



HAL
open science

Patients récurrents aux urgences de psychiatrie : quel parcours de soin

Quentin Hentz

► **To cite this version:**

Quentin Hentz. Patients récurrents aux urgences de psychiatrie : quel parcours de soin. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01886683

HAL Id: dumas-01886683

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01886683>

Submitted on 3 Oct 2018

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.



**Faculté
de Médecine**
Aix-Marseille Université

**Patients récurrents aux urgences de psychiatrie :
Quel parcours de soin ?**

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 18 Octobre 2017

Par Monsieur Quentin HENTZ

Né le 26 décembre 1987 à Toulon (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre

Assesseur

Monsieur le Professeur BOYER Laurent

Assesseur

Monsieur le Docteur HENRY Jean-Marc

Directeur

**Patients récurrents aux urgences de psychiatrie :
Quel parcours de soin ?**

T H È S E A R T I C L E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 18 Octobre 2017

Par Monsieur Quentin HENTZ

Né le 26 décembre 1987 à Toulon (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Monsieur le Professeur MICHELET Pierre

Assesseur

Monsieur le Professeur BOYER Laurent

Assesseur

Monsieur le Docteur HENRY Jean-Marc

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI

Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Asseseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGEADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTÉY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
MM POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les
Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les
Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les
Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les
Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les
Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les
Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les
Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les
Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les
Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)

T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les
Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les
Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les
Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les
Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les
Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les
Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les
Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les
Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les
Professeurs

J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les
Professeurs

D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les
Professeurs

P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les
Professeurs

M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur
Sir

T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur

M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur

S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie- Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MARANINCHI Dominique Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikael	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)****ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

LAGIER Aude (MCU-PH)

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
PAUT Olivier (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

VELLY Lionel (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11**BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301**CARDIOLOGIE 5102**

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Surnombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

**CHIRURGIE PLASTIQUE,
RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE 5004**

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
FRERE Corinne (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
 PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
 PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
 PAROLA Philippe (PU-PH)
 STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
 MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
 DELARQUE Alain (PU-PH)

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 DURAND Jean-Marc (PU-PH)
 FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 HARLE Jean-Robert (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
 SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

 EBBO Mikael (MCU-PH)

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

BOTTA Alain (PU-PH) Surnombre
 LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

 BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
 SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)
 BRUNET Philippe (PU-PH)
 BURTEY Stéphanne (PU-PH)
 DUSSOL Bertrand (PU-PH)
 MOAL Valérie (PU-PH)

 JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
 CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
 GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)
 RACCAH Denis (PU-PH)
 VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)
 FUENTES Stéphane (PU-PH)
 REGIS Jean (PU-PH)
 ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
 SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
 BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
 GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)	ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
OPHTALMOLOGIE 5502	FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section) ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)
DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH) CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	PHILOSOPHIE 17
PEDIATRIE 5401	LE COZ Pierre (PR) (17ème section) ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH) ANDRE Nicolas (MCU-PH)	PHYSIOLOGIE 4402
	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

AZORIN Jean-Michel (PU-PH)
BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier le Professeur Jean Naudin, directeur de ce travail, pour m'avoir fait confiance, pour m'avoir guidé encouragé et conseillé durant ces quatre années d'internat.

Mes remerciements vont également au Docteur Jean-Marc Henry co-directeur de ce travail pour la gentillesse et la patience qu'il a manifesté à mon égard ; pour tous les conseils qu'il bien voulu me donner, pour son hospitalité lors de mon séjour dans son service, mais surtout pour m'avoir fait l'honneur d'être mon directeur de thèse.

Je ne sais comment exprimer ma gratitude à ces deux personnes autrement qu'en leur promettant d'agir comme eux l'on fait avec moi si un jour l'occasion m'en est donnée.

Je remercie les professeur Christophe Lançon et Jean-Michel Azorin pour l'enseignement qu'ils m'ont prodigué, pour les conseils stimulants que j'ai eu l'honneur de recevoir de leurs parts.

Je remercie le Professeur Laurent Boyer pour le temps qu'il a bien voulu me consacrer ainsi que les nombreux conseils que j'ai reçu et ce malgré le peu de temps qu'il avait de disponible. Sans lui ce travail n'aurait jamais pu être réalisé.

Mes remerciements vont ensuite aux miens, mes parents Philippe et Joëlle qui ont cru en moi dès le début, qui m'ont soutenu inconditionnellement toutes ces années. Merci. Je vous aime. A mes grands-parents qui me manquent, Mireille, Charles et Pierre, et à ceux que j'espère avoir encore longtemps la chance de côtoyer Jeanine et Jacques, merci pour tout, et Michèle. Merci de vous être tant occupé de moi et merci de votre présence à mes côtés toutes ces années. Je vous aime.

Un remerciement très particulier pour Timothée, mon frère, merci pour ton opposition inconditionnelle et soutenante, sans toi, je ne serais pas celui que je suis. Evidemment un grand merci pour avoir supporté tout au long de ces années mon « inépuisabilité » dans certains domaines... Ce remerciement s'accompagne bien entendu d'un amour fraternel lui aussi bien entendu inépuisable.

A la personne qui est, sans aucun doute, la plus belle rencontre de ma vie, je parle bien sûr de toi, Bérénice Bargier. Un simple merci (ni même un paragraphe de remerciements !) ne saurait pas rendre compte de tout ce que j'ai à te témoigner... Je t'aime, tellement !

Des remerciements évidemment à toute la belle-famille que n'ai pas choisie et qui va avec... Merci de m'avoir accueilli si chaleureusement parmi vous, Alain, Josiane, Aurélien et Alexandra et Olivia, j'espère vous exprimer suffisamment la reconnaissance que j'ai envie de vous témoigner, sinon faudra faire avec.

A mes Oncles, tantes et cousins-cousines, on n'est jamais aussi proche que ce qu'on le souhaiterait, Alain, Helene, Eva, Boris, Alice, Bernard, Bernadette, Agnès, Pierre, Maxime et Karine.

A vous autres, Marie-Hélène, Pauline et Manon et bien sûr Yannick, sachez que même si je ne sais pas assez le dire, je suis conscient de la chance que j'ai de vous avoir auprès de moi.

Il y a ceux qui m'ont tellement apporté tant sur le plan personnel et humain que sur le plan professionnel, je parle bien sur des médecins et futurs médecins que j'ai côtoyé durant cet internat :

Mes remerciements vont à tous les Praticiens que j'ai pu rencontrer au cours de cet internat, pour l'enseignement et l'apport de connaissance qu'il ont pu me transmettre au quotidien tout en me supportant, je parle de bien sur des Docteurs Isabelle Acquaviva, Xavier Gourdon, Noé Jedwab, Elisanne de Gantes, Jean-Marc Chabannes, Nicole Cano, Dorothée Charre, Françoise Albertini, Camille Laboucarié, Daniel Dassa, Felix Sciorato et Kevin Alimi ; encore un grand merci pour tout ce que m'avez apporté.

Je pense évidemment à tous les internes que j'ai pu côtoyer au cours de mon internat et mes co-internes sans lesquels ces quatre années n'aurait jamais été ce qu'elle ont pu être : probablement les meilleures années de ma vie d'étudiant, à savoir Laurie Allouard, Vincent Michot, François Elie Schlama, François Marie Gonzales, Ziad Kansoun, Julie Romani, Alexia Ramard, Laure Fazi, Mouna Houcinat, Victoire Cannoni, et à ceux que je ne cite pas mais qui ont bien été présents ; Sans vous dans les bons comme les mauvais moments rien n'aurait été pareil.

Un petit quelque chose de particulier pour Pascal Luciani et pour toutes ces longues nuits de gardes que nous avons vécues ensemble...

Et enfin à ces amis d'enfance sans qui je n'aurais jamais pu me construire, Alban, Anthony Caroline, Céline, Sophie, Manon, Nicolas, Antoine, Guillaume, Marc, Emilie, Fanny. Qu'aurais bien pu devenir sans vous ? J'espère voir notre amitié grandir encore et encore !

Table des matières

I.	INTRODUCTION.....	- 2 -
II.	PREMIERE PARTIE : REVUE DESCRIPTIVE DE LA LITTERATURE	- 4 -
A.	Predictors of Recurrent Use of Psychiatric Emergency Services.....	- 4 -
B.	Facteurs associés aux réadmissions psychiatriques des patients hospitalisés pour le première à Bingerville en 2001 (Côte d’Ivoire).....	- 5 -
C.	Reapeated Use of psychiatric emergency out – patient services among new patients : a 3-year follow-up study.....	- 6 -
D.	Case – Control Study of Frequent Visitors to an Urban Psychiatric Emergency Service ..	- 7 -
E.	The Moderating Effects of Race on Returns Visits to the Psychiatric Emergency Room ...	- 8 -
F.	The Nordic Comparative Study on Sectorized psychiatry : Characteristics of Repeat Users Outpatients services in Two Nordic Psychiatric Services. A 1 Year follow-up Study-	- 9 -
G.	An Examination of the Temporal and Geographical Patterns of Psychiatric Emergency Service use by Multiples Visit Patients as a Means for their early detection	- 10 -
H.	Frequent Visitors to Psychiatric Emergency Services : Staff Attitudes an Temporal Patterns.....	- 11 -
I.	Predictors of frequentvisits to a Psychiatric emergency room : A large scaleregisterstudycombinedwith a small s cale interview study	- 12 -
J.	Predictingcommunity tenure in patients withrecurrents- utilization of a psychiatric emergency services	- 13 -
K.	Les grands utilisateurs des services d’urgences psychiatriques dans la région du Montréal métropolitain	- 14 -
L.	Patients récurrents aux urgences psychiatriques : analyse démographique et clinique	- 15 -
M.	High utilizers of psychiatric emergency services	- 16 -
N.	Who visits the psychiatric emergency room for the first time ?.....	- 18 -
O.	Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room	- 19 -
P.	Tableau Récapitulatif des résultats des études décrites ci-dessus	- 20 -
III.	DEUXIEME PARTIE : Patients récurrents aux Urgences de Psychiatrie : Quel Parcours ?..	- 25 -
A.	Introduction	- 25 -
B.	Matériel et Méthode	- 27 -
C.	Résultats	- 30 -
D.	Discussion	- 36 -
E.	Conclusion	- 40 -
F.	Déclaration d’intérêts.....	- 41 -
G.	Références	- 42 -

I. INTRODUCTION

A la fin des années 1960 avec la sectorisation et le début de la structuration de l'offre de soins psychiatriques, la psychiatrie s'est tournée vers une pratique plus sociale, avec une volonté de décentraliser l'hôpital psychiatrique traditionnel, « l'asile », en intégrant des services psychiatriques dans les hôpitaux généraux ; d'ouvrir la psychiatrie sur une nouvelle « fenêtre », plus communautaire.

La « conséquence » si l'on peut dire de cette nouvelle psychiatrie, fut la diminution de la durée des hospitalisations, à long terme, et la volonté d'intégrer la maladie mentale à la société ; avec la recherche d'effets psychosociaux favorables à l'adaptation des malades psychiatriques dans la société.

Le développement des urgences psychiatriques coïncide, d'une part avec cette évolution des politiques en santé mentale et d'autre part avec l'essor des demandes en soins d'urgences, tout champ de santé confondu.

Une évolution de la question du soin, avec une demande de plus en plus pressante de l'accessibilité aux soins et au « soulagement de la souffrance ».

La demande a suivi le modèle des urgences : les services d'accueil des urgences étant un des seuls sites ouverts 24 h / 24 avec une présence médicale – peut-être à mesure de l'extinction des permanences libérales – les situations de crise de tout ordre s'y sont trouvées orientées.

Les détresses psychosociales, les consultations pour un motif psychiatrique y sont traitées en parallèle des détresses vitales, avec une permanence de présence de psychiatrie émanant principalement des Centres de Santé Mentale, puisque articulée avec les secteurs dans le but de traiter la post-crise.

Depuis lors un nouveau phénomène a vu son apparition dans les centres d'urgences : les réadmissions multiples.

Il est probable que ce soit dans la nature même de certaines maladies cycliques (troubles du spectre psychotique, trouble bipolaire), ou dans la passage d'un état de crise latente à crise manifeste ; bien qu'il puisse être retardé par le support des ressources communautaires (psychiatrie de secteur, hôpitaux de jour...), en concertation avec le milieu direct du patient (famille, travail...) ; que ce phénomène a vu le jour.

L'urgence psychiatrique comporterait ainsi un aspect d'urgences de pathologies psychiatriques authentiquement avérées (de présentation polymorphe, anxiété, crise suicidaire, états délirants aigus, agitation, troubles du comportement...) et un aspect de crise sans pathologie psychiatrique d'emblée retrouvable.

La description de phénomènes de réadmission ou du patient récurrent ne représente qu'une faible proportion de patients mais l'existence de ce phénomène soulève plusieurs problèmes : tout d'abord une faible proportion de patients (2 à 5 % des patients sont des patients récurrents) vont consommer une grande partie des ressources (patient représentant de 15 à 30% environ de la consommation des contacts avec les urgences

psychiatriques) ; ce phénomène de réutilisation semble pouvoir également indiquer que peut-être le système psychiatrique actuel n'apporte pas les effets psychosociaux suffisamment favorables pour l'adaptation des malades mentaux dans la société.

Nous allons dans une première partie de ce travail tenter de décrire le phénomène de la réadmission de patients aux urgences psychiatriques au travers de deux cas cliniques, puis nous allons dans une deuxième partie passer en revue l'ensemble des articles scientifiques pertinents qui se sont intéressés à ce sujet spécifique de la réadmission aux urgences psychiatriques, et enfin dans une troisième partie nous allons tenter d'apporter une nouvelle contribution à la meilleure compréhension de ce phénomène.

II. PREMIERE PARTIE : REVUE DESCRIPTIVE DE LA LITTERATURE

Une Revue de la littérature est effectuée dans la base de données Medline incluant la base de PubMed avec différentes combinaisons des mots clefs suivants : *users, utilizers, visitors, patients,*

Frequent, High, heavy, recurrent, readmission, recidivism, repeaters, revolving door syndrom, psychiatric emergency service ou department ou room. Elle retrouve une vingtaine d'études sur le sujet spécifique de la récurrence aux urgences de psychiatrie. Parmi les études seulement une dizaine d'articles a été publiée depuis le début des années 2000 et une demi-douzaine au cours des années 1990. Le nombre d'articles sur le sujet augmente avec les années mais elles restent peu nombreuses. La grande majorité d'entre elles décrivent les caractéristiques socio démographiques et cliniques de ces patients. Ne sont décrites ici que les études postérieures au années 1990, exception faite de l'article d'A. Lebeau datant de 1982 et qui fut l'un des premiers à publier sur le sujet des réadmissions.

A. Predictors of Recurrent Use of Psychiatric Emergency Services

Etude menée dans le service des urgences psychiatriques du CHU de Genève en Suisse ; il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective menée sur trois ans, sur les dossiers médicaux de 4322 patients. Il s'agit d'une étude examinant les caractéristiques socio démographiques de cette population spécifique. Les patients récurrents sont définis comme cumulant trois, ou plus, visites sur un an.

Au total 210 patients sur les 4322 soit 5% ont fait plus de 3 passages par les urgences de psychiatrie.

Sur ces 210 patients, 22% (soit 46 patients) sont des utilisateurs récurrents des urgences eux-mêmes subdivisés, 26 avec trois visites ou plus en 2009 et 11 patients avec 3 visites ou plus par an en 2009, 2010 et 2011.

Sur ces 210 patients, 164 étaient inclus dans le groupe des non récurrents ; visitant l'UAUP 3 fois ou plus en 2008, mais plus au cours des années suivantes.

L'usage récurrent n'est pas prédit par des caractéristiques socio démographiques telles que l'âge, le sexe, le statut marital, la nationalité et l'activité professionnelle.

Deux variables ont été identifiées comme significativement prédictives de passages récurrents aux urgences psychiatriques :

- Un diagnostic de trouble de personnalité ([OR] = 2.48 95% [IC] = 1.24 – 4.95 p = 0.10)
- Un usage récurrent déjà des urgences de psychiatrie dans les 18 mois précédents l'entrée dans l'étude en 2008 ([OR]=3.80 [IC] =1.78 – 8.11 p=0.01)

L'étude conclut sur le fait que la récurrence des passages dépend donc du statut de la santé mentale des patients, et qu'il serait nécessaire d'envisager pour cette population un programme de suivi spécifique pour leur permettre un accès plus aisé aux services de soins sans un recours aux services d'urgences psychiatriques.

B. Facteurs associés aux réadmissions psychiatriques des patients hospitalisés pour la première à Bingerville en 2001 (Côte d'Ivoire)

Il s'agit d'une étude rétrospective menée à partir des dossiers de 436 patients hospitalisés pour la première fois en 2001 à l'hôpital psychiatrique de Bingerville.

Parmi ces 436 patients hospitalisés pour la première fois à l'hôpital psychiatrique de Bingerville en 2001, 22.5% ont été réadmis.

Dans cette étude la réadmission est définie comme une ré-hospitalisation survenant dans les 15 jours après la sortie déclarée du patient. Les patients réadmis au moins une fois entre le 01.01.2001 et le 31.12.2006 ont été comparés aux sujets non ré-hospitalisés selon leurs caractéristiques socio démographiques.

98 patients ont été réadmis au moins une fois. Plus de la moitié (69.4%) des réadmissions ont eu lieu au cours des deux années suivant la fin de la première hospitalisation à Bingerville.

La récurrence des symptômes psychiatriques en était la cause dans 94.9% des cas. Les caractéristiques des patients qui ont été significativement associées à la survenue d'une ré-hospitalisation étaient :

- un âge inférieur à 21 ans ($p=9*10^{-4}$) ;
- avoir ses deux parents vivants ($p=3*10^{-2}$) ;
- être le cadet de la fratrie utérine ($p=10^{-3}$) ;
- un diagnostic de trouble de l'humeur ($p=0.046$) ;
- un suivi ambulatoire après la fin de la première hospitalisation excédant 26 semaines ($p=4*10^{-3}$).

Cette étude conclut en proposant l'idée que les réadmissions répétées sont en lien avec une mauvaise insertion sociale des patients.

C. Repeated Use of psychiatric emergency out – patient services among new patients : a 3-year follow-up study

Il s'agit d'une étude réalisée à Oulu en Finlande, qui s'intéresse à une cohorte de 537 nouveaux patients au service d'urgences psychiatriques pendant une durée de 1 an (avril 1990 à avril 1991).

La récurrence de ce groupe de patients est ensuite examinée sur les deuxième et troisième suivant l'année du premier contact.

Les patients réutilisateurs étaient définis comme appartenant au 10^{ème} percentile supérieur du nombre de visites par nouveaux patients ; soit à un nombre de visites supérieur ou égal à 3 par an pendant la deuxième et/ou la troisième année ; les récurrents constituaient 8% (soit 42 patients) du total de la cohorte et effectuaient 65 % du total des visites de la cohorte et consommaient 30% du temps d'hospitalisation de la cohorte.

Le nombre de visites aux urgences psychiatriques pour ces 42 patients s'échelonnait de 3 à 24 visites pendant les deux années de suivi ; la médiane du nombre de visites parmi ce groupe de patient était de 4.

Ces patients étaient plus souvent de sexe masculin, ayant un diagnostic de psychose, de trouble de personnalité ou de comorbidité addictive. Cependant seules deux variables sont identifiées comme augmentant significativement le risque d'usage répété continu des urgences.

Les variables statistiquement significatives associées aux patients récurrents aux urgences psychiatriques sont au nombre de deux :

- Vivre seul ([OR]=6.2 [IC] 95% = 1.0 – 37.2 p=0,047)
- Avoir été hospitalisé durant la période de suivi [OR]=15.8 [IC] 95% = 2.8-89.1p=0,002)

Cette étude conclut sur le fait qu'un usage répété des urgences de psychiatrie, est régulièrement associé avec un support social inadéquat pour ces patients souffrants de sérieux problèmes psychiatriques.

D. Case – Control Study of Frequent Visitors to an Urban Psychiatric Emergency Service

Cette étude a été réalisée à Detroit aux Etats-Unis, au cours de l'année 2000. Le sujet de cette étude était d'identifier les facteurs de risques d'un usage répété des urgences psychiatriques, ainsi que tenter d'estimer le poids financier de ce type de patients pour les services de soins.

Il s'agit d'une étude cas-témoins portant sur 74 patients qui avaient 6 ou plus antécédents de visites dans un centre d'urgences psychiatriques, dans les 12 mois précédant la visite index. Des entretiens structurés étaient réalisés et complétés par un interrogatoire de leurs proches.

Le nombre de visites aux urgences psychiatriques pour ces visiteurs fréquents s'échelonnait de 6 à 99 visites dans l'année précédente, le nombre médian était de 9 visites.

Les 74 patients témoins avaient, eux, effectués 5 visites ou moins dans les 12 mois précédents.

Les analyses statistiques multi variées permettaient d'identifier comme facteur de risque indépendant de passages répétés aux urgences psychiatriques :

- un antécédent d'hospitalisation en en psychiatrie dans les douze mois précédents ([OR]= 5,67 [IC]95% = 2,79-11,54 p=0,001) ;
- rechercher des soins par besoin de médicament ([OR]= 2,37 [IC]95% = 1,17-4,79 p=0,05) ;
- être sans domicile fixe [OR]= 9.73 [IC]95% = 4.06-23.33 p=0,001 ;
- vivre en institution [OR]= 6.46 [IC]95% = 2.42-17.24 p=0,001.

Cette étude estimait également que les patients récurrents représentaient une charge financière 5,9 fois plus imposante que les patients non récurrents.

E. The Moderating Effects of Race on Returns Visits to the Psychiatric Emergency Room

Il s'agit d'une étude visant à examiner les caractéristiques ethniques pouvant influencer le comportement de réutilisation des urgences psychiatriques. Cette étude rétrospective a été réalisée à Saint Louis, Etats-Unis. Elle étudiait un échantillon de 319 patients. Les patients étaient inclus lorsqu'ils se repentaient au service d'urgences psychiatriques dans les 18 mois suivant la visite index.

L'échantillon de patients était constitué pour moitié de patients afro-américains (N=163) et pour moitié de patients caucasiens (N= 156), sélectionnés sur 6 mois.

Sur les 319 patients sélectionnés aléatoirement, 56% avaient au moins une réadmission dans les 6 mois suivant la visite index.

Quatre variables ont été identifiées comme facteurs prédictifs d'une réadmission aux urgences psychiatriques, les deux ethnies confondues :

- avoir un antécédent d'admission dans les urgences psychiatriques [OR]= 1,03 – 1,07 ;
- avoir des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie [OR]= 8,45 – 3,60 ;
- être en traitement ambulatoire [OR]= 5,02 – 5,18 ;
- ne pas avoir reçu de soins après la visite index.

Trois facteurs ont été identifiés comme concernant spécifiquement la population afro américaine :

- ne jamais avoir été marié ;
- ne pas avoir de domicile stable.
- ne pas avoir été hospitalisé lors la visite index

L'étude conclut sur l'idée que les patients récurrents, quelle que soit leur origine ethnique, sont généralement des patients ayant recours aux services d'urgences psychiatriques pour leur soins psychiatriques courants. Cependant les auteurs estiment que l'origine ethnique est une variable qui doit être considérée dans le phénomène de récurrence.

F. The Nordic Comparative Study on Sectorized psychiatry : Characteristics of Repeat Users Outpatients services in Two Nordic Psychiatric Services. A 1 Year follow-up Study.

Cette étude a été réalisée dans deux services d'urgences psychiatriques, dans deux pays nordiques : à Oulu en Finlande, et à Frederiksberg au Danemark. Elle est prospective et analyse deux cohortes de nouveaux patients dans ces deux services d'urgences psychiatriques.

Au total 1055 patients ont été inclus, les patients réutilisateurs étaient définis comme présentant au minimum trois passages par les urgences de psychiatrie durant le suivi d'une année.

Les patients réutilisateurs constituaient 15.8% de l'échantillon et représentaient 70.8% de l'ensemble des admissions de la cohorte en suède (N=518), et 9.3% de l'échantillon représentait 33.8% du total des admissions de la cohorte au Danemark (N=537).

Les patients récurrents avaient plus de chances d'être au Danemark :

- de sexe masculin ;
- divorcés ou célibataires ;
- vivants avec leurs parents ;
- sans domicile fixe ;
- âgés de 25 à 44 ans.

Ces patients avaient également plus de chances d'avoir un diagnostic de

- trouble de la personnalité ([OR]=5.4 [IC] 95% = 1.7-16.8)
- de conduites addictives ([OR]=10.8 [IC] 95% = 3.4-33.5).

A Oulu, Finlande, il n'y avait pas de différence significative entre les patients réadmis et les patients non réadmis au niveau de leurs caractéristiques socio démographiques.

La conclusion des auteurs souligne l'importance de la coopération entre les services d'urgences psychiatriques et les autres services de santé mentale dans la prise en charge de ce type de patients ; ainsi que sur l'importance de sensibiliser les équipes des services d'urgences aux besoins spécifiques de ces patients.

G. An Examination of the Temporal and Geographical Patterns of Psychiatric Emergency Service use by Multiples Visit Patients as a Means for their early detection

L'objectif de cette étude était d'identifier des marqueurs potentiels, temporels ou géographiques, d'utilisation récurrente, des urgences psychiatriques pour la détection précoce de ces patients ré-utilisateurs.

Cette étude comparative menée à Montréal, au Canada, étudiait le temps séparant deux visites consécutives, des visites groupées (ex 3/ mois) ainsi que les visites effectuées dans 3 autres services d'urgences psychiatriques, entre 1985 et 2004. Les patients étaient répartis en groupes en fonction de leur nombre de passages (1 à 3, 4 à 10 ou plus de 11 visites).

19 740 patients réalisaient quelques 38 420 visites sur les 19 ans que dure la période d'étude ; 17 959 patients réalisaient 22 606 (soit 1 à 3 visites par patient), 1408 réalisaient 8025 visites (soit de 4 à 10 visites par patients), 373 patients réalisaient 7789 visites (soit 11 ou plus visites par patient)

Ces patients ré-utilisateurs avaient plus de chances d'avoir :

- un diagnostic de trouble de personnalité [OR]= 3,7 $p < 0,001$;
- un diagnostic de schizophrénie [OR]= 3,6 $p < 0,001$;
- les patients avec troubles des conduites addictives [OR]= 0,65 $p < 0,005$ (ces patients effectuaient 50 % de leurs visites dans d'autres services).

Cette étude concluait à l'existence de schémas différents significativement entre les différents groupes de patients ré-utilisateurs. Ces schémas associés avec des profils diagnostics distincts pourraient potentiellement conduire à une identification et un traitement plus rapide de ces patients.

H. Frequent Visitors to Psychiatric Emergency Services : Staff Attitudes and Temporal Patterns

Il s'agit d'une étude menée à Detroit aux Etats-Unis, en 1999, qui se propose d'étudier le ressenti des personnels soignants envers les patients récurrents aux urgences psychiatriques, ainsi que l'existence de schémas temporels d'admission de ces patients.

Sur la période d'étude le service enregistrait 10 178 admissions pour 5 722 individus. Ceux ayant plus de 6 visites sur la période constituaient les patients récurrents. L'équipe soignante constituait, quant à elle, un effectif de 36 personnes.

Les résultats de cette étude montraient que les équipes soignantes étaient plus à même de penser que les patients récurrents :

- recherchaient des soins à cause de difficultés à accéder à des services alternatifs (94% des soignants) ;
- étaient plus souvent sujets à des conduites addictives (92 % des soignants) ;
- recherchaient une hospitalisation (86 % des soignants) ;
- n'étaient pas compliant aux soins proposés (81 % des soignants).

L'étude des admissions en fonction du calendrier, et de la météorologie de 1999 montrait que ces patients étaient plus souvent présents :

- la première semaine du mois ;
- lorsque la météorologie était peu clémente.

Cette étude concluait que les patients récurrents sont plus souvent des patients défavorisés manquant de soutien et n'ayant pas accès à des solutions alternatives qui utilisent les urgences psychiatriques pour obtenir leurs besoins de première nécessité.

I. Predictors of frequent visits to a Psychiatric emergency room : A large scale register study combined with a small scale interview study

Etude menée au Danemark, sur une période de 12 ans (de 1995 à 2007), dont l'objectif était d'identifier des facteurs potentiellement prédictifs d'un usage récurrent des services d'urgences psychiatriques.

Cette étude comprenait 2 versants :

- Un premier utilisant un registre de grande échelle avec une analyse de régression logistique ; étude de quatre cohortes (sélectionnées en fonction d'une période de 4 ans, 1995, 1998, 2001 et 2004 de patients ayant au moins une visite aux services d'urgences psychiatriques puis suivis sur une période de 3 ans) afin d'identifier une tendance éventuelle dans le profil des patients récurrents.
- Un second à petite échelle, basé sur l'interprétation d'entretiens (15 patients avec récurrence ont été interrogés sur leur motivation quant à leurs passages par les services d'urgences psychiatriques, leur réseau et leur support social).

Cette étude identifie 2 facteurs pouvant aider à prédire l'usage récurrent des services d'urgences psychiatriques :

- Un usage déjà intensif de ces services (plus de 5 visites dans ces services d'urgences psychiatriques)
- Un nombre d'admission > 3 ou plus de 60 jours d'hospitalisations sur une période de un an

D'autre part, les profils des utilisateurs ont évolué au cours des années ; si les patients récurrents étaient au départ (1999) des patients avec une maladie mentale sévère, ils ont été supplantés progressivement par des patients avec un profil d'utilisateurs de substances psychoactives (2002) puis par des patients vivant en foyer d'hébergement (2002-2003-2004).

J. Predicting community tenure in patients with recurrent- utilization of a psychiatric emergency services

Il s'agit pour cette étude rétrospective menée à Louvain en Belgique, de 2000 à 2002, de prendre en compte le temps durant lequel les patients pourront se maintenir dans la communauté après une première admission dans un service d'urgences psychiatriques.

Elle utilise les données d'entretiens semi structurés des 531 patients ayant un ou plusieurs antécédents d'admission dans un service d'urgences psychiatriques lors de leur visite index (sans épisode intercurrent d'hospitalisation), ce qui représentait 14,3 % des 3 719 personnes admises durant la période de 2 ans.

Parmi ces 531 patients, 53 % avaient un maintien de moins de 2 mois dans la communauté, 38 % un maintien intermédiaire (de 2 à 12 mois) et 9 % un maintien long de plus de 12 mois.

Les facteurs prédictifs d'un maintien court dans la communauté étaient :

- l'absence de soins après leur dernière visite (OR = 6,43) ;
- une absence de compliance aux soins proposés (OR = 3,89).

Les facteurs prédictifs d'un maintien intermédiaire dans la communauté étaient :

- un diagnostic de trouble de l'adaptation (OR = 6,72) ;
- un trouble lié à une substance (OR = 3,47) ;
- une absence de trouble psychiatrique (OR = 4,13).

Les facteurs protecteurs pour un maintien long étaient :

- être en cours de traitement ambulatoire (OR = 0,05) ;
- être non compliant avec les soins proposés lors de leur dernière visite (OR = 0,09).

Cette étude conclut sur le fait que la durée du maintien des patients dans la communauté n'est pas influencée par des caractéristiques cliniques mais plutôt par l'organisation des soins après leur recours aux urgences de psychiatrie.

K. Les grands utilisateurs des services d'urgences psychiatriques dans la région du Montréal métropolitain

L'auteur s'intéresse dans cet article, à une étude descriptive de la population des services d'urgences psychiatriques dans la région de Montréal, au Canada, réalisée antérieurement. Il définit différents profils d'utilisateurs récurrents :

- les réutilisateurs « récents » récidivants dans les 2 ans ;
- les réutilisateurs continus récidivants dans avant 2 ans et après 2 ans ;
- les réutilisateurs cycliques récidivants après une période de deux ans.

Les patients réutilisateurs récents avaient dans cette étude plus de chances :

- d'avoir un diagnostic autre que psychose ;
- d'être intégrés au marché du travail.

Les patients réutilisateurs continus avaient plus souvent :

- un diagnostic de trouble psychotique ;
- des soins psychiatriques fréquents.

Et étaient :

- non intégrés au marché du travail ;
- de sexe féminin.

Les patients réutilisateurs cycliques avaient, eux, plus de chances :

- d'être de sexe féminin ;
- d'avoir eu des hospitalisations multiples ;
- d'avoir eu de longues durées de séjour ;
- d'avoir un âge élevé ;
- de vivre seul.

S'appuyant sur ses analyses, l'auteur développe l'idée que le modèle de soins psychiatriques s'appuie surtout sur une réponse réactionnelle de type curative, réagissant surtout lorsque l'individu est en état de crise manifeste (c'est-à-dire le fonctionnement proprement dit du système de soins) ; et qu'une problématique socio communautaire se doit d'être dégagée de ces phénomènes notamment concernant la réinsertion des malades et leur place dans la communauté.

L. Patients récurrents aux urgences psychiatriques : analyse démographique et clinique

L'objectif de cette étude menée à Marseille sur une période de 6 ans, est d'étudier profil clinique et socio démographique des patients récurrents dans un service d'urgences psychiatriques au travers de l'analyse rétrospective d'une base de données. Les patients récurrents étaient définis comme présentant un nombre de visites supérieur à deux déviations standard par rapport au nombre moyen de visites.

Sur 8800 patients effectuant 16754 visites en six ans, 192 avaient un nombre de visites supérieur ou égal à 9. Ces patients représentaient 2 % des patients et effectuaient 21,3 % du nombre total de visites.

Le motif principal de consultation étaient les symptômes anxieux, ils avaient plus souvent un diagnostic de schizophrénie ou autres troubles psychotiques, (72,6%) et 39,1% étaient sans domicile fixe.

Les patients récurrents avaient plus souvent recours aux urgences psychiatriques par comparaison au groupe témoin pour une anxiété (37,6 % vs 32,1%) et moins souvent pour des troubles du comportement (8,4% vs 12,9%) ainsi que moins fréquemment pour dépression (7,8% vs 17,2%) et idées suicidaires (4,5% vs 11,1%).

Ces patients récurrents aux urgences de psychiatrie avaient plus de chances d'avoir un :

- diagnostic de schizophrénie ou trouble du spectre schizophrénique OR = 29,5 IC :11,4-76 ;
- diagnostic de trouble de la personnalité OR = 5,5 IC : 3,6-8,4 ;
- diagnostic de trouble mental lié à l'utilisation d'une substance psychoactive OR = 4,6 IC 3,1-7-
- statut de sans domicile fixe OR = 2,7 IC 1,8-4.

A ces patients étaient inversement associés :

- un diagnostic de trouble de l'humeur OR = 0,07 IC : 0,03-0,19 ;
- un diagnostic de trouble névrotique OR = 0,14 IC 0,05-0,4.

L'Age ainsi que le sexe n'ont par contre pas été retenus lors de l'analyse multivariée comme significativement associés au phénomène de récurrence.

M. High utilizers of psychiatric emergency services

Le sujet de cette étude, réalisée de façon rétrospective, à Seattle aux Etats-Unis et menée de 1999 à 2003 (soit 4 ans), avait pour objectif de déterminer précisément les caractéristiques cliniques et socio-démographiques des patients récurrents aux urgences de psychiatrie.

Les auteurs utilisaient dans cette étude trois définitions pour l'identification des patients récurrents :

- les patients ayant un nombre de visites au moins supérieur à deux déviations standards au-dessus du nombre moyen de visites ;
- les patients ayant effectué six visites ou plus au cours d'une année ;
- les patients ayant effectués quatre visites ou plus en un seul trimestre.

L'analyse permettait de distinguer deux groupes de patients hautement récurrents au travers de différentes définitions.

Trois groupes ont ensuite été comparés ; les patients récurrents en fonction des déviations standards et les patients récurrents par trimestre ; ainsi que le groupe contrôle formé d'un échantillon aléatoire de 10 % de l'ensemble des autres patients.

Les patients récurrents représentaient 4% de l'échantillon, soit 761 patients admis sur une période de 4 ans et effectuaient 23 % du nombre total de visites soit (7 298 visites).

Comparés au groupe contrôle ces patients étaient plus souvent :

- sans domicile fixe ;
- diagnostiqués comme ayant un retard développemental ;
- dans le circuit de soins en psychiatrie ;
- non coopératifs pour les soins.

Et avaient plus souvent :

- un diagnostic de trouble de la personnalité ;
- un trouble du développement ;
- des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie (volontaire ou non) ;
- bénéficié d'un mauvais étayage social ;
- plus de chances d'être inscrit dans un parcours de soins
- des antécédents d'incarcération ou de désintoxication

Par comparaison au groupe des récurrents par trimestre, il ressort que les patients récurrents par déviation standard :

- effectuaient plus de visites ;
- avaient plus de chance d'avoir des antécédents d'incarcération et d'hospitalisation psychiatrique
- avaient moins de chances d'être sans domicile fixe.

Les auteurs avancent l'hypothèse que les patients récurrents par trimestre seraient reçus aux urgences dans un contexte d'épisodes critiques au cours desquels ils ne s'inscrivent pas dans le système de soins. L'utilisation de définitions différentes dans l'identification des groupes de patients récurrents serait susceptible correspondre à différentes phases de la maladie. Les patients récurrents par trimestres constitueraient ainsi probablement un groupe de transition, traversant une phase d'entrée dans la maladie chronique.

N. Who visits the psychiatric emergency room for the first time ?

Cette étude menée de 2000 à 2002 à Louvain en Belgique, s'intéresse aux patients visitant un service d'urgences psychiatriques pour la première fois, par comparaison aux patients visitant de façon récurrente les services d'urgences psychiatriques.

Réalisée sur l'analyse rétrospective de données cliniques et socio démographiques de patients passant par le service des urgences psychiatriques du CHU de Louvain. Parmi les 3 719 patients évalués, 64 % étaient des patients « incidents » et 36 % des utilisateurs récurrents.

Les auteurs comparent symétriquement les profils des patients récurrents avec celui des patients incidents :

- les patients incidents sont plus souvent de plus de 69 ans (OR=2,84, $p<0,001$) ;
- les patients incidents sont plus souvent des travailleurs actifs (OR=2,21, $p<0,001$) ;
- les patients incidents sont plus souvent orientés ou suivis par un professionnel de santé (OR=1,72, $p<0,001$);
- sont moins souvent sujets à un trouble de personnalité (OR=0,40, $p<0,001$) ;
- ont moins souvent eu à faire à un service d'hospitalisation ou de soins ambulatoires (respectivement OR=0,11 et OR= 0,65, $p<0,001$).

Parmi ces patients, 44% sont hospitalisés, 38% orienté sur des soins ambulatoires, 9% orienté sur un programme de soins de crises ambulatoire et 9% ont refusés tout suivi.

Les patients récurrents (plus d'une visite) présentaient significativement plus :

- de troubles psychotiques ;
- de troubles de la personnalité ;
- de conduites addictives ;
- d'antécédents d'hospitalisations et de traitements ambulatoires.

L'analyse multivariée ne validait pas tous les critères.

N'étaient prédictifs d'une première visite que :

- un mode d'admission médicalisé ;
- avoir un emploi ;
- être plus âgé.

La conclusion revient sur les fait que les deux groupes de patients ne diffèrent pas en ce qui concerne les pathologies de l'axe I, les comorbidités, et le parcours de soins après leur contact avec le service d'urgence psychiatrique.

O. Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room

Cette étude rétrospective a été réalisée dans la région de Bruxelles en Belgique, sur une période de 16 mois. L'objectif était de permettre l'identification précoce des patients récurrents au travers de l'identification de caractéristiques spécifiques. Menée sur une base de données, elle a défini trois groupes de patients réutilisateurs :

les non réutilisateurs (1 visite), les réutilisateurs occasionnels (2 ou 3 visites) et les réutilisateurs fréquents (4 visites ou plus).

Durant la période de 16 mois, 2 470 patients ont été inclus et 3 511 contacts ont été recensés.

Le groupe des réutilisateurs fréquents correspondait au 15^{ième} percentile supérieur du nombre de visites par patients ; ils représentaient 4 % du nombre de patients (n= 2 470) et représentaient 15,5 % du nombre total de visites.

Les patients réutilisateurs fréquents par comparaison aux autres patients avaient plus de risques : - d'être des hommes jeunes ;

- d'avoir une mauvaise protection sociale ;

- d'avoir un diagnostic de trouble dépressif secondaire, de psychose non active ;

- de présenter un état de douleur morale ;

- de s'être présentés d'eux-mêmes ;

- d'avoir des conduites addictives ;

- d'avoir bénéficié d'une hospitalisation temporaire dans le service des urgences psychiatriques ;

- de ne pas avoir de traitement après leur contact avec le service d'urgences psychiatriques ;

Concernant les patients réutilisateurs occasionnels, le profil semblait comparable mais de façon moins intense. Ces patients avaient pour facteurs prédictifs :

- un congé maladie

- une admission de soi-même

- un trouble de la personnalité comme comorbidité

- l'absence de diagnostic psychiatrique

Les auteurs concluent sur le fait que les patients réutilisateurs montrent des profils diagnostics et des motifs de recours multiples qui sont non spécifiques. Il est discuté de l'intérêt de la mise en place d'un programme spécifique de prise en charge de ces patients en s'appuyant sur un meilleur soutien de la part des services susceptibles d'aider cette patientèle, et ce afin d'éviter la surcharge des services d'urgence.

P. Tableau Récapitulatif des résultats des études décrites ci-dessus

ETUDE	Méthodologie de l'étude	Période d'observation de l'étude	Site de l'étude	Population de l'étude	Définition des patients récurrents	Facteurs associés à la récurrence
Lepouriel-Richard et al. 2015	Etude de cohorte rétrospective	3 ans	Genève, Suisse	4322	≥ 3 visites par ans sur les 3 ans	-un diagnostic de trouble de personnalité ([OR] = 2.48 95% [IC] = 1.24 – 4.95 p = 0.10) -un usage récurrent déjà des urgences de psychiatrie dans les 18 mois précédents l'entrée dans l'étude en 2008 ([OR]=3.80 [IC] =1.78 – 8.11 p=0.01)
S Schmoll et al. 2015	Analyse rétrospective de dossiers	6 ans	Marseille, France	8800	≥ 9 visites sur la période	-avoir un diagnostic de schizophrénie (OR = 29,5) -avoir un diagnostic de trouble de la personnalité de type dramatique, émotionnel ou erratique (OR = 5,5) - avoir un statut de sans domicile fixe (OR = 2,7) - avoir des troubles névrotiques (OR=0,14)
Aargaard & Buus 2014	Analyse de régression logistique	12 ans	Aarhus, Danemark	8034	≥ 5 visites par année	- un usage déjà intensif de ces services (plus de 5 visites dans ces services d'urgences psychiatriques) - un nombre d'admission > 3 ou plus de 60 jours d'hospitalisations sur une période de un an
Chaput & Lebel 2007	Etude comparative rétrospective	19 ans	Montréal, Canada	19 740	≥ 1 ≥4 ≥11	- un diagnostic de trouble de personnalité [OR]= 3,7 p<0,001 - un diagnostic de schizophrénie [OR]= 3,6 p<0,001 - les patients avec troubles des conduites addictives [OR]= 0,65 p<0,005 (ces patients effectuaient 50 % de leurs visites dans d'autres services)

Ledoux & Minner 2006	Etude rétrospective sur base de données	16 mois	Bruxelles, Belgique	2 470	<p>≥ 2 visites (réutilisateurs occasionnels</p> <p>≥ 4 visites réutilisateurs fréquents</p>	<ul style="list-style-type: none"> - être des hommes jeunes - avoir une mauvaise protection sociale - avoir un diagnostic de trouble dépressif secondaire, de psychose non active - de présenter un état de douleur morale - de s'être présentés d'eux-mêmes - d'avoir des conduites addictives - d'avoir bénéficié d'une hospitalisation temporaire dans le service des urgences psychiatrique - de ne pas avoir de traitement après leur contact avec le service d'urgences psychiatriques
Ronny Bruffaerts, Marc Sabbe, et Koen Demyttenaere, 2006	Etude rétrospective menée sur une base de données	16 mois	Louvain, Belgique	3 719	<p>Non réutilisateurs 1 visite</p> <p>Réutilisateurs occasionnels 2 ou 3 visites</p> <p>Réutilisateurs fréquents 4 visites ou plus</p>	<ul style="list-style-type: none"> -être des hommes jeunes -avoir une mauvaise protection sociale -avoir un diagnostic de trouble dépressif ou de psychose non active -présenter un état de douleur morale -de s'être présentés d'eux-mêmes d'avoir des conduites addictives -d'avoir bénéficié d'une hospitalisation temporaire dans le service des urgences psychiatriques -de ne pas avoir de traitement après leur contact avec le service d'urgences psychiatriques

Pasic & Russo & Roy-Byrne 2005	Analyse de données rétrospective	4 ans	Seattle, Etats-Unis	17 481	≥ 2 DS au-dessus du nombre moyen de visites ≥ 4 visites par trimestre)	<ul style="list-style-type: none"> - sans domicile fixe - avoir un trouble du développement - d'être dans le circuit de soins en psychiatrie - d'avoir des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie (volontaire ou non) - d'être non coopératifs pour les soins - d'avoir un diagnostic de trouble de la personnalité - de bénéficier d'un mauvais étayage social - d'avoir des antécédents d'incarcération ou de désintoxication
Bruffaerts 2005	Etude rétrospective	2 ans	Louvain, Belgique	3719 531	≥ 1 visite	<ul style="list-style-type: none"> - l'absence de soins après leur dernière visite (OR = 6,43) - une absence de complianc aux soins proposés (OR = 3,89)
Arkenfen & al. 2002	Analyse rétrospective de données	1 an	Détroits, Etats unis	5 722	≥ 6 visites	<ul style="list-style-type: none"> - la première semaine du mois - lorsque la météorologie était peu clémente
D. Ve et al. 2001	Etude de dossier rétrospective	5 ans	Bingerville, cote d'ivoire	436	≥ 1 réadmission	<ul style="list-style-type: none"> - Un âge inférieur à 21 ans ($p=9*10^{-4}$) - avoir ses deux parents vivants ($p=3*10^{-2}$) - être le cadet de la fratrie utérine ($p=10^{-3}$) - Une diagnostic de trouble de l'humeur ($p=0.046$) - Un suivi ambulatoire après la fin de la première hospitalisation excédant 26 semaines ($p=4*10^{-3}$)

O. Saarento, M. Kastrup, et L. Hansson, 1998	Analyse prospective de cohorte	1 an	Oulu, Finlande, Frederiksberg, Danemark	1 055	≥ 3 visites	-de sexe masculin -divorcés ou célibataires -vivants avec leurs parents -sans domicile fixe -âgés de 25 à 44 ans -avoir un diagnostic de trouble de la personnalité ([OR]=5.4 [IC] 95% = 1.7-16.8) -de conduites addictives ([OR]=10.8 [IC] 95% = 3.4-33.5).
Klinkenberg WD. et Calsyn RJ., 1997	Etude rétrospective	18 mois	Saint louis, États-Unis	319	≥ 1 visite	-avoir un antécédent d'admission dans les urgences psychiatriques [OR]= 1,03 – 1,07 -avoir des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie [OR]= 8,45 – 3,60 -être en traitement ambulatoire [OR]= 5,02 – 5,18 - ne pas avoir reçu de soins après la visite index Seuls trois facteurs ont été identifiés concernant la population afro américaine : - ne jamais avoir été marié -ne pas avoir de domicile stable -ne pas avoir été hospitalisé lors la visite index
Cynthia L. Arfken et al 1999	Etude cas témoins	1 an	Detroit, Etats-Unis	74	≥ 6 visites dans l'année	- Un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie dans les douze mois précédents ([OR]= 5,67 [IC]95% = 2,79-11,54 p=0,001) - Rechercher des soins par besoin de médicament ([OR]= 2,37 [IC]95% = 1,17-4,79 p=0,05) -Etre sans domicile fixe [OR]= 9.73 [IC]95% = 4.06-23.33 p=0,001 - Vivre en institution [OR]= 6.46 [IC]95% = 2.42-17.24 p=0,001

O. Saarento, H. Hakko, et M. Joukamaa, 1998	Etude de suivi sur 3 ans	3 ans	Oulu, Finlande	537	≥ 3 visites par an	- Patient vivant seul ([OR]=6.2 [IC] 95% = 1.0 – 37.2 p=0,047) - Etre hospitalisé durant la période du suivi [OR]=15.8 [IC] 95% = 2.8-89.1p=0,002)
Lebeau 1982	Etude descriptive à partir d'une étude antérieure		Montréal, Canada	2 442	≥ 1 visite Réutilisateurs récents Réutilisateurs continus Réutilisateurs cycliques	- d'avoir un diagnostic autre que psychose - être intégrés au marché du travail Les patients réutilisateurs continus avaient plus souvent : - un diagnostic de trouble psychotique - des soins psychiatriques fréquents - non intégrés au marché du travail - de sexe féminin

III. DEUXIEME PARTIE : Patients récurrents aux Urgences de Psychiatrie : Quel Parcours ?

A. Introduction

Le phénomène de réadmission est fréquemment observé dans les services d'urgences psychiatriques, probablement secondaire au processus de la des-institutionnalisation des patients. La réduction du rôle de l'hospitalisation dans le processus de soins, face à des pathologies psychiatriques dont l'évolution est naturellement récurrente, sont des facteurs favorisant le phénomène de réadmission.

Le phénomène de réutilisation fréquente de ces services d'urgences par un faible nombre de patients est identifié dès les années 1980 (1). Les études réalisées estiment que 5%(2) des patients peuvent effectuer jusqu'à 30 %(3,4) des visites dans ces services d'urgences psychiatriques.

La revue de la littérature répondant au phénomène de la réutilisation des urgences psychiatriques retrouve une quinzaine d'études traitant spécifiquement du sujet des patients récurrents aux urgences de psychiatrie.

Si la majorité des études s'intéressent aux caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients récurrents via des études rétrospectives, le parcours de soins de cette population très spécifique est par contre lui peu décrit, et peu connu.

La définition des patients réutilisateurs et la période d'observation sont des données échelonnées d'une étude à l'autre. En effet, il ne semble exister aucun consensus concernant la définition de la récurrence, celle-ci pouvant être définie en fonction des études pour des fréquences de passage (allant de 2 à 11 visites), et pour des durées d'études de 6 mois à 19 ans.

La majorité des études retrouvées étudient la récurrence sur une période de 1 an.(5-9)

Les caractéristiques socio-démographiques qui sont identifiées sont nombreuses et parfois variables d'une étude à l'autre, mais l'ensemble de ces travaux permet un ensemble de caractéristiques qui apparaissent comme homogènes.

Etre un homme jeune (6,8,10,11,12) a été identifié comme un facteur permettant de prédire les réadmissions. Le fait de vivre isolé et d'être dans une situation de précarité socio-économique (5,6,9,13,14) apparaissent cependant être les facteurs les plus déterminants pour ces patients sans emplois, bénéficiant d'un faible étayage social, régulièrement sans domicile fixe (7-9,13) et vivants seuls (14).

Concernant les caractéristiques cliniques, le diagnostic psychiatrique est l'élément clef associé à la récurrence, avec le plus fréquemment retrouvé celui de de trouble psychotique et tout particulièrement celui de schizophrénie (5,6,11,15,16). Les conduites addictives sont également souvent associées à cette population de patients (6-9,11,15), ainsi que les diagnostics de troubles de la personnalité (5,7,8,15).

Les auteurs décrivent lors de leurs études quelques éléments relatifs au parcours de soins : le fait d'avoir déjà un usage récurrent et intensif des services d'urgences de psychiatrie (2,6,13,14,17), se présenter de soi-même (6,11), d'avoir déjà bénéficié d'une admission ou bénéficié d'une hospitalisation temporaire dans le service des urgences psychiatriques (6,7,11,13,17), être dans le circuit de soins en psychiatrie, être non coopératif (7,12), ne pas avoir de traitement après le contact avec le service d'urgences psychiatriques (6,11-13), avoir un nombre d'admission supérieur à trois ou plus de soixante jours d'hospitalisation dans l'année (17), avoir un suivi ambulatoire de plus de vingt-six semaines après la fin de la première hospitalisation (10), vivre en institution (9) sont identifiés comme facteurs du parcours de soins associés aux phénomènes de récurrences.

Notre étude se propose d'analyser la prise en charge déjà mise en place, au travers de l'observation d'actes de soins, pour ces patients récurrents visitant régulièrement un service d'urgences psychiatriques. Les questions qui se posent au travers de ce travail sont d'identifier la stabilité dans le temps de ce groupe de patients, et d'identifier le parcours de soins de ce groupe, au travers du profil de consommation sur les structures de psychiatrie, de patients hautement récurrents. Il est question d'identifier une population dont il est difficile d'apprécier s'il s'agit de multi consommateurs, surconsommant toutes les ressources ; ou s'il s'agit de patients qui sont spécifiquement consommateurs des urgences de psychiatrie.

L'objectif de cette étude est d'analyser la composition dans le temps du groupe ces patients récurrents ainsi que leur consommation de soins par comparaison à un groupe de patient non hautement récurrent, afin d'obtenir un reflet du parcours de soins de ces patients réutilisateurs. Le but de notre travail est de permettre de mieux comprendre le parcours de ces patients réutilisateurs afin d'améliorer ou de réajuster leur prise en charge.

B. Matériel et Méthode

L'étude s'intéresse aux patients visitant le service d'urgences psychiatriques adultes de l'Hôpital de la Timone et l'hôpital de la Conception de Marseille, ville d'environ 800 000 habitants. Ce service assure 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 l'accueil, l'évaluation et le traitement de patients présentant des troubles psychiatriques. Il dispose d'une capacité d'hospitalisation temporaire (moins de 72 heures) de 8 lits. Le nombre de patients visitant ce service annuellement est d'environ 3800.

Nous avons réalisé une étude épidémiologique, comparative, pour laquelle l'analyse a été menée sur les dossiers des patients admis dans le service des urgences psychiatriques du 01 janvier 2016 au 31 décembre 2016, soit une période d'un an.

La définition des patients récurrents se réfère à l'étude de Aargard & Buus (17) qui propose de retenir une définition des patients hautement récurrents comme ceux effectuant un nombre de visites supérieur ou égal à cinq en une année.

Nous excluons de l'analyse statistique les patients hautement récurrents qui ne présentent pas d'informations sur leur prise en charge après leur consultation aux urgences psychiatriques.

Cette définition permet le choix d'une population spécifique dans le comportement de récurrence.

Pour déterminer la population de l'étude nous avons recherché sur les cinq dernières années le nombre de patients qui chaque année effectuaient un nombre de visites supérieur ou égal à cinq dans le service des urgences psychiatriques. Les taux de renouvellement de la file active sont ensuite calculés pour chacune des années, afin d'en extraire la population de l'étude et pour en rechercher la stabilité, nous avons déterminé le pourcentage de patients hautement récurrents de cette population sur les cinq ans.

L'identification des patients hautement récurrents se fait au travers de la file active totale des urgences pour l'année 2016. C'est-à-dire la file des patients qui s'étaient présentés au moins une fois sur l'une des trois unités fonctionnelles des urgences (accueil, consultation, hospitalisation) au cours de l'année 2016.

Les patients de la file active sont ensuite regroupés au sein de trois groupes dichotomisés selon leur nombre de passage(s) : les patients « non récurrents » (une seule visite) les patients dits « récurrents », (deux à quatre visites) et les patients « hautement récurrents », (c'est à dire totalisant cinq visites, et plus, au cours de l'année 2016).

Afin de rechercher la composition du groupe des patients hautement récurrents une fois ceux-ci identifiés, il est recherché au sein de la file active, le nombre de nouveaux patients hautement récurrents (c'est-à-dire les patient hautement récurrents en 2016 et non venus, ou non récurrents, ou non hautement récurrents au cours de l'année 2015) ainsi que les nouveaux patients hautement récurrents, (c'est à dire les patients hautement récurrents en 2016 et non venus au cours de l'année 2015). Nous cherchons à savoir si les patients hautement récurrents sont pour majorité des patients déjà anciennement connus notamment pour leur récurrence.

Le recueil des données s'est fait de façon rétrospective à partir de la base de données médicales des services de psychiatrie des pôles centres et sud de Marseille. Les dossiers ont été anonymisés et les noms des patients remplacés par un numéro d'identification unique.

La base de données médicales et administratives du pôle de psychiatrie centre et du pôle de psychiatrie sud de Marseille est constituée pour chaque épisode de soins de données démographiques, économiques, cliniques et thérapeutiques.

Afin d'explorer les données du parcours de soin des patients hautement récurrents, une analyse de chaque visite, pour chaque patient hautement récurrent a été réalisée, en recueillant le type de lieu et le type d'unité de soins sollicitée.

Les données recueillies sont donc pour chaque patient du groupe hautement récurrent et du groupe témoin, l'ensemble des sollicitations auprès de chacune des structures de psychiatrie regroupées au sein de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille. Nous excluons des patients hautement récurrents les patients qui présentent dans leur parcours cinq sollicitations auprès des urgences de psychiatrie si l'un des épisodes ne présente pas d'indication sur la prise en charge faisant suite à la consultation aux urgences.

Les différents types d'actes sont regroupés en fonction du type de structure et du rôle de la structure auprès de laquelle l'acte est recueilli : les hospitalisations à temps complet regroupant tous les actes auprès des unités d'hospitalisation à temps complet des pôles sud et centre de Marseille, Accueil et soins en addictologie regroupant tous les actes effectués auprès des structures d'addictologie (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers de drogues, Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie, Consultation, Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie et hôpitaux de jour), les actes de prises en charge à temps partiel en psychiatrie générale (hôpitaux de jour, hôpitaux de nuit, hôpital de semaine et Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel), les actes de soins ambulatoires (consultation en Centre Médico-Psychologique, unité de consultation de secteur et consultation en service somatique), ainsi que les actes de soins ambulatoires autres c'est-à-dire comprenant les actes auprès des : ateliers thérapeutiques, d'éducation thérapeutique, les actes pour les consultations dites « hyperspécialisées » (centre expert bipolaire, thérapie familiale, dysphorie du genre, surdité, asperger, précarité, unité locale d'intervention et de crise, et urgences médico psychologique) et d'intervention (anesthésie, sismothérapie, neurophysiologie, Résonance magnétique Trans-crânienne) et enfin les actes pour l'Accueil et les soins en pédopsychiatrie.

Analyses statistiques

Les Patients du groupe « hautement récurrents » ont été appariés aux patients « non hautement récurrents » par tirage aléatoire selon le sexe et l'année de naissance des patients à l'aide du logiciel SAS (Version 9.4). Le Test T de Student apparié a été utilisé afin de comparer les moyennes des différentes caractéristiques du parcours de soins des deux groupes appariés. Le logiciel IBM SPSS Statistics (Version 20) a été utilisé pour l'analyse de ces données.

C. Résultats

Concernant les caractéristiques des patients réadmis au cours de l'année 2016, période de recueil des données, 3885 patients ont été admis et ont réalisé un total de 6627 visites.

Les patients correspondant au critère retenu, soit cinq visites ou plus, et représentaient en 2016, un effectif de 185 patients. Ils représentaient 4,8% du nombre total de patient sur cette année 2016. Ils effectuaient un total de 1555 visites, soit 23,5 % des visites.

Les patients hautement récurrents étaient 237 en 2015 et représentaient 6,5 % de la file active, 178 (4,7 %) en 2014, 190 (4,9 %) en 2013 et 185 (4,7%) en 2012. Les taux dans la file active sont stables avec cependant un pic au cours de l'année 2015 (Tableau 1).

Tableau 1 identification des différents groupes de patients selon leur fréquence de passage aux urgences

	Année de la visite aux urgences / nombre de patients (%)				
	2016	2015	2014	2013	2012
Non récurrent (1 visite)	2744 (70,6)	2544 (69,7)	2721 (72,5)	2849 (73,3)	2844 (72,7)
Récurrent (2 – 4 visites)	956 (24,6)	867 (23,8)	856 (22,8)	849 (21,8)	881 (22,5)
Hautement récurrents 5 visites ou plus	185 (4,8)	237 (6,5)	178 (4,7)	190 (4,9)	185 (4,7)
Total file active	3885	3848	3755	3888	3910

Parmi ces 185 patients hautement récurrents sur l'année 2016, 100 patients étaient de nouveaux patients hautement récurrents, ils représentaient 2,57 % de la file active, ils étaient 154 en 2015 (4,00%) 100 en 2014 (2,66%) et 103 (2,65%) en 2013.

En 2016, parmi ces 100 patients hautement récurrents, 58 sont de nouveaux patients non connus du service des urgences au cours de l'année précédente, ils représentaient 1,49% de la file active. Les taux de renouvellement de la file active sont stables sur les cinq années, puisque les nouveaux patients représentaient 2,34 % (90) en 2015, 1,23 % (46) en 2014 et 1,08 % (42) en 2013 (Tableau 2).

Tableau 2 : résumé des résultats nouveau patient hautement récurrent / nouveau patient parmi les patients hautement récurrents

	Année de la visite aux urgences / nombre de patients (%)			
	2016	2015	2014	2013
Nouveau patient hautement récurrent	100 (2,57)	154 (4,00)	100 (2,66)	103 (2,65)
Nouveau patient parmi les patients hautement récurrents	58 (1,49)	90 (2,34)	46 (1,23)	42 (1,08)

Pour les patients hautement récurrents sur les cinq années (entre 2012 et 2016), l'étude retrouve 590 patients hautement récurrents au moins une fois soit 4% de la file active totale sur ces 5 ans (n=14824 patients). Sur ces 590 patients, 68,6% (405) sont une fois hautement récurrents, 13,4% (79) patients le sont deux fois, 7,6% (45) patients le sont trois fois, 4,7% (28) le sont 4 fois et 4,6%(33) sont 5 fois hautement récurrents (soit le sont chaque année que compte notre recul).

Parmi ces 185 patients identifiés, 2 sont exclus car ne présentant pas d'informations sur leur prise en charge ultérieure, il s'agit de patients s'étant présentés aux urgences de psychiatrie mais n'ayant bénéficié ni de consultation ni d'hospitalisation par la suite (départs sans avis médical).

La population de cette étude, et pour lesquels sont recherchées les caractéristiques des parcours de soins est alors composée des 183 patients identifiés pour l'année 2016 (tableau 3).

Tableau 3 Statistiques échantillons appariés

	Moyenne	N	Écart type	Erreur standard moyenne
Hospitalisation temps complet	1,42	183	3,984	0,294
Hospitalisation temps complet « patients hautement récurrents »	3,48	183	7,423	0,549
Accueil et soins en addictologie	0,80	183	6,305	0,466
Accueil et soins en addictologie « patients hautement récurrents »	0,97	183	8,301	0,594
Hospitalisation temps partiel	0,42	183	2,581	0,191
Hospitalisation temps partiel « patients hautement récurrents »	2,64	183	12,469	0,922
Soins ambulatoires	2,77	183	13,450	0,994
Soins ambulatoires « patients hautement récurrents »	5,67	183	11,156	0,825
Accueil et soins aux urgences psychiatriques	0,81	183	4,272	0,316
Accueil et soins aux urgences psychiatriques « patients hautement récurrents »	1,11	183	4,169	0,308
Soins ambulatoire autres	1,34	183	0,675	0,050
Soins ambulatoires autres « patients hautement récurrents »	8,07	183	5,245	0,388

Le tableau 3 détaille pour chacun des 183 patients des deux groupes, les comparaisons de moyennes sur les données issues de ces patients pour chaque catégorie.

Les patients hautement récurrents présentent pour l'année 2016, en moyenne plus d'actes dans les catégories « hospitalisation temps complet » (3,48 vs 1,42), ainsi que pour la catégorie « Hospitalisation temps partiel » (2,64 vs 0,48), et en « soins ambulatoires » (5,67 vs 2,77) que les patients du groupe apparié. Le nombre moyen d'actes est également légèrement plus élevé dans les catégories « accueil et soins en addictologie » (0,97 vs 0,80) ainsi qu'en « consultations ambulatoires autres » (1,11 vs 0,81).

A noter qu'il n'y a aucun acte « accueil et soins en pédopsychiatrie » pour les patients hautement récurrents.

Tableau 4 : résultats des analyses statistiques des tests par échantillons appariés

	Moyenne	Écart type	Erreur standard moyenne	IC 95%		T - test	Ddl	p-valeur
				Inferieure	Supérieure			
Hospitalisation temps complet : hautement récurrents / appariés	-2,05	8,35	0,61	-3,27	-0,83	-3,32	182	0,001
Accueil et soins en addictologie : hautement récurrents / appariés	-0,17	10,27	0,76	-1,66	1,32	-0,22	182	0,824
Hospitalisation temps partiel : hautement récurrents / appariés	-2,22	12,77	0,94	-4,08	-0,36	-2,35	182	0,020
Soins ambulatoires : hautement récurrents / appariés	-2,90	15,53	1,22	-5,31	-0,49	-2,37	182	0,019
Soins ambulatoire autres : hautement récurrents / appariés	-0,29	6,09	0,45	-1,18	-0,59	-0,59	182	0,513
Accueil et soins aux urgences psychiatriques : hautement récurrents / appariés	-6,72	5,28	0,39	-7,49	-5,95	-17,22	182	0,000
Total actes hors urgences psychiatriques : hautement récurrents / appariés	-7,64	31,73	2,346	-12,27	-3,01	-3,25	182	0,001

Le tableau 4 détaille les résultats des analyses statistiques des tests par échantillons appariés. On obtient des différences significatives concernant les actes « hospitalisation temps complet », -2,055 IC95%[-3,279 - -0,836] p=0,001, « Prise en charge temps partiel » -2,224 IC95%[-4,087 - -0,361], p=0,020, « soins ambulatoires en consultations » -2,902 IC95%[-5,313 - -0,490], p = 0,019 et également sur le « total des actes hors urgences psychiatriques », -7,644 IC95% [-12,273 - -3,015], p=0,001. En revanche il n'y a pas de différence significative sur les actes « accueil et soins en addictologie » -0,169 IC95%[-1,668 - 1,329] p=0,824 ni sur les actes « soins ambulatoires autres /consultation spécialisées » -0,295 IC95%[-5,313 - -0,490] p =0,513.

Une différence significative en ce qui concerne les actes « soins aux urgences psychiatriques » avec -6,727 IC95%[-7,497 - -5,956], p<10⁻³ est également notable. Ces résultats sont résumés dans le tableau 4.

D. Discussion

Les études menées jusqu'à présent sur la tendance des patients récurrents aux urgences de psychiatrie restaient plutôt centrées sur les caractéristiques socio démographiques et cliniques de ces patients. Les quelques éléments du parcours de soins que l'on peut retrouver dans la revue de la littérature ont tendance à être confirmés ici : les patients grands utilisateurs des services d'urgences psychiatriques sont des patients bénéficiant déjà largement de soins, et ceci dans leur globalité. Cependant à ce jour aucune étude ne s'est réellement intéressée à tenter de décrire le parcours de ces patients.

La description du parcours de ces patients nécessite premièrement de s'intéresser à la stabilité de ce groupe dans le temps. La période de surutilisation des urgences peut traduire un épisode de crise qui dure dans le temps mais ne constitue qu'une période dans l'histoire de la maladie du patient, et n'être finalement qu'un épisode ponctuel. Elle pourrait aussi traduire un usage plus régulier et continu du panier de services de l'usager. Les patients que nous avons identifiés comme hautement récurrents sont majoritairement des nouveaux patients, soit nouvellement hautement récurrents pour une partie d'entre eux, soit nouvellement patients et nouvellement hautement récurrents pour une majorité d'entre eux.

Seule une minorité de patients, soit les 33 que retrouve notre étude, sur les 185 patients identifiés initialement sont régulièrement récurrents, et récurrents chaque année. Ces résultats ne sont pas en faveur d'une stabilité dans le temps du groupe des patients hautement récurrents mais plutôt en faveur d'un renouvellement régulier du « pool » de ces patients. Ceci tend plutôt à démontrer l'idée que ces patients hautement récurrents ne le seront pas toujours ; il semblerait qu'il s'agisse plutôt d'une singularité dans leur parcours que d'une tendance définitive à solliciter les urgences de psychiatrie. Cette singularité du parcours, semblerait plutôt témoigner de la tendance de certaines crises à s'étaler dans le temps et à perdurer, ce que Zombek décrit comme la notion de crise-continuité (18). Mais il semble bien s'agir de crise finissant par connaître une forme de résolution.

Les crises récurrentes font partie de ces situations qui ne peuvent probablement pas s'accommoder de la seule prise en charge ambulatoire et où le détour hospitalier constitue la seule voie possible vers une prise en charge extra hospitalière ultérieure. La réadmission, qui peut être vue comme un signe rechute, est actuellement présentée comme inhérente à un défaut de prise en charge et d'articulation avec le milieu ambulatoire, ce que notre étude ne semble pas démontrer ; les patients récurrents et régulièrement en crise, qu'il s'agisse d'une nouvelle situation de crise ou bien d'une crise persistante, sont pourtant des patients qui bénéficient de prise en charge avec une grande partie de sa diversité fonctionnelle. Notre étude semble donc plutôt suggérer une persistance symptomatique en dépit des traitements et des différentes prises en charges.

Ces patients souffrant de maladies psychiques chroniques, sévères et invalidantes surconsommant les services d'urgences psychiatriques même lorsqu'une procédure de « référence » a été scrupuleusement respectée après leurs premiers recours, la surconsommation des autres modalités fonctionnelles de l'institution vers lesquelles ils ont pu être orientés, est pourtant ce que suggère notre étude.

Les patients réitérant, régulièrement affublés d'un vocabulaire péjoratif, mettent à jour un sentiment d'impuissance des soignants et font l'objet de représentations qui veulent que ces malades soient dans des conduites non compliantes avec les projets de soins qui leurs sont dessinés ainsi que des difficultés à rencontrer des services alternatifs (3,19). Ceci tend à être en contradiction avec les résultats de notre étude puisqu'il apparaît que les patients avec ces comportements répétitifs de sollicitation des urgences s'approprient un certain nombre de prises en charge en dehors des urgences, (qu'il s'agisse des hospitalisations à temps complet, des hospitalisations à temps partiel tels que les hôpitaux de semaine, les hôpitaux de jours et les hôpitaux de nuit ; ou qu'il s'agisse de la prise en charge ambulatoire, des consultations avec le psychiatre sur les centres médico psychologiques et sur les unités de consultation de secteur)

Dans les préjugés établis par les équipes soignantes, la recherche de substances dans un comportement relevant du syndrome de dépendance (19), semble lui par contre plus justifié : En effet, les études menées sur le sujet des patients récurrents aux urgences de psychiatrie identifiaient pourtant, comme l'un des principaux facteurs de récurrence, les problématiques addictives décompensées. La comorbidité addictive et l'impulsivité sont classiquement deux facteurs fortement intriqués et en lien direct avec les phénomènes de crise et en particulier de crises persistantes (20,21) et donc de recours aux services d'urgences. Il est notable cependant que ces patients définis dans notre étude, bien que surconsommateurs d'autres modalités de soins ne soient pas identifiés comme sur consommateurs des prises en charge sur le plan de l'addictologie. Les services d'urgences sont un lieu essentiel de la prise en charge des problématiques addictives de par la singularité des situations rencontrées et le nombre de patients admis pour ces causes. Mais ces recours ne génèrent souvent qu'une surveillance et de courtes hospitalisations car les urgences sont principalement confrontées aux épisodes aigus en lien avec les situations d'addiction. La problématique addictive relève de façon essentielle d'un parcours de soins dédié à l'addiction et aux conduites à risques, et il s'agit d'un parcours souvent long.

L'addictologie évoque des techniques de soins psychiatriques spécifiques, en relation avec la crise psychique mais c'est aussi le cas d'un certain nombre d'autres aspects de la prise en charge. Pour exemple, l'éducation thérapeutique consiste en la transmission de connaissances et de compétences au malade dans les domaines de « l'auto-soin » et de « l'auto-surveillance ». L'une des finalités qui se dégage de la notion d'éducation thérapeutique serait donc la stabilité de la maladie et la prévention de ses rechutes. Or les patients de notre étude ne se distinguent pas parmi les patients consommateurs des consultations ambulatoires « autres », qui comprennent la psychoéducation et l'éducation thérapeutique ; celles justement où l'on pourrait s'attendre à rencontrer ces patients ; tout comme c'est le cas des consultations de thérapies familiales, surtout lorsque l'on connaît le rôle actif de la famille dans la demande de soins, leur rôle de « protagonistes » à part entière de la crise qu'ils rencontrent, tel que décrit par M. De Clerc (22).

Avec la mise en place dans Marseille d'équipes d'intervention de crise (unité locale d'intervention et de crise – ULICE-) dont l'objectif est de proposer des alternatives à l'hospitalisation dans les situations de crises, on pourrait s'attendre à une sollicitation plus intense de celles-ci pour ces patients et donc laisser place à une utilisation de cette ressource, ce qui ne semble pas être le cas ici.

De même que l'existence d'une équipe de soins pour la précarité pourrait laisser présager que de telles équipes puissent être sollicitées pour et par ce type de patient, surtout lorsque la précarité socio-économique est identifiée comme l'un des facteurs majeurs en lien avec la récurrence (5).

La prise en charge des patients récurrents aux urgences de psychiatrie nécessite une continuité ; travailler la crise suppose une intervention d'aval et de prévention de ces situations, encore plus particulièrement pour des patients récurrents. Ici les notions d'équipe et de spécificités différentes et complémentaires est essentielle. Il semble cependant que nos résultats suggèrent que la polyvalence des ressources qui sont proposées au sein des établissements de Marseille soit sous exploitée dans la prise en charge de ces patients hautement récurrents aux urgences de psychiatrie.

Ces patients présentent des situations caractérisées par une grande instabilité dans leurs investissements affectifs, sociaux et professionnels semblent n'exploiter qu'une filière linéaire dont les urgences de psychiatrie seraient la porte d'entrée.

Limites de l'étude

Le principal biais de notre étude est probablement lié à l'utilisation d'une base de données monocentrique et au fait que seuls ont été inclus les patients ayant pu bénéficier d'une prise en charge au sein des établissements de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille.

En effet, les patients pris en charge dans les hôpitaux périphériques, y compris ceux possédant un service d'urgence de psychiatrie rattaché, n'ont pas pu être inclus.

En conséquence, et même si le service des urgences psychiatrique du pôle centre de Marseille accueille tous les patients venant s'y présenter, de façon intersectorielle, ce phénomène a pu introduire un biais et ne permet pas une extrapolation à d'autres hôpitaux ou services d'urgences. Qui plus est, le service, l'unité d'accueil des urgences psychiatriques, ne prend en charge que des patients dont l'âge est supérieur à 15 ans, ce qui a pu une fois de plus introduire un biais.

De plus, une partie des actes de prise en charge ne peuvent être étudiés, notamment les notions de prise en charge en psychiatrie libérale, ou en addictologie libérale, ou dans des centres d'addictologie extérieurs à l'assistance publique des hôpitaux de Marseille.

D'éventuels actes de prise en charge (accueil et soins en post cure et établissements privés et structures médico-sociales) n'ont pu être inclus.

Les limites qui sont posées par cette étude en sont la période de recueil des données qui est assez brève, et le faible nombre de l'échantillon qui a composé cette étude.

Enfin la méthodologie de cette étude et son envergure ne peuvent permettre une description fidèle de la complexité d'un parcours de soins. Le parcours de soins pouvant être influencé par la succession temporelle et ordonnée des événements, une véritable étude de typologie des parcours de soins permettrait probablement une bien meilleure compréhension des caractéristiques du parcours de soins de ces patients hautement récurrents.

E. Conclusion

Dans notre société actuelle, avec l'essor des demandes en soins d'urgence tout champ de santé confondu, la psychiatrie est de plus en plus souvent sollicitée sur le mode et la temporalité de l'urgence. C'est dans un contexte de surspécialisation des prises en charge, de diminution des temps d'hospitalisation et de réduction du nombre de lits d'hospitalisation parallèlement à l'extinction progressive des permanences médicales laissant des interstices dans le système de soins, que l'urgence psychiatrique est devenue une pierre angulaire pour l'élaboration d'une politique de santé mentale cohérente, en tant que structure connexe au réseau ambulatoire et hospitalier.

Le phénomène de réadmissions multiples aux urgences de psychiatrie est une problématique sérieuse au sein de cette évolution du soin vers une demande de plus en plus pressante d'accessibilité à ces mêmes soins, et au soulagement de la souffrance.

Cette problématique est directement liée aux ressources que consomme cette population récurrente : une faible proportion des patients devient consommatrice d'une grande partie, presque un tiers, des contacts avec les urgences psychiatriques. Ceci soulève un problème d'éthique médicale, un petit nombre de malades pouvant capter d'importantes ressources de soins au détriment d'autres patients.

Ils constituent un groupe, pour lequel la maladie mentale est grave et s'exprime de façon cyclique, qu'il s'agisse d'une pathologie psychiatrique authentiquement avérée ou de crises sans pathologie psychiatrique d'emblée identifiable, et auquel la psychiatrie communautaire tente déjà d'apporter une réponse.

Des alternatives de soins à la sollicitation des urgences existent pourtant en particulier dans les domaines de la crise et de la précarité, elles sont multidisciplinaires et collaboratives et apparaissent nécessaires dans la prise en charge de ce phénomène.

Notre étude suggère que les patients hautement récurrents aux urgences de psychiatrie sont des patients qui sont essentiellement des patients pour lesquels la récurrence constitue une « phase » dans l'expression de leur maladie. Ils ne sont majoritairement pas des surconsommateurs chroniques des services d'urgences et il s'agit de patients bénéficiant déjà de prise en charges plurimodales. Certains champs de la prise en charge sont ainsi surexploités par ces patients, alors que d'autres dont ils pourraient bénéficier, sont au contraire sous exploités.

En explorant un angle de vue encore peu étudié sur le phénomène de récurrence aux urgences de psychiatrie, cette étude permet d'approfondir les connaissances sur la question des patients hautement récurrents aux urgences de psychiatrie, et se veut une ouverture vers de futures pistes de lectures. Elle suggère de pouvoir solliciter plus fréquemment les unités de crises, et de s'interroger sur une meilleure intégration des soins d'addictologie pour cette catégorie d'usagers. Une meilleure compréhension de ces patients permettra une prise en charge plus adaptée à leur situation, un soulagement plus efficace de leur souffrance et une meilleure

adaptation dans la société.

Cependant la seule considération des caractéristiques socio démographiques et cliniques ou la seule considération du parcours de soins ne permet pas la compréhension de la complexité de ce phénomène de récurrence dans son ensemble. De futures études pourront probablement s'intéresser à confirmer ces résultats obtenus, ainsi qu'aux liens qui peuvent exister entre le parcours de soins et les caractéristiques de ces patients.

F. Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en rapport avec cet article.

G. Références

1. Lebeau A. Les grands utilisateurs des services psychiatriques d'urgence dans la région du Montréal métropolitain. *Santé Ment Au Qué.* 1982;7(1):57.
2. Richard-Lepouriel H, Weber K, Baertschi M. Predictors of Recurrent Use of Psychiatric Emergency Services. *Psychiatr Serv.* mai 2015;66(5):521-6.
3. Buus N. Categorizing "Frequent Visitors" in the Psychiatric Emergency Room: A Semistructured Interview Study. *Arch Psychiatr Nurs.* avril 2011;25(2):101-8.
4. O. Saarento, M. Kastrup, L. Hansson. The Nordic comparative Study on sectorized psychiatry : characteristics of repeat users of emergency outpatient services in two nordic psychiatric services. A 1 year follow-up study [Internet]. 1998 [cité 17 déc 2016]. Disponible sur: *Eur. Psychiatry* 13 : pp. 35-40
5. Schmoll S, Boyer L, Henry J-M. Patients récurrents aux urgences psychiatriques : analyse démographique et clinique. *L'Encéphale.* avril 2015;41(2):123-9.
6. Ledoux Y, Minner P. Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* févr 2006;41(2):115-21.
7. Pasic J, Russo J, Roy-Byrne P. High utilizers of psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv.* 2005;56(6):678-684.
8. Saarento O, Kastrup M, Hansson L. The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: characteristics of repeat users of emergency outpatient services in two Nordic psychiatric services. A 1-year follow-up study. *Eur Psychiatry.* 1 janv 1998;13(1):35-40.
9. Arfken CL, Zeman LL, Yeager L. Case-Control Study of Frequent Visitors to an Urban Psychiatric Emergency Service. *Psychiatr Serv.* 1 mars 2004;55(3):295-301.
10. Ve D, Kone D, Ipou YS. Facteurs associés aux réadmissions psychiatriques des patients hospitalisés pour la première fois à Bingerville en 2001 (Cote d'Ivoire). *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* oct 2010;168(8):571-7.
11. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Who visits the psychiatric emergency room for the first time? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* juill 2006;41(7):580-6.
12. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Predicting community tenure in patients with recurrent utilization of a psychiatric emergency service. *Gen Hosp Psychiatry.* juill 2005;27(4):269-74.
13. Klinkenberg WD., Calsyn RJ. The moderating effects of race on return visits to the psychiatric emergency room - ps.48.7.942. 1997.
14. 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.* 1 oct 1998;98(4):276-82.
15. Chaput YJ, Lebel M-J, et al. An examination of the temporal and geographical patterns of psychiatric emergency service use by multiple visit patients as a means for their early detection. *BMC Psychiatry.* 2007;7:60.

16. Boyer L, Dassa D, Belzeaux R. Frequent Visits to a French Psychiatric Emergency Service: Diagnostic Variability in Psychotic Disorders. *Psychiatr Serv.* août 2011;62(8):966-70.
17. Aagaard J, Aagaard A, Buus N. Predictors of frequent visits to a psychiatric emergency room: A large-scale register study combined with a small-scale interview study. *Int J Nurs Stud.* juillet 2014;51(7):1003-13.
18. Zombek S. Éclairages particuliers sur les situations de crise : crises récurrentes, hospitalisation et réseaux d'intervention. *Santé Ment Au Qué.* 1991;16(2):253.
19. Arfken CL, Zeman LL, Yeager L. Frequent visitors to psychiatric emergency services: Staff attitudes and temporal patterns. *J Behav Health Serv Res.* 2002;29(4):490-6.
20. Ersche KD, Turton AJ, Pradhan S. Drug Addiction Endophenotypes: Impulsive Versus Sensation-Seeking Personality Traits. *Biol Psychiatry.* oct 2010;68(8):770-3.
21. Ellison JM, Blum NR, Barsky AJ. Frequent Repeaters in a Psychiatric Emergency Service. *Psychiatr Serv.* sept 1989;40(9):958-60.
22. De Clercq M. L'intervention de crise, une réponse au changement de la pratique psychiatrique et de la demande du patient. *Santé Ment Au Qué.* 1991;16(2):155.

H. Soumission de l'article à Elsevier

L'Encéphale

Boîte de réception - Google 11:31



L'Encéphale - Accuse de reception de votre manuscrit Patients récurrents aux urg...

Détails

À : Quentin HENTZ,

Répondre à : L'Encéphale



ELSEVIER EDITORIAL SYSTEM

L'Encéphale

Patients récurrents aux urgences de psychiatrie : Quel parcours?

Mr. Hentz quentin

Cher(e) Mr. quentin,

Nous avons bien reçu votre article intitulé :

"Patients récurrents aux urgences de psychiatrie : Quel parcours?"

Cet article sera rapidement soumis au comité de rédaction et nous vous ferons parvenir son avis dans les meilleurs délais.

Vous pouvez suivre l'évolution de votre manuscrit en vous connectant en tant qu'auteur sur le site d'EES à l'adresse <https://eeslive.elsevier.com/encep/>.

En vous remerciant de votre confiance, et de l'intérêt que vous portez à la revue.

Bien cordialement,

La Redaction

L'Encéphale

IMPORTANT:

1) Merci de vous assurer que votre serveur de mail ne vous interdit pas la réception de courriers électroniques envoyés par « elsevier.com », vous pourriez ne pas recevoir certains courriers importants.

2) Il vous est fortement recommandé d'avoir la dernière version d'Acrobat Reader, qui est disponible gratuitement sur : <http://www.adobe.fr/products/acrobat/readstep2.html>.

3) Pour accéder à certaines pages importantes du site, il faut activer les « pop up ». Veuillez bien à vérifier la configuration de votre navigateur Internet, et celle des barres de navigation telles que « Yahoo ! Tool bar », ou « Barre d'outils Google », et à désactiver le blocage des « pop up » sur le site de la revue. Cela ne vous expose à aucun risque.

4) Pour une première utilisation du système éditorial Elsevier (EES), un mode d'emploi et un guide sont disponibles sur la page d'accueil du site : <https://eeslive.elsevier.com/encep/>.

ELSEVIER EDITORIAL SYSTEM

L'Encéphale

Patients récurrents aux urgences de psychiatrie : Quel parcours?

Mr. Hentz quentin

Dear Mr. quentin,

Your submission entitled "Patients récurrents aux urgences de psychiatrie : Quel parcours?" has been received by L'Encéphale

You may check on the progress of your paper by logging on to the Elsevier Editorial System as an author. The URL is <https://eeslive.elsevier.com/encep/>.

If you need to retrieve password details, please go to: http://ees.elsevier.com/ENCEP/automail_query.asp

Your manuscript will be given a reference number once an Editor has been assigned.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Résumé

Objectifs : Identifier un groupe de patients récurrents aux urgences de psychiatrie et déterminer les spécificités de leur parcours de soins.

Méthodes : Les données sur le parcours d'un groupe de patient hautement récurrent (patients effectuant strictement plus de quatre visites), sont comparées au travers de l'étude d'une base de données médicale, à partir des dossiers de 3885 patients ayant consulté aux urgences de psychiatrie de l'hôpital de la conception à Marseille au cours de l'année 2016.

Résultats : Cent quatre-vingt-trois patients sont identifiés comme hautement récurrents. Parmi ces patients, 100 patients étaient de nouveaux patients hautement récurrents et 58 d'entre eux étaient inconnus du service et 33 sont des patients anciennement récurrents. L'analyse montre des différences significatives avec davantage de consommation des actes « total des actes hors urgences psychiatriques », $p=0,001$ « hospitalisation temps complet $p=0,001$, « Prise en charge temps partiel » $p=0,020$, « soins ambulatoires en consultations » $p = 0,019$ et « soins aux urgences psychiatriques » $p<10^{-3}$ pour cette population. En revanche il n'y a pas de différence significative sur les actes « accueil et soins en addictologie » ni sur les actes « soins ambulatoire autres /consultation spécialisées ».

Conclusion : L'usage intensif des urgences psychiatriques constitue une phase plutôt qu'un comportement chronique. Les patients dans cette situation bénéficient déjà de l'intensité d'une prise en charge plurimodale. Une meilleure connaissance de la spécificité des parcours de cette population grande consommatrice d'urgences, semble essentielle dans la réflexion en vue d'améliorer leur prise en charge psychiatrique.

Mots clefs : parcours, patients, récurrents, urgences, psychiatrie