



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Médecin Inspecteur de Santé Publique**

*Promotion - 2003*

---

**LES URGENCES PSYCHIATRIQUES  
SUR AMIENS (SOMME)  
DE MAI À JUILLET 2002.**

---

**Isabelle CACHERA**

## REMERCIEMENTS

À mon mari,  
À mes enfants,  
À ma belle famille,  
À mes amis,  
pour leur disponibilité et leur compréhension.

À M. VÉJUX, Inspecteur Principal à la D.D.A.S.S. de la Somme,  
pour son accompagnement,

À Mlle DERNONCOURT, chargée des questions hospitalières à la C.R.A.M. Nord-Picardie,  
À M. le Docteur LARGILLIERE, médecin conseil de l'Échelon Local du Service Médical  
d'Amiens,  
À M. le Docteur ORAIN, médecin conseil de la Caisse Médicale Régionale d'Amiens,  
pour leur collaboration à ce travail,

À Mme le Docteur BEAUDOIN, responsable de l'U.A.O. de l'Hôpital Pinel d'Amiens,  
À M. le Docteur LION, responsable du S.A.U. adulte du C.H.R.U. d'Amiens,  
À M. le Docteur MILLE, responsable du S.A.U. pédiatrique du C.H.R.U. d'Amiens,  
À M. le Professeur LOAS, responsable de l'antenne de liaison du C.H.R.U. d'Amiens,  
pour leur participation à ce travail,

À M. OYHANONDO, Inspecteur à la D.D.A.S.S. de la Somme,  
À Mme QUELIER, de l'École Nationale de Santé Publique de Rennes,  
Au personnel informatique de l'École Nationale de Santé Publique de Rennes,  
pour leur aide et leur relecture,

À tous mes collaborateurs,  
pour leur aide et leur patience.

---

# Sommaire

---

<b>1 - INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Quelques définitions .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 La problématique sur Amiens .....</b>	<b>3</b>
<b>1.3 La méthodologie .....</b>	<b>5</b>
<b>2 - PRÉSENTATION.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Quelques exemples d'organisation des urgences psychiatriques.....</b>	<b>7</b>
2.1.1 Aux Etats-Unis .....	7
2.1.2 En Allemagne.....	8
2.1.3 En Italie.....	9
2.1.4 Au Danemark.....	9
2.1.5 Au Québec .....	10
2.1.6 En Hollande.....	11
2.1.7 En Espagne.....	12
2.1.8 À Orange (1 des 9 provinces d'Afrique du Sud).....	13
2.1.9 En Grèce.....	13
2.1.10 En Belgique .....	14
2.1.11 En France.....	14
a) À Paris.....	15
b) Dans les Yvelines.....	16
c) À Pontoise.....	16
d) À Avignon .....	17
e) À Bayonne.....	18
f) À Lyon.....	18
<b>2.2 Évolution des textes législatifs en France .....</b>	<b>18</b>
<b>2.3 Données épidémiologiques de Picardie .....</b>	<b>22</b>
2.3.1 Données démographiques.....	22
2.3.2 Données sociales, médicales et médico-sociales.....	22
2.3.3 Données sanitaires .....	23
a) L'organisation des secteurs sanitaires dans la Somme .....	23
b) L'organisation des secteurs de psychiatrie adulte dans la Somme.....	24
c) L'organisation des secteurs de psychiatrie enfant dans la Somme.....	25
<b>2.4 Évolution de l'organisation des urgences psychiatriques sur Amiens .....</b>	<b>26</b>
2.4.1 Avant 1993 .....	26

2.4.2	En 1993.....	26
2.4.3	En 1994.....	27
2.4.4	En 1995.....	27
2.4.5	En 1998.....	27
2.4.6	En 2000.....	28
2.4.7	En 2002.....	28

<b>3 -</b>	<b>ÉTUDE SUR LES DOSSIERS DE L'U.A.O. ET DU S.A.U., LES ENTRETIENS ET LES ORGANIGRAMMES.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1</b>	<b>Difficultés rencontrées.....</b>	<b>28</b>
3.1.1	Dans l'organisation de l'enquête.....	28
3.1.2	Dans le recueil des données médicales.....	29
<b>3.2</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>30</b>
3.2.1	Les locaux.....	30
a)	L'U.A.O.....	30
b)	Le S.A.U. ....	30
3.2.2	L'organisation des services .....	30
a)	L'U.A.O.....	30
b)	Le S.A.U. ....	35
3.2.3	L'étude des dossiers médicaux.....	36
a)	Le nombre de dossiers et les jours d'arrivée.....	36
b)	Les heures d'arrivée.....	37
c)	Les sexes .....	38
e)	Les mesures de protection, les ressources, le statut familial .....	39
f)	L'origine, les moyens de transport et l'accompagnement.....	39
g)	Les diagnostics .....	41
h)	Les orientations .....	42
i)	Le S.A.U. pédiatrique .....	43
<b>3.3</b>	<b>L'analyse.....</b>	<b>43</b>
3.3.1	Les locaux.....	43
3.3.2	L'organisation des services .....	43
a)	Le personnel médical.....	43
b)	Le personnel paramédical.....	44
3.3.3	L'étude des dossiers.....	45
a)	Le nombre de dossiers .....	45
b)	Le sexe.....	45
c)	L'âge .....	46

d) Les mesures de protection, les statuts, les ressources familiales.....	46
e) Les origines, les moyens de transport et l'accompagnement.....	46
f) Les diagnostics .....	46
g) Les orientations .....	47
<b>4 - CONCLUSION .....</b>	<b>48</b>
<b>4.1 Les conclusions de l'étude .....</b>	<b>48</b>
4.1.1 Le fonctionnement de l'U.A.O.....	48
4.1.2 Le fonctionnement du S.A.U. ....	49
<b>4.2 Les perspectives d'évolution .....</b>	<b>50</b>
4.2.1 Sur la prise en charge des urgences psychiatriques au C.H.R.U et à Pinel .....	50
4.2.2 Sur les liens avec les autres structures .....	51
a) Avec les cliniques privées d'Amiens.....	51
b) Avec les structures sociales .....	52
4.2.3 En général.....	52
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>55</b>
<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>61</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

- A.A.H. : Allocation Adulte Handicapé,
- A.E.S. : Allocation d'Éducation Spéciale,
- A.R.H. : Agence Régionale d'Hospitalisation,
- A.S. : Assistante sociale,
- A.S.H. : Aide Soignante Hospitalière,
- C.A.T.T.P. : Centre d'Accueil Temporaire à Temps Partiel,
- C.G.O. : Centre de Gynécologie et d'Obstétrique,
- C.H.R.U. : Centre Hospitalier Régional Universitaire,
- C.H.S. : Centre Hospitalier Spécialisé,
- C.M.P. : Centre Médico-Psychologique,
- C.M.S. : Centre Médico-Social,
- C.N.H. : Certificat de Non Hospitalisation,
- C.P.O.A. : Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil,
- C.P.O.M. : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens,
- C.R.A.M. : Caisse Régionale d'Assurance Maladie,
- D.D.A.S.S. : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et sociales,
- H.D.T. : Hospitalisation à la Demande d'un tiers,
- H.O. : Hospitalisation d'Office,
- H.T.C.D. : Hospitalisation de Très Courte Durée,
- I.P.P.P. : Infirmerie Psychiatrique de la Préfecture de Police,
- I.D.E. : Infirmière Diplômée d'État,
- M.A.S. : Maison d'Accueil Spécialisée,
- O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé,
- P.H. : Praticien Hospitalier,
- P.V. : Procès Verbal,
- R.M.I. : Revenu Minimum d'Insertion,
- S.A.M.U. : Service d'Aide Médicale d'Urgence,
- S.A.U. : Service d'Accueil des Urgences,
- S.D.F. : Sans Domicile Fixe,
- S.M.P.R. : Service Médico-Psychologique Régional,
- S.R.O.S. : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire,

- U.A.A. : Unité d'Accueil et d'Admission,
- U.A.O. : Unité d'Accueil et d'Orientation,
- U.A.U.P. : Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques.
- U.C.S.A. : Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires,
- U.P.A.T.O.U. : Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences.

# 1 - INTRODUCTION

## 1.1 Quelques définitions

La santé mentale a remplacé la maladie mentale dans la lignée de la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) qui considère que la santé correspond à un « état complet de bien-être physique, psychique et mental ».

Dans le rapport du groupe de travail relatif à l'évolution des métiers en santé mentale d'avril 2002<sup>1</sup>, la souffrance psychique est définie comme une manifestation de difficultés vécues sans que pour autant une maladie mentale soit identifiable. Le terme de « mal-être » peut aussi être utilisé. Il est important de repérer les situations à risque lorsque la répétition, la continuité, la multiplication des troubles entraînent le décrochage par rapport à la conduite habituelle. Sera considérée comme « souffrance invalidante », la souffrance entraînant une déstabilisation profonde des supports de base de la vie sociale.

Selon H. VERGOUWEN, la "psychiatrie d'urgence" inclut le terme de psychiatrie ce qui indique que la psychiatrie d'urgence fait partie du grand domaine de la psychiatrie avec ses racines biomédicales, psychiatriques et sociales. Il inclut également le terme d'urgence qui intègre la psychiatrie d'urgence au domaine de la médecine d'urgence comme étant l'une des spécialisation nécessaire pour faire face aux différents types d'urgences médicales.

Pendant longtemps, l'urgence psychiatrique a été confondue avec les troubles graves du comportement relevant d'un internement (comme le stipulait la loi de 1838) avec prédominance de l'aspect médico-légal. Puis, l'urgence psychiatrique a évolué avec les thérapeutiques nouvelles (chimiothérapies plus efficaces), le développement des secteurs (prophylaxie en amont, prise en charge en aval de l'hospitalisation) et de l'urgence médico-chirurgicale à l'hôpital. L'augmentation de la demande de soins immédiats a nécessité l'hyper spécialisation des urgences médico-chirurgicales avec appel à des intervenants multiples dont les médecins psychiatres. La confusion entre urgence psychiatrique et

---

<sup>1</sup> « *L'évolution des métiers en santé mentale : Recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé* », Rapport final du groupe de travail DGS présenté au comité consultatif de santé mental du 11 avril 2002.



demande d'intervention en urgence a conduit le législateur à redéfinir l'urgence psychiatrique dans les textes législatifs<sup>2</sup>.

Dans la circulaire du 30 juillet 1992<sup>3</sup>, l'urgence psychiatrique :

- d'après le groupe de travail de la commission des maladies mentales de 1991, est décrite comme : "une demande dont la réponse ne peut être différée : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique."

- d'après le rapport STEG<sup>4</sup>, de 1989 : recouvre en réalité trois grandes catégories d'états pathologiques :

- l'urgence psychiatrique pure par décompensation d'une affection psychiatrique lourde (mélancolie, grand état d'angoisse, agitation), qui à l'évidence nécessite une prise en charge en milieu psychiatrique après élimination d'un diagnostic d'affection organique,
- les urgences psychiatriques mixtes qui regroupent les malades qui présentent des manifestations organiques et psychiatriques simultanées : tentatives de suicide, delirium tremens, etc...
- les états aigus transitoires, c'est-à-dire les réactions émotionnelles intenses survenant sur un terrain psychologique vulnérable à la suite d'évènements, conflits et détresse très souvent vécus dans la solitude (tentative de suicide, ivresse, etc ....).

Pour G. INVERNIZZI et C. BRESSI<sup>5</sup>, la crise constitue une expression douloureuse d'une exigence de croissance et de transformation, avec des potentialités auto thérapeutiques. À ce titre, elle a un rôle positif sur la personne. Selon J. VEDRINNE et B. REBOUL, la crise est un état qui n'a pu être contenu par l'entourage, les médecins, les structures de soins habituelles. Pour d'autres, la crise, toujours interactive, serait la rupture, la survenue d'un déséquilibre entre le patient et son environnement, associée à l'impossibilité pour le sujet de maîtriser cette situation nouvelle. Elle survient sur un terrain non pathologique au plan

---

<sup>2</sup> DE CLERCQ M., LAMARRE S., VERGOUWEN H. *Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale*. Masson, Médecine et psychothérapie, 1998, 292 p.

<sup>3</sup> Circulaire n°39/92 DH.PE/DGS.3C/ du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

<sup>4</sup> STEG A. *Rapport sur la médicalisation des urgences*, Commission Nationale de restructuration des urgences, septembre 1993.

<sup>5</sup> INVERNIZZI G., BRESSI C., ALBONETTI S. *Emergency Psychiatry and Crisis Intervention*. Rivista Europea di Psichiatria. Furlan P.M., Cristina E., Picci R.L., Castellet y Ballarà F. Eds.

psychiatrique, ou non fixé. La décompensation est également une rupture qui fait suite à un conflit intérieur ou extérieur, mais qui survient sur un terrain psychopathologique particulier<sup>6</sup>.

## 1.2 La problématique sur Amiens

La réponse à l'urgence évolue et continue d'évoluer dans les textes législatifs, dans les pratiques et dans les situations diverses. À Amiens, dans la Somme, le Centre Hospitalier Régional Universitaire (C.H.R.U.) est organisé en 2 pôles (Nord et Sud), auxquels s'ajoutent le Centre de Gynécologie et d'Obstétrique (C.G.O.) et le centre Saint Victor (ophtalmologie et gériatrie essentiellement). Tous ces sites sont distants de quelques kilomètres. L'accueil, le traitement, l'orientation des urgences psychiatriques sont répartis sur plusieurs sites :

Le site Nord du (C.H.R.U.) dispose :

- d'un Service d'Aide Médicale d'Urgence (S.A.M.U.) sans personnel psychiatrique, que ce soit infirmier ou médecin,
- d'un Service d'Accueil des Urgences (S.A.U.) pour les adultes, ouvert 24H/24, et disposant d'infirmiers (cependant, aucun n'a de formation psychiatrique) et de médecins formés à l'urgence (dans ce service, il y a une salle de dégrisement),
- d'un service d'accueil des urgences pédopsychiatriques (accueillant les enfants jusque 16 ans) pouvant faire appel 24H/24 (par téléphone) à un pédopsychiatre, qui peut éventuellement se déplacer,
- une antenne de psychiatrie avec des internes en psychiatrie et des médecins psychiatres.

Ce site dispose de services de pédiatrie, chirurgie, anesthésie réanimation, d'hépatogastro-entérologie, de médecine interne, de neurologie, de pathologies infectieuses, d'ORL, d'orthopédie et traumatologie et de radiologie.

Le site sud du Centre Hospitalier Régional Universitaire dispose d'une Unité d'Accueil et d'Admission (U.A.A.) de création locale (sans référence législative) disposant d'infirmiers (cependant, aucun n'a de formation psychiatrique) et de médecins formés à l'urgence (faisant partie du même pool de médecins qu'au S.A.U.). Il dispose également de services de chirurgie générale, thoracique et vasculaire, dermato-vénérologie, d'endocrinologie, de pneumologie, d'urologie, de transplantation, de médecine physique et réadaptation, d'anesthésie réanimation, d'oncologie, de médecine interne gériatrique, de radiodiagnostic, ainsi que les laboratoires d'hormonologie, de biologie et de virologie.

---

<sup>6</sup> CAROLI F., MASSE G. *Les situations d'urgence en psychiatrie*, Doin Editeurs, 1985, 145 p.

L'accueil et l'orientation des patients présentant des difficultés d'ordre psychiatrique s'effectuent également dans l'Unité d'Accueil et d'Orientation (U.A.O.) intersectorielle du Centre Hospitalier Spécialisé (C.H.S.) Philippe Pinel d'Amiens. La création de cette unité n'a pas de référence législative. L'unité est ouverte 24H/24 depuis mi-avril 2002 et dispose de quatre lits d'Hospitalisation de Très Courte Durée (H.T.C.D.). Le C.H.S. Philippe Pinel, à vocation départementale, ne dispose d'aucun plateau technique médical (autre que psychiatrique), biologique ou radiologique.

Une convention relative à la prise en charge des urgences psychiatriques adultes, signée entre le C.H.S. P. Pinel et le C.H.R.U., le 1<sup>er</sup> décembre 1993, prévoit, dans son article 5 que «Le psychiatre de garde sur place au Centre Hospitalier Philippe Pinel assurera une consultation aboutissant à un avis après avoir été appelé par le Praticien du Service d'accueil des Urgences du C.H.U. ». Cette convention a été interprétée, dans la pratique, par la possibilité pour le praticien psychiatre de garde de se déplacer au S.A.U. du C.H.R.U. où il examine les patients du S.A.U. mais également ceux qui lui sont transférés des services hospitaliers du site Nord et du site Sud du C.H.R.U. Celui-ci peut également être amené à se déplacer au C.G.O., au SESAME (unité intersectorielle d'alcoologie du Centre Hospitalier P. Pinel) ou au Service Médico-Psychologique Régional (S.M.P.R.) de la maison d'arrêt d'Amiens. La journée, il est fait appel aux internes et psychiatres de l'antenne de liaison en ce qui concerne le C.H.R.U.

La Clinique Victor Pauchet et la Polyclinique de Picardie d'Amiens reçoivent des urgences essentiellement chirurgicales mais peuvent être amenées à recevoir des urgences psychiatriques (en 1999, les maladies neuropsychiatriques représentaient quelques pour cent des pathologies des patients ayant eu recours au service des urgences de la Clinique Victor Pauchet)<sup>7</sup>.

Quelles sont les conséquences, sur la nature de la prise en charge des urgences psychiatriques, de la multiplicité des sites de prise en charge sur Amiens ?

Différentes hypothèses peuvent découler de cette question :

- un même patient peut se présenter au S.A.U. du C.H.R.U. ou à l'U.A.O. de l'hôpital Philippe Pinel,

---

<sup>7</sup> Dossier de demande d'autorisation de mise en œuvre de l'activité « accueil et traitement des urgences » dans le cadre d'une UPATOU (Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences Psychiatriques), Centre Cardiologique Privé d'Amiens, juin 2001.

- la réponse qui est apportée au patient est différente selon qu'il se présente au S.A.U. du C.H.R.U. ou à l'U.A.O. de l'hôpital P. Pinel,
- le concept de prise en charge globale (médico-psychiatrique) du patient est modulable en fonction de la spécialisation du médecin qui prend en charge le patient ; le médecin de l'U.A.O. serait plus enclin à traiter les problèmes somatiques sans trop s'attarder sur les problèmes psychiatriques et inversement, le médecin psychiatre prendrait en charge les patients dès lors que les problèmes somatiques seraient résolus,
- le déplacement du psychiatre au S.A.U. de l'Hôpital Nord nuit à la permanence des soins au niveau de l'U.A.O. de l'Hôpital Psychiatrique.

### 1.3 La méthodologie

Pour tenter de confirmer ces hypothèses, nous avons, en partenariat avec les médecins des caisses d'assurance maladie d'Amiens et avec une personne chargée des questions hospitalières de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (C.R.A.M.) Nord-Picardie, réalisé des entretiens (*cf. : annexe 1*) auprès de différents praticiens (chef de service du S.A.U., responsable de l'U.A.O., chef de service des consultations de pédopsychiatrie au C.H.R.U., chef de service de psychiatrie adulte au C.H.R.U.).

Nous avons également effectué une étude sur des dossiers de patients accueillis au S.A.U. et à l'U.A.O. sur 10 jours sélectionnés. L'U.A.A. et les U.P.A.T.O.U. des cliniques de la Vallée des vignes n'accueillant que peu de patients présentant des difficultés psychiatriques, n'ont pas été retenues pour notre étude. D'après le bilan d'activité de l'UAO<sup>8</sup> de 2001, 3131 prises en charge ont été réalisées, soit une moyenne d'un peu plus de 8 patients par jour (3131/365). Nous souhaitons avoir un échantillon d'une centaine de personnes. Sur 10 jours, nous devons donc avoir plus de 80 patients, puisque, à partir de mi-avril 2002, l'U.A.O. fonctionnait 24H/24. Les 10 jours, tirés au hasard, entre mai et juillet 2002, étaient :

- le vendredi 3 mai,
- le dimanche 19 mai ,
- le jeudi 23 mai,
- le samedi 25 mai,
- le vendredi 31 mai,
- le lundi 10 juin,
- le mardi 18 juin,

---

<sup>8</sup> BEAUDOIN V. *Rapport d'activité de l'Unité d'accueil et d'Orientation*, année 2001

- le mardi 25 juin,
- le mercredi 3 juillet,
- le mercredi 17 juillet.

Un courrier a été envoyé aux responsables des services du S.A.U. et de l'U.A.O. afin de déterminer les jours pour la consultation des dossiers. Pour l'U.A.O., la totalité des dossiers des patients qui se sont présentés ces jours-là a été étudiée. Pour le S.A.U., un Praticien Hospitalier (P.H.) et un infirmier ont sélectionné, parmi les dossiers de patients qui se sont présentés ces jours-là ceux jugés comme relevant d'un problème d'ordre psychiatrique.

Les données ont été recueillies sur des grilles (*cf : annexes 2 et 3*) et analysées avec Épi Info 6.04 et EXCEL 97.

L'évaluation de la permanence des soins a été étudiée avec les tableaux de garde et les organigrammes à l'U.A.O., tant au niveau du personnel médical que du personnel paramédical. Cette évaluation n'a pas été réalisée au niveau du S.A.U. étant donné qu'aucun personnel à compétence psychiatrique ne fait partie de l'équipe médicale et paramédicale du S.A.U. L'étude des plannings de l'U.A.O. sur deux périodes de deux semaines a été jugée plus pertinente que l'étude sur les 10 jours sélectionnés pour l'étude des dossiers médicaux, le travail des I.D.E. étant planifié semaine par semaine. Une période hors congés (du 20 mai au 2 juin 2002, mais incluant le lundi de pentecôte) et une période pendant les congés scolaires (du 8 au 22 juillet 2002) ont donc été retenues.

Cette étude devait également répondre à une demande de clarification du dispositif de prise en charge des urgences psychiatriques sur Amiens, émanant de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.D.A.S.S.).

Dans une première partie, nous rapportons quelques exemples de prise en charge des urgences psychiatriques, à l'étranger et en France. Nous essayons de décrire l'évolution de la législation en matière de prise en charge des urgences psychiatriques, quelques données épidémiologiques en Picardie et l'évolution de la situation sur Amiens, en ce qui concerne la prise en charge des urgences psychiatriques.

Dans un deuxième temps, nous analysons les dossiers des patients du S.A.U. et de l'U.A.O. Les entretiens réalisés auprès des chefs et responsable de service ainsi que l'étude des tableaux de garde et des organigrammes s'efforcent de repérer les difficultés de fonctionnement actuel et de proposer des solutions à ces problèmes.

## 2 - PRESENTATION

### 2.1 Quelques exemples d'organisation des urgences psychiatriques

Si les hôpitaux psychiatriques hébergent encore 80 à 95% des lits psychiatriques aux Pays-Bas et en Espagne, les chiffres correspondants avoisinent les 60 à 75% en France et en Allemagne et 40% aux Etats-Unis<sup>9</sup>. Pour en arriver là ces pays ont mis en place des systèmes divers. Ainsi :

- aux Etats-Unis, les prises en charge sont multiples (hospitalières, communautaires, ...) mais sans cohésion ; alors qu'elles sont coordonnées en Allemagne,
- la Belgique développe des services d'urgence à l'hôpital alors que l'Italie offre une prise en charge ambulatoire à partir d'unités de psychiatrie de crise localisées dans les services d'urgence,
- le Danemark a trois types de prise en charge de l'urgence psychiatrique (des consultations et le service des urgences à l'hôpital général et le service des urgences à l'hôpital psychiatrique),
- le Québec a développé des prises en charge communautaires (centres de crise, équipes pluridisciplinaires) ainsi que la coopération entre les médecins d'urgence et les médecins psychiatres ; la Hollande a également créé des centres de crise communautaires et l'Espagne et Orange (province d'Afrique du Sud) ont donné priorité aux équipements communautaires,
- la Grèce s'est orienté vers l'insertion professionnelle.

Ces différentes prises en charge sont détaillées dans les paragraphes qui suivent<sup>2</sup>.

#### 2.1.1 Aux Etats-Unis

Une première « révolution » ayant fait évoluer l'absence de soins médicaux pour les malades mentaux chroniques vers les soins en institution a engendré une cohésion des programmes et de l'administration. En effet, jusqu'en 1955, les hôpitaux se sont agrandis.

---

<sup>9</sup> Santé mentale : les nouvelles données de L'O.M.S. par pays font apparaître un déficit de ressources. O.M.S., 2003. Disponible sur Internet : <http://www.who.int/mediacentre/releases/release30/fr/print.html>

Une deuxième « révolution » qui a déplacé les personnes et les programmes des hospices institutionnalisés vers les hospices communautaires, a engendré de nouvelles victimes. Des programmes se sont donc développés en faveur des Sans Domicile Fixe (S.D.F.), des victimes d'agression, pour la mise en place d'hospitalisation partielle, de soins à domicile, de réinsertion psychiatrique, d'éducation de patients et des familles, .... De même, des équipes de soins au niveau communautaire, des services de prison, des services de crise, ... se sont développés.

Une troisième « révolution » devrait s'opérer vers la création d'un mécanisme administratif unique qui apporterait des réponses quant aux patients, aux logements, à la nourriture, aux soins médicaux et psychiatriques.

### 2.1.2 En Allemagne

Les soins de santé mentale en Allemagne sont fragmentaires et mal coordonnés. A Berlin, il y a un nombre élevé de lits d'hospitalisation, de cabinets de psychiatres et de services communautaires mais ils sont indépendants et ne fournissent aucun service psychiatrique après 17 heures ou le week-end, en dehors de l'hôpital.

En 1990, un service a été créé à Berlin pour coordonner les ressources existantes. Ce service évalue le patient par le biais de consultations ou en intervenant à domicile, et tente de le stabiliser. Les interventions peuvent être d'ordre psychosocial. Si nécessaire, le service hospitalise le patient de gré ou de force (mais les procédures sont compliquées). Ce service est ouvert du lundi au jeudi de 18 heures à minuit et du vendredi au lundi de 15 heures à minuit. Il dessert une population de 33 000 habitants. Il est composé de 2 services. Un travailleur social du service communautaire de santé mentale coordonne le service. Les personnels des différents services psychiatriques du secteur effectuent quelques gardes par mois au sein de l'équipe d'urgence. Les psychiatres hospitaliers fournissent une assistance médicale, à titre privé. Ils sont payés à la prestation. De ce fait, les coûts sont réduits par rapport à un service employant les personnels. Les inconvénients proviennent du nombre important de membres du service et de l'absence de supervision correcte.

L'augmentation du recours à ce service nécessitera peut-être, à l'avenir, l'embauche d'un ou plusieurs psychiatres de façon permanente.

### 2.1.3 En Italie

Avant 1978, à Milan, il y avait deux services de psychiatrie d'urgence dans deux hôpitaux généraux de la ville, qui adressaient à l'hôpital psychiatrique les situations psychopathologiques les plus graves et qui demandaient des temps d'hospitalisation de durée moyenne ; alors que les situations de crise plus légères (névroses) étaient confiées aux structures ambulatoires.

Après 1978, l'application de la loi 180 Basaglia sur la modification de l'assistance psychiatrique, permettait d'envoyer les patients directement à l'hôpital général. S'est alors organisé un service de diagnostic et de traitement qui utilisait, le plus souvent en premier lieu, les psychotropes et ensuite, des interventions cognitives. Ce type d'intervention a déclenché le phénomène de "porte-tambour" (revolving door), c'est-à-dire la récurrence périodique de la crise. De plus, la fermeture des hôpitaux psychiatriques a entraîné une limitation dans la disponibilité des lits. C'est ainsi qu'ont été utilisées les structures privées conventionnées pour les périodes plus prolongées. Des modalités d'intervention et des projets thérapeutiques ont été réalisés, à domicile, avec l'implication des membres de la famille<sup>10</sup>, qui considère que la crise est un moment positif de croissance.

Actuellement, l'intervention dans l'urgence se fait avec l'organisation d'une unité de psychothérapie de crise au sein du service des urgences qui fait face de façon ambulatoire aux situations d'urgence par des interventions de psychothérapies brèves<sup>11</sup>, dans le but primaire d'éviter l'hospitalisation psychiatrique des patients qui est considérée comme la cause principale de la régression et de la chronicisation du patient présentant une souffrance psychiatrique.

### 2.1.4 Au Danemark

Les autorités politiques et administratives considèrent qu'une unité d'urgence fonctionnant 24H/24 n'est rentable qu'à la condition qu'elle desserve une population d'au moins 200 000 habitants. Le service peut s'organiser en coopération avec les autres services ou de façon indépendante. Les considérations économiques rendent impossible l'installation, dans les secteurs hospitaliers de petite taille, d'un service d'urgence. Tous les services psychiatriques

---

<sup>10</sup> CAPLAN G., CAPLAN R.B. *Development of community psychiatry concepts*. In Freedman A.M., Kaplan H.I. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, William and Wilkins, Baltimore, 1499-1515, 1967.

<sup>11</sup> SIFNEOS P. *Psychothérapie brève et émotionnelle*. Bruxelles, Mardaga, 1977.



sont publics et la psychiatrie d'urgence est intégrée aux services psychiatriques publics. Elle est organisée selon trois types de modèles, en fonction des besoins des patients, d'un réseau de professionnels et de l'image que le service a de lui-même. Les trois types de prise en charge sont :

- des consultations indépendantes, situées dans un hôpital général et où l'on peut venir à toute heure,
- une partie du service médical des urgences dans un hôpital général,
- une partie de l'hôpital psychiatrique, où les patients ne sont admis que sur recommandations de leur médecin traitant.

Une enquête réalisée en 1991 a montré que les schizophrènes et les alcooliques chroniques, avec de nombreuses rechutes, étaient des principaux consommateurs de services dans la zone du centre de Copenhague<sup>12</sup>. Le plus souvent, l'accueil des urgences est assuré par un interne suivant une formation psychiatrique.

Dans le cadre des restrictions budgétaires, les services récemment mis en place, tels que ceux de la psychiatrie d'urgence seront les premiers visés. Cependant, le développement de services dans le contexte de la désinstitutionnalisation a mis en évidence que les services d'urgence étaient des compléments indispensables de l'ensemble de la gamme des services psychiatriques.

### 2.1.5 Au Québec

Depuis 1960, la politique de santé mentale du Québec se tourne vers la désinstitutionnalisation. Ce terme signifiait le retour et le maintien du malade dans sa communauté, alors que, pour les cliniciens, les patients et leur famille, elle se caractérisait par un manque chronique de ressources cliniques et hospitalières.

Les urgences ne cessant de déborder, la ministre de la santé et des services sociaux du Québec, Mme LAVOIE-ROUX a créé, en 1986, des centres de crise et des équipes multidisciplinaires. Au départ, les équipes servent à aider les patients à ne pas trop se détériorer en attendant leur admission dans un service de pointe. La politique de santé mentale, lancée en 1989, visait à intégrer les services psychiatriques dans la communauté.

---

<sup>12</sup> KNOP J., SOGAARD U., SORENSEN A.S., SCHULTZ V., HASSELBALCH E., THUSHOLDT E., JENSEN E., HEMMINGSEN R., JORGENSEN A., TEASDALE T., Psychiatric emergency service in the city of Copenhagen Nord, *J. Psych.*, 45, 119-127, 1991.

En réalité, les fonds ont servi à améliorer les services sur spécialisés dans les hôpitaux dont le développement avait connu une poussée significative lors du désengorgement des urgences.

À l'hôpital Douglas de Montréal (sud-ouest), est mis en place, aux urgences, un contexte de coopération avant tout traitement. Ce contexte de coopération, dans lequel il appartient aux membres du groupe de définir ce qu'ils veulent accepter comme comportements parmi eux et s'entendre sur les règles qu'ils s'engagent à suivre, vient se substituer au contexte de protectionnisme<sup>13</sup> et de victimisation où les personnes en autorité s'arrogent le droit de qualifier les gestes ou les pensées des autres, comme si elles détenaient la connaissance du normal et de l'anormal. Ce contexte de coopération semble favoriser l'efficacité de tous les autres traitements (biologiques, psychologiques, sociaux). Le service d'urgence est devenu un lieu de consultation mais le psychiatre ne peut continuer les processus d'évaluation et d'intervention commencés dans le service des urgences.

#### 2.1.6 En Hollande

L'organisation des urgences psychiatriques s'est modelée selon les expériences locales des professionnels et selon les concepts importés. La pratique clinique a ensuite de nouveau modifié les concepts.

Les premières initiatives ont été prises dans le secteur de l'antipsychiatrie où le terme d'intervention de crise avait comme connotation la prévention de l'aide psychiatrique<sup>14</sup>. À la même époque, les traitements neuroleptiques ont permis à la psychiatrie institutionnelle d'envisager la déshospitalisation des malades psychiatriques chroniques.

Ainsi, en 1982, 58 services ambulatoires de psychiatrie d'urgence, disponibles 24H/24 ont été créés dans tous les Pays-Bas. À Rotterdam, un centre de crise s'est ouvert jour et nuit, avec, en permanence, deux personnes pour prévenir un danger. Il existe une coopération entre ce centre de crise et l'Institut Régional Externe de Santé Mentale (RIAGG) formalisée par des protocoles d'accords et entretenue par des réunions hebdomadaires.

---

<sup>13</sup> LAMARRE S. Protectionnism : a pathogenic relational process. *Elsevier Science Publisher*, 211-214, 1992.

<sup>14</sup> CAPLAN G. *Principles of preventive psychiatry*. NEW-YORK, Basic Books, 1964

L'expérience du centre de Rotterdam a montré une prise en charge de plus en plus importante de personnes en situation précaire, de personnes ayant des problèmes de drogues, de réfugiés, ... La psychiatrie d'urgence s'oriente donc vers la prise en compte de la psychiatrie sociale.

### 2.1.7 En Espagne

À partir de 1983, l'autorisation du juge devient obligatoire pour une hospitalisation involontaire (alors qu'avant un certificat médical suffisait).

En 1986, l'article 20 de la loi générale de la santé prône l'intégration de la santé mentale dans le système sanitaire général, la priorité des équipements communautaires et l'hospitalisation des patients dans les unités de psychiatrie des hôpitaux généraux. Le rôle fondamental des médecins de famille est souligné.

10 sur les 17 communautés autonomes qui composent l'état espagnol dépendent de l'Institut National de la Santé du gouvernement central. Les autres communautés ont défini leur politique en la matière. Mais, les structures ne sont pas toujours coordonnées entre elles<sup>15</sup>.

Globalement, la diminution progressive de lits d'hospitalisation au long cours a permis le développement des systèmes de soins dans la communauté. Les budgets ne suivent pas toujours à la même vitesse. D'autant que les processus de financement sont hétérogènes sur tout le pays.

Il y a 2 profils différents pour les urgences psychiatriques :

- les hommes célibataires, sans profession, avec des difficultés sociales et une pathologie mentale chronique (psychose ou alcoolisme), qui se retrouvent plus facilement aux urgences de l'hôpital psychiatrique,
- les femmes, mariées, ménagères, qui se retrouvent plus facilement aux urgences psychiatriques de l'hôpital général<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> PADIerna ACERO J.A., LOPEZ E. y col. La urgencia psiquiatrica en la asistencia de la salud mental comunitana. Factores de demanda y estrategias de organizacion. *Psiquis.*, 14 (6-8), 252 à 258, 1993.

<sup>16</sup> BALMONCRUZ C., DORADO PRIMO J.A. Primeros ingresos en el hospital psiquiatrico y unidades de hospitales generales. *Psiquis.*, 16, 7, 299-311, 1995.

Le service des urgences est perçu comme un service où le diagnostic doit être posé afin de juger de l'opportunité ou non de l'hospitalisation. Il serait nécessaire de renforcer la collaboration entre les professionnels et leur formation.

À la fin des années 90, 95% de la population est affiliée à la Sécurité Sociale.

### 2.1.8 À Orange (1 des 9 provinces d'Afrique du Sud)

Orange compte 3 millions d'habitants parmi les 40 millions que compte l'Afrique du Sud.

Les patients sont traités dans la communauté. 50% des patients examinés par un médecin de soins de santé primaire, présentent un syndrome psychiatrique. D'où, la nécessité de former ces médecins. Les équipes de soins disposent de la possibilité de consultations par téléphone (24H/24) et d'un service de liaison composé de médecins psychiatres<sup>17</sup>. En 10 ans, il y a eu une diminution de 90% des malades mentaux enfermés dans des cellules de police. Trois fois plus de patient sont traités au niveau de la communauté.

### 2.1.9 En Grèce

Jusqu'en 1985, le système de prestations de soins psychiatriques s'est construit de façon anarchique. Le règlement 815/84 du Conseil des Communautés Européennes, d'une durée initiale de 5 ans, avait comme objectif premier de « garantir l'aide économique à la Grèce pour construire, aménager et équiper des centres de formation professionnelle et des centres de réhabilitation d'individus souffrant de maladies mentales et de handicaps, dans le but de leur réhabilitation professionnelle ». Des programmes se sont donc développés. Il s'agissait :

- de la création de nouvelles structures pour favoriser la désinstitutionalisation, le retour à la communauté, la réhabilitation professionnelle,
- de la formation des professionnels,
- de l'élaboration de programmes pour faciliter la réinsertion sociales des malades chroniques.

---

<sup>17</sup> GAGLIANO C.A., VANRENSBURG P.H., VERSCHOOR T., The treatment of State President's patients. New perspectives. *The South African Law Journal*, vol. 108, part. II, may 1991, 329-333.

### 2.1.10 En Belgique

À la fin des années 80, l'objectif était de créer une alternative à la psychiatrie asilaire. À cet effet, des interventions de crise menées au sein d'un service des urgences générales constituent un excellent outil. Une étude a montré que 30% des patients se présentant dans un service d'urgence ont, à cette occasion, leur premier contact avec la psychiatrie<sup>18</sup>.

Le deuxième objectif était l'amélioration de la qualité des interventions. L'expérience psychique ne se réduit pas à l'événement neurophysiologique. La détresse aiguë manifestée par le patient ne trouve pas de solution dans un traitement chimique ou comportemental palliatif. La crise peut être considérée comme le catalyseur d'un réaménagement intra-psychique et interpersonnel. Les difficultés liées à l'intervention de crise sont nombreuses : la qualité de la formation des intervenants, l'inutilité des références nosographiques classiques, la nécessité d'avoir des équipes étoffées, ... De plus, les urgences psychiatriques sont souvent considérées comme un simple vidoir, un dépôt<sup>19</sup>. Il est important que les autorités publiques soutiennent le développement de ces espaces-temps, nécessaires à l'élaboration psychique du patient.

### 2.1.11 En France

En France, différents modèles se sont développés, tels que :

- sur la région parisienne, un Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (C.P.O.A.) et une Équipe Rapide d'Intervention de Crise (ERIC) au domicile ; à Pontoise, l'unité d'accueil des urgences psychiatriques se trouve à côté du service des urgences de l'hôpital général,
- à Avignon, s'est développée une antenne de liaison au sein du Centre Hospitalier général, associée à des centres communautaires,
- à Bayonne, une unité d'hospitalisation psychiatrique a été créée au sein de l'hôpital général,
- à Lyon, une unité de traitement de la crise s'est ouverte en ville.

Ces différents modèles sont décrits dans les paragraphes suivants.

---

<sup>18</sup> DE CLERCQ M., Intervention de crise au service des urgences d'un hôpital général à Bruxelles. *Psych. Méd.*, 25, 6, 496-500, 1993.

<sup>19</sup> ZUCKER D. Les éboueurs en blouse blanche. *L'évolution psychiatrique*, 58, 4, 815-821, 1993.

## a) À Paris

À Paris, 2 circuits coexistent :

- les urgences générales qui accueillent environ 10 à 30% des urgences psychiatriques,
- les urgences spécifiques qui accueillent le plus souvent des patients suivis par le secteur<sup>20</sup>.

2 autres structures jouent un rôle important :

- le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (C.P.O.A.) dispensant des consultations psychiatriques à Saint Anne en vue éventuellement d'une hospitalisation demandée par les secteurs psychiatriques. Le C.P.O.A. joue aussi un rôle de « néosectorisation » pour les S.D.F. qui leur permet un suivi par une même équipe (soit 20% des patients du C.P.O.A. ou un tiers selon GUEDJ M.J.<sup>21</sup>). Parfois, les patients sont orientés au C.P.O.A. après un passage aux urgences générales. Le C.P.O.A. joue alors un rôle de deuxième filtre puisque seuls 60% des patients seront hospitalisés.
- l'Infirmierie Psychiatrique de la Préfecture de Police (I.P.P.P.) qui est un service interne à la Préfecture de Police de Paris. Son fonctionnement est soumis à l'article L343 et L344 du Code de Santé Publique. Elle dispose de 22 lits d'hospitalisation de moins de 48 heures. Il s'agit de patients amenés par Police Secours, après avis d'un médecin d'urgence d'un hôpital général ou des urgences médico-judiciaires de l'Hôtel-Dieu, en raison de leur dangerosité, de leur état présumé pathologique ou de la nécessité de soins urgents. L'admission à l'I.P.P.P. est officialisée par le commissaire de police par un Procès Verbal (P.V.). Avant 48 heures, 40% des patients hospitalisés sont hospitalisés d'office, 17% sont Hospitalisés à la Demande d'un Tiers (H.D.T.), 40% sont hospitalisés librement ou sortent.

Ces deux structures sont maintenues par l'hôpital général qui tente d'envoyer à l'hôpital psychiatrique des patients qu'il ne peut traiter, et par l'hôpital psychiatrique qui ne veut pas d'hospitalisations trop hâtives<sup>22</sup>.

---

<sup>20</sup> BAUDURET J.F., REYNAUD M. *Évaluation et organisation des soins en psychiatrie*. M. Reynaud A. Lopec Ed. Frison-Roche, 25-53, 1994.

<sup>21</sup> GUEDJ M.J., MASSE G., LANA P., FOUILLET M., MAZODIER M., WEILL M., SCHMIT N., RAYNAUD P. Le C.P.O.A. Bilan et perspectives. *L'information psychiatrique*, n°5, volume 76, mai 2000, p. 556-562.

<sup>22</sup> MASSE G., MIE J.C., *Évolution et devenir des institutions psychiatriques*. Ed. Techniques, E.M.C. de psychiatrie, 37-917-A-20, 1995.

## b) Dans les Yvelines

Une Équipe Rapide d'Intervention de Crise (ERIC), régulée par le centre 15 des Yvelines, à la demande des professionnels (généralistes, psychiatres, qui disposent d'une ligne directe, travailleurs sociaux, pompiers, services de police) dessert une zone de 200 000 habitants. Cette équipe, composée de médecins (assistants spécialistes permanents et praticiens de garde), d'infirmiers, d'un psychologue, d'une assistante sociale et d'une secrétaire, dispose de locaux de permanence et de deux véhicules, disponibles 24H/24 ; l'un pour les interventions d'urgence, l'autre pour le suivi urgent des premières heures ou premiers jours. Elle offre une réponse rapide<sup>23</sup>, en alternative à l'hospitalisation, impliquant l'entourage et proposant une prise en charge intensive de post-urgence d'une durée maximale d'un mois. Après douze mois de fonctionnement, 416 interventions d'urgence avaient été réalisées pour 319 patients. L'équipe s'était déplacée dans 52% des cas et le plus souvent au domicile. Pour 60% des patients, le suivi post-urgence avait duré 12 jours. La majorité des patients n'avait pas été hospitalisée. Les pathologies les plus souvent rencontrées étaient des troubles anxio-dépressifs dans 25% des cas, des tentatives de suicide dans 20% des cas (après passage aux urgences médico-chirurgicales), des délires dans 19% des cas, des troubles du comportement dans 14% des cas, des problèmes d'alcoolisme dans 9% des cas, des problèmes sociaux dans 6% des cas et des problèmes liés à la toxicomanie dans 3% des cas<sup>24</sup>.

## c) À Pontoise

Au centre hospitalier général René Dubois de Pontoise, a été créée une unité fonctionnelle intersectorielle d'accueil, pour 48 heures, des urgences psychiatriques, à côté des urgences médico-chirurgicales, par redéploiement de postes d'infirmiers lors de la fermeture de l'école d'infirmiers psychiatriques. Dans cette unité travaillent également des médecins spécialisés (assistant et praticien hospitalier), des Aides Soignantes Hospitalières (A.S.H.), une secrétaire. Celle-ci est ouverte 24 H/24 avec en permanence deux infirmiers et au minimum un médecin. L'objectif de cette unité est :

---

<sup>23</sup> POCHARD F., ROBIN M., DEVYNCK C., BELLIVIER F., KANNAS S., *Alternative à l'hospitalisation et intervention de crise*. Annales médico-psychologiques, n° 1, février 1999, p. 20-26.

<sup>24</sup> ROBIN M. ERIC, un service mobile d'urgence psychiatrique. *Gestions hospitalières*, supplément au n° 361, déc. 1996, p. 798-802.

- d'accueillir les pathologies psychiatriques en situation de crise, d'évaluer les pathologies (entretien et hospitalisation de courte durée) et d'orienter le patient,
- de réceptionner les appels téléphoniques des services dans le cadre de la psychiatrie de liaison,
- de collaborer avec l'équipe des visites à domicile située au sein du service des urgences,
- d'assurer la prévention (initiation du suivi ultérieur).

En 1994, 4 108 actes ont été réalisés.

#### d) À Avignon

L'hôpital psychiatrique de Montfavet a mis à disposition des urgences du Centre Hospitalier d'Avignon, par le biais d'une convention, une équipe constituée de médecins assistants spécialistes, d'infirmiers, de secrétaire médicale et de psychologue. La permanence aux urgences s'effectue de 8 heures à 20 heures. La psychiatrie de liaison est assurée par une consultation mobile tous les après-midi. Les objectifs de cette équipe sont :

- d'assurer l'accueil des urgences psychiatriques (écoute, soins immédiats), l'évaluation et l'orientation,
- d'assurer la psychiatrie de liaison par l'intermédiaire d'une consultation mobile au sein de l'hôpital,
- d'aménager des relais avec les secteurs et les praticiens libéraux.

Une évaluation a mis en évidence une file active annuelle de 2 000 patients, 3 500 consultations et 2 800 actes infirmiers réalisés, dont 70% au sein des urgences et 30% lors du travail de liaison. Les pathologies présentées sont des dépressions dans 31% des cas, des névroses dans 27% des cas, des psychoses dans 12% des cas, l'alcoolisme pour 10%, les psychoses organiques pour 10% et la toxicomanie pour 3%. Il est à noter que 25% des patients se sont présentés suite à une tentative de suicide.

De plus, l'hôpital de Montfavet a mis en place progressivement le centre de soin Anaïs Nin qui comporte trois structures correspondant à trois missions différentes, dans des lieux distincts :

- un centre d'accueil psychothérapeutique ouvert tous les jours de 8 heures à 20 heures,
- un centre d'intervention et de crise installé dans des services de médecine du Centre Hospitalier d'Apt, comportant quelques lits avec une présence infirmière et médicale psychiatrique, pour une prise en charge de courte durée,
- un C.M.P. assurant les consultations et interventions spécialisées nécessaires à la prévention et aux soins ambulatoires.



Une seule équipe composée de médecins et infirmières assure le fonctionnement de ce centre. Elle intervient également dans des maisons de retraite et des appartements thérapeutiques. En 1994, 231 patients ont été reçus pour 1 575 entretiens infirmiers. 25 patients ont bénéficié de séjours courts (pour 72 jours d'hospitalisation complète et 144 journées). Au C.M.P., 333 personnes ont été reçues (2 886 consultations).

#### e) À Bayonne

Dans le centre hospitalier de la côte Basque à Bayonne, une unité de 8 lits prend en charge les patients ayant fait une tentative de suicide, pour une hospitalisation brève (surtout des adolescents). Le taux de récurrence a diminué<sup>25</sup>.

#### f) À Lyon

À Lyon, une structure extrahospitalière a été implantée dans un F6 de Vénissieux, à proximité de la gare. Une équipe comportant des médecins, des infirmières, un psychologue, une assistante sociale, une vacataire de psychomotricienne, une vacataire de psychanalyste, une secrétaire. Cette structure est ouverte de 9 heures à 13 heures et de 14 heures à 18 heures (sans lit d'hospitalisation). Ses objectifs sont :

- d'accueillir et de prendre en charge des états de crise imbriqués dans des situations complexes et graves, en collaboration avec le dispositif sectoriel (médecins généralistes, C.M.P., services d'urgences, service sociaux),
- d'évaluer, de former et de faire de la recherche.

## 2.2 Évolution des textes législatifs en France

La circulaire du 13 août 1965 relative à l'organisation des services d'urgence et de réanimation à l'intérieur de l'hôpital porte sur les modalités de fonctionnement de ces services<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup>MASSE G., G. MOSNIER. *Soins psychiatriques. Guide des innovations*. Mission nationale d'Appui en Santé Mentale, Association des Directeurs d'Établissements gérant des secteurs de Santé Mentale, Éditions heures de France, 1996, 236 p.

Le décret du 14 janvier 1974 énonce les règles de fonctionnement des centres hospitaliers<sup>27</sup>.

La circulaire du 29 janvier 1975 porte sur la coordination et l'organisation sanitaires<sup>28</sup>.

La circulaire du 15 juin 1979<sup>29</sup> fixe plusieurs objectifs, tels que :

- la création d'une permanence téléphonique 24H/24,
- un psychiatre de garde ou d'astreinte pouvant se déplacer sur le lieu de crise,
- la mise en place du transport et de l'accueil des patients,

et propose trois schémas d'organisation de l'urgence :

- l'implantation d'une permanence dans le Centre Hospitalier Spécialisé de psychiatrie,
- l'implantation à l'hôpital général ,
- exceptionnellement dans une structure extrahospitalière.

Le décret du 17 avril 1980 instaure la création d'unités d'accueil et de réception des urgences dans les centres hospitaliers généraux et régionaux<sup>30</sup>.

La loi du 31 décembre 1985 instaure la sectorisation en psychiatrie<sup>31</sup>.

Suite au rapport du Pr. A. STEG, la loi du 6 janvier 1986 est créée. Elle concerne l'aide médicale urgente et les transports sanitaires<sup>32</sup>.

L'arrêté de 1986<sup>33</sup> différencie les centres d'accueil (pour un maximum de 24 heures) et les centres de crise (prise en charge un maximum de 7 jours). Selon BAUDURET, il y a eu peu de création de ces centres car ils devaient se faire à moyens constants<sup>34</sup>.

---

<sup>26</sup> Circulaire du 13 août 1965 relative à l'instruction sur l'organisation des services d'urgence et de réanimation dans les hôpitaux.

<sup>27</sup> Décret n° 74.27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers.

<sup>28</sup> Circulaire ministérielle n° 60 du 29 janvier 1975 relative à l'organisation de l'accueil à l'hôpital et notamment des urgences.

<sup>29</sup> Circulaire n° 896 AS 2 du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie.

<sup>30</sup> Décret du 17 avril 1980 relatif aux unités d'accueil et de réception des urgences dans les centres hospitaliers généraux et régionaux.

<sup>31</sup> Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

<sup>32</sup> Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale d'urgence et aux transports sanitaires. J.O. du 7 janvier 1986 , 327-329.

La circulaire du 15 février 1990<sup>35</sup> énonce les mesures suivantes, en ce qui concerne l'amélioration des conditions d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers :

- le renforcement de la présence médicale (redéploiement, participation des libéraux),
- la coordination par un cadre infirmier,
- la collaboration d'assistantes sociales,
- l'élaboration de conventions pour assurer la présence d'infirmiers psychiatres et permettre le recours à un psychiatre d'astreinte, entre les Centres Hospitaliers et les hôpitaux psychiatriques,
- la formation continue des personnels médicaux et paramédicaux,
- l'aménagement des locaux et l'humanisation des conditions d'accueil.

La circulaire du 14 mars 1990<sup>36</sup> détermine l'accueil avec l'accessibilité et l'urgence comme objectifs à atteindre, en tout secteur psychiatrique, dans les cinq années à venir. Elle prévoit prioritairement :

- un point d'accueil spécifiquement psychiatrique, avec une permanence téléphonique et présence, ou à défaut, disponibilité immédiate d'infirmiers et d'un psychiatre afin de procéder, dans de bonnes conditions d'écoute et d'examen, au bilan et la recherche de solution. L'accueil n'est pas l'admission en hospitalisation, laquelle ne se décide qu'après examen.
- une présence permanente de soignants psychiatriques dans les services d'urgence des Centres Hospitaliers les plus importants, ou, à défaut, un contact permanent de l'équipe de secteur psychiatrique avec ces services permettant une intervention de ces personnels en tant que de besoin.

La circulaire du 14 mai 1991<sup>37</sup> indique que le service d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale devrait disposer d'une équipe en nombre suffisant (E.T.P.) pour assurer la permanence, à raison d'un roulement quotidien de deux

---

<sup>33</sup> Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.

<sup>34</sup> BAILLON G. Évolution des centres de crise. *L'information psychiatrique*, n°5, volume 76, mai 2000, p.549-554.

<sup>35</sup> Circulaire n° 326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration des conditions d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers.

<sup>36</sup> Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

<sup>37</sup> Circulaire DHB/DGS 3E/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'organisation des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation.

infirmiers le matin, de deux l'après-midi et d'un la nuit, non comprise l'infirmière d'accueil. L'horaire du service devra tenir compte des pics quotidiens d'activité. De plus, un psychiatre devrait pouvoir être appelé à tout moment, par le service des urgences de l'hôpital général.

Le décret du 9 mai 1995 ne sera pas mis en œuvre du fait de l'absence d'arrêté<sup>38</sup>.

La circulaire de mai 1995<sup>39</sup> définit l'implication de la psychiatrie au sein des structures d'urgences médico-chirurgicales.

Le décret du 30 mai 1997 sur les urgences<sup>40</sup> initie les modalités de préparation du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S)

Le rapport du groupe de travail relatif aux recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie de mars 2002 note l'importance de la qualité du premier accueil aux urgences<sup>41</sup>. Le premier temps est un temps de diagnostic. Ensuite, l'intervention « consiste dans le travail spécifique d'une équipe compétente qui vise, dans une ambiance apaisée, à favoriser l'alliance thérapeutique avec le patient et à rencontrer l'entourage ». Des lits de crise à proximité du service des urgences doivent être prévus pour permettre de gérer la période d'hésitation clinique pendant laquelle, très souvent, une sortie prématurée n'est pas souhaitable et une hospitalisation en psychiatrie n'est pas sûre. L'orientation est le temps du soin et de « l'activation » du réseau tant sanitaire que social. La réponse à l'urgence doit s'intégrer dans un dispositif de soins ayant organisé les réponses en amont (la prévention) et en aval (soins, articulation avec les autres professionnels). L'organisation d'une réponse téléphonique permanente est préconisée.

---

<sup>38</sup> Décret n° 95-647 et 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins, l'accueil et le traitement des urgences et modifiant le code de la santé publique.

<sup>39</sup> Circulaire de mai 1995 relative aux structures d'urgence médico-chirurgicale.

<sup>40</sup> Décret n° 97-615, du 30 mai 1997, relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique (2<sup>ème</sup> partie : décret en Conseil d'État) et aussi décrets n° 97-616, 97-619 et 97-620.

<sup>41</sup> Rapport du groupe de travail relatif aux « *Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale* », rapport du groupe de travail DHOS/02, mars 2002.

Le rapport du groupe de travail relatif à l'évolution des métiers en santé mentale d'avril 2002 a permis de faire un état des lieux de la diversité de la prise en charge des pathologies psychiatriques, d'élaborer un schéma de prise en charge optimum et de faire des propositions pour améliorer les prises en charge actuelles.

## 2.3 Données épidémiologiques de Picardie

### 2.3.1 Données démographiques

Lors du recensement de la population française de 1999, la population de la région Picarde était de 1 857 105 habitants, dont 26,9% ont moins de 20 ans<sup>42</sup>.

Dans la Somme, 555 479 habitants ont été dénombrés dont :

- plus de 32% ont moins de 25 ans,
- plus de 46% ont de 25 à 59 ans,
- plus de 20% ont plus de 60 ans (et 7,3% plus de 75 ans)<sup>43</sup>.

En 1999, la file active des patients souffrant de pathologies psychiatriques s'élevait à 19 patients pour 1 000 habitants (10 à 38). La densité de lits et places allait de 1 à 6 ; celle des praticiens de 1 à 4. Ce qui correspondait à 1,1 millions de patients adultes en France, en 1999<sup>44</sup>.

### 2.3.2 Données sociales, médicales et médico-sociales

Le taux de chômage en mars 2002 était de 10,6%, en Picardie. Il était de 11%, dans la Somme avec un taux de 11,8% à Amiens et de 12,2% à Abbeville (taux de 9% pour la France)<sup>45</sup>.

---

<sup>42</sup> *Recensement de la Population française de 1999, sur la Somme*, INSEE, janvier 2000.

<sup>43</sup> *Croisement d'Informations Régionalisées*, Observatoire Social de Picardie, mars 2002.

<sup>44</sup> DRESS : *Études et résultats*. N° 163, mars 2002.

<sup>45</sup> REF « *Picardie-Emploi* », Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

En 1999, près de 7% des jeunes de 12 à 14 ans déclaraient avoir bu une boisson alcoolisée au moins une fois par semaine au cours de l'année précédente. 20% des décès des hommes de 45 à 64 ans étaient dus aux complications de l'alcool (essentiellement des cancers des voies aéro-digestives). 14% des décès des femmes de 45 à 64 ans sur Amiens, et 11% des décès des femmes de 25 à 44 ans sur Abbeville étaient imputables à l'alcool<sup>46</sup>.

De même, en 2000, près de 40% des jeunes de 12 à 25 ans déclaraient fumer (dont une grande majorité de façon régulière). Près d'un quart des jeunes interrogés déclaraient avoir déjà consommé du cannabis<sup>47</sup>.

Plus de 46 ménages pour mille touchaient le Revenu Minimum d'Insertion (R.M.I.) dans la Somme, en 2000 (la moyenne régionale est de 38 pour mille).

Plus de 7 habitants de la Somme, de moins de 20 ans, sur mille percevaient l'Allocation d'Éducation Spéciale (A.E.S.), en 2000. Plus de 27 habitants de la Somme, de 20 à 59 ans, sur mille percevaient l'Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.), en 2000.

### 2.3.3 Données sanitaires

À partir de l'enquête INSERM de 1998 sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie, la pathologie psychiatrique la plus fréquemment rencontrée en Picardie était la schizophrénie (21%) dont la prise en charge se faisait principalement à temps partiel (cf. : *annexe 4*)<sup>48</sup>.

#### a) L'organisation des secteurs sanitaires dans la Somme

Au niveau des secteurs sanitaires, la Somme compte (cf. : *annexe 5*) :

- le secteur 1 d'Abbeville comprenant le centre hospitalier d'Abbeville, les hôpitaux de Rue et Saint Valéry sur Somme et la clinique Sainte Isabelle d'Abbeville,
- le secteur 2 d'Amiens comprenant le Centre Hospitalier Régional Universitaire (C.H.R.U.) d'Amiens éclaté sur deux sites (Nord et Sud), sur le Centre de Gynécologie et d'Obstétrique (C.G.O.) et sur le centre Saint Victor, les centres hospitaliers de Doullens,

---

<sup>46</sup> « *La santé observée par secteurs sanitaires en Picardie* », mise à jour en 1999, ORS.

<sup>47</sup> Baromètre Santé 2000.

<sup>48</sup> *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Picardie, Psychiatrie*, A.R.H. de Picardie, 2001-2005.

d'Albert, de Corbie et de Montdidier, les cliniques Victor Pauchet, du Mail, de l'Europe, Jules Verne, de Cardiologie, Sainte Thérèse, Sainte Claire et la Polyclinique sur Amiens ainsi que la Clinique du Val d'Ancre sur Albert et la Clinique du Val d'Aquennes sur Villers-Bretonneux.,

- et une partie du secteur 3 de Saint-Quentin (département de l'Aisne), comprenant les centres hospitaliers de Péronne et d'Ham.

#### b) L'organisation des secteurs de psychiatrie adulte dans la Somme

Au niveau des secteurs psychiatriques, le département de la Somme en compte huit (cf. : annexes 6 et 7).

L'hôpital spécialisé Philippe Pinel assure les hospitalisations des secteurs :

- 80G01 de Poix de Picardie dont les 79 lits d'hospitalisation complète incluent l'unité intersectorielle de psychogériatrie de 18 places. Ce secteur assure également l'hospitalisation complète du secteur 80G03 (les 15 lits du secteur 80G03 de Montdidier sont inclus dans les 79 lits du secteur 80G01). L'unité intersectorielle d'alcoologie de 40 places (le SESAME) est rattachée à ce secteur<sup>49</sup>,
- 80G02 de Corbie dont les 106 lits d'hospitalisation complète (et 18 places de la Maison d'Accueil Spécialisée, M.A.S.). L'Unité intersectorielle d'Accueil et d'Orientation (U.A.O.) avec 4 lits d'H.T.C.D., y est rattachée,
- 80G03 de Montdidier dont les 15 lits d'hospitalisation complète se trouvent au niveau du secteur 80G01 (convention entre l'Hôpital de Montdidier et Pinel),
- 80G04 de Doullens,
- 80G08 d'Amiens ouest Picquigny auquel est rattaché l'hôpital de jour intersectoriel des fougères ainsi que la future unité intersectorielle de psychiatrie adulte qui sera installée dans un ancien service du C.H.R.U. d'Amiens (sur le site Nord). Ce secteur anime également le réseau ville hôpital toxicomanie qui comprend des hospitalisations par secteurs et des consultations (au C.H.S. Pinel), des hospitalisations pour sevrage (dans le service de médecine interne du C.H.R.U.) et des consultations (à l'antenne de psychiatrie du C.H.R.U.), la prise en charge des femmes enceintes du C.G.O. et l'association Le Mail (accueil, soins médicaux, programme méthadone).

À Dury, près d'Amiens, est installée l'association ESSOR regroupant le centre intersectoriel de post-cure et l'hôpital de jour intersectoriel.

---

<sup>49</sup> Rapport d'activité des services médicaux du Centre Hospitalier Philippe Pinel, 2001.

Au centre H. Ey de l'hôpital de Péronne<sup>50</sup> est installée l'hospitalisation du secteur 80G05 de Péronne.

Le centre hospitalier d'Abbeville assure les hospitalisations des secteurs 80G06 et 80G07 d'Abbeville.

La maison d'arrêt d'Amiens dispose d'une Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (U.C.S.A.) et d'un Service Médico-Psychologique Régional (S.M.P.R.), secteur 80P01, qui comprend 7 places d'hospitalisation de jour (en cours d'installation)<sup>51</sup>.

#### c) L'organisation des secteurs de psychiatrie enfant dans la Somme

Au niveau des secteurs pédopsychiatriques, la Somme en compte quatre (*cf. : annexes 8 et 9*).

Le C.H.S. Pinel dispose :

- d'un service d'hospitalisation de jour du secteur 80I01 d'Amiens nord,
- d'un service d'hospitalisation de jour du secteur 80I02 d'Amiens sud,
- d'une unité intersectorielle de 12 lits d'hospitalisation complète (en cours d'installation) ; dans l'attente, Pinel dispose de 5 lits en pédiatrie au C.H.R.U.,
- d'une unité intersectorielle de 10 places d'hospitalisation de jour sur Amiens (mais rattachée à Pinel).

Le site des Quinconces de Péronne accueille les 15 places d'hospitalisation de jour et les 5 places d'ateliers thérapeutiques du secteur 80I03 de Péronne-Montdidier.

Le centre hospitalier d'Abbeville accueille les 15 places d'hospitalisation de jour et les 10 places en famille d'accueil du secteur 80I04 d'Abbeville.

C'est ainsi que le C.H.S. Pinel dénombre :

- 10 C.M.P.,
- 10 C.A.T.T.P.,
- 1 service d'Accueil Familial Thérapeutique pour Adultes (20 places),

---

<sup>50</sup> Fichier FINESS. Disponible sur Internet : <http://finess.sante.gouv.fr/finess/result/list.html>.

<sup>51</sup> *Carte sanitaire de la région Picardie au 1<sup>er</sup> juillet 2002.*



- 1 service d'Accueil Familial Thérapeutique pour Enfants (12 places),
- 1 service d'Hospitalisation À Domicile (100 places, en cours d'installation),
- des appartements associatifs,
- des maisons communautaires.

## **2.4 Évolution de l'organisation des urgences psychiatriques sur Amiens**

### 2.4.1 Avant 1993

Une antenne de liaison psychiatrique est implantée sur le site Nord et une autre sur le site Sud du C.H.R.U.<sup>52</sup>.

### 2.4.2 En 1993

Une convention relative à la prise en charge des urgences psychiatriques adultes, signée entre le C.H.S. P. Pinel et le C.H.R.U., le 1<sup>er</sup> décembre 1993, prévoyait, dans son article 5 : «Le psychiatre de garde sur place au Centre Hospitalier Philippe Pinel assurera une consultation aboutissant à un avoir après avoir été appelé par le Praticien du Service d'accueil des Urgences du C.H.U. ».

Cette convention a été interprétée, dans la pratique, par la possibilité pour le praticien psychiatre de garde de se déplacer au S.A.U. du C.H.R.U. où il examine les patients du S.A.U. mais également ceux qui lui sont transférés des services hospitaliers du site Nord et du site Sud du C.H.R.U. Celui-ci peut également être amené à se déplacer au C.G.O., au SESAME ou au S.M.P.R. La journée, il est fait appel aux internes et psychiatres de l'antenne de liaison.

---

<sup>52</sup> BEAUDOIN V., GOUZMANN P. Prise en charge des urgences à l'Unité d'Accueil et d'Orientation (U.A.O.) du Centre Hospitalier P. Pinel, *Synapse*, mars 1998, n° 144, pp. 47- 52.

### 2.4.3 En 1994

Sur la Somme, seul le C.H.S. Pinel disposait de lits d'hospitalisation complète pour adultes. Il a donc été créé, en son sein, une Unité d'Accueil et d'Orientation (U.A.O.) intersectorielle, le 28 mars 1994. Cette unité fonctionnait de 13 heures à 21 heures (les admissions s'arrêtant à 20 heures) avec un surveillant et quatre infirmiers<sup>53</sup>. Cette plage horaire avait été fixée en fonction de l'effectif des infirmiers<sup>54</sup>. Les missions du praticien psychiatre et des infirmiers étaient d'affiner les indications d'hospitalisation en milieu psychiatrique et de prendre en charge, par le biais de consultations, pendant 1 à 3 mois, certains patients relevant d'un suivi ambulatoire mais ne pouvant obtenir un rendez-vous rapide en ville, que ce soit en privé ou en Centre Médico-Psychologique (C.M.P.). Une permanence téléphonique, assurée par les soignants, était à la disposition des patients et de leur famille, des médecins régulateurs du S.A.M.U., du S.A.U. du C.H.R.U. mais aussi des médecins généralistes.

### 2.4.4 En 1995

En novembre, quatre infirmiers de plus et un assistant spécialiste ont été recrutés. Un interne en psychiatrie était de garde de 13 heures au lendemain matin ; le praticien psychiatre était de garde à partir de 18 heures 30. Il n'y avait pas d'interne en psychiatrie dans le service, le matin.

### 2.4.5 En 1998

Un service de 20 lits d'hospitalisation complète est autorisé (10 lits sont installés) au centre H. Ey du Centre Hospitalier de Péronne pour le secteur 5 de psychiatrie. Un service de 30 lits d'hospitalisation complète pour le secteur 6 et un de 30 lits pour le secteur 7 sont ouverts au centre Hospitalier d'Abbeville.

---

<sup>53</sup> D'ALMEIDA B. *L'Unité d'Accueil du Centre Hospitalier Philippe Pinel : Évaluation sur 18 mois de son impact sur les structures de prise en charge*, Mémoire pour le D.I.U. Organisation et Évaluation des Soins en Psychiatrie : Universités Clermont I, Montpellier I, Paris VI (Pierre et Marie Curie), octobre 1995, 34 p.

<sup>54</sup> BEAUDOIN V. La prise en charge des urgences psychiatriques à Amiens, *Nervure*, tome XIV, n°6, journal II, septembre 2001, pp. 48-55.

#### 2.4.6 En 2000

Une visite de conformité du S.A.U., effectuée en décembre, notait une absence de structure d'hospitalisation de courte durée, hormis une cellule de « dégrisement », et une difficulté dans le recours à un médecin psychiatre.

Deux cliniques privées de la Vallée des vignes (quartier Sud d'Amiens) ont obtenu par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (A.R.H.) de Picardie, le 18/12/01, l'autorisation de créer en commun, une Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (U.P.A.T.O.U.). Dans l'attente, chaque clinique devait mettre en place une U.P.A.T.O.U. conforme.

#### 2.4.7 En 2002

Depuis mi-avril 2002, l'U.A.O. accueillait les patients 24H/24. Fin 2002, des visites ont conclu à la conformité des deux U.P.A.T.O.U. des cliniques privées de la Vallées des vignes.

### **3 - ETUDE SUR LES DOSSIERS DE L'U.A.O. ET DU S.A.U., LES ENTRETIENS ET LES ORGANIGRAMMES**

#### **3.1 Difficultés rencontrées**

##### 3.1.1 Dans l'organisation de l'enquête

Des contraintes de temps ont été imposées puisque l'hôpital spécialisé Philippe Pinel est en cours d'élaboration de son projet d'établissement. Celui-ci devrait être approuvé en 2003 et intégrera l'évolution du service d'accueil des urgences psychiatriques.

De plus, des contraintes de compatibilité d'agenda ont réparti les rendez-vous de la façon suivante :

- Le 17/07/02, un entretien avec le médecin responsable des urgences adultes a eu lieu le matin en compagnie d'un médecin de caisse et de la personne de la C.R.A.M. et un autre a eu lieu avec le responsable des urgences pédopsychiatriques l'après-midi.

- Les 20 et 21 août 2002, nous avons étudié les dossiers de l'U.A.O., pendant que la personne chargée des questions hospitalières à la C.R.A.M. étudiait les organigrammes. Le lendemain, cette personne était absente pour l'entretien avec le médecin responsable du service.
- La semaine du 26 août 2002, les médecins de caisses ont étudié les dossiers du S.A.U.
- Le 19/09/02 après-midi, nous avons rencontré le responsable de la future unité de psychiatrie du C.H.R.U. en compagnie d'un médecin de caisse d'Amiens.

Des communications téléphoniques ultérieures avec une Infirmière Diplômée d'État (I.D.E.), le cadre infirmier et la secrétaire de l'U.A.O. ont permis de compléter et d'expliquer certaines données recueillies.

Des rencontres avec les médecins de caisses et la personne de la C.R.A.M. ont permis de mettre en commun les informations et de rédiger un rapport. Celui-ci a été discuté avec les responsables du S.A.U. et de l'U.A.O.

### 3.1.2 Dans le recueil des données médicales

L'analyse des données des dossiers du S.A.U. a été plus difficile à réaliser car la fiche d'entrée aux urgences n'était pas aussi complète que la fiche d'entrée de l'U.A.O. Les contraintes de temps ne nous ont pas permis de retourner aux dossiers médicaux afin de compléter les données manquantes. De plus, le remplissage de ces fiches a été effectué par des personnes différentes et n'était donc pas toujours exhaustif ; ce qui biaise parfois l'analyse. C'est ainsi que la comparaison de la répartition par secteurs d'origine géographique n'a pu se faire ; les secteurs sanitaires ne correspondant pas aux secteurs de psychiatrie adulte. Il en est de même pour les antécédents des patients qui ne figuraient pas sur les fiches d'entrée du S.A.U.

En ce qui concerne l'analyse des pathologies, la comparaison entre les patients du S.A.U. et de l'U.A.O. a été difficile. En effet, le diagnostic relevé sur les fiches de l'U.A.O. a été posé par un médecin psychiatre, tandis que celui des patients du S.A.U. a été posé soit par un médecin urgentiste, soit par un médecin de caisse qui réalisait l'enquête, et rarement par un médecin psychiatre (peu d'identification d'intervention d'un médecin psychiatre sur la fiche du S.A.U.). C'est pourquoi, au S.A.U., nous avons étudié le « motif de recours aux soins » plutôt que le « diagnostic ».

## 3.2 Résultats

### 3.2.1 Les locaux

#### a) L'U.A.O.

L'U.A.O. se situe dans un pavillon indépendant, dans l'enceinte de l'hôpital spécialisé Philippe Pinel. Elle dispose d'un secrétariat (avec une secrétaire médicale), d'un bureau des entrées qui ferme à 17 heures environ et d'un hall d'attente pour les patients et leur famille. Elle dispose aussi de bureaux pour les médecins pouvant servir pour les consultations médicales des patients avec ou sans leur famille. Il s'y trouve également une salle de synthèse et 4 chambres d'Hospitalisation de Très Courte Durée (moins de 72 heures). Ces chambres permettent l'hospitalisation de patients afin de surveiller le traitement instauré, l'état clinique, de permettre un réexamen à distance de la crise, la recherche d'informations sur l'environnement social du patient, ... Ces lits sont également utilisés pour les consultations allongées ; les bureaux médicaux ne comportant pas de table d'examen. Elles sont situées dans un couloir indépendant du couloir dans lequel se trouve le secrétariat et la salle de synthèse.

#### b) Le S.A.U.

Le S.A.U. est constitué de deux entrées : une pour les enfants et une pour les adultes. La partie adulte se divise en deux couloirs le long desquels sont réparties les salles d'examen, de suture, de déchoquage, de « dégrisement », ... Cette salle de dégrisement n'a pas la vocation de fournir une surveillance médicale rapprochée mais juste une attente d'amélioration de l'état clinique du patient . Elle n'a que deux lits comme mobilier. Il peut y être installé jusqu'à deux brancards en plus. La porte de cette salle ne comporte pas de clinche car elle peut aussi accueillir des patients agités.

### 3.2.2 L'organisation des services

#### a) L'U.A.O.

L'U.A.O. est ouvert 24H/24 depuis mi-avril 2002. Lorsqu'un patient arrive à l'U.A.O., il bénéficie d'un entretien avec un infirmier qui l'oriente vers l'interne ou le médecin (en

fonction de la pathologie, de leur disponibilité, ...). Une réunion a lieu ensuite avec le personnel de l'U.A.O. afin de discuter du diagnostic et de la prise en charge préconisée pour le patient. Ce dernier peut patienter dans l'unité en attendant un entretien, l'arrivée de la famille, ... Le personnel médical et infirmier assure aussi une permanence téléphonique (conseils) pour les patients, leur famille, les hôpitaux, les structures médico-sociales, les C.M.P., les généralistes, le S.A.M.U., ... Il y a cinq lignes téléphoniques. La répartition des appels téléphoniques, sur la période de notre l'étude, est la suivante :

- 26 appels téléphoniques venant des patients (7 le jeudi 23 mai, 4 le samedi 25 mai et le mardi 25 juin, 3 le vendredi 3 mai et le mercredi 17 juillet, 2 le dimanche 19 mai et le mercredi 3 juillet, 1 le vendredi 31 mai),
- 3 appels téléphoniques venant de familles des patients (1 les mardi 25 juin et mercredis 3 et 17 juillet),
- 1 appel téléphonique venant des anesthésistes de la Polyclinique d'Amiens le lundi 10 juin,
- des appels téléphoniques (non chiffrés) venant de structures hospitalières du département, pour des transferts de patients, le mardi 18 juin.

Il y a, en théorie, à l'U.A.O. :

- un médecin temps plein (la garde du médecin commence à 18H30),
- un interne à mi-temps mis à disposition par le médecin responsable d'un secteur d'hospitalisation où il effectue son autre mi-temps (la garde de l'interne commence à 13H),
- deux infirmiers le matin, trois l'après-midi et deux la nuit, au minimum,
- un A.S.H. de 7H30 à 15H30, au minimum.

#### a-1) Le personnel médical

Un médecin psychiatre temps plein est responsable du service. Un autre psychiatre est présent 7 demi-journées par semaine dans l'unité. Deux médecins sont donc présents les lundis matin, mardis après-midi, jeudis et vendredis matin ; ce qui permet à l'un des deux médecins d'assurer des consultations.

En garde, la nuit, le psychiatre est dans sa chambre. L'interne peut lui faire appel s'il le juge nécessaire (hospitalisations sous contrainte, avis médical, ...). Les hospitalisations libres ne requièrent pas, en général, la présence du psychiatre. Les médecins psychiatres peuvent être appelés dans les services de l'hôpital Pinel. Ils effectuent, le dimanche matin, le tour des

chambres d'isolement (16) et les examens des 24 heures des hospitalisations sous contraintes et sous le régime du « péril imminent » de la veille. Le C.H.R.U. d'Amiens, le S.M.P.R. et le SESAME (structure d'hospitalisation spécialisée en alcoologie) peuvent faire appel au médecin psychiatre de garde. Celui-ci ne se déplace qu'au S.A.U. du C.H.R.U. où les patients doivent le rejoindre (d'après la convention entre Pinel et le C.H.R.U.).

D'après le cahier de garde, les 10 jours concernant notre enquête, le médecin psychiatre s'est déplacé :

- au S.A.U., 3 fois (les 3 mai, 18 juin et 3 juillet),
- dans un service de Pinel, 8 fois (2 demandes d'H.O. et 2 demandes de sortie le 25 mai, 1 demande de « péril imminent » le 18 juin, 1 transfert du C.H. de Doullens le 25 juin et 2 demandes de sortie le 3 juillet),
- à l'U.A.O., 3 fois (1 demande d'H.D.T. le 25 mai, 1 consultation le 25 juin et 1 demande de « péril imminent » le 3 juillet).

Tous les déplacements ne sont probablement pas répertoriés d'après le médecin responsable de l'U.A.O.

Durant les dix jours sélectionnés, l'activité de consultations a été la suivante :

- 7 consultations le vendredi 3 mai,
- 2 consultations le jeudi 23 mai matin,
- 5 consultations le vendredi 31 mai,
- 6 consultations le lundi 10 juin,
- 10 consultations le mardi 18 juin,
- 8 consultations le mardi 25 juin,
- 3 consultations le mercredi 3 juillet après-midi,
- 3 consultations le mercredi 17 juillet après-midi.

Des bilans complémentaires (biologiques ou autre) sont rarement demandés. En effet, ils impliquent la recherche d'un coursier pour porter le prélèvement au laboratoire de l'hôpital sud. Pendant la garde, il doit être fait appel à un infirmier d'un des services de Pinel (services qui sont, en général, en sous-effectif) pour faire office de coursier.

Au total, l'activité médicale de l'U.A.O., en dehors de l'activité d'accueil, sur la période sélectionnée pour l'enquête, se répartit de la façon suivante :

**RÉPARTITION DE L'ACTIVITE DE L'U.A.O. D'AMIENS (EN DEHORS DE CELLE D'ACCUEIL), LES 10 JOURS RETENUS POUR L'ENQUÊTE RÉALISÉE ENTRE MAI ET JUILLET 2002**

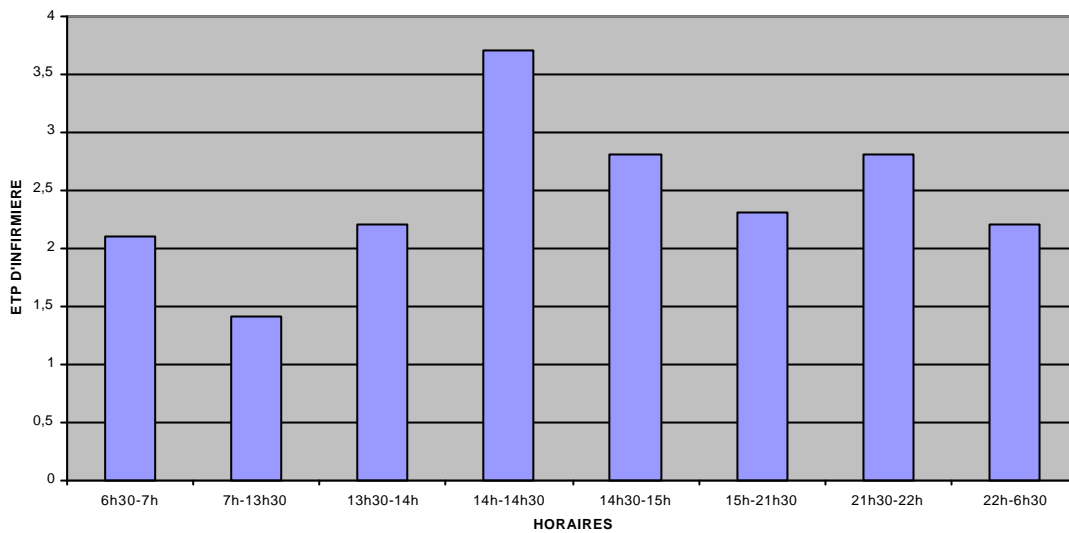
<b>JOURS SELECTIONNÉS</b>	<b>CONSULTATIONS PROGRAMMEES</b>	<b>APPELS TELEPHONIQUES</b>	<b>DEPLACEMENTS DU MEDECIN DE GARDE</b>
VENDREDI 3 MAI	7	3	1
DIMANCHE 19 MAI	0	2	0
JEUDI 23 MAI	2	7	0
SAMEDI 25 MAI	0	4	5
VENDREDI 31 MAI	5	1	0
LUNDI 10 JUIN	6	1	0
MARDI 18 JUIN	10	?	2
MARDI 25 JUIN	8	5	2
MERCREDI 3 JUILLET	3	3	4
MERCREDI 17 JUILLET	3	4	0

a-2) Le personnel paramédical

Les infirmiers sont au nombre de 13, dont 6 sont des I.D.E. de secteur psychiatrique. Il y a 1 cadre infirmier. Les I.D.E. effectuent une semaine le matin (de 6H30 ou 7H à 14H30 ou 15H) et, après leur semaine de repos, enchaînent sur une semaine l'après-midi (de 13H30 ou 14H à 21H30 ou 22H). Le travail de nuit (de 21H30 ou 22H à 6H30 ou 7H) représente trois mois de travail par an car une I.D.E. est de nuit à l'année. La répartition du nombre d'Équivalents Temps Plein (E.T.P.) d'I.D.E. sur la période du 20 mai au 2 juin et du 2 au 8 juillet 2002, est la suivante :



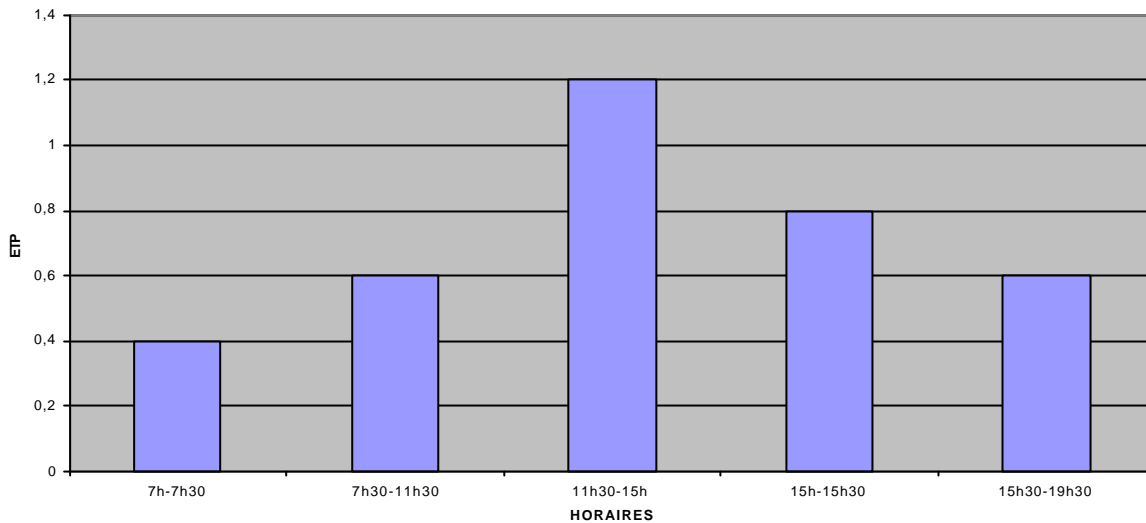
**NOMBRE D'EQUIVALENT TEMPS PLEIN (ETP) D'INFIRMIERE A L'UNITE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION D'AMIENS LES 4 SEMAINES DE MAI A JUILLET 2002 SELECTIONNEES POUR L'ENQUETE**



Il est à noter que le brancardage des malades vers d'autres services est réalisé par les I.D.E. De même, en dehors des heures d'ouverture des services administratifs, ce sont les I.D.E. qui assurent l'enregistrement des données administratives des patients. Ils assurent également le service des repas, lorsque aucun A.S.H. n'est présent.

Les A.S.H. sont au nombre de trois. Leur rôle consiste à faire le ménage de l'U.A.O. et à servir les repas aux patients présents à l'U.A.O. Leurs horaires sont répartis de 7H (ou 7H30) à 15H (ou 15H30) le matin et de 11H30 à 19H30 l'après-midi. La répartition du nombre d'E.T.P. d'A.S.H. sur la période du 20 mai au 2 juin et du 2 au 8 juillet 2002, est la suivante :

**NOMBRE D'EQUIVALENT TEMPS PLEIN (ETP) D'AGENT DE SERVICE HOSPITALIER A L'UNITE  
D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION D'AMIENS LES 4 SEMAINES DE MAI A JUILLET 2002  
SELECTIONNEES POUR L'ETUDE**



Les vendredis 12, mercredi 17 et jeudi 18 juillet 2002, aucun A.S.H. n'était présent à l'U.A.O. pour cause de congés (annuels ou de récupération). L'effectif est plus important l'après-midi.

b) Le S.A.U.

Lorsqu'un patient se présentant au S.A.U. du C.H.R.U. requiert l'avis spécialisé d'un psychiatre, le médecin du S.A.U. peut faire appel à un interne ou à un psychiatre de l'antenne de psychiatrie de l'hôpital nord. Cette antenne est ouverte du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures 30 et le samedi de 9 heures à 12 heures, afin d'assurer des consultations externes (30 à 40%) et des consultations dans les services du C.H.U. (sites nord et sud) et au S.A.U. Elle est composée d'un chef de clinique, de deux «sénior», de quatre internes en psychiatrie, d'un Équivalent Temps Plein (E.T.P.) et demi de psychologue. Les modalités d'appel du psychiatre par le praticien des urgences ne sont définies par aucun protocole. Ces modalités sont mises en œuvre selon le diagnostic du médecin du S.A.U. C'est ainsi que :

- devant une tentative de suicide, le psychiatre intervient « à froid », durant l'hospitalisation (en médecine ou chirurgie selon les disponibilités de places) pour évaluer la situation et proposer une prise en charge spécialisée éventuellement,
- devant un alcoolisme aigu, l'avis du psychiatre n'est demandé qu'en cas d'apparition des troubles du comportement au réveil, dans la salle de « dégrisement »,

- devant un alcoolisme chronique, le patient est orienté vers l'unité mobile d'alcoologie ou vers un psychiatre,
- en cas de toxicomanie, une H.D.T. à Pinel peut être décidée (en cas d'intoxication aiguë, le C.H.R.U. dispose d'un lit d'hospitalisation dans les services),
- devant un état dépressif, un psychiatre est appelé s'il persiste un risque suicidaire ; dans les autres cas, une hospitalisation en médecine ou chirurgie (selon disponibilités) peut être proposée avec examen psychiatrique approfondi différé.

La prise en charge des enfants est différente. Les avis psychiatriques sont demandés auprès du service de consultations de pédopsychiatrie du C.H.R.U. qui peut détacher du lundi au vendredi, de 8 heures à 18 heures 30 et jusque 13 heures le samedi, un interne en psychiatrie ou un pédopsychiatre. Ce service peut également être sollicité par le S.A.U. adulte pour les patients de 16 à 18 ans. En dehors de ces plages horaires, une astreinte téléphonique est assurée par les pédopsychiatres du C.H.R.U. et de Pinel. En moyenne, les pédopsychiatres reçoivent un appel hebdomadaire le jour et deux appels hebdomadaires la nuit. De plus, il n'existe aucun lit de pédopsychiatrie dans la Somme. En cas d'hospitalisation, les enfants et adolescents sont orientés vers la psychiatrie adulte de Pinel ou vers la pédiatrie du C.H.R.U.

### 3.2.3 L'étude des dossiers médicaux

#### a) Le nombre de dossiers et les jours d'arrivée

L'étude des dossiers de l'U.A.O. sur les 10 jours sélectionnés a porté sur 116 dossiers correspondant à 114 personnes. En effet, deux personnes ont été examinées deux fois sur la période sélectionnée (retour d'hospitalisation au C.H.R.U.).

Au S.A.U., les dossiers retenus concernaient les patients présentant une problématique psychiatrique selon le praticien ou l'infirmier du S.A.U. 124 dossiers ont été sélectionnés. 22 dossiers relevaient de la rédaction d'un Certificat de Non Hospitalisation (C.N.H.), après examen clinique, pour des patients en état d'ivresse, amenés par la police. Ils ont été éliminés de l'étude. Il reste donc 102 dossiers.

La répartition du nombre de patients par rapport aux jours d'arrivée (sélectionnés pour l'enquête entre mai et juillet 2002) est reprise dans le tableau suivant :

RÉPARTITION DU NOMBRE DE PATIENTS SÉLECTIONNÉS AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES (S.A.U.) ET ARRIVÉS À L'UNITE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION (U.A.O.) D'AMIENS, LES 10 JOURS RETENUS POUR L'ENQUÊTE RÉALISÉE ENTRE MAI ET JUILLET 2002

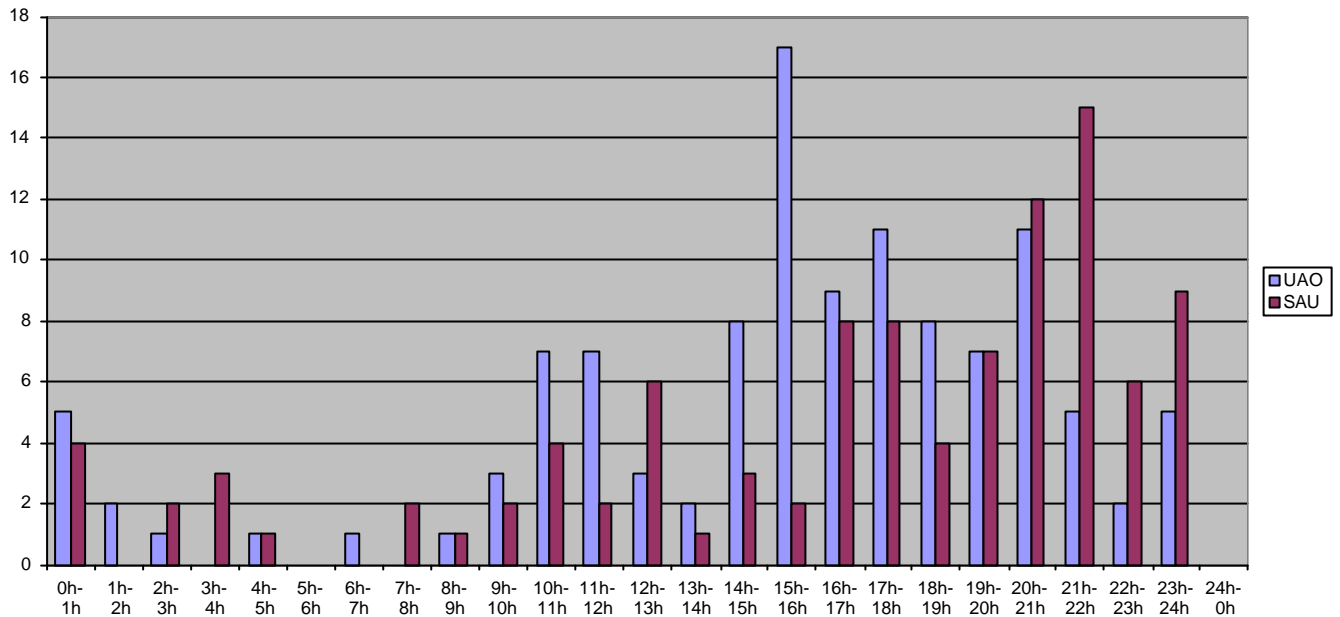
JOURS SELECTIONNÉS	NOMBRE DE PATIENTS ARRIVÉS AU S.A.U.	NOMBRE DE PATIENTS SÉLECTIONNÉS POUR L'ENQUÊTE	NOMBRE DE PATIENTS ARRIVÉS À L'U.A.O.
VENDREDI 3 MAI	91	9	9
DIMANCHE 19 MAI	82	14	5
JEUDI 23 MAI	108	12	13
SAMEDI 25 MAI	76	9	10
VENDREDI 31 MAI	98	11	15
LUNDI 10 JUIN	103	12	16
MARDI 18 JUIN	101	12	10
MARDI 25 JUIN	93	9	11
MERCREDI 3 JUILLET	77	5	11
MERCREDI 17 JUILLET	87	9	14
<b>TOTAUX</b>	<b>916</b>	<b>102</b>	<b>114</b>

Le pourcentage de patients sélectionnés pour l'enquête par rapport à ceux qui sont arrivés au S.A.U. correspond en moyenne à 11% (102/916). Ce chiffre varie de 6% (5/77) le mercredi 3 juillet à 17% (14/82) le dimanche 19 mai. Les jours les plus fréquentés à l'U.A.O. correspondent aux vendredi 31 mai et lundi 10 juin et le jour le moins fréquenté, le dimanche 19 mai.

b) Les heures d'arrivée

La répartition des heures d'arrivée à l'U.A.O. et au S.A.U., les jours sélectionnés, est reprise dans le graphique ci-après :

**HEURES D'ARRIVEE DES PATIENTS A L'UNITE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION (UAO) ET AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES (SAU) D'AMIENS LES JOURS SELECTIONNES POUR L'ENQUETE DE MAI A JUILLET 2002**

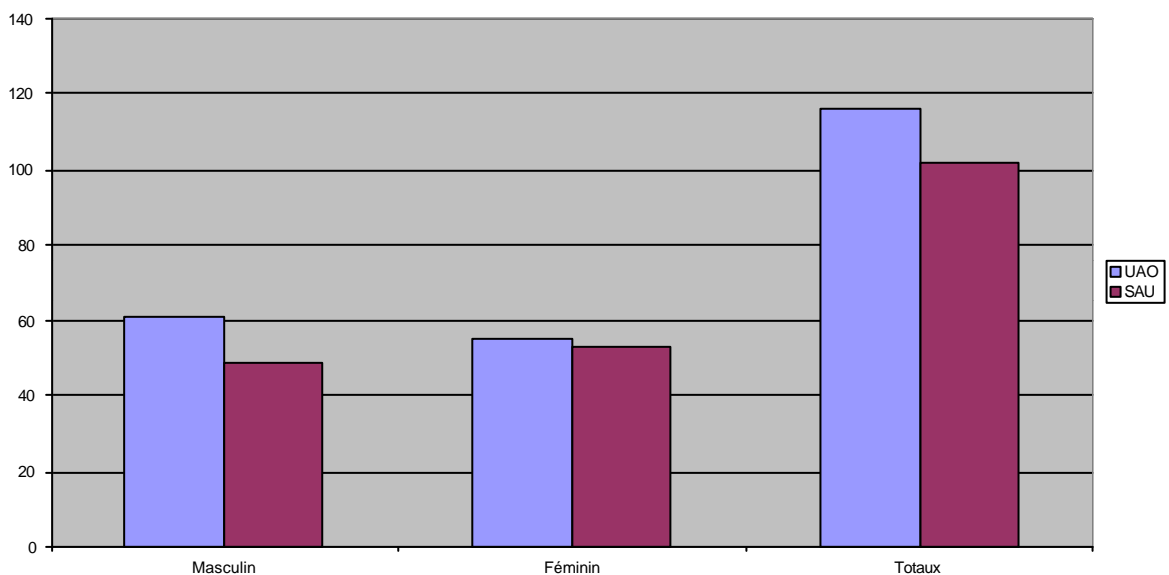


17 patients (soit 15%) se sont présentés entre 22 heures et 7 heures, créneau horaire ouvert depuis mi-avril 2002.

**c) Les sexes**

La répartition par sexe des patients qui se sont présentés à l'U.A.O. et au S.A.U., les jours sélectionnés, est reprise dans le graphique ci-dessous :

**REPARTITION DES SEXES DES PATIENTS VENUS A L'UNITE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION (UAO) ET AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES (SAU) D'AMIENS LES JOURS SELECTIONNES POUR L'ENQUETE ENTRE MAI ET JUILLET 2002**



#### d) Les âges

L'âge moyen à l'U.A.O. est de 40 ans. Les âges s'échelonnent entre 12 et 87 ans. 6 jeunes (5%) ont moins de 18 ans.

L'âge moyen est de 37 ans au S.A.U. (33 ans pour les femmes et 41 ans pour les hommes). Les âges s'échelonnent entre 11 et 101 ans. 12 jeunes (12%) ont moins de 18 ans et 6 jeunes (6%) ont 18 ans.

#### e) Les mesures de protection, les ressources, le statut familial

Dans 20 dossiers de l'U.A.O. (17%) figuraient les mesures de protection :

- 18 patients (16%) étaient sous tutelle (dont 59% de femmes),
- 2 patients étaient sous curatelle.

La répartition des ressources des patients de l'U.A.O., les jours sélectionnés est la suivante :

- l'A.A.H. est perçue par 36 patients (31%),
- un salaire est perçu par 26 patients (23%),
- 13 patients (11%) sont à la retraite,
- 12 patients (10%) sont sans ressource,
- les allocations de chômage sont perçues par 8 patients (7%),
- le R.M.I. est perçu par 6 patients (5%).

Le statut familial des patients de l'U.A.O., les jours sélectionnés se répartit comme suit :

- 61 patients (53%) sont célibataires,
- 23 patients (28%) sont mariés ou vivent maritalement,
- 20 patients (17%) sont divorcés ou veufs.

Ces données ne sont pas disponibles dans les dossiers du S.A.U.

#### f) L'origine, les moyens de transport et l'accompagnement

L'origine des patients arrivés à l'U.A.O. les jours sélectionnés pour l'enquête est la suivante. Ces patients viennent :

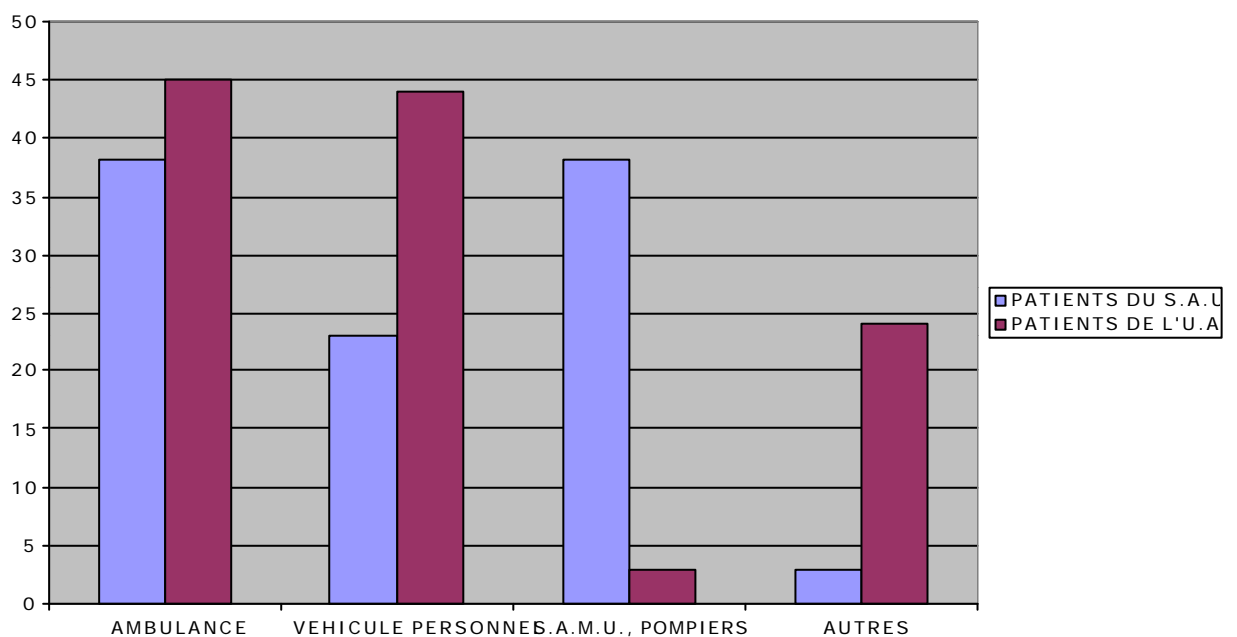
- pour 37 d'entre eux, soit 31%, d'un centre hospitalier (35 du C.H.R.U. d'Amiens et 2 d'un autre Centre Hospitalier du département) ; ces patients viennent surtout en ambulance (29 patients sur 37, soit 78%),
-

- pour 37 autres, soit 31%, sans avis médical ; la plupart du temps avec leur véhicule personnel (30 sur 37, soit 81%),
- pour 20 d'entre eux, soit 17%, envoyés par un médecin ; ils viennent soit avec leur véhicule personnel (7 sur 20, soit 35%) soit avec une ambulance (10 sur 20, soit 50%),
- pour 11 d'entre eux, soit 11%, envoyés par le secteur ; ils sont amenés par des véhicules de secteur (4 patients sur 11, soit 36%),
- pour 7 d'entre eux, soit 7%, de lieux de vie collectif ; ils sont surtout amenés par une ambulance (4 sur 7, soit 57%).

L'origine du patient n'étant présente que dans 52 dossiers du S.A.U., elle n'a pas été détaillée ici.

La répartition des moyens de transport d'arrivée des patients à l'U.A.O. et de ceux sélectionnés au S.A.U. est la suivante :

**REPARTITION DES MOYENS DE TRANSPORT D'ARRIVEE DES PATIENTS  
SELECTIONNES POUR L'ENQUETE DE MAI A JUILLET 2002**



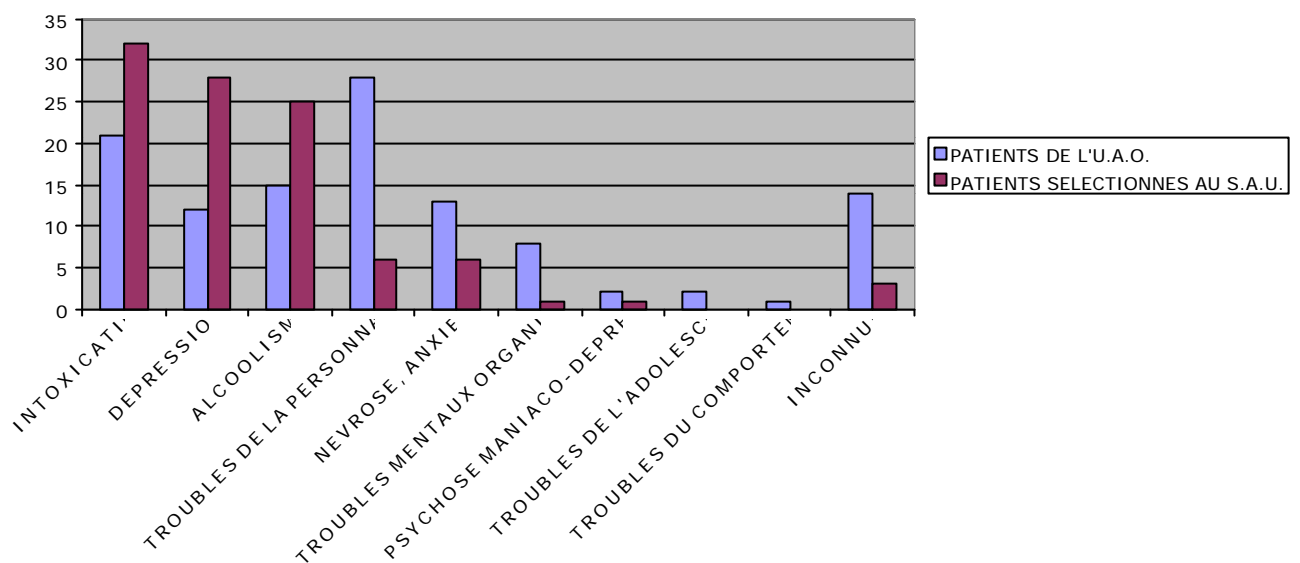
72 patients sur 116, soit 62%, sont venus seuls à l'U.A.O. de Pinel. 39 patients sur 116, soit 34%, sont venus accompagnés par un ami, par de la famille ou autre. L'ambulancier n'est pas considéré comme une personne accompagnante.

Cette information n'était présente que dans 35 dossiers du S.A.U.

## g) Les diagnostics

La répartition des diagnostics des patients de l'U.A.O. et des motifs de recours aux soins des patients sélectionnés les jours de l'enquête, entre mai et juillet 2002, est la suivante :

### REPARTITION DES DIAGNOSTICS DES PATIENTS DE L'UNITE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION (U.A.O.) ET DU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES (S.A.U.) DES JOURS SELECTIONNES POUR L'ENQUETE ENTRE MAI ET JUILLET 2002



Le recours à l'avis du psychiatre n'a été demandé au S.A.U. que pour 8 patients sur les 94 adultes (soit dans 8% des cas) ; 75% étaient des femmes et 50% étaient adressés par un médecin. Ces interventions ont eu lieu entre 8H et 23H (précision notée dans 7 dossiers). L'étude des dossiers n'a pas permis de distinguer l'intervention du psychiatre de garde à l'U.A.O. de celle du psychiatre de l'antenne de psychiatrie. Les motifs de recours aux soins de ces patients étaient :

- une tentative de suicide pour 2 d'entre eux (1 a été orientée vers Pinel et 1 vers le C.H.R.U.),
- une situation à risque suicidaire pour 4 d'entre eux (2 ont été orientées vers Pinel, 1 vers un service du C.H.R.U. et 1 est sortie avec proposition de suivi ambulatoire),
- une crise d'anxiété et une psychose maniaco-dépressive (ces patients sont sortis avec proposition de suivi ambulatoire).



À l'U.A.O., 6 patients ont bénéficié des lits d'H.T.C.D. ; 4 patients après une tentative de suicide et 2 en raison d'un alcoolisme. Ils ont été exclus de la durée moyenne de séjour dans le service. Cette durée moyenne est donc de 1H32 (la médiane est à 1H30).

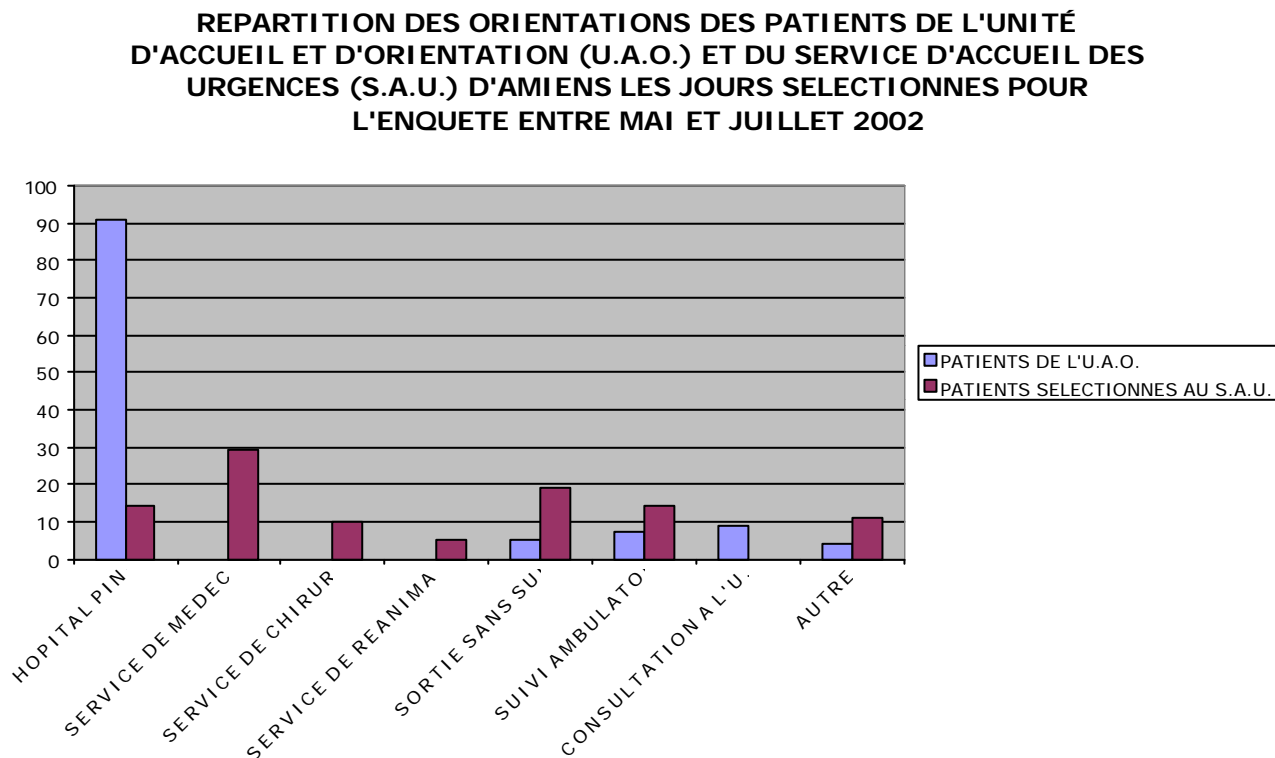
Il est à noter que :

- le 25 juin, 1 lit était déjà occupé par un patient de la veille,
- le 3 juillet, 2 lits étaient déjà occupés par 2 patients de la veille,
- le 17 juillet, 3 lits étaient déjà occupés par 3 patients de la veille.

Au S.A.U., 22 patients ont dû bénéficier de la salle de «dégrisement », compte tenu du temps passé dans le service. Ils ont été exclus du calcul de la durée moyenne de séjour dans le service. Cette durée moyenne est donc de 2H48 (la médiane est à 2H30).

#### h) Les orientations

La répartition des orientations des patients de l'U.A.O. et de ceux sélectionnés au S.A.U. est la suivante :



#### i) Le S.A.U. pédiatrique

8 patients âgés de 11 à 16 ans (âge moyen 13 ans et demi) ont été sélectionnés parmi les urgences pédiatriques comme présentant des problèmes psychiatriques. Les motifs de recours aux soins étaient les suivants :

- une tentative de suicide pour 3 d'entre eux,
- une menace suicidaire pour 2 d'entre eux (le pédopsychiatre est intervenu pour l'un des 2 qui est sorti avec un suivi ambulatoire),
- une pathologie névrotique pour 2 d'entre eux (le pédopsychiatre est intervenu pour l'un des 2 qui est sorti avec un suivi ambulatoire),
- une toxicomanie pour 1 d'entre eux (le pédopsychiatre est intervenu et a hospitalisé le jeune qui était sorti, le jour même, d'hospitalisation).

Le pédopsychiatre est donc intervenu pour 3 jeunes sur 8, soit dans 37% des cas.

### **3.3 L'analyse**

#### 3.3.1 Les locaux

Les 4 chambres de l'U.A.O. sont d'un grand intérêt puisque, depuis leur ouverture mi-avril 2002, nous constatons une montée en charge de l'utilisation de ces lits. Cependant, l'architecture du bâtiment ne permet pas une surveillance optimale des patients.

Le S.A.U. ne dispose pas de lits d'H.T.C.D. en dehors d'une salle à 2 lits dans le couloir de médecine ne permettant une surveillance que si le personnel passe devant la salle ou y pénètre (lorsque la porte est fermée pour un patient agité).

#### 3.3.2 L'organisation des services

##### a) Le personnel médical

L'activité de consultation du médecin de l'U.A.O. est nécessaire pour permettre au patient un suivi léger ou l'attente d'un suivi ambulatoire. En ce qui concerne l'effectif médical, un poste d'assistant du service est toujours vacant depuis plus d'un an. L'interne est présent, dans le service, le matin alors que le maximum de l'activité de l'U.A.O. a lieu l'après-midi et est

assuré par l'interne de garde. Il serait donc plus judicieux que l'interne soit présent dans le service matin et après-midi.

Il est à noter que les médecins de l'U.A.O. ont des activités variées (consultations programmées, appels téléphoniques, déplacements) qui permet une réponse appropriée aux nécessités des autres structures hospitalières ou médico-sociales, ambulatoires, libérales, ...

D'après les dossiers du S.A.U., les médecins n'ont fait appel au psychiatre que très rarement. Il est en effet difficile de mobiliser le psychiatre de l'antenne de psychiatrie, déjà bien occupé avec les consultations externes et internes du C.H.R.U. nord et sud. De même, il est difficile de mobiliser le psychiatre de garde à l'U.A.O. qui dégarnit l'U.A.O. du « sénior », pour aller au S.A.U. Il serait utile d'harmoniser les procédures d'intervention entre le S.A.U. et l'antenne de psychiatrie (lors de l'activité diurne) et le S.A.U. et Pinel (lors de l'activité de garde).

#### b) Le personnel paramédical

Le volet Urgences du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (S.R.O.S.) de 2<sup>ème</sup> génération de Picardie<sup>55</sup> dénombre un effectif minimum de 6 I.D.E. pour le fonctionnement d'un service d'urgence, avec 1 I.D.E. 24H/24, 7J/7 (sur la base de 47 semaines de travail effectué à 35 heures, soit 1645 heures annuelles). L'U.A.O. est une unité d'accueil mais fonctionne souvent comme un véritable service d'urgence. Elle s'était fixée comme personnel minimum : 2 I.D.E. le matin, 3 l'après-midi et 2 la nuit ; cela correspond à un effectif d'un peu plus de 16 I.D.E. Or le service en recense 13 et a dû fonctionner (durant les 2 périodes de 2 semaines de l'étude) avec 2 à 3 I.D.E. en moins (arrêt pour maternité, maladie, congés annuels ou de récupération, ...). De plus, les effectifs théoriques n'ont pas toujours été atteints. Enfin, les I.D.E. devraient pouvoir se consacrer à leur rôle de soignant sans devoir assurer les tâches annexes qui ne sont pas de leur compétence (portage des repas, enregistrement administratif des entrées, courses au laboratoire, brancardage, ...).

Au S.A.U., aucun infirmier n'a de formation psychiatrique. Le médecin du S.A.U. interrogé nous a précisé qu'auparavant une I.D.E. avait une formation en psychiatrie et était appréciée dans le service grâce à son approche différente du patient.

---

<sup>55</sup> *Valorisation du SROS de Picardie 2<sup>ème</sup> génération, volet Urgences, 2001*

### 3.3.3 L'étude des dossiers

#### a) Le nombre de dossiers

Deux personnes ont été vues deux fois à l'U.A.O. sur la période de notre enquête. Il s'agissait de personnes, amenées à l'U.A.O., dans un premier temps, mais nécessitant une prise en charge somatique. Ces patients ont donc été transférés au S.A.U. et hospitalisés une courte période au C.H.R.U. et sont ensuite revenus à l'U.A.O. pour leur prise en charge psychiatrique.

Le choix, au départ, avait été fait d'exclure de l'étude les dossiers des patients amenés au S.A.U. pour C.N.H. Or, il s'est avéré que certains patients, en état d'ébriété, avait été amenés au S.A.U. ou à l'U.A.O. par le S.A.M.U., la famille ou des amis. Ils auraient peut-être pu relever d'un Certificat de Non Hospitalisation, s'ils avaient été amenés par la police. Cependant, le peu de renseignements présents dans les dossiers médicaux de ces personnes n'auraient pas permis l'identification des différentes rubriques de l'étude.

Il est à noter que le nombre de patients sélectionnés pour l'enquête, au S.A.U., était le plus important le dimanche 19 mai alors que le nombre de patients qui se sont présentés à l'U.A.O., ce même jour, était le plus faible. De plus, il n'y a pas eu d'appels téléphoniques, ni de demande de déplacement du médecin psychiatre de garde ce jour-là. L'harmonisation des procédures de prise en charge entre Pinel et l'U.A.O. devrait probablement se faire au niveau de tous les médecins de garde du S.A.U. et de l'U.A.O. (formation, information).

De plus, le nombre de patients arrivant à l'U.A.O. entre 22 heures et 7 heures était en augmentation depuis l'ouverture de cette unité 24H/24. L'utilisation des lits d'H.T.C.D. subissait également une montée en charge, surtout depuis fin juin. Cela démontre l'utilité du fonctionnement de cette unité 24H/24.

#### b) Le sexe

Le test du  $\chi^2$  effectué pour comparer la répartition du sexe entre la population des patients sélectionnés au S.A.U. et celle de ceux qui se sont présentés à l'U.A.O., sur la période de l'enquête, ne montrait pas de différence significative (le  $\chi^2$  à 1 degré de liberté est de 0,45 avec un risque de 5%).

### c) L'âge

La moyenne d'âges des patients du S.A.U. était plus étendue. Néanmoins, ces deux services accueillent des patients de moins de 18 ans et des personnes âgées sans particularités dans leur prise en charge. D'autant qu'il existe un service de psychogériatrie à l'hôpital Pinel.

### d) Les mesures de protection, les statuts, les ressources familiales

Beaucoup de patients de l'U.A.O. présentaient des difficultés sociales. Plus des deux tiers des patients étaient seuls (célibataires, divorcés ou veufs). Plus de la moitié touchaient une allocation, un revenu minimum ou étaient sans ressource. Cela témoigne de l'intérêt de la présence d'une assistante sociale au sein de l'U.A.O. afin d'évaluer au mieux le contexte environnemental du patient et d'envisager une orientation, en concertation avec l'équipe médicale, la plus appropriée à la situation du patient.

### e) Les origines, les moyens de transport et l'accompagnement

Près d'un tiers des patients arrivés à l'U.A.O., sur la période de notre enquête venait d'un centre hospitalier général ou universitaire. Ils venaient en général en ambulance. Près d'un autre tiers de ces patients venait par eux-mêmes, sans lettre du médecin traitant. Il s'agissait en général de patients connus de Pinel. Ils venaient avec leur véhicule personnel. Le tiers des patients restant était envoyé par des structures ambulatoires (de secteur, médecins généralistes, ...) ou par des structures médico-sociales. Plus de la moitié des patients de l'U.A.O. était arrivé seul.

Un nombre plus important de patients était amené au S.A.U. par le S.A.M.U. Il s'agissait le plus souvent de patients présentant des complications d'une ivresse aiguë ou d'un alcoolisme chronique. Cependant, une patiente a été amenée par le S.A.M.U. (demande de S.O.S. médecin) pour une hospitalisation à Pinel car elle était connue de l'hôpital.

### f) Les diagnostics

Le motif de recours aux soins du S.A.U. est difficilement comparable au diagnostic de l'U.A.O., posé par un médecin psychiatre. C'est ainsi qu'à l'U.A.O., 11 patients se sont présentés suite à une tentative de suicide. Parmi eux, 4 ont eu un diagnostic de «menace

suicidaire avec risque de récurrence », 3 ont eu un diagnostic de « troubles anxieux névrotiques » et 3 de « troubles de la personnalité ». Inversement, une patiente a eu un diagnostic de « menace suicidaire » alors qu'elle n'avait pas fait de tentative de suicide justifiant son arrivée, le jour sélectionné, à Pinel.

La durée moyenne de séjour était moins importante à l'U.A.O., qu'au S.A.U. Il s'agissait souvent de patients connus de l'U.A.O. Au S.A.U., il n'était pas noté d'antécédent de prise en charge psychiatrique et le personnel du S.A.U. avait rarement le temps d'approfondir cette rubrique. C'est pourquoi, il serait intéressant, pour le S.A.U. d'avoir accès à la fiche médicale de l'U.A.O. (par exemple, par informatique, par téléphone, par la présence d'un infirmier de Pinel au S.A.U., ...) dans laquelle figure cette rubrique qu'il convient de prendre en compte pour l'orientation du patient.

Le recours à un médecin psychiatre est plus fréquente lorsqu'il s'agit d'un jeune (recours à un pédopsychiatre) que lorsqu'il s'agit d'un adulte. Les modalités de recours à un médecin psychiatre sont en effet différentes lorsqu'il s'agit d'un pédopsychiatre.

#### g) Les orientations

À l'U.A.O., presque tous les patients ayant subi une intoxication, une majorité des patients alcooliques et des patients dépressifs ou présentant une menace suicidaire avec risque de récurrence étaient hospitalisés, dans plus de la moitié des cas, librement. Les patients présentant une psychose aiguë ou une agitation étaient, en général, hospitalisés sous la contrainte. Les patients présentant des troubles de la personnalité chronique étaient souvent hospitalisés librement. C'était souvent des patients, hébergés la semaine dans des structures médico-sociales et, le week-end, à l'hôpital Pinel. Les patients présentant des états maniaques étaient suivis en ambulatoire. En général, les patients qui n'avaient jamais été hospitalisés à Pinel avaient une proposition de suivi ambulatoire (médecin libéral, consultation de secteur, consultation à l'U.A.O., ...).

Au S.A.U., plus d'un tiers des patients était hospitalisé dans un service de médecine (pour surveillance médicale) ou de chirurgie (faute de place ailleurs), en attendant l'avis du médecin psychiatre le lendemain. Près d'un quart des patients était sorti sans suivi ou contre avis médical. Il s'agissait le plus souvent de patients alcooliques. Un faible nombre de patients était sorti avec une proposition de suivi ambulatoire.

## 4 - CONCLUSION

### 4.1 Les conclusions de l'étude

#### 4.1.1 Le fonctionnement de l'U.A.O.

L'U.A.O. a démontré son importance dans le panorama de la prise en charge de l'urgence psychiatrique. Depuis l'ouverture 24H/24 de l'U.A.O., fin avril 2002, 15% des patients ont été pris en charge la nuit (d'après l'étude des dossiers de mai à juillet 2002).

Cependant, le sous-effectif chronique en personnel médical et paramédical est préjudiciable à la motivation de ce personnel et à la qualité de l'accueil des patients malgré la bonne volonté de ce personnel. En ce qui concerne l'effectif médical, un poste d'assistant n'est toujours pas pourvu depuis plus d'un an. De plus, depuis fin octobre 2002, le 2<sup>ème</sup> médecin de l'U.A.O. s'est installé en libéral. Il n'y a donc plus qu'un médecin qui assure quotidiennement la prise en charge de ces urgences. Ce médecin a donc dû diminuer ses activités annexes (consultations à l'U.A.O., formation des partenaires extérieurs et des stagiaires, ...) au détriment de la diversité de la prise en charge qui était proposée dans cette unité. Cependant, des mesures compensatoires ont été mises en place par les médecins de l'Hôpital Pinel. Une suppléance de ce médecin est organisée, lors de ses absences, par les médecins des services d'hospitalisation de l'Hôpital Pinel. De plus, désormais, la garde de l'interne est calquée sur celle du médecin ; elle commence donc à 18H au lieu de 13H. L'interne du service est donc présent le matin et l'après-midi.

En ce qui concerne le personnel paramédical, il y aurait lieu de renforcer les A.S.H., d'étendre les plages horaires du bureau des entrées. Ceci permettrait aux I.D.E. de se consacrer exclusivement aux tâches qui leur sont dévolues.

Compte tenu des difficultés sociales de nombreux patients pris en charge à l'U.A.O., une Assistante Sociale (A.S.) pourrait faire le lien avec le secteur extrahospitalier. Une articulation pourrait se faire avec le service de préparation à la sortie d'hospitalisation de Pinel (transition entre l'hospitalisation et le retour au domicile).

#### 4.1.2 Le fonctionnement du S.A.U.

Selon B. RIOU, les médecins généralistes de garde envoient les patients aux urgences de l'hôpital (plutôt que dans une autre structure) car ils ne connaissent pas le patient, ses antécédents, son environnement<sup>56</sup>. Or le S.A.U. n'a pas toujours les moyens, en temps, personnes et procédures de connaître ces paramètres. Il serait donc intéressant que les médecins responsables du S.A.U., de l'U.A.O., de la pédopsychiatrie, de l'antenne de liaison élaborent des protocoles de prise en charge (renseignements téléphoniques sur les antécédents auprès de l'infirmier de l'U.A.O., avis téléphoniques du psychiatre, recours au médecin psychiatre, ...) en fonction de critères diagnostics, sociaux, ... Ces protocoles seraient validés et suivis par tous les médecins de garde dans chaque unité (S.A.U. et U.A.O.). De plus, certaines procédures pourraient être spécifiques à certaine population (adolescents, personnes âgées, personnes démunies, ...).

Enfin, les infirmiers du S.A.U. pourraient être formés à l'accueil des patients présentant des troubles psychiatriques (cours théoriques, stages à l'U.A.O., ...).

D'après l'enquête nationale sur les urgences, réalisée en janvier 2002, auprès d'un échantillon de patients de 150 services, les deux tiers sont pris en charge dans les S.A.U. Le motif de venue aux urgences relève de troubles psychiatriques dans 6% des cas. 45% de ces patients ont été hospitalisés<sup>57</sup>. Selon B. SELETTI<sup>58</sup>, l'augmentation de l'activité psychiatrique des S.A.U. est due à la diminution des durées de séjour à l'hôpital général (porte tournante), à l'évolution de la demande des usagers (réponse rapide aux situations de détresse) et à un attrait du plateau technique de l'hôpital général (refus de reconnaissance de l'origine psychiatrique des difficultés).

Il serait intéressant de poursuivre notre enquête par l'étude de la durée d'hospitalisation suite à un passage à l'U.A.O. ou au S.A.U. En effet, selon une analyse du Docteur N. QUEMADA,

---

<sup>56</sup> RIOU B. Évolution et enjeux de urgences en France. *L'information psychiatrique*, n°5, volume 76, mai 2000, p. 569-575..

<sup>57</sup> CARRASCO V., BAUBEAU D. *Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale*. D.R.E.S.S., études et résultats, n° 212, janvier 2003.

<sup>58</sup> SELETTI B. *Situation dans un service d'urgence*. Annales Médico-Psychologiques (revue de psychiatrie), mars 2002, Vol. 160, n°2, p. 187-191.



de 1969 à 1982, le nombre d'hospitalisations de moins de huit jours à été multiplié par trois et celui des hospitalisations de plus de quarante-cinq jours divisé par deux<sup>59</sup>.

## 4.2 Les perspectives d'évolution

### 4.2.1 Sur la prise en charge des urgences psychiatriques au C.H.R.U et à Pinel

En ce qui concerne l'amélioration de l'orientation des patients présentant des difficultés d'ordre psychiatrique, à la sortie du S.A.U., le Centre Hospitalier Philippe Pinel souhaitait ouvrir une unité intersectorielle d'hospitalisation à temps complet de 21 lits de psychiatrie générale adulte au Centre Hospitalier Régional Universitaire d'Amiens (site nord), dont :

- 12 lits réservés aux personnes ayant fait une tentative de suicide,
- 9 lits réservés aux autres pathologies : troubles affectifs et névrotiques.

Dans l'attente de disposer des personnels suffisants, Pinel a sollicité l'ouverture de 14 lits qui se répartissent comme suit :

- 7 lits réservés aux personnes ayant fait une tentative de suicide,
- 7 lits réservés aux autres pathologies : troubles affectifs et névrotiques.

La visite de conformité a eu lieu le 4 novembre 2002.

Le bilan d'activité à 6 mois (soit en mai 2003) permettra une première évaluation de la trajectoire des patients et de l'articulation entre le S.A.U., l'antenne de psychiatrie et ce service. Car selon PETIT-JEAN F.<sup>60</sup>, le travail de la psychiatrie de liaison se fait en continuité des urgences psychiatriques.

En ce qui concerne la pédo-psychiatrie, un service de 12 lits d'hospitalisation complète a été créé sur le site sud du C.H.R.U., dans le cadre du pôle mère-enfant (prémices du regroupement des deux sites du C.H.R.U. au niveau du site sud). La visite de conformité aura lieu fin mars 2003.

---

<sup>59</sup> ODIER B. Accélération des traitements, fragmentation des évolutions : vers la fast-psychiatrie ? *L'information psychiatrique*, n°5, volume 76, mai 2000, p. 563-568.

<sup>60</sup> PETIT-JEAN F. Les urgences psychiatriques à l'hôpital général. *Revue pratique de psychiatrie*, n°4, 1995, p. 19-22.

Selon HORASSIUS-JARRIE<sup>61</sup>, le S.A.U. est le point de convergence des systèmes d'amont (police, pompiers, S.A.M.U., médecine libérale, des secteurs, services sociaux, ...). Comme le stipule C. LAUNAY<sup>62</sup>, les Unités d'Accueil des Urgences Psychiatriques (U.A.U.P.) se trouvent à proximité des urgences médico-chirurgicales. Sur Amiens, ce principe sera à l'étude dans le cadre du regroupement au sud d'Amiens des deux sites existants (nord et sud).

Les améliorations du fonctionnement de l'U.A.O. et du S.A.U., citées ci-dessus, permettraient de satisfaire aux préconisations des circulaires du 14 mars 1990 et 14 mai 1991. De plus, elles s'inscrivent dans la lignée des orientations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Picardie, en cours de révision. Elles devraient se traduire par un volet commun « urgences psychiatriques » au niveau du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (C.P.O.M.) du C.H.R.U. et de celui de Pinel (ainsi que dans son Projet d'Établissement en cours d'élaboration).

#### 4.2.2 Sur les liens avec les autres structures

##### a) Avec les cliniques privées d'Amiens

En ce qui concerne l'articulation avec les structures autres que le C.H.U., une convention était en cours d'élaboration entre l'Hôpital P. Pinel et les cliniques privées de la Vallée des Vignes (proches de Pinel). La discussion portait, entre autre, sur l'intervention d'un psychiatre au niveau des U.P.A.T.O.U. de ces cliniques en échange de la possibilité pour l'U.A.O. de réaliser les analyses biologiques dans leur laboratoire. Un projet était également en cours sur la participation des praticiens psychiatres libéraux à la prise en charge de l'urgence psychiatrique au sein des U.P.A.T.O.U. des cliniques privées. Il serait souhaitable de relancer ces réflexions, auxquelles pourraient être associé le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Somme<sup>63</sup>.

---

<sup>61</sup> HORASSIUS-JARRIE, BALDO E. La psychiatrie « attrape-tout » dans les service d'urgences des hôpitaux généraux. *L'information psychiatrique*, n°5, volume 76, mai 2000, p. 521-533.

<sup>62</sup> LAUNAY C. *Les différentes dispositions d'accueil des urgences psychiatriques*. Annales Médico-Psychologiques (revue de psychiatrie), mars 2002, Vol. 160, n°2, p.191-193.

<sup>63</sup> CACHERA I., DERNONCOURT S., LARGILLIERE Y., ORAIN J-P. *Accueil de l'urgence psychiatrique dans les établissements sanitaires publics de l'agglomération amiénoise*. Février 2003.

## b) Avec les structures sociales

Des contacts se mettaient en place entre le médecin de l'U.A.O. et les structures d'hébergement social qui accueillent des personnes en difficulté sociale, pouvant présenter également des troubles psychiatriques. En effet, une enquête épidémiologique réalisée par V. KOVÉSS auprès des bénéficiaires du R.M.I. de Paris<sup>64</sup> révèle que ceux-ci souffrent six fois plus de dépression que leurs homologues parisiens. Il s'agit de bâtir une synergie entre les travailleurs sociaux et ceux de la santé mentale<sup>65</sup>. Ces liens pourraient être formalisés dans un réel partenariat.

### 4.2.3 En général

E. PIEL et J.L. ROELANDT préconisaient en 2001 :

- de faire évoluer le système de soins,
- de sensibiliser les médecins, la population,
- d'agir sur l'environnement du patient (en aidant les familles),
- de promouvoir la recherche et les échanges sur les prises en charge psychiatriques<sup>66</sup>.

La prise en charge de l'urgence psychiatrique s'inscrit dans un dispositif multipartenarial. Il y a trois pré-requis à la mise en réseau des professionnels sanitaires spécialisés, des acteurs de soins primaires (médecins généralistes, du travail, scolaires, pharmaciens, ...) et des intervenants des champs éducatifs, sociaux et médicaux. Ces pré-requis sont :

- la psychiatrie reste une discipline médicale avec des spécificités telles que le dépistage précoce des troubles mentaux, l'analyse de la pathologie psychiatrique, la définition de stratégies thérapeutiques, et « l'aide aux aidants »,
- le renforcement des moyens de la santé mentale (psychiatre, psychologue, infirmier psychiatrique) est le garant des actions de prévention et d'insertion,
- l'appui institutionnel aux initiatives locales de partenariat est nécessaire pour que chacun trouve sa place<sup>67</sup>.

---

<sup>64</sup> KOVÉSS V., REYNAUD M., LOPEZ A. *Le besoin de soin des bénéficiaires du R.M.I. à Paris*. Evaluation et organisation des soins en Psychiatrie, Ed. Frison-Roche, 1994.

<sup>65</sup> ROY M. *Les soins psychiatriques aux exclus*. La lettre de Psyge de 1996. Disponible sur Internet : <http://www.users.imagnet.fr/~épsygenet/dernlettre/articles.html>

<sup>66</sup> PIEL E., ROELANDT J.L. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Rapport au ministre délégué de la Santé, 2001.

La réponse à la crise suppose des modalités diverses :

- un avis par téléphone,
- un accueil par une équipe formée et expérimentée, permettant une évaluation et un diagnostic, aboutissant à une alliance thérapeutique<sup>68</sup> permettant une orientation adéquate parmi un choix varié de possibilité (consultation ambulatoire, prise en charge au domicile, hospitalisation, ...),
- une implication des autres secteurs (social, médico-social, ...) pour un travail en réseau<sup>41</sup>.

Il est donc important de renforcer les complémentarités. Comme le disait déjà G. MASSE, en 1992<sup>69</sup>, les modalités thérapeutiques permises par le formidable développement des techniques médico-chirurgicales, en pleine évolution depuis vingt ans, ne répondent plus, pour partie, à de nouvelles demandes qui n'exigent pas seulement des actes mais du temps. Un pari doit être tenté : celui de la complémentarité et non d'une coexistence, encore moins d'une concurrence... Trop d'expériences ponctuelles, positives tiennent au miracle des rencontres entre équipes médicales et d'urgence et non à la finalité affirmée des systèmes de soins.

D'autant que, d'après le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), le coût des troubles mentaux est exorbitant et 45% de ce coût découle de l'inaptitude au travail. La dépression, la schizophrénie, les troubles bipolaires, la dépendance alcoolique, la maladie d'Alzheimer et autres démences figurent parmi les treize premières causes d'années de vie vécues avec une incapacité. À sa cent neuvième session, en janvier 2002, le Conseil exécutif a adopté la résolution EB109.R8 sur le renforcement de la santé mentale. Suite au rapport 2001<sup>70</sup>, l'O.M.S. a élaboré un programme quinquennal qui repose sur la formation de partenariats stratégiques afin de développer la prévention, le traitement et la réadaptation des maladies citées précédemment et de protéger la santé mentale des groupes les plus vulnérables. D'après les projections faites à l'échelle mondiale pour la période 1999-2020, la

---

<sup>67</sup> *Rapport final du groupe de travail D.G.S. relatif à « l'évolution des métiers en santé mentale »*. Avril 2002.

<sup>68</sup> DE CLERCQ M. Impasse et idéalités de la prise en charge des urgences psychiatriques. *L'information psychiatrique*, n°5, mai 1996, p. 419-428.

<sup>69</sup> MASSE G. *La psychiatrie ouverte. Une dynamique en santé mentale*. Rapport au ministre de la Santé, E.N.S.P., 1992, 329 p.

<sup>70</sup> *La Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Rapport sur la santé dans le monde, 2001.

part de morbidité attribuable à des désordres mentaux augmentera de 15%. « Il est temps de mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination qui font obstacle à la prévention et au traitement et à sortir les malades mentaux de leur isolement au sein de la société »<sup>71</sup>.

---

<sup>71</sup> *Cinquante cinquième assemblée mondiale de la Santé*. Organisation Mondiale de la Santé, 11 avril 2002, A55/18.

---

# BIBLIOGRAPHIE

---

## I) LES TEXTES LEGISLATIFS

### 1) Les lois :

- Loi du 25 juillet 1985 modifiant l'article L. 326 du Code de la Santé Publique relatif à la sectorisation psychiatrique,
- Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique,
- Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale d'urgence et aux transports sanitaires. J.O. du 7 janvier 1986 , 327-329,
- Loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux,
- Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

### 2) Les décrets :

- Décret n° 74.27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers,
- Décret du 17 avril 1980 relatif aux unités d'accueil et de réception des urgences dans les centres hospitaliers généraux et régionaux,
- Décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique,
- Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au Service d'Aide Médicale Urgente appelé S.A.M.U.,
- Décret n° 91-1410 et 91-1411 du 31 décembre 1991 relatifs à l'organisation et à l'équipement sanitaire, pris en application de la loi du 31 juillet 1991, modifiant le Code de la Santé Publique,
- Décret n° 95-647 et 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins, l'accueil et le traitement des urgences et modifiant le code de la santé publique,
- Décret n° 97-615, du 30 mai 1997, relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas

d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique (2<sup>ème</sup> partie : décret en Conseil d'État) et aussi décrets n° 97-616, 97-619 et 97-620.

### **3) Les arrêtés :**

- Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement,
- Arrêté du 11 février 1991 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques,
- Arrêté du 31 mars 1992 pris en application de l'article R-712-10 du Code de la Santé Publique portant définition du contenu obligatoire des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire,
- Arrêté du 3 février 1995 portant création d'un comité consultatif de santé mentale.

### **4) Les circulaires :**

- Circulaire du 13 août 1965 relative à l'instruction sur l'organisation des services d'urgence et de réanimation dans les hôpitaux,
- Circulaire ministérielle n° 60 du 29 janvier 1975 relative à l'organisation de l'accueil à l'hôpital et notamment des urgences,
- Circulaire n° 896 AS 2 du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie,
- Circulaire n° 326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration des conditions d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers,
- Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale,
- Circulaire du 11 février 1991 relative à l'élaboration des cartes sanitaires de psychiatrie,
- Circulaire DHB/DGS 3E/91-34 du 14 mai 1991 relative à l'organisation des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation,
- Circulaire n°39/92 DH.PE/DGS.3C/ du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques,
- Circulaire du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale des enfants et adolescents,
- Circulaire du 14 mars 1993 relative aux procédures de planification en santé mentale,
- Circulaire du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux,
- Circulaire de mai 1995 relative aux structures d'urgence médico-chirurgicale.

## II) LES RAPPORTS, ÉTUDES, DOSSIERS, ...

### 1) Nationaux

- MASSE G. *La psychiatrie ouverte. Une dynamique en santé mentale*. Rapport au ministre de la Santé, E.N.S.P., 1992, 329 p.,
- STEG A. *Rapport sur la médicalisation des urgences*, Commission Nationale de restructuration des urgences, septembre 1993,
- G. MASSE, G. MOSNIER. *Soins psychiatriques. Guide des innovations*. Mission nationale d'Appui en Santé Mentale, Association des Directeurs d'Établissements gérant des secteurs de Santé Mentale, Éditions heures de France, 1996, 236 p.,
- PIEL E., ROELANDT J.L. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Rapport au ministre délégué de la Santé, 2001,
- *La Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Rapport sur la santé dans le monde, 2001,
- DRESS : *Études et résultats*. N° 163, mars 2002,
- Rapport du groupe de travail relatif aux «Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale », rapport du groupe de travail DHOS/02, mars 2002,
- Rapport final du groupe de travail D.G.S. relatif à « l'évolution des métiers en santé mentale ». Avril 2002,
- « L'évolution des métiers en santé mentale : Recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé », Rapport final du groupe de travail DGS présenté au comité consultatif de santé mentale du 11 avril 2002,
- *Cinquante cinquième assemblée mondiale de la Santé*. Organisation Mondiale de la Santé, 11 avril 2002, A55/18,
- CARRASCO V., BAUBEAU D. *Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale*. D.R.E.S.S., études et résultats, n° 212, janvier 2003.
- Fichier FINESS. Disponible sur Internet : <http://finess.sante.gouv.fr/finess/result/list.html>

### 2) Locaux

- D'ALMEIDA B. *L'Unité d'Accueil du Centre Hospitalier Philippe Pinel : Évaluation sur 18 mois de son impact sur les structures de prise en charge*, Mémoire pour le D.I.U. Organisation et Évaluation des Soins en Psychiatrie : Universités Clermont I, Montpellier I, Paris VI (Pierre et Marie Curie), octobre 1995, 34 p.,



- « *La santé observée par secteurs sanitaires en Picardie* », mise à jour en 1999, ORS,
- REF « *Picardie-Emploi* », Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle,
- *Recensement de la Population française de 1999, sur la Somme*, INSEE, janvier 2000,
- Baromètre Santé 2000,
- *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Picardie, Psychiatrie*, A.R.H. de Picardie, 2001-2005,
- *Valorisation du SROS de Picardie 2<sup>ème</sup> génération, volet Urgences*, 2001,
- Rapport d'activité des services médicaux du Centre Hospitalier Philippe Pinel, 2001,
- Dossier de demande d'autorisation de mise en œuvre de l'activité « accueil et traitement des urgences » dans le cadre d'une UPATOU (Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences Psychiatriques), Centre Cardiologique Privé d'Amiens, juin 2001,
- BEAUDOIN V. *Rapport d'activité de l'Unité d'accueil et d'Orientation*, année 2001,
- *Croisement d'Informations Régionalisées*, Observatoire Social de Picardie, mars 2002,
- *Carte sanitaire de la région Picardie au 1<sup>er</sup> juillet 2002*,
- CACHERA I., DERNONCOURT S., LARGILLIERE Y., ORAIN J-P. *Accueil de l'urgence psychiatrique dans les établissements sanitaires publics de l'agglomération amiénoise*. Février 2003.

### III) LES OUVRAGES

- BAUDURET J.F., REYNAUD M. *Évaluation et organisation des soins en psychiatrie*. M. Reynaud A. Lopec Ed. Frison-Roche, 25-53, 1994,
- CAPLAN G. *Principles of preventive psychiatry*. NEW-YORK, Basic Books, 1964,
- CAPLAN G., CAPLAN R.B. *Development of community psychiatry concepts*. In Freedman A.M., Kaplan H.I. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, William and Wilkins, Baltimore, 1499-1515, 1967,
- CAROLI F., MASSE G. *Les situations d'urgence en psychiatrie*, Doin Editeurs, 1985, 145 p.,
- DE CLERCQ M., LAMARRE S., VERGOUWEN H. *Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale*. Masson, Médecine et psychothérapie, 1998, 292 p.,
- KOVESH V., REYNAUD M., LOPEZ A. *Le besoin de soin des bénéficiaires du R.M.I. à Paris*. Evaluation et organisation des soins en Psychiatrie, Ed. Frison-Roche, 1994,
- LAUNAY C. *Les différentes dispositions d'accueil des urgences psychiatriques*. Annales Médico-Psychologiques (revue de psychiatrie), mars 2002, Vol. 160, n°2, p.191-193,

- MASSE G., MIE J.C., *Évolution et devenir des institutions psychiatriques*. Ed. Techniques, E.M.C. de psychiatrie, 37-917-A-20, 1995,
- POCHARD F., ROBIN M., DEVYNCK C., BELLIVIER F., KANNAS S., *Alternative à l'hospitalisation et intervention de crise*. Annales médico-psychologiques, n° 1, février 1999, p. 20-26,
- SELETTI B. *Situation dans un service d'urgence*. Annales Médico-Psychologiques (revue de psychiatrie), mars 2002, Vol. 160, n°2, p. 187-191,
- SIFNEOS P. *Psychothérapie brève et émotionnelle*. Bruxelles, Mardaga, 1977.

#### IV) LES REVUES, ARTICLES, ...

- BAILLON G. Évolution des centres de crise. *L'information psychiatrique*, n°5, volume 76, mai 2000, p.549-554,
- BALMONCRUZ C., DORADO PRIMO J.A. Primeros ingresos en el hospital psiquiatrico y unidades de hospitales generales. *Psiquis.*, 16, 7, 299-311, 1995,
- BEAUDOIN V., GOUZMANN P. Prise en charge des urgences à l'Unité d'Accueil et d'Orientation (U.A.O.) du Centre Hospitalier P. Pinel, *Synapse*, mars 1998, n° 144, pp. 47- 52,
- BEAUDOIN V. La prise en charge des urgences psychiatriques à Amiens, *Nervure*, tome XIV, n°6, journal II, septembre 2001, pp. 48-55,
- DE CLERCQ M., Intervention de crise au service des urgences d'un hôpital général à Bruxelles. *Psych. Méd.*, 25, 6, 496-500, 1993,
- DE CLERCQ M. Impasse et idéalités de la prise en charge des urgences psychiatriques. *L'information psychiatrique*, n°5, mai 1996, p. 419-428,
- GAGLIANO C.A., VANRENSBURG P.H., VERSCHOOR T., The treatment of State President's patients. New perspectives. *The South African Law Journal*, vol. 108, part. II, may 1991, 329-333,
- GUEDJ M.J., MASSE G., LANA P., FOUILLET M., MAZODIER M., WEILL M., SCHMIT N., RAYNAUD P. Le C.P.O.A. Bilan et perspectives. *L'information psychiatrique*, n°5, volume 76, mai 2000, p. 556-562,
- HORASSIUS-JARRIE, BALDO E. La psychiatrie « attrape-tout » dans les service d'urgences des hôpitaux généraux. *L'information psychiatrique*, n°5, volume 76, mai 2000, p. 521-533,
- INVERNIZZI G., BRESSI C., ALBONETTI S. *Emergency Psychiatry and Crisis Intervention*. Rivista Europea di Psichiatria. Furlan P.M., Cristina E., Picci R.L., Castellet y Ballarà F. Eds.,

- KNOP J., SOGAARD U., SORENSEN A.S., SCHULTZ V., HASSELBALCH E., THUSHOLDT E., JENSEN E., HEMMINGSEN R., JORGENSEN A., TEASDALE T., Psychiatric emergency service in the city of Copenhagen Nord, *J. Psych.*, 45, 119-127, 1991,
- LAMARRE S. Protectionnism : a pathogenic relational process. *Elsevier Science Publisher*, 211-214, 1992,
- ODIER B. Accélération des traitements, fragmentation des évolutions : vers la fast-psychiatrie ? *L'information psychiatrique*, n°5, volume 76, mai 2000, p. 563-568,
- PADIERNA ACERO J.A., LOPEZ E. y col. La urgencia psiquiatrica en la asistencia de la salud mental comunitana. Factores de demanda y estrategias de organizacion. *Psiquis.*, 14 (6-8), 252 à 258, 1993,
- PETIT-JEAN F. Les urgences psychiatriques à l'hôpital général. *Revue pratique de psychiatrie*, n°4, 1995, p. 19-22,
- RIOU B. Évolution et enjeux de urgences en France. *L'information psychiatrique*, n°5, volume 76, mai 2000, p. 569-575,
- ROBIN M. ERIC, un service mobile d'urgence psychiatrique. *Gestions hospitalières*, supplément au n° 361, déc. 1996, p. 798-802.
- ZUCKER D. Les éboueurs en blouse blanche. *L'évolution psychiatrique*, 58, 4, 815-821, 1993.
  
- Santé mentale : les nouvelles données de l'O.M.S. par pays font apparaître un déficit de ressources. O.M.S., 2003. Disponible sur Internet : <http://www.who.int/mediacentre/releases/release30/fr/print.html>
- ROY M. Les soins psychiatriques aux exclus. *La lettre de Psyge* de 1996. Disponible sur Internet : <http://wwwusers.imaginet.fr/~épsygenet/dernlettre/articles.html>

---

## LISTE DES ANNEXES

---

- Annexe 1 : grille d'entretien des chefs et responsable de service,
- Annexe 2 : grille de recueil de données de l'U.A.O.,
- Annexe 3 : grille de recueil de données du S.A.U.,
- Annexe 4 : répartition (en pourcentages) des pathologies psychiatriques les plus fréquemment rencontrées en Picardie et en France, avec leurs prises en charge, d'après l'enquête INSERM de 1998,
- Annexe 5 : carte des secteurs sanitaires du département de Picardie,
- Annexe 6 : carte des secteurs psychiatriques adultes du département de la Somme,
- Annexe 7 : répartition par secteurs, des lits et places (installés et autorisés) de la psychiatrie adulte de la Somme, au 1<sup>er</sup> juillet 2002 (d'après la carte sanitaire de la Picardie au 1er juillet 2002),
- Annexe 8 : carte des secteurs pédo-psychiatriques du département de la Somme,
- Annexe 9 : répartition par secteurs, des lits et places (installés et autorisés) de la psychiatrie enfant de la Somme, au 1<sup>er</sup> juillet 2002 (d'après la carte sanitaire de la Picardie au 1er juillet 2002).

# ANNEXE 1 :

## GRILLE D'ENTRETIEN

*(responsables de service S.A.U., U.A.O. et psychiatrie de liaison d'Amiens)*

### THEME 1 : Présentation

- qu'elle est votre fonction au sein du service ?,
- quel a été votre parcours, les formations continues auxquelles vous avez participé, vos expériences professionnelles ?
- qu'est-ce qui vous a amené à vous occuper d'urgences et par là même d'urgences psychiatriques ?
- qu'est-ce que pour vous une urgence psychiatrique ?

### THEME 2 : Activité

- quels sont les personnels employés dans le service et leurs fonctions ?
- Comment se déroule l'accueil d'une personne présentant des problèmes d'ordre psychiatrique ? qui intervient en premier ?, qui prend le relais et comment se passe ce relais ?
- Comment s'effectue le diagnostic de la pathologie psychiatrique ? Quelle type de prise en charge est proposée en fonction des pathologies ?
- Comment se décide l'orientation du patient ? Comment s'effectue le transfert d'un patient vers un service ? Comment s'effectue le retour à domicile quand un patient n'est pas hospitalisé, un suivi ambulatoire est-il mis en place ?
- Existe-t-il des conventions avec d'autres structures ?

### THEME 3 : dysfonctionnement

- Existe-t-il des difficultés dans la prise en charge de certains patients ? De quel type de difficulté s'agit-il ? Quelle explication avez-vous quant à ces difficultés ?
- Selon vous, existe-t-il des dysfonctionnements dans la prise en charge de ces patients ? Quels sont-ils ?

#### THEME 4 : Propositions

- Avez-vous des propositions à faire pour améliorer la prise en charge des pathologies psychiatriques ?
- Quels aménagements pourraient être effectués pour améliorer le fonctionnement du service ?

#### THEME 5 : Divers

- Y a-t-il un autre sujet que vous souhaiteriez aborder ?

## ANNEXE 2 :

### GRILLE DE RECUEIL DE DONNEES DE L'U.A.O. D'AMIENS

Date : ...../...../.....

Heure d'arrivée : .....h.....

Temps passé : .....h.....

N° de dossier : .....

**CENTRE HOSPITALIER**  
**Philippe PINEL**

**UNITE D'ACCUEIL**  
**et d'ORIENTATION**

Fiche d'évaluation d'activité

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

N° de fiche : .....

**Sexe**

M

F

**Statut familial**

Célibataire

Marié

Vit maritalement

Divorcé-Séparé

Veuf

**Mesure de protection**

Tutelle

Curatelle

Sauvegarde

Tutelle aux prestations sociales

Sans information

**Profession** : .....

**Ressources**

Salaire

Retraite

RMI

Invalidité

ASSÉDIC

AAH

Autre .....

Sans information

Sans

SDF

Fiche téléphonique

Seul à son arrivée

Présence d'un tiers

Précisez.....

**Moyen de transport**

personnel  C.H.S.-secteur

en commun Taxi  SAMU

ambulance  pompiers

#### DEMANDE ACTUELLE

**Origine de la demande**

Médecin Généraliste

Psychiatre privé

Orientation donnée par l'équipe de secteur

C.H.U.

Autre centre hospitalier, précisez : .....

S.O.S. Médecin

Médecin Traitant

Retour CHU

Tiers sans prise d'un avis médical

Patient venant seul sans avis médical

Maison de retraite

Médecin coordinateur toxicomanie

Autre, précisez : .....

**Eléments cliniques déterminants la consultation ou l'admission (réf.DSM III R)** Cochez 1 ou plusieurs catégories, et 1 ou plusieurs sous catégories si cela est possible.

1) Perturbations de l'activité <input type="checkbox"/>	(a) Agitation psychomotrice <input type="checkbox"/> (b) Catatonie <input type="checkbox"/> (c) Ralentissement psychomoteur <input type="checkbox"/>	2) Anxiété <input type="checkbox"/>	
3) Troubles des conduites <input type="checkbox"/>	(a) Colère, hétéroagressivité <input type="checkbox"/> (b) Autoagressivité <input type="checkbox"/> (c) Tentative de suicide <input type="checkbox"/> (d) Conduites antisociales <input type="checkbox"/> (e) Toxicomanie <input type="checkbox"/> (f) Alcoolisme chronique <input type="checkbox"/> (g) Alcoolisme aigu <input type="checkbox"/> (h) Anorexie, Boulimie <input type="checkbox"/>	4) Troubles des fonctions supérieures temporo-spatiale <input type="checkbox"/>	(a) Troubles mnésiques <input type="checkbox"/> (b) Troubles du jugement <input type="checkbox"/> (c) Troubles de l'orientation <input type="checkbox"/>
7) Trouble de l'humeur <input type="checkbox"/>	(a) Dépressive <input type="checkbox"/> (b) Irritable <input type="checkbox"/> (c) Gaie <input type="checkbox"/>	5) Perturbations alimentaires <input type="checkbox"/>	(a) Augmentation de l'appétit <input type="checkbox"/> (b) Perte de l'appétit <input type="checkbox"/>
9) Signes et symptômes physiques <input type="checkbox"/>	(a) Neurovégétatifs <input type="checkbox"/> (b) Cardio-vasculaires <input type="checkbox"/> (c) Gastro-intestinaux <input type="checkbox"/> (d) Neurologiques <input type="checkbox"/> (e) Plaintes somatiques diverses <input type="checkbox"/>	6) Troubles qualitatifs et quantitatifs de la pensée, du discours <input type="checkbox"/>	(a) Discours incohérent <input type="checkbox"/> (b) Fuite des idées <input type="checkbox"/> (c) Logorrhée <input type="checkbox"/> (d) Mutisme <input type="checkbox"/>
		8) Perturbations perceptives <input type="checkbox"/>	Hallucinations <input type="checkbox"/>
		10) Troubles du sommeil <input type="checkbox"/>	(a) Hypersomnie <input type="checkbox"/> (b) Insomnie <input type="checkbox"/>
		11) Troubles des contenus de la pensée <input type="checkbox"/>	(a) Idées délirantes <input type="checkbox"/> (b) Idées suicidaires <input type="checkbox"/>

**Motif de la demande**  Consultation seule  Retour programmé (fugue, maison de repos...)  
 Consultation en vue d'une admission  Hospitalisation de week-end  
 Admission sur demande médicale extérieure

**Secteur d'origine**  TIXIER  LERNOU  DUFLOT  S.M.P.R.  
 PERONNE  LOAS  MONTDIDIER  Insecto  
 ABBEVILLE

**S'il y a eu nécessité d'un complément immédiat d'information ; ont été contactés :** (Possibilité de réponses multiples)  
 Famille ou proche non présents à l'Unité d'Accueil  Médecin ou autre soignant d'un autre C.H.  
 Médecin généraliste  Membre de l'équipe de secteur s'occupant habituellement de la personne  
 Psychiatre privé  Travailleur social (Educateur, AEMO, AS...)  
 Médecin ou autre soignant du C.H.U.  Autre, précisez : .....

**Catégorie de diagnostic**

Trbles du développement (retard mental, psych. infant.)  Troubles de l'humeur  
 Trbles mentaux organiques (dément, AVC, trauma. cran.)  P.M.D.  Etat dépressif  
 Troubles mentaux induits par une substance psycho-active (dépendance, sevrage)  Etat maniaque  
 Alcoolisme  Etat mixte  
 Toxicomanie  Léger  
 Médicaments psychotropes  Modéré  
 Polytoxicomanies  Etat maniaque, hypomaniaque ou mixte  
 Troubles psychotiques  Trbles de la personnalité entraînant des difficult. d'adaptation  
 Aigus  Troubles de la Puerpualité  
 Chroniques  Angoisse simple  Pathologie somatique au premier plan  
 Décompensation délirante  Détresse psychosociale  
 Troubles anxieux névrotiques (phobie, att. de pan., TOC, hystérie...)  Aucun diagnostic identifiable ce jour  
 Menaces suicidaires et risques de récidence  Autre, précisez : .....

**REPONSE DONNEE**

Consultation ponctuelles sans suite donnée  Coordonnées données (C.M.P., psy., autres)  
 Consultation avec orientation proposée  Lettre ou tél. au médecin traitant ou psy.  
 U.A.U.  U.A.O.  Psychiatre privé  Traitement ponctuel remis au patient  
 Structure de secteur.....  Ordonnance délivrée  
 Autre.....

Admission en hospitalisation  Péril imminent fait par médecin extérieur  
 HL  HDT  Recours au P.I. en abs. de certif. H.D.T.  
 loi de 70  Retour C.E. H.D.T.  Recours au P.I. en abs. de certif. valides  
 H.L. après H.D.T. non confirm.  H.O.P. - H.O.

Hospitalisation à l'U.A.O.  Subsistance  Crise →  Sortie  
 ↘  Mutation

Secteur d'hospitalisation  TIXIER  DUFLOT  PSYCHOGERIATRIE  
 LERNOU  LOAS

**Rang de l'hospitalisation ou de la consultation**

1<sup>ère</sup> Hospi./Consult. Sans antécédent psy. connu  
 1<sup>ère</sup> Hospi./Consult. Patient déjà suivi dans le secteur  
 1<sup>ère</sup> Hospi./Consult. Antécédents psy. pris en charge dans d'autres structures que celles des secteurs  
 Hospi./Consult. multiples au C.H.P. PINEL sans suivi de secteur  
 Hospi./Consult. multiples au C.H.P. PINEL avec suivi de secteur

**Les conditions administratives pour une hospitalisation sont-elles remplies dès l'arrivée du patient à l'Unité d'Accueil**

OUI  NON  Pas de certificat d'H.L.  
 Certificat d'H.L. ou loi de 70 existant mais considéré comme non valide  
 Aucun certificat d'H.D.T.  
 Un seul certificat d'H.D.T.  Tiers non valide  
 Un ou deux certificat(s) d'H.D.T. non valide(s)  Absence de tiers





## ANNEXE 4 :

*REPARTITION (EN POURCENTAGES) DES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES LES PLUS FREQUEMMENT RENCONTREES EN PICARDIE ET EN FRANCE, AVEC LEURS PRISES EN CHARGE D'APRES L'ENQUETE INSERM DE 1998.*

	SCHIZOPHRENIE		NEVROSES		DEPRESSIONS		TROUBLES PSYCHOMOTEURS	
	PICAR-DIE	FRAN-CE	PICAR-DIE	FRAN-CE	PICAR-DIE	FRAN-CE	PICAR-DIE	FRANCE
SUIVI AMBULA-TOIRE	16	17	23	16	18	19	1	1
PRISE EN CHARGE A TEMPS PARTIEL	39	37	6	7	4	10	7	2
PRISE EN CHARGE A TEMPS COMPLET	29	29	3	4	43	10	11	4
<b>TOTAUX</b>	21	22	16	13	13	16	11	2



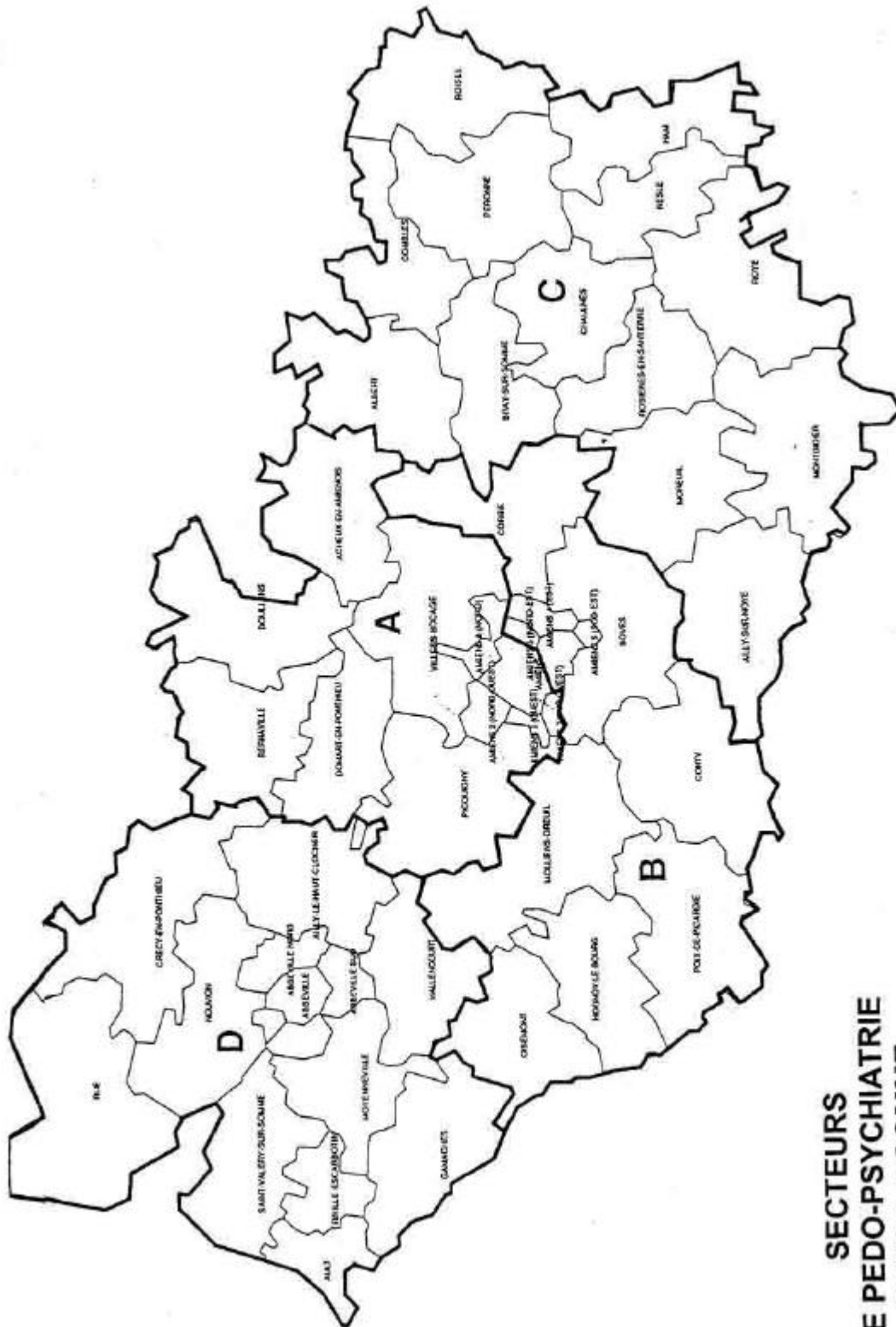


**ANNEXE 7 : REPARTITION PAR SECTEURS DES LITS ET PLACES DE LA PSYCHIATRIE ADULTE DE LA SOMME, AU 1<sup>ER</sup> JUILLET 2002**

INTERSECTORIEL	SECTEURS	HOSPITALISATION COMPLÈTE		HOSPITALISATION DE JOUR		HOSPITALISATION DE NUIT		PLACEMENT FAMILIAL THÉRAPEUTIQUE		APPARTEMENT THÉRAPEUTIQUE		HOSPITALISATION À DOMICILE ET AUTRE		TOTAUX	
		Auto-risés	Instal-lés	Auto-risés	Instal-lés	Auto-risés	Instal-lés	Auto-risés	Instal-lés	Auto-risés	Instal-lés	Auto-risés	Instal-lés	Auto-risés	Instal-lés
	80G01 POIX DE PICARDIE	79	79			5	5	5				18		89	84
	80G02 CORBIE	106	106			5	5	5				34		116	111
	80G03 MONTDIDIER	15	15							5				20	15
	80G04 DOULLENS	111	111	15	15	4	4	5	1			24		135	131
	80G05 PERONNE	20	10	10	10	4	4	5	5	3	3			42	32
	80G06 ABBEVILLE NORD	30	30	6	6					4				40	36
	80G07 ABBEVILLE SUD	30	30	6	6					4				40	36
	80G08 AMIENS OUEST PEQUIGNY	78	78			5	5	5				24		88	83
HOPITAL DE JOUR				10	10									10	10
ASSOCIATION ESSOR				30	30							30 (post-cure)	30 (post-cure)	60	60
ALCOOLOGIE		40	40											40	40
UNITÉ HOSPITALIÈRE		21												21	
<b>TOTAUX</b>		530	499	77	77	23	23	25	6	16	3	130	30	701	638

# ANNEXE 8 :

## CARTE DES SECTEURS PEDOPSYCHIATRIQUES DE LA SOMME



## ANNEXE 9 :

REPARTITION PAR SECTEURS, DES LITS ET PLACES DE LA PSYCHIATRIE ENFANT  
DE LA SOMME, AU 1<sup>ER</sup> JUILLET 2002.

INTERSEC- TORIEL	SECTEURS	HOSPITALI- SATION COMPLÈTE		HOSPITALI- SATION DE JOUR		PLACEMENTS FAMILIAUX OU AUTRE		TOTAUX	
		Auto- risés	Instal- lés	Auto- risés	Instal- lés	Auto- risés	Instal- lés	Auto- risés	Instal- lés
	80I01 AMIENS NORD			15	<b>15</b>			15	<b>15</b>
	80I02 AMIENS SUD			15	<b>15</b>			15	<b>15</b>
	80I03 PERONNE			15	<b>15</b>	5 (ate- liers théra- peuti- ques)	<b>5</b> <i>(ateliers théra- peuti- ques)</i>	20	<b>20</b>
	80I04 ABBEVILLE			15	<b>15</b>	10	<b>10</b>	25	<b>25</b>
UNITÉ AU C.H.S.		12	<b>12</b>			12	<b>12</b>	24	<b>24</b>
UNITÉ À AMIENS				10	10			10	<b>10</b>
<b>TOTAUX</b>		12	<b>12</b>	70	<b>70</b>	27	<b>27</b>	99	<b>99</b>