HAL
open science

Urgences psychiatriques aux urgences générales : dispositifs nationaux et régionaux

Sandra Makdassi

To cite this version:

Sandra Makdassi. Urgences psychiatriques aux urgences générales : dispositifs nationaux et régionaux. Psychiatrie et santé mentale. 2019. dumas-02491183

HAL Id: dumas-02491183

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02491183

Submitted on 25 Feb 2020

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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

UFR MÉDECINE – AMIENS

2019

Thèse n° 2019 – 149.

URGENCES PSYCHIATRIQUES AUX URGENCES GÉNÉRALES : DISPOSITIFS NATIONAUX ET RÉGIONAUX

THÈSE de DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

SPÉCIALITÉ PSYCHIATRIE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 10 OCTOBRE 2019

PAR

Sandra MAKDASSI

Président du jury et directeur de thèse : Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Jury de thèse : Monsieur le Professeur Michel SLAMA

Jury de thèse : Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Jury de thèse : Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Jury de thèse : Monsieur le Docteur Baptiste BUSSON

DÉDICACES

À notre Président de Jury et Directeur de thèse.

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Psychiatrie Adultes

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse.
Je vous remercie de m'avoir encadré.
Je vous exprime ici toute ma gratitude et mon profond respect.

A notre juge.

Monsieur le Professeur Michel SLAMA
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Réanimation médicale)
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous m'avez fait l'honneur de juger ce travail.
Je vous prie d'accepter mes sincères remerciements.

A notre juge.

Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Néphrologie)
Doyen, Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine d'AMIENS
Chef du service de Néphrologie, médecine interne, dialyse, transplantation et réanimation médicale
Chef du Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie" (D.R.I.M.E)

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse.
Veuillez recevoir toute ma reconnaissance et mon profond respect.

A notre juge.

Monsieur le Professeur Maxime GIGNON
Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
Épidémiologie, Hygiène Hospitalière et Santé Publique

Vous m'avez fait l'honneur de porter attention à mon travail.
Je vous prie d'agréer toute ma gratitude.

A notre juge.

Monsieur le Docteur Baptiste BUSSON

Praticien hospitalier

Ancien chef de service de l'Unité d'Accueil et d'Orientation, CH Philippe Pinel.

Psychiatre libéral

Je vous remercie d'avoir accepté de prendre part à cette thèse.

Nous avons bénéficié de votre enseignement lors de notre parcours et nous admirons en vous vos qualités humaines et vos compétences.

REMERCIEMENTS

À **Anthony**. Depuis plus de dix ans, ton sourire illumine ma vie et me fournit la motivation et la stabilité nécessaire pour avancer. Aucun mot ne saurait exprimer l'amour, la tendresse et la reconnaissance que j'éprouve pour toi.

À **mes parents et mes frères** qui m'ont gratifié de leur amour et de leur soutien. Je vous dédie aujourd'hui ma réussite.

À **Faustine**, pour avoir supervisé la rédaction de mes travaux.

À **Jérôme**, pour m'avoir étonné par tes qualités humaines et professionnelles. Au cours de ces 18 mois de stage ensemble, j'ai compris que l'important n'était pas où on travaillait, mais avec qui. C'est avec plaisir que je choisis de te supporter encore plusieurs années.

À l'**Équipe de Liaison de Psychiatrie, de Psychologie médicale et d'Addictologie**, pour la bienveillance dont vous m'avez entourée tout au long de ma formation. Je suis heureuse de pouvoir poursuivre cet apprentissage parmi vous.

À l'**Équipe de l'UAO** pour m'avoir fait partager votre goût pour la clinique, pour votre implication dans les soins, pour toutes les fois où vous m'avez guidé, pour votre sympathie et votre humour… Et pour mille raisons, j'ai pris plaisir à travailler à vos côtés et j'espère bien continuer. Ce petit tour de France des urgences m'a en plus permis de constaté que vous étiez une équipe unique.
À Catherine, que dire… Heureusement que tu es là ! Merci pour ta douceur et ta gentillesse. Nous avons tous trouvé une deuxième maman à l'UAO grâce à toi.

À l'**Équipe de l'UPA** pour la façon dont vous m'avez accueilli et aidé à grandir dans ma pratique. Mention spéciale à Audrey pour ta délicatesse légendaire parce qu'il faut savoir porter des gants avec certaines personnes, même quand le maniement de la pelle semble plus adapté.

À **mes maîtres**, pour le savoir que vous m'avez transmis.

À **mes amis** et **collègues**, pour tous ces moments agréables passés ensemble et ceux à venir.

À tous les **soignants interrogés** pour le temps que vous m'avez accordé. J'ai eu plaisir à constater que malgré les difficultés, vous restiez passionnés par ce métier.

Aux **patients** auprès desquels j'apprends chaque jour.

ABRÉVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CAC : Centre d'Accueil et de Crise

CAP : Centre d'Accueil Permanent

CHG : Centre Hospitalier Général

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé (en psychiatrie)

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPOA : Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DSM-5 : *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5th edition* (*American Psychiatric Association*)

EPSM : Établissement Public de Santé Mentale

ESPIC : Établissement Privé d'Intérêt Collectif

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MCO : Médecine – Chirurgie – Obstétrique

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SAU : Service d'Accueil d'Urgence

SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales

SL : Soins Libres

SSC : Soins psychiatriques Sans Consentement

SMUR : Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UP : Urgence Psychiatrique

SOMMAIRE

DÉDICACES **2**

REMERCIEMENTS **12**

ABRÉVIATIONS **14**

I. INTRODUCTION **22**

A. DEFINITIONS 22

1. L'urgence psychiatrique et la crise ***22***

2. L'examen psychiatrique aux urgences ***23***

B. ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE 24

1. Le secteur en psychiatrie ***24***

2. Composantes du dispositif de soins psychiatriques ***25***

3. Organisation de l'urgence psychiatrique ***26***

4. Évolution vers la notion de Santé Mentale. ***27***

C. PSYCHIATRIE DE L'URGENCE 27

D. CONTEXTE 28

1. Fréquence des troubles mentaux ***28***

a. Des services d'urgences sur-sollicités 28

b. Intrication somato-psychiatrique fréquente 29

2. Des structures d'amont et d'aval encombrées ***30***

3. Augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS) aux urgences ***30***

4. Charge pour le médico-chirugical-obstétrique ***31***

5. Stigmatisation de la psychiatrie ***31***

6. Particularité de la présentation des patients psychiatriques ***32***

E. RECOMMANDATIONS 33

F. RATIONNEL DE L'ETUDE 33

G. OBJECTIF DE L'ETUDE 34

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES 35

A. REVUE DE LITTERATURE 35

B. QUESTIONNAIRE STANDARDISE ET ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS 35

III. RÉSULTATS 36

A. EN FRANCE (CHU ET CHG) 36

1. Ile-de-France 36

a. CHU Henri Mondor (Créteil) 36

b. CH René Dubois (Pontoise) 37

c. CPOA, Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (Paris) 39

d. CHU Lariboisière (Paris) 40

e. CH Versailles 42

2. Auvergne-Rhône-Alpes : CH Le Vinatier (Lyon) 43

3. Hauts-de-France : CHRU Lille 43

4. Occitanie 44

a. CHU Purpan (Toulouse) 44

b. CHU Montpellier 45

5. Grand-Est : CHU Reims 46

6. Provence-Alpes-Côte D'Azur : Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille 47

7. Bretagne : CHU La Cavale Blanche (Brest) 48

8. Pays de la Loire : CH Le Mans 49

9. Bourgogne Franche-Comté : CHRU Jean Minjoz (Besançon) 50

B. REVUE DE LITTERATURE 52

1. Allemagne 52

2. Australie 52

3. États-Unis 53

4. Royaume-Uni 56

5. Suisse 56

C. AMIENS 58

1. Dispositif actuel de réponse à l'urgence psychiatrique sur Amiens 58

2. Contexte amiénois 60

3. Projet amiénois 61

IV. DISCUSSION **62**

A. MISE EN PERSPECTIVE AVEC LES DISPOSITIFS EXISTANTS 62

1. Une régulation globale ***63***

2. Un triage efficient ***63***

3. Un « circuit court » psychiatrique ***64***

4. Des parcours protocolisés ***65***

5. Un travail institutionnel collaboratif ***66***

6. Une optimisation des moyens matériels ***67***

a. Influence de la localisation par rapport au SAU 67

b. Importance de l'architecture 68

7. Une équipe pluridisciplinaire ***70***

8. Une unité de court séjour (24 / 72 heures) dédiée à la psychiatrie ***73***

9. Un puissant réseau (Figure 4) ***74***

a. Dispositifs permettant un retour à domicile 74

b. Service d'hospitalisation psychiatrique « post-urgence » 75

c. Hospitalisation en secteur psychiatrique 76

d. Cliniques psychiatriques 76

e. Médecins et psychiatres traitants 76

f. Autres dispositifs 77

10. Évaluer nos pratiques ***77***

11. Point financier ***78***

B. LIMITES DU TRAVAIL DE THESE 78

V. CONCLUSION **80**

VI. BIBLIOGRAPHIE **81**

TABLEAUX **87**

RÉSUMÉ

Les services d'accueil d'urgence (SAU) doivent faire face à une croissance des demandes psychiatriques. En France, la recherche évaluative sur les pratiques est peu développée concernant les urgences psychiatriques (UP) dans les SAU. L'objectif était de faire un état de lieu de l'organisation des UP en France et dans la littérature pour la mettre en perspective avec la situation amiénoise.

Nous avons effectué une revue de littérature et une étude qualitative de services d'UP en France à l'aide d'un questionnaire en ligne et d'entretiens semi-directifs.

Nous avons obtenu 52 réponses au questionnaire et dirigé 21 entretiens téléphoniques dans 14 services d'UP. L'organisation des UP était hétérogène. Les articles organisationnels étaient peu nombreux. Dans la majorité des cas, il ressort que :

(1) un « circuit court » vers les UP était possible ;

(2) l'examen somatique n'était pas systématique même si les psychiatres le déploraient ;

(3) certaines filières de patients devaient préalablement demeurer dans le circuit somatique avant de pouvoir être orientés vers les UP (suicidants, abus de substances…) ;

(4) les services d'UP étaient situés à côté des SAU ;

(5) l'architecture des services était inadaptée ;

(6) les services disposaient d'au moins une chambre d'isolement ou d'un équivalent ;

(7) des infirmiers de psychiatrie avaient renforcés les équipes d'urgence ;

(8) des lits de court séjour étaient dédiés à la psychiatrie.

Des études systématiques sur l'organisation des UP sont nécessaires. Il conviendrait de prendre en compte les expériences françaises et étrangères dans la réorganisation des UP à Amiens ; et il serait intéressant d'évaluer les résultats de cette réorganisation afin d'en diffuser l'analyse.

Mots clés : modèles d'organisation ; service des urgences psychiatriques ; santé mentale ; hôpitaux généraux ; hôpitaux universitaires.

ABSTRACT

The incidence of patients presenting with mental illness is increasing in the Emergency Departments (ED). There are few systematic studies about the organization of Psychiatric Emergency Services (PES) in general hospitals. We aimed to look at PES in France and worldwide in order to get the case of Amiens into perspective. We conducted a review of the literature and a qualitative analysis of french PES by diffusing an online questionnaire and by interviewing PES staff.

52 persons filled in the questionnaire and we interviewed 21 persons from 14 different hospitals. There are many different organizational models and there are arguments on both sides. As a result, we found that in most case:

(1) a "fast-track" system to the PES is possible;

(2) a physical examination isn't compulsory even if psychiatrists find it deplorable;

(3) many patients had to remain in general services before being directed towards the PES (suicide attempts, alcohol and drug abuse…);

(4) PES were located next to in ED;

(5) general facilities wasn't built to manage psychiatric emergencies;

(6) there was at least one secure psychiatric assessment room or an equivalent;

(7) PES staff employed experienced psychiatric nurses;

(8) a psychiatric short-stay unit was located close to the PES.

Systematic studies about PES organization are needed. To successfully reorganize psychiatric emergency management in Amiens, we must learn from french and foreign experiences. Moreover, it would be interesting to assess the results of this reorganization and share it.

Keywords : models, organizational ; emergency services, psychiatric ; mental health ; hospitals, general ; hospitals, university.

I. INTRODUCTION

A. Définitions

1. L'urgence psychiatrique et la crise

La langue française définit l'**urgence** comme une situation pathologique nécessitant des soins immédiats sous peine de conséquences graves pour la santé (1). En ce qui concerne la clinique médicale, on peut distinguer **quatre types d'urgences** avec chacune leur organisation spécifique : l'**urgence médicale**, l'**urgence chirurgicale**, l'**urgence obstétricale** et l'**urgence psychiatrique**. Cette dernière a longtemps été déniée, par les médecins somaticiens évidemment, mais aussi par les psychiatres comme en témoigne le parcours de Guy Baillon qui passe du procès de l'urgence (*« l'urgence en psychiatrie, ça n'existe pas »*, 1977) à l'urgence assumée (*« l'urgence en psychiatrie, ça existe, nous la rencontrons quotidiennement et nous y répondons »*, 1985) (2,3).

Depuis les années 1990, l'**urgence psychiatrique** a toute sa place dans la législation française comme le souligne le décret de 1997 relatif à l'autorisation des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) : *« tout patient se présentant en situation d'urgence y compris psychiatrique doit pouvoir être reçu 24h/24, tous les jours, sans sélection ni discrimination »* (décret n° 97-619 et n° 97-620 de 1997).
La circulaire de 1992 reprend la définition établie par la Commission des Maladies mentales de l'Urgence en Psychiatrie de 1991 et définit l'urgence psychiatrique comme une *« demande dont la réponse ne peut être différée »* ; précisant qu'il y a *« urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin ; elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique »*. En somme, il y a urgence jusqu'à preuve du contraire.
L'urgence est liée à l'état du patient lui-même, à la notion de danger pour le patient et son entourage et au ressenti de l'entourage qui estime une intervention médicale nécessaire (4).

Cependant, l'urgence psychiatrique est difficile à définir en pratique tant elle regroupe des situations variées.
Les principales **situations d'urgences psychiatriques** (5) rencontrées sont :

- la crise suicidaire (idéation suicidaire, tentative de suicide) ;
- l'épisode délirant, inaugural ou marquant une rechute dans l'évolution d'un trouble délirant chronique ;

- l'agitation ;
- les états d'intoxications aiguës aux substances psychoactives et leur sevrage ;
- la crise anxieuse paroxystique et le psycho-traumatisme ;
- et d'autres situations moins fréquentes telles que les états de stupeur, de mutisme, de claustration, d'incurie, d'amnésie d'identité et les voyages pathologiques.

Les experts font apparaître que les urgences psychiatriques revêtent souvent d'autres aspects cliniques et proposent de les classer en **trois grandes catégories d'états pathologiques** :

1. les **urgences psychiatriques pures** par décompensation d'une affection psychiatrique lourde (mélancolie, épisode délirant inaugural d'une schizophrénie), qui à l'évidence nécessitent une prise en charge en milieu psychiatrique après élimination d'une affection organique ;
2. les **urgences psychiatriques mixtes** pour les patients qui présentent des manifestations organiques et psychiatriques simultanées : tentatives de suicide, delirium tremens, etc. ;
3. les **crises psycho-sociales** ou **états aigus transitoires**, c'est-à-dire les réactions émotionnelles intenses survenant sur un terrain psychologique vulnérable à la suite d'évènements, de conflits et de détresse très souvent vécus dans la solitude : tentative de suicide, ivresse, etc. (4).

L'urgence psychiatrique est à distinguer de la notion de **crise**. La crise se situe en amont de l'urgence. Il s'agit en général d'une situation interactive conflictuelle impliquant le malade et son environnement. C'est un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, se résout exceptionnellement de manière positive et évolue au contraire vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte (4). Andreoli considère la crise comme une rupture par rapport à l'état antérieur incitant au changement, un point de déséquilibre nécessitant une réorganisation. En ce sens, la crise comporte fatalement une part de souffrance psychique (6). Il apparaît d'ores et déjà pourquoi les services d'urgences, et en particulier les psychiatres, sont régulièrement sollicités pour répondre à des demandes qui prennent leurs origines à mi-chemin entre le médical et le social.

2. L'examen psychiatrique aux urgences

Les principaux objectifs de l'examen psychiatrique aux urgences sont l'évaluation symptomatique et l'évaluation du risque auto- et hétéro-agressif. L'examen doit permettre de guider la prise en charge : soulager le patient de sa souffrance aiguë, protéger le patient et autrui, et orienter le patient vers le dispositif de soins adéquat. L'évaluation diagnostique n'est pas

obligatoire (7), d'autant que l'urgence psychiatrique pose des difficultés nosographiques. C'est là qu'apparaît la spécificité de la psychiatrie : le diagnostic provisoire. Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) propose de recourir à la spécification « provisoire » quand l'information disponible est insuffisante pour faire un diagnostic de certitude ou quand le diagnostic dépend aussi de l'évolution des symptômes dans le temps.

Les **missions d'un service d'urgence psychiatrique** peuvent se résumer à l'**accueil**, l'**évaluation en urgence**, l'**orientation** et lorsque cela s'avère nécessaire l'**hospitalisation de courte durée**.
L'accueil représente la base de la mission d'une équipe de psychiatrie. Il est le socle indispensable au travail précoce d'alliance thérapeutique. Celui-là même qui nous permet une meilleure compréhension du monde interne du patient, ainsi que le respect de ses positions (8–10). L'enjeu est majeur car la qualité de cette alliance conditionne la prise en charge ultérieure.

Un autre aspect important de la prise en charge aux urgences est l'évaluation de l'*insight* et du consentement (11). L'***insight*** est la conscience qu'a le patient de ses troubles. Le **consentement** se définit comme la capacité du patient à recevoir une information adaptée, à comprendre et écouter, à raisonner, à exprimer une libre décision et à maintenir cette décision dans le temps (12).

B. Organisation de l'offre de soins en psychiatrie

L'organisation de l'offre de soins est une donnée déterminante à prendre en compte lors de la prise en charge de l'urgence, car celle-ci ne pourrait être pensée qu'en lien avec le réseau déjà existant.

1. Le secteur en psychiatrie

Le secteur a été défini par la circulaire du 15 mars 1960 mais ce n'est que dix ans plus tard que l'impulsion politique et administrative fut donnée et que les réalisations extrahospitalières se concrétisèrent. Déjà à cette époque, il s'agissait de déplacer le centre de gravité du dispositif de soins de l'hôpital vers la communauté, faisant écho à la politique actuelle de « virage ambulatoire » (favoriser la prise en charge ambulatoire au dépend de l'hospitalisation complète et de l'institutionnalisation). L'objectif du secteur était de créer un vaste réseau de soins de proximité dont le centre médico-psychologique serait le pivot central, garantissant une continuité des soins aux patients atteints de troubles mentaux ; et ce, de l'hospitalisation jusqu'à

la réhabilitation psycho-sociale. Soixante-dix ans après sa création, le bilan de la politique de secteur est globalement positif, bien qu'en partie inachevé. La mission de la psychiatrie de secteur a d'ailleurs été réaffirmée dans le « projet territorial de santé mentale » en valorisant l'association de tous les acteurs de santé mentale, dont les acteurs sociaux et médico-sociaux (13–15).

2. Composantes du dispositif de soins psychiatriques

A. Lopez et G. Turan-Pelletier individualisaient trois composantes du dispositif de soins psychiatriques (16) :

« 1) **une composante sectorisée**, la plus importante, faite d'établissements publics (services de psychiatrie dans des hôpitaux généraux ou universitaires, établissements publics de santé mentale (EPSM) ou CHS en Psychiatrie) et d'établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC) ;

2) une **composante non sectorisée**, faite d'établissements publics (une part de certains CH) et d'établissements privés à but lucratif ;

3) une **composante exclusivement ambulatoire**, faite de cabinets de psychiatres libéraux et des Centres Médico-Psychologiques (CMP). »

La composante sectorisée (ou « secteur ») correspond à une aire géographique desservie par un hôpital psychiatrique et renvoie à de multiples dispositifs extrahospitaliers, chacun plus ou moins impliqué dans la prise en charge en amont et en aval de l'urgence psychiatrique. Le secteur dont dépend un patient est déterminé par l'adresse de son domicile.

La majorité des prises en charge est exclusivement extrahospitalière (80%).

Le **centre médico-psychologique (CMP)** est le pivot de cette organisation. Une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmiers, assistants sociaux…) assure une activité de consultations programmées et des visites au domicile. Ces intervenants peuvent également orienter les patients vers divers dispositifs tels que les hôpitaux de jour, les centres d'activités thérapeutiques à temps partiel, les foyers de post-cure, les ateliers et appartements thérapeutiques... Ces derniers se sont multipliés ces dernières années diversifiant l'offre de soins du secteur. Ils assurent ainsi un accompagnement et des soins polyvalents permettant une prise en charge ambulatoire spécialisée et individualisée.

En ce qui concerne l'**hospitalisation complète**, les soins librement consentis représentent la majorité des situations (75% des hospitalisations en France). Toutefois, les troubles psychiatriques ont la particularité d'induire des troubles du jugement conduisant parfois à recourir à des soins psychiatriques sans consentement. Les soins sans consentement sont régis

par la loi du 6 juillet 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013, qui définit trois modes de soins psychiatriques sans consentement (SSC) : les soins psychiatriques à la demande d'un tiers, les soins psychiatriques en péril imminent et les soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état qui peuvent prendre la forme d'une hospitalisation complète continue ou d'un programme de soins (soins ambulatoires, hospitalisation à temps partiel ou à domicile…) (17).

L'offre privée est essentiellement basée sur la composante non sectorisée et exclusivement ambulatoire du dispositif. Elle regroupe une offre de soins moins diversifiée, essentiellement basée sur l'hospitalisation et la consultation (16). Lopez et Turan-Pelletier appuyaient le fait que ces deux modèles (public et privé) ne devaient pas s'exclure l'un l'autre mais au contraire contribuer à la diversification globale de l'offre. D'autant qu'ils ne prennent pas en charge les mêmes profils pathologiques ; les patients avec les troubles les plus sévères sont plutôt hospitalisés dans les établissements sectorisés publics (16) (troubles du comportement, soins sans consentement…).
Pourtant, Lopez et Turan-Pelletier déploraient encore récemment l'absence de fluidité entre ces dispositifs, là où la complémentarité s'annonce indispensable (16).

3. Organisation de l'urgence psychiatrique

La psychiatrie d'urgence est principalement organisée par les hôpitaux généraux d'une part, et/ou par les services de secteur ou intersectoriels d'autre part (13).

Dans les **hôpitaux généraux**, la présence psychiatrique aux urgences peut être assurée de plusieurs manières :
- par des services de secteur lorsqu'ils sont implantés à l'hôpital général (un tiers des cas)
- par un service de psychiatrie de liaison ayant pour mission d'intervenir aux urgences et dans les services médico-chirurgicaux et obstétriques (MCO)
- par l'établissement de conventions avec les services du secteur
- par un service d'urgence psychiatrique implanté directement à l'hôpital général, modèle que nous développons plus en détail dans ce document.

Le décret de 1997 fixant les règles de fonctionnement des services d'accueil d'urgence (SAU) dans les hôpitaux généraux est clair sur la nécessité d'une présence psychiatrique continue (psychiatres et infirmiers en psychiatrie) mais en pratique, ce n'est pas toujours le cas et les moyens sont souvent insuffisants pour réaliser cette mission de manière optimale.

Dans les **hôpitaux spécialisés en psychiatrie**, la prise en charge des urgences dépend :
- soit d'un **centre d'accueil permanent** (CAP) ouvert 24 heures sur 24 pouvant être sectoriel ou intersectoriel, intra ou extrahospitalier,
- soit d'un **centre d'accueil et de crise** (CAC) qui est un CAP disposant de quelques lits d'hospitalisation de courte durée (48-72 heures) permettant des « hospitalisations de crise » dans les situations de détresse aiguë.

Les centres prennent essentiellement en charge les situations de crise et les décompensations pures de pathologies psychiatriques connues ; le reste des urgences psychiatriques est orienté préalablement vers les urgences somatiques.
Seulement 4% des secteurs ont un centre d'accueil permanent extra hospitalier. (13,18).

4. Évolution vers la notion de Santé Mentale.

Depuis 2016, le « projet territorial de santé mentale » replace la psychiatrie dans une politique globale de santé mentale et a pour ambition une meilleure articulation des dispositifs de soins sectoriels et intersectoriels, publiques et privés, mais aussi une meilleure articulation avec le secteur social, médico-social, l'éducation nationale…
Dans ce contexte de travail partenarial vers la désinstitutionalisation des soins en psychiatrie, les **psychiatres libéraux** et les **cliniques privées de soins psychiatriques** ont donc toute leur place dans le réseau de l'urgence psychiatrique. Néanmoins, dans leur rapport à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS, 2017), Lopez et Turan-Pelletier soulignaient le fait que la loi du 27 janvier 2016 redonnait effectivement une base législative au secteur, mais qu'elle restait floue quant à l'implication des cliniques privées à but lucratif dans la continuité des soins et l'urgence (14,16).

C. Psychiatrie de l'urgence

D'après Gérard Dubret, la psychiatrie s'est implantée à l'hôpital général dans un contexte qui n'a pas toujours su éviter les polémiques avec les centres hospitaliers généraux (CHG). En effet, il explique que cette implantation est porteuse de nombreux paradoxes :
- « pratiquer des suivis de longue durée dans ce temple du court séjour qu'est aujourd'hui l'hôpital général ;
- privilégier la prise en charge d'un sujet dans sa globalité, là où la technologie est à ce point fascinante qu'un risque vers la médecine d'organe est possible ;

- défendre l'approche humaniste d'une équipe pluridisciplinaire dans un contexte de médecine de pointe et de son cortège de prouesses individuelles ». (19)

A l'image de l'urgence en MCO, l'urgence en psychiatrie a longtemps été sous-estimée et ce, malgré l'accroissement des demandes de prise en charge en urgence. Elle nécessite des compétences spécifiques du fait de sa temporalité et de la complexité de ses intrications avec la législation et la pathologie somatique. De surcroît, l'aide psychologique précoce aux victimes de psycho-traumatismes est en plein essor et ne saurait se concevoir sans professionnel compétent. (13)

D. Contexte

1. Fréquence des troubles mentaux

a. Des services d'urgences sur-sollicités

Les troubles mentaux sont fréquents dans la population générale. On citera, par exemple, les chiffres de l'étude épidémiologique européenne ESEMeD. Lépine et al. (2005) mettaient en évidence que 38,4% de la population française avait présenté un trouble psychiatrique au cours de sa vie en 2002 (13,20).

Selon certaines études, la proportion de patients présentant une symptomatologie psychiatrique représenterait 3% à 10% des admissions des SAU (21–27). Le pourcentage s'élèverait même entre 10% et 30% selon la circulaire de 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques (4,28). Les symptômes psychiatriques sont donc fréquents chez les patients admis au SAU, sans pour autant être le motif de consultation. De nombreuses études ont mis en évidence une augmentation de l'activité et du nombre d'admissions au SAU quel que soit le motif, avec notamment une augmentation de la proportion de patients atteints de pathologies mentales ou de troubles liés à l'usage d'alcool et d'autres substances psychoactives (25,29,30). En dépit de cet état de fait, il semblerait que la prévalence des troubles mentaux reste relativement stable en Europe (31,32). Un certain nombre de facteurs semblent contribuer à cette augmentation de l'activité psychiatrique aux urgences : tendance à la psychiatrisation des problèmes quotidiens, meilleure sensibilisation aux problèmes de santé mentale, progression des situations de crises dans la société, majoration des facteurs de risques psycho-sociaux en lien avec la précarité et l'inactivité, encombrement des structures d'amont extrahospitalières… Autant d'hypothèses qui laissent penser que cette croissance d'activité devrait se poursuivre.

Aux vues de la fréquence croissante des situations d'urgences psychiatriques à l'hôpital général, la question n'est plausiblement pas celle de la légitimité de la présence psychiatrique aux urgences, mais plutôt celle de l'organisation de ce flux de patients et de leur parcours de soins.

b. Intrication somato-psychiatrique fréquente

D'après Gérard Dubret, le service d'urgence d'un grand hôpital général est le lieu où convergent toutes les souffrances de la ville (19), dont une proportion non négligeable d'urgences psychiatriques. Les pathologies impliquées sont multiples (29). Pour exemple, Vaiva et al. (2011) estimaient à 290 000 le nombre de tentatives de suicide prises en charge par les services d'urgences français chaque année (soit 4,1% de la population française) (33). Les tentatives de suicide sont l'une des premières causes d'urgences mixtes d'origine psychiatrique. Inversement, certaines pathologies d'origine somatique peuvent se manifester par une symptomatologie psychiatrique au premier plan. Le syndrome catatonique en est un exemple emblématique. La catatonie était considérée comme pathognomonique de la schizophrénie au point de l'isoler en tant que forme clinique de la maladie. Aujourd'hui, on sait que ce trouble peut également être d'origine organique (neurologique en particulier). De même, il existe un certain nombre de tableaux trans-nosographiques qui illustrent bien la nécessité d'une compétence mixte somato-psychiatrique aux urgences. Les états d'agitation aiguë sont fréquents, leur prévalence est estimée entre 0,8 % et 1,2% des admissions aux urgences générales (34) et les étiologies non psychiatriques sont nombreuses (confusion, comitialité, iatrogénie, troubles hydro-électrolytiques, désordres endocriniens…) (35).

D'autre part, on constate une prévalence élevée des comorbidités somatiques chez les patients consultant pour des motifs psychiatriques (36), dont certaines sont prévisibles et donc accessibles à la prévention en amont de la consultation aux urgences. Réciproquement, certaines comorbidités psychiatriques sont fréquentes et sous-diagnostiquées chez les patients consultant pour des motifs somatiques : troubles dépressifs, troubles anxieux, idées suicidaires… La littérature met en évidence la valeur péjorative de ces diagnostics sur l'évolution somatique ayant pour conséquence une augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS) : les patients MCO présentant des critères pour un trouble mental ont une DMS supérieure par rapport aux patients MCO sans critère de trouble mental ; une différence significative persiste même après ajustement sur groupe homogène de maladies d'appartenance (13,37).

Il semblerait donc que l'on puisse distinguer trois grands types d'intrications MCO/psychiatriques :

1) les **pathologies somatiques à expression psychiatrique** (encéphalite, etc…),

2) les **troubles mentaux ayant des conséquences somatiques** (tentative de suicide, abus de substances…),

3) les **troubles comorbides mixtes** de par leur fréquence.

Les problématiques sociales ne sont pas en reste. Le fait est qu'en dehors des horaires ouvrables, le manque d'accès aux intervenants sociaux et aux informations se fait cruellement sentir. Michel Patris alertait sur le fait qu'il n'est que trop tentant pour les pouvoirs politiques de médicaliser toutes les formes de malaise social et de demander à la médecine, et à la psychiatrie en particulier, de les prendre en charge (38). Les répercussions sur les services d'urgences sont inéluctables et viennent aggraver des situations somato-psychiatriques déjà bien complexes. Se pose alors la question des limites de l'intervention psychiatrique (16).

2. Des structures d'amont et d'aval encombrées

Malgré des textes très clairs mettant en avant la nécessité de recentrer les soins psychiatriques sur les CMP, le dispositif ne permet pas de répondre complètement aux besoins des territoires. Les CMP sont pour beaucoup saturés et dans l'incapacité de répondre aux demandes dans des délais raisonnables, alors qu'un accès précoce aux soins améliore le pronostic de certains patients et limite le recours aux services d'urgence. De son côté, l'offre de soins ambulatoires libérale ne permet pas toujours de pallier à cela.

En outre, on perçoit parfois des stigmates de la politique asilaire d'antan avec un recours prioritaire à l'hospitalisation. Ajouté à cela, une réduction globale du nombre de lits d'hospitalisation en psychiatrie de secteur, la chronicisation de patients attendant leur transfert dans une structure médico-sociale, et c'est tout un réseau qui s'en trouve paralysé. Les cliniques psychiatriques représentent une part croissante des lits d'hospitalisation (11% du total des lits en 1975, 25% des journées d'hospitalisation en 2014 (16)). Mais du fait d'une temporalité et d'un fonctionnement différents (sans citer de probables réticences institutionnelles), les lits du privé ne sont pas toujours une réponse possible à l'urgence.

Entre l'embolisation des services de psychiatrie et le manque de disponibilité des lits du privé, c'est donc un pourcentage non négligeable de lits d'hospitalisation qui se trouve inaccessible en aval des urgences.

3. Augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS) aux urgences

Avec l'augmentation d'activité, s'est installée la crainte d'observer une augmentation des DMS aux urgences pour tous les patients. Dans de nombreux établissements, cette inquiétude s'est

confirmée et spécialement pour les patients présentant des troubles mentaux. Pour exemple, Hefflefinger et al. (2014) expliquaient que la DMS aux urgences était en augmentation en population générale (3 à 4 heures dans le cas d'un retour au domicile ; 7 à 8 heures pour les patients hospitalisés). Dans cette même étude, la DMS des patients psychiatriques était significativement plus longue (8,6 heures pour les patients retournant au domicile ; 15 heures pour les patients hospitalisés) (23,39,40). Or, chez ces derniers, le risque est de favoriser un saut de prise du traitement de fond, un déséquilibre de l'état clinique et une augmentation du risque d'agitation nécessitant l'usage de contentions chimiques et/ou physiques, d'où une augmentation du besoin en personnel et du temps d'observation nécessaire (39). Le retard de prise en charge majore le risque de violence (41).

La qualité des soins d'un service d'urgence dépend, entre autres, de sa capacité à élaborer une proposition de soins et à la mettre en place rapidement. Par ailleurs, une qualité de soins psychiatriques inadéquate aux urgences affecte non seulement les patients « psy » mais aussi la qualité des soins dispensés aux autres patients (39).

4. Charge pour le médico-chirugical-obstétrique

Un nombre conséquent d'études met en évidence la lourdeur que représentent pour les équipes de soins somatiques ces patients à haut niveau de « complexité bio-psycho-sociale », aussi bien en termes d'organisation de la prise en charge que du pronostic somatique (42).

Les équipes somatiques des urgences pointent l'indisponibilité de la psychiatrie (notamment la nuit) et son manque de souplesse par rapport à la temporalité des urgences. D'un autre côté, les psychiatres pointent l'empressement des équipes somatiques à se « débarrasser » de certains patients ; et des études dans des SAU ont montré que les actes auto-agressifs non fatals ne conduisaient pas systématiquement à une évaluation psychiatrique alors même qu'ils sont prédictifs d'un suicide dans l'année (36,43,44).

La continuité des soins psychiatriques aux urgences peut prendre la forme d'une convention avec un centre hospitalier spécialisé (CHS) de psychiatrie. Cependant, une convention ne prévient pas le risque d'épuisement des équipes somatiques et ne permet pas une réelle articulation des soins somatiques et psychiatriques.

5. Stigmatisation de la psychiatrie

Gérard Dubret et Thierry Trémine constataient que « malgré des évolutions radicales, certains ne veulent souvent voir dans la psychiatrie qu'une discipline qui enferme, qui contrôle et qui surveille, dans un intermédiaire flou entre le carcéral et le médico-social ». Ils rappelaient que

certaines études sur la stigmatisation avaient montré que le personnel hospitalier, soignants compris, n'était jamais exempt d'attitude de rejet et d'intolérance à l'encontre de la maladie mentale (19). Dans une étude observationnelle, Dombagolla et al. (2018) ont étudié les freins entravant la prise en charge des patients psychiatriques dans un service d'urgences australien. Ils rapportaient que le manque de connaissances vis-à-vis des troubles psychiatriques intervenait dans 25% des cas, des attitudes négatives dans 17,3% des cas, un évitement des patients psychiatriques dans 16,34% (45). Comme l'énonçaient G. Dubret et T. Trémine, « l'hôpital général n'est donc pas le lieu d'ouverture et de compassion où, comme on l'avait imaginé, les soins psychiatriques peuvent naturellement se démarquer de toute idée d'exclusion ou de stigmatisation » et il reste marqué par ces représentations traditionnelles de la maladie mentale (19).
Carrillo et al. (2018) soulignaient qu'il était primordial de prendre en compte la symptomatologie psychiatrique sans extraire ces patients du parcours de soins des urgences. Mais ils confirmaient que leur prise en charge différait sensiblement de celles des patients consultant pour un motif non psychiatrique (11).

6. Particularité de la présentation des patients psychiatriques

Les agents d'orientation étant moins sensibilisés et moins formés à évaluer les troubles psychiatriques, le triage est fréquemment effectué à un niveau d'urgence plus faible pour les patients présentant une symptomatologie psychiatrique (11,46). Certaines présentations sont faussement rassurantes (11) à l'image du patient mélancolique dont on sous-estime le risque suicidaire ou du patient délirant à bas bruit qui minimise (rationnalise) ses troubles.

Les affections psychiatriques sont des diagnostics d'élimination : réplique quasi emblématique de la psychiatrie, et qui n'est pas sans agacer certains de ses partenaires. D'après Niquille et al. (2009), le transfert d'emblée en institution psychiatrique sans évaluation médicale n'est pas une solution satisfaisante (36). L'examen somatique a pour objet la recherche d'une menace vitale à court terme et de diagnostics différentiels MCO afin d'éviter une augmentation de la morbi-mortalité et une errance diagnostique/thérapeutique.

La demande psychiatrique a cette particularité de ne pas nécessairement émaner du patient lui-même comme en témoigne Henri Ey *« on nous demande de soigner des gens non malades qui ne veulent pas être soignés »* (47). L'absence de demande, souvent liée à une anosognosie, amène parfois des comportements d'opposition active ou passive qui compliquent la prise en

charge aux urgences (45). Et en dépit de certains progrès, l'environnement d'un SAU est souvent contre-thérapeutique pour les patients psychiatriques. La lumière y est agressive, l'environnement bruyant, les box souffrent bien souvent d'un manque d'intimité (souvent pour des raisons de sécurité) et l'ensemble peut sembler chaotique d'un point de vue extérieur (39). Autant dire qu'il s'agit d'un espace qui ne favorise pas l'apaisement et la communication. Il en découle un objectif essentiel : rétablir le contact (ou au moins initier la désescalade en cas d'agitation) (11).

Pour prétendre à une qualité optimale de soins, il s'agirait donc de rétablir la communication avec le patient, mais aussi entre les équipes (des urgences et de psychiatrie).

E. Recommandations

Les textes législatifs se sont succédés depuis la circulaire de 1960. Les premiers plans nationaux de santé mentale encourageaient déjà une meilleure articulation des différents acteurs (y compris le sanitaire) et une intégration des soins psychiatriques dans le dispositif de soins général (16).

De même, la circulaire de juillet 1992 (4) soutenait la nécessité d'une amélioration de la prise en charge des urgences psychiatriques par leur intégration aux SAU. Le constat de l'époque mentionnait :

- « l'hétérogénéité de l'organisation de la réponse aux urgences psychiatriques ;
- l'insuffisante articulation entre les circuits urgences générales et urgences spécifiques ;
- l'inégalité dans la répartition des moyens ;
- l'insuffisance, assez généralement repérée, de la réponse aux urgences psychiatriques dans les centres hospitaliers assurant des soins généraux y compris CHR et CHU. »

Plus récemment, des recommandations similaires apparaissaient dans la loi de janvier 2016 concernant la modernisation du système de santé (14). Elle soulignait l'importance de la fonction de l'urgence en psychiatrie. Dans leur rapport à l'IGAS, A. Lopez et G. Turan-Pelletier s'étonnaient d'observer autant de freins face à des recommandations qui semblaient faire consensus parmi les usagers, les professionnels de santé et les administrations de l'État (16).

F. Rationnel de l'étude

Les services d'accueil d'urgence doivent aujourd'hui faire face à une croissance exponentielle de la demande, aussi bien quantitativement que qualitativement (38). Mais qu'en est-il de l'organisation de l'urgence psychiatrique ?

En France, la recherche évaluative sur les pratiques est peu développée (16) et très peu d'études systématiques se sont intéressées à la question spécifique de l'organisation des urgences psychiatriques dans les CHG et CHU.

Une réorganisation des urgences au CHU d'Amiens a récemment été encouragée par les recommandations de l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts-de-France. A noter que la prise en charge des urgences psychiatriques dépend non seulement de l'organisation hospitalière mais aussi du réseau extra hospitalier qui sera évoqué dans ce travail, mais qui mériterait certainement une étude approfondie. Par ailleurs, le choix d'une étude qualitative descriptive s'est imposé de par la complexité et l'hétérogénéité du dispositif actuel. Il semblerait que l'organisation des soins ait été fortement influencée par l'histoire de chaque territoire et par les initiatives individuelles locales.

G. **Objectif de l'étude**

L'objectif de cette étude était donc de faire un état des lieux de l'organisation des urgences psychiatriques en France et dans la littérature francophone et étrangère pour la mettre en perspective avec la situation amiénoise en cours de réorganisation et la littérature francophone et étrangère.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre étude portait sur l'organisation des services d'urgence psychiatrique.

A. Revue de littérature

Nous avons effectué nos recherches dans *Pubmed*, *Google Scholar*, CifMed, Sudoc, le code de santé publique et les sites internet des établissements disposant de services de psychiatrie. Nous avons utilisé les mots clés : *organizational models*, *psychiatric emergency services*, *mental health*, *university hospitals*, *general hospitals*.

B. Questionnaire standardisé et entretiens semi-directifs

Nous avons construit un questionnaire standardisé que nous avons diffusé via les associations françaises d'internes de psychiatrie et que nous avons utilisé pour mener des entretiens semi-directifs auprès de soignants sollicités par téléphone. Les entretiens ont concerné des psychiatres, des internes, des infirmiers et des cadres de santé. Les questions abordées concernaient : la description du service et de l'établissement, les personnels et les locaux, la régulation et le triage à l'entrée, les missions assurées par le service, la présence d'une unité de court séjour et les structures partenaires du service.

Nous avons exclu les centres pour lesquels moins de deux personnes nous avaient répondu. En revanche, nous n'avons pas exclu les centres dont les urgences psychiatriques étaient gérées par un dispositif de liaison, ni les services d'urgence psychiatrique situés dans les CHS. Car nous avons estimé que ces modèles pouvaient également être des sources d'informations pertinentes pour notre propos.

III. RÉSULTATS

A. En France (CHU et CHG)

Cinquante-deux personnes ont répondu au questionnaire et 21 personnes ont participé aux entretiens.

1. Ile-de-France

a. *CHU Henri Mondor (Créteil)*

L'hôpital Henri Mondor est un CHU qui fait partie de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Il comprend 4 services de psychiatrie : le Service Intersectoriel de Psychiatrie, la consultation, la liaison et les urgences. Le service d'urgence psychiatrique (UP) est situé à côté des urgences générales (collé à la zone de triage). Il a été créé à l'occasion du projet de déménagement-agrandissement du SAU dans un autre bâtiment.

Moyens humains (Tableau 1) : Les infirmiers de psychiatrie sont rémunérés par le CHS Les Murets et seraient en nombre insuffisant. L'équipe dispose d'un système d'alarme qui déclenche l'arrivée de renforts des équipes MCO.
La garde est assurée par un psychiatre jusqu'à 8h00 et un interne jusqu'à minuit. Urgentistes et psychiatres se retrouvent quotidiennement à 8h00 pour une réunion au moment de la relève de la garde.

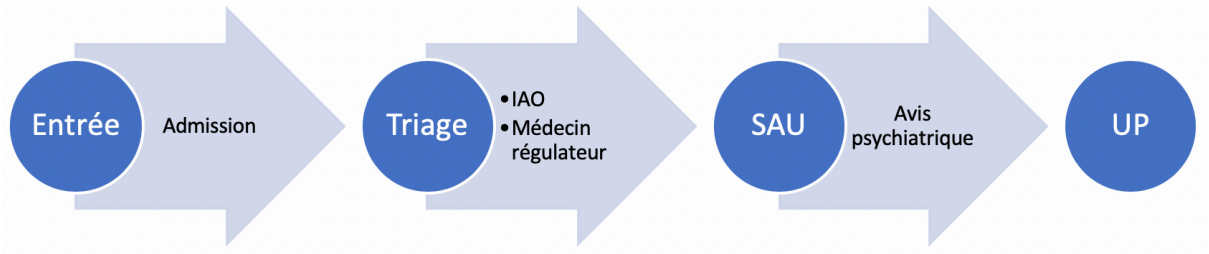

Figure 1 : Parcours patient – Créteil, Reims, Toulouse, (Lille).

Parcours patient depuis l'entrée (Figure 1) : Les patients bénéficient systématiquement d'un examen somatique. Ils sont vus dès l'aire de triage par un interne des urgences et un infirmier d'accueil et d'orientation. Ils transitent par le SAU uniquement s'ils nécessitent une surveillance somatique ou un bilan paraclinique. Les parcours sont très protocolisés et il y a très peu de retours vers le SAU une fois les patients orientés vers le service.

Moyens matériels : une salle d'attente, 2 salles d'entretien, une chambre d'isolement et une salle commune. Le service n'étant pas complètement fermable, le risque de fugue existe, notamment lorsque tous les soignants sont en entretien.

Unité de court séjour : Un premier projet prévoyait 6 lits au sein des urgences. Faute de place, 3 lits CRUP (Centre Renforcé d'Urgence Psychiatrique) ont été créés. Ils sont situés dans une unité de psychiatrie : le Service Intersectoriel de Psychiatrie, unité ouverte de soins libres située dans le bâtiment en face des urgences. Ils n'admettent que les patients en soins libres qui sont sous la responsabilité de l'équipe des urgences psychiatriques. Le fonctionnement de ces lits est actuellement remis en question par l'équipe soignante et par l'administration.

Missions du service (Tableau 2) : Les patients sont vus dans un premier temps par l'infirmier, puis par le psychiatre. Après l'évaluation aux urgences, les patients peuvent être orientés vers (Figure 4) :

- un retour à domicile ;
- une consultation post-urgence au CMP (plages réservées post-urgence) ;
- l'unité de court séjour (lits CRUP)
- une hospitalisation dans le Service Intersectoriel de Psychiatrie ;
- une hospitalisation en secteur de psychiatrie.

Les liens avec le privé sont peu développés.

b. CH René Dubois (Pontoise)

Le CH René-Dubois est un CHG et comprend 5 services de psychiatrie : l'Unité d'Hospitalisation Médico-Psychologiques (UHMP), 3 services de secteur et le service d'urgence/liaison. Le service assure à la fois l'activité de liaison dans l'hôpital et les urgences psychiatriques. Il est situé proche des urgences générales (séparé par un long couloir).

Moyens humains (Tableau 1) : Le service n'accueille pas d'interne en journée. Le psychologue intervient peu dans le service, mais essentiellement à l'UHMP. Le secrétariat est commun avec l'UHMP. La garde est assurée par un interne et un psychiatre est d'astreinte. L'interne peut être amené à intervenir dans le service mais aussi en liaison dans les services MCO.

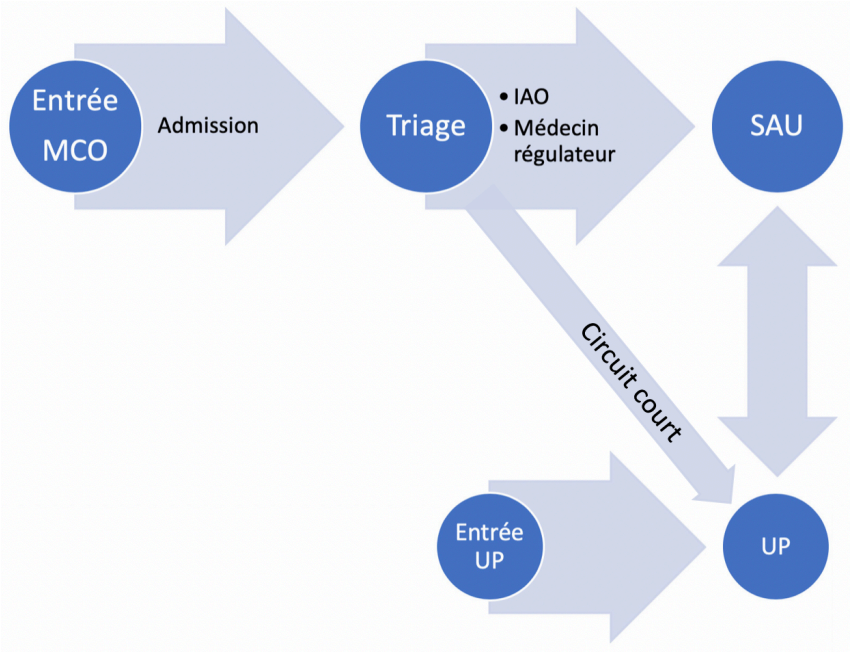

Figure 2 : Parcours patient – Besançon, Marseille, Pontoise.

Parcours patient depuis l'entrée (Figure 2) : Le service possède sa propre entrée ; les patients peuvent consulter directement sans passage préalable au SAU. Aux urgences générales, l'examen somatique n'est pas systématique, le patient peut être orienté directement dans le service par l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO).
Les parcours sont peu protocolisés. Les relations avec les équipes des urgences générales sont décrites comme « compliquées » et la communication comme « rare ».

Moyens matériels : 2 salles d'entretien, 4 bureaux, un bureau infirmier, une salle commune, une salle de réunion et une chambre d'isolement.

Unité de court séjour : 4 « lits de crise » (SL/SSC – 72 heures). Le recours aux hospitalisations courtes est vivement encouragé.
Missions du service (Tableau 2) : Il n'y a pas de réseau de consultations post-urgence bien identifié mais les patients peuvent néanmoins être revus dans le service. Les patients sont vus dans un premier temps par l'infirmier, puis par le psychiatre. Après l'évaluation aux urgences, les patients peuvent être orientés vers (Figure 4) :

- un retour à domicile ;
- une consultation post-urgence dans le service ;
- l'unité de court séjour du service ;
- une hospitalisation dans l'UHMP ;

- une hospitalisation en secteur de psychiatrie.

c. *CPOA, Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (Paris)*

Le CPOA est un Centre d'Accueil et de Crise, appartenant au Groupe Hospitalier Universitaire Paris Psychiatrie & Neurosciences. Il est situé au rez-de-chaussée du site Saint-Anne qui comprend plusieurs services de psychiatrie.
La ville de Paris dispose en plus de plusieurs autres Centre d'Accueil Permanent et de Crise. Certains CMP appliquent des horaires larges (soir et week-end) pour recevoir les patients en consultations non programmées, en amont de l'urgence.

Moyens humains (Tableau 1) : L'équipe infirmière est décrite comme très proactive et impliquée dans les soins et les décisions. Leurs compétences d'évaluation sont valorisées par l'équipe médicale. Les infirmiers sont formés à la prise en charge des agitations et possèdent une très grande connaissance des procédures et certificats. La garde est assurée par un interne et un psychiatre. Le *pool* de garde est ouvert à tous les psychiatres du groupe hospitalier.

Parcours patient depuis l'entrée : Le CPOA est décrit comme une « grosses éponge » accueillant les patients de tous les secteurs. Une convention existe avec l'aéroport d'Orly pour accueillir tous les patients en voyages pathologiques. Une base de données de protocoles est disponible à tout moment sur l'outil informatique et elle est riche (exemple : protocole en cas d'hospitalisation d'un patient ayant un animal de compagnie seul au domicile, fiches de sectorisation, coordonnées…).
Les protocoles pour les patients alcoolisés sont globalement plus souples que dans les autres services d'urgence psychiatrique interrogés. En l'absence de co-intoxication et de critères à monitorer, les patients ayant une alcoolémie estimée inférieure à 2 g/L sont admis en attendant d'être évaluables sur le plan psychiatrique. Pour les soins somatiques, le CPOA dispose de conventions avec les hôpitaux de la Pitié-Salpêtrière et de Cochin.

Moyens matériels : Les locaux ont été pensés spécifiquement pour répondre à la fonction d'urgence en psychiatrie. L'entrée se fait sur un double SAS, le jardin est sécurité ne permettant pas de fuguer du service. Les infirmiers n'utilisent pas les bureaux pour leurs entretiens, ils

rencontrent les patients dans un espace de la salle d'attente, séparé par un grand paravent. Ce fonctionnement a été défini pour répondre aux fréquentes situations d'agitation/violence.
Le bureau de soins infirmiers est ouvert sur la salle d'attente et sur les deux ailes du service. Le service comprend 9 salles d'entretien, un « box de déchoquage » visible depuis la salle de soins (box vitré), 4 bureaux, une salle commune, une pharmacie et un secrétariat.

Unité de court séjour : 5 chambres d'hospitalisation qui n'accueillent que des patients en soins libres ; les hospitalisations sans consentement se font directement dans les services de secteur. La durée moyenne d'hospitalisation est de 24 heures comme le reflète bien le dicton officieux « tu dors, tu sors ».
Missions du service (Tableau 2) : le CPOA assure également des consultations dites « famille sans patient » pour intervenir au domicile des patients à la demande de l'entourage. Les patients sont vus dans un premier temps par l'infirmier, puis par le psychiatre. Après l'évaluation aux urgences, les patients peuvent être orientés vers (Figure 4) :

- un retour à domicile ;
- une consultation post-urgence dans le service ;
- l'unité de court séjour du CPOA ;
- une hospitalisation en secteur de psychiatrie.

Les patients sortent systématiquement avec un courrier de liaison et une orientation, « même celui qui s'est trompé de porte ».
Le CPOA est décrit comme une référence en matière de réseau de par sa richesse. Il travaille souvent en partenariat avec les psychiatres libéraux (notamment pour les patients nécessitant des soins en péril imminent). C'est une porte d'entrée pour tous les hôpitaux de secteur de la région même si les services de secteur peuvent parfois être en difficulté pour accueillir les patients.

d. CHU Lariboisière (Paris)

L'hôpital Lariboisière est un CHU qui fait partie de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Il contient une unité d'hospitalisation non sectorisée. Le service assure à la fois l'activité de liaison dans l'hôpital et les urgences psychiatriques. Le service d'urgence psychiatrique est situé dans une aile des urgences dédiée à la psychiatrie. Il a été créé à l'occasion d'un projet de déménagement-agrandissement du SAU dans un autre bâtiment.

Moyens humains (Tableau 1) : Le service dispose de 7 psychiatres dont 3 sont dédiés aux urgences et à la liaison. Les infirmiers sont financés par le secteur. L'équipe dispose d'un système d'alarme qui déclenche l'arrivée de renforts des équipes MCO. La garde est assurée par un psychiatre seul. Urgentistes et psychiatres se retrouvent régulièrement pour des réunions de synthèse assurant une bonne coordination entre les deux équipes. Par contre, les échanges avec le secteur sont rares.

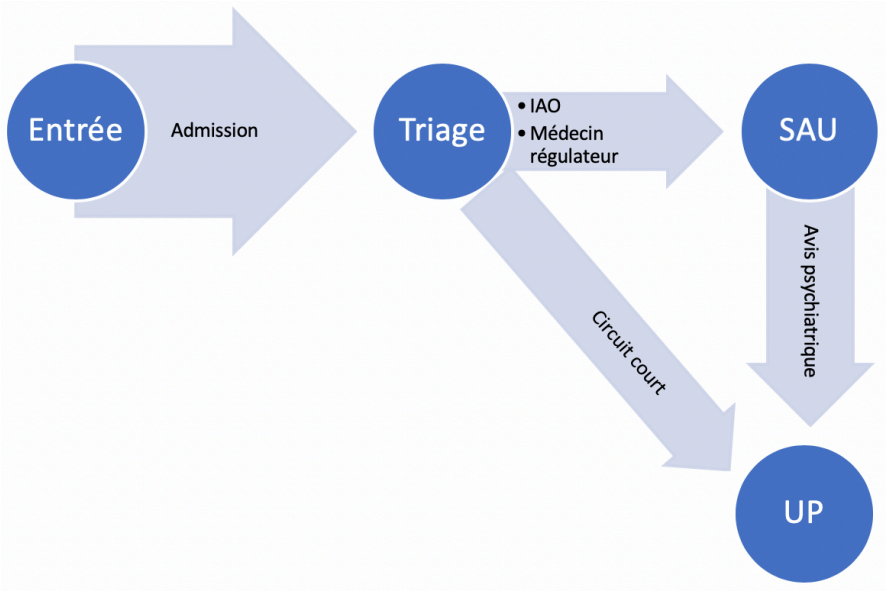

Figure 3 : Parcours patient – Brest, Montpellier, Paris Lariboisière, Versailles.

Parcours patient depuis l'entrée (Figure 3) : L'accueil du patient est assuré par un IAO. Le personnel de triage prévient systématiquement l'équipe de psychiatrie dès qu'un patient va leur être adressé. L'examen clinique somatique est systématique au SAU sauf si le patient a été adressé par son médecin traitant.

Moyens matériels : 2 salles d'entretien, un bureau médical, un bureau infirmier, une chambre d'isolement et une salle commune. Il n'y a aucun lit dédié à l'hospitalisation de crise. Il existe une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) aux urgences mais elle n'est pas prévue pour accueillir les patients « psy ». Les patients sont transférés vers le secteur pour être hospitalisés.

Missions du service (Tableau 2) : Les patients sont vus d'emblée par le psychiatre. Il n'y a pas de réseau de consultations post-urgence bien identifié mais les patients peuvent néanmoins être

revus dans le service. Après l'évaluation aux urgences, les patients peuvent être orientés vers (Figure 4) :

- un retour à domicile ;
- une consultation post-urgence dans le service ;
- une hospitalisation psychiatrique au sein de l'hôpital Lariboisière (SL uniquement) ;
- une hospitalisation en secteur de psychiatrie.

e. CH Versailles

L'hôpital de Versailles est un CHG composé de 8 sites et comprend 3 unités d'hospitalisation de psychiatrie. Depuis 2012, le service d'urgence psychiatrique est situé à côté du SAU.

Moyens humains (Tableau 1) : Le service dispose de 5 psychiatres. Les internes interviennent sur l'unité de court séjour uniquement.
La garde est assurée par un psychiatre et un infirmier. La nuit, les évaluations se font directement au SAU, les locaux étant fermés du fait d'un effectif infirmier insuffisant.

Parcours patient depuis l'entrée (Figure 3) : L'accueil du patient est assuré par un aide-soignant et un IAO. Le service d'UP ainsi que l'unité de court séjour possèdent leurs propres entrées mais l'examen clinique somatique est systématique au SAU sauf si le patient a été adressé par son médecin traitant.

Moyens matériels : 2 salles d'entretien, un bureau médical, un bureau infirmier, 3 box sécurisés avec brancard et une salle d'attente. Les locaux sont ouverts de 8h00 à 19h00.

Unité de court séjour : 12 lits et d'une « chambre d'apaisement ». L'unité est régulièrement utilisée en attendant une place en secteur.
Missions du service (Tableau 2) : L'effectif médical ne permet pas d'assurer un réseau de consultations post-urgence. Les patients sont vus dans un premier temps par l'infirmier, puis par le psychiatre. Après l'évaluation aux urgences, les patients peuvent être orientés vers (Figure 4) :

- un retour à domicile ;
- une consultation post-urgence au CMP (plages réservées post-urgence) ;
- l'unité de court séjour ;
- une hospitalisation de secteur dans l'établissement et dans deux CHS périphériques.

2. Auvergne-Rhône-Alpes : CH Le Vinatier (Lyon)

L'hôpital Le Vinatier est un CHS de psychiatrie et centralise les urgences psychiatriques de tout le département du Rhône à distance des urgences générales. Le Service Médicale d'Accueil des Urgences Psychiatriques (SMAUP) comprend :

- l'Urgence Psychiatrique Rhône Métropole (UPRM)
- l'Unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD)
- l'Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

Moyens humains (Tableau 1) : En plus du personnel habituel, l'équipe comprend 2 à 3 somaticiens. La garde est assurée par un psychiatre et un interne.

Moyens matériels : 4 salles d'entretien, une salle d'examen MCO, un bureau médical, un bureau infirmier, plusieurs chambres d'isolement et une salle commune.

Unités de court séjour : L'UHTCD et l'UHCD comprennent respectivement 13 et 10 lits, et accueillent les patients pour respectivement 72 heures et 6 jours maximum.
Missions du service : (Tableau 2) : Après l'évaluation aux urgences, les patients peuvent être orientés vers (Figure 4) :

- un retour à domicile ;
- une consultation post-urgence dans le service ;
- l'unité de court séjour ;
- une hospitalisation en service psychiatrique.

Par ailleurs, Le Vinatier est doté d'un Centre de Prévention du Suicide qui dispense des interventions de crise (consultations et visites à domicile).

3. Hauts-de-France : CHRU Lille

Le Centre d'Accueil et de Crise (CAC) est situé au niveau de l'hôpital Fontan, dans un bâtiment différent du SAU.

Moyens humains (Tableau 1) : Un infirmier de psychiatrie et un interne interviennent au SAU. Un interne est dédié à « l'astreinte psy » en journée (9h00-18h30). Les psychiatres partagent leur temps entre le CAC, les consultations et d'autres services. Les infirmiers sont tous formés

aux thérapies brèves et participent activement aux traitements psychothérapeutiques. La garde est assurée par un psychiatre et un interne.

Parcours patient depuis l'entrée : À l'entrée au SAU, les patients bénéficient systématiquement d'un examen somatique (Figure 1). Ils sont vu dans un deuxième temps par l'équipe de psychiatrie dans un bureau dédiée au SAU (« box B8 »). Plus rarement, les patients peuvent consulter au niveau de « l'astreinte psy » et être admis au CAC.
En amont du CAC, les patients suicidants peuvent être hospitalisés en « Réanimation toxicologique » : unité de 11 lits située à côté du SAU accueillant les intoxications médicamenteuses volontaires, les ingestions de caustiques, les surdosages…

Moyens matériels : Le CAC comprend : 2 salles d'entretien, 3 bureaux, un bureau de soins infirmiers, un bureau « internes », une salle de synthèse et une salle commune ; « l'astreinte psy » comprend un bureau situé à côté du CAC.

Unité de court séjour : 12 lits (SL – 72 heures). Les prises en charges sont très protocolisées et notamment la surveillance des suicidant. Les entretiens se font le plus souvent en binôme infirmier/médecin. L'entretien familial et le lien avec le médecin/psychiatre traitant sont systématiques.
Missions du service (Tableau 2) : Après l'évaluation aux urgences, les patients peuvent être orientés vers (Figure 4) :

- un retour à domicile ;
- une consultation post-urgence (CAC ou « astreinte psy ») ;
- une hospitalisation 72 heures (CAC) ;
- une hospitalisation en service psychiatrique dans l'établissement, rarement en clinique.

Par ailleurs :
- le territoire lillois est doté de deux autres CAC ;
- le CHRU de Lille est à l'origine du dispositif VigilanS.

4. Occitanie

a. CHU Purpan (Toulouse)

Le service d'UP est situé à côté du SAU.

Moyens humains (Tableau 1) : Les infirmiers sont en général 3 pour l'accueil d'urgence, 2 pour l'UHCD ouverte et 4 pour l'UHCD fermée. La garde est assurée par un psychiatre et un interne.

Parcours patient depuis l'entrée (Figure 1) : Les patients bénéficient systématiquement d'un examen somatique. Ils sont vus dès l'aire de triage par un IAO qui peut solliciter l'équipe de psychiatrie par téléphone. En amont du service, les patients suicidants peuvent être hospitalisés en « Unité toxicologique » : unité de 8 lits située à côté du SAU accueillant les intoxications médicamenteuses volontaires.

Moyens matériels : 4 salles d'entretiens, 2 bureaux médicaux, un bureau infirmier, une salle commune et un « SAS agité » pouvant accueillir un brancard.

Unités de court séjour : Les UHCD ouverte et fermée ont respectivement 8 et 9 lits (SL/SSC).
Missions du service (Tableau 2) : Les patients sont vus dans un premier temps par l'infirmier, puis par le psychiatre. Après l'évaluation aux urgences, les patients peuvent être orientés vers (Figure 4) :

- un retour à domicile ;
- une consultation post-urgence à l'Accueil de Jour Intersectoriel Réactif (AJIR, hôpital de jour géré par le CH Gérard Marchant) ;
- une consultation post-urgence au Centre de Thérapie Brève (patient borderline)
- l'UHCD ;
- une hospitalisation en secteur de psychiatrie ;
- une hospitalisation en clinique.

Deux cliniques privées sont impliquées dans le réseau de l'urgence psychiatrique. Par ailleurs, le CH Gérard Marchant dispose d'une Équipe mobile d'intervention de crise pouvant intervenir au domicile en amont de l'urgence.

b. CHU Montpellier

Le CHU de Montpellier est composé de plusieurs sites, entre autres :
- La Colombière comprenant plusieurs services de psychiatrie ;
- l'hôpital Lapeyronie comprenant le SAU, l'UHCD A (somatique) et l'UHCD psychiatrique.

Moyens humains (Tableau 1) : Le service n'emploie aucun infirmier de psychiatrie, uniquement des infirmiers MCO. La garde est assurée par un psychiatre et un interne.

Parcours patient depuis l'entrée (Figure 3) : Après admission au SAU, le patient est évalué au SAU par l'équipe de l'UHCD psychiatrique. L'examen somatique n'est pas systématique. L'UHCD A accueille les patients encore sédatés ou agités (4 lits « strike »).

Moyens matériels : Un bureau est disponible au SAU pour évaluer les patients. L'UHCD est situé à l'étage supérieur. L'UHCD psychiatrique comprend : 3 salles d'entretiens, un bureau de consultation post-urgence, un bureau médical, un bureau « internes », un bureau infirmier (au centre des lits) et un bureau pour les consultations de psychotraumatologie.

Unité de court séjour : 7 lits (SL). Les chambres y sont sécurisées pour prévenir le risque de suicide.

Missions du service (Tableau 2) : Les patients sont vus dans un premier temps par l'infirmier, puis par le psychiatre. Après l'évaluation aux urgences, les patients peuvent être orientés vers (Figure 4) :

- un retour à domicile ;
- une consultation post-urgence dans le service ;
- l'UHCD psychiatrique ;
- une hospitalisation à l'Unité de post-urgence psychiatrique (19 lits, SL – 14 jours maximum) ;
- une hospitalisation en secteur de psychiatrie (La Colombière) ;
- une hospitalisation en clinique dont la clinique du RECH.

Le dispositif VigilanS est implanté sur le territoire.

5. Grand-Est : CHU Reims

Le service d'urgence psychiatrique est localisé au CHU de Reims (à côté du SAU) mais dépend de l'EPSM de la Marne.

Moyens humains (Tableau 1) : L'équipe envisage de revaloriser le rôle des infirmiers en les impliquant plus dans les soins. La continuité des soins la nuit est assurée par un interne de garde et un psychiatre d'astreinte.

Parcours patient depuis l'entrée (Figure 1) : Les patients bénéficient systématiquement d'un examen somatique. Ils sont vus dès l'aire de triage par un IAO qui peut solliciter l'équipe de

psychiatrie par téléphone. En amont du service, les patients suicidants peuvent être hospitalisés en « Unité toxicologique » : unité de 8 lits située à côté du SAU accueillant les intoxications médicamenteuses volontaires.

Moyens matériels : une salle d'entretien, 4 bureaux médicaux, un bureau infirmier, un secrétariat, 2 chambres d'isolement et un bureau au SAU avec deux portes donnant sur le SAU et le service d'UP.

Unité de court séjour : 8 lits (SL/SSC – 72 heures).
Missions du service (Tableau 2) : Les patients sont vu en entretien directement par les médecins. Il n'y a pas de réseau de consultations post-urgence en raison d'un effectif médical insuffisant. Après l'évaluation aux urgences, les patients peuvent être orientés vers (Figure 4) :

- un retour à domicile ;
- l'unité de court séjour du service ;
- une hospitalisation en secteur de psychiatrie.

Le service projette de créer une équipe mobile de crise et d'implanter le dispositif VigilanS.

6. Provence-Alpes-Côte D'Azur : Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) comprend 4 sites dont l'hôpital de la Conception et l'hôpital de la Timone. L'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques (UAUP) a déménagé depuis quelques mois à quelques mètres du SAU à la Timone.
Marseille comprend plusieurs autres services d'UP (à l'AP-HM Hôpital Nord, au CH Édouard Toulouse et le CAC au CH Valvert).

Moyens humains (Tableau 1) : Le service déplore des difficultés entrainant un épuisement des équipes médicale et infirmière. Le psychologue est surtout sollicité pour les consultations post-urgence. La garde est assurée par un psychiatre et un interne.

Parcours patient depuis l'entrée (Figure 2) : L'entrée de l'UAUP est distincte du SAU. En amont des urgences, un psychiatre du service est en lien permanent avec le médecin du SAMU via un téléphone d'astreinte. Cela a été mis en place pour assurer une meilleure régulation.

Moyens matériels : 5 bureaux médicaux sans compter les bureaux personnels des médecins titulaires, 2 salles d'entretiens, un bureau commun infirmiers/internes, une salle de soins, une

chambre d'isolement et une partie ouverte centrale. Le service étant ouvert, le risque de fugue existe.

Unité de court séjour : 9 lits (SL – 48/72 heures maximum).
Missions du service (Tableau 2) : Après l'évaluation aux urgences, les patients peuvent être orientés vers (Figure 4) :

- un retour à domicile ;
- une consultation post-urgence ;
- l'unité de court séjour du service ;
- une hospitalisation en secteur de psychiatrie (Hôpital La Conception).

Une équipe mobile de crise peut intervenir en amont des urgences.

7. Bretagne : CHU La Cavale Blanche (Brest)

Le service d'UP est situé à proximité du SAU. L'unité de court séjour a été créée à l'occasion du déménagement (agrandissement) du SAU dans un nouveau bâtiment. Le CHU de Brest gère également le CHS de Bohars.

Moyens humains (Tableau 1) : La continuité des soins est assurée par un interne de garde et un psychiatre d'astreinte.

Parcours patient depuis l'entrée (Figure 3) : L'examen somatique n'est pas systématique. L'IAO peut orienter les patients directement vers le service.

Moyens matériels : 3 salles d'entretien, 2 bureaux médicaux, un bureau infirmier avec une pharmacie et un « box contention » visible depuis le poste infirmier et pouvant contenir un brancard. Une salle de réunion est partagée avec le SAU.

Unité de court séjour : 3 lits (SL/SSC – 72 heures maximum).
Missions du service (Tableau 2) : Les patients sont d'abord vu par un infirmier en entretien, puis par un psychiatre. Après l'évaluation aux urgences, les patients peuvent être orientés vers (Figure 4) :

- un retour à domicile ;
- une consultation post-urgence dans le service ;
- l'unité de court séjour du service ;

- une hospitalisation en secteur de psychiatrie (CH Bohars) ;
- un lit privé d'urgence.

Deux lits d'urgence sont rendus disponibles chaque jour par deux cliniques du territoire. Par ailleurs, le territoire dispose d'un Centre d'Accueil Permanent.

8. Pays de la Loire : CH Le Mans

L'Équipe Psychiatrique d'Accueil, d'Urgence et de Liaison (EPAUL) est une équipe de liaison qui intervient au SAU, ce n'est pas un service d'UP à proprement parler. L'activité est concentrée sur le CH du Mans mais l'équipe dépend de l'EPSM de la Sarthe.

Moyens humains (Tableau 1) : Les infirmiers sont présents de 8h30 à 22h00 en semaine et le week-end. Un travail important de supervision des infirmiers est réalisé, leur permettant une grande autonomie. Le psychologue est actuellement dédié à la consultation de psycho traumatologie mais un projet de formation de psychologues de crise est en cours de réflexion. La continuité des soins psychiatriques est assurée par un psychiatre d'astreinte au CH du Mans et un autre à l'EPSM de la Sarthe.

Parcours patient depuis l'entrée : L'examen somatique à l'entrée est systématique au SAU. Un « circuit court » fléché psychiatrie est en cours de réflexion mais ne devrait concerner que des indications très spécifiques.

Moyens matériels : Le SAU met à disposition un local au SAU qui est utilisé comme bureau par les infirmiers de psychiatrie.

Missions du service (Tableau 2) : Les patients sont évalués par les infirmiers au SAU ou à l'UHCD. Les infirmiers peuvent solliciter à tout moment un psychiatre mais l'évaluation par le psychiatre n'est pas systématique (avis téléphonique). Les patients peuvent être orientés vers (Figure 4) :

- un retour à domicile ;
- le Dispositif de Réponse Rapide (astreinte téléphonique 24h/24) ;
- l'Équipe Mobile de Prévention du Suicide ;
- une Unité d'Accueil et d'Orientation : unité d'entrée qui dispose de 3 lits fléchés « crise » (selon les projets évoqués, cette structure pourrait évoluer vers un CAC dans les prochaines années) ;

- une hospitalisation en secteur de psychiatrie ;
- une hospitalisation en clinique.

9. Bourgogne Franche-Comté : CHRU Jean Minjoz (Besançon)

Le service d'UP est situé à côté du SAU.

Moyens humains (Tableau 1) : La continuité des soins psychiatriques est assurée par un interne de garde et un psychiatre d'astreinte.

Parcours patient depuis l'entrée (Figure 2) : L'entrée du service est distincte de celle du SAU. L'examen somatique n'est pas systématique.

Moyens matériels : 3 salles d'entretien, un bureau infirmier, une chambre d'isolement et une salle commune.

Unité de court séjour : 4 lits (SL/SSC – 48/72 heures maximum).
Missions du service (Tableau 2) : Les patients sont vus d'emblée par un binôme infirmier/médecin. Les patients peuvent être orientés vers (Figure 4) :

- un retour à domicile ;
- une consultation post-urgence (aux UP, plages réservées au CMP, structure de consultations post-urgence) ;
- l'unité de court séjour ;
- une Unité de Post-Urgence Psychiatrique (14 lits – 7 jours maximum) ;
- une hospitalisation en secteur de psychiatrie au sein de l'établissement ou au CH Novillars.

Le territoire dispose également d'un Centre d'Accueil Permanent (24h/24).

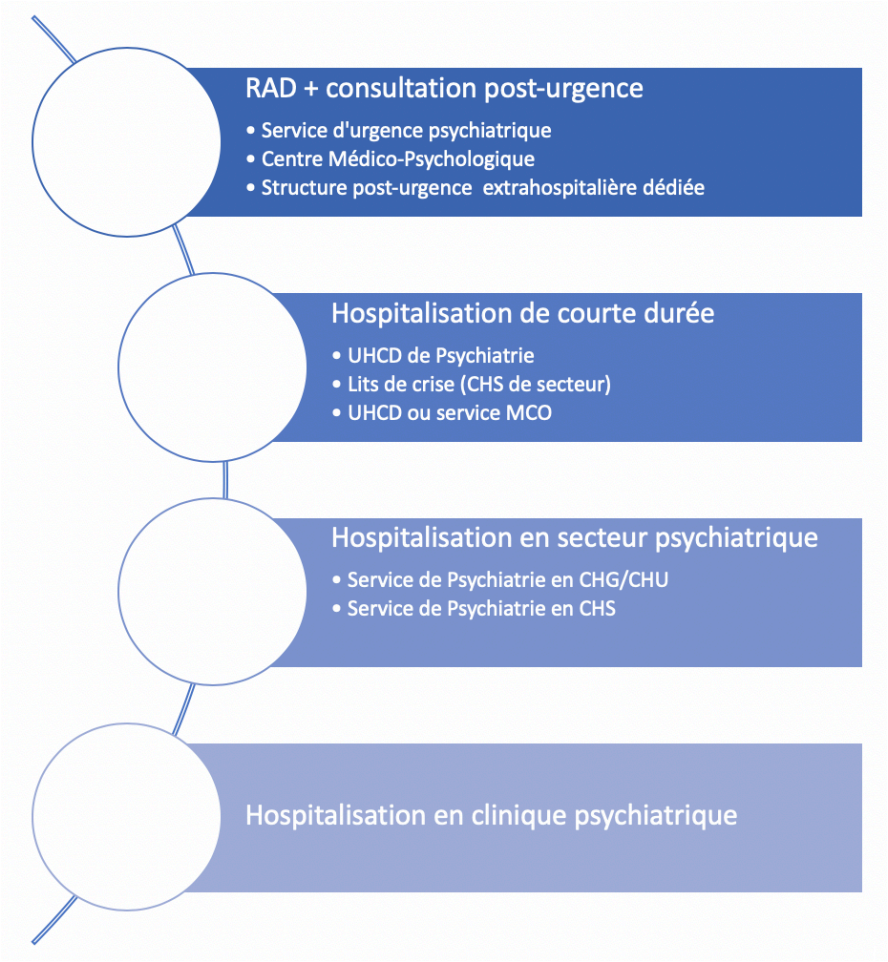

Figure 4 : Orientation après une consultation aux urgences psychiatriques.

B. Revue de littérature

Les articles étaient peu nombreux, nous en avons retenu 11.

1. Allemagne

L'évaluation psychiatrique aux urgences générales du *Königin Elisabeth Herzberge general hospital* (Berlin) était assurée par un service de liaison composé de psychiatres. Depuis 2008, le service s'est enrichi d'une infirmière de psychiatrie de 8h00 à 16h00 (modèle inspiré de McDonough et al.(48)). Après que le patient ait été vu par un urgentiste, l'infirmière réalisait le premier entretien. Le psychiatre rencontrait le patient dans un deuxième temps avant de décider conjointement de l'orientation (retour au domicile, une consultation post-urgence, une hospitalisation en psychiatrie au sein de l'établissement). L'infirmière assurait également l'accueil téléphonique.

Burian et al. (49) observaient que ce fonctionnement contribuait à libérer du temps médical et à améliorer la confiance et les compétences du personnel des urgences. Le personnel des urgences et des psychiatres étaient satisfaits de ce fonctionnement (respectivement à 100% et à 95%).

2. Australie

Alarcon Manchego et al. (29) ont étudié 4 services d'urgences générales situés dans l'état du Victoria. Ils ont observé une diminution du temps passé à attendre aux urgences qu'ils attribuaient au moins en partie à leur nouveau modèle de gestion et notamment à l'émergence d'unités de court séjour psychiatrique.

Dans leur article, ils observaient :

- une augmentation de la gravité des situations à l'admission et l'émergences de filières particulières (filière « addictologie », filière « patient jeune ») ;
- une diminution de la durée moyenne de séjour (DMS) aux urgences ;
- une diminution des situations nécessitant l'usage de mesures de contentions chimiques/physiques ;
- une diminution des demandes d'avis psychiatriques dont les raisons n'étaient pas claires.

Le *Royal Melbourne Hospital* (50) s'était doté d'une structure spécifique pour la prise en charge des troubles du comportement (avec ou sans pathologie mentale) : *Behavioural Assessment Unit (BAU)*. Le service n'était pas directement dédié à l'activité des urgences psychiatriques mais pouvait y participer.

A leur arrivée aux urgences, les patients présentants des troubles du comportement étaient directement orientés vers cette unité ; ce qui permettait de dégager un temps d'observation et de procéder aux bilans dans de bonnes conditions de sécurité.
L'unité était située à proximité des urgences et composée de 6 chambres seules. Les patients étaient accueillis pour une durée maximale de 24 heures.
L'équipe comprenait :

- un médecin urgentiste ;
- 2 à 3 infirmiers en permanence assurant un ratio infirmiers/patients élevé ;
- un psychiatre qui passait chaque matin évaluer les patients.

Le service disposait d'un système de sécurité renforcé avec des caméras de surveillance et pouvait à tout moment solliciter les équipes de sécurité de l'établissement.
Braitberg et al. (50) ont observé :

- une réduction du temps d'attente pour être vu par le personnel médical ;
- une réduction du temps attente pour être vu par un professionnel de santé mentale ;
- une réduction de la DMS aux urgences générales ;
- une réduction du recours aux mesures de contentions chimiques ou physiques.

3. États-Unis

Currier et al. (51) ont conduit une enquête dans une cinquantaine de services d'urgence psychiatrique (UP) à travers les États-Unis. Ils rapportaient que la majorité des sites, les services d'UP :

- étaient situés dans les hôpitaux généraux (77%) (composante des urgences générales dans 21% des cas, service distinct dans 64% des cas, service de liaison dans 5% des cas) ;
- fonctionnaient 24 heures sur 24 (92%) et assuraient une activité d'accueil et d'orientation et de consultation post-urgence sur place ;
- disposaient de psychiatres en journée (96%) mais ils n'assuraient une permanence continue 24h/24 que dans un quart des cas ;
- disposaient d'un effectif important d'infirmiers ;
- disposaient de « lits de crise » (69%, avec une moyenne de 9,2 lits) mais que dans moins de la moitié des cas, il s'agissait de lits dédiés à l'activité psychiatrique.

Le *Presbyterian Healthcare System* était composé de 7 hôpitaux localisé dans l'état du Nouveau Mexique (dont 3 à Albuquerque). Ils ont organisé et mis en place un processus de réorganisation à partir de 2005 pour améliorer les prises en charge psychiatrique aux urgences générales. Pour

cela, ils sont inspirés des stratégies mises en œuvre au *Maine Medical Center* et au *Spring Harbor Hospital* (Portland, Maine) (52). Ils ont évalué leurs résultats en se basant sur la durée moyenne de séjour (DMS) aux urgences et sur le taux de satisfaction des patients. Ils concluaient que trois mesures avaient permis une réduction de la DMS aux urgences et à l'augmentation de la satisfaction des patients :

1) la création d'une unité de court séjour avec liaison psychiatrique ;
2) la création d'un « circuit court » pour les patients consultant pour un motif psychiatrique ;
3) la mise en place d'un programme d'autoévaluation continue avec des groupes de travail (*staff support*) composés de tous les corps de métiers impliqués dans ces prises en charge (39,45).

Hefflefinger et al. (39) ont décrit ce processus de changement en identifiant trois phases.

Phase 1 : développement d'une unité de court séjour spécifique pour la psychiatrie.

L'admission dans l'unité nécessitait que les patients soient calmes et coopératifs et qu'un examen somatique préalable ait exclu les diagnostics différentiels.

L'unité comportait 7 lits. Elle se situait à proximité des urgences. Une équipe de psychiatrie pluridisciplinaire intervenait auprès des patients mais les patients restaient sous la responsabilité médicale d'un médecin urgentiste.

La sécurité dans le service était renforcée mais l'atmosphère restait calme et apaisante. L'unité était fermée, dotée d'une surveillance vidéo et d'alarmes. Les chambres et les salles de bains étaient sécurisées. Le personnel était spécialement formé pour prendre en charge les pathologies mentales et le risque auto-/hétéro-agressif.

Phase 2 : *« fast-track » system* pour améliorer flux au moment du triage.

L'entrée se faisait par l'accueil des urgences générales. Au terme du processus de triage, les patients pouvaient :

- soit être orientés vers la salle des urgences générales et bénéficier d'un avis psychiatrique dans un deuxième temps,
- soit être vus directement dans au niveau de l'unité psychiatrique.

Le processus de triage s'inspirait de l'industrie (39,53).

Phase 3 : Projet *Lean Six Sigma Process Excellence*.

En 2010, le *Process Excellence Projet (PEP)* a été mis en place, il s'inspirait du concept industriel *Lean Six Sigma* (39,53). Ce travail a permis de mettre en lumière des attitudes

négatives du personnel, nécessitant un travail de formation supplémentaire. Dans un deuxième temps, les freins ont été identifiés et analysés. Des groupes de travail ont été construits pour évaluer, discuter et développer des solutions. Au final, le projet a permis de lever en grande partie les attitudes négatives. Ces groupes étaient constitués d'un spécialiste du modèle *Lean*, d'administratifs, de psychiatres, d'infirmiers, des médecins urgentistes et du personnel des urgences.

Zeller et al. (54) ont évalué les effets de l'implantation d'une unité de court séjour psychiatrique sur la durée moyenne de séjour (DMS) aux urgences et sur le taux d'hospitalisation en psychiatrie. L'unité accueillait des patients en soins libres et en soins sans consentement.
Ils observaient :

- une réduction d'environ 80% de la DMS par rapport aux statistiques des services d'urgence californiens ;
- que 24,8% des patients étaient transférés en psychiatrie au terme de leurs séjours.

Chepenik et al. (55) décrivaient le fonctionnement d'un service d'urgence psychiatrique (UP) situé au sein d'un service d'urgence générale d'un hôpital universitaire de New Haven (Connecticut). Une infirmière d'accueil assurait le triage à l'entrée des urgences somatiques. Les patients bénéficiaient systématiquement d'un examen somatique avant qu'un avis psychiatrique ne soit sollicité. Les patients étaient d'abord vu par une infirmière de psychiatrie, puis par un psychiatre.
L'équipe était composée :

- d'un psychiatre, d'une infirmière en pratique avancée (IPA) et d'un interne junior en journée (8h00-16h00, en semaine) ;
- d'un psychiatre et d'une IPA en soirée (16h00-00h00) ;
- d'un psychiatre et d'un interne senior sur les nuits (00h00-8h00) et week-ends.

Après l'évaluation psychiatrique, les patients étaient orientés vers un retour à domicile, une hospitalisation dans le service d'UP ou vers une hospitalisation en psychiatrie (service de psychiatrie au sein de l'établissement). Le service d'UP disposait de 12 lits de court séjour dédiés à ces patients.
Dans leur article, Chepenik et al. (55) ont voulu mesurer les effets du renforcement de l'effectifs de psychiatres à l'aide d'un modèle de simulation informatique.
Ils observaient que :

- l'ajout d'un psychiatre à mi-temps en journée permettait d'améliorer la gestion du flux de patients, de diminuer les durées de séjours aux urgences et du temps d'attente pour rencontrer un professionnel de santé mentale (en journée, mais aussi dans les heures suivantes) ;
- l'ajout de plus d'un psychiatre en temps-plein ne permettait pas une amélioration supplémentaire significative.

4. Royaume-Uni

Bolton et al. (56) ont conduit une étude sur la présence et la qualité des locaux dédiés aux prises en charge psychiatriques aux urgences générales. Dans leur étude, ils s'étaient basés sur les critères du *PLAN* (*Psychiatric Liaison Accreditation Network*). Les recommandations du *PLAN* prévoyaient notamment qu'une telle salle :

- soit située au sein du service d'urgence / d'une unité aiguë ;
- ait au moins une porte s'ouvrant de l'extérieur et non verrouillable ;
- ait une fenêtre ;
- dispose d'un « bouton panique » ou d'un système d'alarme porté par le personnel ;
- dispose d'un équipement sécurisé et que les locaux soient dépourvus d'équipements pouvant servir d'arme ou de projectile ;
- n'ait aucun point de suspension (prévention d'une pendaison).

Sur 60 départements d'urgence :

- 51 (85%) disposaient d'une salle d'évaluation psychiatrique au sein du service ;
- 25 (49%) disposaient d'une salle compatible avec les critères PLAN (box sécurisé standard) ;
- 14 (23%) disposaient d'une salle remplissant les critères et jugée suffisamment *secure* et confidentielle (salle d'évaluation psy répondant à tous les critères).

5. Suisse

Le service d'urgence des Hôpitaux Universitaire de Genève (36) était composé de 5 unités, toutes sous la direction du chef de service des urgences. L'unité de psychiatrie était intégrée au fonctionnement du service, mais restait en lien avec sa discipline de référence (département de psychiatrie). Cette organisation permettait :

- une simplification de l'échange d'information au quotidien ;
- une meilleure collaboration pour les protocoles transversaux ;

- une meilleure prise en charge des patients admis pour motif psychiatriques nécessitant un diagnostic différentiel ;
- de faciliter l'accès aux soins (convergence naturelle de tous les dispositifs d'urgence).

Les patients étaient accueillis conjointement par une équipe d'accueil pour procéder au processus de triage et établir un plan d'action pour les premières heures de la prise en charge. Cette équipe comprenait : un médecin somaticien, un infirmier d'accueil et d'orientation, un psychiatre et un infirmier de psychiatrie.

Au terme de ce processus de triage, les patients pouvaient être dirigés vers :
- une salle de déchoquage, gérée par le personnel MCO (soins somatiques sévères nécessitant des mesures de réanimation, ou une surveillance permanente) ;
- une salle de soins fermée, gérée par l'équipe de psychiatrie et où un avis MCO pouvait être sollicité (patient en état agitation non contrôlée, en absence de pathologie MCO évidente) ;
- une salle de soins MCO standard (patients couchés) ;
- une salle de consultation psychiatrique (patients dont l'examen MCO au triage avait permis d'exclure d'emblée une pathologie organique).

Un nouveau bilan de réévaluation était effectué conjointement après stabilisation clinique.

Après stabilisation, les patients pouvaient être orientés vers :
- un retour à domicile et un suivi ambulatoire ;
- une unité de court séjour psychiatrique située à proximité immédiate des urgences (intervention de crise) ;
- une unité de soins mixtes (prise en charge somatique de patients présentant un trouble psychiatrique majeur empêchant une hospitalisation en unité de soins généraux) ;
- une hospitalisation en service de psychiatrie conventionnel.

C. Amiens

1. Dispositif actuel de réponse à l'urgence psychiatrique sur Amiens

Actuellement, le réseau de soins psychiatriques amiénois s'articule autour du CHU d'Amiens et du CH Philippe Pinel (CHPP). Les urgences psychiatriques nécessitant une prise en charge mixte sont adressées au CHU d'Amiens. Les urgences ne nécessitant pas de soins somatiques urgents sont principalement adressées au CHPP.

Au CHU d'Amiens :

Après l'accueil par un infirmier d'accueil et orientation (IAO), le médecin urgentiste détermine si des soins, un bilan complémentaire et/ou une hospitalisation sont nécessaires. Au terme de son examen et des soins somatiques aux urgences, deux situations sont possibles.

Soit le patient nécessite encore une surveillance ou des soins somatiques, il est alors hospitalisé au CHU (UHCD ou service de médecine dans la majorité des cas). L'équipe de Psychiatrie et d'Addictologie de Liaison est sollicitée dans un deuxième temps pour évaluer le patient sur le plan psychiatrique.

Soit le patient ne nécessite pas/plus de soins somatiques. Une fois l'examen clinique et le bilan paraclinique achevé, le médecin urgentiste peut alors solliciter l'équipe de liaison.

Au terme de l'évaluation psychiatrique, trois principaux parcours sont envisageables :

1. Le patient ne nécessite pas de soins psychiatriques, il peut retourner au domicile ;
2. Le patient nécessite d'être réévalué à distance ou nécessite des soins non urgents, il lui est proposé une consultation post-urgence ou un suivi ambulatoire (CMP ou avec un psychiatre libéral) ;
3. Le patient nécessite des soins psychiatriques urgents pour lesquels une hospitalisation est envisagée, il est alors transféré vers l'hôpital psychiatrique de son secteur (CHPP), vers une clinique privée ou vers un centre de cure pour la filière addictologie.

Le service de liaison comprend des psychiatres, des internes en psychiatrie, des psychologues et deux secrétaires, mais aucun infirmier en psychiatrie. L'activité de liaison est assurée au CHU de 9h à 18h30 durant la semaine et de 9h à 12h30 le samedi. En dehors de ces horaires, il n'y a pas de psychiatre présent au CHU. Les médecins du SAU sollicitent le psychiatre de garde au CHPP pour avoir un avis.

Au CHU d'Amiens, les soins psychiatriques urgents sont donc assurés par deux dispositifs : un service de liaison et une convention avec un CHS de psychiatrie (le CHPP).

Au CH Philippe Pinel :

Le fonctionnement est assuré 24 heures sur 24. L'activité annuelle est d'environ 6200 passages par an et de 1600 hospitalisations de crise.

Les patients sont reçus à l'Unité d'Accueil et d'Orientation (UAO) par un infirmier qui effectue un premier entretien. Il recueille les données administratives et médicales, ainsi que les principaux éléments sémiologiques. Après la présentation de la situation par l'infirmier, le patient est évalué par un médecin psychiatre. L'examen somatique n'est pas systématique, sauf pour les patients qui seront hospitalisés sans leur consentement, l'examen somatique est alors effectué dans les 24h suivant l'admission. Lorsqu'un patient nécessite un bilan somatique en urgence, le psychiatre sollicite l'un des deux médecins généralistes du CHPP en journée et/ou les urgences du CHU d'Amiens. Tous les prélèvements biologiques sont envoyés au CHU pour être analysés ; tous les autres examens paracliniques sont faits au CHU.

Au terme de leurs entretiens, infirmiers et médecins se retrouvent pour faire une synthèse de la situation, élaborer une proposition de soins et orienter le patient vers le dispositif de soins adapté :

1. Retour à domicile avec une consultation post-urgence ou un suivi ambulatoire (CMP, psychiatre libéral, médecin traitant) ;
2. Hospitalisation de crise à l'UAO (24/72 heures) ;
3. Hospitalisation en milieu psychiatrique (service du CHPP, ou clinique psychiatrique plus rarement).

L'UAO assure donc les activités d'accueil, de consultation, d'orientation et d'hospitalisation de courte durée.

L'équipe comprend des psychiatres, des internes, une psychologue, une assistante sociale, des infirmiers et aides-soignants, des agents de service hospitalier, une cadre de santé et une secrétaire. Les situations de crise peuvent également nécessiter la mobilisation de nombreux autres intervenants (assistants sociaux et équipes de secteur, éducateurs, addictologues, renfort des équipes de l'établissement…). L'unité comprend quatre lits de crise qui ne peuvent accueillir que des patients admis en soins libres. Un accueil téléphonique est assuré 24 heures sur 24 pour répondre aux patients et à tous les partenaires de soins.

Au CH Philippe Pinel, les soins psychiatriques urgents se composent essentiellement des situations de crise et sont assurés par l'UAO qui est un Centre d'Accueil et de Crise (CAC) situé dans l'enceinte du CHS de Psychiatrie (CHPP).

La continuité des soins est assurée à l'UAO par un psychiatre senior et un interne. Le système de garde est financé par le CHPP. Le *pool* de psychiatres de garde du secteur amiénois

comprend les psychiatres du CHU et les psychiatres du CHPP. Il dénombre actuellement huit psychiatres.

2. Contexte amiénois

En introduction, nous mettions en exergue les principaux freins entravant la prise en charge de l'urgence psychiatrique : l'activité croissante, l'encombrement des structures, la complexité des situations intriquées… En tout état de cause, le dispositif amiénois ne fait pas exception. Les obstacles sur notre territoire sont comparables aux données de la littérature et aux autres territoires français, d'où la nécessité de repenser l'organisation des filières de psychiatrie.

À titre d'exemple, une analyse préliminaire des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) 2018 du CHU d'Amiens recensait 1208 séjours en 2018 concernant la filière « suicide » (tentatives de suicide, abouties ou non), correspondant à 949 patients uniques. La DMS au CHU était de 4,6 jours.
Le nombre de séjours de patients n'ayant fréquenté que le Service d'accueil des urgences vitales (SAUV) ou l'Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) correspondait à 865 soit 71,6% des séjours. Un tiers de cette population a été transféré en hospitalisation psychiatrique et ce malgré les inconvénients inhérents à cette orientation (encombrement des lits d'aval, attente plus longue aux urgences…).

Tentatives de suicide et suicide. CHU Amiens-Picardie.	**2018**	**2017**
	n	**n**
Nombre de séjours	1208	1261
Patients uniques	949	1049
Durée moyenne de séjour (en jours)	4,6	4,5

Premières unités médicales.	**2018**	**2017**
	n (%)	**n (%)**
Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)	804 (67%)	852 (68%)
Service d'accueil des urgences vitales (SAUV)	254 (21%)	263 (21%)
Polyclinique Médicale	20 (2%)	26 (2%)
Réanimation médicale	17 (1%)	21 (2%)
Réanimation chirurgicale	2 (<1%)	2 (<1%)

Ensemble des unités fréquentées durant les séjours.	**2018**	**2017**
	n (%)	**n (%)**
Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)	914 (57%)	957 (58%)
Service d'accueil des urgences vitales (SAUV)	257 (16%)	264 (16%)
Polyclinique Médicale	111 (7%)	88 (5%)
Réanimation médicale Réanimation chirurgicale	71 (4%) 18 (1%)	88 (5%) 14 (1%)
Nombre de séjours n'ayant fréquenté que le SAUV ou l'UHCD	865 (72%)	925 (73%)

Modes de sortie des séjours.	**2018**	**2017**
	n (%)	**n (%)**
Unité Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO)	22 (2%)	25 (2%)
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	20 (2%)	13 (1%)
Hospitalisation en psychiatrie	329 (27%)	341 (27%)
Hospitalisation à domicile Unité de soins de longue durée	5 (<1%) -	1 (<1%) 1 (<1%)
Retour à domicile	817 (68%)	861 (68%)
Décès	15 (1%)	19 (2%)

Modes de sortie des séjours n'ayant fréquenté que le SAUV ou l'UHCD.	**2018**	**2017**
	n (%)	**n (%)**
Unité Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO)	4 (<1%)	5 (<1%)
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	3 (<1%)	1 (<1%)
Hospitalisation en psychiatrie	266 (31%)	282 (31%)
Retour à domicile	589 (68%)	634 (69%)
Décès	3 (<1%)	3 (<1%)
n total	865	925

3. Projet amiénois

Une réorganisation des urgences au CHU d'Amiens a récemment été encouragée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) des Hauts-de-France. Le projet actuel envisage le regroupement des

urgences psychiatriques au CHU d'Amiens. Le Cabinet Antares a été choisi par l'ARS pour formaliser et finaliser le projet. (57)

IV. DISCUSSION

Le fonctionnement et les moyens variaient d'un site à l'autre. Cette variabilité était bien souvent secondaire à des initiatives individuelles locales et à l'histoire de chaque territoire. Chaque dispositif avait ses avantages et ses inconvénients. Les facteurs limitants étaient nombreux : financiers, architecturaux, personnels, organisationnels…

Dans la majorité des cas, il ressort que :

- le SAMU assurait la régulation en lien avec l'accueil téléphonique du service d'urgence psychiatrique ;
- un « circuit court » vers les urgences psychiatriques était possible, le plus souvent depuis l'aire de triage ;
- l'examen somatique n'était pas systématique même si les psychiatres le déploraient ;
- certaines filières de patients devaient préalablement demeurer dans le circuit somatique avant de pouvoir être orientés vers les urgences psychiatriques (suicidants, abus de substances…) ;
- les services d'urgence psychiatrique étaient situés à côté des urgences générales mais disposaient de locaux dédiés spécifiquement aux urgences psychiatriques ;
- l'architecture des services était inadaptée et les missions des services se sont adaptés aux moyens matériels, et parfois au dépend de la sécurité ou de la qualité de soins ;
- les services disposaient d'au moins une chambre d'isolement ou d'un équivalent, ainsi que de dispositifs de sécurité (bouton d'alarme par exemple) ;
- les équipes étaient pluridisciplinaires composées de psychiatres, internes, infirmiers, assistants sociaux, secrétaires…
- des infirmiers de psychiatrie avaient renforcés les équipes d'urgence ;
- une unité de court séjour était dédiée à la psychiatrie
- les urgences psychiatriques cherchaient à développer leur réseau de partenaires publics mais aussi privés.

A. Mise en perspective avec les dispositifs existants

En accord avec la littérature médicale, tous les soignants interrogés pour l'étude ont observé une augmentation de l'activité et de la complexité des situations rencontrées aux urgences

psychiatriques et dans les SAU. Nous allons donc dresser un bilan des dispositifs existants pour les mettre en perspective avec la situation amiénoise.

1. Une régulation globale

Dans tous les centres interrogés, la permanence téléphonique du SAMU centralisait la régulation du flux et sollicitait, au besoin, l'accueil téléphonique psychiatrique. Ce dispositif semble faire l'unanimité de par sa facilité de mise en œuvre pratique et semble permettre une formation mutuelle continue. Mais il subsiste des erreurs de trajectoires pour lesquelles plusieurs équipes envisagent d'instaurer des formations à destination des personnels à la régulation du SAMU.

L'équipe marseillaise a privilégié le lien direct médecin régulateur/psychiatre. Un psychiatre dispose en permanence d'un téléphone d'astreinte en lien direct avec la régulation du 15, permettant d'effectuer un triage plus performant d'emblée mais nécessitant trop souvent un temps médical substantiel. Cela dit, la complexité du dispositif marseillais n'est en rien comparable avec la ville d'Amiens. Marseille dispose de quatre établissements publics impliqués dans le réseau de psychiatrie dont l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille qui regroupe quatre grands centres hospitaliers.

Du fait de son fonctionnement permanent, de la gratuité de l'appel et de la facilité d'accès du numéro 15, le SAMU représente l'interlocuteur ultime reconnu comme le plus à même de répondre à la demande sur le plan de l'orientation dans le système de soins qui demeure complexe (4,58). Pour ce qui est de la stratégie amiénoise, il apparaît nécessaire d'offrir une bonne visibilité au SAMU de la Somme. Celui-ci devrait pouvoir se repérer dans le réseau de soins de psychiatrie afin de faciliter l'orientation et une réponse graduée (réponse qui n'est d'ailleurs pas toujours l'hôpital).

2. Un triage efficient

Dans les SAU, le triage était assuré par un infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) qui pouvait interpeller le médecin régulateur si nécessaire. Aucun des centres interrogés n'avait standardisé cette fonction. Pourtant, plusieurs échelles ont été proposées pour caractériser les grades d'urgence pour les patients présentant une symptomatologie psychiatrique (11,59). À titre d'exemple, la *Royal Hobart Mental Health Triage Scale* (adaptée de Swart et al.) a permis une amélioration significative du triage (11,60). Une équipe américaine a même engagé un programme de triage inspiré de l'industrie (39,53) mais sa mise en place s'est heurtée à des

attitudes négatives du personnel. En effet, les agents de triage se montraient parfois trop prompts à « débarrasser » les urgences organiques des « parasites psychiatriques », mettant en lumière la nécessité d'un travail de formation supplémentaire sur l'abord des patients « psy » (38).

Le CH Henri Mondor (Créteil) a quant à lui dédié un binôme infirmier/interne au triage, réalisant d'emblée une « *medical clearance* » avant d'orienter le patient vers les urgences psychiatriques. Une équipe bruxelloise observait déjà un bilan très positif du travail en binôme avec une amélioration de la gestion du flux de patients. D'après Bosman et al. (2004), une consultation de médecine générale ou une réorientation extérieure s'avèrerait suffisante pour près de deux tiers des patients triés en journée. Le travail en binôme infirmier/médecin permettrait une meilleure répartition de la charge de travail et un désengorgement du SAU (61). Dans le cas de l'urgence psychiatrique, cela permettrait de s'affranchir des dangers d'une réponse unique psychiatrique (62). De plus, un examen somatique à l'entrée minimiserait le phénomène « d'aller-retour » entre le SAU et les urgences psychiatriques (exemple : Créteil, Toulouse et Reims).

La majorité des établissements a choisi de ne pas systématiser l'examen physique à l'entrée, considérant ce fonctionnement comme trop exigeant en matière de temps médical. Malgré tout, il demeure curieux de voir un patient entrer puis sortir d'un SAU sans avoir bénéficié d'un examen clinique somatique.

3. Un « circuit court » psychiatrique

L'aménagement d'un « circuit court » psychiatrique à partir du triage améliorerait la gestion du flux. D'autres facteurs pourraient participer à cette amélioration comme la qualité de formation des IAO vis-à-vis des problèmes de santé mentale, et la disponibilité téléphonique du médecin régulateur et du psychiatre. À Versailles et Lariboisière, l'adressage du patient par le médecin traitant autorisait l'usage de ce circuit court, compte tenu que la *clearance* médicale avait été effectuée en amont par le médecin. Dans le modèle de Hefflefinger et al. (2014), un circuit court (« *fast-track system* ») orientait d'emblée les patients vers une aire dédiée à leur prise en charge. Cette mesure avait permis de diminuer notablement la DMS aux urgences (de 8,4 heures à 5 heures) ainsi que l'attente des patients, (d'où une amélioration appréciable de la satisfaction patient) (39). Dans une étude australienne, Alarcon Manchego et al. (2015) mettaient en évidence que 60% des patients admis pour un motif psychiatrique ne nécessitaient pas de bilan paraclinique médical (29).

En ce qui concerne le futur modèle amiénois, il apparaît une nécessaire réflexion sur un parcours simplifié pour ces patients et leur identification. Cette réflexion devrait inévitablement impliquer une amélioration de formation des personnels MCO vis-à-vis de l'abord et de l'orientation des patients « psy ».

Certains services d'urgence psychiatrique disposaient d'une entrée distincte du SAU. Les patients pouvaient ainsi se présenter directement sans avoir à passer par l'aire de triage.
Une entrée directe permettrait une meilleure identification des soins psychiatriques et offrirait la possibilité aux patients connus de se présenter spontanément. Cette disposition a pu être imposée par l'agencement des services, mais dans certains hôpitaux comme Marseille, c'était aussi un choix de fonctionnement ayant pour objectif que les urgences psychiatriques restent un lieu ressource pour les patients déjà connus de la psychiatrie. Avant d'être regroupées avec le SAU à l'hôpital de la Timone, les urgences psychiatriques étaient situées à l'hôpital de la Conception avec les services de psychiatrie générale ; une disposition qui n'est pas sans rappeler le dispositif actuel amiénois. Toujours est-il que les erreurs d'orientation semblent plus fréquentes (avec plus de réorientations secondaires vers le SAU) tout comme le risque de négliger une comorbidité somatique chez un patient déjà connu pour une pathologie psychiatrique. En outre, l'absence de protocoles clairs entraînerait un risque de voir s'installer des tensions entre équipes somatiques et psychiatriques avec un effet « *ping-pong* » entre leurs agents d'accueil respectifs.

4. Des parcours protocolisés

Dans la majorité des centres hospitaliers, l'instauration de parcours de soins protocolisés a permis de dépasser de nombreuses divergences entre les différents corps de métiers. La conception de tels protocoles requierrait un travail collaboratif institutionnel et une identification préalable des acteurs et des filières de soins impliqués. Par exemple, les patients suicidants (quel que soit le moyen létal choisi) étaient systématiquement hospitalisés, répondant ainsi aux recommandations de bonnes pratiques (63). De plus, il était unanimement admis que les patients ayant fait une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) restaient hospitalisés en milieu somatique jusqu'à amendement de la sédation iatrogène, permettant ainsi de s'affranchir de l'effet amnésiant des psychotropes (souvent impliqués dans les IMV). Certains centres ont même consacré des moyens propres à cette filière à l'instar de l'unité « toxique » de Lille, de l'unité de soins continus de Brest, des lits « *strike* » et de l'unité « toxique » des UHCD somatiques de Montpellier et Toulouse.

D'autres situations restaient conflictuelles à l'image des patients agités/confus ou des patients âgés admis pour des éléments délirants sans notion d'antécédent psychiatrique. Ces derniers font craindre un diagnostic différentiel somatique ne relevant pas de la psychiatrie (pathologies neurologiques dégénératives, infections, encéphalopathies…) pour lequel une orientation vers les urgences psychiatriques entraînerait au mieux, une mauvaise utilisation des ressources, et au pire, un risque vital pour ces patients. Pour répondre à cette problématique, Braitberg et al. (2018) ont décrit le fonctionnement d'une unité spécialisée dans la prise en charge des troubles du comportement (*Behavioural Assessment Unit* au Royal Melbourne Hospital, Australie). Celle-ci a rendu possible un temps d'observation et d'expertise médicale dans de bonnes conditions de sécurité. Parallèlement, ils ont également observé une diminution de la durée moyenne de séjour aux urgences et une diminution du recours à la contention chimique et physique (50). En somme, il apparaît nécessaire de statuer sur les parcours et les moyens à allouer à chaque filière de manière à proposer des parcours clairs et qualitatifs aux patients.

5. Un travail institutionnel collaboratif

Une dynamique de réflexion émerge souvent à l'occasion du constat de difficultés existantes. Toutefois, ces difficultés varient considérablement d'une personne à l'autre et d'un service à l'autre. Il en ressort un impératif : un effort de compréhension mutuelle des contraintes et enjeux de chacun.

L'un des principaux enjeux d'un service d'urgence est de pouvoir apporter en permanence une réponse rapide. Nombreux sont ceux qui pensent la psychiatrie incapable de répondre à cet impératif de temps, et pourtant… Les équipes des urgences et de psychiatrie du CH Henri Mondor (Créteil) se retrouvaient quotidiennement au moment de la relève de garde pour échanger sur les situations de la veille et faire le point sur les projets en cours. Les psychiatres étaient pleinement intégrés à ces temps institutionnels et avaient à cœur de répondre de façon réactive aux besoins psychiatriques du SAU. En retour, la présence d'un service d'urgences psychiatriques bien individualisé permettait de disposer du temps nécessaire incompressible à des soins psychiatriques de qualité. Cette coopération semble s'être forgée sur le long terme, et ce, grâce à un travail de lien et de formation mutuelle des équipes. L'expérience d'Albuquerque nous apprend que le succès d'un tel projet se construit autour de valeurs et d'objectifs communs. Il nécessite l'implication du personnel à tous les niveaux, de l'agent d'accueil aux médecins (39). Il s'agit d'inciter fortement le secteur psychiatrique à se rapprocher du champ des somaticiens tout en évitant l'appropriation de l'activité d'urgence psychiatrique au seul profit de

l'hôpital général, au détriment de la vision globale et de l'activité communautaire de la filière psychiatrique (64).

D'après M. Patris, « l'urgence psychiatrique doit s'intégrer au mieux dans l'accueil général des urgences. Il devrait y avoir une présence psychiatrique dans tout site d'accueil des urgences et les professionnels impliqués […] devraient être des permanents capables d'assurer la continuité » (38). Alors, de quels moyens disposons-nous pour assurer cette continuité ?

6. Une optimisation des moyens matériels

a. Influence de la localisation par rapport au SAU

La question de l'intégration de la psychiatrie aux urgences générales s'est souvent posée à l'occasion de travaux d'agrandissement ou de déménagement des SAU. La plupart des structures ont choisi d'opérer un rapprochement spatial tout en préservant un espace dédié uniquement à la psychiatrie afin de créer un espace propice à l'apaisement. Les intervenants interrogés à ce propos ont fréquemment rapporté l'impression que cela facilitait la communication et la coordination dans bien des domaines (transferts de patients, proximité du plateau technique, meilleure disponibilité des psychiatres aux urgences…). Dans un article Suisse, Niquille et al. (2014) expliquaient que la psychiatrie devait être intégrée à l'espace des urgences mais devait conserver un lien fort avec sa discipline de référence (36). Ils notaient également de nombreux avantages à cette proximité :

- simplification de l'échange d'information au quotidien
- facilité de collaboration pour les protocoles transversaux
- meilleure prise en charge des patients admis pour motif psychiatrique nécessitant un diagnostic différentiel
- facilité d'accès (convergence naturelle de tous les dispositifs d'urgence) (36).

Néanmoins l'expérience marseillaise nous apprend que ce rapprochement peut également faire réapparaître des questions organisationnelles qui étaient réglées depuis bien longtemps. Anciennement situées dans un établissement de psychiatrie, les urgences psychiatriques marseillaises bénéficiaient de renforts infirmiers provenant des autres services de psychiatrie en cas d'agitation. Depuis, le protocole de sécurité ne prévoyait aucun renfort soignant pour résoudre ces situations. Des agents de sécurité assuraient un renfort réactif mais n'étaient pas spécifiquement formés à la prise en charge des troubles comportementaux chez les patients atteints de pathologies mentales. Alors que c'est précisément le type de situations où se joue un

aspect crucial de la prise en charge. L'enjeu n'est pas seulement de sécuriser, il s'agit avant tout de rétablir le contact avec un patient souffrant et d'initier la désescalade des troubles.
Les urgences psychiatriques brestoises ont déménagé à proximité du SAU à l'occasion d'un changement de bâtiment. Auparavant, leurs locaux étaient dispersés au milieu du SAU et n'offraient pas un environnement adéquat.
En résumé : « pas trop près, mais pas trop loin non plus ».

Un des freins qui apparaîtrait inévitablement dans le remaniement d'un service d'urgence serait celui de la surface disponible ; parce qu'à moins d'une révolution technologique, elle reste inextensible. Certains services ont choisi de concentrer l'essentiel de leurs locaux un peu plus à distance du SAU pour bénéficier d'un espace de travail suffisant, ne conservant qu'un bureau au SAU (le « box B8 » à Lille, un bureau infirmier au Mans par exemple).

b. Importance de l'architecture

Il ressort des entretiens l'importance d'une architecture pensée en amont, pour répondre à la fonction d'urgence. L'espace ne devrait pas nécessairement être grand, mais fonctionnel. L'architecture du CPOA (Paris) a justement été conçue en ce sens. Par exemple, le jardin clôturé sans possibilité de sortie par le parc et la possibilité de fermer le service depuis le poste infirmier permettait de prévenir les risques de fugue. Ce qui permettait de libérer un temps infirmier qu'il n'était plus nécessaire de dédier à cette surveillance. Le bureau infirmier disposait d'une bonne visibilité sur la salle d'attente et sur les deux ailes du service, permettant de limiter/prévenir les risques d'agitation et leurs conséquences.
Dans nombre de cas, l'intégration de la psychiatrie aux urgences s'est faite *a posteriori* de la construction. Dans ce cas, des remaniements architecturaux se sont avérés nécessaires et les limites les plus souvent rapportées étaient la faisabilité en terme de surface, de coût et de travaux.
En ce qui concerne le CHU d'Amiens, le regroupement final des services sur le site sud n'est pas encore effectif et plusieurs services sont encore amenés à déménager. N'est-ce pas là l'opportunité de repenser l'organisation ?

- **L'isolement thérapeutique :**

Bolton et al. (2016) insistaient sur l'importance de disposer d'une salle « *high-risk assessment* » pour les patients à haut risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif. Cette salle doit répondre à certains critères :

- ne doit pas être isolée du reste du service,
- doit être suffisamment *secure*,
- garantissant confidentialité et environnement calme,
- disposant de l'équipement nécessaire pour gestion du risque auto- et hétéro-agressif (27,56,65,66).

Nous avons distingué 3 types de services.

1. Les services ne disposant d'aucune chambre d'isolement ou équivalent.

La principale limite de cette configuration était qu'elle ne permettait pas toujours d'accueillir ces patients de manière *secure*. C'est d'ailleurs le cas à Amiens (à l'UAO), où les patients nécessitant un isolement thérapeutique doivent être transférés directement en service alors que certains pourraient probablement bénéficier d'une prise en charge intensive courte aux urgences psychiatriques. En l'absence de chambre d'isolement, les équipes de Montpellier ont aménagé une alternative : les patients sont accueillis sur les lits « *strike* » de l'UHCD somatique où intervenait en liaison l'équipe de psychiatrie. Ainsi, il était possible de terminer le bilan somatique et le patient pouvait être hospitalisé en toute sécurité en attendant son transfert en hospitalisation psychiatrique.

2. Les services disposant de chambres « intermédiaires » ne répondant pas à tous les critères d'une chambre d'isolement (mais étant plus sécurisées que les chambres/bureaux classiques).

Ces chambres pouvaient permettre d'installer un patient allongé, d'installer un brancard, voire de prescrire des mesures de contentions physiques. Elles étaient parfois modulables ou conçues de façon à offrir une visibilité directe depuis le bureau infirmier. On peut citer par exemple le « box sécurisé » de Versailles ou le « box de contention » vitré de Brest. Ce sont autant de mesures intermédiaires qui pourraient répondre convenablement à la complexité de beaucoup de situations.

3. Les services disposant de chambres d'isolement standards.

Cette configuration permettait une prise en charge sécuritaire de tous les patients et permettait bien souvent d'obtenir une stabilisation suffisamment rapide pour éviter une hospitalisation en psychiatrie. En revanche, elle était plus exigeante en personnels infirmiers. La durée de la mesure était souvent brève dans le cadre de l'urgence, mais dans ce temps, elle nécessitait tout de même une surveillance rapprochée pour limiter les effets iatrogènes.

- **Les locaux :**

Pour ce qui est du reste des services, on retrouvait fréquemment les mêmes aménagements :
- un espace d'attente distinct du SAU permettant une atmosphère moins anxiogène comparée à l'atmosphère souvent bruyante du SAU ;
- des salles d'entretien qui devraient être en nombre suffisant pour ne pas être le facteur limitant de l'activité. Certains bureaux devraient être assez grands pour permettre les entretiens familiaux.
- des bureaux médicaux à proximité afin d'intégrer un réseau de consultations post-urgences ;
- un bureau infirmier idéalement ouvert sur le service (notamment sur salle d'attente...) de façon à limiter le risque de fugue, détecter précocement une dégradation clinique en salle d'attente…
- une salle de soins et divers bureaux.

L'installation de boutons d'alarme était un moyen simple de pouvoir solliciter des renforts rapidement mais nécessitait un travail supplémentaire d'éducation des équipes.

7. Une équipe pluridisciplinaire

Les effectifs personnels étaient très variables. Ils étaient fonction de la taille des différents centres et de l'activité : les activités d'urgence et de liaison étaient tantôt assurées par une même équipe ou par des équipes distinctes. Il est de ce fait difficile de les comparer quantitativement. Néanmoins, toutes les équipes interrogées ont été amenées à demander des moyens humains supplémentaires. Naturellement, cela n'a pas toujours été possible comme à Versailles qui a adopté un fonctionnement de nuit simplifié du fait d'un manque de moyens infirmiers.

Il ressort que les effectifs médicaux et infirmiers d'un service d'urgences psychiatriques universitaire devraient permettre :
- d'assurer un fonctionnement stable 24 heures sur 24, d'où la mise en place d'équipes de nuit et d'un *pool* de garde ;
- de dispenser les soins dans une temporalité adaptée ;
- de former des internes ;
- d'entretenir une activité de recherche.

Les **infirmiers** constituaient le *pool* majoritaire du personnel paramédical ; seul trois des services interrogés employaient des aides-soignants. Les effectifs de jour et de nuit étaient globalement comparables au sein d'un même établissement (ou légèrement réduits la nuit). Le

dispositif parisien du CPOA révélait un aspect primordial : l'importance d'une équipe infirmière de psychiatrie proactive et expérimentée.
Pour l'heure, l'UAO amiénois dispose d'infirmiers qui rejoignent la dynamique de fonctionnement du CPOA sur de nombreux points, faisant preuve de dynamisme, d'un attrait indéniable pour la clinique, de réactivité et d'initiative. La formation des infirmiers repose en premier lieu sur l'apprentissage de la clinique psychiatrique. Cette connaissance de la pathologie mentale les autorise, d'une part, à évaluer l'état clinique du patient ainsi que sa gravité, d'autre part, à élaborer des hypothèses diagnostiques et thérapeutiques utiles (67,68). De cette façon, l'évaluation serait enrichie par ce double regard infirmier/psychiatre et permettrait de libérer un temps médical considérable.
Au CHU de Lille, les infirmiers du centre d'accueil et de crise ont tous bénéficié d'une formation aux thérapies brèves. L'équipe de liaison du Mans et des équipe étrangères (48,49,69,70) ont, quant à elles, poussé au maximum l'autonomie des infirmiers ; ces derniers assuraient un travail de liaison considérable mais ne remplaçaient pas pour autant le travail médical. En effet, cette organisation libérait un temps médical aux urgences mais nécessitait un travail de supervision et de formation des équipes d'autant plus important (réunions cliniques hebdomadaires, conférences, reprises de cas, séminaires…).

Aux urgences psychiatriques, l'infirmier possède un rôle complémentaire à celui du médecin. À Amiens, la perspective d'une réorganisation majeure de l'UAO fait craindre un épuisement précoce et un désinvestissement indésirable parmi les équipes paramédicales. Nous soulignons donc la nécessité de valoriser leurs compétences spécifiques et leur savoir-faire.

En ce qui concerne les **psychiatres**, il apparaît la nécessité d'une présence continue sur la structure, l'effectif devant être adapté à l'activité du service. La diversification des activités des psychiatres (mi-temps dans une autre structure) favorisait parfois des liens privilégiés avec le secteur ; mais elle pouvait aussi entraîner une variabilité perceptible dans la supervision des internes. Les psychiatres à temps-plein sur les urgences psychiatriques assuraient probablement une plus grande constance au sein des urgences mais cela nécessitait un travail de lien avec les partenaires plus conséquent.
Les urgences psychiatriques étaient assurément un terrain de stage pertinent pour la formation des **internes**, mais pouvaient être plus difficilement abordables pour les plus jeunes du fait de la complexité des situations et la nécessité d'une bonne connaissance du réseau et des intervenants. À Lille, Montpellier et Reims, la présence d'un interne de médecine générale sur

un poste de psychiatrie s'était révélée très enrichissante, elle semblait permettre une meilleure autoformation mutuelle et pouvait également minimiser les demandes d'avis somatiques et les retours dans le circuit MCO.
À Rennes, Eudier et al. (2006) ont renforcé l'équipe de psychiatrie entre 1994 et 2000. Ils rapportaient qu'au sein du SAU, la présence (24h/24) d'une équipe de psychiatrie complète (infirmiers, internes, psychiatres) était à l'origine d'une baisse du taux de répétition suicidaire à court terme (à un, trois et six mois) (71). Les études épidémiologiques montrent que le risque de récidives suicidaires est maximal dans l'année qui suit une tentative de suicide. Dans notre région, ce risque est particulièrement élevé dans les six premiers mois (72).

Un interne et un psychiatre de garde/d'astreinte assuraient la continuité médicale durant la nuit. La multiplication des fonctions des médecins de garde revêtait comme inconvénient majeur de limiter leur disponibilité aux urgences. Le *pool* de psychiatrie était constitué des psychiatres de l'établissement. Une participation des psychiatres du secteur, lorsqu'elle était possible, impliquait un engagement réciproque des psychiatres des urgences psychiatriques pour assurer la continuité des soins à l'hôpital psychiatrique de secteur.

La majorité des centres n'a pas déployé de temps de **psychologues** aux urgences. Dans les services qui en disposaient, les psychologues ne participaient pas aux fonctions d'accueil et d'évaluation. Ils intervenaient soit dans le cadre d'une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) comme à Montpellier, soit dans le cadre des consultations post-urgence. À Marseille, le rôle du psychologue était de favoriser le processus de résolution de la crise en ambulatoire. Il pouvait à tout moment solliciter un psychiatre. Dans ce SAU actuellement en crise avec une équipe psychiatrique en sous-effectif, cette organisation a permis une meilleure répartition de la charge de travail pour soutenir l'alternative à l'hospitalisation. D'ailleurs, l'équipe du Mans projetait d'étendre le concept en formant un psychologue à la gestion de crise pour intervenir dès l'évaluation initiale.

Les **assistants sociaux** étaient souvent mutualisés avec le SAU ou d'autres services de psychiatrie. Leurs interventions aux urgences psychiatriques impliquaient des compétences spécifiques : une bonne disponibilité pour rencontrer les patients en entretien, une participation aux temps institutionnels et une connaissance approfondie du réseau psychiatrique.

Les **secrétaires** étaient souvent mutualisées avec le SAU ou d'autres services de psychiatrie. Il ressort qu'elles avaient un rôle important dans l'organisation d'un service d'urgences psychiatriques particulièrement pour le travail d'assistance administrative face au renforcement de la législation et pour mettre à jour les répertoires et coordonnées du réseau. Les secrétaires étaient définitivement l'un des piliers nécessaires à une organisation fluide et cohérente.

Les **agents de service hospitalier** étaient mutualisés avec les autres services pour optimiser les ressources.

8. Une unité de court séjour (24 / 72 heures) dédiée à la psychiatrie

La présence d'une unité de court séjour est associée à une meilleure qualité, une meilleure sécurité et à un accès plus aisé aux soins (54,73). Elle permet une diminution des durées moyennes de séjour aux urgences (29). Aux États-Unis, une étude californienne estimait cette réduction à 80% par rapport aux statistiques de l'état (54). Après 24 à 72 heures d'observation, environ un quart des patients seraient transférés vers une unité de psychiatrie. Ces hospitalisations brèves permettraient donc de stabiliser trois quarts des patients, d'où un soulagement de la pression en aval sur l'hospitalisation psychiatrique et un soulagement des coûts inhérents à des durées d'hospitalisation longue (54,58,74).

Sur 14 centres interrogés, 13 disposaient de lits de court séjour pour le service d'urgence psychiatrique. Plusieurs centres ont même opéré des remaniements architecturaux spécifiquement pour créer ces lits. Il en ressort qu'une prise en charge intensive soulage rapidement les symptômes aigus, permettant souvent d'éviter une hospitalisation en secteur, et ce, même dans le cas des pathologies psychiatriques lourdes.
Une unité d'hospitalisation brève permettrait :
- d'atténuer la stagnation des patients aux urgences générales et toutes les difficultés que cela implique : mise en difficulté des infirmiers MCO, effectifs insuffisants pour assurer une bonne contenance de ces patients, risque sécuritaire dû aux chambres non sécurisées…
- d'initier les soins psychiatriques tout en terminant un éventuel bilan paraclinique ;
- de temporiser une situation avant un transfert en service ;
- d'assurer une prise en charge complète : entretiens familiaux, lien avec le médecin traitant et autres référents, lien avec les équipes spécialisées (en addictologie, en géronto-psychiatrie…).
De plus, il serait utile de prévoir une zone spécifique permettant l'isolement en cas de besoin (4).

À Créteil, faute de place aux urgences, ces lits sont localisés dans un autre bâtiment, au sein d'un service de psychiatrie de soins libres, mais ne permettent pas un fonctionnement satisfaisant (que ce soit sur un plan médical, paramédical ou administratif). Il semblerait qu'implanter ces lits à distance des urgences entraînerait des difficultés pratiques :
- discontinuité des soins et de la surveillance (malgré un renforcement de l'équipe infirmière), les équipes devant intervenir sur deux sites en même temps ;
- cadre non sécuritaire pour les prises en charges à haut risque (agitation, risque suicidaire élevé, soins sans consentement).
Dans les deux dernières années, deux évènements indésirables graves ont été rapportés à Créteil : un suicide et une tentative de pendaison.
Toutes ces limitations ont obligé le service à limiter les indications d'admission aux soins libres et aux patients à bas risque (comme c'est le cas à actuellement à l'UAO, CH Ph. Pinel, Amiens). Il en a découlé un nombre d'admissions moindre, remettant en question la rentabilité de ces lits. Et les patients à haut risque ont continué à emboliser les urgences générales pour garantir une surveillance adéquate.

Pour le moment, l'absence de lits d'urgence psychiatrique au CHU d'Amiens participe à emboliser les lits de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) qui n'est pas adaptée à la prise en charge de ces patients. En l'occurrence, elle n'était pas prévue pour cela. Carpentier et al. (2009) affirmaient que cela prolongeait le séjour de façon injustifiée y compris pour les hospitalisations sans consentement et aggravait les risques de violence (75). La question qui se pose est donc celle de réussir à créer un espace « tampon » qui rompt avec le « tout ou rien » entre le tout-hôpital et le tout-ambulatoire (64).

9. **Un puissant réseau** (Figure 4)

a. Dispositifs permettant un retour à domicile

Il fut un temps où l'on s'imaginait qu'un patient sortant des urgences pourrait être revu rapidement par l'équipe d'un centre médico-psychologique. Patients et soignants ont longtemps espéré, jusqu'au moment où l'évidence les a rattrapés…
Il est fréquent de préconiser un suivi au décours d'un passage aux urgences psychiatriques. Afin que le patient puisse s'orienter d'emblée vers la bonne structure, il est habituel de remettre au patient les coordonnées du CMP de son secteur. Quelques rares centres réussissent à maintenir des plages réservées « post-urgence » pour revoir les patients précocement après un passage

aux urgences. Dans ce cas, le patient contacte le CMP et convient d'un rendez-vous qui a lieu en général dans la semaine. Néanmoins ce fonctionnement n'est pas applicable dans toutes les structures (notamment à Amiens), faute de personnel suffisant.

Dans la majorité des centres, le réseau de consultations post-urgence s'organise au sein même des urgences psychiatriques. Ce fonctionnement offre un réel avantage : il favoriserait la continuité des soins avec la même équipe afin de résoudre la crise en attendant qu'un suivi puisse être initié en extrahospitalier. Ces consultations permettraient de prévenir une rechute précoce pouvant faire multiplier les passages aux urgences. Toutefois, le manque de moyens matériels ou humains pourrait vite être un facteur limitant. À titre d'exemple, aux urgences psychiatriques de Créteil, prévoir des consultations post-urgence fait courir le risque de saturer les locaux en raison du nombre limité de bureaux, et donc de ralentir l'activité aux urgences.
Le CHU de Toulouse travaille en partenariat avec le CH Gérard Marchant qui a dédié une structure à cette fonction : l'Accueil de Jour Intersectoriel Réactif. Le rôle de cette équipe est de permettre d'initier ou de consolider les soins après un passage aux urgences ou une hospitalisation. De nombreux sites disposent en plus d'un circuit spécialisé pour la prise en charge des victimes de psycho traumatismes.

L'implantation des urgences psychiatriques impliquerait d'élaborer un circuit post-urgence. Cette mission pourrait être assurée au sein des urgences psychiatriques ou par une structure indépendante. Attribuer cette mission au CMP nécessiterait inéluctablement de gonfler ses moyens et d'envisager d'élargir ses horaires pour faciliter l'accès aux soins.

b. Service d'hospitalisation psychiatrique « post-urgence »

Environ un tiers des centres interrogés bénéficient d'un service d'hospitalisation « post-urgence » au sein de l'établissement contenant les urgences. Ils accueillent les patients nécessitant des soins/bilans complémentaires pour une durée de 7 à 14 jours (uniquement des soins libres et essentiellement les troubles de l'humeur, les crises suicidaires et les cas d'intrications somato-psychiatriques). Cette proximité avec les services somatiques et le plateau technique faciliterait l'orientation et la coordination des soins. Plus fréquemment, ces services sont situés au sein du CHS de secteur, comme c'est le cas pour l'Unité de Psychiatrie Adulte (UPA) à Amiens. Dans ce cas, ces structures font souvent l'objet d'une mutualisation des moyens de plusieurs secteurs.

c. *Hospitalisation en secteur psychiatrique*

Nous avons distingué trois types d'établissements :

1. les établissements qui ont choisi de conserver au moins un service psychiatrique de secteur au sein de l'hôpital général ;
2. les établissements qui ont regroupé tous les services de psychiatrie dans un CHS (comme le CH Ph. Pinel à Amiens) ;
3. les établissements qui ont fait appel aux deux configurations.

La coordination des soins semble moins aisée dans les cas où les services de psychiatrie sont à distance des urgences. Mais il ressort qu'assurer une bonne visibilité sur les lits d'aval puisse limiter ces difficultés.

d. *Cliniques psychiatriques*

Les cliniques psychiatriques représentent une part croissante des lits d'hospitalisation (16) qui n'est pas toujours disponible en aval des urgences en raison :

- de la temporalité de fonctionnement différente ;
- des indications limitées d'admission ;
- de réticences institutionnelles ;
- du fait que les territoires sont inégalement dotés…

Au CHU d'Amiens, l'équipe de liaison de psychiatrie travaille avec la Clinique du Campus qui propose des lits « post-urgence ». Néanmoins, pour des questions organisationnelles internes à la clinique, les patients ne peuvent y prétendre que si une demande a été faite avant 11 heures du matin, ce qui limite la disponibilité de ces lits.

Brest dispose de deux lits privés réservés aux urgences, disponibles à tout moment. Toulouse bénéficie d'un territoire riche en offres privées et d'un lien privilégié avec deux cliniques. Montpellier est quotidiennement en lien avec la clinique RECH qui leur offre une visibilité sur ses disponibilités. Établir des partenariats solides avec les cliniques permet visiblement de fluidifier l'orientation à partir des urgences et de diversifier l'offre de soins pour certaines filières (suicidants, troubles de l'humeur, troubles anxieux). Il s'agira donc de poursuivre ce rapprochement avec le libéral.

e. *Médecins et psychiatres traitants*

Pour la prise en charge de l'urgence psychiatrique, il conviendrait également de prendre en compte les généralistes et des psychiatres libéraux (4). Les entretiens ont fait apparaitre comme

indispensable d'inscrire les généralistes et psychiatres traitants dans le dispositif afin de rompre leur isolement et de permettre une évaluation des situations en amont et en aval des urgences (7,58). En ce sens, la numérisation des données et la systématisation des courriers de liaison se sont révélées être de puissants outils.

f. Autres dispositifs

Il existe plusieurs autres dispositifs jouant un rôle dans la gestion de l'urgence psychiatrique. Par soucis de simplicité, nous ne ferons qu'en citer certains car ils nécessiteraient une étude plus approfondie.

Au lieu de transférer un **Centre d'Accueil et de Crise (CAC)** aux urgences générales, certaines villes se sont dotées de deux types de structures. Lille, Marseille et Paris disposent ainsi de plusieurs CAC intervenant en complément des urgences psychiatriques.
Lille et Montpellier ont implanté le **dispositif VigilanS** consistant à recontacter systématiquement les patients ayant fait une tentative de suicide. Ce dispositif a permis de diminuer le risque de récidive suicidaire après un premier geste (76). D'autres villes, comme Lyon, ont dédié un **Centre de Prévention du Suicide** à la prévention, l'intervention et la « postvention » de crise.
À l'image de celle de Toulouse, les **Équipes Mobiles de Crise (EMIC)** se sont multipliées. Elles interviennent au domicile, même dans le cas de nouveaux patients, pour mettre en œuvre une réponse graduée et prévenir une présentation aux urgences.

Récemment, le **réseau d'addictologie** s'est beaucoup développé. Les services de cure et post-cure se sont multipliés dans les hôpitaux généraux. La filière « troubles addictifs » représente une activité importante aux urgences du CHU d'Amiens. Il conviendrait donc de bien identifier les structures partenaires potentielles (CH de Doullens, de Roye-Montdidier, de Corbie…).

10. Évaluer nos pratiques

En France, la recherche évaluative sur les pratiques est peu développée (16) et très peu d'études systématiques se sont intéressées à la question spécifique de l'organisation des urgences psychiatriques dans les CHG et CHU. Pourtant, cette question est au cœur de réflexions sur le plan national. À l'heure où le dispositif amiénois est en pleine réorganisation, il ressort la nécessité non seulement de nous inspirer des modèles organisationnels existants mais aussi celle de partager notre expérience. À cet égard, évaluer l'influence de nos choix

organisationnels semble impératif pour interroger la validité de ces choix et valoriser notre activité.

11. Point financier

Dans tous les services interrogés, la mutualisation des moyens a permis d'optimiser les ressources financières et de contrôler les frais de structures (économie sur les équipements, l'hôtellerie, les personnels notamment les équipes de sécurité…). Toutefois, les soins MCO et la psychiatrie ne sont pas financés de manière identique. Les soins MCO sont financés par le système de tarification à l'activité (T2A). La psychiatrie est quant à elle financée par une dotation annuelle de financement (DAF).

Dans son article, G. Dubret expliquait que là où certains dénonçaient les effets pervers de la T2A ; pour la psychiatrie, ce n'était pas la T2A (ou à l'inverse la DAF) qui était porteuse d'effets délétères. C'était la juxtaposition de ces deux systèmes de tarification contradictoires, pour des disciplines qui coexistaient au sein d'un même établissement (19). En l'absence de valorisation de l'activité en psychiatrie, le risque serait de réduire cette dernière à une simple variable d'ajustement budgétaire (19). Lopez et Turan-Pellier (2017) affirmaient que les particularités de la psychiatrie justifiaient qu'elle dispose d'une relative individualisation. Ainsi, ils appuyaient le fait que la partie psychiatrique du GHT devrait disposer d'une autonomie budgétaire et devrait avoir la responsabilité de la gestion de ses moyens (16).

En pratique, notre étude révèle que les urgences psychiatriques font parfois l'objet d'un partenariat entre les CHG/CHU et les établissements de psychiatrie (Créteil, Toulouse, Reims, Le Mans et de Besançon). L'installation d'un service du CH Philippe Pinel au CHU d'Amiens impliquera manifestement une double gouvernance, mais à quel prix ?

B. Limites du travail de thèse

Notre étude a sollicité un nombre important de personnels des urgences qui n'étaient pas toujours à même de dégager du temps pour nous répondre. En effet, par définition, il s'agissait de services d'urgence où le temps est précieux et les soins prioritaires.

Les questionnaires ont été diffusés via les associations d'internes, entraînant fatalement un biais de sélection dans les personnes interrogées, d'autant que nous n'avons reçu que peu de réponses en comparaison du nombre d'établissements psychiatriques existants en France. Les entretiens téléphoniques n'ont concerné qu'un nombre réduit de personnes et les corps de métiers

concernés n'étaient pas forcément les mêmes entre les sites interrogés, d'où un biais de sélection dans la récolte des résultats. De plus, les informations récoltées se sont parfois révélées contradictoires. Il existe naturellement un biais d'interprétation du fait du caractère qualitatif de l'étude et du fait que toutes les personnes interrogées appartenaient uniquement à des équipes de psychiatrie. Il serait intéressant d'approfondir ces résultats en interrogeant les équipes somatiques et en procédant à une étude standardisée plus exhaustive.
Les différents centres interrogés n'étaient pas comparables (caractéristiques des territoires différentes, centres de tailles variables, activités diverses, moyens inégaux, influence de l'histoire…). Il serait intéressant d'analyser ces différences et leur évolution pour mieux comprendre les disparités entre les territoires. Nous avons d'ailleurs sollicité les départements d'informations médicales de plusieurs centres pour récupérer leurs données PMSI.
Nous n'avons pas eu le temps nécessaire pour exposer nos résultats aux intervenants qui avaient participé à l'étude. Ce regard aurait permis de valider les résultats et d'approfondir leur interprétation. Cela devrait constituer un des objectifs des prochains mois.

Ce travail comprend de nombreuses limites et le choix des facteurs étudiés est imparfait. Mais étant donné la complexité et l'hétérogénéité du dispositif actuel, une étude qualitative (même non exhaustive et imparfaite) était nécessaire pour faire un point sur le sujet.

V. CONCLUSION

Le fonctionnement et les moyens variaient d'un site à l'autre. Cette variabilité était bien souvent secondaire à des initiatives individuelles locales et à l'histoire de chaque territoire. Chaque Dans la majorité des cas, il ressort que :

- le SAMU assurait la régulation en lien avec l'accueil téléphonique du service d'urgence psychiatrique ;
- un « circuit court » vers les urgences psychiatriques était possible, le plus souvent depuis l'aire de triage ;
- l'examen somatique n'était pas systématique même si les psychiatres le déploraient ;
- certaines filières de patients devaient préalablement demeurer dans le circuit somatique avant de pouvoir être orientés vers les urgences psychiatriques (suicidants, abus de substances…) ;
- les services d'urgence psychiatrique étaient situés à côté des urgences générales mais disposaient de locaux dédiés spécifiquement aux urgences psychiatriques ;
- l'architecture des services était inadaptée et les missions des services se sont adaptés aux moyens matériels, et parfois au dépend de la sécurité ou de la qualité de soins ;
- les services disposaient d'au moins une chambre d'isolement ou d'un équivalent, ainsi que de dispositifs de sécurité (bouton d'alarme par exemple) ;
- les équipes étaient pluridisciplinaires composées de psychiatres, internes, infirmiers, assistants sociaux, secrétaires…
- des infirmiers de psychiatrie avaient renforcés les équipes d'urgence ;
- des lits de court séjour étaient dédiés à la psychiatrie ;
- les urgences psychiatriques cherchaient à développer leur réseau de partenaires publics mais aussi privés.

Des études systématiques sur l'organisation des urgences psychiatriques sont nécessaires. À l'initiative de l'ARS des Hauts-de-France, le dispositif de prise en charge des urgences psychiatriques est en pleine réorganisation sur Amiens. Ce serait là l'occasion de réévaluer l'ensemble de nos pratiques. Intégrer un service d'urgence psychiatrique aux urgences générales serait un moyen pour la psychiatrie amiénoise d'exercer sa fonction d'urgence. Il conviendrait de prendre en compte les expériences françaises et étrangères dans la réorganisation des urgences psychiatriques à Amiens ; et il serait intéressant d'évaluer les résultats de cette réorganisation afin d'en diffuser l'analyse.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse, Cerquiglini B. Grand Larousse Illustré 2020. Edition 2020. Larousse; 2019. 2112 p.
2. Baillon G. Accueil, urgence, crise, que choisir ? Inf Psychiatr. 1988;64:1087–101.
3. Walter M, Genest P. Réalités des urgences en psychiatrie. Inf Psychiatr. 2006;Volume 82(7):565–70.
4. Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.
5. Tribolet S. Guide pratique de psychiatrie - 6e édition revue et augmentée. 6e édition. Paris: Heures de France; 2011. 446 p.
6. Garrone G., Lalive J., Andreoli A. Crise et intervention de crise en psychiatrie. Paris : SIMEP. 1986.
7. Clercq D. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Paris; Bruxelles: De Boeck; 1997. 275 p.
8. World Health Organization, Sabate E. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. 2003. Available from: https://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf
9. Haute Autorité de Santé. Projet thérapeutique individualisé [Internet]. 2016. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_01_projet_therapeutique_individualise.pdf
10. Charpentier A, Goudemand M, Thomas P. L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. L'Encéphale. 2009 Feb 1;35(1):80–9.
11. Carrillo P, Fovet T, Poulet E. L'évaluation psychiatrique au service d'accueil des urgences : particularités sémiologiques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2018 Oct;176(8):803–9.
12. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux [Internet]. 2005. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Hospitalisation_sans_consentement_recos.pdf
13. Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. 3e édition. Elsevier Masson; 2017. 976 p.
14. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
15. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale.
16. Lopez A, Turan-Pelletier G. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Inspection Générale des Affaires Sociales [Internet]. 2017;Tome I. Available from: http://www.igas.gouv.fr/spip.php?article651 81

17. Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P, Cottencin O. Référentiel de psychiatrie et addictologie : Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2e édition. Presses universitaire François Rabelais; 2016. 583 p.
18. Parisot S. Soins aux patients schizophrènes. Le contexte des psychiatres français. Inf Psychiatr. 2001;3:248–9.
19. Dubret G, Trémine T. Quel avenir pour la psychiatrie à l'hôpital général ? Inf Psychiatr. 2009;85(6):559.
20. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). L'Encéphale. 2005 Apr 1;31(2):182–94.
21. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. 2003.
22. Australian Institute of Health and Welfare. Emergency department care 2014-15: Australian hospital statistics. 2015.
23. Weiland TJ, Mackinlay C, Hill N, Gerdtz MF, Jelinek GA. Optimal management of mental health patients in Australian emergency departments: Barriers and solutions: ED mental health: Barriers and solutions. Emerg Med Australas. 2011 Dec;23(6):677–88.
24. Institute of Medicine Committee on the Future of Emergency Care. Hospital-Based Emergency Care: At the Breaking Point. Institute of Medicine. 2006;
25. Mental Health, United States, 2010 [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2012 [cited 2019 Aug 27]. (Behavioral Health, United States). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK174658/
26. Royal College of Psychiatrists, Eales S. Liaison Psychiatry for every acute hospital: Integrated mental and physical healthcare. College Report 183 [Internet]. 2013 [cited 2019 Aug 24]. Available from: http://www.rcpsych.ac.uk/publications/collegereports.aspx
27. Royal College of Psychiatrists, British Association for Accident and Emergency Medicine. Psychiatric Services to Accident and Emergency Departments (CR118). Royal College of Psychiatrists. 2004;
28. Steg A. C nationale de restructuration des urgences. Rapport sur la médicalisation des urgences. 1998;
29. Alarcon Manchego P, Knott J, Graudins A, Bartley B, Mitra B. Management of mental health patients in Victorian emergency departments: A 10 year follow-up study: Management of Mental Health Patients in Emergency. Emerg Med Australas. 2015 Dec;27(6):529–36.

30. Cour des comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014. Chapitre XII Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. 2014;349–78.
31. Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol. 2005 Aug;15(4):357–76.
32. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol. 2011 Sep;21(9):655–79.
33. Vaiva G, Plancke L, Ducrocq F, Wiel E, Goldstein P. Les appels au Samu pour tentative de suicide peuvent-ils être utilisés pour apprécier le nombre de tentatives de suicide dans une population ? Presse Médicale. 2011 Jul 1;40(7):770–2.
34. Société francophone de médecine d'urgence. 9e Conférence de consensus agitation en urgence. 2003;42.
35. Godeau P, Herson S, Piette J-C. Traité de médecine. 4e ed. Paris: Flammarion Médecine; 2004. 3300 p.
36. Niquille M, Hausser J, Rubovszky G. Urgences médicales somatiques et psychiatriques : pour une vision commune. Rev Médicale Suisse. 2009;5.
37. Bourgeois JA, Kremen WS, Servis ME, Wegelin JA, Hales RE. The Impact of Psychiatric Diagnosis on Length of Stay in a University Medical Center in the Managed Care Era. Psychosomatics. 2005 Sep;46(5):431–9.
38. Patris M. L'urgence psychiatrique en crise. Réanimation Urgences. 2000 Jul 1;9(4):239–40.
39. Hefflefinger L. Transforming Psychiatric Care Delivery in the Emergency Department: One Hospital's Journey. J Emerg Nurs. 2014 Jul;40(4):365–70.
40. Weiss AP, Chang G, Rauch SL, Smallwood JA, Schechter M, Kosowsky J, et al. Patient- and practice-related determinants of emergency department length of stay for patients with psychiatric illness. Ann Emerg Med. 2012 Aug;60(2):162-171.e5.
41. L'agitation en urgence, conférence de consensus. JEUR. 2003;16:137–58.
42. Lemogne C. Psychiatrie de liaison. Médecine Sciences Publications; 2018. 720 p.
43. Bennewith O, Peters TJ, Hawton K, House A, Gunnell D. Factors associated with the non-assessment of self-harm patients attending an Accident and Emergency Department: results of a national study. J Affect Disord. 2005 Dec;89(1–3):91–7.
44. Gairin I, House A, Owens D. Attendance at the accident and emergency department in

the year before suicide: retrospective study. Br J Psychiatry J Ment Sci. 2003 Jul;183:28–33.
45. Dombagolla MHK, Kant JA, Lai FWY, Hendarto A, Taylor DMcD. Barriers to providing optimal management of psychiatric patients in the emergency department (psychiatric patient management). Australas Emerg Care. 2019 Mar;22(1):8–12.
46. Clarke DE, Dusome D, Hughes L. Emergency department from the mental health client?s perspective. Int J Ment Health Nurs. 2007 Apr;16(2):126–31.
47. Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie. 6e édition. Elsevier Masson; 2010. 1216 p.
48. McDonough S, Wynaden D, Finn M, McGowan S, Chapman R, Hood S. Emergency department mental health triage consultancy service: an evaluation of the first year of the service. Accid Emerg Nurs. 2004 Jan;12(1):31–8.
49. Burian R, Protheroe D, Grunow R, Diefenbacher A. Establishing a nurse-based psychiatric CL service in the accident and emergency department of a general hospital in Germany. Nervenarzt. 2014 Sep;85(9):1217–24.
50. Braitberg G, Gerdtz M, Harding S, Pincus S, Thompson M, Knott J. Behavioural assessment unit improves outcomes for patients with complex psychosocial needs. Emerg Med Australas EMA. 2018;30(3):353–8.
51. Currier GW, Allen M. Organization and function of academic psychiatric emergency services. Gen Hosp Psychiatry. 2003 Apr;25(2):124–9.
52. Institute of Healthcare Improvement. Improvement report : reducing length of stay in the emergency department for psychiatric patients. 2013; Available from: http://www.IHI.org
53. American Society for Quality. Hospitals see benefits of Lean and Six Sigma. 2013;
54. Zeller S, Calma N, Stone A. Effects of a dedicated regional psychiatric emergency service on boarding of psychiatric patients in area emergency departments. West J Emerg Med. 2014 Feb;15(1):1–6.
55. Chepenik L, Pinker E. The Impact of Increasing Staff Resources on Patient Flow in a Psychiatric Emergency Service. Psychiatr Serv Wash DC. 2017 May 1;68(5):470–5.
56. Bolton J, Palmer L, Cawdron R. Survey of psychiatric assessment rooms in UK emergency departments. BJPsych Bull. 2016 Apr;40(2):64–7.
57. Dervaux A, Angerville B. Journée de la Fédération Hospitalière de France des Hauts-de-France du 20 mars 2019. 2019.
58. Boiteux C, Clostre M, Querel C, Gallarda T. Urgence psychiatrique. EMC - Psychiatr. 2004 Jan 1;1(1):87–104.
59. Eitel DR, Travers DA, Rosenau AM, Gilboy N, Wuerz RC. The emergency severity index

triage algorithm version 2 is reliable and valid. Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med. 2003 Oct;10(10):1070–80.
60. Smart D, Pollard C, Walpole B. Mental health triage in emergency medicine. Aust N Z J Psychiatry. 1999 Feb;33(1):57–66; discussion 67-69.
61. Bosman C, Weber P, Van Loo C, De Villanfagne MA. 114 Triage en binôme au service des urgences adulte du chu saint-pierre à bruxelles : bilan positif après un an d'activité. J Eur Urgences. 2004 Mar 1;17:140.
62. Flavigny H. Urgences psychiatriques et/ou centres de crise ? Adolescence. 2011 Oct 17;n° 77(3):627–36.
63. HAS. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2000;
64. Massé G. L'intervention de crise : à quoi servent les urgences psychiatriques ? Pluriels. 2006;N56-Mars.
65. Design Council. Reducing violence and aggression in A&E through a better experience.pdf [Internet]. 2011. Available from: https://www.designcouncil.org.uk/sites/default/files/asset/document/ReducingViolenceAndAggressionInAandE.pdf
66. College of Emergency Medicine. Mental Health in Emergency Departments: A Toolkit for Improving Care. [Internet]. 2013. Available from: https://www.rcem.ac.uk/docs/RCEM%20Guidance/CEM6883-Mental%20Health%20in%20ED_Toolkit.pdf
67. Vrignaud S, Vervacke P, Augier G. Du secteur au réseau : une expérience dans le Sud-Est Vaucluse. Inf Psychiatr. 2013 Mar 28;Volume 89(2):159–65.
68. Bantman P. Usagers, familles, quelles attentes ? Inf Psychiatr. 2006;Volume 82(4):287–9.
69. Wand T, White K, Patching J, Dixon J, Green T. Introducing a new model of emergency department-based mental health care. Nurse Res. 2010;18(1):35–44.
70. Wand T, White K. Examining models of mental health service delivery in the emergency department. Aust N Z J Psychiatry. 2007 Oct;41(10):784–91.
71. Eudier F, Gault S, Batt-Moillo A, Drapier D, Millet B. Diminution des répétitions suicidaires grâce à une réorganisation des soins psychiatriques dans un service d'accueil-urgences: Étude de deux cohortes. Presse Médicale. 2006 May 1;35(5, Part 1):759–63.
72. Bulletin de Santé Publique - Hauts-de-France. 2019.
73. Woo BKP, Chan VT, Ghobrial N, Sevilla CC. Comparison of two models for delivery of

services in psychiatric emergencies. Gen Hosp Psychiatry. 2007 Dec;29(6):489–91.

74. Launay C. Les différents dispositifs d'accueil des urgences psychiatriques : Psychiatrie et urgences. 2002;191–3.

75. Carpentier F, Musiedlak G, Perrin S et al. Urgences psychiatriques: quels constats? quelles difficultés? Journal Européen des Urgences. 2009;22:A114.

76. Vaiva G, Plancke L, Amariei A, Demarty AL, Lardinois M, Creton A, et al. [Changes in the number of suicide attempts in the NPC region since the start of VigilanS: First estimates]. L'Encephale. 2019 Jan;45 Suppl 1:S22–6.

TABLEAUX

Tableau 1 : Moyens humains à un temps t.

	Créteil	Pontoise	CPOA	Lariboisière	Versailles	Lyon	Lille	Toulouse	Montpellier	Reims	Marseille	Brest	Le Mans	Besançon
Psychiatre (n)	2	2	5	3	1-3	5	4	5,6	3	2	4	3	2	2-5
Interne (n)	1	-	5	1	2	1	4-5	4	5	2-3	5	3	1	2
IDE de psychiatrie (n)														
- jour	1-2	2	5-9	2	2	16	4+1	5-10	0	2-3	5-6	11	3-4	3
- nuit	1-2	1	6	-		11	3+1	5-10	0	2	5	4	-	2
Aide-soignant (n)	-	-	-	-	1	5	-	1-3	1	1	-	-	-	-
Psychologue (n)	-	(1)	-	-	-	-	-	2	-	-	1	-	(1)	0,6
AS (n)	*mut.*	1	-	1	*mut.*	1	1	2	*mut.*	*mut.*	*mut.*	*mut*	-	*mut*
Secrétaire (n)	*mut.*	*mut.*		1	*mut.*	2,5	1	3	2	*1*		1		1

IDE : Infirmier diplômé d'état. AS : Assistant social.
mut = mutualisé avec un/plusieurs services

Tableau 2 : Missions du service.

	Créteil	Pontoise	CPOA	Lariboisière	Versailles	Lyon	Lille	Toulouse	Montpellier	Reims	Marseille	Brest	Le Mans	Besançon
Accueil & orientation	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Accueil téléphonique		X	X	X	X	X	X	X		X	X	X		X
Consultations post-urgence		(X)	X	(X)		X	X		X		X	X		X
Lits d'hospitalisation :														
- nombre de lits (n)	3	4	5		12	13+10	12	17	7	8	9	3		4
- mode d'hospitalisation	SL	SL/SSC	SL		SL/SSC	SL/SSC	SL	SL/SSC	SL	SL/SSC	SL/SSC	SL/SSC		SL/SSC

SL : Soins libres. SSC : Soins sans consentement.

URGENCES PSYCHIATRIQUES AUX URGENCES GÉNÉRALES.
Dispositifs nationaux et régionaux.

Les services d'accueil d'urgence (SAU) doivent faire face à une croissance des demandes psychiatriques. En France, la recherche évaluative sur les pratiques est peu développée concernant les urgences psychiatriques (UP) dans les SAU. L'objectif était de faire un état de lieu de l'organisation des UP en France et dans la littérature pour la mettre en perspective avec la situation amiénoise.
Nous avons effectué une revue de littérature et une étude qualitative de services d'UP en France à l'aide d'un questionnaire en ligne et d'entretiens semi-directifs.
Nous avons obtenu 52 réponses au questionnaire et dirigé 21 entretiens téléphoniques dans 14 services d'UP. L'organisation des UP était hétérogène. Les articles organisationnels étaient peu nombreux. Dans la majorité des cas, il ressort que : (1) un « circuit court » vers les UP était possible ; (2) l'examen somatique n'était pas systématique même si les psychiatres le déploraient ; (3) certaines filières de patients devaient préalablement demeurer dans le circuit somatique avant de pouvoir être orientés vers les UP (suicidants, abus de substances…) ; (4) les services d'UP étaient situés à côté des SAU ; (5) l'architecture des services était inadaptée ; (6) les services disposaient d'au moins une chambre d'isolement ou d'un équivalent ; (7) des infirmiers de psychiatrie avaient renforcés les équipes d'urgence ; (8) des lits de court séjour étaient dédiés à la psychiatrie.
Des études systématiques sur l'organisation des UP sont nécessaires. Il conviendrait de prendre en compte les expériences françaises et étrangères dans la réorganisation des UP à Amiens ; et il serait intéressant d'évaluer les résultats de cette réorganisation afin d'en diffuser l'analyse.

Mots clés : Modèles d'organisation ; service des urgences psychiatriques ; santé mentale ; hôpitaux généraux ; hôpitaux universitaires.

PSYCHIATRIC EMERGENCIES AT THE EMERGENCY DEPARTMENT.
National and regional organizations.

The incidence of patients presenting with mental illness is increasing in the Emergency Departments (ED). There are few systematic studies about the organization of Psychiatric Emergency Services (PES) in general hospitals. We aimed to look at PES in France and worldwide in order to get the case of Amiens into perspective. We conducted a review of the literature and a qualitative analysis of french PES by diffusing an online questionnaire and by interviewing PES staff.
52 persons filled in the questionnaire and we interviewed 21 persons from 14 different hospitals. There are many different organizational models and there are arguments on both sides. As a result, we found that in most case: (1) a "fast-track" system to the PES is possible; (2) a physical examination isn't compulsory even if psychiatrists find it deplorable; (3) many patients had to remain in general services before being directed towards the PES (suicide attempts, alcohol and drug abuse…); (4) PES were located next to in ED; (5) general facilities wasn't built to manage psychiatric emergencies; (6) there was at least one secure psychiatric assessment room or an equivalent; (7) PES staff employed experienced psychiatric nurses; (8) a psychiatric short-stay unit was located close to the PES.
Systematic studies about PES organization are needed. To successfully reorganize psychiatric emergency management in Amiens, we must learn from french and foreign experiences. Moreover, it would be interesting to assess the results of this reorganization and share it.

Keywords : models, organizational ; emergency services, psychiatric ; mental health ; hospitals, general ; hospitals, university