement notamment). De plus, à partir de 21h en semaine et 16h en week-end, le praticien hospitalier se retrouve seul pour la gestion du patient et de sa famille. La vigilance doit être extrême pour éviter le risque de fugue et de passage à l'acte. De plus, sur un plan logistique et médico-légal, le praticien doit, dans un premier temps, remplir le dossier patient informatisé CHU puis, et avec le consentement du patient, créer un dossier patient informatisé (DPI) CHE sur lequel il va devoir tracer le consentement dématérialisé aux soins par un professionnel du CHE, tracer son examen clinique et les consignes médicales. Il faudra ensuite coter l'activité et le diagnostic dans les deux DPI. Le volet numérique représente un défi à ce jour ; réussir à créer des espaces de communication médicale fluides et sécurisés (67) (69). C'est certainement cela qui explique aussi les données manquantes dans les dossiers : les antécédents familiaux, l'adressage et le diagnostic précis (tentative de suicide pas toujours renseignée). La faible implication des praticiens hospitaliers peut aussi être expliquée par la peur des soignants. Il s'agit d'une étude sur le parcours de soins dans un contexte actuel de profond changement : réforme du système de santé, loi de modernisation du système de santé (19), préparation d'un nouveau projet d'établissement, groupements hospitaliers territoriaux (70), projets territoriaux de santé mentale, rapprochement du CHE et du Centre Hospitalier La Valette (dans la Creuse).

La présentation de cette étude « pilote » pourrait permettre, nous l'espérons, une meilleure implication des soignants dans une étude ultérieure afin de minimiser les biais de passation et une réflexion sur les locaux et l'informatisation. Il y a un défi technologique et logistique et un défi humain : la capacité des professionnels de reconstituer une communauté de santé autour d'un projet de santé (67).

Dans notre effectif, nous constatons que les sujets, en majorité, ont des antécédents de passage aux urgences psychiatriques du CH Esquirol au SAU de Limoges, des antécédents d'hospitalisation au CHE, des antécédents de contact avec un professionnel de santé mentale,

l'existence d'un diagnostic antérieur, des antécédents psychiatriques familiaux et qu'ils viennent de la Haute-Vienne.

Pour autant, le motif de consultation majeure est l'urgence psychiatrique pure, celle qui ne nécessite pas forcément d'évaluation par les médecins du SAU contrairement à l'urgence mixte (tentative d'autolyse, intoxication alcoolique aigue). Qu'est-ce qui explique que des personnes ayant déjà un suivi ambulatoire ou des antécédents d'hospitalisation au CHE arrivent aux urgences pour une consultation ?

Nous pouvons constater qu'il y a peu de résultats dans l'analyse comparative qui sont significatifs mais nous remarquons tout de même une tendance qui est que les urgences du CHU remplissent une mission d'urgence psychiatrique pure pour des patients connus de la Psychiatrie.

Les horaires de prise en charge vont également dans ce sens avec beaucoup d'urgence psychiatrique pure en journée et en semaine (horaires où les psychiatres référents du territoire sont présents).

Nous pouvons nous demander si cela est le bon endroit étant donné le délai d'attente fréquent, l'embolisation du SAU, les locaux des urgences du CHU peu adaptés aux urgences psychiatriques et la dangerosité pour les patients, les familles et les soignants des urgences (risque de fugue et de passage à l'acte).

Les usagers arrivent le plus fréquemment d'eux-mêmes aux urgences psychiatriques ou sur recommandation de leur entourage. Nous retrouvons une association significative du mode d'adressage spontané avec le motif de consultation urgence psychiatrique pure. Au vu des résultats, il semble important qu'une campagne de communication soit faite auprès des usagers et du grand public concernant cette unité médicale et les autres soins psychiatriques du territoire. Le travail de communication doit continuer, toujours avec l'aide du pôle des usagers : l'application mobile sur les offres de soins (Annexe 10), conférences grand public, formation faite aux familles via le pôle des usagers (Annexes 8 et 9).

Nous constatons un faible pourcentage d'adressage par les médecins traitants (8,5% ; 6^{ème} position dans notre étude) pourtant souvent au premier plan dans la prise en charge des troubles psychiatriques. Ce faible taux d'adressage permet-il de dire que le maillage territorial de la Psychiatrie dans le département est efficace ?

Il faut noter que plus de 80% des médecins du département ont reçu la visite en 2017 d'un binôme cadre de santé et assistant social éducatif pour leur expliquer l'offre de soins du territoire et leur laisser un organigramme sur les soins psychiatriques dans le département. De plus, depuis 2013, il existe dans chaque bassin de vie, des comités locaux des usagers qui se réunissent minimum une fois par an pour réfléchir à l'organisation des soins dans chaque

bassin (un représentant des généralistes du bassin, un représentant des infirmiers libéraux du bassin, un représentant des usagers, un représentant de la mairie, un représentant de l'administration du CHE et un représentant des professionnels des centres de proximité du bassin) (22). Il s'agit d'une nouvelle instance qui a pour but une amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge de l'utilisateur, en ambulatoire, dans son bassin de vie.

Actuellement, au sein de l'unité d'Evaluation et d'Orientation Morel du CHE, est en train de se structurer une unité médicale d'accueil de consultations d'urgences psychiatriques pour les patients connus, ayant un suivi psychiatrique déjà en place. Cette unité médicale a pour but d'aider les usagers ou les médecins traitants qui n'arrivent pas à adresser les patients rapidement à leur psychiatre référent pour avoir un avis psychiatrique dans la journée. Elle a pour objectif également de désempoiser les urgences du CHU pour que celles-ci puissent remplir leur mission d'évaluation pour des urgences mixtes nécessitant une surveillance médicale (tentative de suicide, intoxication éthylique aiguë), leur mission de liaison vers les soins psychiatriques en cas de nécessité et leur mission de voie d'entrée dans les soins psychiatriques pour les personnes n'ayant aucun antécédent.

Nous constatons également, un taux faible d'avis psychiatriques demandés par les médecins du SAU de Limoges, 8,9%, comparé à 40% cité dans les données de la littérature (56). Selon les résultats de notre étude, les hôpitaux locaux, SOS médecins et les lieux médico-sociaux adressent rarement aux urgences psychiatriques, probablement également en lien avec un bon maillage territorial du département (unité médicale de liaison psychiatrique au CHU et dans les hôpitaux locaux, centre de proximité en santé mentale, conseil local de santé mentale et équipes mobiles du CHE).

Les résultats de l'analyse comparative montrent une association significative concernant l'adressage par les pompiers et le SAMU aux urgences psychiatriques du SAU avec le motif d'urgence mixte ce qui est adapté étant donné la nécessité d'une surveillance médicale aux urgences.

La collaboration avec l'équipe de liaison en soins d'addictologie (ELSA) du Pôle Universitaire d'Addictologie du Limousin (PUAL) est importante pour les problématiques tels que le sevrage alcoolique, les déliriums tremens et tous les troubles de l'usage de substances. 22,8% des sujets de la cohorte consultent pour une problématique addictologique (2^{ème} diagnostic après les troubles anxieux). Selon les données de la littérature (56), il semble y avoir beaucoup d'avis addictologiques demandés en urgence au CHU de Limoges. Cette importance a été ressentie par les acteurs de terrain avec mise en place récemment d'un passage quotidien d'une

infirmière spécialisée en addictologie du PUAL. Mais le manque de précision des diagnostics dans les DPI CHU-CHE ne nous permettra pas d'aller plus loin sur cette étude.

S'agit-il d'une prépondérance de troubles addictifs avec usage de substances ou sans substances ? Avec une comorbidité psychiatrique et si oui laquelle ? S'agit-il essentiellement d'urgence mixte ou d'urgence pure ? Il serait intéressant de pouvoir objectiver tout cela dans une étude ultérieure pour réfléchir à la prise en charge de l'urgence addictologique c'est-à-dire quel endroit, quel professionnel ?

Pour la majorité des soins au décours du passage aux urgences, il était proposé un suivi ambulatoire spécialisé (pour 39,9% d'entre eux) ou une hospitalisation complète au CHE (35,9%).

Nous retrouvons 6,3% de soins sans consentement sur le CHE au décours du passage. De plus, pour cette population, il nous manque des informations comme est-ce leur premier contact avec la Psychiatrie ?

Nous constatons tout de même que les soins proposés au décours du passage aux urgences psychiatriques sont significativement associés au motif de consultation. Les hospitalisations libres complètes au CHE, les suivis ambulatoires spécialisés et les soins psychiatriques sans consentement sont significativement associés aux consultations pour des urgences psychiatriques pures.

En revanche, les hospitalisations de crise au CHE sont significativement associées aux consultations pour des urgences mixtes.

En ce qui concerne les hospitalisations de crise sur l'unité d'Evaluation et d'Orientation Morel, le pourcentage est faible à 3,2%. Peu d'hospitalisation de crise sont faite à partir des urgences. Est-ce dû au fait que cette unité est considérée comme une autre porte d'entrée avec le développement des consultations d'urgence sur site ?

Suite au passage aux urgences psychiatriques, il y a eu peu d'hospitalisation de jour proposée. L'hôpital de jour doit-il être proposé comme une alternative à l'hospitalisation complète après le passage aux urgences psychiatriques ? Il serait certainement intéressant de développer le lien entre les urgences psychiatriques et les hôpitaux de jour du département aigu.

Pour 11,4% de la population, les sujets ressortent des urgences sans suivi spécialisé proposé de par une demande inadaptée, le plus souvent une urgence sociale, dans une société qui a de plus en plus tendance à « psychiatiser » le social.

L'unité médicale des urgences psychiatriques a été créée en 2001. Le Dr Hermann, en 2002, a également réalisé une étude au sein des urgences psychiatriques au début de leur fonctionnement. Sur trois mois (Juillet, Aout, Septembre 2002), il retrouvait 950 actes, 239

tentatives d'autolyse, 254 hospitalisations libres au CHE et 64 hospitalisations sans consentement (71). En comparaison à Avril, Mai, Juin 2018 où nous retrouvons 932 actes, 58 tentatives d'autolyse (mais très probablement faussé par les diagnostics posés aux urgences car peu de diagnostic de tentative d'autolyse posé mais plutôt des diagnostics d'épisode dépressif malgré le passage à l'acte), 286 hospitalisations libres au CHE et 83 hospitalisations sans consentement. Donc depuis 2002, nous constatons que les effectifs de passages aux urgences psychiatriques sont proches et qu'au fil des années il n'y a pas eu de nette augmentation de la demande aux urgences psychiatriques. Il aurait été intéressant d'observer les horaires de prise en charge en 2002 et d'évaluer si la majorité des passages était en journée ou sur les gardes.

A ce jour, nous n'avons pas retrouvé d'étude similaire traitant des urgences psychiatriques dans le parcours de soins du patient pour comparer et discuter nos résultats.

Pourquoi tant de patients arrivent spontanément aux urgences ? Est-ce une mauvaise lisibilité de l'entrée au Centre Hospitalier Esquirol ? Ou encore y a-t-il trop de voies d'entrée ? Est-ce une mauvaise connaissance des centres de proximité de santé mentale par les usagers ?

Le faible adressage par les médecins traitants veut-il dire qu'ils ont une bonne connaissance du maillage territorial et donc que la communication a été efficace ? L'importante arrivée spontanée par les usagers aux urgences veut elle évoquer le manque de connaissance de ces autres recours ?

II.5.2. Biais et limite de l'étude

II.5.2.1. Biais (sélection, passation)

Biais de sélection

Le biais de sélection vient du fait qu'un grand nombre de non-opposition n'a pas pu être obtenu pour les patients avec des troubles cognitifs ou pour les patients hospitalisés sans consentement. Leur état de santé ne permettait pas d'obtenir leur non-opposition lors de leur passage aux urgences et fréquemment, ils n'avaient pas de personne de confiance avec eux. Pour les patients hospitalisés, nous tentions d'obtenir leur non-opposition par la suite mais beaucoup n'ont pas pu être obtenue devant l'absence d'amélioration le permettant avant la fin

de notre étude. De part ce biais, nous retrouvons dans notre étude peu de sujets hospitalisés sans consentement (20) comparé au nombre de soins sans consentement qui a été réalisé dans les trois mois (63).

Biais de passation

L'absence d'implication dans l'étude de tous les médecins intervenant aux urgences psychiatriques pour des gardes ou des remplacements fait que la cohorte de notre étude est moindre par rapport à ce qu'elle aurait pu être (796 passages aux urgences psychiatriques et 316 sujets dans l'étude).

Nous pouvons également noter un biais sur les horaires de prise en charge. Devant l'importante implication de l'équipe des urgences psychiatriques, nous retrouvons un important effectif de sujets la journée et la semaine.

Nous pouvons également relever les biais concernant le mode d'adressage, les antécédents familiaux et le diagnostic aux urgences. Nous avons retrouvé un pourcentage important d'adressage et d'antécédents familiaux manquants dans les dossiers (9,5% pour le mode d'adressage et 33,9% pour la présence d'antécédents familiaux). En ce qui concerne les diagnostics de tentative de suicide, fréquemment, ils ne sont pas notés comme cela dans les dossiers mais sont plutôt cotés des diagnostics d'épisode dépressif caractérisé.

II.5.2.2. Limites

Il paraît important d'insister sur le fait que l'échantillon de sujets reste limité par rapport à ce qu'il aurait pu être. Par conséquent, les résultats doivent être considérés avec prudence.

II.5.3. Perspectives d'avenir

Les usagers viennent de façon importante spontanément aux urgences psychiatriques pour une consultation ou en demande d'hospitalisation. Les hypothèses peuvent être qu'il est plus facile pour les usagers de venir aux urgences psychiatriques qui sont au sein du CHU

devant la stigmatisation toujours bien présente de la Psychiatrie et du CHE ou encore l'absence de connaissance des autres voies de recours pour une consultation psychiatrique en urgence.

Il serait intéressant d'améliorer la communication auprès des usagers et du grand public sur les voies d'accès aux soins psychiatriques.

Actuellement, est en train de se structurer au sein de l'Unité médicale d'Evaluation et d'Orientation Morel du CHE, une mission de consultations d'urgences psychiatriques pour les patients connus, ayant un suivi psychiatrique déjà en place. Cette unité médicale a pour but d'aider les usagers ou les médecins traitants qui n'arrivent pas à adresser les patients rapidement à leur psychiatre référent pour avoir un avis psychiatrique en urgence. Elle a pour objectif également de désenclaver les urgences du CHU pour que celles-ci puissent remplir leur mission d'évaluation pour des urgences mixtes nécessitant une surveillance médicale (tentative de suicide, intoxication éthylique aiguë), leur mission de liaison vers les soins psychiatriques en cas de nécessité et leur mission de voie d'entrée dans les soins psychiatriques pour les personnes n'ayant aucun antécédent.

Il serait intéressant de refaire cette étude sur les urgences psychiatriques adultes en minimisant les biais principaux rencontrés. Ainsi, une étude sur une plus longue durée afin de pouvoir recruter une cohorte numériquement proche du nombre de passage aux urgences psychiatrique serait intéressante. De plus, nous espérons que la communication de cette première étude « pilote » nous aidera à rassurer les professionnels sur les objectifs et donc d'impliquer une plus grande communauté médicale et paramédicale. Une réflexion voire une étude sur l'urgence addictologique mixte paraît également intéressante au vu du pourcentage de la cohorte vu en consultation pour une problématique addictologique.

Une étude similaire serait nécessaire sur la place de l'hospitalisation complète et de l'unité médicale Morel dans le parcours de soins. Cette étude serait utile pour observer sur quel axe de communication il faudrait travailler pour que cette voie de recours aux soins psychiatriques en urgence pour les sujets connus soit pleinement efficace.

Il y a également un important travail de terrain à réaliser, une réflexion et une articulation à penser entre ces deux unités médicales (Urgences psychiatriques adultes et Morel) afin que l'utilisateur puisse être orienté rapidement au bon endroit et au bon professionnel pour la prise en charge la plus coordonnée possible et ce même dans l'urgence.

Conclusion

L'unité médicale des urgences psychiatriques adultes du Centre Hospitalier Esquirol (CHE) implantée au sein du service d'accueil et d'urgence (SAU) du CHU de Limoges reçoit essentiellement des patients de la Haute-Vienne, pour la plupart déjà connus de la Psychiatrie, arrivant d'eux même et le plus souvent pour des troubles anxieux et addictologiques. Au décours du passage aux urgences, la plupart des usagers rentre dans leurs lieux de vie avec un suivi ambulatoire spécialisé.

La place actuelle de cette unité médicale dans le parcours de soins du patient, de l'utilisateur, ne semble pas correspondre à la mission initiale de cette unité médicale.

Les urgences psychiatriques semblent être le recours le plus aisé avec une mission de prise en charge et d'hospitalisation de patients déjà suivis sur le plan psychiatrique, se rajoutant à leur mission de premier moyen d'accès à la Psychiatrie, de prise en charge des situations de crise, des urgences mixtes (tentative de suicide, intoxication aiguë par exemple alcoolique) et leur mission de liaison.

Il est important de s'interroger sur la cohérence de cette mission supplémentaire semblant être devenue prioritaire à ce jour. Est-ce le bon endroit pour cette mission ? Les locaux semblent être peu adaptés aux urgences psychiatriques avec un manque de confidentialité, l'absence de chambre d'isolement et donc un risque de fugue, de passage à l'acte, un risque pour les usagers, les familles, les soignants. De plus, l'embolisation du SAU par des patients ne nécessitant pas de surveillance somatique est problématique.

Le taux d'adressage aux urgences par les médecins traitants est faible. Nous pouvons formuler l'hypothèse d'un bon maillage territorial et de l'efficacité du travail de communication auprès de ces derniers.

Mais la communication auprès des usagers et du grand public sur les voies d'accès aux soins psychiatriques reste à améliorer.

Références bibliographiques

1. Ailam L, Rchidi M, Tortelli A, Skurnik N. Le processus de désinstitutionnalisation. *Ann Méd-Psychol.* 2009;167(6):455-8.
2. Hazlett SB, McCarthy ML, Londner MS, Onyike CU. Epidemiology of adult psychiatric visits to US emergency departments. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* 2004;11(2):193-5.
3. Le Bonnac A. L'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, un tremplin vers une réorganisation profonde du système de santé mentale. *L'AP-HM relève le défi. Ecole Natl Santé Publique.* 2008;109.
4. Hochmann J. Histoire de la psychiatrie. 5ème édition. Presses Universitaires de France; 2017. 128 p.
5. Safon M. Les réformes hospitalières en France : aspects historiques et réglementaires. *Cent Doc IRDES.* 2017;44.
6. Lakhdari S. Hypnose, hystérie, extase : de Charcot à Freud. *Savoirs Clin.* 2007;(8):201-9.
7. Hazif-Thomas C, Jousset D, Walter M. La « personne faisant l'objet de soins psychiatriques », dans les récentes lois réformant l'encadrement du soin psychiatrique. *Ann Med Psychol (Paris).* 2014;172(7):563-72.
8. Walter M, Genest P. Réalités des urgences en psychiatrie. *Inf Psychiatr.* 2006;82(7):565.
9. Ledesma E. Les objectifs de la réforme de l'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie. *Soins Psychiatr.* 2012;33(281):12-7.
10. Laforcade M. Rapport Relatif à la Santé Mentale. Ministère Aff Soc Santé. 2016;
11. Yvon F, Prouteau A. Vers une compréhension de la stigmatisation: quel est le stéréotype associé à la schizophrénie? *Sante Ment Que.* 2017;42(2):125-31.
12. Académie Nationale de Médecine. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine [Internet]. 2018 [cité 6 sept 2018]. Disponible sur: <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/index.php>
13. Vrbova K, Prasko J, Holubova M, Kamaradova D, Ociskova M, Marackova M, et al. Self-stigma and schizophrenia: a cross-sectional study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:3011-20.
14. Giordana J-Y. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Masson; 2010. 264 p.
15. Sebbane D. Les internes de psychiatrie vus par leurs confrères : jugés de près mais préjugés... *Inf Psychiatr.* 2015;vol 91:417-26.
16. Psycom. Psycom Information et Santé Mentale [Internet]. 2013 [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.psycom.org/>
17. Uhlmann C, Kaehler J, Harris MSH, Unser J, Arolt V, Lencer R. Negative Impact of Self-Stigmatization on Attitude Toward Medication Adherence in Patients with Psychosis. *J Psychiatr Pract.* 2014;20(5):405.

18. Morrison AP, Burke E, Murphy E, Pyle M, Bowe S, Varese F, et al. Cognitive therapy for internalised stigma in people experiencing psychosis: A pilot randomised controlled trial. *Psychiatry Res.* 2016;240:96-102.
19. Ministère des Solidarités et de la Santé. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
20. DREES. Organisation de l'offre de soins en Psychiatrie et Santé Mentale. Sér Études Rech. 2014;(129).
21. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv Wash DC.* 2007;58(2):213-20.
22. Audebert E. Journée Performance Ambulatoire en Psychiatrie. ARS Nouvelle Aquitaine. Focus sur les centres de proximité en Santé Mentale 87. In Limoges; 2017.
23. Robiliard D. La Santé Mentale et l'avenir de la Psychiatrie: rapport d'étape. N°1085. [Internet]. 2013 [cité 28 août 2018]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1085.asp>
24. Robiliard D. La Santé Mentale et l'avenir de la Psychiatrie: rapport d'étape. N°1662. [Internet]. 2013 [cité 28 août 2018]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>
25. Robiliard D. La Santé Mentale et l'avenir de la Psychiatrie: rapport d'étape. N°4486. [Internet]. 2013 [cité 28 août 2018]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i4486.asp>
26. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Pratique avancée : lentement mais sûrement [Internet]. 2018 [cité 29 août 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/2812>
27. Orhant E. Télémédecine: décollage immédiat. *Bull Ordre Natl Médecins.* 2018;(56):32.
28. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *Inf Psychiatr.* 2014;90(5):359-71.
29. Trouvé M, Claudel H. Urgences psychiatriques et précarité : étude descriptive et comparative sur la prise en charge de sujets SDF. *Inf Psychiatr.* 2011;87(2):89-94.
30. Norotte C, Omnès C, Crozier C, Verlyck C, Romanos M. Facteurs prédictifs d'hospitalisation à partir des lits de crise des urgences d'un hôpital général. *L'Encéphale.* 2017;43(5):444-50.
31. De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Paris: De Boeck université; 2000. 275 p. (Oxalis).
32. Boiteux C, Clostre M, Querel C, Gallarda T. Urgence psychiatrique. *EMC - Psychiatr.* 2004;1(1):87-104.
33. Vaiva G, Plancke L, Ducrocq F, Wiel E, Goldstein P. Les appels au Samu pour tentative de suicide peuvent-ils être utilisés pour apprécier le nombre de tentatives de suicide dans une population ? *Presse Médicale.* 2011;40(7):770-2.
34. Guedj M. Urgences psychiatriques. 1ère édition. Paris: Elsevier Masson; 2008. 704 p.

35. Meriaux M, Denis J, Michel V, Hendrick S. Accueillir le patient en crise aux urgences psychiatriques : étude du vécu subjectif. *Ann Méd-Psychol*. 2018.
36. Massé G. Perspectives de santé mentale en France. *L'Encephale*. 1996;22 Spec(1):49-56.
37. Larcen A, Pichene C, Pinette C, Norroy B. Organisation des urgences psychiatriques à l'hôpital général. *Bull Acad Natl Med*. 1992;176(9):1481-9.
38. Haute Autorité de Santé. Psychiatrie et santé mentale : la HAS se fixe des objectifs sur trois ans [Internet]. 2013 [cité 18 sept 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1694911/fr/psychiatrie-et-sante-mentale-la-has-se-fixe-des-objectifs-sur-trois-ans
39. Hajji K, Marrag I, Zarrouk L, Younes S, Ammar MH, Nasr M. Caractéristiques générales des urgences psychiatriques à l'hôpital de Mahdia. *L'Encéphale*. 2016;42(3):289-91.
40. Petitjean F, Tabeze JP, Ple B, Bitoun G. Mise en place d'une unité d'accueil psychiatrique sectorisée dans un hôpital général. *Ann Med Psychol (Paris)*. 1983;141(8):926-33.
41. Baillon G. Soins psychiatriques d'urgence en 2014. *Soins Psychiatr*. 2014;(292):12-7.
42. Seletti B, Launay C, Petitjean F, Siari V, Gaillard G, Cordier B, et al. Dossier : Psychiatrie et urgences. *Ann Méd-Psychol*. 2002;160(2):187-201.
43. Nuns N. Les urgences psychiatriques à l'hôpital général. *Ann Méd-Psychol*. 2005;163(7):607-10.
44. Passerieux C. Accès et continuité des soins pour les troubles mentaux les plus fréquents : les consultations de soins partagés du RPSM 78. *Ann Méd-Psychol*. 2007;165(10):741-5.
45. Very E, Moncany AH, Yroni A, Marquet T, Bui E, Schmitt L. Facteurs de satisfaction et d'épuisement des psychiatres aux urgences. *L'Encéphale*. 2018;44(2):106-10.
46. Breslow RE, Klinger BI, Erickson BJ. Crisis hospitalization in a psychiatric emergency service. *New Dir Ment Health Serv*. 1995;(67):5-12.
47. 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(3):337-45.
48. Robin M, Mauriac F, Pochard F, Waddington A, Kannas S. Etude d'impact d'une unité mobile d'urgence psychiatrique. *Eur Psychiatry*. 1996;11:354.
49. Pochard F, Robin M, Regel I, Mauriac F, Waddington A, Kannas S. Interventions psychiatriques d'urgence et de sécurité à domicile. *L'Encephale*. 1998;24(4):324-9.
50. Seletti B, Launay C, Garnier B, Brun-Ney D, Boulard JC, Petitjean F. Accueil des urgences psychiatriques au sein d'un centre hospitalier universitaire. Intérêt de l'intégration dans un réseau de soin sectorisé. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 avr 2001;159(3):160-6.
51. Dhossche DM, Ghani SO. A study on recidivism in the psychiatric emergency room. *Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr*. 1998;10(2):59-67.
52. Sullivan PF, Bulik CM, Forman SD, Mezzich JE. Characteristics of repeat users of a psychiatric emergency service. *Hosp Community Psychiatry*. 1993;44(4):376-80.

53. De Clercq M. Quelle politique de prise en charge des urgences psychiatriques? Réanimation Urgences. 2000;9(4):279-87.
54. Goullieux E, Loas G. Hospitalisation psychiatrique brève: un moyen possible, une stratégie d'évoluer? L'Encephale. 2003;29:223-31.
55. Segal SP, Akutsu PD, Watson MA. Factors associated with involuntary return to a psychiatric emergency service within 12 months. Psychiatr Serv Wash DC. 1998;49(9):1212-7.
56. Schmoll S, Boyer L, Henry J-M, Belzeaux R. Patients récurrents aux urgences psychiatriques : analyse démographique et clinique. L'Encéphale. 2015;41(2):123-9.
57. Seletti B. Situations psychiatriques dans un service d'urgence : Psychiatrie et urgences. Ann Méd-Psychol. 2002;160(2):187-91.
58. Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, et al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. Science. 1992;255(5047):946-52.
59. Ellison JM, Blum NR, Barsky AJ. Frequent Repeaters in a Psychiatric Emergency Service. Psychiatr Serv. 1989;40(9):958-60.
60. Arfken CL, Zeman LL, Yeager L, White A, Mischel E, Amirsadri A. Case-control study of frequent visitors to an urban psychiatric emergency service. Psychiatr Serv Wash DC. 2004;55(3):295-301.
61. Pasic J, Russo J, Roy-Byrne P. High utilizers of psychiatric emergency services. Psychiatr Serv Wash DC. 2005;56(6):678-84.
62. Saarento O, Hakko H, Joukamaa M. Repeated use of psychiatric emergency out-patient services among new patients: a 3-year follow-up study. Acta Psychiatr Scand. 1998;98(4):276-82.
63. Klinkenberg WD, Calsyn RJ. The moderating effects of race on return visits to the psychiatric emergency room. Psychiatr Serv Wash DC. 1997;48(7):942-5.
64. Chaput YJA, Lebel M-J. Demographic and clinical profiles of patients who make multiple visits to psychiatric emergency services. Psychiatr Serv Wash DC. 2007;58(3):335-41.
65. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Predicting community tenure in patients with recurrent utilization of a psychiatric emergency service. Gen Hosp Psychiatry. 2005;27(4):269-74.
66. Tabuteau D. Loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) : des interrogations pour demain ! Santé Publique. 2010;22(1):78-90.
67. Audebert E, Roux T, Feynerol L. Journée performance ambulatoire en Psychiatrie. ARS Nouvelle Aquitaine. La téléconsultation, un outil au service de la coopération dans le cadre de la filière Santé Mentale d'un GHT. In Bordeaux; 2018.
68. Blanchard-Bouhajja F. Réunion dans le cadre du développement professionnel continu: urgences psychiatriques du Centre Hospitalier Esquirol. In Limoges; 2017.

69. Scherb B, Jourdain P. GHT, innovation et efficience. Vol. 27. Elsevier Masson; 2018. 1-61 p.
70. Vigneron E. Des territoires pour la santé, du concept à la réalité des GHT. Soins Cadres. 2018;27(106):55-8.
71. Hermann C. Réunion dans le cadre du développement professionnel continu: l'unité urgences psychiatriques de Limoges. In Limoges; 2002.

Annexes

Annexe 1. Convention de coopération entre le Centre Hospitalier Esquirol et le Centre Hospitalier Universitaire de Limoges	95
Annexe 2. Information individuelle donnée au patient.....	99
Annexe 3. Lettre informative de l'étude en cours pour les collègues du CHE intervenant aux Urgences Psychiatriques adultes.....	100
Annexe 4 : Organisation du département ambulatoire.....	101
Annexe 5 : Organisation du CHE avant 2019.....	102
Annexe 6 : Modélisation de l'offre de soins adultes du CHE– Travail préparatoire PTSM Limousin intégré dans le projet médical du GHT Limousin (filiale santé mentale).....	103
Annexe 7 : Temps et Alliance thérapeutique.....	104
Annexe 8 : Fascicule de la maison des usagers.....	105
Annexe 9 : Fascicule du pôle des usagers.....	107
Annexe 10 : Application mobile de l'offre de soins du CHE.....	109
Annexe 11 : Fiche de liaison entre médecin généraliste et psychiatre.....	110

Annexe 1. Convention de coopération entre le Centre Hospitalier Esquirol et le Centre Hospitalier Universitaire de Limoges

**CONVENTION DE COOPERATION ENTRE LE CENTRE
HOSPITALIER ESQUIROL ET LE CENTRE HOSPITALIER
REGIONAL et UNIVERSITAIRE DE LIMOGES**

URGENCES PSYCHIATRIQUES

Entre,

le Centre Hospitalier Esquirol, représenté par son directeur,

et,

le Centre Hospitalier Régional Universitaire, représenté par son directeur,

Vu l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996

Vu le décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le Code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat), codifié dans les articles R.712.63 et suivants du code de la santé publique,

Vu le décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre l'activité de soins accueil et traitement des urgences et modifiant le Code de la santé publique (troisième partie : Décrets), codifié dans les articles D.712.52 et suivants du Code de la santé publique,

Vu le décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation du schéma régional d'organisation sanitaire et modifiant le Code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat),

Vu le décret n° 96-616 du 30 mai 1997 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre l'activité de soins " accueil et traitement des urgences " et modifiant le Code de la santé publique (deuxième partie : décrets),

Vu le schéma régional d'organisation sanitaire arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation le 3 novembre 1999,

Vu la circulaire du 30 juillet 1992, relative à la prise en charge des urgences psychiatriques,

Vu la circulaire n° 97-383 du 28 mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe

Il est convenu ce qui suit :

Article 1 :

L'unité d'accueil et d'urgences du Centre Hospitalier Universitaire, conformément à l'article R. 712.65 du Code de la santé publique, accueille sans sélection, 24 h/24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prend en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitales.

Article 2 :

Le SAMU-Centre 15 participe, dans le cadre de sa mission, à la régulation de l'urgence psychiatrique sur appel des patients et des médecins libéraux.

Il dispose :

- du répertoire à jour du dispositif opérationnel des différentes structures intra et extra-hospitalières
- de leurs possibilités de réponses (horaires, modalités d'intervention, disposition de garde...)
- des coordonnées de la fédération des urgences psychiatriques qui détient la liste des psychiatres libéraux et associations œuvrant dans le domaine de la psychiatrie.

Article 3 :

Le Centre Hospitalier Universitaire n'ayant pas de vocation à pratiquer la psychiatrie, le transfert dans les meilleurs délais des malades dont l'état l'exige est effectué vers le Centre Hospitalier Esquirol. Il en va ainsi plus particulièrement des hospitalisations sur demande d'un tiers et des hospitalisations d'office.

Les patients seront orientés sur le service qui les prend déjà en charge ou sur leur secteur géographique, sauf demande contraire, exprimée par le patient, dans le cadre de son libre choix.

Article 4 :

La présence d'un psychiatre 24 h/24, tous les jours de l'année, est assurée par le Centre Hospitalier Esquirol dans les conditions suivantes :

- sur les horaires de jour 8h30 – 18h30, l'unité d'accueil du SAU fait appel au psychiatre de la "fédération des urgences psychiatriques", dans le cadre du tableau de service du personnel médical de cette fédération,

- la nuit, les week-end et jours fériés, une garde de psychiatrie "senior" sur place, dans le cadre de la "fédération des urgences psychiatriques" permettra de répondre aux urgences psychiatriques, médico-psychologiques et aux appels en provenance des UPATOU.

Le Centre Hospitalier Esquirol communique mensuellement au service des urgences le planning des psychiatres "de la fédération des urgences psychiatriques", intervenant au Service d'Accueil et d'Urgence (qui se coordonnera en outre avec le SAMU-SMUR le centre 15) du Centre Hospitalier Universitaire,

Toute modification du planning initial est immédiatement communiquée aux services des urgences-SAMU-SMUR.

Article 5 :

L'intervention des infirmiers psychiatriques détachés au service d'accueil et d'urgence se fera sous la responsabilité du psychiatre présent.

Article 6 :

Le psychiatre et l'équipe infirmière psychiatrique détachés activeront si besoin, la cellule médico-psychologique d'urgence avec le SAMU. Ils pourront conseiller le centre 15 sur des appels venant de patients manifestement en proie à un problème mental ou médico-psychologique aigu.

Ils assureront les urgences survenant dans les autres services de l'Hôpital Universitaire Dupuytren.

Article 7

Le centre hospitalier employeur garantit les personnels contre les risques d'accident du travail ou de trajet survenant du fait ou à l'occasion de leur activité professionnelle dans le cadre des urgences psychiatriques et médico psychologiques.

Article 8:

Chaque centre hospitalier prendra en charge, dans le cadre de la responsabilité civile, les préjudices que les personnels médicaux et paramédicaux pourraient provoquer lors de leur activité au sein de chaque établissement.

Article 9 :

Toutes les urgences psychiatriques, et quel que soit leur âge (adolescents, adultes, personnes âgées) prises en charges par le SAU, seront reçues et examinées par un psychiatre de la " fédération des urgences psychiatrique " soit au CHU , soit au CH Esquirol.

Article 10

Une étude sera menée pour préciser les besoins en matière d'urgences psychiatriques et médico-psychologique sur le département, et rechercher les réponses les plus appropriées.

Article 11 :

Les Centres Hospitalier Esquirol et " Régional Universitaire " assureront une formation spécifique:

- à l'accueil en urgence,
- à la psychiatrie - enfants, adolescents, adultes, personnes âgées,
- à la législation en matière d'hospitalisation psychiatrique
- et à la sécurité,

des équipes infirmières du service d'accueil et d'urgence et psychiatriques détachés.

Article 12 :

Le centre hospitalier Régional Universitaire s'engage à mettre à la disposition du psychiatre, une chambre équipée,

Article 13 :

Le centre hospitalier Régional Universitaire met à disposition de l'équipe psychiatrique un bureau de consultation (équipé d'un téléphone d'un ordinateur avec imprimante ...), une pièce calme pour recevoir les familles, et un mi-temps de secrétariat, à l'intérieur de l'unité d'accueil des urgences,

Les repas de l'équipe psychiatrique seront fournis par le CHRU

Article 14 :

Le dossier médical du patient, détenu par le service d'accueil des urgences comporte une partie intitulée " avis psychiatrique " qui doit être rempli par les infirmiers et le psychiatre avant toute décision.

Tout transfert vers le centre hospitalier Esquirol ne pourra se faire que sur décision du psychiatre.

En cas de transfert d'un patient des urgences vers le Centre Hospitalier Esquirol ou tout autre clinique ou service, un double du dossier accompagne le patient. Les résultats des bilans en cours doivent être adressés des réception, sous plis cacheté, au service ou a été adressé le patient.

Article 15

La présente convention implique des moyens spécifiques alloués :

1) à la « fédération des urgences psychiatriques » pour pouvoir s'appliquer :

- en personnel médical, la création de 2 postes de praticien hospitalier en Psychiatrie
- en personnel infirmier, la création de 7 postes d'infirmiers psychiatriques.
- Le budget de financement des gardes sur place.

2) Alloués au CHRU

- un mi-temps de secrétariat,
- les locaux et leur équipement notamment les systèmes informatiques et d'appel.

Article 16 :

La présente convention est conclue pour une durée de un an renouvelable par tacite reconduction.

Elle prend effet le 1 mars 2001

Article 17 :

La mise en place de la présente convention est conditionnée par le respect des textes en vigueur et à l'avis des deux présidents de CME sur l'adéquation des moyens mis à disposition.

Elle peut être dénoncée par lettre recommandée avec avis de réception, à tout moment par l'une ou l'autre des parties, moyennant un préavis de trois mois

A LIMOGES le 27 février 2001

C. H. Esquirol
Le Directeur,

J.M CHOUZENOUX

Le président de la CME

E.R. LOMBERTIE

C. H. Universitaire de Limoges
Le Directeur,

S. FONTARENKY

Le Président de la CME

B. DESCOTTES

Pour l'A.R.H, le Directeur

J.L. DURAND-DROUHIN

J.L. Durand-Drouhin

Annexe 2. Information individuelle donnée au patient

From:

To:00555056181

19/04/2018 14:41

#260 P.001/001



Information Individuelle liée à la Recherche

Vos données de santé, si vous ne vous y opposez pas, seront utilisées à des fins de recherche dans le cadre d'une étude menée dans le service des urgences psychiatriques lors de votre prise en charge par les soignants du CH Esquirol.

Il s'agit de mieux comprendre votre parcours de soin et le motif de votre prise en charge. Nous espérons pouvoir avec cette étude apporter des améliorations.

Pour cela, les informations étudiées porteront sur vos données socio-démographiques (âge, sexe, code postal, modalités de prise en charge) et vos données médicales (diagnostic, antécédents).

Ces informations seront anonymées et resteront strictement confidentielles, leur consultation étant faite uniquement par des personnes qui collaborent à la recherche et qui sont soumises au secret professionnel. Vous conserverez un droit d'accès et de rectification de ces données.

Vous avez toutefois la possibilité de vous opposer à l'utilisation de vos données à caractère personnel pour cette étude en le signalant au personnel soignant.

<i>Partie à compléter par le personnel soignant</i>	<i>Document à conserver par le responsable de l'étude</i>
Recueil de l'Opposition à l'utilisation des données à caractère personnel dans le cadre de Recherche	
Opposition exprimée : <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
par M. Mme	
Responsable de la collecte de l'information :	
A le	

Annexe 3 : Lettre informative de l'étude en cours pour les collègues du CHE intervenant aux Urgences Psychiatriques adultes



**CENTRE HOSPITALIER
ESQUIROL – LIMOGES**

Limoges, le 4 avril 2018

Médecins du CHE

Copie à : Mme BREGERE Catherine, cadre supérieur de santé
Secrétariat Urgences psychiatriques
Infirmières des Urgences Psychiatriques

Chers collègues,

Dans le cadre du travail de thèse de Julie DUR (interne de spécialité de psychiatrie) ayant pour thème les urgences psychiatriques dans le parcours de soins du patient, nous réalisons une étude dans l'unité médicale des urgences psychiatriques située au SAU du CHU.

Nous avons besoin de votre aide pour réaliser cette étude.

En effet, les patients venant en consultation aux urgences psychiatriques du SAU doivent être informés que leur DPI cariatides sera consulté par les médecins en charge de l'étude, les données utilisées étant bien sûr anonymisées, comme dans toutes les études.

Nous n'avons pas besoin de consentement écrit, hormis le consentement dématérialisé noté systématiquement lors de la création de leur DPI cariatides.

Dans le cas où un patient est consentant pour recevoir les soins d'une personne du CHE et donc la créateur DPI cariatides mais pas pour participer à l'étude, un formulaire est à votre disposition dans la pochette RIMPSY de l'unité médicale (copie ci-jointe). Ainsi nous ne traiterons pas ce dossier dans l'étude.

Dans le cas où un patient ne peut donner son consentement ou non consentement pour l'étude, il en va de même pour les soins, celui-ci sera donc recherché ultérieurement lors de l'hospitalisation complète.

Ce travail est une étude prospective descriptive de trois mois, du 1^{er} avril 2018 au 1^{er} juillet 2018.

Nous vous remercions de votre aide.

Julie DUR
Interne de Spécialité

Dr VERGER Guillaume
Chef de Pôle de Territoire

Professeur Clément Jean-Pierre
Chef de Pôle PUPAPA

Dr BOURLOT Danièle
Présidente CME

Mme FEYNEROLLiliane
Cadre Paramédical de Pôle

Dr AUDEBERT Elodie
Praticien Hospitalier Psychiatre

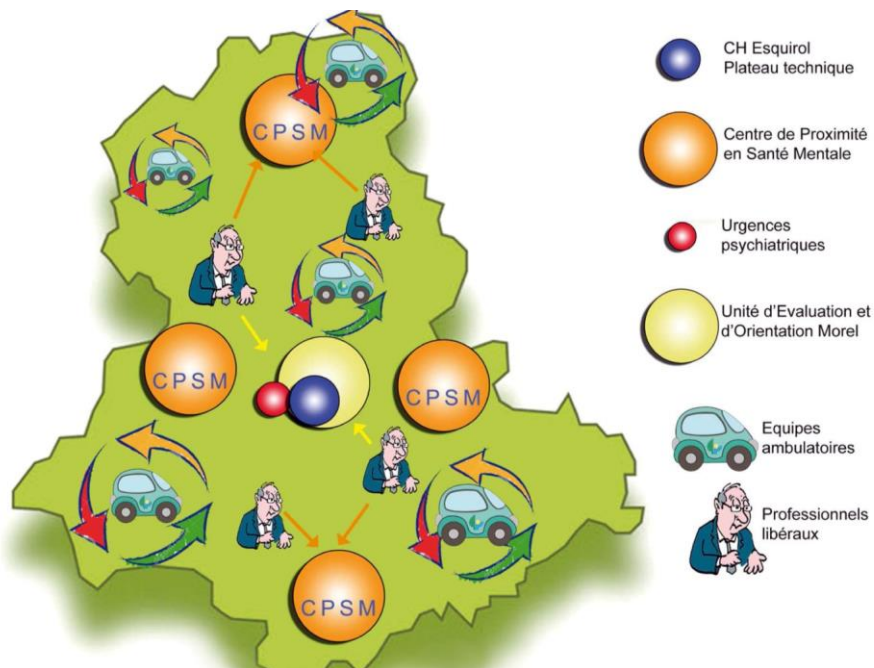
Mme GOURINEL Francine
Directrice des Soins

Mr COSTANZO Robert
Chef de Pôle des Usagers

☎ 05 55 43 11 67
Fax : 05 55 43 12 34

15 Rue du Dr Marcland
87025 Limoges Cédex

Annexe 4 : Organisation du département ambulatoire

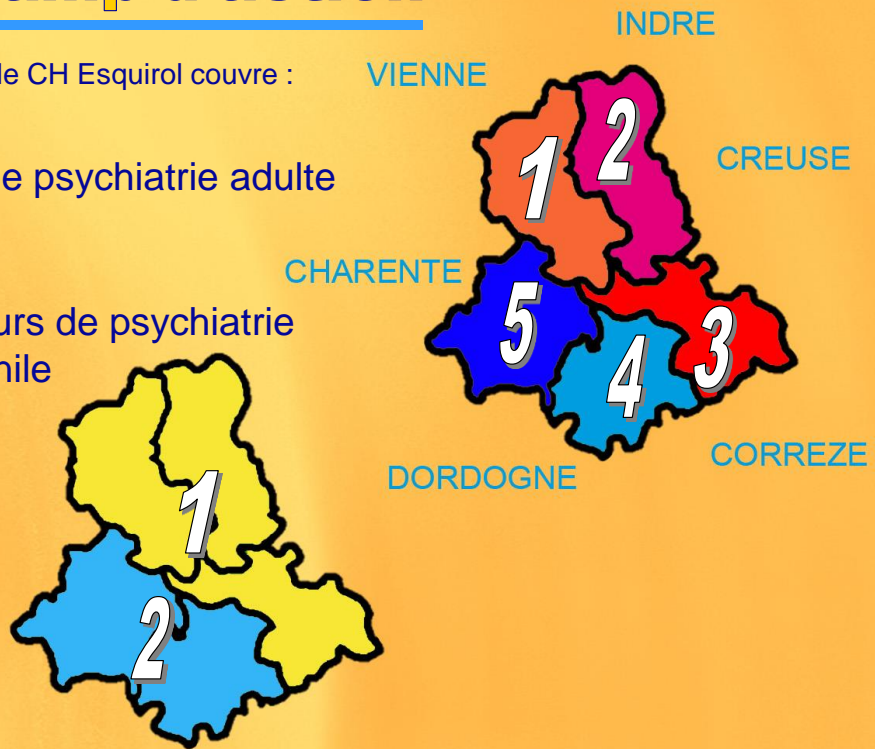


Son champ d'action

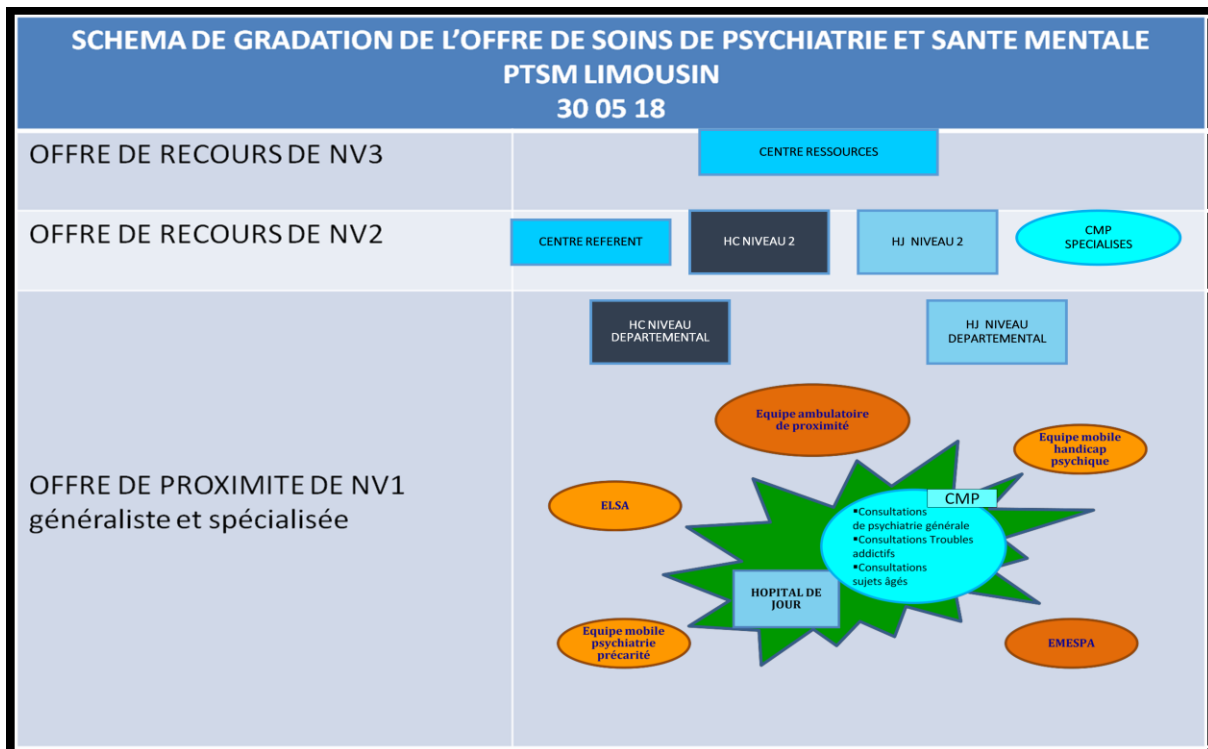
En Haute-vienne, le CH Esquirol couvre :

5 secteurs de psychiatrie adulte

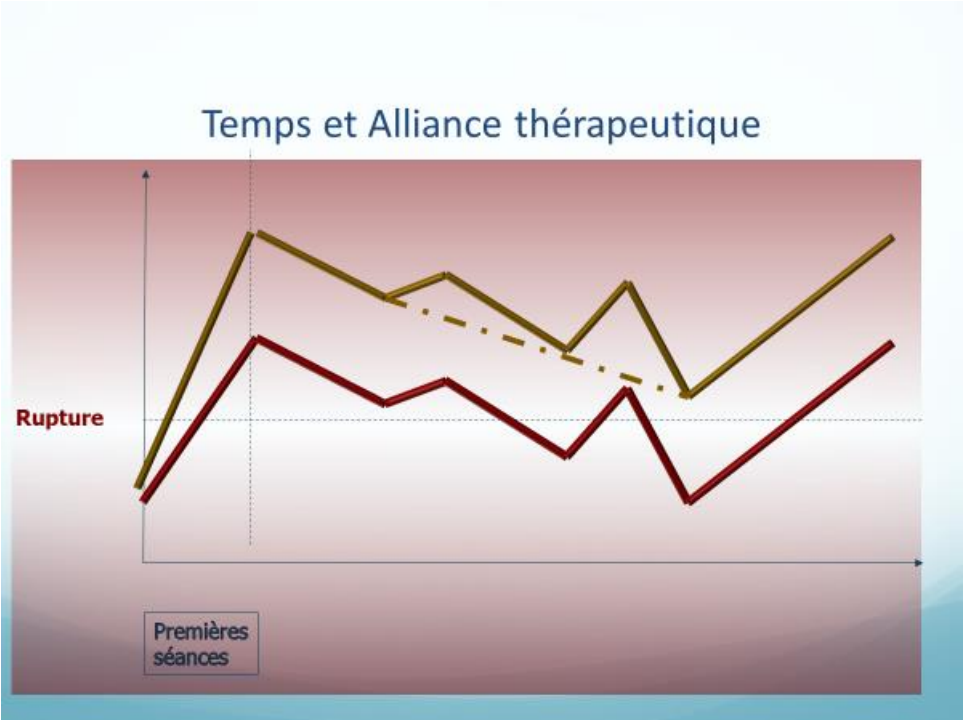
2 intersecteurs de psychiatrie
infanto-juvénile



Annexe 6 : Modélisation de l'offre de soins adultes du CHE – Travail préparatoire PTSM Limousin intégré dans le projet médical du GHT Limousin (filière santé mentale)



Annexe 7 : Temps et Alliance thérapeutique



Annexe 8 : Fascicule de la maison des usagers

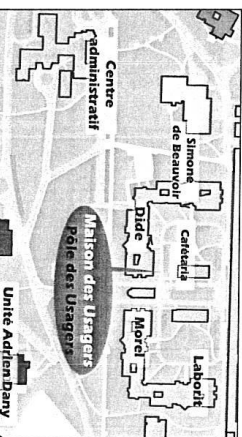
Vous pouvez joindre
la Maison des Usagers au 05 55 43 10 35
(au 010 poste 1035 dans l'enceinte du Centre Hospitalier)
Le Pôle des Usagers au 05 55 43 10 95
Répondre en dehors des heures de permanence

VOUS RENDRE À LA MAISON DES USAGERS

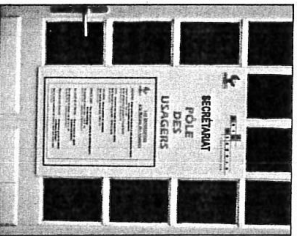
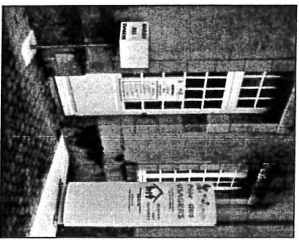
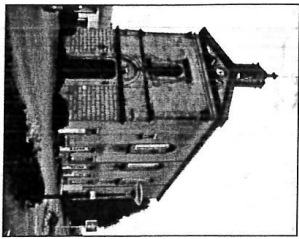
Le fléchage en place au sein de l'établissement vous indiquera son emplacement. Elle se situe à proximité de la cafétéria des patients, au coeur de l'hôpital.

Vous pouvez demander de plus amples renseignements à l'équipe soignante, à l'assistant(e) social(e) ou vous rendre au bureau des admissions, au centre administratif pour obtenir un plan du site.

La Maison des Usagers se trouve à la chapelle, sur le plan entre les pavillons Dide et Morel.



Ci-dessous, vue de la Chapelle et de la Maison des Usagers, ainsi que du secrétariat du Pôle des Usagers.



Plus d'informations sur www.ch-esquirol.limoges.fr dans la rubrique vous-etes-un-usager/Le-Pole-des-Usagers/La-Maison-des-Usagers

Centre Hospitalier Esquirol Limoges

d
ô
l
e
u
s
a
g
e
r
s

Créé le 6 novembre 2014

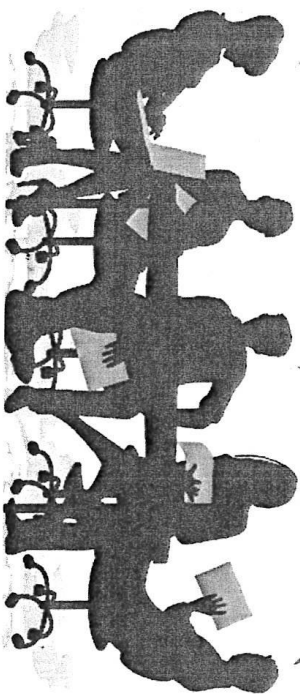
MAISON DES USAGERS

Un espace de dialogue dédié aux patients et leur entourage, animé par des personnes concernées

Écouter
Partager
Aider

«Un de mes proches a été hospitalisé, j'étais perdue, j'ai trouvé un vrai soutien et un lieu pour en parler»

«le pôle des usagers, par la rencontre avec les bénévoles, m'a permis de mieux comprendre les rouages et le fonctionnement de l'hôpital»



IN-III-005 09/2017

Plusieurs bénévoles d'associations d'usagers et professionnels se tiennent à votre disposition à la Maison des Usagers du Centre Hospitalier Esquirol. Vous pouvez vous y rendre librement pour les solliciter.

(Accès libre et gratuit)

Permanences à la Maison des Usagers

UNAFAM

Union Nationale des Familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
Vendredi - 15h à 17h30
ou sur rendez-vous en appelant « l'écoute famille »
05 55 00 52 37 - 06 30 86 24 99
jeanmaniere@orange.fr

AFTC

Association des familles de traumatisés crâniens et cérébro-lésés
4^{ème} mercredi de chaque mois - 15h30 à 16h30
06 60 45 87 87
aftc.limousin@gmail.com

Vie libre

Pour les victimes de l'alcoolisme et d'autres addictions
2^{ème} jeudi de chaque mois - 14h à 15h
05 55 04 15 08
mouvement-vie-libre0919@orange.fr

ARGOS 2001

Association d'aide aux personnes atteintes de troubles bipolaires et à leur entourage, 1^{er} mercredi de chaque mois - 14h à 16h
07 82 75 67 07
argos2001.87@laposte.net

La Santé de la Famille

Pour les victimes de l'alcool et autres toxicomanies
2^{ème} mercredi de chaque mois - 15h à 16h
06 85 82 99 45
sdf.limoges@orange.fr

UDAF 87

Union Départementale des Associations Familiales
dernier lundi de chaque mois - 13h30 à 14h30

Avocats

Permanence gratuite des avocats
à la Maison des Usagers - 05 55 43 10 35
le mardi après-midi - 14h30 à 16h30

Permanences délocalisées

AFTC - 06 60 45 87 87

Association des familles de traumatisés crâniens et cérébro-lésés
4^{ème} mercredi de chaque mois - 14h30 à 15h30
à l'unité A.DANY
aftc.limousin@gmail.com

France Alzheimer 87 - 05 55 01 38 52

1 rue André Messager, 87000 Limoges
france.alzheimer87@bbox.fr

Les autres associations d'usagers partenaires

CAARUD L'étape - 05 55 06 18 19 - 06 18 24 08 17
Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction
de Risques pour Usagers de Drogues
55 rue Jules Bobillot, 87000 Limoges

AIDES - 05 55 06 18 19

ENTR'AIDSIDA LIMOUSIN - 05 55 33 54 33

AEPAPE 87 - 05 55 79 24 59

Association d'Entraide des Pupilles et Anciens Pupilles de l'Etat
et de l'Aide Sociale à l'Enfance de la Haute-Vienne
20 boulevard Victor Hugo, 87000 Limoges

PRISM - Croix Marine - 05 55 43 10 85

C.H.Esquirol, 15 rue du Docteur Marcland 87025 Limoges cedex

UDAF 87 - 05 55 10 53 00

Union Départementale des Associations Familiales
18 avenue G. et V. Lemoine, 87000 Limoges

AA 87 - 05 55 37 41 90 - 07 85 18 42 24

Alcooliques Anonymes, accueil sur rendez-vous
2 avenue Pierre Traversat, 87100 Limoges

La Maison Des Usagers

La Maison des Usagers est un espace de formation et de dialogue où les patients et leurs proches peuvent rencontrer des bénévoles d'associations pour parler de la maladie, trouver le soutien dont ils ont besoin pour aller de l'avant.

Elle fonctionne depuis 2005.

Les associations tiennent des permanences et répondent aux attentes des usagers patients et familles qui viennent les rencontrer.

La bonne connaissance du fonctionnement de l'hôpital, des services d'entraide en ville, permet une information, une orientation en adéquation avec les demandes.

Maison des Usagers

Comités locaux des Usagers

Commission des Usagers - CDU

Formation

Permanences juridiques

Commission

Conseil Local de Santé Mentale

Commission permanente Usagers/Professionnels

Aménagement des locaux-environnement

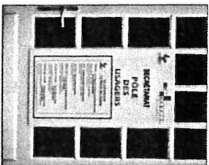
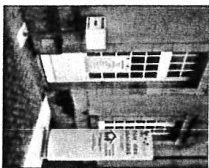
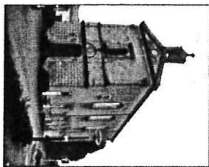
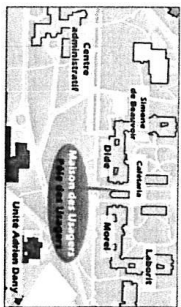
Pôle des Usagers

IN-III-10 09/2017

VOUS RENDRE A LA MAISON DES USAGERS

La Maison des Usagers se trouve à la chapelle, sur le plan entre les pavillons Dide et Morel.

Chadroux, rue de la Chapelle et de la Maison des Usagers, ainsi que du secrétariat du Pôle des Usagers.



05 55 43 10 95

Pdu@ch-esquirol.limoges.fr

CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL

Pôle Des Usagers

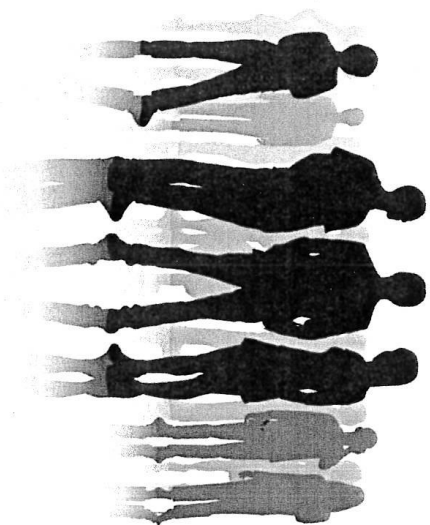
15, rue du Docteur Marcland
87025 LIMOGES CEDEX

www.ch-esquirol-limoges.fr



d
p ô l e
u s a g e r s

Créé le 6 novembre 2014



Le rôle du Pôle des Usagers

Créé en 2014, il est l'aboutissement de la politique innovante et volontariste du Centre Hospitalier Esquirol d'associer les usagers au quotidien pour améliorer la prise en charge des patients et l'accompagnement des familles et entourages proches.

Le Pôle des Usagers recueille les retours d'expériences des usagers-patients et des usagers-familles en vue de formuler des pistes d'amélioration concrètes au bénéfice de l'amélioration de la qualité des soins.

Porteur de l'implication des bénévoles d'associations, le pôle des usagers renforce le respect des droits des patients et vise l'alliance thérapeutique.

Les missions du Pôle des Usagers

De par ses missions transversales, le pôle des usagers est acteur au sein :

- De la Commission des Usagers (CDU)
 - Des Comités Locaux des Usagers implantés dans les bassins de population du département
 - Du Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) et du Contrat Local de Santé (CLS) de Limoges
 - Du Collectif des Semaines de l'Information en Santé Mentale (Collectif SISM 87)
 - De l'aménagement et de l'accessibilité des locaux, de l'environnement
- Il œuvre aussi en faveur de :
- La formation des professionnels et des aidants
 - La désigmatisation de la Santé Mentale
 - L'alliance thérapeutique Usagers/Professionnels
 - Le déploiement Pair Aidant

Un pôle impliqué au quotidien

En lien avec les pôles médicaux du CH Esquirol, le Pôle des Usagers s'intéresse aux réflexions qui sont menées sur des thématiques relatives au parcours de soins, puis de vie de tous les usagers.

Avec :

- Le Comité des Usagers

Il est constitué des représentants d'associations impliquées en santé mentale.

- La Commission Permanente Usagers / Professionnels

Elle permet aux représentants des usagers de discuter directement avec les professionnels des équipes soignantes des situations qui nécessitent une réflexion commune.

Un pôle acteur dans la cité

Il est impliqué au sein des Conseils et Comités Locaux de Santé Mentale des bassins de population du département, il participe au travail en réseau entre les professionnels de la santé mentale et les acteurs locaux.

Il a pour objectif de favoriser l'accompagnement social et médical des personnes psychologiquement vulnérables (Logement, associations sportives et culturelles).

Le Comité des Usagers regroupe :



L'association Prévention, Réinsertion, Information en Santé Mentale (PRISM)



L'Association des Familles de Traumatisés Crâniens (AFTC87)



L'Association d'Entraide des Pupilles et Anciens Pupilles de l'Etat (AEPAPE87)



L'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF87)



L'Association Alcooliques Anonymes (AA87)



L'Union Nationale des Familles et Amis et de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM87)



L'Association France Alzheimer 87



L'Association Vie Libre

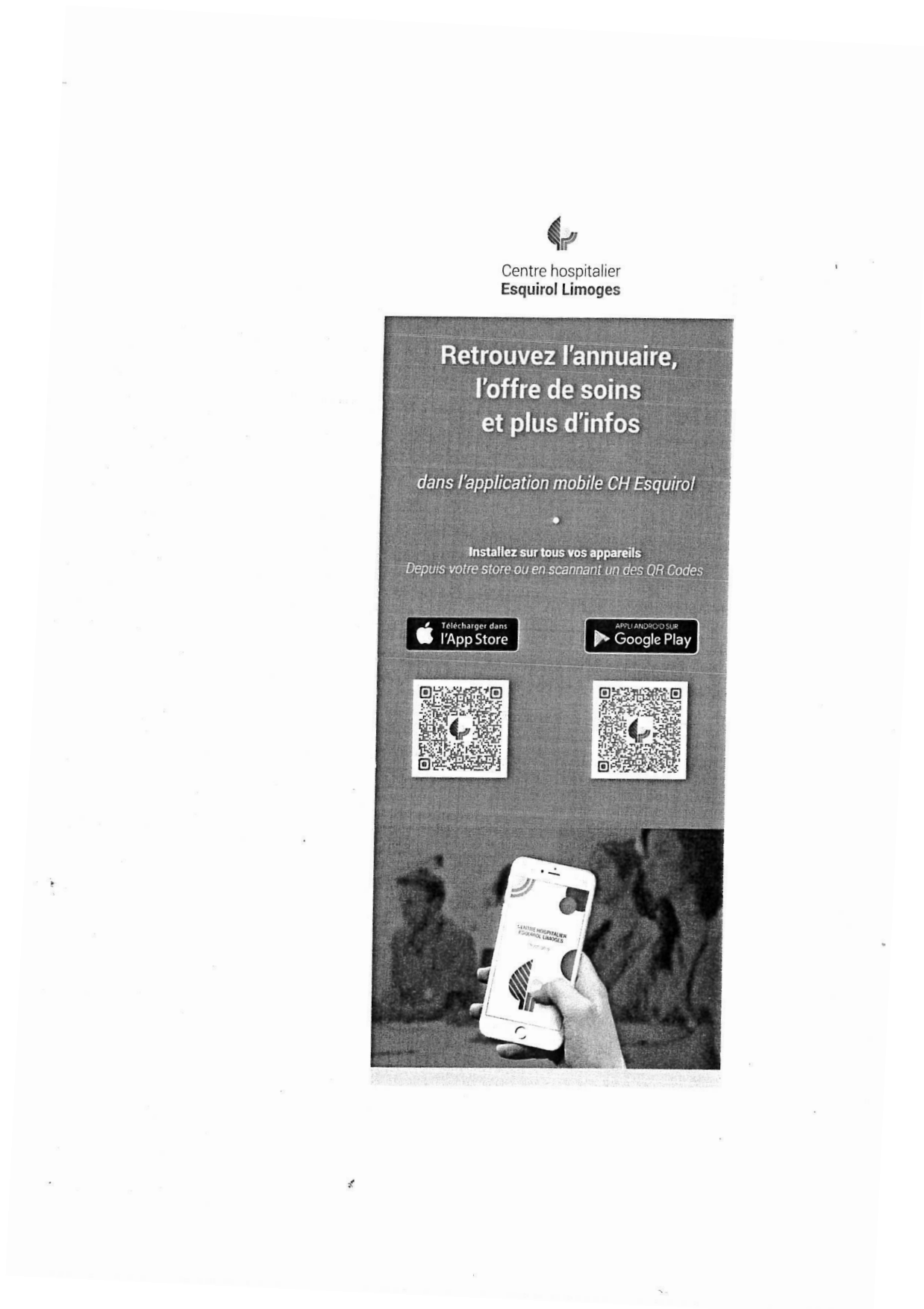


L'Association Argos 2001



L'Association Aides

Annexe 10 : Application mobile de l'offre de soins du CHE



Annexe 11 : Fiche de liaison entre médecin généraliste et psychiatre

Fiche de liaison au Dr , psychiatre

Cher Confrère,
 Vous allez recevoir : M. M^{me} M^{lle} Prénom :
 Nom : Age :
 Situation familiale et professionnelle :
 Symptômes actuels :

Etat somatique actuel :
 Traitement en cours :
 Antécédents médico-chirurgicaux :

Histoire de la maladie :
 - antécédents psychiatriques personnels
 - antécédents psychiatriques familiaux
 - début des troubles
 - évolution des symptômes
 - traitement antérieur (tolérance, observance)
 - addiction, mésusage
 - auto et/ou hétéro agressivité
 - contexte de vie familial et/ou professionnel

Hypothèse diagnostique :

Je vous demande : avis diagnostique et thérapeutique
 prise en charge pharmacothérapeutique
 une prise en charge psychothérapeutique
Je souhaite assurer : le suivi de la prise en charge de la prescription pharmacologique
 uniquement le suivi somatique

Veuillez agréer mes confraternelles salutations.

Date :

Cachet / Signature / Téléphone

Document remis en main propre à l'intéressé

Fiche de liaison au Dr , médecin traitant

Cher Confrère,
 J'ai bien reçu : M. M^{me} M^{lle} Prénom :
 Nom : Age :
 Pour répondre à votre demande, compte tenu des éléments en ma possession à ce jour et des symptômes présentés, j'évoque le diagnostic suivant :

Compte tenu des déclarations du patient (facteurs environnementaux et/ou de contrainte) :

Dans le projet de soins, je peux proposer : suspension des activités professionnelles
 le suivi par le médecin traitant de la surveillance biologique du patient sous traitements psychotropes
 avis du médecin du travail
 pharmacothérapie, si oui précisez :
 (mise en route, ajustement, durée)

adaptation et surveillance du traitement, si oui précisez :
 (mise en route progressive, bilans sanguins, dosage)

psychothérapie

Dans le projet de soins, je peux vous suggérer : demande d'Affection de Longue Durée
 coordination médico-sociale

Consignes particulières / surveillance des effets secondaires :

Si besoin, n'hésitez pas à me contacter.
 Veuillez agréer mes confraternelles salutations.

Date :

Cachet / Signature / Téléphone

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Place de l'unité médicale des urgences psychiatriques dans le parcours de soins du patient.

L'étude a comme objectif principal de décrire la population de l'unité médicale des urgences psychiatriques adultes du Centre Hospitalier Esquirol (CHE) située au sein du Service d'Accueil et d'Urgence (SAU) du CHU de Limoges et comme objectif secondaire, de définir la place actuelle de cette unité médicale dans le parcours de soins des patients.

Il s'agit d'une étude descriptive prospective, portant sur une population de 316 sujets qui a été conduite en 2018 pendant 3 mois du 1^{er} Avril au 30 Juin sur l'unité médicale des urgences psychiatriques adultes du CHE.

Cette unité médicale reçoit essentiellement des patients de la Haute-Vienne, pour la plupart déjà connus de la Psychiatrie, arrivant essentiellement d'eux même et le plus souvent pour des troubles anxieux et addictologiques. Au décours du passage aux urgences, la plupart des usagers rentrent sur leur lieu de vie avec un suivi ambulatoire spécialisé.

La place actuelle de cette unité médicale dans le parcours de soins du patient ne correspond donc pas à la mission initiale qui est une mission de premier moyen d'accès à la Psychiatrie, de prise en charge des situations de crise, des urgences mixtes (tentative de suicide, intoxication éthylique aiguë) et leur mission de liaison.

Il est important de s'interroger sur la cohérence de cette mission supplémentaire semblant être devenue prioritaire à ce jour. Est-ce le bon endroit pour cette mission ? Les locaux semblent être peu adaptés aux urgences psychiatriques avec un manque de confidentialité, l'absence de chambre d'isolement et donc un risque de fugue, de passage à l'acte et un risque pour les usagers, les familles et les soignants. L'autre risque est l'embolisation du SAU par des patients ne nécessitant pas de surveillance somatique.

Le taux d'adressage aux urgences par les médecins traitants est faible. Nous pouvons formuler l'hypothèse d'un bon maillage territorial et de l'efficacité du travail de communication auprès de ces derniers.

Il serait intéressant d'améliorer la communication auprès des usagers et du grand public sur les voies d'accès aux soins psychiatriques.

Actuellement, est en train de se structurer au sein de l'unité médicale d'Evaluation et d'Orientation Morel du CHE, une mission de consultations d'urgences psychiatriques pour les patients connus, ayant un suivi psychiatrique déjà en place (le CMP Morel). Cette unité médicale a pour but d'aider les usagers ou les médecins traitants qui n'arrivent pas à adresser les patients rapidement à leur psychiatre référent pour avoir un avis psychiatrique en urgence. Une étude similaire serait nécessaire sur la place de l'hospitalisation complète et du CMP Morel dans le parcours de soins.

Il y a également un important travail de terrain à réaliser, une réflexion et une articulation à penser entre ces deux unités médicales (Urgences psychiatriques adultes et Morel) afin que l'utilisateur puisse être orienté rapidement au bon endroit et au bon professionnel pour la prise en charge la plus coordonnée possible et ce même dans l'urgence.

Mots-clés : urgences psychiatriques, parcours de soins, stigmatisation, accès aux soins psychiatriques, offre de soins, filière ambulatoire, Centre Hospitalier Esquirol



The place of the psychiatric emergency unit in the patient healthcare process The main objective of the study is to describe the population of the adult psychiatric emergency unit of the Centre Hospitalier Esquirol (CHE), which is located within the Service d'Accueil et d'Urgence (SAU) of Limoges University Hospital. Its secondary objective is to define the current place of this medical unit in the patient healthcare process. It is a prospective descriptive study which focuses on a population of 316 subjects and was conducted over 3 months in 2018, from the 1st of April to the 30th of June, in the CHE adult psychiatric emergency unit. This medical unit mainly admits patients from the Haute-Vienne department. Most of these patients have a previous psychiatric history and mainly consult of their own accord, most often for anxiety and addiction disorders. After receiving treatment in the emergency department, most users can return home and benefit from specialized outpatient aftercare. Therefore, the current place of this medical unit in the patient healthcare process does not correspond to its initial mission, which is to provide primary access to psychiatric care, manage crisis situations and mixed emergencies (suicide attempt, acute ethyl intoxication) and provide liaison with other medical departments. It is important to question the coherence of this additional mission which now seems to have taken precedence over the initial one. Is this the right place for such a mission? The premises seem ill-adapted to psychiatric emergencies, with a lack of privacy and no isolation room – hence a risk for patients to run away and act out as well as a risk for users, families and caregivers. Another risk is the overcrowding of the SAU by patients who do not require somatic monitoring. The referral rate to Psychiatry emergencies by GPs is low. We can assume that the territorial coverage is satisfactory in this regard, and that the communication work towards GPs is efficient. It would be interesting to improve communication towards users and general public on the psychiatric healthcare access channels. A medical unit intended to manage psychiatric emergencies within the CHE is currently being set up for already known patients who benefit from on-going psychiatric care (Morel CMP). Its purpose is to help users or GPs who cannot manage to quickly refer patients to their psychiatrist for urgent advice. It would be necessary to conduct a similar study on the place of the in-patient admission and the Morel CMP in the patient healthcare process. Moreover, significant field work must be carried out and full consideration must be given to coordination with both these medical units (Adult psychiatric emergency department and Morel), in order for patients to be quickly referred to the right unit and the right healthcare provider and to receive the most coordinated care possible, even in emergency situations.

Keywords : psychiatric emergencies, healthcare process, stigmatisation, primary acces to psychiatric care, offer of care, ambulatory field, Centre Hospitalier Esquirol

