



HAL
open science

L'hospitalisation psychiatrique de courte durée aux urgences d'un hôpital général : une étude rétrospective sur les facteurs prédictifs d'orientation à l'issue de la prise en charge

Cyrille Norotte

► **To cite this version:**

Cyrille Norotte. L'hospitalisation psychiatrique de courte durée aux urgences d'un hôpital général : une étude rétrospective sur les facteurs prédictifs d'orientation à l'issue de la prise en charge. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01624594

HAL Id: dumas-01624594

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01624594>

Submitted on 26 Oct 2017

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

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

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 96

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

L'hospitalisation psychiatrique de courte durée aux urgences
d'un hôpital général : une étude rétrospective sur les facteurs
prédictifs d'orientation à l'issue de la prise en charge

Présentée et soutenue publiquement
le 24 juin 2016

Par

Cyrille NOROTTE

Né le 19 avril 1983 à Paris (75)

Dirigée par M. Le Docteur Matthieu Romanos

Jury :

M. Le Professeur Patrick Hardy Président

Mme Le Professeur Chantal Henry

M. Le Professeur Frank Schurhoff



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Au Professeur Patrick Hardy qui me fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Vous m'avez accueilli en début d'internat dans votre service pour mon premier stage en hôpital universitaire : je garderai un souvenir indélébile de votre enseignement et de votre bienveillance lors des visites au chevet des patients. Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.

Aux membres du jury,

Au Professeur Chantal Henry que je remercie infiniment d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci de m'avoir accueilli en stage au centre expert bipolaire et merci pour tous ces moments partagés autour de la recherche translationnelle entre l'Institut Pasteur et Créteil : j'en garderai un souvenir empreint de senteurs et d'émotions.

Au Professeur Franck Schurhoff que je remercie vivement d'avoir accepté de juger de mon travail de thèse. Merci de m'avoir intégré à cette équipe chaleureuse du centre de réhabilitation, et pour toutes les discussions que nous avons partagées à cette occasion.

A mon directeur de thèse, le Docteur Matthieu Romanos que je remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse. Tu as su me transmettre ta passion pour le travail de crise lors de mon semestre aux urgences de Rambouillet au point que ce sujet de thèse s'est imposé comme une évidence pour moi. Je te remercie de m'avoir fait découvrir la systémie et donné l'envie de poursuivre mon apprentissage dans ce domaine. J'ai aussi été très touché par ton soutien et ta disponibilité tout au long de ce travail de thèse. Je te transmets ici toute ma reconnaissance et mon affection.

Aux personnes qui m'ont aidé dans ce travail de thèse,

Au Docteur Cécile Omnès, que je remercie chaleureusement pour son soutien indéfectible et sa vision éclairée qui m'ont guidé pour accomplir ce travail.

A l'équipe des urgences de Rambouillet, un grand merci pour votre soutien au cours de ce travail. Merci à Carole Verlyck, et au Docteur Cécile Crozier pour leur aide précieuse dans la collecte des données.

Au Professeur Jean-Christophe Thalabard et à Benjamin Sadacca, pour leurs conseils sur l'analyse statistique des données.

Au Professeur Guido Bondolfi, qui m'a accueilli chaleureusement lors de ma visite dans son service à l'Hôpital Universitaire de Genève. Je remercie les équipes des urgences psychiatriques et de l'unité de thérapies brèves, et en particulier le Docteur Alessandra Costanza qui a pris le temps de me faire partager sa vision de la psychiatrie d'urgence et du travail de crise.

A l'équipe de groupe ERIC de l'hôpital Charcot, et en particulier au Docteur Frédéric Mauriac qui m'a fait profiter de sa grande expérience sur le concept de crise et son histoire.

A Pierre-Marie Lledo, responsable du laboratoire Mémoire et Perception de l'Institut Pasteur qui, par son enthousiasme et son ouverture d'esprit, a renforcé ma curiosité et mon goût pour la recherche pendant ces années d'internat. Je remercie l'équipe de son laboratoire, et en particulier Kurt Sailor : merci pour ta finesse et ta gentillesse, tu as toute mon amitié.

A ma famille,

Merci Maman d'avoir toujours été là dans les moments de joie, mais aussi les moments plus difficiles au cours de ces dernières années. Merci aussi pour tes conseils et ton esprit éclairé qui ont guidé mes réflexions dans ce travail.

Merci Grand-mère pour ta présence et ton soutien indéfectible. A Louis-Albert pour sa gentillesse et sa constance. Merci au reste de ma famille, mes oncles et tantes, cousins et

cousines, Mylène, David, Jérémie, Margaux pour ces moments de complicité passés et à venir. Merci à grands parents défunts Claude, Zette et Pépé pour leur affection et leur attention constante : ils m'ont donné confiance et foi dans mes études. Une pensée émue pour mon père décédé il y a trente ans.

Une pensée pour Jackie qui m'a apporté son soutien attentionné et son enthousiasme dans la poursuite de mes études de médecine et ma spécialisation en psychiatrie.

A mes amis,

Ceux rencontrés sur les bancs de la fac : Cynthia, Gratianna, Etienne, Auriana, Cheten, Sabine, Antoine. Ceux rencontrés au cours de l'internat et avec qui j'ai partagé de nombreux très bons moments : à mes amis de PGV, du KB, de Sainte-Anne, de Necker et de Chenevier. Une pensée affectueuse pour Clémentine.

A mes amis de longue date, Mathieu, Jamel, Fred, Yan, Michel G., Jason, Alex L., David K., Emmanuel et Christian.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
PREMIERE PARTIE : Contexte historique et théorique	11
1. L'explosion de la demande aux urgences psychiatriques	11
A. La précarisation du lien social	11
B. La représentation symbolique des urgences	12
C. Une demande croissante en provenance des médecins généralistes et la fragilisation de la permanence des soins (PDS).....	12
D. L'évolution de la psychiatrie dans le contexte de la désinstitutionnalisation.....	13
2. Les réponses à la pression de l'urgence : le cadre réglementaire, le travail de crise et l'hospitalisation psychiatrique de courte durée (HPCD).....	15
A. Des évolutions réglementaires diversement appliquées concernant l'urgence psychiatrique à l'hôpital général.....	15
B. Des difficultés dans l'organisation de la psychiatrie dans les SAU des hôpitaux généraux.....	17
C. L'urgence et la crise : aspects cliniques et théoriques	19
1) Psychiatrie en urgence vs urgences psychiatriques.....	19
2) La crise comme contexte de l'urgence	19
a) Approche systémique.....	20
b) Approche psycho-dynamique	20
3) Le travail de crise : origines, modèles et applications.....	21
a) Origines.....	21
b) Le modèle interaction-intervention de crise	22
c) Les applications françaises	23
D. La place et l'apport de l'HPCD dans la prise en charge de l'urgence psychiatrique et du travail de crise	24
1) Définition.....	24
2) Les différentes formes de l'HPCD	25
3) L'impact de l'HPCD.....	26
3. Un exemple particulier : l'HPCD aux urgences du CHG de Rambouillet.....	28
A. Organisation du service des urgences psychiatriques.....	28
B. Historique du service et implémentation du travail de crise.....	29
C. La place des lits d'HPCD au sein du dispositif d'urgences psychiatriques.....	30

DEUXIEME PARTIE : Etude des facteurs prédictifs d'orientation à partir des lits d'HPCD	31
1. Préambule.....	31
2. Méthodes	31
A. Population étudiée et critères d'admission en HPCD.....	31
B. Modèle d'intervention.....	32
C. Collecte des données.....	33
D. Analyse statistique.....	34
3. Résultats	35
A. Caractéristiques cliniques et sociodémographiques	35
B. Facteurs prédictifs d'orientation à l'issue de la prise en charge en HPCD.....	36
C. Variables associées à une orientation en consultation de post-urgences	37
D. Parcours des patients dans le dispositif d'urgence psychiatrique.....	38
E. Impact de la création des lits d'HPCD sur le taux d'hospitalisation en secteur psychiatrique.....	39
TROISIEME PARTIE : Discussion	41
1. Limites de l'étude.....	41
2. La prise en charge des patients en HPCD : considérations cliniques et théoriques	42
A. Une symptomatologie rapidement évolutive	42
B. Du temps de l'urgence au temps de la crise : l'exemple des suicidants	43
C. la durée d'HPCD : aspects pratiques	44
D. Les indications d'HPCD	45
E. Eviter l'hospitalisation en milieu psychiatrique à tout prix ?	48
F. L'alliance thérapeutique aux urgences puis en HPCD.....	49
G. La question des patients récurrents.....	51
3. La place de l'HPCD dans le réseau de soins	53
A. Le lien avec l'hôpital psychiatrique.....	53
B. L'articulation avec la consultation de post-urgence et le suivi ambulatoire.....	54
C. L'impact de la création d'une unité d'HPCD : aspects médico-économiques	56
D. Les spécificités de l'HPCD à l'hôpital général	56
1) Un profil large de patients	57
2) Le travail avec l'équipe somatique : exemples cliniques	58
a) A partir d'une demande centrée sur le corps.....	59

b) A partir d'une demande psychiatrique.....	59
c) A partir d'une double problématique somatique et psychiatrique	60
3) Le risque d'assimilation à l'urgence médico-chirurgico-obstétricale	60
CONCLUSION	62
ANNEXES	65
1. Annexe 1 : Tableau des données sur 285 passages consécutifs en HPCD d'octobre 2011 à septembre 2012.....	65
2. Annexe 2 : Informations sur le codage des données	71
BIBLIOGRAPHIE	72

LISTE DES ABBREVIATIONS

CAC : centre d'accueil et de crise
CAP : centre d'accueil permanent
CATTP : centre d'activité à temps partiel
CHG : centre hospitalier général
CHS : centre hospitalier spécialisé
CHRU : centre hospitalier régional universitaire
CMP : centre médico-psychologique
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CTB : centre de thérapie brève
ERIC : Equipe Rapide d'Intervention de Crise
HPCD : hospitalisation psychiatrique de courte durée
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique
PDS : permanence des soins
SAU : service d'accueil et d'urgence
U72 : unité de 72 heures
UITB : unité d'investigation et de thérapie brève

INTRODUCTION

L'hospitalisation psychiatrique de courte durée (HPCD) représente un dispositif encore assez peu répandu dans le domaine de l'urgence psychiatrique en France. Historiquement il s'est développé comme l'un des outils de l'intervention crise. La crise représente un « état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, se résout exceptionnellement de manière positive et évolue au contraire vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte » [1]. Le concept d'intervention de crise s'est développé après la 2nde Guerre mondiale, porté en partie par les travaux de Caplan [2], comme un véritable courant de pensée dans les pays anglo-saxons, ayant pour but de fournir une réponse théorique et pratique à la désinstitutionnalisation. Il s'agissait de sortir le patient de l'hôpital psychiatrique et favoriser son maintien au sein de la communauté. D'inspiration systémique et analytique, ce courant a été alimenté en Europe, à partir des années 1970, en grande partie par l'école de Genève d'Andreoli qui en a développé l'outil institutionnel, le centre de thérapie brève (CTB), implanté dans la cité, et par l'école de Bruxelles de De Clercq qui en a porté le pendant à l'hôpital général. Parallèlement en France, les premiers Centres d'Accueil et de Crise (CAC) ont vu le jour au début des années 1980, offrant la possibilité d'une hospitalisation temporaire à des patients en situation de détresse. Cet espace rendait alors possible un travail de recontextualisation de ces situations, permettant de passer du temps de l'urgence au temps de la crise.

Souvent connue sous le nom de « lits de crise » en France du fait de ces fondements historiques, l'HPCD dans un contexte d'urgence peut être définie comme une hospitalisation libre d'une durée de 24 à 72h maximum ayant pour but d'offrir un cadre sécurisant au patient et indirectement à son entourage afin d'initier une alliance thérapeutique et de démarrer des soins. Un petit nombre de travaux, souvent anciens, visant à évaluer son impact, suggère les effets suivants : une amélioration importante et rapide de la symptomatologie initiale [3,4] et une réduction du taux d'hospitalisation en psychiatrie [5-8], en particulier pour les patients présentant un trouble de personnalité [3,9,10]. Néanmoins, pour les patients admis en HPCD, les facteurs prédictifs de la décision d'une hospitalisation en psychiatrie ou d'un retour au domicile à l'issue de leur séjour n'ont pas encore été étudiés spécifiquement à notre connaissance. Leur analyse permettrait notamment d'affiner les indications d'HPCD pour les patients se présentant aux urgences.

L'étude présentée dans cette thèse s'est intéressé à l'HPCD dans un contexte bien précis, c'est-à-dire au sein d'une unité des lits-portes mixte, somatique et psychiatrique, située au service d'accueil et d'urgences (SAU) du centre hospitalier général (CHG) de Rambouillet. L'objectif principal de cette étude a été de déterminer les facteurs cliniques et socio-démographiques prédictifs d'une hospitalisation en psychiatrie ou d'un retour à domicile des patients à l'issue de la prise en charge en HPCD. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'impact de l'HPCD sur le taux d'hospitalisation vers l'unité psychiatrique du secteur, ainsi que sur la symptomatologie psychiatrique au cours de la prise en charge.

Dans une première partie, nous retracerons l'histoire de l'HPCD dans le domaine de l'urgence. Nous nous intéresserons aux définitions d'urgence psychiatrique et de travail de crise dans le contexte de l'évolution de la société et de la psychiatrie sur fond de désinstitutionnalisation. En particulier, nous retracerons les ajustements réglementaires qui ont permis d'encadrer le travail de l'urgence psychiatrique à l'hôpital général avant de décrire le dispositif d'HPCD au sein du service des urgences psychiatriques au SAU de l'hôpital de Rambouillet.

Dans une deuxième partie, nous présenterons l'étude réalisée au CHG de Rambouillet, visant à déterminer les facteurs cliniques et socio-démographiques prédictifs de l'orientation des patients à partir des lits d'HPCD. A sa suite, des résultats supplémentaires sont présentés : ils concernent le parcours de soins des patients aux urgences psychiatriques, l'orientation des patients vers la consultation de post-urgence à partir de l'HPCD, et l'impact de la création des lits d'HPCD sur le taux d'hospitalisation vers l'unité de secteur à partir des urgences.

Dans une troisième partie, nous discuterons des enseignements à tirer de ce travail. Ils portent sur les indications d'une prise en charge en HPCD, l'amélioration de la symptomatologie clinique au cours de la prise en charge, la question de l'alliance thérapeutique, entre autres. Nous aborderons également les limites évidentes de cette thèse. En effet, elle s'est intéressée à l'HPCD dans un contexte très spécifique, les urgences d'un hôpital général, qui ne représente pas la forme la plus répandue de l'HPCD en France. Cela nous donne l'occasion de discuter des spécificités de ce lieu et de l'intégration de l'HPCD au sein du dispositif élargi des urgences (incluant la post-urgence) et au sein du réseau de soins en santé mentale au sens large.

PREMIERE PARTIE :

Contexte historique et théorique

1. L'explosion de la demande aux urgences psychiatriques

Les urgences psychiatriques, en particulier à l'hôpital général, tiennent une place de plus en plus importante dans le système de santé actuel. La demande de soins adressée aux urgences médico-chirurgicales a explosé au cours des 20 dernières années, augmentant de 3 à 5% par an environ dans les années 2000 [11]. Parmi ces visiteurs, 10 à 40% nécessitent un avis psychiatrique [12,13]. La psychiatrie s'est pourtant longtemps montrée peu intéressée par l'urgence, certains collègues la considérant comme une voie d'entrée simplement médico-légale ou expliquant : « il n'y a pas d'urgence en psychiatrie, il n'y a que des gens pressés ». Depuis, et malgré un développement important à la fois sur le plan des moyens mais aussi sur le plan théorique, la psychiatrie d'urgence réfléchit encore aujourd'hui à la question de la meilleure organisation des dispositifs pour répondre à cette demande croissante, pressante et en perpétuelle évolution. Pour mieux comprendre ces enjeux, il convient de s'interroger en premier sur les raisons de l'augmentation drastique de la demande d'avis psychiatriques en urgence. Nous allons le voir, elles sont multiples, et peut-être habilement résumées lorsque H. Grivois définit l'urgence comme « le trop-plein de l'organisation médicale et sociale »[13].

A. La précarisation du lien social

L'évolution de la société est un facteur qui contribue à l'augmentation de la demande en urgence. Massé décrit une « précarisation du lien social » et en particulier du lien social intra-familial, consécutif « à la fragmentation de la famille élargie, réduite à son pôle nucléaire et évoluant, de plus en plus, vers une structuration monoparentale ou une déstructuration parentale» [11]. D'autres facteurs sociétaux s'y ajoutent, développés par Brousse, et al. : la fragilisation du « lien social extra-familial, l'accroissement de la précarité et des conduites addictives, la réduction de la tolérance vis-à-vis de la souffrance psychique et des dépendances du grand âge » [14]. Ces changements laissent de moins en moins de place à une écoute, un espace de dialogue et une régulation intra- ou extra-familiale des difficultés individuelles ou

collectives, et favorise l'éclosion de crises et de comportements extrêmes, où l'agir est mis en avant dans un besoin de réponse immédiate. Aux urgences, ces symptômes sont retrouvés sous un masque somatique et/ou psychiatrique quand en réalité ils ne sont que l'expression d'une souffrance psychosociale sous-jacente.

B. La représentation symbolique des urgences

Le service d'accueil et d'urgences de l'hôpital général est devenu un objet social, de par son accessibilité, sa disponibilité (ouvert 24h/24) lorsque différer est devenu impossible. Il est perçu comme potentiellement pourvoyeur de solutions à toutes les souffrances. L'utilisateur ne prend alors plus le temps de différencier les différents services sociaux, judiciaire et de santé, qui pourraient répondre à ses problèmes. Cette vision des urgences comme lieu de réponse universelle est également partagée en partie par les acteurs sociaux (police, pompiers, éducateurs, mais aussi familles...) qui, quand le patient ne vient pas de lui-même, l'y amènent devant des situations perturbatrices, mettant en avant la part « psychiatrique » de ces troubles. Cela signifie pour les équipes psychiatriques d'accueil aux urgences de ne pas tomber dans le piège de « l'étiquetage psychiatrique » du patient désigné, mais aussi de s'intéresser à la part psychosociale sous-jacente, et surtout d'avoir les moyens de replacer l'urgence dans son contexte global, pour pouvoir y répondre d'une manière adaptée en remettant le patient en lien avec son réseau familial, sanitaire et social. Cela représente une évolution importante du rôle du psychiatre aux urgences : il s'étend au-delà d'une évaluation psychiatrique d'un patient au sens nosographique du terme, pour s'intéresser à l'individu dans son contexte familial et social. Nous développerons plus loin cet aspect spécifique de la clinique psychiatrique de l'urgence en lien avec les dispositifs d'hospitalisation de courte durée.

C. Une demande croissante en provenance des médecins généralistes et la fragilisation de la permanence des soins (PDS)

Comme le soulignait le dernier rapport Robiliard sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie en 2013 [15], le médecin généraliste « est souvent le professionnel de santé de premier recours pour un patient présentant des troubles psychiatriques ou de santé mentale, plus facile d'accès et surtout n'ayant pas de connotation stigmatisante ». Plus encore, 30% des

consultations chez le généraliste sont consacrées à ces troubles et sont fréquemment plus longues que la moyenne [16]. Cependant, il existe deux phénomènes principaux contribuant à diriger les patients vers les urgences lorsque la demande devient pressante ou complexe.

D'une part il existe un mouvement de fond depuis plus de dix ans qui est celui de la fragilisation de la permanence de soins ambulatoires, avec la diminution constante du volontariat des médecins généralistes libéraux, la diminution de l'effectif libérale après minuit, qui réoriente les patients vers les services d'urgences des hôpitaux généraux. Cette situation serait due en partie à des défauts d'organisation de la PDS mais aussi à des facteurs sociaux de la population médicale comme la baisse de la démographie, l'inversion de la pyramide des âges, le déficit d'attrait de la profession libérale auprès des jeunes médecins selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) [17].

Par ailleurs, les médecins généralistes font part de leur difficulté à gérer des situations psychiatriques urgentes du fait notamment d'une coopération insuffisante avec le secteur psychiatrique (manque d'informations claires sur les missions et services proposés par les secteurs, délais de rendez-vous, absence de réponse fiable et de contacts identifiés, absence d'information et de communication relative à l'évolution du patient adressé par le médecin généraliste) mais aussi du fait d'une formation insuffisante à la psychiatrie dans leur parcours professionnel [15,16].

Enfin, les situations de crises psychiatriques mobilisent de façon croissante les régulations du Samu occasionnant des difficultés de gestion supplémentaires [14].

D. L'évolution de la psychiatrie dans le contexte de la désinstitutionnalisation

L'augmentation de la demande de consultation psychiatrique aux urgences s'explique enfin en grande partie par l'évolution de la psychiatrie en France poussée par plus de cinquante ans de désinstitutionnalisation.

Ce processus s'est accompagné d'une diminution considérable du nombre de lits d'hospitalisation complète : il a été divisé par deux depuis les années 50, passant de 120000 à 55000 [18]. Il pousse à un suivi des patients souffrant de pathologies psychiatriques dans la communauté en limitant le recours à l'hospitalisation. Si les ressources ambulatoires ne sont pas négligeables en France, plutôt bien réparties sur le territoire avec notamment les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'activité à temps partiel (CATTP) et les hôpitaux

de jour, il persiste cependant un décalage entre les ressources et les besoins sur les plans quantitatif et qualitatif [15]. Par exemple, les demandes de suivi sur le secteur peuvent déboucher sur des délais pour un premier rendez-vous qui varient entre 15 jours à plus de 3 mois d'un secteur à l'autre, la règle dominante étant celui du « premier arrivé, premier servi » [19], souvent sans évaluation ou d'adaptation à l'urgence de la demande.

Comme le soulignent Massé et al., « la non-consolidation de la désinstitutionnalisation favorise les mécanismes de porte tournante hospitalière et l'errance de certains patients » [11]. En particulier, le dispositif hospitalier, en raison d'une diminution du nombre de lits, se retrouve saturé en amont comme en aval. Il est obligé de réduire les durées d'hospitalisation, en faisant sortir des patients insuffisamment stabilisés, pour pouvoir réintégrer des patients qui, faute d'un ambulatoire suffisamment développé, sont plus à risque de rechute. Les services d'urgences se retrouvent alors débordés soit par des patients en décompensation psychiatrique aiguë qui nécessitent une hospitalisation d'emblée, soit par des situations devenues semi-urgentes, souvent d'ordre médico-psycho-sociales, faute d'avoir pu bénéficier d'un soutien social ou psychiatrique satisfaisant dans des délais raisonnables.

2. Les réponses à la pression de l'urgence : le cadre réglementaire, le travail de crise et l'hospitalisation psychiatrique de courte durée

Nous l'avons vu, l'explosion de la demande de consultation psychiatrique aux urgences depuis la fin du 20^{ème} siècle a accompagné l'évolution sociétale et celle de l'organisation du système de santé et de la psychiatrie en particulier. Elle a donné lieu à des ajustements nécessaires de la prise en charge des patients aux urgences, à la fois au plan réglementaire pour encadrer l'activité psychiatrique dans les SAU et organiser le travail entre les équipes de secteur et celles des urgences, mais aussi théorique face à celle clinique nouvelle, « médico-psycho-sociale » rencontrée de plus en plus souvent dans les services d'urgence, et enfin organisationnelle qui a vu la naissance d'unités fixes ou mobiles de crise et de lits d'hospitalisation brève, entre autres.

A. Des évolutions réglementaires diversement appliquées concernant l'urgence psychiatrique à l'hôpital général

Le premier texte réglementaire organisant la réponse à l'urgence psychiatrique est la circulaire du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie. Il résumait déjà les difficultés liées à la part sociale de l'urgence et celle d'ordre conceptuel que posait l'urgence psychiatrique pour le secteur à l'époque : « Sans que l'équipe de secteur se substitue à d'autres instances, médecins généralistes, ou psychiatres d'exercice libéral, SAMU, police, gendarmerie, pompiers, elle doit cependant être disponible pour répondre en cas d'appel nécessitant son intervention ... Il n'y a pas lieu ici de prendre parti sur les difficultés que soulève le concept d'urgence en psychiatrie. Le problème est de régler l'urgence ressentie par la famille, l'entourage, le médecin traitant, de même que l'angoisse et la douleur éprouvées par le malade » [20]. En avance sur son temps, cette réglementation ne fut cependant jamais appliquée, dans un contexte où une partie des psychiatres considérait que la notion même d'urgence en psychiatrie n'était pas pertinente, le risque étant pour le psychiatre de se préoccuper davantage du maintien de la paix sociale que de la souffrance du patient [21].

La circulaire du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale prévoit que les « locaux permettent de réaliser les entretiens dans de bonnes conditions de calme et de confidentialité. Ils devront être

équipés d'un bureau, de lignes téléphoniques et de sièges en nombre suffisant pour accueillir les familles. Si nécessaire, en fonction des besoins, une ou plusieurs pièces seront aménagées pour les consultations psychiatriques. Dans certains cas particuliers, les patients et/ou leurs familles pourront être accueillis dans ces pièces » [22].

La circulaire du 30 juillet 1992 vient compléter le dispositif d'accueil en prévoyant pour la première fois aux urgences générales « des locaux d'hospitalisation de courte durée » avec la « majorité des chambres destinées à la psychiatrie ... habituellement utilisées dans l'unité d'hospitalisation de très courte durée. De plus, il est utile de prévoir une zone spécifique permettant l'isolement en cas de besoin » [1].

Elle constate également que le SAU est le « lieu naturel de toutes les urgences » où il est « souvent possible, dans cet espace banalisé de dédramatiser des situations à composantes psychiatriques ». Elle inscrit ainsi l'urgence psychiatrique dans le dispositif médical d'urgence comprenant le SAMU-centre 15 et le SAU, et non dans le cadre du secteur psychiatrique uniquement. L'urgence psychiatrique est considérée 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 ».

La circulaire de 1992 propose également une définition nosographique de l'urgence psychiatrique en trois axes : l'urgence psychiatrique pure par décompensation d'une affection psychiatrique lourde, les urgences psychiatriques mixtes avec manifestations organiques simultanées, et les états aigus transitoires, c'est-à-dire des réactions émotionnelles intenses survenant sur un terrain psychologique vulnérable. De manière intéressante, elle introduit également la notion de crise, « en amont de l'urgence », cet « état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, se résout exceptionnellement de manière positive et évolue au contraire vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte ». Elle souligne que « les notions d'urgence et de crise sont souvent amenées à se recouper » mais nécessitent dans tous les cas une prise en charge rapide et appropriée. Nous reviendrons plus loin sur le concept de crise et son articulation avec la psychiatrie d'urgence.

En résumé, ces deux circulaires mettent l'accent à la fois sur une nécessité de moyens quantitatifs (locaux d'accueil, lits d'hospitalisation de courte durée) mais insistent aussi sur le caractère indifférable de l'urgence ce qui donne au psychiatre la responsabilité du tri entre ce qui est urgent et ce qui ne l'est pas. Elles ont été peu suivies d'effets.

Ce sont les décrets de 1995 et 1997 qui ont rendu obligatoire la présence permanente (ou en astreinte opérationnelle) d'un psychiatre dans les SAU des hôpitaux généraux. En pratique, le modèle le plus répandu et qui prédomine encore aujourd'hui est la participation d'infirmiers et psychiatres des secteurs du bassin de population desservi par l'hôpital général, seuls ou avec le personnel des urgences. Dans de nombreux cas, cette collaboration entre les équipes psychiatriques et médico-chirurgicales est effective, et appréciée des deux côtés.

B. Des difficultés dans l'organisation de la psychiatrie dans les SAU des hôpitaux généraux

Cependant, il n'existe pas de texte réglementaire définissant une organisation de base pour assurer une prise en charge psychiatrique suffisante aux urgences. Il persiste ainsi des difficultés organisationnelles dans de nombreux SAU des hôpitaux généraux [19,23] :

- il n'y a pas toujours de coordinateur ou responsable identifié pour le personnel paramédical spécialisé ce qui laisse un flou entre l'organisation et les hiérarchies de la psychiatrie et celles de l'hôpital général.
- le temps médical psychiatrique in situ est souvent trop faible ou insuffisamment séniorisé. L'accueil est parfois assuré par des internes ou de jeunes psychiatres insuffisamment formés qui vont hospitaliser une pathologie aiguë qui les inquiète alors que ces patients auraient pu être orientés vers un CAC ou une consultation de post-urgence. A leur décharge, ces dispositifs n'existent souvent pas. On retrouve aussi la situation du psychiatre isolé aux urgences, dépendant ou non du secteur, travaillant seul, sans lien organisé avec sa filière et connaissant mal les ressources du réseau psychosocial.
- dans le même sens, une étude récente recensant l'organisation des SAU en France en 2013 relevait que seulement 51% des Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires (CHRU) disposaient d'un psychiatre dédié et installé dans le service urgences [24]. Cette proportion tombait même à 27% pour les CHG. Ces chiffres sont cependant à relativiser, notamment pour les CHG, puisque cette enquête ne prenait pas en compte les dispositifs spécifiques de l'urgence hors hôpital, notamment les centres d'accueil permanent (CAP) et les CAC dont les personnels médicaux et paramédicaux participent souvent aux astreintes opérationnelles du SAU.

- le cas de ces astreintes opérationnelles est souvent problématique. Dans le cas des CHRU, se pose la question du temps que le psychiatre d'astreinte peut concrètement consacrer à une situation d'urgence quand il est déjà occupé par ailleurs par ses activités habituelles de consultation, liaison ou au sein de l'unité d'hospitalisation du même hôpital. Dans le cas des CHG avec des astreintes effectuées par une équipe de secteur, il peut exister un délai plus ou moins long d'intervention des équipes psychiatriques en fonction de la proximité de leur structure d'origine, CAP, CAC, CMP ou Centre Hospitalier Spécialisé (CHS), avec l'hôpital général. A leur arrivée en deuxième ou troisième ligne, le problème a déjà été abordé avec l'infirmière, l'urgentiste ou le chirurgien. Il faut tout recommencer et beaucoup de patients le vivent mal. Parfois même, certains ont déjà quitté le service sans attendre.
- dans tous les cas, il peut exister une mauvaise intégration de l'équipe psychiatrique avec l'équipe des urgences. La tentation est alors grande pour cette dernière, dans de nombreuses situations à faible symptomatologie psychiatrique, de ne pas appeler le psychiatre et de renvoyer le patient directement vers son généraliste, avec parfois le conseil de consulter un psychiatre. Le risque est de voir revenir le patient aux urgences dans une situation plus grave encore.

L'ensemble de ces difficultés organisationnelles et notamment l'absence d'un espace-temps spécifique aux urgences amènent le psychiatre à être trop souvent réduit à une position de responsable du tri de l'urgence psychiatrique de manière binaire : une hospitalisation en psychiatrie (dans environ 50% des cas [23,25,26]), ou un retour à domicile. Son intervention rapide, sans une analyse approfondie de la demande et du contexte de l'urgence perd à la fois son intérêt et sa portée thérapeutique. Dans le pire des cas, elle débouche sur une hospitalisation intempestive ou à un renvoi vers une consultation psychiatrique où le patient ne se rendra pas dans 90% des cas [26,27]. Cette position est dommageable, notamment pour des patients qui présentent une manifestation psychiatrique aiguë, symptôme d'une crise sociale, familiale ou de couple sous-jacente et qui rentrent dans un circuit psychiatrique qui aurait pu leur être évité. Ces difficultés montrent que, pour prendre en charge au mieux l'urgence psychiatrique dans son ensemble hétérogène et penser des dispositifs adaptés, il convient en premier lieu de s'intéresser à cette clinique si particulière.

C. De l'urgence à la crise : aspects cliniques et théoriques

1) Psychiatrie en urgences vs urgences psychiatriques

Si l'on ne devait utiliser qu'un seul mot pour caractériser la clinique de l'urgence psychiatrique, ce serait sans aucun doute celui de polymorphisme : tentatives de suicide, intoxications alcooliques aiguës, problèmes de toxicomanie, épisodes délirants aigus, agitation et troubles du comportement, hétéro-agressivité et violence, symptomatologie dépressive aiguë, attaques de panique, victimes de viol ou d'agression, enfants battus ou victimes de violences sexuelles, plaintes somatiques fonctionnelles, demandes de désintoxication, demandes d'hospitalisation non volontaire, etc.

Nous l'avons vu précédemment, la circulaire de 1992 définissait dans son texte deux aspects complémentaires de l'urgence psychique, avec une partie purement psychiatrique au sens nosographique, et une partie plus subjective de l'urgence ressentie « 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 ». Autrement dit, on pourrait schématiquement séparer les situations d'urgence en deux catégories principales selon la formule de Pascalis et al. [28] :

- « La psychiatrie en urgence », c'est-à-dire des décompensations aiguës de pathologies psychiatriques comme les troubles psychotiques ou les troubles bipolaires. Elles représentent seulement 30% des demandes [26].
- Les urgences psychiatriques ou situations de crise où un diagnostic définitif ne pourra être porté : elles correspondent à des situations où la clinique est mal définie, instable, d'apparence psychiatrique, liée à un dysfonctionnement du contexte de vie du patient. La demande de consultation voire d'hospitalisation en urgence apparaît alors comme l'échec d'une résolution de la crise au sein du tissu familial et social du patient. Ce sont les situations les plus fréquemment rencontrées (70% des demandes [26]).

2) La crise comme contexte de l'urgence

Il existe de multiples définitions de la crise en psychiatrie. En pratique, comme nous venons de le voir, les situations de « crise » représentent environ 70 % des situations rencontrées aux

urgences, c'est-à-dire des situations où il existe des symptômes d'allure psychiatrique mais où un diagnostic précis est difficilement identifiable. Ceci n'est bien sûr pas exclusif, un patient peut à la fois être en situation de crise et présenter une vraie décompensation psychiatrique conjointe. En réalité ces situations d'urgence psychiatrique ne sont que la partie visible de l'iceberg de la crise au plan temporel pour le psychiatre des urgences.

La crise prend son origine « en amont de l'urgence » [1]. La définition de la circulaire de 1992 que nous avons citée précédemment vient en réalité valider des années plus tard le travail de réflexion et de recherche sur ce sujet de plusieurs équipes de courants différents, les plus répandus étant ceux d'orientation systémique et psycho-dynamique.

a) *Approche systémique*

Au plan systémique, une définition classique de la crise est celle de Langsley et Kaplan en 1968 : « l'état d'un système au moment où le changement est imminent » [29]. De manière moins abstraite, pour Michel 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 » [26]. En effet, nous faisons partie de systèmes humains : le travail, la famille, le couple, l'école, etc. Tout événement interne (licenciement, naissance, deuil, fléchissement scolaire...) ou externe (problème financier, social, accident...) peut rompre l'équilibre de l'un de ces systèmes et provoquer une crise. Bien que ressentie de manière pénible, elle n'est en réalité pas toujours négative car elle permet qu'un changement se produise. Ainsi, le mot crise en chinois est fait de l'association de deux idéogrammes : *Wei* (danger) et *Ji* (opportunité). Ceci illustre bien tout le paradoxe de la crise: une situation difficile, dangereuse, mais qui permet éventuellement de rebondir et de saisir les opportunités qui se présentent.

b) *Approche psycho-dynamique*

La vision psychanalytique de la crise a été en grande partie portée par Antonio Andréoli à Genève pour qui « la crise se présente comme une nébuleuse de facteurs émotionnels,

psychologiques, interpersonnels et institutionnels qui constituent, malgré leur foncière spécificité, une espèce de marque de caractère unique et personnel de chacun de nos patients » [30]. Cette théorisation est centrée sur la notion de conflit intrapsychique réactivé à l'insu du patient par un événement interpersonnel. Le symptôme n'est plus représentatif d'une pathologie en tant que telle, mais se présente comme la résultante complexe de conflits sous-jacents, à la fois sur un versant intrapsychique et un versant interpersonnel.

3) Le travail de crise : origines, modèles et applications

a) *Origines*

Depuis la fin de la seconde guerre mondiale et en particulier depuis les années 1960, le concept de crise porté par les travaux de Caplan [2] est devenu une véritable école de pensée dans les pays anglo-saxons. Son but premier à l'époque était de fournir une réponse théorique et pratique à la désinstitutionnalisation, c'est-à-dire l'intégration du traitement des troubles psychiatriques aigus au sein d'un réseau axé sur la prévention, avec une politique de santé publique permettant de sortir la psychiatrie de l'hôpital et de fournir des soins au sein de la communauté [31]. Aux Etats-Unis, ce concept a été porté notamment par le courant de pensée systémique du *Mental Research Institute* de Palo Alto avec la création du premier *Brief Therapy Center*. L'idée était déjà de s'appuyer sur les compétences du patient et de son entourage pour établir une relation collaboration, une alliance, sans la verticalité hiérarchique qui existe habituellement entre le médecin et son patient.

Ce concept s'est développé ensuite en Europe et notamment dans les pays francophones, initialement au travers du premier Centre de Thérapie Brève apparu à Genève au début des années 1980. Il est l'outil institutionnel du travail de crise. Le premier centre initialement situé à l'hôpital psychiatrique, sera suivi par d'autres au sein de la cité. L'école de Genève représentée par Antonio Andreoli a posé les bases d'un modèle de « travail » de crise reprenant les travaux de Caplan et le courant systémique et en y ajoutant une dimension psychanalytique. Il s'agit du modèle d'interaction-intervention de crise [30].

b) *Le modèle interaction-intervention de crise*

Développé par Andréoli [30], ce modèle se déroule en deux phases :

- Une phase d'*interaction de crise* : il s'agit d'un temps d'accueil initial de la demande urgente de soins psychiatriques. Il a lieu au sein d'un espace dédié (par exemple les CTB, à Genève). Il permet de réunir les protagonistes de la crise dont le patient, pour récolter un maximum d'information utiles à la fois sur le patient (antécédents, état clinique physique et psychique, bilan biologique, etc..) mais aussi concernant sa famille et ses relations sociales. Un premier programme d'intervention minimal se met alors en place sur une durée de quelques jours à deux semaines maximum. Il pourra comprendre notamment des entretiens individuels avec l'adresseur, le patient seul ou avec sa famille, un traitement symptomatique médicamenteux, une hospitalisation brève de 24-48h. L'idée n'est pas d'isoler et de protéger artificiellement le patient du contexte de la crise mais au contraire, de se saisir de ce moment d'urgence et de la symptomatologie aigüe exprimée par le patient et sa famille (anxiété, troubles du comportement, asthénie, épuisement psychique, disputes, etc...) au sein d'un cadre sécurisé (l'institution) ou le temps de la crise est prolongé comme levier thérapeutique pour les impliquer dans le travail de crise, dessiner une première alliance thérapeutique et renégocier la demande initiale.
- Si une bonne alliance s'établit entre l'équipe et le patient et son entourage, pourra s'ouvrir ensuite une phase d'*intervention de crise* pour une durée moyenne de 6 à 12 semaines. Elle inclut un travail psychothérapeutique rapproché, un éventuel traitement médicamenteux, et si nécessaire une intervention de nature sociale. Le travail psychothérapeutique est conduit en ambulatoire au sein de l'unité de crise et se situe au niveau individuel et familial. Le but est d'éteindre la symptomatologie psychiatrique, mais également, d'explorer le contexte de la crise, d'en comprendre le sens voire parfois de dépasser la problématique sous-tendue par la crise en replaçant le patient et sa famille comme sujets de leur histoire. A l'issue de cette phase, il pourra prendre une décision raisonnée sur l'intérêt d'un éventuel suivi psychologique ou psychiatrique à plus long terme.

Ce modèle sera ensuite repris et développé sur un versant plus systémique en Belgique par De Clercq au sein des urgences de l'hôpital universitaire de Saint-Luc à Bruxelles [26]. En effet, comme les autorités publiques en Belgique avaient toujours refusé de financer la création d'unités de crise en dehors de l'hôpital, Il a été décidé de baser le travail de crise là où, pour des raisons socio-culturelles évidentes, les patients se rendaient en situation d'urgence, c'est-à-dire l'hôpital général [32]. Témoin de l'importance croissante prise par les situations psychiatriques au SAU et de la pertinence d'une intervention psychiatrique sur place en collaboration avec l'équipe somatique, De Clercq continuera de défendre l'établissement de ces unités de crise au sein de l'hôpital général [23].

c) *Les applications françaises*

La France également, a contribué à développer et mettre en pratique le travail de crise accompagnant son propre mouvement de désinstitutionnalisation. C'est ainsi que sont nés les centres d'accueil permanent puis les centres d'accueil et de crise au début des années 1980. En pratique, ils représentent une entité similaire, le passage du concept de CAP à celui de CAC reflétant l'apport théorique des travaux de l'école de Genève. Illustrant ce mouvement, Baillon et al. décrivent la naissance du centre d'accueil de Bondy en région parisienne en 1982 puis la rencontre en 1985 avec A. Andréoli et F. Quartier venus à Paris présenter le « travail de crise » au sein des CTB : « nous avons compris aussitôt qu'ils nous apportaient les éléments nécessaires pour structurer notre travail d'accueil, en lui donnant les bases théoriques dont nous avions besoin » [33].

L'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement, reconnaît officiellement les CAP et les CAC [34]. Les CAP sont définis comme des « centres médico-psychologiques habilités à répondre à l'urgence psychiatrique, ouverts vingt-quatre heures sur vingt-quatre, disposant notamment d'une permanence téléphonique reliée avec les organismes d'aide médicale urgente et organisant l'accueil, l'orientation et, le cas échéant, les soins d'urgence ambulatoires et à domicile nécessaires. Ces centres peuvent comporter quelques lits pour des prises en charge ne pouvant dépasser quarante-huit-heures »; les CAC sont des « centres d'accueil permanent disposant de quelques lits permettant des prises en charge intensives et de courte durée pour répondre aux situations d'urgence et de détresse aiguës ». Les derniers mots évoquent la

dimension de soins « hors-diagnostic », essence du travail de crise, soulignée par Baillon et al. [33].

Dans les faits, ces centres d'accueil et de crise se présentent généralement comme des structures autonomes au sein de la cité, ouvertes 24h/24, et comportant le plus souvent des lits d'hospitalisation de courte durée de 24h-72h maximum. Dans de rares cas, ils sont situés dans l'hôpital psychiatrique et parfois à l'hôpital général, universitaire (Lille, Versailles, Saint-Etienne) ou non (Rambouillet). L'existence de ces centres de crise est liée à des initiatives de certains secteurs psychiatriques mais ne se s'est pas généralisée en France. Il semblerait même qu'après s'être multipliés, leur nombre ait diminué [33]. Une majorité d'entre eux est située en Ile-de-France et dans le Nord Pas de Calais. En 2013, il en existait une trentaine [35] en France, correspondant à environ 370 lits au total [36]. Depuis les circulaires de 1995 et 1997, ils participent, en collaboration avec les équipes des hôpitaux généraux à proximité desquels ils sont implantés, à la présence permanente ou aux astreintes opérationnelles de la psychiatrie dans les SAU.

Rappelons que se sont développées également en France d'autres initiatives particulières pour répondre à l'urgence et la crise en ambulatoire : on citera notamment SOS psychiatrie issue de la psychiatrie libérale, et le groupe ERIC (Equipe Rapide d'Intervention de Crise) dépendant du secteur, équipes mobiles qui peuvent se rendre directement au domicile des patients [37].

D) La place et l'apport de l'HPCD dans la prise en charge de l'urgence psychiatrique et du travail de crise

1) Définition

L'hospitalisation psychiatrique de courte durée dans un contexte d'urgence peut être définie comme un espace transitionnel prenant la forme d'une hospitalisation libre (donc excluant l'hospitalisation sous contrainte) d'une durée de 24 à 72h maximum. Elle a pour but d'offrir un cadre sécurisant au patient et indirectement à son entourage afin d'initier une alliance thérapeutique et démarrer des soins.

Cette définition prend en compte deux aspects complémentaires :

- une dimension purement psychiatrique au sens médical avec la nécessité de pouvoir utiliser ce temps pour affiner un diagnostic s'il existe, instaurer un traitement médicamenteux ou faire des examens complémentaires à visée somatique si nécessaire.
- Une dimension en rapport avec le concept de crise : éloigner temporairement le patient du contexte environnemental en rapport avec la crise, parfois permettre le soulagement des proches débordés par la situation, et enfin fournir un environnement sécurisant dans ce temps de l'urgence pour prolonger temporairement la crise et impliquer activement le patient et son entourage dans la recherche de solutions.

L'hospitalisation psychiatrique de courte durée n'existe pas en tant qu'entité isolée de tout fondement théorique. Elle s'est initialement développée comme un des outils nécessaires au travail de crise. A Genève, le premier CTB ouvert au début des années 1980 ne comportait pas de lits d'hospitalisation. Puis en 2001, en raison de la suroccupation croissante des lits de psychiatrie adulte, trois CTB supplémentaires ont été créés à Genève, dotés de 8 lits de crise chacun. Il en est de même en France où les centres d'accueil et de crise se sont pour la plupart dotés de lits d'hospitalisation brève.

2) Les différentes formes de l'HPCD

De manière intéressante, l'HPCD, dans son évolution en France et ailleurs en Europe, a pris des formes diverses en fonction des lieux, des courants de pensée et initiatives locales. Nous citerons les plus marquantes :

- L'HPCD au sein d'un CAP ou d'un CAC lui-même situé au sein de la cité comme structure autonome, souvent à proximité d'un hôpital général et participant à des astreintes opérationnelles au sein de ce dernier. C'est vraisemblablement la forme la plus répandue en France.
- L'HPCD au sein d'une unité d'accueil située au sein d'un hôpital psychiatrique. On citera l'exemple du CPOA (Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil) à Paris qui participe également aux astreintes opérationnelles des SAU à proximité pendant la nuit.
- L'HPCD au sein d'une unité d'hospitalisation classique de secteur, certains lits étant destinés à des prises en charges de courte durée (exemple du CHS Pinel à Amiens [8]).

- L'HPCD située au sein d'un hôpital général (universitaire ou non). On en distingue deux formes :
 - o L'HPCD dans une unité autonome fermée située au sein de l'hôpital mais séparée du service des urgences. C'est le cas de l'unité 72h (U72) au CHU de Versailles, mais aussi de l'unité d'investigation et de thérapie brève (UITB) à l'hôpital universitaire de Genève.
 - o L'HPCD au sein même des « lits-portes » du SAU avec donc une cohabitation des patients « psychiatriques » et « somatiques ». C'est le cas de l'HPCD à l'hôpital universitaire de St-Luc à Bruxelles mais celle également de l'hôpital général de Rambouillet, à l'étude ici.
- Enfin il y a l'HPCD « au domicile » du patient. Elle n'est pas reconnue officiellement comme une hospitalisation à domicile au sens réglementaire du terme, mais elle en épouse l'idée. Il s'agit d'une prise en charge intensive au domicile du patient permise grâce à une présence permanente d'un membre de son entourage et appuyée par des visites à domicile de l'équipe soignante pour une courte durée. On citera l'exemple des équipes mobiles de crise qui l'utilisent de manière courante comme le groupe ERIC [38], mais aussi celui de certains CAP ou CAC ne disposant pas de lit.

Cette question de la forme de l'HPCD est importante car elle influence en grande partie les conditions de prise en charge, le nombre et le profil des patients reçus, ainsi que la portée thérapeutique de l'intervention. Nous y reviendrons dans la discussion.

3) L'impact de l'HPCD

Quel est l'impact de ces initiatives d'HPCD ? En réalité, cet outil n'a quasiment pas donné lieu à des études d'évaluation de son impact, ou alors quand ces études existent, elles portent sur l'effet du dispositif d'urgence ou de crise dans son ensemble incluant non seulement l'HPCD mais aussi la post-urgence par exemple. Ceci dit, un nombre très limité de travaux, souvent anciens, suggère les effets suivants :

- une amélioration importante et rapide de la symptomatologie initiale [3,4]
- une réduction du taux d'hospitalisation en psychiatrie [5–7,39,40], en particulier pour les patients présentant un trouble de personnalité [9,10].

Ces travaux sont issus soit d'équipes anglo-saxonnes, soit des équipes de l'école de Genève (Andréoli) ou de Bruxelles (De Clercq), aucune étude française d'évaluation française spécifique de l'HPCD n'ayant pu être identifiée dans nos recherches.

3. Un exemple particulier : l'HPCD aux urgences du CHG de Rambouillet

A. Organisation du service des urgences psychiatriques

Le centre CHG de Rambouillet dans les Yvelines est situé au cœur du secteur XVI, l'un des plus grands secteurs psychiatrique d'Ile de France par sa superficie (environ 1500 km²), avec un territoire représentant presque la moitié de la superficie du département, et une population couverte de 1 120 000 habitants actuellement. La prise en charge des patients sur ce secteur est assurée par différentes structures, notamment une unité d'hospitalisation de 20 lits située au Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot à Plaisir, un centre ambulatoire regroupant les activités de centre médico-psychologique (CMP), de centre d'activités à temps partiel (CATTP) et d'hôpital de jour situés à Rambouillet, et un service d'urgences et de psychiatrie de liaison situé au sein des urgences générales du CHG de Rambouillet. Ce service représente l'unique lieu dédié à l'urgence psychiatrique sur cette zone géographique.

Une des spécificités de cette unité d'urgence psychiatrique à l'hôpital est de disposer

- de lits d'HPCD (3 lits réservés, jusqu'à 5 maximum) au sein de l'unité des lits-portes (11 lits) des urgences générales et d'avoir ainsi la possibilité d'orienter un patient vers cette unité pour une intervention prolongée dont la durée théorique ne doit pas dépasser 72 heures. L'admission en HPCD nécessite l'accord du patient et exclue un risque d'agitation psychomotrice ou de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif ou de fugue trop élevé. Sont admis également de manière systématique, selon protocole, tous les patients adressés aux urgences suite à un geste suicidaire.
- d'une consultation de post-urgence dans un bureau situé en dehors des urgences dans le service de consultations de spécialités médico-chirurgico-obstétricales (MCO) au sein du même hôpital. Les créneaux de consultation sont répartis sur 3 demi-journées dans la semaine. Cette consultation permet un suivi rapproché, si nécessaire pendant un mois.

L'accueil des patients consultant aux urgences psychiatriques est réalisé par une équipe composée en journée de un à deux psychiatres séniors, un interne, et deux à trois infirmières spécialisées, le service de nuit étant assuré par le groupe ERIC qui se déplace au CHG de Rambouillet si nécessaire. L'équipe infirmière ainsi que l'interne travaillent à plein temps au

service des urgences psychiatriques-liaison tandis les psychiatres séniors partagent leur temps entre le service des urgences-liaison et leur activité de consultation au CMP de Rambouillet.

B. Historique du service et implémentation du travail de crise

Le service des urgences psychiatriques à l'hôpital de Rambouillet a connu une évolution linéaire. Avant 2005, la présence de la psychiatrie au SAU était assurée par un plein temps infirmier spécialisé pendant la journée, un psychiatre à mi-temps le matin. Enfin, une astreinte opérationnelle était assurée par l'équipe du groupe ERIC qui pouvait se rendre sur place si besoin l'après-midi et la nuit. En 2005, porté par le Dr. Peninque, psychiatre du secteur, un projet d'extension du service des lits portes avec la création de lits d'HPCD en son sein a été accepté et financé par l'Agence régionale de Santé, actant l'augmentation de 5 à 11 lits du service des lits-portes. Ce projet prévoyait une mutualisation des moyens entre le CHS Charcot et le CHG de Rambouillet pour les moyens humains, et avec la répartition des lits suivante : 6 lits à visée somatique et 5 lits pour les situations psychiatriques tout en gardant une certaine souplesse en fonction des situations, l'ensemble des lits étant situés au sein de la même unité. Du temps médical et paramédical supplémentaire (3 postes infirmiers et 2 psychiatres temps plein en journée) a été ainsi créé, l'intervention du groupe ERIC pour les astreintes opérationnelles se limitant à la nuit uniquement. Enfin, un poste d'interne a vu le jour en 2013.

L'arrivée en 2011 du Dr. Romanos, psychiatre, thérapeute familial et ancien assistant au sein du groupe ERIC (équipe mobile d'intervention de crise d'orientation systémique), comme chef de service des urgences psychiatriques, qui a continué d'accompagner la culture du travail de crise au sein du service. S'appuyant sur l'existence préalable de lits d'HPCD, des outils supplémentaires ont alors été développés pour promouvoir ce travail :

- une formation de l'équipe médicale et paramédicale régulière sur le concept de crise avec le support des thérapies brèves [41], tout en respectant les parcours et sensibilités théoriques de chacun
- la structuration des temps de prise en charge avec le développement de la consultation de post-urgence qui a ainsi bénéficié d'un temps spécifique et d'un bureau dédié au sein du même hôpital mais en dehors du service des urgences

- enfin, la participation de l'équipe psychiatrique au staff quotidien de l'équipe somatique a été une ressource pour créer des alliances et travailler ensemble.

Revu sous l'angle théorique du travail de crise, l'accueil et la prise en charge des situations psychiatriques aux urgences s'inspirent largement du modèle interaction-intervention de crise développé par Andréoli et De Clercq [26,30]. Cependant les pratiques restent hétérogènes du fait du parcours individuel de formation psychothérapeutique des médecins et infirmiers (systémie, psychanalyse, thérapie cognitivo-comportementale) et du fait de la multiplicité des intervenants des équipes de jour et de nuit.

C. La place des lits d'HPCD au sein du dispositif d'urgences psychiatriques

L'utilisation des lits d'HPCD est basée sur le principe que, en dehors des décompensations psychiatriques aiguës (BDA, état maniaque aiguë, mélancolie délirante...) qui nécessitent une hospitalisation rapide sur l'unité du secteur, toute situation où la question de l'hospitalisation en psychiatrie se pose, mérite un passage par une HPCD pour éviter une hospitalisation précipitée et initier un travail avec le patient et sa famille. En termes d'utilisation effective, les lits d'HPCD représentent donc une place centrale et décisive sur le devenir des patients dans notre dispositif.

Au plan théorique, la présence de lits d'HPCD à l'hôpital général au sein d'un service de lits-porte prévus initialement pour les urgences somatiques est une expérience rare en France. Sur la forme et le fond, le dispositif complet, tel qu'il est devenu aujourd'hui, se rapproche beaucoup de celui de De Clercq au SAU de l'hôpital universitaire de Bruxelles [23]. Il représente une opportunité unique de tester ce modèle en France et en particulier d'évaluer l'apport de ces lits d'HPCD sur la prise en charge des patients.

DEUXIEME PARTIE

Etude des facteurs prédictifs d'orientation à partir des lits d'HPCD

1. *Préambule*

Une partie de l'étude présentée a été acceptée pour publication dans le journal *L'Encéphale* en février 2016 [42]. Le titre de cet article, *Facteurs prédictifs d'hospitalisation à partir des lits de crise des urgences d'un hôpital général*, reprend l'expression « lits de crise ». Dans le cadre de cette thèse, il a été remplacé volontairement par « hospitalisation psychiatrique de courte durée », formule couvrant un champ un peu plus large comme nous l'avons définie plus haut. Cette expression représente mieux le fait, qu'en fonction des situations rencontrées, nous ne réalisons pas toujours un travail de crise au cours de l'HPCD.

2. *Méthodes*

A. Population étudiée et critères d'admission en HPCD

Cette étude a été conduite rétrospectivement sur une période d'un an, d'octobre 2011 à septembre 2012, au CHG de Rambouillet, dans les Yvelines. Une des spécificités du service d'urgences psychiatriques est de disposer de lits d'HPCD (3 lits réservés, jusqu'à 5 maximum) au sein du service des lits-portes (11 lits au total) des urgences générales et d'avoir ainsi la possibilité d'orienter un patient vers cette unité pour une intervention prolongée dont la durée théorique ne doit pas dépasser 72 heures. Les conditions d'admission en HPCD nécessitent l'accord du patient et excluent un risque d'agitation psychomotrice ou de passage à l'acte auto-ou hétéro-agressif ou de fugue trop élevé. Sont admis également de manière systématique, selon protocole et sauf critères d'exclusion mentionnés précédemment, tous les patients adressés aux urgences suite à un geste suicidaire.

Les patients consultant aux urgences psychiatriques sont accueillis par une équipe composée en journée de un à deux psychiatres séniors, un interne, et deux à trois infirmières spécialisées, le

service de nuit étant assuré par le groupe ERIC qui se déplace au CHG de Rambouillet si nécessaire. 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 secteur, en clinique psychiatrique, en addictologie, ou en service de médecine spécialisé selon l'indication retenue. Dans le cas d'une orientation ambulatoire, un adressage vers le CMP, en libéral, ou vers le médecin généraliste sont envisageables, ainsi qu'en consultation de post-urgence au CHG de Rambouillet pour prolonger l'intervention de crise si nécessaire.

Tous les patients âgés de plus de 16 ans admis en HPCD sur la période considérée ont été inclus dans l'étude, les patients de moins de 16 ans étant pris en charge par l'équipe de pédopsychiatrie selon des modalités différentes. Le nombre d'admissions (n=285) en HPCD représentait un tiers du nombre de passages (n=877) aux urgences psychiatriques sur la période étudiée. Les patients ayant été admis plusieurs fois en HPCD au cours de cette période n'ont été pris en compte qu'une seule fois (première admission) pour ne pas surestimer le poids de leurs caractéristiques dans l'analyse statistique. Finalement 255 patients ont été inclus dans l'étude.

B. Modèle d'intervention

D'un point de vue théorique, notre la prise en charge des patients aux urgences et en HPCD repose sur une base psychodynamique et systémique. Elle s'inspire largement du modèle de travail de crise en deux phases développé par Andréoli et De Clerq [26,30], mais utilise également des outils décrits dans les thérapies brèves [41]. Ces outils ont été adaptés au cadre spécifique de notre service d'urgences psychiatriques. Typiquement, le premier temps de l'accueil aux urgences puis en lit de crise représente celui de l'interaction ou définition de la crise : il permet notamment de reformuler la demande initiale et de dessiner une première alliance thérapeutique avec le patient et son entourage. Lors de cette première phase, notre intervention peut comprendre des entretiens individuels et familiaux par un binôme médecin-infirmier désigné pour l'ensemble de la prise en charge, une HPCD, une prescription médicamenteuse ayant pour but de calmer l'angoisse, l'insomnie ou les troubles du comportement du patient, un appel à l'entourage et au réseau sanitaire (médecin généraliste, psychiatre entre autres) et social du patient si possible, mais aussi une utilisation du plateau

technique des urgences générales (prise en charge conjointe avec les urgentistes, avis spécialisé, assistance sociale). La deuxième phase d'intervention de crise est un temps psychothérapeutique ayant pour but d'explorer le contexte de la crise, d'en comprendre le sens voire parfois de dépasser la problématique sous-tendue par la crise en replaçant le patient et sa famille comme sujets de leur histoire. Quand elle est possible et si l'alliance est bonne, cette phase est menée par le même binôme médecin-infirmier en consultation de post-urgence pendant un mois maximum, et peut déboucher soit sur un arrêt de la prise en charge spécialisée, soit vers un suivi psychologique ou psychiatrique à plus long terme dans un autre lieu. D'un point de vue pratique l'homogénéité des prises en charges est favorisée par la mise en place d'une formation de service depuis 2011 sur les thérapies brèves et par une culture du service de travail de crise. Toutefois les prises en charge conservent une certaine hétérogénéité du fait du parcours individuel de formation psychothérapeutique des médecins et infirmiers (systémie, psychanalyse, thérapie cognitivo-comportementale) et du fait de la multiplicité des intervenants des équipes de jour et de nuit.

C. Collecte des données

La collecte des données a été réalisée à partir du dossier informatisé, en respectant l'anonymat des patients. Parmi les *caractéristiques cliniques*, le ou les diagnostic(s) de chaque patient a (ont) été évalué(s) selon les critères du *Diagnostic and Statistical Manual, 5th edition* [20] à partir des observations semi-structurées de l'ensemble du séjour en HPCD. Ils ont été regroupés en catégories plus larges et adaptées à la pratique des urgences psychiatriques, à savoir: les troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, les troubles dépressifs et bipolaires, les troubles anxieux, les troubles liés aux traumatismes et aux stressseurs (troubles de l'adaptation inclus), les troubles liés à l'utilisation de substances et addiction, les troubles de la personnalité, les troubles de symptôme somatique, et les autres troubles. La coexistence de plusieurs diagnostics a été codée par la variable présence d'une comorbidité. Nous avons également relevé la symptomatologie initiale à l'arrivée du patient aux urgences: conduites et idées suicidaires, agressivité physique ou verbale et agitation, abus de substance (alcool ou autre substance psychoactive), symptomatologie anxieuse, dépressive ou psychotique, plainte somatique, troubles cognitifs. L'origine de la demande de consultation par l'équipe psychiatrique des urgences a été relevée : demande d'un médecin urgentiste, du patient lui-

même, de l'entourage, d'un professionnel de santé (médecin généraliste, psychiatre, psychologue, infirmier, etc.). L'existence d'un contexte ou facteur de stress participant directement à la crise a été prise en compte : un conflit familial ou avec le conjoint ou l'entourage proche, un problème d'ordre financier, lié au logement, ou lié aux activités, notamment professionnelles. La présence d'une demande d'aide initiale lors du premier entretien psychiatrique nous a semblé intéressante à relever ; nous l'avons arbitrairement classée selon les catégories suivantes : demande d'aide en général, souhait d'hospitalisation exprimé, pas de demande d'aide exprimée, refus passif ou actif d'aide. L'histoire psychiatrique du patient a été relevée par les variables suivantes : l'existence d'un suivi psychiatrique ou psychologique actuel et d'antécédents de suivi ou d'hospitalisation en psychiatrie. Les éléments relatifs aux modes d'*intervention* au cours du séjour en lit de crise concernaient : l'équipe psychiatrique d'accueil (équipe de jour ou groupe ERIC), l'existence d'une prise de contact avec l'entourage du patient, d'une prise en charge somatique conjointe à visée diagnostique ou thérapeutique par un urgentiste ou autre spécialiste. Les *caractéristiques socio-démographiques* comprenaient le sexe, l'âge, le statut professionnel (activité professionnelle, sans emploi, étudiant, retraité, autre, inconnu), et le mode de vie : vit seul, avec conjoint ou famille, sans domicile, autre (dont institution et foyer principalement).

D. Analyse statistique

L'*analyse des données* a été effectuée à l'aide du logiciel libre R. Les statistiques descriptives ont été exprimées en valeur absolue et en proportion. L'objectif principal de l'étude était de prédire la décision d'hospitalisation des patients à partir des lits d'HPCD. Nous avons d'abord effectué des régressions logistiques selon la méthode *stepwise forward-backward* avec l'ensemble des facteurs prédictifs possibles. Cette étape de screening a permis de dégager le meilleur modèle prédictif possible. Les variables exogènes possiblement explicatives du modèle concernaient les caractéristiques cliniques et socio-démographiques des patients ainsi que celles relatives à l'intervention. Le seuil de significativité retenu était de 0,05. Les résultats concernant la contribution des différentes variables indépendantes au modèle ont été exprimés en termes d'*odds ratio* ajustés (OR) et d'intervalle de confiance à 95% (IC 95%). La qualité du modèle a été évaluée en calculant le pourcentage de variance expliquée (pseudo-R² de Nagelkerke), le pourcentage de classification correcte, et les résultats du test de Hosmer et

Lemeshow. Un $p > 0,05$ à ce dernier indique un bon ajustement du modèle. Dans certains cas précis utiles à la discussion, une analyse descriptive avec test du Chi-2 de Pearson a été effectuée.

3. Résultats

A. Caractéristiques cliniques et sociodémographiques

Les caractéristiques cliniques et socio-démographiques des 255 patients admis en HPCD d'octobre 2011 à septembre 2012 sont décrites dans le **Tableau 1**. La durée moyenne de séjour était de 45h (écart-type=27). La majorité des patients admis étaient des femmes (62,7%). Une part importante des patients était familière de la psychiatrie puisque près de la moitié (46,7%) avait déjà été hospitalisée en psychiatrie auparavant, 72,5% avaient déjà bénéficié d'un suivi et 51,8% indiquaient bénéficier d'un suivi actuel. Les symptômes cliniques le plus fréquents à l'entrée étaient une symptomatologie anxieuse (67,5%) ou dépressive (64,3%), ainsi que la présence d'idées suicidaires (58,8%). La catégorie diagnostique la plus représentée concernait les troubles dépressifs ou bipolaires (48,2%), suivie par les troubles liés aux traumatismes ou aux stressors (38,0%) et les troubles liés à l'utilisation de substances et addiction (32,2%), principalement. La présence d'une comorbidité diagnostique concernait plus de la moitié des patients (56,9%). L'existence d'un conflit avec l'entourage participait à la crise pour une grande partie des patients (40,4%) alors que dans 21,2% des cas, aucun facteur de stress n'a été retrouvé. La demande de consultation psychiatrique émanait soit d'un médecin urgentiste (41,8%), soit d'un autre professionnel de santé (23,5%) dans la plupart des cas. Enfin, nous avons également relevé une éventuelle demande d'aide au premier entretien : un peu moins de la moitié des patients ne formulait pas de demande d'aide (43,1%), et au contraire 19,6% d'entre eux exprimaient clairement un souhait d'hospitalisation. Concernant les modalités d'intervention, l'entourage du patient a été contacté dans 85,1% des cas, et 71,8% des patients ont bénéficié d'une prise en charge somatique conjointe.

Tableau 1. Caractéristiques des patients hospitalisés en HPCD entre octobre 2011 et septembre 2012

		Nombre de patients	Proportion (%)
Sexe	Hommes	95	37,3
	Femmes	160	62,7
Age	<20	24	9,4
	20-39	91	35,7
	40-59	97	38,0
	60+	43	16,9
Statut professionnel^a	Activité professionnelle	125	49,0
	Sans emploi (chômage ou inactif)	58	22,7
	Etudiant	31	12,2
	Retraité	39	15,3
Mode de vie	Vit seul	66	25,9
	Vit avec conjoint ou famille	176	69,0
	SDF	0	0,0
	Autre	13	5,1
Antécédents psychiatriques^b	Antécédent d'hospitalisation	119	46,7
	Antécédent de suivi	185	72,5
	Suivi actuel	132	51,8
Symptomatologie à l'entrée^b	Conduite suicidaire	97	38,0
	Idées suicidaires	150	58,8
	Agressivité physique ou verbale et agitation	16	6,3
	Abus de substance	57	22,4
	Symptomatologie anxieuse	172	67,5
	Symptomatologie dépressive	164	64,3
	Symptomatologie psychotique	40	15,7
	Plainte somatique	49	19,2
	Trouble cognitif	16	6,3
	Diagnostic selon DSM-5^b	Trouble du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques	29
Trouble dépressifs et bipolaires		123	48,2
Trouble anxieux		49	19,2
Trouble liés aux traumatismes et aux stressseurs		97	38,0
Trouble liés à l'utilisation de substances et addiction		82	32,2
Trouble de la personnalité		62	24,3
Trouble de symptôme somatique		14	5,5
Autre		6	2,4
Présence d'une comorbidité		145	56,9
Facteur de stress participant à la crise		Conflit avec conjoint, famille, entourage	103
	Problème d'ordre financier	5	2,0
	Problème lié au logement	10	3,9
	Problème lié aux activités	23	9,0
	Autre	60	23,5
Origine de la demande de consultation psychiatrique^a	Absent ou non identifié	54	21,2
	Patient de lui-même	53	20,8
	Entourage	36	14,1
Demande d'aide initiale	Médecin urgentiste	105	41,8
	Autre professionnel de santé	60	23,5
	Demande d'aide en général	69	27,1
	Souhait d'hospitalisation exprimé	50	19,6
	Pas de demande d'aide exprimée	110	43,1
	Refus passif ou actif d'aide	26	10,2

^a: données manquantes pour certains patients

^b: pour ces catégories, plusieurs modalités pouvant coexister, la somme des proportions est supérieure à 100%

B. Facteurs prédictifs d'orientation à l'issue de la prise en charge en HPCD

A l'issue de leur séjour en lit de crise, les patients pour lesquels une décision d'hospitalisation avait été prise (n=100 ; 39,2%) ont été admis en psychiatrie de secteur ou en addictologie sur un mode libre pour 24% d'entre eux, sous contrainte pour 17%, en clinique psychiatrique pour 44%, et en service de médecine de spécialité pour 15%. Parmi les patients non-hospitalisés

(n=155 ; 60,8%), 40% ont été orientés vers une consultation de post-urgence, 38,1% vers un suivi de secteur, 9,7% vers un suivi psychiatrique libéral, 11% vers leur généraliste sans suivi psychiatrique particulier, et 1,2% ont fugué au cours de leur prise en charge.

Les facteurs prédictifs de la décision d'hospitalisation à partir des lits d'HPCD sont présentés dans le **Tableau 2**. Les facteurs associés de manière significative ($p < 0,05$) à une plus grande probabilité d'être hospitalisé étaient un souhait initial d'hospitalisation exprimé par le patient (OR=4,28), l'existence d'une comorbidité (OR=3,43), une demande de consultation émanant de l'entourage (OR=2,89), un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie (OR=2,71) et la présence d'idées suicidaires à l'arrivée aux urgences (OR=2,26). Inversement, les facteurs associés à une probabilité plus faible d'hospitalisation étaient un diagnostic de trouble de la personnalité (OR=0,31), un conflit avec l'entourage participant à la crise (OR=0,41), un âge entre 20 et 39 ans (OR=0,42) et l'existence d'une activité professionnelle (OR=0,49).

Tableau 2. Facteurs significatifs prédictifs de la décision d'hospitalisation des patients à partir des lits d'HPCD

Facteurs prédictifs		Modèle de régression logistique ^a		
		Hospitalisation		
		% ^b	p-value	OR [CI 95%]
Age	20-39	28,6	0,012	0,42 [0,21-0,83]
Statut professionnel	Activité professionnelle	30,4	0,024	0,49 [0,26-0,91]
Antécédents psychiatriques	Antécédent d'hospitalisation	51,3	0,002	2,71 [1,44-5,11]
Symptomatologie à l'entrée	Idées suicidaires	41,3	0,024	2,26 [1,11-4,60]
Diagnostic selon DSM-5	Trouble de la personnalité	30,6	0,006	0,31 [0,13-0,72]
	Présence d'une comorbidité	43,4	0,002	3,43 [1,58-7,47]
Facteur de stress	Conflit avec conjoint, famille, entourage	27,2	0,010	0,41 [0,21-0,81]
Origine de la demande	Entourage	58,3	0,017	2,89 [1,20-6,93]
Demande d'aide initiale	Souhait d'hospitalisation exprimé	62,0	<0,001	4,28 [1,95-9,42]

^a : pseudo-R²=0,366. Pourcentage de classification correcte = 92,2%. Test de qualité d'ajustement du modèle (Hosmer et Lemeshow) : $p > 0,05$.

^b : proportion observée de patients orientés vers une hospitalisation au sein de la modalité de la variable considérée.

C. Variables associées à une orientation en consultation de post-urgence

L'orientation vers la consultation de post-urgence représentait la modalité de suivi principale (40%) des patients ayant pu retourner au domicile après l'HPCD.

Pour mieux comprendre quel type de patients nous orientons vers cette modalité de suivi rapproché, nous avons effectué une analyse descriptive avec test du Chi-2 de Pearson. Elle a permis de dégager les variables associées significativement ($p < 0,05$) à cette orientation : la présence d'un conflit comme facteur de stress, vivre avec sa famille ou conjoint, ne pas vivre seul, voir son entourage contacté au cours de la prise en charge, avoir une activité professionnelle, ne pas être sans emploi, avoir entre 20 et 39 ans, ne pas avoir d'antécédent

d'hospitalisation ou d'antécédent de suivi ou de suivi actuel en psychiatrie, ne pas voir son psychiatre contacté au cours de la prise en charge, ne pas avoir de diagnostic de trouble psychotique, ne pas avoir de symptomatologie psychotique à l'arrivée, présenter une conduite suicidaire, demander de l'aide en général, ne pas demander d'hospitalisation au premier entretien.

Nous avons également analysé l'orientation des patients à la fin du suivi de post-urgence des patients issus de l'HPCD. Elle était la suivante : retour vers le généraliste sans suivi psychiatrique ou psychologique pour 11,1% des patients, orientation vers un suivi de secteur (31,7%) ou en libéral (34,9%), non connue (1,6%). Aucun patient n'a été orienté vers une hospitalisation en milieu psychiatrique, cependant une petite proportion de patient a nécessité un retour aux urgences (7,9%) ou une nouvelle HPCD (1,6%) pendant le suivi. Les ruptures de suivi de post-urgences ont représenté 11,1% des cas.

D. Parcours des patients dans le dispositif d'urgence psychiatrique

Nous nous sommes intéressés à la place de l'HPCD dans le service des urgences psychiatriques de Rambouillet et en particulier à son articulation avec l'accueil des urgences et les modalités d'orientation d'aval. Le parcours des patients pendant l'année étudiée est ainsi schématiquement représenté dans la **Figure 1**.

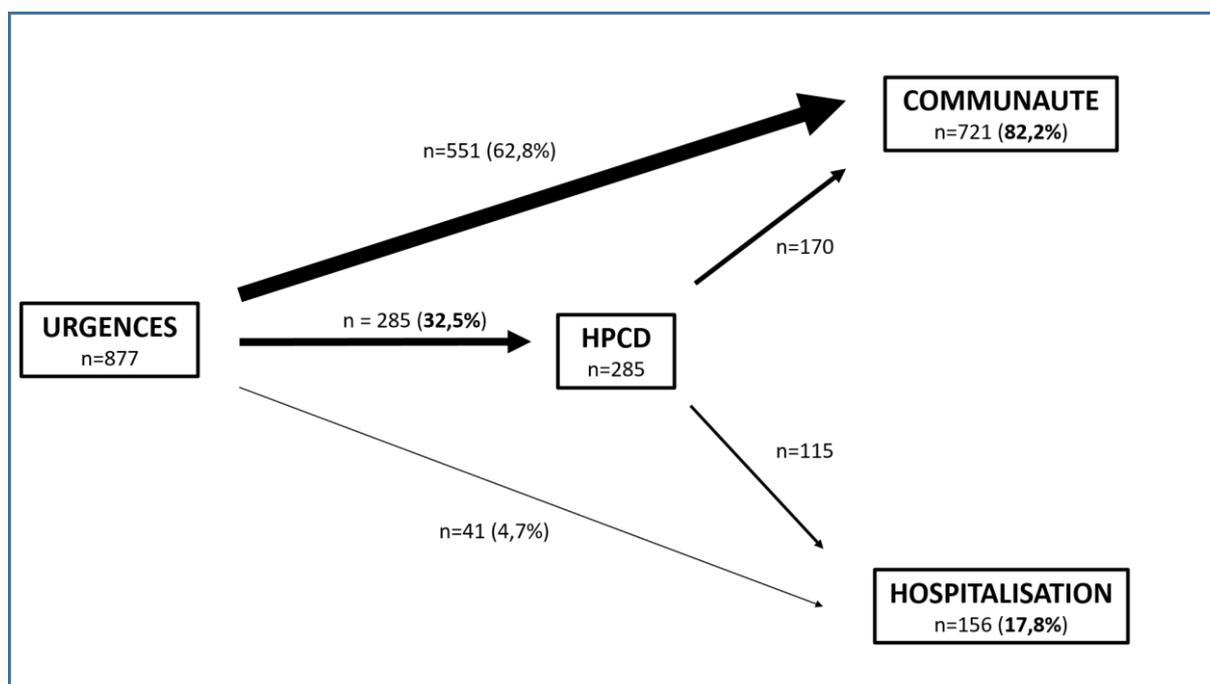


Figure 1. Orientation des patients au sein du dispositif d'urgence psychiatrique à partir de la première consultation aux urgences (URGENCES), incluant l'ensemble des passages pendant un an d'octobre 2011 à septembre 2012. L'HPCD correspond à une hospitalisation psychiatrique de courte durée (<72h) au sein du service des lits-portes des urgences. L'hospitalisation (HOSPITALISATION) peut se faire sur le secteur, en clinique psychiatrique, en addictologie, ou en service de médecine spécialisée selon l'indication retenue. Dans le cas d'une orientation ambulatoire (COMMUNAUTE), un adressage vers le CMP, en libéral, ou vers le médecin généraliste sont possibles, ainsi qu'en consultation de post-urgence au CHG de Rambouillet pour prolonger l'intervention de crise si nécessaire. Les nombres et pourcentages indiqués correspondent au nombre de patients (n) et à la proportion (%) de patients consultant aux urgences orientés vers les modalités considérées. L'épaisseur des flèches est proportionnelle au nombre de patients orientés vers chacune de ces modalités.

Ainsi, pendant un an, 877 patients ont bénéficié d'une consultation psychiatrique aux urgences. Presqu'un tiers d'entre eux a été admis en HPCD tandis que seulement 4,7% ont été hospitalisés d'emblée. A l'issue de la prise en charge aux urgences et éventuellement en HPCD, 82,2% des patients ont pu retourner dans la communauté, tandis que seulement 17,8% ont été finalement hospitalisés.

E. Impact de la création des lits d'HPCD sur le taux d'hospitalisation en secteur psychiatrique

Le dispositif d'HPCD décrit dans cette étude a été mis en place au CHG de Rambouillet au cours de l'année 2005. Après une période d'un an de fonctionnement de ce dispositif, nous avons observé une forte réduction, supérieure à 50%, du nombre d'hospitalisations dans l'unité

d'hospitalisation du secteur à partir des urgences psychiatriques : entre 2007 et 2012, 73 patients en moyenne par an ont été admis en hospitalisation de secteur à partir des urgences psychiatriques, contre 169 en moyenne annuelle entre 2002 et 2005. Ceci représente 96 hospitalisations de moins en moyenne par an. Nous n'avons en revanche pas relevé l'impact de ce dispositif sur le taux d'hospitalisation en clinique psychiatrique.

TROISIEME PARTIE :

Discussion

1. *Limites de l'étude*

Cette étude présente plusieurs limites évidentes. Elle s'est déroulée sur un lieu unique et sur une période limitée, ce qui ne permet pas d'exclure des spécificités intrinsèques à la population étudiée et à notre dispositif de prise en charge sur cette période. On peut mentionner notamment le faible nombre de lits d'hospitalisation du secteur, ainsi que la présence d'une clinique psychiatrique conventionnée à proximité vers laquelle nombre de patients sont orientés à partir des lits d'HPCD (44% des hospitalisations). Cela ne représente probablement pas la situation la plus courante concernant les urgences psychiatriques en France, à partir desquelles l'orientation en clinique a souvent un poids plus faible.

D'autres limitations méthodologiques sont liées au caractère rétrospectif de l'étude. Ainsi, malgré un recueil facilité de certaines données grâce au dossier informatisé, comme le nombre de passages ou la durée de séjour du patient, certaines données étaient incomplètes voire inexistantes. Par exemple, il n'a pas été possible d'inclure dans l'analyse l'administration éventuelle d'un traitement médicamenteux ainsi que la nature de celui-ci. Par ailleurs, le manque de précision de certaines données nous a incités à une classification catégorielle plus restreinte que ce que nous aurions souhaité initialement pour les caractéristiques socio-démographiques ainsi que pour les troubles de la personnalité au plan diagnostique.

Il faut également mentionner le biais de classement possible lors du recueil des caractéristiques cliniques des patients concernant la symptomatologie et le diagnostic psychiatriques à partir des observations médicales. L'utilisation d'un référentiel précis (DSM-5) ainsi que la classification en catégories diagnostiques larges adaptées à l'urgence ont permis de contourner en partie cette difficulté inhérente à la plupart des études rétrospectives sur les urgences psychiatriques.

Enfin, nous avons étudié uniquement la population admise en HPCD et non l'ensemble de la population ayant consulté aux urgences psychiatriques au cours de la période étudiée, ce qui aurait apporté des éléments de comparaison supplémentaires immédiats avec les autres études portant sur les urgences psychiatriques en général, ainsi qu'une meilleure évaluation de l'impact

de notre dispositif de crise sur le devenir des patients concernant le suivi ambulatoire ou le nombre et la durée des hospitalisations en psychiatrie ultérieures. D'autres limites spécifiques de cette étude sont abordées ultérieurement dans la discussion.

2. *La prise en charge des patients en HPCD : considérations cliniques et théoriques*

A. Une symptomatologie rapidement évolutive

Intuitivement, il semble évident que la symptomatologie initiale présentée par le patient à son arrivée aux urgences s'améliore au cours d'une prise en charge de 24 à 72h en HPCD. Cette affirmation n'a en réalité été que très peu analysée ou confirmée par des études. Deux études, américaines, par Breslow et al. en 1993, et Yohanna et al. en 1998 s'y sont attelées. Dans la première étude, les patients pris en charge en unité de crise pendant 24 à 72h ont été évalués quotidiennement par l'échelle PSAS (Psychiatric Symptom Assessment Scale [43]). Les auteurs observent une diminution des scores PSAS entre le début et la fin de la prise en charge [3]. La deuxième étude a utilisé l'échelle API (Acuity of Psychiatric Illness [44]) pour évaluer sur trois temps distincts (entrée, 24h et sortie) les patients admis en unité de courte durée pendant 48h ou moins. Une réduction de près de 50% des scores est observée dès les premières 24h traduisant une amélioration clinique importante et rapide [4].

Dans l'étude, présentée ici, nous n'avons pas été aussi rigoureux, puisque nous n'avons pas utilisé les mêmes outils de mesure entre le début et la fin de la prise en charge. Pour l'arrivée aux urgences nous avons fait un recueil de la symptomatologie psychiatrique présentée, nous refusant à tenter d'établir un diagnostic à ce stade. En effet celui-ci est considéré comme peu fiable dans les premières heures de l'urgence [45,46]. En revanche, nous avons tenté d'établir un diagnostic de sortie, catégoriel, reprenant une méthode de classification basé sur le DSM et utilisée de manière courante dans les études sur les urgences psychiatriques (pour exemple, voir Bruffaerts et al. [25]). Elle regroupe les diagnostics dans des catégories larges mais peu précises. Ces données sont présentées dans le tableau 2. Nous avons alors tenté de discerner une évolution là où la comparaison était possible. Ainsi, 64,3% des patients présentaient une symptomatologie dépressive à l'entrée, le diagnostic de trouble dépressif ou bipolaire n'a finalement été retenu que pour 48,2% des patients. De la même manière, 15,7% de la population

étudiée présentait une symptomatologie psychotique initialement, mais seulement 11,4% a reçu un diagnostic de trouble psychotique. Ces différences, si elles sont réelles, illustrent en partie l'amélioration symptomatique liée à la prise en charge en HPCD.

Une autre limite de l'étude est que nous n'avons pas pu relever dans le dossier médical informatisé, par manque d'information dans la plupart des dossiers, si un traitement médicamenteux avait été donné au cours de la prise en charge et si oui lequel. En effet, ce dernier représente un des moyens évidents pour soulager rapidement une symptomatologie à type d'angoisse, d'agitation psycho-motrice ou de troubles du sommeil par exemple.

B. Du temps de l'urgence au temps de la crise : l'exemple des suicidants

Une des idées majeures qui sous-tend le principe de l'HPCD consiste à sortir du temps de l'urgence pour passer à celui de la crise. En pratique, il permet au psychiatre de se sortir d'une position de responsable du tri de l'urgence psychiatrique entre hospitalisation en psychiatrie et retour à domicile. En négociant une hospitalisation temporaire, il offre au patient, son entourage, mais aussi à lui-même, un espace sécurisé pour réfléchir à la situation dans sa chronologie et son contexte. Il pourra ainsi construire une alliance et mobiliser les ressources du patient lors de cette phase d'hospitalisation brève.

Un exemple significatif concerne les crises suicidaires où les idées suicidaires précèdent le plus souvent un passage à l'acte auto-agressif. Dans l'étude présentée ici, nous montrons que le geste suicidaire n'est pas prédictif d'une hospitalisation psychiatrique à la sortie de l'HPCD : la plupart de ces patients (64,9%) retournent au domicile. En revanche, la présence d'idées suicidaires au premier entretien est prédictive d'une hospitalisation (OR=2,26) à la sortie des lits d'HPCD. Ceci nous amène à réfléchir au sens de ces deux symptômes par rapport au concept de crise :

- La tentative de suicide est un passage à l'acte au sens propre comme au sens figuré. Plus de 90% des tentatives de suicides surviennent dans un contexte de crise au sein des couples, des familles, ou du milieu professionnel [26]. Dans ce cas précis, le patient signifie que quelque chose doit changer, dans un contexte où la parole n'est soit plus entendue, soit impossible. Ces passages à l'acte sont la plupart du temps « entendus » et mobilisent fortement les familles aux urgences puis en HPCD. Un des rôles de

l'équipe psychiatrique est alors d'initier un dialogue entre les différents membres pour comprendre le sens du geste suicidaire, et d'accompagner l'éclosion de la crise vers un nouvel état d'équilibre pour le patient et son entourage. La sortie du patient pourra alors être planifiée et organisée avec l'entourage et l'interaction-intervention de crise pourra être poursuivie en consultation de post-urgence.

- Les idées suicidaires, bien que moins impressionnantes en apparence qu'un passage à l'acte, représentent dans notre modèle, un facteur prédictif d'hospitalisation à l'issue de la prise en charge en HPCD. Nous n'avons pas étudié spécifiquement cette sous-population de patients admis en HPCD. Cependant des études sur les patients présentant une idéation suicidaire montrent que ce symptôme est associé à un isolement social plus important [47] et que les facteurs prédictifs d'hospitalisation de cette population de patients se présentant aux urgences concernent un diagnostic de psychose associé, des antécédents de tentative de suicide et l'existence d'un plan suicidaire [48]. Une hypothèse concernant ces patients admis en HPCD est qu'il existe peut-être des difficultés à contacter l'entourage et initier un travail de crise. Le contexte de vie du patient reste alors en tension, il n'y a pas d'évolution vers un nouvel équilibre durable et la décision d'hospitalisation en psychiatrie vient valider un sentiment d'impuissance de l'équipe mais aussi et surtout du patient. Elle lui offre cependant un soulagement temporaire, si possible en alliance avec lui, ce qui est un moindre mal.

Ces exemples illustrent tout l'intérêt du concept d'HPCD pour donner du temps à l'urgence, que ce soit du point de vue du patient, de son entourage ou de l'équipe psychiatrique.

C. La durée d'HPCD : aspects pratiques

La durée de l'HPCD est fixée à un maximum de 72h au CHG de Rambouillet. Dans d'autres environnements, comme les CAP ou CAC, elle est parfois plus réduite (24h à 48h), parfois plus longue (4 à 5 jours). Dans tous les cas, ce qui fait consensus, c'est d'avoir un temps suffisant pour répondre à une double nécessité. Il s'agit d'abord d'apaiser le patient d'une symptomatologie parfois impressionnante dans les premières heures de l'urgence à l'aide d'un traitement médicamenteux le plus souvent, mais aussi indirectement soulager temporairement un entourage épuisé. Ensuite, il s'agit de remobiliser l'entourage (contacté ici dans 85,1% des

situations) et les intervenants extérieurs (médecin généraliste, psychiatre) rapidement pour décider ensemble de la suite à donner à l'urgence. Il n'y a pas de nécessité à ce que ce temps excède 48-72h. En effet, au plan médicamenteux, une suffisamment grande partie des symptômes peut être levée en moins de 24h de manière à pouvoir envisager un retour à domicile éventuellement sous l'œil attentif de la famille. Enfin, dépasser 72h, c'est s'éloigner du temps de l'urgence initiale, si important pour garder un entourage mobilisé et impliqué dans la recherche de solutions.

D. Les indications d'HPCD

Pour mieux en comprendre les indications, il faut d'abord aborder les critères d'exclusion à une prise en charge en HPCD. Une partie de ces critères est liée au lieu où se déroule l'HPCD. Dans le cas de notre étude, il s'agit d'un service de lits-portes mixte psychiatrique et somatique, ouvert, sans équipe psychiatrique sur place la nuit en dehors de l'astreinte opérationnelle du groupe ERIC, et sans chambre d'isolement. Les conditions d'admission excluent donc un risque d'agitation psychomotrice ou de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif ou de fugue trop élevé ou la nécessité d'une surveillance particulière très rapprochée. En pratique, ces situations sont celles de la « psychiatrie en urgence » [28] qui nécessitent une hospitalisation d'emblée en psychiatrie, c'est-à-dire les états maniaques aigus, les tableaux mélancoliques ou les décompensations psychotiques aigues. Elles nécessitent une surveillance rapprochée dans un milieu sécurisé pendant un temps se comptant souvent en semaines. Ces situations ne représentent elles-mêmes qu'une partie des urgences psychiatriques vraies qui, nous l'avons vu, représentent elles-mêmes environ 30% des situations psychiatriques aux urgences [26], et peuvent éventuellement bénéficier d'une prise en charge en HPCD. Notre analyse du parcours des patients dans le dispositif d'urgence (Figure 1) tend à étayer cette impression empirique : 4,7% des patients se présentant aux urgences psychiatriques sont hospitalisés directement en psychiatrie sans passer par l'HPCD : dans notre expérience, nous pensons qu'ils sont très probablement représentatifs de cette sous-population des urgences psychiatriques.

Une fois ce cadre posé, les indications d'hospitalisation de courte durée sont nombreuses, certaines évidentes voire même protocolisées dans notre prise en charge :

- Il en est ainsi des tentatives de suicides qui sont accueillies initialement souvent par les urgentistes du fait de l'urgence somatique conjointe. Elles sont, selon protocole, toujours hospitalisées en lits de courte durée.
- Les états éthyliques aigus ou autre abus de substances avec une symptomatologie psychiatrique associée, où une conversation cohérente ne sera possible qu'à distance. Ainsi 22,4% des patients ayant bénéficié d'une HPCD présentaient un abus de substances à l'entrée.
- Tout état qui nécessite une prise en charge somatique conjointe : il s'agit de pathologies organiques à expression psychiatrique, mais aussi et surtout en pratique, des situations nécessitant une prise en charge d'une décompensation psychiatrique et somatique concomitantes. On citera l'exemple de la personne âgée isolée, amenée aux urgences par les pompiers après une chute au domicile, et qui présente à la fois une rhabdomyolyse, un état de déshydratation, et une symptomatologie dépressive. Ces situations sont plus courantes qu'on ne le pense : nous montrons que, parmi les patients en HPCD, 19,2% présentaient une plainte somatique à l'arrivée, 71,8% ont bénéficié d'une prise en charge somatique conjointe, et 15% ont été orientés vers une hospitalisation en service de médecine de spécialité à l'issue de la prise en charge.

D'autres situations peuvent bénéficier d'une HPCD :

- Les situations de crise nécessitant une séparation temporaire du patient avec son entourage ou au contraire, celles qui imposent un entretien avec la famille lorsque celle-ci n'est pas présente initialement, ou avec un autre intervenant, pour être sûr que cet entretien ait lieu. On retrouve ainsi un grand nombre de situations en HPCD où le facteur de stress participant à la crise concerne un conflit avec l'entourage (40,4%). Aussi, la demande de consultation émane souvent, non du patient lui-même (20,8%), mais de son entourage (14,1%), de l'urgentiste (41,8%) ou d'un autre professionnel de santé (23,5%). Ceci souligne la pression exercée par les accompagnateurs pour que le patient soit hospitalisé [49,50] ainsi que le dépassement de leurs capacités d'adaptation [30]. Ici, l'HPCD interviendra comme un moyen de soulager de manière provisoire à la fois le patient et son entourage, tout en gardant ce dernier mobilisé pour continuer le travail de crise.

- Des situations où se superposent troubles psychiatriques et situations contextuelles de crise. Ce sont par exemples les épisodes dépressifs où l'entourage est dépassé, ou les états délirants « calmes » aggravés par une situation professionnelle changée. Ainsi, une grande proportion de patients reçoit un diagnostic de trouble dépressif ou bipolaire (48,2%) à l'issue de la prise en charge en HPCD. Les diagnostics de trouble psychotique et de trouble de la personnalité représentent 11,4% et 24,3% des patients respectivement. Comparé avec les proportions théoriques des situations d'urgences psychiatriques que nous avons mentionnées précédemment (30% d'urgences psychiatriques vs 70% d'urgences au contour clinique plus hétérogène), nous constatons une des proportions presque inversées dans la population bénéficiant d'une HPCD avec seulement 38% de patients répondant aux critères de trouble de l'adaptation. Une explication serait qu'une participation psychiatrique à la situation d'urgence favoriserait l'admission en HPCD (51,8% des patients admis en HPCD ont d'ailleurs un suivi psychiatrique actuel), tandis que les situations de crise sans antécédent psychiatrique forts seraient plus volontiers orientés directement vers une consultation de post-urgence sans passer par l'HPCD, mais ce dernier point reste à démontrer. Une autre explication complémentaire est que le diagnostic de trouble de l'adaptation n'englobe pas toutes les situations de crise : celles-ci se superposent à des pathologies psychiatriques chroniques. Par exemple, un patient peut souffrir d'une dépression chronique et traverser un moment relationnel difficile qui va l'amener aux urgences. L'urgence est donc bien celle du contexte et non de la pathologie sous-jacente même si elle en prend l'aspect.
- Des situations qui angoissent le psychiatre ou l'équipe psychiatrique. Il est en effet possible de se laisser gagner par l'angoisse du patient ou de son entourage. Une hospitalisation provisoire a alors tout son sens : elle permet de prendre du recul et de retrouver le lendemain un patient plus calme et une famille rassurée. Le travail de crise pourra alors continuer dans de meilleures conditions pour l'ensemble des participants, psychiatre compris.

Au-delà de ces indications, les résultats concernant l'objectif principal de l'étude nous amènent à questionner l'HPCD sur l'orientation à la fin de la prise en charge.

E. Eviter l'hospitalisation en milieu psychiatrique à tout prix ?

Rappelons-le, dans notre dispositif d'urgence (figure 1), l'HPCD draine environ un tiers des patients consultant aux urgences, servant de véritable « filtre » à l'hospitalisation en milieu psychiatrique puisque 60,8% des patients admis en HPCD retournent au domicile ensuite. Parmi les facteurs associés à une hospitalisation en psychiatrie, on retrouve un souhait initial d'hospitalisation exprimé par le patient lors du premier entretien (OR=4,28), l'existence d'une comorbidité (OR=3,43), une demande de consultation émanant de l'entourage (OR=2,89), un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie (OR=2,71), la présence d'idées suicidaires à l'arrivée aux urgences (OR=2,26). Au contraire les facteurs associés à une probabilité plus faible d'hospitalisation étaient un diagnostic de trouble de la personnalité (OR=0,31), un conflit avec l'entourage participant à la crise (OR=0,41), un âge entre 20 et 39 ans (OR=0,42), l'existence d'une activité professionnelle (OR=0,49). Certains de ces facteurs relèvent de manière évidente d'un travail de crise, comme les troubles de la personnalité par exemple, ce qui avait déjà été relevé par de précédentes études [3,9,10], ou quand un conflit participe à la situation, mais aussi quand la demande émane de l'entourage ce qui traduit souvent un épuisement de celui-ci [30].

Une vision simpliste des enseignements à tirer de ces résultats, serait de conclure, dans un souci de rentabilité de l'HPCD (c'est-à-dire éviter l'hospitalisation en psychiatrie), qu'il faudrait en faire une modalité de passage obligatoire des troubles de la personnalité ou lorsqu'un conflit avec l'entourage participe à la crise, et arrêter de prendre en charge en HPCD les patients qui demandent ou ont déjà un antécédent d'hospitalisation ou qui sont amenés par l'entourage, puisque de toutes façons ils ont plus de chances de finir quand même hospitalisés en milieu psychiatrique.

Pour tempérer cette vision et mieux saisir les enjeux au sens large de l'HPCD, il convient tout d'abord de relativiser ces chiffres : les odds-ratios calculés, s'ils sont significatifs statistiquement, indiquent cependant des risques relatifs relativement faibles pour les facteurs retenus quelle que soit l'orientation finale (hospitalisation ou retour à domicile). Ils ne signifient donc pas que la plupart des patients présentant un facteur de risque d'hospitalisation sera hospitalisé ensuite. Par exemple, concernant les patients qui avaient déjà un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie, seulement 51,3% d'entre eux ont été hospitalisés à l'issue de la prise en charge, ce qui montre bien qu'ils bénéficient quand même, pour une grande partie d'entre eux, de l'intervention en HPCD.

Ensuite, il convient de prendre du recul par rapport à l'histoire du concept de crise qui a accompagné le mouvement de désinstitutionnalisation. Aucun modèle de crise ne peut fonctionner totalement sans une part d'hospitalisation. Une politique de désinstitutionnalisation cohérente ne signifie pas des efforts tous azimuts pour éviter l'hospitalisation, mais plutôt de lui réserver une place qui répond spécifiquement au besoin des patients dans un contexte précis. En conséquence, nous rejetons ici l'idée selon laquelle l'HPCD ne servirait qu'à éviter une hospitalisation en milieu psychiatrique. Au contraire nous pensons même qu'elle a un rôle important à jouer pour la préparer dans les meilleures conditions possibles. En dehors des situations de décompensations psychiatriques graves qui imposent une hospitalisation d'emblée, l'HPCD peut permettre de prendre du recul pour négocier une hospitalisation avec le patient, son entourage et l'équipe de l'unité d'accueil lorsque la situation l'exige. Elle peut concerner les risques de passage à l'acte aigu, les situations d'épuisement de l'entourage, ou la nécessité d'arrêter une situation d'escalade symétrique entre le patient et sa famille ou son conjoint ou son institution. Il faudra alors s'attacher à la préparer en évitant de mettre l'entourage en position d'incompétence. La triangulation thérapeutique entre le psychiatre des urgences, le patient et sa famille, et le psychiatre de l'unité d'accueil va alors être importante pour délimiter les objectifs de l'hospitalisation, ses conditions, et désamorcer des attentes irréalistes de la part de l'entourage envers l'institution psychiatrique. Elle remet ainsi le patient et l'entourage en position de participants actifs pour préparer la suite.

F. L'alliance thérapeutique aux urgences puis en HPCD

Un des résultats les plus intéressants de l'étude concernait la demande d'aide du patient lors du premier entretien aux urgences. Lors du relevé des données cliniques et socio-démographiques des patients à partir du dossier informatisé, il ressortait clairement que la question de la demande explicite du patient était recherchée systématiquement par l'équipe à la fin de ce premier entretien. Nous avons alors décidé de relever cette variable pour l'ensemble des patients admis en HPCD en la déroulant selon quatre modalités progressives : refus passif ou actif d'aide (10,2% des patients), pas de demande d'aide exprimée (43,1%), demande d'aide en général (27,1%), un souhait d'hospitalisation exprimé (19,6%).

C'est ce dernier facteur, c'est-à-dire la demande explicite par le patient d'être hospitalisé dès le premier entretien aux urgences, qui était le plus prédictif d'une hospitalisation (OR=4,28). Dans

les faits, 62% de ces patients étaient hospitalisés en psychiatrie à l'issue de la prise en charge en HPCD. Comment le comprendre alors que sa demande était en partie exaucée par une hospitalisation temporaire qui était justement destinée à lui éviter une hospitalisation en milieu psychiatrique?

Le premier élément de réponse reprend la discussion sur le rôle de l'HPCD qui, nous l'avons vu, n'est pas nécessairement d'éviter l'hospitalisation. En particulier, en nous intéressant à ces patients demandeurs, nous avons mis en évidence les variables qui leur étaient associées: vivre seul, être sans emploi, venir de soi-même, avoir des antécédents de suivi ou d'hospitalisation, ne pas présenter de conduite suicidaire, ne pas bénéficier de prise en charge somatique conjointe, ne pas voir son entourage contacté pendant la prise en charge (alors que sur l'ensemble des patients admis en HPCD la famille a pu être contactée dans 85,1% des cas !), ne pas être adressé en post-urgence. Il s'agit à l'évidence une population habituée de la psychiatrie et dont le tissu social, familial et professionnel est fragile. Dans ce cas, ce sont des éléments de gravité cliniques associés à un isolement social et affectif, sans entourage à mobiliser, qui nous conduisent à valider l'indication d'une hospitalisation psychiatrique au cours de la prise en charge en HPCD.

Deuxièmement, il est très possible que l'OR de la variable « souhait d'hospitalisation exprimé » soit biaisé vers le haut en raison d'une corrélation avec des facteurs explicatifs omis (non pris en compte dans la régression logistique) caractérisant l'équipe soignante ou la relation entre le patient et cette dernière. Un des facteurs omis concerne probablement la notion d'alliance thérapeutique, essentielle au travail de crise. Ce concept a une origine psychanalytique (Freud, 1912) avec la notion de transfert [51]. Bordin, notamment, l'a poursuivi en expliquant que la négociation d'une alliance de travail repose sur des buts, réciproques, un accord sur les tâches thérapeutiques et l'établissement d'un lien de confiance [52]. Une étude remarquable de De Clercq et al. [53] aux urgences de l'hôpital universitaire de Bruxelles dans un dispositif comparable au notre, a mesuré l'alliance thérapeutique à l'aide de l'échelle Penn Helping Alliance de Luborsky [54] au cours d'un travail de crise à trois moments de la prise en charge : après le premier entretien aux urgences, après la phase d'interaction de crise (quelques jours à quelques semaines incluant si besoin une hospitalisation temporaire en lits de crise), et après la phase d'intervention de crise (3 mois). Ils relèvent qu'une mauvaise alliance mesurée après le premier entretien est très nettement corrélée avec une décision d'hospitalisation. L'explication donnée est que cette mauvaise alliance amène le patient à refuser toute proposition de prise en charge ambulatoire et à persister dans sa demande d'hospitalisation. L'intervenant de crise

semble alors céder à cette demande devant son impuissance à négocier une alliance de travail avec lui. Les auteurs notent en revanche, pour les patients non hospitalisés, une augmentation régulière des scores d'alliance au cours de la phase d'interaction puis d'intervention de crise, plus marquée pour les patients déprimés.

Concernant notre étude, une hypothèse serait alors qu'une demande d'hospitalisation à la fin du premier entretien traduirait en réalité une mauvaise alliance initiale, et que celle-ci perdurerait au cours de l'HPCD au point d'être un élément essentiel dans le choix d'une hospitalisation en psychiatrie à l'issue de la prise en charge. Il faudrait pouvoir vérifier cette hypothèse dans notre dispositif avec une mesure spécifique de l'alliance au début et à la fin de l'HPCD. Si elle était vérifiée, elle soulignerait la difficulté du travail de crise qui débute lorsque l'alliance est déjà mauvaise à l'issue du premier entretien, mais aussi par conséquence les possibilités pratiques d'améliorations de notre travail.

Il faut rappeler également qu'une grande partie des patients reçus aux urgences et en HPCD (27,5%) n'a jamais été en contact avec la psychiatrie. L'établissement d'une alliance thérapeutique avec ces patients peut donc se montrer décisive pour le travail de crise à venir et si possible leur éviter entrée dans l'institution psychiatrique à court terme. Une partie des améliorations à apporter concerne le développement une base commune théorique dans notre pratique. Ainsi ont été mises en place depuis l'année 2011 des séances régulières de formation à l'intervention de crise et aux thérapies brèves destinées au personnel médical et infirmier de notre équipe, mais également ouverte à celui des urgences somatiques.

G. La question des patients récurrents

Avec l'augmentation de la fréquentation des services d'urgences, liée en partie aux effets de la désinstitutionnalisation, plusieurs études ont montré qu'un petit nombre de visiteurs récurrents occasionnait un nombre non négligeable de consultations psychiatriques aux urgences [55–59]. L'étude des facteurs prédictifs d'un usage répété des urgences psychiatriques révèle un profil de patients précaires au plan social [56–60], souffrant de troubles psychiatriques sévères (psychose [60–62], trouble d'abus de substance [60,62], troubles de personnalité [58,63]) et venant souvent d'eux-mêmes [57,62].

La question qui se pose pour ces visiteurs fréquents est celui des modalités les plus adaptés à leurs soins en urgence. Nous pensons que l'HPCD a un rôle à jouer dans la prise en charge de

ces patients. Même si nous n'avons pas étudié spécifiquement le profil des patients récurrents aux urgences du CHG de Rambouillet, notre expérience révèle que nous admettons en HPCD plusieurs fois par an ce profil de patients, et en particulier ceux souffrant de trouble de la personnalité ou de psychose chronique. Ceux-ci viennent très souvent d'eux-mêmes avec la demande explicite ou implicite d'une hospitalisation temporaire aux urgences ce que nous acceptons volontiers : il s'agit là de favoriser une alliance et éventuellement commencer un travail de crise. Nous n'avons pas étudié l'impact notre prise en charge en HPCD sur le parcours de ces patients, néanmoins nous pensons qu'une partie d'entre eux évite des hospitalisations en milieu psychiatrique de cette manière. Nous suggérons dans notre étude l'intérêt d'une indication d'HPCD concernant les patients souffrant de troubles de la personnalité (facteur prédictif d'un retour à domicile) pour qui une symptomatologie initiale importante peut s'apaiser relativement rapidement. L'HPCD est aussi l'occasion de tenter de renouer des liens avec l'entourage, même si cela est souvent difficile quand le tissu social du patient est fragilisé. Deux études viennent spécifiquement démontrer l'intérêt de l'HPCD dans ces indications. Berrino et al. montrent, pour les patients présentant un trouble de personnalité borderline admis aux urgences suite à un geste suicidaire, qu'une prise en charge intensive initiale comprenant une HPCD en unité de crise à l'hôpital général, permettait une réduction des rechutes et des hospitalisations en psychiatrie après l'intervention initiale [10]. Heskestad et al. ont réalisé une expérience intéressante dans une unité de secteur en transformant une partie des lits d'hospitalisation de longue durée en lits de crise de courte durée, utilisables par les patients souffrant de schizophrénie connus du service et ce, sans adressage particulier [64]. Ils montrent, pendant une période d'un an de fonctionnement de ce dispositif, une augmentation attendue des admissions en lits de crise pour des durées brèves (2,5 jours en moyenne), mais surtout une diminution de moitié des admissions sous contrainte, et une chute de 33% du nombre total de journées d'hospitalisation dans l'année. La situation est paradoxale : une augmentation de l'accessibilité des lits en a réduit l'usage dans la durée. L'interprétation donnée est qu'en rendant des lits accessibles à la demande de manière souple, les patients et leur entourage profitent d'une autonomie et d'une sécurité renforcée, et participent plus activement aux soins. Cette interprétation résume bien également l'expérience que nous avons de ce type de patients en HPCD. Des études supplémentaires sont cependant nécessaires pour la confirmer ou l'invalider dans le contexte de l'HPCD aux urgences de l'hôpital général.

3. La place de l'HPCD dans le réseau de soins

L'un des enjeux forts en santé mentale concerne la cohérence du parcours de soins des patients au sein du réseau médical et social. Elle se pose dans le contexte d'une désinstitutionnalisation inachevée. Le réseau ambulatoire est présent et bien réparti sur le territoire mais ses moyens sont souvent insuffisants pour faire face à la pression des nouvelles demandes ou de celles parfois urgentes de patients déjà connus du secteur [15]. Quant au dispositif hospitalier, il en subit le contrecoup en se retrouvant saturé en amont comme en aval : il fait sortir des patients insuffisamment stabilisés pour pouvoir réintégrer des patients qui, faute d'un ambulatoire suffisamment développé, rechutent plus rapidement. Les urgences psychiatriques se sont progressivement retrouvées au centre de cette problématique en devant une véritable plaque tournante entre l'ambulatoire et l'hospitalier pour un nombre croissant de patients. L'HPCD est venue alors compléter le dispositif d'urgence psychiatrique, historiquement pour favoriser le maintien du patient dans la communauté. Nous avons pu discuter précédemment de l'intérêt clinique au sens psychiatrique et au sens de la crise de l'HPCD. Il convient à présent de prendre du recul et de s'intéresser à sa place au sein d'un dispositif élargi des urgences et du rôle qu'elle peut jouer entre l'hospitalier et l'ambulatoire.

A. Le lien avec l'hôpital psychiatrique

Si elle est parfois nécessaire, la décision d'hospitalisation en psychiatrie en réponse au désarroi d'une famille ou d'un médecin généraliste, ou à l'incapacité du patient de s'en sortir seul, est un moment à risque à la fois pour le patient et son entourage, mais aussi pour l'équipe de l'unité d'hospitalisation d'aval. Pour le patient et sa famille, elle risque de valider leur sentiment d'incompétence et de les rendre dépendant de l'institution. Pour l'équipe d'accueil, elle peut entraîner des difficultés à remobiliser l'entourage et le réseau au cours de la prise en charge et en conséquence une durée d'hospitalisation plus longue.

Ainsi, l'HPCD peut devenir, même quand l'indication d'une hospitalisation est évidente dès le premier entretien aux urgences, un espace permettant de profiter de temps de l'urgence pour mobiliser l'entourage et les intervenants, de prendre du recul pour négocier une hospitalisation en évitant de placer ces derniers en position d'incompétence et en leur faisant jouer un rôle actif dans la construction de ce projet. La triangulation thérapeutique entre le psychiatre des

urgences, le patient et sa famille, et l'équipe de l'unité d'accueil en est probablement l'un élément essentiel [26], rarement réalisé en pratique. Elle permet de délimiter les objectifs de l'hospitalisation, en expliquer les conditions, et désamorcer des attentes irréalistes de la part de l'entourage envers l'institution. Ainsi, elle contribue à maintenir ce dernier mobilisé pour préparer la suite de l'hospitalisation.

De manière intéressante, un lien inverse est évoqué par Bacchetta et al. concernant les CTB à Genève [40]. Ainsi, le transfert précoce vers un centre de crise pourrait permettre de raccourcir le séjour hospitalier du patient. Le rôle exact que pourrait jouer une HPCD dans ce lien inversé n'est cependant pas précisé.

B. L'articulation avec la consultation de post-urgence et le suivi ambulatoire

La consultation de post-urgence est un des maillons essentiel du service des urgences psychiatriques à l'hôpital de Rambouillet. De même que l'HPCD, son existence dans les dispositifs d'urgence psychiatriques dans les SAU en France n'est pas la règle générale. A Rambouillet, elle a été progressivement développée au point de bénéficier aujourd'hui d'un espace et de créneaux horaires dédiés. Concernant son articulation avec l'HPCD, elle représente la modalité de suivi immédiat principale (40%) des patients sortis d'HPCD pour un retour dans la communauté. Elle concerne également un grand nombre de patients consultant aux urgences et qui en bénéficient directement sans passer par l'HPCD.

Quel est son rôle ? Sert-elle à attendre un premier rendez-vous lointain ou la reprise d'un suivi préexistant en consultation de secteur au CMP ou en libéral ? Sert-elle à éviter une entrée dans l'institution psychiatrique ou au contraire de permettre l'émergence d'une demande de suivi à plus long terme de patients qui n'avaient pas eu besoin de suivi psychiatrique jusqu'à présent ? Permet-elle la poursuite d'un vrai travail de crise sur le modèle interaction-intervention de crise ?

Nous pensons que toutes ces propositions se vérifient en partie en fonction des situations. En examinant les facteurs associés avec l'orientation en consultation de post-urgence à la sortie d'HPCD, nous mettons en évidence une population de patients plutôt jeune, active professionnellement, entourée au plan familial, ayant consulté initialement dans un contexte de conflit, n'ayant jamais eu de suivi, et demandeuse d'aide. Ce dernier point traduit probablement la bonne alliance thérapeutique initialement créée dès le premier entretien et qui permet

justement au patient d'accepter de poursuivre le travail de crise entamé en HPCD. L'orientation à l'issue de la prise en charge en post-urgence montre que les patients sont orientés en grande partie vers un suivi sur le secteur (31,7%) ou en libéral (34,9%).

Les données présentées ici sur la consultation de post-urgences sont incomplètes puisqu'elles concernent uniquement les patients passés d'abord en HPCD et non ceux adressés directement par la voie des urgences. Il est donc difficile de tirer des conclusions définitives sur le rôle qu'elle joue dans l'articulation du réseau de soin. Une des hypothèses est qu'en permettant un suivi intensif à court terme de patients de profil non « psychiatrique », elle permet à l'aval et notamment au CMP de ne pas être submergés par des demandes de consultation qui, si elles peuvent avoir du sens au moment de la crise, n'en ont plus quelques semaines plus tard au moment du rendez-vous planifié qui n'est alors pas honoré. Aussi, si un suivi à plus long terme est nécessaire, le travail d'intervention de crise va permettre de faire émerger cette demande, et surtout préparer le terrain pour que la transition entre l'arrêt du suivi de post-urgence et le début du nouveau suivi puisse se faire. Là aussi le contact voire une triangulation thérapeutique avec le nouvel intervenant aura toute sa place. Ainsi, des recherches ont montré que le simple envoi à une consultation sans contact préliminaire échouait dans 90% des cas [65].

Ce travail du lien avec le réseau ambulatoire est essentiel pour que les patients ne soient pas perdus de vue au moment du passage de relai entre l'urgence, l'HPCD, la post-urgence, et le suivi de secteur ou libéral. A Rambouillet il est peut-être favorisé par le fait que l'équipe infirmière travaille à plein temps au service des urgences psychiatriques (incluant l'accueil, l'HPCD et la consultation de post-urgence), tandis qu'une majorité de psychiatres a un temps réparti entre le service des urgences et le CMP situé à proximité. Ainsi l'équipe infirmière est très impliquée dans la continuité entre HPCD et post-urgence, avec souvent une même infirmière qui reste référente tout au long du suivi de post-urgence. Les psychiatres participent eux plus fortement au lien entre le service des urgences et le CMP, pour les patients déjà connus du secteur mais aussi les nouvelles demandes de suivi. Il serait intéressant de pouvoir poursuivre des recherches sur l'impact qu'a cette consultation de post-urgence sur l'activité du CMP notamment concernant les premières demande de suivi pour lesquelles les délais sont souvent très longs dans beaucoup de CMP en France. Lorsque les rouages sont bien huilés entre la consultation de post-urgence et le CMP, une question conceptuelle se pose : faut-il lui faire dépasser son rôle habituel de « post-urgence » et attribuer également à cette consultation un véritable rôle de sas d'entrée pour le CMP ? Dans cette formule, elle aurait donc l'intérêt de répondre sans délai à la demande urgente et de permettre une prise en charge intense, de courte

durée, sans adressage ultérieur au CMP dans les situations ne nécessitant pas de suivi psychiatrique de longue durée. Cette articulation existe déjà dans d'autres lieux, où les CAP ou CAC servent parfois de lieu de passage obligé avant un éventuel suivi de plus long cours sur le CMP.

C. L'impact de la création d'une unité d'HPCD: aspects médico-économiques

La création d'une unité d'HPCD aux urgences du CHG de Rambouillet en 2005 a eu un impact qui va dans le sens de la désinstitutionnalisation avec une diminution supérieure à 50% en moyenne du nombre d'hospitalisations dans l'unité d'hospitalisation du secteur à partir des urgences psychiatriques sur la période 2007-2012 par rapport à la situation de 2002-2005 sans HPCD, venant confirmer de précédentes études [5-7,39,40]. Cependant, la création d'une telle unité a un coût financier en termes d'infrastructure et de moyens humains et matériels nécessaires à son fonctionnement. La question qui se pose alors est celle de son coût réel corrigé au sein du réseau de soin dont elle fait partie. Une littérature réduite suggère que le coût de programmes d'intervention de crise, certains incluant une HPCD, serait compensé par l'économie réalisée par la diminution des hospitalisations en psychiatrie engendrée par ceux-ci [10,66-68]. En particulier une étude réalisée par l'équipe de l'hôpital universitaire de Genève, montre même un impact économique positif quand l'HPCD à l'hôpital général est utilisée comme intervention après un geste suicidaire chez les patients présentant un trouble de personnalité borderline [10]. Il serait intéressant de réaliser une étude coût-efficacité pour évaluer l'impact économique réel de l'HPCD aux urgences du CHG de Rambouillet. On peut faire l'hypothèse que pour notre dispositif, la mutualisation des lits d'HPCD avec ceux liés aux urgences somatiques engendre des économies supplémentaires.

D. Les spécificités de l'HPCD à l'hôpital général

Le débat reste ouvert concernant la forme la plus adaptée au fonctionnement des unités d'HPCD. Les plus nombreuses en France restent les structures de type CAC ou CAP, situées au sein de la cité sous la forme d'une structure autonome, ou à l'hôpital psychiatrique. Une des

limites principales du travail présenté ici est qu'il concerne l'HPCD à l'hôpital général, au sein du département des urgences dans une unité de lits-porte mixte, psychiatrique et somatique. Il n'est donc pas représentatif de la situation française. En revanche, il n'est pas inconnu puisque ce dispositif particulier a été développé et étudié depuis de nombreuses années en Belgique [23]. Ainsi l'étude présentée ici nous donne l'occasion de discuter des intérêts et des inconvénients que peut présenter cette forme bien particulière de l'HPCD.

1) Un profil large de patients

Probablement l'intérêt majeur d'avoir la possibilité d'une hospitalisation temporaire dans le département des urgences d'un hôpital général est qu'une population la plus large possible puisse potentiellement en bénéficier. Trois principaux facteurs y contribuent :

- Premièrement, elle touche des patients déjà connus de la psychiatrie, mais aussi une grande part de patients n'ayant jamais consulté auparavant. Ainsi, 27,5% des patients bénéficiant d'une HPCD au CHG de Rambouillet n'ont jamais eu de suivi, et 48,2% n'en ont pas au moment de leur passage aux urgences. Ceci est expliqué en grande partie, nous l'avons vu, par l'intégration symbolique et socio-culturelle par la population du SAU à l'hôpital général comme lieu de toutes les urgences.
- Deuxièmement, la souffrance psychique n'est pas toujours désignée en tant que telle et s'exprime souvent en partie par le corps. La demande de soins passe alors par cet intermédiaire. Ainsi, pour 41,8% des patients ayant bénéficié d'une HPCD, la demande de consultation psychiatrique ne s'est pas faite initialement à leur demande ou celle de leur entourage, mais par celle du médecin urgentiste qui les a reçus dans un premier temps aux urgences.
- Enfin, dans notre expérience, un grand nombre de patients traversant une crise et qui nécessitent une hospitalisation temporaire (par exemple les patients suicidants), exprime clairement une demande d'aide, mais aussi le refus catégorique d'une hospitalisation en milieu psychiatrique, dont l'image reste souvent négative à leur yeux. L'HPCD au lits-portes du département des urgences permet une réponse plus souple et moins stigmatisante. Elle permet de rester en alliance avec le patient en respectant son souhait

de non-hospitalisation « psychiatrique » et en apportant des soins directement sur place pour le temps nécessaire.

En revanche, les lits portes des urgences à l'hôpital de Rambouillet, sont une unité ouverte, sans équipe psychiatrique la nuit directement sur place. Cela signifie que la surveillance des patients est réalisée par l'équipe des urgences somatiques avec cependant la possibilité de faire appel au groupe ERIC qui se vient sur place en cas de besoin. Ces contraintes matérielles nécessitent une bonne collaboration avec l'équipe des urgences, mais limitent cependant les indications d'HPCD (voir paragraphe indications), comparées à des structures plus spécialisées autonomes à l'extérieur comme les CAP ou CAC, ou à l'intérieur de l'hôpital général comme les unités d'hospitalisation fermées type U72 (Versailles) ou UITB (Genève). En revanche, une limite possible de ces structures est celui de la rupture de continuité si elles ne sont pas implantées à proximité immédiate des urgences et si la collaboration avec l'équipe du SAU n'est pas effective. Sur ce dernier point, même avec une équipe psychiatrique implantée au SAU, nous faisons l'expérience quotidienne que l'alliance avec l'équipe des urgences et la coordination des prises en charge avec nos collègues somaticiens requiert une attention constante. Si on l'accepte cependant, cette collaboration est source d'une grande richesse pour les deux équipes. Les patients en sont les premiers bénéficiaires.

2) Le travail avec l'équipe somatique : exemples cliniques

L'une des spécificités de l'HPCD dans l'unité des lits-portes mixtes des urgences du CHG de Rambouillet est que de fait, il existe une cohabitation des équipes psychiatriques et somatiques au sein de l'unité. Lorsqu'un état d'esprit d'équipe réel existe entre les deux équipes, le patient bénéficie d'une prise en charge intégrative. Nous montrons qu'au cours de leur passage, 71,8% des patients ont bénéficié d'une prise en charge somatique conjointe. En pratique, plusieurs types de situations peuvent se présenter. Nous donnons ici trois exemples représentatifs de notre pratique :

a) A partir d'une demande centrée sur le corps

- Le patient arrive aux urgences avec une demande initialement centrée sur le corps. Après avoir éliminé une pathologie organique, l'urgentiste l'adresse secondairement à l'équipe psychiatrique qui intervient comme avis spécialisé et qui, si l'indication existe, décide d'une HPCD. Dans ce cas de figure, l'équipe psychiatrique gère la prise en charge du patient au plan pratique. L'urgentiste responsable des lits-portes reste cependant un référent, il sera disponible en cas de besoin. Cette situation souligne un point d'articulation majeur entre les deux équipes : la détection d'une situation potentiellement psychiatrique par l'urgentiste. En particulier nous nous apercevons que certains patients utilisent de manière récurrente les urgences avec des demandes somatiques avant que l'équipe somatique ne déclenche, au bout d'un moment, une prise en charge psychiatrique. Nous pensons que c'est cette cohabitation, ces échanges informels (mais aussi les réunions de RMM, les formations) entre les deux équipes, la disponibilité immédiate de l'équipe psychiatrique sur place, qui favorisent l'adressage d'une situation potentiellement psychiatrique par l'équipe des urgences. Elle nécessite cependant un ajustement constant de cette relation pour que cette dernière ne se défausse pas sur l'équipe psychiatrique de la part de psychologie médicale inhérente à toute pratique thérapeutique.

-

b) A partir d'une demande psychiatrique

- Le patient arrive aux urgences avec une demande psychiatrique. Il s'agit par exemple d'un patient psychotique chronique arrivant de lui-même avec une symptomatologie anxieuse. Une HPCD est alors décidée par l'équipe psychiatrique qui est alors référente de la situation. Le lendemain, le patient va mieux, cependant l'équipe se rend compte que ce patient souffre potentiellement d'une pathologie somatique passée inaperçue la veille. Elle interpelle alors le collègue urgentiste responsable des lits-portes. Ce point est un élément essentiel dont va bénéficier le patient : en effet le médecin urgentiste prend en charge la partie somatique dans sa propre unité et a toute légitimité pour utiliser le plateau technique des urgences (bilan biologique, scanner, etc.) et demander des avis complémentaires spécialisés si nécessaire. Ce point n'est pas négligeable quand on sait

qu'une majorité de patients atteints de troubles psychiatriques développent une pathologie somatique comorbide, souvent ignorée et non suivie.

c) A partir d'une double problématique somatique et psychiatrique

- Le patient présente de manière évidente une double problématique somatique et psychiatrique. Nous reprendrons ici l'exemple de la personne âgée isolée qui se déprime : suite à une chute à domicile, elle est amenée aux urgences par les pompiers. Elle présente une rhabdomyolyse, un état de déshydratation avancé, et un syndrome dépressif caractérisé. La prise en charge conjointe aux lits-portes a alors toute sa place : du côté psychiatrique, il s'agira alors de profiter de l'urgence pour mobiliser l'entourage et débiter un travail de crise. Elle sera aussi le lieu de l'échange entre les équipes psychiatriques, somatiques et la patiente avec son entourage (famille, médecin généraliste) pour décider de la meilleure suite à donner à l'urgence.

3) Le risque d'assimilation à l'urgence médico-chirurgico-obstétricale

Une des limites de la psychiatrie aux urgences de l'hôpital général concerne le risque d'assimilation plutôt que d'intégration à l'urgence MCO. Comme le souligne Chaltiel, « l'indispensable collaboration avec les urgences générales doit être conçue en termes d'échanges dialectiques et non d'inféodation ou d'assimilation. C'est à cette condition que le secteur de psychiatrie peut exercer, à l'égard des soins généraux, une pédagogie subversive à l'encontre des tendances urgentistes à une automatisation ultra-technicisée, source de déshumanisation des pratiques soignantes et de stigmatisation des troubles psychiques, aggravant, à leur encontre, la tendance à la contrainte ou au rejet. » [69]. En effet la psychiatrie d'urgence et le travail de crise en particulier présente des spécificités qui la distinguent fortement de l'urgence MCO. Cette dernière privilégie la recherche du diagnostic et le traitement de sa cause selon une démarche linéaire extrêmement protocolisée. A l'inverse, le travail de l'urgence psychiatrique nécessite un temps plus long pour apaiser les symptômes, réunir les différents acteurs, établir une alliance minimale qui permettra d'engager des soins. Elle n'impose pas non plus de solution unique, définitive, de manière unilatérale mais s'attache à faire circuler la parole et trouver l'orientation qui bénéficiera d'un consensus minimal, tout

en gardant une position humble mais suffisamment protectrice pour le patient. L'HPCD au lits-portes est très représentative de ces différences du fait de la cohabitation des équipes somatique et psychiatrique (par exemple le temps d'HPCD est de 72h maximum, alors que pour les situations somatiques, il est de 12h renouvelable). Ces différences peuvent mener à des incompréhensions entre les équipes psychiatriques et somatiques. Un cadre de travail préalable tenant compte de ces différences et le dialogue permanent avec l'équipe somatique sont des conditions indispensables que les spécificités de la psychiatrie soient respectées et que la collaboration reste fructueuse entre les deux équipes.

CONCLUSION

Cette thèse s'est intéressée à l'hospitalisation psychiatrique de courte durée dans un contexte d'urgence. Elle existe en France sous des formes diverses depuis les années 1980, utilisée principalement dans le modèle de l'intervention de crise qui a accompagné le processus de désinstitutionalisation. Le travail présenté ici privilégie une approche quantitative qui ne rend évidemment pas compte de la richesse clinique et de la profondeur humaine qui existent dans un service d'urgence et dans le travail de crise.

A partir d'un échantillon de données collectées sur une période d'un an d'octobre 2011 à septembre 2012, nous avons mis en évidence des facteurs cliniques et socio-démographiques associés de manière significative ($p < 0,05$) au retour à domicile ou au contraire à l'hospitalisation psychiatrique suite à une prise en charge en HPCD. Certains de ces facteurs étaient déjà connus dans le contexte de la prise en charge des urgences psychiatriques en général (c'est-à-dire sans HPCD). Ce sont notamment la notion de conflit avec l'entourage sous-tendant la crise ($OR=0,41$) ou de diagnostic de trouble de la personnalité ($OR=0,31$), prédictifs d'un retour à domicile, mais aussi une demande de consultation émanant de l'entourage ($OR=2,89$), un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie ($OR=2,71$), prédictifs d'une hospitalisation en psychiatrie.

Le facteur le plus prédictif d'une hospitalisation concerne la demande initiale du patient ($OR=4,28$): nous avons constaté qu'une demande d'hospitalisation lors du premier entretien aux urgences était prédictive d'une hospitalisation en psychiatrie à l'issue de l'HPCD. Ce phénomène est en partie explicable par le profil social et clinique « fragile » de ces patients demandant directement l'hospitalisation. Il rend probablement en compte des facteurs liés aux caractéristiques de l'équipe soignante et souligne ainsi les améliorations que nous pouvons apporter dans notre pratique du travail de crise. Elles portent en particulier sur l'alliance et la renégociation de la demande avec le patient et son entourage.

Au plan clinique, nous confirmons l'intérêt d'une HPCD sur l'évolution symptomatologique des patients avec notamment une diminution de la proportion de diagnostics de troubles dépressifs ou psychotiques en fin de prise en charge.

Au plan quantitatif, il ressort que, dans le contexte particulier du service d'urgences d'un hôpital général, la création de lits d'HPCD en 2005 avait permis une diminution de plus de 50% du

nombre d'hospitalisations vers l'unité du secteur sur la période 2007-2012 comparée à la période 2002-2005. Nous avons montré que la grande majorité des hospitalisations en psychiatrie étaient décidées à l'issue d'une prise en charge par ce dispositif, véritable « filtre » permettant de travailler des solutions alternatives pour maintenir les patients dans la communauté. Par ailleurs, le taux d'hospitalisation en psychiatrie à partir du département des urgences pendant la période de l'étude était de 17,8%, largement inférieur à celui relevé dans des études précédentes où il dépasse souvent les 40% [25]. Cela reflète l'effet de l'ensemble des moyens disponibles du service des urgences psychiatriques du CHG de Rambouillet, c'est-à-dire non seulement l'HPCD, mais aussi la consultation de post-urgence et les liens avec l'ensemble du réseau ambulatoire de soins. Sans une intégration au sein d'un dispositif pensé au plan structurel, théorique et humain, l'HPCD montrerait ses limites : problèmes de compétence, burn-out des professionnels chargés du travail de crise, difficulté à trouver des solutions d'aval, entre autres. Il serait intéressant, dans de futures études, que le rôle de l'HPCD dans la réduction des hospitalisations en psychiatrie soit réévalué spécifiquement dans différents contextes en France en incluant une évaluation médico-économique (analyse coût-efficacité) pour confirmer son intérêt.

L'HPCD à l'hôpital général, au sein d'une unité de lits-portes partagés avec le somatique, représente une initiative encore rare en France. Elle existe cependant depuis plusieurs années à l'étranger et notamment à l'hôpital universitaire de Bruxelles où elle a été portée par De Clercq. Les résultats de notre étude suggèrent qu'elle peut avoir également sa place aujourd'hui en France. L'intérêt de ce modèle porte peut-être sur la position non stigmatisante de l'accueil psychiatrique à l'hôpital général, la volonté d'être en première ligne au plus près de l'urgence en accueillant une population la plus large possible, et la collaboration avec les collègues somaticiens dans les nombreuses situations où se mêlent le psychiatrique et le somatique. En particulier, une relation de travail constructive entre l'équipe psychiatrique et l'équipe somatique a le potentiel d'améliorer la prise en charge des patients aux urgences, notamment par un meilleur repérage des situations qui nécessiteraient une consultation psychiatrique voire un travail de crise en HPCD, mais aussi par une meilleure prise en charge somatique conjointe des patients étiquetés « psychiatriques ». Il existe cependant des limites à l'HPCD au sein d'une unité mixte aux urgences. Elle concerne le risque d'assimilation plutôt que d'intégration de la psychiatrie à l'urgence médico-chirurgico-obstétricale. En particulier, l'HPCD symbolise le passage du temps de l'urgence à celui de la crise : il reste donc plus étalé que celui des urgences somatiques, et la conduite à tenir, qui dépend du contexte, n'est le plus souvent pas

protocolisable. Ces différences peuvent mener à des incompréhensions voire des conflits entre les équipes psychiatriques et somatiques si les spécificités de la psychiatrie dans le contexte de l'urgence ne sont pas respectées et protégées.

Enfin, l'HPCD a également un rôle important à jouer, en lien avec le reste du dispositif et notamment la consultation de post-urgence, pour initier et promouvoir le suivi ambulatoire des patients souffrant de pathologies psychiatriques à partir des urgences, mais aussi éviter l'institution psychiatrique à des patients qui traversent une crise ponctuelle, en les accompagnant sur le court terme.

ANNEXES

1. Annexe 1 : Tableau des données sur 285 passages consécutifs en HPCD d'octobre 2011 à septembre 2012

Passages 1 à 100

# passage	# patient	age	sexe	MDV	SP	DAU	NHPCD	ODCP	EAHPCD	AHP	ASP	SPA	CS	IS	APVA	AS	SA	SD	SPSY	
1	1	38	1	1	1	1	30/09/2011	1	3	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2
2	2	21	2	1	1	1	03/10/2011	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2
3	3	39	2	1	1	1	04/10/2011	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1
4	4	71	1	2	1	1	05/10/2011	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
5	5	26	2	2	1	1	07/10/2011	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2
6	5	26	2	2	2	1	10/10/2011	3	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2
7	6	46	1	2	2	2	08/10/2011	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1
8	7	26	2	2	1	1	08/10/2011	0	3	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2
9	2	21	2	1	1	1	11/10/2011	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2
10	8	41	2	2	1	1	10/10/2011	1	3	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2
11	9	51	2	2	1	1	14/10/2011	1	4	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2
12	10	31	2	1	2	1	18/10/2011	0	4	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2
13	11	49	2	2	2	1	17/10/2011	2	3	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2
14	12	68	2	2	2	5	18/10/2011	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2
15	13	56	2	1	2	2	22/10/2011	2	4	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2
16	14	17	1	2	3	1	24/10/2011	2	3	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1
17	15	62	1	1	2	2	25/10/2011	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1
18	16	54	2	1	1	1	26/10/2011	3	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2
19	17	74	1	2	5	1	27/10/2011	1	3	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2
20	18	42	2	1	1	1	27/10/2011	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
21	19	54	2	2	1	1	09/11/2011	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2
22	20	39	1	1	2	1	04/11/2011	1	4	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2
23	21	27	2	1	2	1	04/11/2011	3	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2
24	22	25	2	2	2	1	05/11/2011	2	4	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1
25	23	65	2	2	2	5	05/11/2011	2	3	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2
26	24	20	1	2	3	1	07/11/2011	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2
27	25	79	2	4	2	5	07/11/2011	3	4	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1
28	26	43	2	2	1	1	10/11/2011	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2
29	27	47	2	1	1	1	18/11/2011	2	4	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1
30	28	59	2	1	1	1	21/11/2011	4	3	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2
31	29	19	1	2	3	1	21/11/2011	1	4	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2
32	30	38	2	2	2	2	22/11/2011	3	3	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2
33	31	22	2	1	1	1	23/11/2011	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	1	1	2
34	32	60	2	2	2	5	23/11/2011	3	4	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2
35	33	58	2	2	1	1	24/11/2011	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2
36	34	36	1	2	1	1	23/11/2011	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2
37	35	59	2	2	5	1	24/11/2011	2	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2
38	36	22	2	2	3	1	25/11/2011	2	3	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2
39	37	39	1	1	1	1	27/11/2011	2	3	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2
40	38	30	1	1	1	1	29/11/2011	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1
41	39	17	1	2	1	1	28/11/2011	4	3	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2
42	40	44	1	1	4	2	30/11/2011	2	4	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2
43	41	80	1	2	5	1	04/12/2011	2	3	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2
44	42	45	1	2	1	1	05/12/2011	2	4	1	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2
45	43	50	1	2	1	1	10/12/2011	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2
46	44	17	2	2	2	1	14/12/2011	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2
47	45	19	2	2	3	1	15/12/2011	2	3	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2
48	46	51	1	4	2	1	15/12/2011	1	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2
49	47	38	1	1	2	1	15/12/2011	4	4	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2
50	48	49	1	1	1	1	17/12/2011	4	3	1	2	2	2	2	1	2	1	1	1	2
51	49	49	2	2	2	2	19/12/2011	0	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1
52	50	64	1	2	5	1	19/12/2011	1	4	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
53	51	62	2	1	5	1	18/12/2011	3	3	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1
54	52	41	1	2	1	1	22/12/2011	1	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2
55	53	46	1	1	1	1	22/12/2011	1	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2
56	54	20	1	2	1	1	23/12/2011	1	3	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2
57	55	50	2	2	2	2	28/12/2011	1	4	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2
58	6	46	1	2	2	2	29/12/2011	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2
59	56	38	2	2	2	1	01/01/2012	3	3	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2
60	57	46	2	2	2	1	01/01/2012	1	3	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2
61	58	63	1	1	2	5	03/01/2012	3	4	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	2
62	59	57	2	2	1	1	02/01/2012	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	2	1	2
63	60	37	1	2	2	2	03/01/2012	2	4	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2
64	61	34	2	2	1	1	03/01/2012	1	3	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2
65	62	97	2	4	5	1	04/01/2012	1	4	1	3	3	2	1	1	2	2	1	1	2
66	63	38	2	2	1	1	07/01/2012	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	2
67	64	59	2	2	2	2	10/01/2012	1	3	1	1	1	1	2	2	1	2	1	2	2
68	65	51	1	2	1	1	15/01/2012	0	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1
69	66	23	2	1	2	1	16/01/2012	3	4	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2
70	67	46	1	2	1	1	16/01/2012	1	3	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2
71	68	31	2	1	1	1	19/01/2012	3	3	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	2
72	69	60	2	2	5	1	20/01/2012	4	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2
73	70	22	2	2	3	1	20/01/2012	2	3	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2
74	71	58	1	2	5	1	21/01/2012	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2
75	72	53	2	2	1	1	22/01/2012	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2
76	73	17	1	2	3	1	23/01/2012	0	3	1	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2
77	74	22	1	2	3	1	24/01/2012	1	3	1	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2
78	75	62	1	1	5	1	27/01/2012	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1
79	76	21	2	1	3	1	28/01/2012	0	3	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2
80	77	30	2	2	1	1	30/01/2012	0	1	1	3	1	2	1	1	2	2	1	1	2
81	78	44	2	1	1	1	29/01/2012	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2
82	76	44	2	1	1	1	30/01/2012	1	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2
83	77	17	2	4	3	1	29/01/2012	5	3	1	2	2	2	1	2	1	2	1	2	2
84	78	16	1	2	3	1	31/01/2012	3	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2
85	79	1																		

Passages 1 à 100 (suite)

# passage	# patient	PS	TC	FS	TP	TDB	TA	TTS	TUSA	TPE	TSS	AD	COM	DAD	DAI	CE	CG	CPP	NP	NI	PECS	OS
1	1	1	2	1	3	1	3	3	2	3	3	3	1	2	4	1	2	2	2	2	1	7
2	2	2	2	1	3	3	3	1	3	2	3	3	1	2	3	1	2	1	1	1	1	8
3	3	1	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	1	2	2	5
4	4	1	2	1	3	3	3	1	2	3	3	3	1	2	3	1	1	2	2	3	1	8
5	5	2	2	6	3	1	2	3	3	3	3	3	1	2	4	1	2	2	2	3	1	8
6	5	1	2	6	3	1	2	3	3	3	3	3	1	2	4	1	2	2	1	5	2	3
7	6	2	2	6	1	2	2	3	3	3	3	3	1	2	4	2	2	2	1	3	2	1
8	7	2	2	5	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	1	1	1	1
9	2	2	2	1	3	3	3	1	3	2	3	3	1	2	2	1	2	1	2	2	2	6
10	8	2	2	1	3	3	3	1	3	2	3	3	1	2	3	1	2	2	1	1	1	6
11	9	1	2	3	3	1	2	3	3	3	2	3	1	2	3	1	1	2	2	3	1	5
12	10	2	2	5	3	3	2	1	3	3	3	3	1	2	4	2	2	1	1	2	2	5
13	11	1	2	5	3	1	3	3	2	3	3	3	2	2	3	1	1	2	1	2	1	7
14	12	1	2	5	3	1	2	3	3	3	3	3	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1
15	13	2	2	3	3	1	3	3	2	3	3	3	1	2	2	2	2	1	1	3	1	7
16	14	2	2	6	1	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	2	2	1	1	1	1
17	15	2	2	6	1	3	3	3	2	3	3	3	1	2	3	1	2	2	2	2	2	2
18	16	2	2	6	3	1	2	3	3	3	3	3	1	2	2	1	2	2	3	4	1	3
19	17	1	2	5	3	1	3	3	2	3	2	3	1	2	3	1	1	2	2	1	1	8
20	18	1	2	4	3	1	3	3	2	3	2	3	1	2	3	2	1	2	2	2	2	5
21	19	2	2	1	3	3	3	1	2	3	3	3	1	2	1	1	2	1	2	2	1	8
22	20	2	2	5	3	3	3	1	2	3	3	3	1	2	3	1	2	1	1	2	2	2
23	21	2	2	1	3	1	3	3	2	3	3	2	1	2	2	1	1	2	2	4	1	4
24	22	2	2	4	1	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	1	2	2	3	1	1
25	23	1	2	1	3	3	3	1	2	2	3	3	1	2	3	1	2	2	2	1	1	1
26	24	2	2	5	3	1	3	3	3	2	3	3	1	2	2	1	2	2	1	1	2	7
27	25	2	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	1	2	1	3	1	2
28	26	2	2	6	3	1	2	3	3	3	3	3	1	2	4	2	2	2	2	2	2	5
29	27	1	2	6	1	2	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	2	2	1	3	1	7
30	28	1	2	2	3	3	3	1	3	2	3	3	1	2	4	1	1	2	2	4	1	3
31	29	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	2	2	1	1	2	7
32	30	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	2	1	7
33	31	2	2	6	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	1	2	2	8
34	32	1	2	5	3	1	2	3	3	2	3	3	1	2	2	1	2	1	2	3	1	3
35	33	1	2	4	3	1	2	3	3	2	3	3	1	2	3	1	1	2	2	4	1	7
36	34	2	2	5	3	1	3	3	2	3	3	3	1	2	2	3	2	1	2	4	1	5
37	35	2	2	1	3	3	3	1	3	2	3	3	1	2	3	2	2	1	1	2	2	1
38	36	2	2	4	3	1	3	3	3	3	3	2	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2
39	37	2	2	5	3	3	3	1	2	3	3	3	1	2	3	1	2	1	1	1	1	7
40	38	2	2	1	3	3	3	3	2	3	3	3	1	2	2	1	1	2	4	2	1	5
41	39	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	1	2	2	1	5	8
42	40	2	2	5	3	3	3	1	2	2	3	3	1	2	4	1	2	2	2	2	1	7
43	41	1	1	5	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	1	1	2	1	2	1	5
44	42	1	2	1	3	1	3	3	2	3	2	3	1	2	4	1	2	2	1	2	2	7
45	43	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	3	1	1
46	44	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	4	1	1	2	1	3	2	8
47	45	2	2	1	3	3	3	1	2	3	2	2	1	2	2	1	2	2	1	3	1	3
48	46	1	2	6	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	1	1	1	1	5
49	47	1	2	5	3	1	3	3	2	3	3	3	1	2	1	1	2	1	1	2	3	1
50	48	2	2	1	3	1	3	3	2	3	3	3	1	2	3	1	2	2	2	3	1	1
51	49	2	2	6	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2
52	50	2	1	1	3	3	2	1	3	3	3	3	1	2	3	1	2	1	1	1	1	6
53	51	2	2	5	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	1	2	2	1
54	52	2	2	2	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2
55	53	2	2	5	3	3	3	1	2	3	3	3	1	2	3	2	2	2	2	2	1	2
56	54	2	2	1	3	3	3	1	2	3	3	3	1	2	3	1	2	2	1	1	1	8
57	55	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	1	2	4	2	2	1	1	2	3	2
58	6	1	2	6	3	3	1	3	3	2	2	3	1	2	2	1	2	2	2	3	2	7
59	56	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	1	3	1	7
60	57	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	2	2	2	1	1	8
61	58	2	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	2	2	1	3	1	1
62	59	2	2	5	3	1	3	3	3	2	3	3	1	2	1	1	2	2	1	1	1	6
63	60	2	2	5	3	1	2	3	3	3	3	3	1	2	2	1	1	2	2	1	2	3
64	61	2	2	4	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	2	2	2	2	1	8
65	62	2	2	5	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	1	1	2	1	2	1	7
66	63	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	4	2	2	2	1	2	2	7
67	64	1	2	5	3	3	3	3	2	2	1	3	1	2	3	2	2	1	1	2	1	6
68	65	2	2	6	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	2	2	2	2	1	1
69	66	2	2	2	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	2	1	2	2	2	5
70	67	2	2	4	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	2	1	2	1	5
71	68	2	2	1	3	3	2	1	3	3	3	3	1	2	3	1	1	2	1	3	1	8
72	69	2	1	1	3	3	3	1	2	3	3	3	1	2	3	1	1	2	2	2	1	3
73	70	2	2	1	3	3	2	1	3	2	3	3	1	2	3	1	2	2	1	1	1	8
74	71	2	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	1	1	1	5
75	71	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	1	1	2	2	2	8
76	72	2	2	6	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	1	2	1	1	3
77	73	2	2	6	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	2	2	1	0	2	1	5
78	74	2	2	6	1	3	3	3	2	3	3	3	1	2	2	1	2	1	1	2	2	1
79	74	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	1	1	2	1	7
80	75	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	2	2	1	2	1	8
81	76	2	2	5	3	1	3	3	3	2	3	3	1	2	3	1	2	2	1	1	1	7
82	76	2	2	5	3	1	3	3	3	2	3	3	1	2	2	2	2	1	2	2	2	7
83	77	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	5	1	8
84	78	2	2	5	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1</						

Passages 101 à 200

# passage	# patient	age	sexe	MDV	SP	DAU	NHPCD	ODCP	EAHPCD	AHP	ASP	SPA	CS	IS	APVA	AS	SA	SD	SPSY
101	93	19	1	2	3	20/02/2012	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2
102	94	48	2	2	2	18/02/2012	2	2	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	1
103	95	46	1	2	1	19/02/2012	1	3	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2
104	96	47	2	2	2	22/02/2012	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2
105	97	32	1	2	1	22/02/2012	3	4	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2
106	98	26	2	2	1	23/02/2012	1	4	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2
107	99	48	1	2	1	27/02/2012	3	3	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2
108	100	81	1	4	5	27/02/2012	3	4	1	2	2	1	2	1	2	2	1	1	2
109	101	39	1	1	2	27/02/2012	2	4	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2
110	102	48	2	2	1	29/02/2012	1	3	1	2	1	2	2	1	2	1	1	1	2
111	103	28	2	2	1	03/03/2012	1	3	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
112	104	63	2	2	5	03/03/2012	2	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2
113	105	40	2	2	1	04/03/2012	4	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2
114	106	26	2	1	3	06/03/2012	3	4	1	3	1	1	2	1	2	2	1	1	2
115	107	22	2	2	1	07/03/2012	3	3	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2
116	108	61	1	2	5	09/03/2012	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2
117	109	43	2	2	1	09/03/2012	2	3	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	2
118	110	38	1	1	2	10/03/2012	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1
119	111	17	1	2	3	12/03/2012	0	4	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2
120	112	32	1	2	2	12/03/2012	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
121	113	44	2	2	1	17/03/2012	4	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	1
122	114	42	2	2	2	16/03/2012	2	3	1	3	1	1	1	1	2	2	1	1	2
123	115	38	1	2	3	19/03/2012	1	4	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2
124	116	17	1	2	3	20/03/2012	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2
125	115	28	2	1	2	23/03/2012	3	4	1	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2
126	117	36	1	2	2	24/03/2012	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2
127	118	52	2	2	1	25/03/2012	1	3	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	1
128	119	32	2	2	1	26/03/2012	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2
129	120	27	1	2	2	26/03/2012	1	3	1	3	1	1	1	1	2	2	1	1	2
130	121	49	1	1	1	27/03/2012	1	4	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2
131	122	64	2	1	1	29/03/2012	1	3	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2
132	123	40	2	2	1	04/04/2012	3	4	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	2
133	124	38	1	2	2	08/04/2012	2	3	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	2
134	125	39	1	2	1	10/04/2012	1	3	1	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2
135	126	85	2	4	5	09/04/2012	2	3	1	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2
136	127	23	2	2	2	11/04/2012	1	2	1	3	1	1	1	1	1	2	2	1	2
137	128	51	1	1	1	12/04/2012	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2
138	129	93	1	2	5	12/04/2012	2	4	1	2	1	1	1	1	2	1	2	1	2
139	130	62	2	1	1	13/04/2012	2	4	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2
140	131	46	2	2	1	13/04/2012	2	3	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2
141	83	80	2	2	5	17/04/2012	0	4	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1
142	132	51	2	2	1	17/04/2012	3	4	2	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2
143	133	23	2	2	2	19/04/2012	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2
144	83	80	2	2	5	20/04/2012	1	4	1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2
145	134	83	2	1	5	19/04/2012	2	4	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1
146	135	74	2	1	5	21/04/2012	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2
147	76	45	2	1	1	25/04/2012	2	1	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2
148	136	73	2	2	5	25/04/2012	5	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2
149	137	25	2	1	1	27/04/2012	1	3	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2
150	138	38	2	2	1	27/04/2012	3	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2
151	139	58	1	2	1	28/04/2012	0	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2
152	140	35	2	1	1	29/04/2012	1	4	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2
153	141	70	2	1	5	01/05/2012	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1
154	142	66	1	2	5	02/05/2012	1	3	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2
155	143	19	2	2	3	02/05/2012	1	3	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2
156	144	56	1	4	2	03/05/2012	1	4	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2
157	145	27	1	2	1	04/05/2012	1	4	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2
158	146	22	1	2	1	05/05/2012	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2	1	2
159	147	21	1	1	1	05/05/2012	3	3	2	2	1	2	1	1	2	2	1	1	2
160	148	44	1	1	1	08/05/2012	1	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	1	2
161	149	24	2	2	2	09/05/2012	1	3	1	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2
162	150	46	1	1	1	10/05/2012	3	4	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2
163	151	51	2	2	1	12/05/2012	2	3	1	2	2	2	1	1	2	1	1	1	2
164	152	38	2	2	1	12/05/2012	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
165	153	45	2	2	1	15/05/2012	2	3	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2
166	154	32	1	2	1	15/02/2012	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2
167	155	18	1	2	3	16/05/2012	1	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1
168	82	28	2	1	1	18/05/2012	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1
169	156	20	2	2	1	18/05/2012	2	3	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
170	157	28	1	1	1	21/05/2012	0	2	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1
171	158	47	2	2	1	21/05/2012	2	3	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2
172	159	17	2	2	2	24/05/2012	2	3	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2
173	160	49	2	2	1	30/05/2012	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2
174	161	30	1	1	2	31/05/2012	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1
175	162	37	2	2	1	31/05/2012	4	3	1	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2
176	163	20	1	2	3	04/06/2012	1	4	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2
177	165	51	2	2	1	06/06/2012	2	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1
178	165	45	2	2	1	06/06/2012	2	4	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2
179	166	20	2	2	3	06/06/2012	2	3	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2
180	167	46	2	2	1	08/06/2012	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2
181	168	59	2	2	7	09/06/2012	3	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2
182	169	52	2	1	1	10/06/2012	1	3	1	3	1	2	2	1	2	1	2	1	2
183	170	22	2	4	1	11/06/2012	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
184	171	17	1	2	3	11/06/2012	3	4	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2
185	172	17	2	2	3	11/06/2012	3	3	1	3	3	2	1	1	2	2	1	1	2
186	173	30	1	1	2	13/06/2012	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1
187	28	60	2	1	5	15/06/2012	3	4	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2
188	96	48	2	2	2	15/06													

Passages 101 à 200 (suite)

# passage	# patient	PS	TC	FS	TP	TDB	TA	TTS	TUSA	TPE	TSS	AD	COM	DAD	DAI	CE	CG	CPP	NP	NI	PECS	OS	
101	93	2	2	4	3	1	3	3	2	3	3	3	3	1	2	3	1	2	2	1	2	1	7
102	94	1	2	6	3	1	3	3	3	3	2	3	1	1	1	1	1	2	2	3	1	3	3
103	95	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	3
104	96	2	2	1	3	1	2	3	2	3	3	3	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	3
105	97	2	2	4	3	3	2	1	3	2	3	3	1	1	2	3	1	1	2	2	3	2	3
106	98	2	2	4	3	1	2	3	3	2	3	3	3	1	2	4	1	2	1	1	1	2	3
107	99	2	2	1	3	1	3	3	3	2	3	3	3	1	2	1	1	2	2	1	1	1	3
108	100	2	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	1	1	1	1	2	4
109	101	1	2	5	3	3	3	1	2	3	3	3	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1
110	102	2	2	1	3	3	3	1	3	2	3	3	1	1	2	4	1	2	1	1	1	1	7
111	103	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	2	2	1	1	1	3
112	104	2	2	5	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	1	2	1	1	1	3	1	1
113	105	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	3
114	106	2	2	6	3	1	3	3	3	2	3	3	1	1	2	2	1	1	2	2	4	2	3
115	107	2	2	1	3	1	3	3	3	2	3	3	1	2	4	1	2	2	2	3	1	1	3
116	108	2	2	6	3	1	3	3	3	3	3	3	1	1	2	4	1	2	2	1	3	1	3
117	109	2	2	1	3	1	2	3	3	3	3	3	1	1	2	4	1	2	2	2	2	1	7
118	110	2	2	1	3	3	1	2	3	3	3	3	1	2	3	1	2	2	2	2	3	2	3
119	111	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	1	1	2	1	1	1	2	3
120	112	2	2	5	3	3	3	1	2	2	2	3	1	1	2	3	1	2	1	1	2	1	7
121	113	2	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	1	1	2	1	4	2	3
122	114	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	1	1	1	1	6
123	115	2	2	4	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	1	1	2	1	2	1	3
124	78	2	2	4	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	4	1	2	1	2	2	2	7
125	116	2	2	5	3	3	3	1	2	2	3	3	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	3
126	117	2	2	5	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1
127	118	2	2	1	3	3	3	1	1	3	3	3	1	1	2	4	1	2	2	1	1	1	3
128	119	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	7
129	120	2	2	1	3	3	3	1	2	3	3	2	3	1	2	3	1	2	2	1	2	1	3
130	121	2	2	5	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	4
131	122	2	2	6	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	2	2	1	1	1	1	4
132	123	1	2	5	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	3	3	1	1	5
133	124	2	2	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	4	1	1
134	125	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	1	1	2	3	1	2	2	2	2	1	3
135	126	1	2	5	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	1	2	1	4
136	127	2	2	6	3	1	2	3	3	3	3	2	1	1	2	3	1	2	1	1	1	1	6
137	128	2	2	1	3	3	3	1	2	3	3	3	1	1	2	2	1	2	2	1	2	1	1
138	129	1	2	6	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	2	2	1	3	1	1	3
139	130	1	2	6	3	3	3	1	3	2	2	3	1	1	2	2	2	2	1	3	1	1	5
140	131	2	2	1	3	3	3	1	2	2	3	3	1	1	2	2	1	2	2	1	3	1	2
141	83	2	2	1	3	3	1	3	3	2	2	3	2	1	2	3	1	1	2	1	1	1	3
142	132	1	2	4	3	1	3	3	3	3	3	3	1	1	2	3	1	2	2	1	1	1	3
143	133	2	2	6	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	3
144	83	2	2	1	3	3	3	3	2	2	3	2	1	1	2	1	1	2	2	1	2	1	2
145	134	2	2	6	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2
146	135	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	3
147	76	2	2	6	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	3
148	136	2	2	5	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	1	2	3	4	1	1	4
149	137	2	2	4	3	3	3	1	3	3	3	3	1	1	2	3	1	2	2	1	2	1	3
150	138	2	2	1	3	3	3	1	2	3	3	3	1	1	2	3	1	2	2	1	3	1	3
151	139	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	2	4	2	2	2	1	1	1	3
152	140	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	4	2	2	1	1	1	1	3
153	141	2	2	1	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	3
154	142	1	2	6	3	1	3	3	3	3	3	3	1	1	2	4	1	2	2	2	2	1	4
155	143	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	2	2	1	7
156	144	1	2	5	3	3	3	1	2	3	3	3	1	1	2	4	1	1	1	2	1	1	4
157	145	2	2	5	3	3	2	1	3	3	3	3	1	2	4	1	2	1	2	3	2	3	3
158	146	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	6
159	147	2	2	6	3	1	2	3	2	3	3	3	2	1	2	3	1	2	2	2	3	1	7
160	148	2	2	1	3	1	3	3	2	3	3	3	1	1	2	3	1	2	2	2	3	2	3
161	149	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	1	3	1	1	6
162	150	2	2	5	3	1	3	3	2	2	3	3	2	2	4	2	2	2	2	1	2	1	4
163	151	2	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	3	1	1	3
164	152	1	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	1	3
165	153	2	2	4	3	3	3	1	2	3	3	3	1	1	2	3	1	2	2	3	3	1	5
166	154	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	1	2	2	3
167	155	2	2	4	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	2	2	2	2	2	1	7
168	82	1	2	6	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	2	1	1	7
169	156	2	2	1	3	3	2	1	3	2	3	3	1	1	2	3	1	2	1	2	1	1	3
170	157	1	2	6	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	3	1	1	1	1	7
171	158	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	1	2	1	1	3
172	159	2	2	1	3	3	3	1	2	3	3	3	1	1	2	3	1	2	2	2	2	1	7
173	160	2	2	1	3	3	3	1	2	2	3	3	1	1	2	4	1	1	2	2	4	2	5
174	161	2	2	5	1	3	3	3	2	3	3	3	1	1	2	2	2	2	1	2	3	2	7
175	162	2	2	4	3	1	3	3	2	2	3	3	1	1	2	3	1	1	2	2	3	1	3
176	163	2	2	6	3	3	3	1	2	2	3	3	1	1	2	4	1	2	1	1	1	2	6
177	165	2	2	6	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	1	2	1	2	1	1	3
178	165	2	2	1	3	1	2	3	3	3	3	3	1	1	2	4	1	2	1	2	3	2	7
179	166	2	2	1	3	3	3	1	3	2	3	3	1	1	2	4	1	2	2	1	3	1	7
180	167	2	2	1	3																		

Passages 201 à 285

# passage	# patient	age	sexe	MDV	SP	DAU	NJHPCD	ODCP	EAHPCD	AHP	ASP	SPA	CS	IS	APVA	AS	SA	SD	SPSY		
201	183	59	2	2	1	2	25/06/2012	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1	
202	184	31	2	2	2	2	27/06/2012	5	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	2	
203	185	26	2	2	2	1	28/06/2012	1	3	1	3	1	1	1	1	2	2	2	2	2	
204	186	59	2	2	2	5	29/06/2012	3	3	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	
205	135	74	2	2	2	5	29/06/2012	4	4	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	2	
206	187	34	2	2	2	1	01/07/2012	1	3	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	
207	96	48	2	2	2	2	01/07/2012	4	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	
208	188	32	2	2	2	1	03/07/2012	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	
209	189	55	2	2	2	2	04/07/2012	1	3	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	2	
210	120	46	2	2	2	2	05/07/2012	1	3	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	
211	191	38	2	2	2	1	05/07/2012	4	3	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	
212	192	39	2	2	2	1	07/07/2012	1	3	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	2
213	181	59	2	2	2	2	09/07/2012	2	4	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	
214	193	57	1	2	2	2	09/07/2012	1	4	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	
215	194	20	1	2	3	3	09/07/2012	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	1	2	1	
216	195	47	1	1	2	2	09/07/2012	1	4	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	
217	196	41	2	2	2	2	09/07/2012	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	
218	197	16	1	2	3	3	12/07/2012	2	4	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	
219	198	39	1	1	2	2	13/07/2012	4	4	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	2	
220	199	27	2	2	2	1	16/07/2012	1	4	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	
221	200	53	2	2	6	6	15/07/2012	4	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	
222	201	61	1	2	1	2	16/07/2012	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	
223	202	49	1	2	2	1	18/07/2012	3	4	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	1	
224	203	56	2	2	2	2	19/07/2012	1	4	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	
225	204	40	1	2	2	2	21/07/2012	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	
226	205	17	2	2	3	3	21/07/2012	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	
227	121	49	1	1	2	1	25/07/2012	2	4	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	
228	206	45	2	2	1	2	24/07/2012	3	3	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	
229	207	50	1	2	1	2	25/07/2012	1	3	1	3	3	2	1	1	2	2	2	1	2	
230	208	37	2	2	2	2	26/07/2012	4	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	
231	209	60	1	2	1	2	27/07/2012	1	4	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	
232	210	47	1	2	2	1	30/07/2012	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	
233	211	86	2	1	5	5	30/07/2012	2	3	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	
234	212	38	1	1	1	1	02/08/2012	3	3	1	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2	
235	213	55	2	2	2	2	04/08/2012	1	3	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	
236	214	27	1	1	2	2	03/08/2012	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	1	2	2	
237	215	45	2	2	2	2	05/08/2012	3	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	2	
238	216	69	1	2	1	2	1	05/08/2012	3	4	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	
239	217	71	2	2	2	2	05/08/2012	3	3	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	
240	218	40	2	2	2	1	06/08/2012	1	4	2	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	
241	219	46	2	2	2	1	07/08/2012	3	3	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	
242	220	30	1	1	1	1	07/08/2012	2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	
243	221	94	2	1	5	5	11/08/2012	3	4	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	
244	222	27	1	4	1	1	14/08/2012	1	4	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	2	
245	223	33	2	2	2	1	14/08/2012	3	4	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	
246	224	40	2	2	2	1	15/08/2012	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	2	1	
247	225	49	1	1	2	2	19/08/2012	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	
248	226	66	2	1	1	1	19/08/2012	2	3	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	
249	227	66	2	2	2	5	20/08/2012	2	3	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	
250	228	58	2	1	2	2	21/08/2012	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	
251	229	36	2	2	2	2	22/08/2012	2	3	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	2	
252	143	18	2	2	3	3	23/08/2012	2	3	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	
253	230	53	1	1	2	1	24/08/2012	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	
254	231	60	2	2	5	5	25/08/2012	0	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	
255	232	37	1	1	1	1	25/08/2012	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	1	1	1	
256	233	20	1	2	1	2	26/08/2012	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	
257	217	71	2	2	2	5	27/08/2012	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	
258	215	45	2	2	2	1	27/08/2012	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	
259	170	22	2	3	1	1	30/08/2012	3	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	1	
260	234	20	2	2	2	3	30/08/2012	1	1	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	2	
261	234	20	2	2	2	3	31/08/2012	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	
262	235	27	2	2	2	2	30/08/2012	2	3	1	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	
263	236	63	2	2	2	5	03/09/2012	3	4	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	
264	223	33	2	2	1	1	04/09/2012	1	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	1	1	
265	227	30	2	1	1	1	05/09/2012	1	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2	
266	238	66	2	1	5	5	06/09/2012	5	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	
267	239	47	1	2	1	2	06/09/2012	3	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	
268	240	19	1	2	1	1	10/09/2012	1	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	
269	170	22	2	4	1	1	11/09/2012	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	
270	241	86	2	1	5	5	11/09/2012	1	3	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	
271	242	20	2	4	1	1	12/09/2012	2	4	2	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	
272	243	17	1	2	2	3	13/09/2012	4	2	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	
273	244	48	1	1	1	1	15/09/2012	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	2	
274	245	54	1	2	2	2	15/09/2012	3	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	
275	246	34	2	2	2	1	17/09/2012	4	4	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	
276	247	54	2	2	2	1	18/09/2012	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	
277	248	22	2	2	1	1	17/09/2012	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	2	
278	249	16	2	2	3	3	20/09/2012	4	4	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	
279	250	46	2	2	2	1	20/09/2012	1	3	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	
280	251	92	2	4	5	5	20/09/2012	4	4	1	2	1	2	2	1	2	2	1	2	1	
281	252	47	2	2	2	2	21/09/2012	1	3	1	1	1	1	2	2	2	2	1	2	2	
282	233	20	1	2	1	2	26/09/2012	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	
283	253	37	2	2	1	2	27/09/2012	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2	1	1	2	
284	254	50	2	2	1	2	27/09/2012	1	3	1	1										

Passages 201 à 285 (suite)

# passage	# patient	PS	TC	FS	TP	TDB	TA	TTS	TUSA	TPE	TSS	AD	COM	DAD	DAI	CE	CG	CPP	NP	NI	PECS	OS	
201	183	2	1	6	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2	1	2	3	1	4
202	184	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2	1	3	4	2	7
203	185	2	2	1	3	3	3	1	2	3	3	3	3	1	2	3	1	2	2	1	3	1	8
204	186	2	2	1	3	1	3	3	2	2	3	3	3	1	2	2	1	2	2	3	2	1	3
205	185	2	2	5	3	1	2	3	3	3	3	3	3	1	2	1	1	2	2	3	4	2	3
206	187	2	2	1	3	3	3	1	2	2	3	3	3	1	2	1	1	2	2	1	2	1	8
207	186	1	2	1	3	3	3	1	2	3	2	3	3	1	2	2	1	2	1	1	4	1	7
208	188	2	2	5	3	1	2	3	3	3	3	3	3	1	2	2	1	2	1	2	3	1	7
209	189	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	1	1	2	2	1	6
210	120	1	2	1	3	3	1	3	3	2	2	3	3	1	2	3	1	2	3	1	2	1	7
211	191	2	1	1	3	3	1	3	3	2	3	3	3	1	2	1	1	2	2	3	4	1	5
212	192	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	1	1	1	5
213	181	2	2	6	1	3	2	3	2	2	3	3	3	1	2	2	2	2	1	1	1	2	3
214	193	2	2	6	3	1	2	3	2	3	3	3	3	1	2	4	1	1	2	1	1	1	3
215	194	2	2	6	1	3	3	3	2	3	3	3	3	1	2	3	1	2	2	1	2	1	2
216	195	2	2	5	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	2	1	7
217	196	2	2	5	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	2	2	5
218	197	1	2	6	1	3	3	3	3	3	2	3	3	1	2	4	1	2	2	1	2	2	1
219	198	1	2	1	3	3	3	1	2	2	3	3	3	1	2	2	1	2	4	3	2	3	
220	199	2	2	1	3	3	3	1	3	2	3	3	3	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2
221	200	2	2	5	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	2	2	1	2	2	3
222	201	2	2	5	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	2	2	5
223	202	2	2	5	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	2	1	1	1	2	8
224	203	2	2	5	3	1	2	3	2	3	3	3	3	1	2	1	1	2	2	1	1	2	8
225	204	1	2	6	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	2	2	2	1	1	1	7
226	205	1	2	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	2	3	1	1	1	7
227	121	2	2	5	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	1	2	1	7
228	206	2	2	1	3	3	3	1	2	2	3	3	3	1	2	3	1	2	2	1	2	1	7
229	207	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	2	1	8
230	208	2	2	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	1	2	1	1	8
231	209	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	2	2	9
232	210	2	2	1	3	1	3	3	2	3	3	3	3	1	2	4	1	2	2	2	2	2	3
233	211	1	2	5	3	1	3	3	3	2	3	3	3	1	2	4	1	2	2	1	1	1	5
234	212	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	2	2	1	1	2	8
235	213	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	1	2	1	8
236	214	2	2	1	3	3	3	1	2	2	3	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	7
237	215	2	2	4	3	3	3	1	3	2	3	3	3	1	2	4	1	2	2	2	4	2	5
238	216	2	2	5	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	2	2	2	2	2	5
239	217	2	2	1	3	3	3	1	3	2	3	3	3	1	2	3	1	2	2	2	4	1	5
240	218	2	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	2	1	2	2	2	3
241	219	1	2	5	3	1	2	3	3	3	3	3	3	1	2	2	1	2	2	3	1	3	
242	220	1	2	6	3	3	3	1	3	3	3	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	5
243	221	1	2	6	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	3	1	4
244	222	2	2	5	3	3	3	1	3	2	3	3	3	1	2	4	1	2	1	1	1	2	7
245	223	1	2	5	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	2	1	1	1	8	
246	224	1	2	6	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	2	1	7
247	225	2	2	6	1	3	3	3	2	3	3	3	3	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2
248	226	2	1	5	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	1	1	1	4
249	227	1	2	6	3	1	2	3	3	3	2	3	3	1	2	3	1	2	1	1	1	2	3
250	228	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	1	1	1	2	7
251	229	2	2	5	3	1	3	3	2	3	3	3	3	1	2	3	1	2	2	1	3	1	3
252	143	2	2	1	3	3	3	1	2	3	2	3	3	1	2	3	1	2	1	1	1	1	7
253	230	1	2	4	3	1	2	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	2	2	3	3	1	3
254	231	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
255	232	2	2	4	3	3	2	1	3	2	3	3	3	1	2	4	2	2	2	2	2	2	3
256	233	2	2	5	3	1	3	3	2	3	3	3	3	1	2	3	1	2	2	2	1	1	3
257	234	1	2	1	3	3	3	1	3	2	3	3	3	1	2	2	1	2	2	1	1	2	3
258	215	2	2	4	3	1	3	3	3	2	3	3	3	1	2	2	1	2	2	1	1	2	3
259	170	2	2	1	3	3	3	1	3	2	3	3	3	1	2	4	1	2	1	2	2	1	7
260	234	2	2	5	3	3	2	1	3	3	3	3	3	1	2	4	1	2	2	1	1	1	4
261	234	2	2	5	3	3	2	1	3	3	3	3	3	1	2	4	1	2	2	1	1	2	8
262	235	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	1	1	1	8
263	236	1	2	6	3	3	2	1	3	2	2	3	3	1	2	4	1	2	2	1	4	1	8
264	233	1	2	6	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	1	2	1	3
265	237	1	2	6	3	3	1	3	2	3	3	3	3	1	2	4	1	2	1	1	2	1	4
266	238	2	2	6	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	1	2	2	4	2	3
267	239	2	2	4	3	3	3	1	2	3	3	3	3	1	2	4	1	2	2	3	3	1	1
268	240	1	2	5	1	3	3	3	2	3	3	3	3	1	2	3	1	2	2	2	3	1	2
269	170	1	2	4	3	3	3	1	2	2	3	3	3	1	2	3	1	2	2	1	2	2	7
270	241	1	2	5	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	1	1	1	1
271	242	2	2	6	3	3	2	1	3	2	3	3	3	1	2	2	1	2	2	3	4	2	7
272	243	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	3	2	2
273	244	2	2	5	3	1	3	3	3	3	3	3	3	1	2	4	2	2	2	2	2	2	6
274	245	2	1	1	3	3	3	1	2	2	3	3	3	1	2	2	1	2	2	3	3	1	3
275	246	2	2	1	3	1	3	3	3	2	3	3	3	1	2	4	1	2	2	2	5	2	8
276	247	2	2	4	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	2	2	2	3	2	8
277	248	2	2	6	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	1	2	1	1	2	1	7
278	249	2	2	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	2	3	1	2	1	2	3	2	7
279	250	2	2	1	3	3	2	1	3	3	3	3	3	1	2	4	1	2	2	2	3	1	8
280	251	2	1	6	3	3																	

2. *Annexe 2 : Informations sur le codage des données*

- Sexe : 1=masculin/2=féminin
- MDV (Mode de Vie) : 1=vit seul / 2=vit avec conjoint ou famille / 3=SDF / 4=autre
- SP (statut professionnel) : 1=activité professionnelle / 2=sans emploi / 3=étudiant / 5=retraité
- DAU (date d'admission aux urgences)
- NJHPCD (nombre de jours passés en HPCD)
- ODCP (origine de la demande de consultation psychiatrique) : 1=patient de lui-même / 2=entourage / 3=médecin urgentiste / 4=autre professionnel de santé
- EAHPCD (équipe en charge lors de l'admission en HPCD) : 1=équipe de jour / 2=groupe ERIC
- AHP (antécédent d'hospitalisation en psychiatrie) : 1=oui / 2=non / 3=NC
- ASP (antécédent de suivi) : 1=oui / 2=non / 3=NC
- SPA (suivi actuel) : 1=oui / 2=non / 3=NC
- CS (conduite suicidaire) : 1=oui / 2=non
- IS (idées suicidaires) : 1=oui / 2=non
- APVA (agressivité physique ou verbale et agitation) : 1=oui / 2=non
- AS (abus de substance) : 1=oui / 2=non
- SA (symptomatologie anxieuse) : 1=oui / 2=non
- SD (symptomatologie dépressive) : 1=oui / 2=non
- SPSY (symptomatologie psychotique) : 1=oui / 2=non
- PS (plainte somatique) : 1=oui / 2=non
- TC (trouble cognitif) : 1=oui / 2=non
- FS (facteur de stress participant à la crise) : 1=conflit / 2= problème financier / 3=problème lié au logement / 4=problème lié aux activités / 5=autre / 6=absent ou non identifié
- TP (troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques) : 1=diagnostic principal / 2=secondaire / 3=absent
- TDB (troubles dépressifs et bipolaires) : 1=diagnostic principal / 2=secondaire / 3=absent
- TA (troubles anxieux) : 1=diagnostic principal / 2=secondaire / 3=absent
- TTS (troubles liés aux traumatismes et aux stressseurs) : 1=diagnostic principal / 2=secondaire / 3=absent
- TUSA (troubles liés à l'utilisation de substances et addiction) : 1=diagnostic principal / 2=secondaire / 3=absent
- TPE (trouble de la personnalité) : 1=diagnostic principal / 2=secondaire / 3=absent
- TSS (trouble de symptôme somatique) : 1=diagnostic principal / 2=secondaire / 3=absent
- AD (autre diagnostic) : 1=diagnostic principal / 2=secondaire / 3=absent
- COM (présence d'une comorbidité = au moins deux diagnostics) : 1=oui / 2=non
- DAD (diagnostic absent ou différé) : 1=oui / 2=non
- DAI (demande d'aide initiale) : 1=demande d'aide en général / 2=souhait d'hospitalisation exprimé / 3=pas de demande d'aide exprimée / 4=refus passif ou actif d'aide
- CE (contact de l'entourage) : 1=oui / 2=non
- CG (contact du médecin généraliste) : 1=oui / 2=non
- CPP (contact du psychiatre ou psychologue assurant le suivi) : 1=oui / 2=non
- NP (nombre de psychiatres différents ayant participé à la prise en charge aux urgences et en HPCD)
- NI (nombre d'infirmières différentes ayant participé à la prise en charge aux urgences et en HPCD)
- PECS (prise en charge somatique conjointe) : 1=oui / 2=non
- OS (Orientation à la sortie d'HPCD) : 1= admission en psychiatrie de secteur ou en addictologie sur un mode libre / 2= admis en psychiatrie de secteur sous contrainte / 3=admission en clinique psychiatrique / 4=admission en service de médecine de spécialité / 5=suivi médecin généraliste / 6=suivi ambulatoire libéral / 7= suivi ambulatoire de secteur / 8=consultation de post-urgence / 9=autre

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Circulaire du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques . 1992.
- [2] Caplan G. Principles of preventive psychiatry. New-York: Basic Books; 1964.
- [3] Breslow RE, Klinger BI, Erickson BJ. Crisis hospitalization on a psychiatric emergency service. *Gen Hosp Psychiatry* 1993;15:307–15.
- [4] 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;25:337–45.
- [5] De Clercq, M., Hoyois, P., Brusselmans, M., Heymans, J.P., Verreyken P. Assessment of outcome after two years of crisis interventions in the emergency service of a general hospital. *Psychiatry A World Perspect.*, Elsevier; 1990, p. 865–74.
- [6] Gillig PM, Hillard JR, Bell J, Combs HE, Martin C, Deddens JA. The psychiatric emergency service holding area: effect on utilization of inpatient resources. *Am J Psychiatry* 1989;146:369–72.
- [7] Kaskey GB, Ianzito BM. Development of an emergency psychiatric treatment unit. *Hosp Community Psychiatry* 1984;35:1220–2.
- [8] Goullieux E, Loas G. Hospitalisation brève en psychiatrie : un passage possible, une stratégie à développer ? *Encephale* 2003;29:223–31.
- [9] Damsa C, Lazignac MDC, Cailhol L, Ciemente T Di, Hauptert MDJ, Pull C. Troubles dépressifs majeurs et urgences psychiatriques : une étude naturaliste concernant la place des interventions de crise. *La Rev Can Psychiatr* 2005;50.
- [10] Berrino A, Ohlendorf P, Duriaux S, Burnand Y, Lorillard S, Andreoli A. Crisis intervention at the general hospital: An appropriate treatment choice for acutely suicidal borderline patients. *Psychiatry Res* 2011;186:287–92.
- [11] Massé G, Kannas S, Rauzy A, Segulier N, Straub D, Vaiva G. L' intervention de crise. A quoi servent les urgences psychiatriques? *Pluriels, Mission Natl D'appui En Santé Ment* 2006;56.

- [12] Steg A. Rapport sur la médicalisation des urgences. Commission nationale de restructuration des urgences. 1993.
- [13] Grivois H, Mathieu P. Urgences psychiatriques. Paris: Masson; 1986.
- [14] Brousse G, Roger JD, Geneste J, Jalenques I. Urgences et crises : éclosions ou résolutions ? Ann Médico-Psychologiques, Rev Psychiatr 2007;165:729–36.
- [15] Robiliard D. La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Assemblée nationale: rapport d'information. 2013.
- [16] Reboul G, Milleret G, Hardy-Baylé M. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? Pluriels, La Lett La Mission Natl d'Appui En Santé Ment 2011;92-93.
- [17] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en médecine générale au 31 décembre 2015. 2016.
- [18] Coldefy M. L'évolution de la psychiatrie en France: novatrice, mais contrastée et inachevée. La Santé l'Homme, Inpes 2011;413.
- [19] 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. ENSP, Rennes, 2007.
- [20] Circulaire du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie. 1979.
- [21] Horassius-Jarrié N, Baldo E. La psychiatrie "attrape-tout" dans les services d'urgences des hôpitaux généraux. Inf Psychiatr 2000;05:521–33.
- [22] Circulaire du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation. 1991.
- [23] De Clercq M. Quelle politique de prise en charge des urgences psychiatriques? Réanimation Urgences 2000;9:279–87.
- [24] Ricroch L. Urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité. DREES, Etudes et Résultats 2015.
- [25] Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Predicting aftercare in psychiatric emergencies. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40:829–34.

- [26] De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Paris, Bruxelles: De Boeck Université; 1997.
- [27] Boudreaux ED, Niro K, Sullivan A, Rosenbaum CD, Allen M, Camargo C a. Current practices for mental health follow-up after psychiatric emergency department/psychiatric emergency service visits: a national survey of academic emergency departments. *Gen Hosp Psychiatry* 2011;33:631–3.
- [28] Pascalis G, Chauvot B, Delpech J. Urgence en psychiatrie et psychiatrie des urgences. *Ann Med Psychol (Paris)* 1980;138:675–85.
- [29] Langsley D, Kaplan D. The treatment of families in crisis. New York: Grune & Stratton; 1968.
- [30] Andreoli A, Lalive J, Garrone G. Crise et intervention de crise en psychiatrie. Paris: Simep; 1986.
- [31] Aguilera D, Messick J. Intervention in crisis situations. Theory and methodology. St. Louis, Toronto: Hosby Press; 1976.
- [32] De Clercq M, Dubois V. Crisis intervention models in the French-speaking countries. *Crisis* 2001;22:32–8.
- [33] Baillon G, Chaltiel P, Karavokyros D. Les « soins hors diagnostic » : de l' accueil aux soins étape par étape. *Inf Psychiatr* 2013;89:327–32.
- [34] Dufoix G, Hervé E. Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement. 1986.
- [35] Un nouveau visage en psychiatrie et santé mentale, Initiatives en région Nord-Pas-de-Calais. *F2RSM* 2013;2.
- [36] Coldefy M. L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences. *Quest D'économie La Santé* 2012;180:8.
- [37] Robin M, Pochard F, Ampelas J, Kannas S, Bronchard M, Mauriac F, et al. Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France. *Thérapie Fam* 2001;22:133.
- [38] Kannas S, Robin M, Pochard F, Mauriac F, Devynck C, Waddington A. Les urgences psychiatriques pré-hospitalières et l'intervention à domicile : l'expérience de l'équipe ÉRIC (Équipe Rapide d'Intervention de Crise). *JEUR* 1999:165–71.

- [39] De Clercq M, Petras M. Du premier entretien au service des urgences à la psychothérapie en service de santé mentale. *Cah Psych Clin* 1993;1:99–114.
- [40] Bacchetta J, Zanello A. Développement des centres de crise à Genève: impact sur les hospitalisations. *Schweizer Arch Für Neurol Und Psychiatr* 2009;116–21.
- [41] Doutreligne Y, Cottencin O, Betbèze J. *Thérapies brèves : principes et outils pratiques*. 3ème édition. Paris: Elsevier Masson; 2013.
- [42] Norotte C, Omnes C, Crozier C, Verlyck C, Romanos M. Facteurs prédictifs d'hospitalisation à partir des lits de crise des urgences d'un hôpital général. *Encephale* 2016.
- [43] Bigelow LB, Berthot BD. The Psychiatric Symptom Assessment Scale (PSAS). *Psychopharmacol Bull* 1989;25:168–73.
- [44] Lyons JS, O'Mahoney MT, Miller SI, Neme J, Kabat J, Miller F. Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators. *Am J Psychiatry* 1997;154:337–40.
- [45] Warner MD, Peabody CA. Reliability of diagnoses made by psychiatric residents in a general emergency department. *Psychiatr Serv* 1995;46:1284–6.
- [46] Way BB, Allen MH, Mumpower JL, Stewart TR, Banks SM. Interrater agreement among psychiatrist in psychiatric emergency assessments. *Am J Psychiatry* 1998;155:1423–8.
- [47] Stravynski a, Boyer R. Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide Life Threat Behav* 2001;31:32–40.
- [48] Goldberg JF, Ernst CL, Bird S. Predicting hospitalization versus discharge of suicidal patients presenting to a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv* 2007;58:561–5.
- [49] Dhossche DM, Ghani SO. Who brings patients to the psychiatric emergency room? Psychosocial and psychiatric correlates. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20:235–40.
- [50] Rabinowitz J, Massad A, Fennig S. Factors influencing disposition decisions for patients seen in a psychiatric emergency service. *Psychiatr Serv* 1995;46:712–8.
- [51] Freud S. La dynamique du transfert. *La Tech. Psychanal.*, Paris: PUF; 1912, p. 50–60.
- [52] Bordin E. *The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy*. *Soc. Psychother. Res.*, Washington, DC: 1975.

- [53] De Clercq M, Goffinet S, Brusselmans M, Hoyois P, Andredoli A. L'alliance thérapeutique comme prédicteur du devenir de l'intervention de crise au service des urgences. *La Rev Française Psychiatr Psychol Médicale* 1997;125–31.
- [54] Luborsky L, Crits-Christoph P, Alexander L, Margolis M, Cohen M. Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy. A counting signs vs. a global rating method. *J Nerv Ment Dis* 1983;171:480–91.
- [55] 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* 2004;55:295–301.
- [56] Chaput Y, Lebel M. Demographic and clinical profiles of patients who make multiple visits to psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv* 2007;58:335–41.
- [57] Ledoux Y, Minner P. Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:115–21.
- [58] Pasic J, Russo J, Roy-Byrne P. High utilizers of psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv* 2005;56:678–84.
- [59] 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;98:276–82.
- [60] Dhossche DM, Ghani SO. A study on recidivism in the psychiatric emergency room. *Ann Clin Psychiatry* 1998;10:59–67.
- [61] Segal SP, Akutsu PD, Watson MA. Involuntary return to a psychiatric emergency service within twelve months. *Soc Work Health Care* 2002;35:591–603.
- [62] Spooren DJ, De Bacquer D, Van Heeringen K, Jannes C. Repeated psychiatric referrals to Belgian emergency departments: a survival analysis of the time interval between first and second episodes. *Eur J Emerg Med* 1997;4:61–7.
- [63] Richard-Lepouriel H, Weber K, Baertschi M, DiGiorgio S, Sarasin F, Canuto A. Predictors of recurrent use of psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv* 2015;66:521–6.
- [64] Heskestad S, Tytlandsvik M. [Patient-guided crisis admissions for severe psychotic conditions]. *Tidsskr Den Nor Lægeforening Tidsskr Prakt Med Ny Række*

2008;128:32–5.

- [65] Cassiers L, Degive C, Lohle-Tart L. Les urgences et hospitalisations psychiatriques de courte durée. Dossier Fondation Roi Baudouin, Intégration des soins de santé 1984.
- [66] Bengelsdorf H, Church JO, Kaye RA, Orłowski B, Alden DC. The cost effectiveness of crisis intervention. Admission diversion savings can offset the high cost of service. *J Nerv Ment Dis* 1993;181:757–62.
- [67] Damsa C, Hummel C, Sar V, Di Clemente T, Maris S, Lazignac C, et al. Economic impact of crisis intervention in emergency psychiatry: a naturalistic study. *Eur Psychiatry* 2005;20:562–6.
- [68] Rosset N, Andreoli A. Crisis intervention and affective disorders: A comparative cost-effectiveness study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1995;30:231–5.
- [69] Chaltiel P. Le prétexte de l'urgence. *Inf Psychiatr* 2006;82:589–93.

Titre en français : L'hospitalisation psychiatrique de courte durée aux urgences d'un hôpital général : une étude rétrospective sur les facteurs prédictifs d'orientation à l'issue de la prise en charge.

Résumé (français) :

L'hospitalisation psychiatrique de courte durée (HPCD) < 72h a montré son intérêt pour la prise en charge de patients en situation de crise, en favorisant la solution du suivi ambulatoire plutôt qu'une hospitalisation en milieu psychiatrique. Cependant les facteurs influençant la décision d'orientation à l'issue d'une HPCD sont encore peu connus. L'objectif de cette étude était de décrire les caractéristiques cliniques et socio-démographiques des patients admis en HPCD au sein des urgences d'un hôpital général et de déterminer les facteurs prédictifs d'une hospitalisation en psychiatrie à partir de celle-ci. Les données ont été collectées rétrospectivement à partir des dossiers informatisés des patients ayant bénéficié d'une HPCD (n=255) aux urgences de l'hôpital général de Rambouillet sur une période d'un an, puis analysés avec une méthode par régression logistique. Les facteurs associés de manière significative à une plus grande probabilité d'être hospitalisé étaient un souhait initial d'hospitalisation exprimé par le patient, l'existence d'une comorbidité, une demande de consultation émanant de l'entourage, un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie, la présence d'idées suicidaires à l'arrivée aux urgences. Inversement, les facteurs associés à une probabilité plus faible d'hospitalisation étaient un diagnostic de trouble de la personnalité, un conflit avec l'entourage participant à la crise, un âge entre 20 et 39 ans, l'existence d'une activité professionnelle. Cette étude met ainsi en évidence les facteurs décisionnels d'intérêt orientant le devenir des patients admis en HPCD et notamment le poids de la demande initiale du patient.

Mots clés (français) : urgence psychiatrique, hospitalisation psychiatrique de courte durée, crise, lits de crise, intervention de crise, hôpital général, service d'accueil et d'urgence

Titre en anglais : Psychiatric short-stay hospitalization at the Emergency Department of a General Hospital: a retrospective study on the determinants of disposition decision.

Abstract (English) :

The availability of short-stay beds for brief admission (less than 72 hours) of crisis patients presenting to the emergency room is a model that has gained a growing interest because it allows time for developing alternatives to psychiatric hospitalization and favors a maintained functioning in the community. The primary objective of this study was to determine the factors predicting aftercare dispositions: transfer for further hospitalization, or return to the community. All patients (n=255) admitted to the short-stay unit of the Emergency Department of Rambouillet General Hospital during a one year period were included in the study. Logistic regression analysis was used to determine which factors, among patients clinical and socio-demographic characteristics, were associated with further hospitalization decision at discharge. Statistically significant factors associated with a higher probability of hospitalization included the patient's initial wish to be hospitalized, the presence of a comorbid disorder, a referral by family or friends, a history of psychiatric hospitalization and suicidal ideation on arrival in the emergency room. Conversely, significant factors associated with a lower probability of hospitalization were the presence of a personality disorder, a precipitating conflict situation, age between 20 and 39 years, being employed. Our study confirms that clinical factors such as the presence of a personality disorder or the context of a precipitating conflict situation are predictive of a community return. Interestingly, it points out the importance of the patient's initial wish in the hospitalization decision.

Keywords (English) : psychiatric emergency, psychiatric short-stay hospitalization, Crisis, Crisis unit, crisis intervention, General Hospital, Emergency Room

**Université Paris Descartes,
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06**