



**ENSP**

ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

**RENNES**

---

**Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales**

Date du Jury : **12 et 13 septembre 2002**

---

**L'ACCUEIL DES URGENCES  
PSYCHIATRIQUES EN ALSACE**

---

**Marie-Elisabeth BURGEL**

---

# Sommaire

---

## introduction

<b>1- LE CADRE JURIDIQUE DES INTERVENTIONS PSYCHIATRIQUES .....</b>	<b>6</b>
1.1 TEXTES RÉGISSANT LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE ET LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES.....	7
1.1.1 <i>La mise en place de la sectorisation et les débuts de la planification en santé mentale.....</i>	7
1.1.2 <i>La prise en charge des urgences psychiatriques : une mission du secteur.....</i>	10
1.2 LES RECOMMANDATIONS DU SROS EN MATIÈRE D'URGENCES PSYCHIATRIQUES.....	12
1.2.1 <i>Les dispositions du SROS général.....</i>	12
1.2.2 <i>La prise en charge prévue par le SROS de psychiatrie .....</i>	14
1.3 LA COOPÉRATION ENTRE HÔPITAUX GÉNÉRAUX ET ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES, UN OBJECTIF À ATTEINDRE.....	17
1.3.1 <i>La présence psychiatrique aux urgences : une garantie d'efficacité.....</i>	17
1.3.2 <i>Les années 90 : De la psychiatrie à la santé mentale .....</i>	18
<b>2- MISE EN ŒUVRE DE LA RÉGLEMENTATION : LA SITUATION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES EN ALSACE.....</b>	<b>20</b>
2.1 LA SITUATION DES SERVICES ET UNITÉS D'ACCUEIL DES URGENCES EN ALSACE .....	24
2.1.1 <i>La conformité des conventions de mise à disposition de personnels psychiatriques au sein des services d'urgences.....</i>	25
2.1.1.1 Situation des Services d'Accueil et de Traitement des Urgences .....	25
2.1.1.2 Situation des Unités d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences .....	28
2.1.2 <i>Les modalités d'organisation des dispositifs conventionnels .....</i>	29
2.1.2.1 Le temps de présence des psychiatres .....	29
2.1.2.2 La présence d'infirmiers ayant une expérience en psychiatrie .....	30
2.1.2.3 La permanence en dehors des heures normales de service.....	30
2.1.2.4 L'évaluation de l'activité des urgences .....	31
2.1.2.5 La formation des personnels .....	32
2.1.3 <i>le positionnement des acteurs face au problème des urgences psychiatriques .....</i>	32
2.1.3.1 L'intervention des institutions .....	33
2.1.3.2 Le positionnement des acteurs de terrain .....	35
2.2 L'IDENTIFICATION ET L'ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DANS LES SERVICES D'URGENCE .....	36
2.2.1 <i>La définition complexe des urgences psychiatriques .....</i>	36
2.2.1.1 L'évolution historique de l'urgence psychiatrique .....	36
2.2.1.2 Le sentiment des professionnels de santé.....	38
2.2.1.3 Les populations accueillies dans les services d'urgences .....	39

2.2.2	<i>De l'évaluation dépend l'organisation</i> .....	41
2.2.2.1	La mise en place de système de relevé d'activité.....	41
2.2.2.2	Vers une évaluation de l'activité psychiatrique ?.....	43
2.3	QUELS PERSONNELS POUR LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES ?.....	45
2.3.1	<i>La situation des psychiatres en Alsace</i> .....	46
2.3.1.1	Le paysage médical local.....	46
2.3.1.2	La situation des psychiatres dans les services d'urgences.....	47
2.3.2	<i>Quel travail entre psychiatre et urgentiste ?</i> .....	48
2.3.2.1	Une différence de culture.....	48
2.3.2.2	Les contraintes de travail.....	50
2.3.3	<i>Le rôle des infirmiers dans les services d'urgences.</i> .....	51
2.3.3.1	La formation des infirmiers travaillant à l'accueil des urgences psychiatriques.....	51
2.3.3.2	Le travail dans les SAU et UPATOU.....	53

### **3 - PROPOSITIONS D'ORGANISATIONS POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES ..... 55**

3.1	LA MISE EN PLACE DE CONVENTIONS AUX EXIGENCES MINIMALES.....	55
3.1.1	<i>Quelle présence psychiatrique au sein des urgences ?</i> .....	55
3.1.2	<i>Les modalités des conventions de mise à disposition</i> .....	57
3.2	L'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES.....	58
3.2.1	<i>Quels locaux, quel travail pour l'accueil psychiatrique d'urgence?</i> .....	59
3.2.2	<i>Le développement de lits d'hospitalisation provisoires</i> .....	60
3.3	LA MISE EN PLACE D'UNE ÉVALUATION DE L'ACTIVITÉ PSYCHIATRIQUE AUX URGENCES.....	61
3.3.1	<i>Quel objectif pour l'évaluation de l'intervention psychiatrique aux urgences ?</i> .....	61
3.3.2	<i>Une prise en charge globale du patient</i> .....	63
3.4	UNE MEILLEURE ATTRACTIVITÉ POUR UNE PLUS GRANDE DISPONIBILITÉ.....	64
3.4.1	<i>Une meilleure attractivité des postes pour les psychiatres</i> .....	64
3.4.2	<i>Une plus grande disponibilité des infirmières psychiatriques</i> .....	66
3.5	LA PLACE DU SECTEUR DANS L'ORGANISATION SANITAIRE ET LE TRAVAIL EN RÉSEAU.....	67
3.5.1	<i>Un travail en réseau plus concret</i> .....	67
3.5.2	<i>Une organisation sanitaire prenant plus en compte le secteur psychiatrique</i> .....	70

*conclusion*

---

## Liste des sigles utilisés

---

**ARH** : Agence Régionale d'Hospitalisation  
**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire  
**CDMS** : Conseil Départemental de Santé Mentale  
**CME** : Commission Médicale d'Etablissement  
**CMP** : Centre Médico-Psychologique  
**DDASS** : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
**DHOS** : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins  
**DIM** : Direction de l'Information Médicale  
**DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
**EPSAN** : Etablissement Public de Santé d'Alsace Nord  
**ETP** : Equivalent Temps Plein  
**FIDUPSY** : Fédération Inter-Hospitalière des Urgences Psychiatriques  
**HUS** : Hôpitaux Universitaires de Strasbourg  
**IASS** : Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales  
**IDE** : Infirmière Diplômée d'Etat  
**IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmiers  
**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé  
**PH** : Praticien Hospitalier  
**PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
**POSU** : Pôle Spécialisé d'Accueil et de Traitement des Urgences  
**SAU** : Service d'Accueil et de Traitement des Urgences  
**SDO** : Schéma Départemental d'Organisation  
**SMPR** : Service Médico-Pénitentiaire Régionaux  
**SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
**STP** : Service Territorial de Psychiatrie  
**UAU** : Unité d'Accueil des Urgences  
**UHCD** : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée  
**UPATOU** : Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

*L'urgence, c'est l'âme de la psychiatrie...* G.BAILLON<sup>1</sup>, 25 juin 1995

L'urgence médicale est devenue un véritable fait de société : En effet, le flux des passages au sein des services d'urgences des Centres Hospitaliers Généraux (CHG) s'accroît en moyenne de 3 à 4% par an depuis 1992 (*l'information psychiatrique*, mai 2000)

En 1998, c'est près de 9 millions de personnes qui ont eu recours à un service d'urgence, soit environs 1 français sur 7. Il s'agit souvent d'une solution de proximité et de facilité pour traiter des urgences graves ou ressenties, celles-ci étant, désormais consommées comme n'importe quel service médical.

On dénombre aujourd'hui, en France, 597 sites d'urgences avec 207 Services d'Accueil et de Traitement des Urgences (SAU), 358 Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU) et 32 pôles spécialisés (POSU.) En Alsace, 6 UPATOU, 5 SAU et un POSU sont implantés sur les deux départements. L'une des priorités de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Alsace (ARH) est de garantir la bonne organisation de ces structures, pour ce faire, elle a distribué en l'espace de dix ans près de 15 millions d'euros.

Entre 10 et 30%<sup>2</sup> des demandes traitées au sein des services d'urgences relèvent du domaine psychiatrique. La notion d'urgence implique un danger imminent et la nécessité d'une intervention rapide. En psychiatrie, le danger est parfois impalpable, ressenti subjectivement, si bien que l'urgence psychiatrique est souvent une urgence pour autrui, ce qui la différencie radicalement d'une urgence médico-légale.

Quatre facteurs peuvent être évoqués pour expliquer ce taux important d'urgences psychiatriques :

- l'aspect attractif de ces services, accessibles tout le temps pour la résolution de problèmes,
- la baisse des durées de séjour qui peut, dans certains cas, entraîner la multiplication des rechutes,
- la diminution du nombre de lits d'hospitalisation psychiatrique,
- la réponse du secteur social qui n'est pas toujours adaptée dans ce domaine.

Cette thématique psychiatrique est de plus en plus prégnante, le grand nombre d'articles et de rapports officiels ne faisant que confirmer ce phénomène. En effet, les professionnels de santé veulent aujourd'hui tendre vers une prise en charge plus globale de la personne.

---

<sup>1</sup> G.Baillon est psychiatre et chef de service de l'établissement public de santé de Ville Evrard, président de l'association « accueil » qui regroupe tous les centres d'accueil et de crise en France.

<sup>2</sup> MASSE G. *La psychiatrie ouverte, une nouvelle dynamique en santé mentale*, 1993

Les textes doivent, pour respecter cette orientation, prévoir des possibilités d'interventions dans tous les cas de figure, qu'il s'agisse d'un problème somatique ou psychiatrique.

Il semble, toutefois, difficile d'organiser au sein d'un service d'urgence classique, une prise en charge psychiatrique : Les relations entre structures hospitalières générales et les établissements spécialisés sont souvent complexes à cause des différences de culture et d'administration du soin.

Des textes encadrent ce rapprochement entre hôpital général et secteur psychiatrique : Ainsi, la circulaire du 31 juillet 1992 affirme l'importance d'une prise en charge des urgences par une intégration de cet accueil psychiatrique au sein du dispositif général de réception des urgences et par une articulation cohérente de l'accueil de celles-ci avec le dispositif général de soin en santé mentale.

Le décret du 30 mai 1997 va plus loin en prévoyant la présence d'un psychiatre dont les modalités d'organisation sont fonction du niveau d'activité et des besoins :

- Pour les Services d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU) soit une garde sur place 24h/24, soit une astreinte médicale 24h/24
- Pour les Unités de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU), une astreinte médicale 24h/24

Une garde doit s'effectuer sur place à l'hôpital alors qu'en cas d'astreinte, le praticien doit pouvoir se présenter au service dans les plus courts délais.

De plus, l'équipe médicale doit, soit comprendre un infirmier psychiatrique sur place, soit avoir la possibilité d'en appeler un sans délais.

Il s'agit plus, ici, d'un texte organisationnel de la prise en charge des urgences que d'un texte de politique général en matière de santé mentale d'où la nécessité de raisonner en termes concrets d'autant plus que les dispositions restent très vagues quant à leurs mises en place sur le terrain.

Les modalités concrètes de la permanence psychiatrique peuvent être formalisées par la nomination d'un psychiatre au sein du Centre Hospitalier Général (CHG), par la signature de conventions spécifiques entre services d'accueil des urgences et structures psychiatriques ou par la participation des personnels des services de psychiatrie des CHG.

En Alsace, des conventions de collaboration entre secteurs et SAU ou UPATOU ont été signées ou sont en cours de signature mais la présence psychiatrique effective n'est pas assurée partout. Il est nécessaire d'agir sur ce dysfonctionnement car les personnels

d'accueil des services d'urgence se sentent démunis face à la prise en charge de ces patients qui peuvent mettre en péril la sécurité des autres patients ou leur propre vie.

C'est surtout dans le Bas-Rhin que les difficultés se cristallisent : L'opposition est liée aux dispositions des conventions prévoyant que les médecins psychiatres peuvent être amenés à se déplacer à la demande des services d'urgences, selon les modalités du décret du 30 mai 1997. Celui-ci prévoit que l'équipe médicale des services d'urgences doit pouvoir faire venir un psychiatre à tout moment (Art D 712-65-1 et 2)

Les psychiatres craignent une inflation des demandes de déplacement, en raison de la particularité du secteur d'intervention de l'Etablissement Public de Santé d'Alsace Nord (EPSAN) qui comporte deux services d'accueil des urgences et une unité de proximité d'accueil et de traitement des urgences.

Des réunions au sein du département ont été organisées sur ce thème et le directeur de l'ARH d'Alsace a fait appel à une mission de la DHOS (Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins) pour apporter ses connaissances en matière d'expériences ou de modalités de fonctionnement de telles conventions sur le territoire.

Cette mission composée d'un directeur de Centre Hospitalier, d'un psychiatre, d'un chef de service d'information médicale et d'un directeur des soins infirmiers est venue rencontrer les établissements concernés début novembre 2001 mais son rapport n'est pas encore parvenu aux services déconcentrés.

La thématique des urgences psychiatriques en Alsace pose plus largement la question de la collaboration entre médecine générale et psychiatrie qui intervient de plus en plus « hors les murs » : La présence des personnels psychiatriques dans des services d'urgences met en question les pratiques professionnelles des uns et des autres.

Souvent, les inconvénients de cette collaboration hôpital général/secteur psychiatrique semblent primer sur les avantages. Une réponse immédiate en psychiatrie est parfois inapplicable, les méthodes de travail sont variées et plus ou moins contraignantes. Les psychiatres craignent également que leur implication soit banalisée et que toutes les sollicitations comportent des aspects psychiatriques (l'offre devrait créer la demande.) Enfin, certains professionnels mettent en lumière un fantasme sur la présence des psychiatres à l'hôpital général : Ceux-ci devraient pouvoir résoudre tous les problèmes posés dès lors qu'ils ne sont pas physiques, même s'ils relèvent plus d'une difficulté sociale que d'un symptôme strictement psychiatrique.

Mais le bénéfice de cette collaboration ne doit pas être négligé.

En prenant en charge dans un même lieu neutre et anonyme l'aspect psychiatrique et somatique, le soin est plus rapide et touche une population plus large.

Cette coordination doit éviter certaines hospitalisations automatiques en psychiatrie et permettre aussi de développer un aspect préventif et de dépistage souvent méconnu.

Enfin, elle doit faciliter un enrichissement respectif et une sensibilisation plus importante des professionnels.

La difficulté de collaboration n'est pas que locale, elle existe dans de nombreuses régions, même si certains établissements ont devancé les décrets et signé des conventions de mise à disposition de certains personnels psychiatriques pour les services d'urgences au sein des Centres Hospitaliers Généraux, comme à Nancy ou Aix-En-Provence.

Il est intéressant de voir, dans le contexte alsacien, quel est l'état des lieux en matière d'urgences psychiatriques : De nombreuses modalités de fonctionnements coexistent au sein de la région. Cette diversité s'explique par la taille des structures (SAU ou plus petites UPATOU), par la politique des secteurs qui travaillent plus ou moins facilement avec les services d'urgences et par la volonté des centres hospitaliers de reconnaître l'utilité d'une prise en charge commune. La durée des investigations n'a pas pu permettre un examen exhaustif de tous les systèmes mais plutôt une analyse ciblée de quelques caractéristiques prépondérants observés dans les conventions ou sur le terrain directement.

L'étude des modalités d'organisations de la présence psychiatrique au sein des urgences est assez délicate car elles doivent concilier la vision des professionnels de santé qui pointent les dysfonctionnements matériels et la vision des responsables institutionnels qui se doivent de mettre en place une politique cohérente en matière de santé publique.

L'objectif de ce travail n'est pas de privilégier l'une ou l'autre de ces représentations mais bien d'essayer de décrire les systèmes actuellement en place, les problèmes qu'ils posent et les propositions qui pourraient être émises afin d'améliorer la situation.

J'ai choisi, dans le cadre de l'étude de ce thème, de me limiter à la prise en charge des urgences psychiatriques dites classiques, en écartant les urgences en cas de catastrophe (circulaire du 28 mai 1997 créant les cellules médico-psychologiques) et le cas des hospitalisations sous contraintes qu'elles soient d'office ou à la demande d'un tiers.

L'inspecteur des affaires sanitaires et sociales, travaillant pour l'ARH, n'intervient pas directement sur les organisations internes des établissements mais il doit appliquer les normes en vigueur : Dans le cas actuel, une présence psychiatrique sur place ou disponible dans les services.

Pour ce faire, il peut-être amené à vérifier la conformité des conventions de mise à dispositions signées et promouvoir les coopérations entre hôpitaux généraux et établissements de secteurs.

La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) joue, elle aussi, un rôle : Ayant une vision plus globale, elle peut amener une certaine coordination dans les modèles choisis par les établissements.

Pour aborder le thème des urgences psychiatriques en Alsace, j'ai eu l'occasion, au cours des stages effectués à la DDASS de Strasbourg, de rencontrer de nombreux intervenants en lien avec ce sujet tant institutionnels (correspondants administratifs et médicaux des ARH, des agents de la DRASS et de l'ARH, médecins conseils de la sécurité sociale..) que professionnels de santé (chefs de service, psychiatres de secteurs, médecins urgentistes, infirmiers psychiatriques, internes en psychiatrie..). Une grille d'entretien générale a été élaborée autour de six thématiques : la situation actuelle dans le département ou le secteur concerné, la question de la définition de l'urgence psychiatrique et de son évaluation, l'intervention et le rôle des structures, les enjeux financiers et de personnels, la question de la culture et de la collaboration et enfin l'influence de l'organisation en secteur. Celle-ci a permis de comparer les positions des différents intervenants et de dégager des propositions venant des acteurs de terrain.

Si l'accueil des urgences psychiatriques est un thème évoqué depuis longtemps dans les textes, on peut constater que sur le terrain la mise en œuvre pose des problèmes que certaines propositions d'organisations pourraient tendre à limiter.

# 1 - LE CADRE JURIDIQUE DES INTERVENTIONS PSYCHIATRIQUES

La spécialité psychiatrique représente 21% de l'ensemble des lits de soin de courte durée et 74% des places d'hospitalisations de jour et à domicile. Ce paysage est principalement public puisque plus de 80% des lits et places se situent dans les établissements publics de santé. On peut aussi noter que les écarts de capacités en lits et places varient de 1 à 9 selon les départements, l'Alsace se situant dans la moyenne même si les deux départements ont des situations bien différentes.<sup>3</sup>

Depuis la loi du 31 décembre 1970 mettant en place la sectorisation psychiatrique, ce domaine n'a cessé d'évoluer et de s'ouvrir à la collaboration avec les hôpitaux généraux. Concernant les urgences psychiatriques, des textes spécifiques posent un principe de coopération, permettant ainsi au secteur de pratiquer des soins en dehors des hôpitaux psychiatriques, souvent stigmatisés. Les textes régissant les services d'urgences, quant à eux, envisagent l'intervention d'une équipe psychiatrique plus comme un complément pour une prise en charge globale du patient.

Localement, les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaires (SROS) ont pour objectif une répartition optimale de l'offre de soin et des prestations offertes. Ce schéma comprend un volet obligatoire sur les urgences dans lequel il est rappelé la participation du secteur psychiatrique.

En Alsace, ces dispositions du SROS général 1999/2004 sont complétées par celles du SROS psychiatrique 1998/2002.

---

<sup>3</sup> *L'offre de soins en psychiatrie : des modèles différents selon les départements ?* Etudes et résultats de la DREES, janvier 2000.

## **1.1 TEXTES REGISSANT LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE ET LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES**

### **1.1.1 La mise en place de la sectorisation et les débuts de la planification en santé mentale**

Lancée par la circulaire du 15 mars 1960, qui en définit les finalités, complétée par les circulaires du 14 et 16 mars 1972, qui en précisent l'organisation, la sectorisation psychiatrique découpe le pays en territoire d'action : « les secteurs de psychiatrie générale », qui recouvrent chacun une aire de 50 000 à 90 000 habitants environs. Des secteurs de « psychiatrie infanto-juvéniles » se superposent chacun à deux ou trois secteurs de psychiatrie générale.

Il existe aujourd'hui en France, 829 secteurs de psychiatrie générale qui ont suivi plus d'un million d'adultes en 1997 et 321 secteurs de psychiatrie infanto-juvéniles qui ont suivi 380 000 enfants et adolescents dans la même période.<sup>4</sup>

Chaque secteur est doté d'une équipe pluridisciplinaire, placée sous la direction d'un psychiatre hospitalier public. Les équipes des secteurs de psychiatrie générale assurent des prestations destinées à la population adulte, c'est-à-dire pour les plus de 16 ans.

Les équipes de psychiatrie infanto-juvénile s'occupent des enfants et des adolescents, sans qu'une limite d'âge soit imposée.

Chaque équipe dispose de structures et de moyens d'action diversifiés, dans l'hôpital ou à l'extérieur (domicile, autre lieu du secteur...)

Concrètement, chaque hôpital psychiatrique se réorganise en autant d'équipes et de services d'hospitalisation qu'il a de secteurs confiés à sa responsabilité. Certains secteurs psychiatriques sont attribués aux services psychiatriques qui sont créés dans les hôpitaux généraux.

C'est en 1985 (lois du 25 juillet et 31 décembre) que la psychiatrie va être intégrée au système de santé général. Tout d'abord, la sectorisation psychiatrique, jusque là dépourvue de fondement juridique, est légalisée et définie comme la base d'organisation du service public en psychiatrie et comme la base de la planification des installations publiques et privées de lutte contre les maladies mentales. Cette lutte doit comporter des actions de prévention, de diagnostic et de soins auxquelles seront ajoutées en 1990 la réadaptation et la réinsertion sociale.

---

<sup>4</sup> *L'offre de soins en psychiatrie : des modèles différents selon les départements ?* Etudes et résultats de la DREES, janvier 2000.

La loi du 31 décembre 1985 intègre la carte psychiatrique dans la carte sanitaire générale tout en prenant en compte sa spécificité (les secteurs psychiatriques ne correspondent pas aux secteurs sanitaires.) Ce texte va également définir un outil d'organisation des soins en psychiatrie : Le Schéma Départemental d'Organisation qui comble les lacunes de la carte sanitaire classique. Enfin, il est mis fin au monopole des hôpitaux psychiatrique en matière de placement autoritaire (possibilité d'intervention dans les services de psychiatrie des hôpitaux généraux.) L'ensemble du financement de la lutte contre la maladie mentale est unifié et dévolu à l'assurance maladie. Il faut aussi noter que des secteurs de psychiatrie sont établis en milieu pénitentiaire avec la mise en place de Services Médico-Pénitentiaires Régionaux.

Pour élaborer la politique de santé mentale dans le département, des Conseils Départementaux de Santé Mentale sont mis en place. Sous la présidence du préfet avec des représentants de l'état (DDASS), des collectivités territoriales (conseillers généraux, maires), de l'Assurance Maladie, des personnels de santé mentale et d'établissements hospitaliers publics et privés, ils sont consultés obligatoirement au cours des procédures de planification des équipements correspondants.

Ce texte très important est complété par un arrêté du 14 mars 1986 qui en précise les modalités d'organisations.

La circulaire du 14 mars 1990 fait des problèmes de santé mentale une des préoccupations majeures et prioritaires des pouvoirs publics en matière de santé publique. En effet, ces troubles souvent fréquents et durables, risquent de toucher directement la qualité de vie de la personne et de son entourage. Il s'agit donc de passer de la lutte contre la maladie mentale à une véritable politique de santé mentale.

Le secteur psychiatrique doit avoir comme objectifs d'assurer la promotion d'actions propres à éviter l'émergence et la persistance d'affections mentales. Il doit développer la proximité des services et la coordination entre acteurs de santé.

Ce texte rappelle les principes fondamentaux de la sectorisation :

- Le libre choix des personnes s'adressant aux services de soins.
- La nécessité d'offrir des services au plus près de la population (décentralisation des pôles hospitaliers)
- Le principe de continuité et de coordination des diverses prestations offertes.

Il insiste sur une mise en commune des moyens entre équipes de secteurs.

La circulaire va préciser et actualiser les missions de la psychiatrie publique sectorisée.

Les services doivent prendre en considération les missions générales de l'ensemble du secteur public hospitalier : Accès pour tous aux soins, permanence de l'accueil 24h/24,

participation à la formation des personnels et à la recherche. Mais ils doivent aussi tenir compte des missions qui découlent de l'obligation de recevoir des patients hospitalisés par la force publique ou à la demande d'un tiers (Loi du 27 juin 1990 qui remplace la loi de 1838.)

Ainsi doit se développer une mission d'intervention, de prévention et de soins : Le rôle de la psychiatrie est de proposer des prestations là où se ressentent les besoins. L'équipe peut aussi intervenir dans les structures sociales ou médico-sociales pour se faire connaître, devancer la demande pour mieux répondre aux besoins insatisfaits. Cette mission découle de la spécificité de la psychiatrie publique sectorisée qui offre des soins ambulatoires, en général gratuits, avec des prestations souvent à composante sociale.

Les professionnels veulent éviter une psychiatriisation à deux vitesses en cantonnant les malades difficiles aux structures psychiatriques.

La circulaire constate aussi les connaissances insuffisantes des services, la disparité du système de soin, le manque de coordination et les réponses trop rigides. Pour pallier à ces difficultés, aucune norme d'équipement type de secteur n'est énoncée mais le développement d'instances de concertation au niveau départemental et local est évoqué.

De plus, l'intégration aux soins généraux est considérée comme une priorité de politique nationale, celle-ci devant s'effectuer avec le rattachement des secteurs psychiatriques aux hôpitaux généraux ou par le passage de conventions de collaboration.

Le rôle d'une équipe de secteur auprès d'un CHG doit se centrer autour de la consultation, du conseil, de la mise en œuvre de projets thérapeutiques et de la collaboration à l'accueil des urgences.

Complétant la planification sanitaire en matière psychiatrique, la circulaire du 14 mars 1993 prend acte des modifications d'organisation (décret du 31 décembre 1991 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire qui transfère au niveau régional les schémas)

Ce texte précise à nouveau que le secteur psychiatrique constitue une aire fonctionnelle d'intervention pour les équipes. L'instauration d'un Schéma Régional de Psychiatrie par l'article L712-5 du Code de la Santé Publique constitue l'une des innovations majeures de la nouvelle loi hospitalière pour cette discipline. Une procédure générale est mise en place avec un contenu obligatoire (localisation des installations, évolutions prévisibles, accessibilité, continuité et permanence des soins...) Cette planification en santé mentale doit être globale : Public, privé et libéral et doit permettre plus de compatibilité et de cohérence.

C'est dans ce contexte d'organisation particulière en matière psychiatrique que des textes ont été édictés afin de permettre une prise en charge efficace et coordonnée des urgences psychiatriques.

### 1.1.2 La prise en charge des urgences psychiatriques : une mission du secteur

La circulaire du 15 juin 1979 pose comme obligation aux services publics de psychiatrie l'accueil permanent des malades et la réponse à l'urgence. Ainsi, l'équipe de secteur ne doit pas se substituer à d'autres instances mais elle doit être disponible, les conflits pouvant être améliorés par la discussion entre professionnels. Ce dispositif d'accueil et de prise en charge repose essentiellement sur la sectorisation psychiatrique. Trois thèmes sont évoqués :

-la réception des appels en urgences : Un tableau de garde doit être établi mensuellement et les demandes doivent être dirigées vers un psychiatre.

-le transport des malades pose des difficultés car s'il peut constituer un temps thérapeutique, il peut aussi aggraver la situation.

-pour ce qui concerne l'accueil des malades, il faut utiliser les structures existantes soit par une permanence en hôpital psychiatrique, soit à l'hôpital général.

Les urgences médicales et psychiatriques doivent pouvoir s'associer quand l'hôpital général est la base hospitalière d'un secteur ou quand il est plus accessible pour le public que la structure psychiatrique.

Dès lors de nombreux textes régissant la prise en charge des urgences vont intégrer la composante psychiatrique en tant que prestation indispensable dans le cadre des consultations de spécialistes. La circulaire du 15 février 1990 relative à l'amélioration des conditions d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers, prévoit la mise en place de « *convention en vue d'assurer la présence d'infirmières psychiatriques et de permettre le recours à un psychiatre d'astreinte avec les Unités d'Accueil des Urgences (UAU) et les hôpitaux, pôle de rattachement des secteurs psychiatriques.* »

La circulaire du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques constate l'hétérogénéité de l'organisation des réponses, l'insuffisance de l'articulation entre les circuits d'urgences générales et les urgences spécifiques ainsi que l'inégalité de répartition des moyens. Ce texte a pour but de préciser les différentes modalités d'organisation à mettre en œuvre pour répondre au mieux aux urgences psychiatriques en les intégrant dans le volet urgences des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire.

Sont définies pour la première fois les urgences psychiatriques : « *l'urgence en psychiatrie est 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.* »<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> définition du groupe de travail de la Commission des maladies mentales, 1991

Cette urgence va se découper en trois catégories d'états pathologiques : décompensation d'une affection psychiatrique lourde, urgences psychiatriques mixtes, états transitoires aigus. Quelles sont les mesures à mettre en œuvre ? Une articulation au sein du secteur entre les différents intervenants ainsi qu'une formation des professionnels doivent être recherchées. La circulaire insiste beaucoup sur l'organisation d'urgences psychiatriques au sein des CHG, lieu d'accueil naturel des urgences, lieu banalisé qui peut dédramatiser la situation. Au sein de ces services, les équipes psychiatriques doivent traiter, orienter les patients et leurs familles. La réponse psychiatrique se doit d'être efficace et les interventions doivent se faire dans la plus grande proximité avec le patient.

Parallèlement en 1991, le guide d'organisation des services des urgences<sup>6</sup> indique que ce service d'accueil des urgences doit prendre en charge « *tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée, qu'il s'agisse d'urgences lourdes ou ressentie.* »

Mais c'est véritablement avec le décret du 9 mai 1995 qu'un cadre strict est défini pour la prise en charge et le traitement des urgences dans les établissements de santé.

Ainsi, selon l'article D 712-65 du Code de la Santé Publique « *le Service d'Accueil et de Traitement des Urgences, SAU, doit accueillir sans sélection 24h/24 tous les jours de l'année toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge notamment en cas de détresse et d'urgence vitale* »

Pour ouvrir un SAU, l'établissement doit comporter un certain nombre de services comme par exemple, un service de réanimation, de médecine générale ou de médecine à orientation cardio-vasculaire.

Quand l'hôpital comporte au moins un service ou unité de médecine avec hospitalisation complète, il est autorisé à ouvrir une antenne d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (UPATOU.) Cette antenne doit « *accueillir sans sélection 24h/24 tous les jours de l'année toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et y procède à son examen clinique.* » Elle traite les soins courants de médecine générale et de psychiatrie. L'intervention du personnel psychiatrique est, donc légitimé au sein de tous les services d'urgences.

---

<sup>6</sup> Circulaire n°91-34 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale.

Si ce contexte réglementaire met en lumière l'importance d'une présence psychiatrique au sein des services d'urgences, c'est avec le décret du 30 mai 1997<sup>7</sup> que cette volonté va se concrétiser.

L'article D712-65-1 dispose que « *l'établissement doit également assurer la présence d'un psychiatre dans le service d'accueil et de traitement des urgences 24h/24, tous les jours de l'année, lorsque l'analyse de l'activité du service fait apparaître que la nature et la fréquence habituelle des urgences comportant des aspects psychiatriques le nécessitent.*

*Dans les autres cas, l'équipe médicale du service doit pouvoir faire venir un psychiatre à tout moment.*

*L'équipe médicale de l'unité de proximité d'accueil et de traitement des urgences, prévu à l'article D712-62, doit pouvoir faire venir un psychiatre à tout moment. »*

La présence d'un psychiatre doit se compléter par une équipe paramédicale qui disposera, selon les besoins, d'un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle dans un service de psychiatrie ; à défaut, l'équipe médicale doit pouvoir en faire venir un sans délai.

Cette obligation réglementaire fait débat et interroge sur la place de la psychiatrie au sein des hôpitaux généraux. La collaboration est également évoquée dans les documents régionaux de planification comme le SROS général et psychiatrique d'Alsace.

## **1.2 LES RECOMMANDATIONS DU SROS EN MATIERE D'URGENCES PSYCHIATRIQUES**

### **1.2.1 Les dispositions du SROS général**

Mis en place par la loi du 31 juillet 1991 (Art L712-1), le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire est associé à la carte sanitaire afin de prévoir et de susciter les évolutions de l'offre de soin, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé.

Il est élaboré au sein des services de la DRASS pour déterminer la répartition géographique des installations et activités de soin qui permettraient d'assurer la meilleure satisfaction des besoins de la population.

Un des volets obligatoires de ces schémas concerne les urgences : Le premier SROS pour l'Alsace, arrêté en 1994, retenait pour la prise en charge des urgences hospitalières et pré

---

<sup>7</sup> Relatif à l'accueil et au traitement des urgences

hospitalières une organisation des soins structurée en trois niveaux, la notion d'accessibilité aux soins tenant compte d'un temps d'accès minimum.

Les décrets sur les urgences du 9 mai 1995 complétés par ceux du 30 mai 1997 et du 8 février 1998 ont précisé les normes d'organisation et de fonctionnement des sites d'urgences.

Un maillage du territoire doit être mis en place en distinguant deux niveaux de prise en charge des urgences :

- les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) et les pôles spécialisés des urgences (POSU)
- les unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU)

Les établissements de santé doivent satisfaire à certaines conditions de fonctionnement pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soin « accueil et traitement des urgences. »

L'état des lieux en Alsace reflète des évolutions déjà connues au niveau national : Les patients utilisent de plus en plus les services hospitaliers des urgences pour une pathologie grave ou ressentie ou pour pallier les carences éventuelles du dispositif de permanence des soins ambulatoires. Les hôpitaux considèrent qu'il s'agit d'une porte d'entrée privilégiée et déterminante pour les soins.

Ces constats établis au niveau hospitalier posent aussi la question de la place et du rôle des médecins libéraux, le SROS devant rééquilibrer le système de soin en redonnant à chaque intervenant sa place dans la prise en charge de l'urgence.

Un des principaux objectifs du SROS est de proposer des modalités de prise en charge des urgences spécifiques et notamment psychiatriques en permettant d'avoir un avis psychiatrique 365j/365.

Dans sa partie recommandation, le schéma rappelle quel doit être le fonctionnement et l'organisation des services d'urgences afin qu'une prise en charge des urgences psychiatriques effective puisse se faire.

Ainsi indépendamment de l'accès direct en structure psychiatrique spécialisée, tout établissement qui accueille des urgences doit prendre en compte la facette psychiatrique de la pathologie. Le patient doit être pris en charge rapidement.

Pour ce qui est des modalités d'organisation, le SROS laisse aux établissements la liberté pour la conclusion de conventions, de règlements intérieurs avec le secteur concerné ; il évoque même la possibilité d'association avec le secteur libéral.

C'est la mise à disposition de personnel qui pose le plus de difficultés : L'astreinte médicale est obligatoire 24h/24 et le psychiatre doit effectuer au SAU, en fonction des besoins, un

certain nombre d'heures. Selon le volume, l'équipe psychiatrique qui intervient pour les urgences peut aussi être sollicitée pour assurer la psychiatrie de liaison au sein de l'établissement.

Élément important, les recommandations du SROS ne retiennent la notion d'urgence différée que dans des cas exceptionnels et n'imposent pas la garde de nuit sur place.

Au sein des UPATOU, plus petites structures, il semble plus difficile de solliciter l'intervention des secteurs et dans ce cas, des libéraux pourraient intervenir.

Pour les SAU et UPATOU, un membre de l'équipe infirmière d'accueil ou de soin doit avoir une expérience professionnelle dans un service de psychiatrie ; Il doit être intégré à l'équipe des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE.) Le secteur ou le service de psychiatrie du CHG peut aussi mettre à disposition cet infirmier.

Aucune modalité de présence psychiatrique au sein des services d'urgences n'est privilégiée dans le SROS Alsace 1999/2004 mais on dispose d'un schéma plus spécifique à la psychiatrie qui donne des indications complémentaires.

### **1.2.2 La prise en charge prévue par le SROS de psychiatrie**

Ce schéma a été élaboré dans un contexte assez difficile de redécoupage des secteurs tant dans le Haut-Rhin que dans le Bas-Rhin et de changement d'interlocuteurs au niveau de l'état. Dès 1993, le groupe régional de psychiatrie, avec l'intervention de la mission d'appui en santé mentale, a défini des axes prioritaires. C'est seulement en 1997 que la commission exécutive de l'ARH a inscrit dans son programme de travail l'achèvement du SROS psychiatrie. Il repose sur plusieurs outils comme un bilan de l'existant en matière de sectorisation, des réalisations d'études spécifiques sur la psychiatrie de liaison ou la prise en charge des personnes dépendantes.

A travers des axes structurants, il présente diverses propositions d'organisations autour de l'offre de soin, des principes de prise en charge et leur mise en œuvre et évaluation.

Ainsi, le secteur est reconnu comme unité de base d'organisation, le Centre Médico-Psychologique (CMP) sera le pivot de la politique de secteur. Les alternatives à l'hospitalisation et l'intersectorialité doivent être privilégiées tout au long de sa durée d'intervention.

Dans ces principes de prise en charge, le SROS retient la filière de soin et surtout les urgences comme matérialisation d'une politique intersectorielle confirmée par la réglementation. En effet cette politique doit se caractériser par l'intégration complète des équipes de psychiatrie dans le dispositif général d'accueil et de traitement des urgences selon deux modes :

- Pour le SAU : selon le principe de l'unicité de l'équipe
- Pour l'UPATOU : selon le principe de participation par astreinte des équipes psychiatriques de leur zone d'attraction.

La déclinaison de cette thématique se fait, après rappel du cadre réglementaire (circulaire du 31 juillet 1992, décret du 30 mai 1997) autour de deux points concernant l'organisation matérielle de la présence et la rationalisation des systèmes de gardes et d'astreintes.

Le mode de fonctionnement de la prise en charge des urgences psychiatriques doit se baser sur l'intersectorialité : Une permanence psychiatrique au sein d'un service d'urgence ne peut s'envisager que si plusieurs secteurs veulent y participer en mettant à disposition des psychiatres (pour des consultations dans le cadre des urgences ou de la liaison ou participation par des gardes) ou des infirmiers psychiatriques (présent sur place à l'accueil.)

Le schéma ne précise pas les modalités de formalisation de cette collaboration mais indique que si des conventions sont signées, elles devront s'inscrire dans le cadre du Contrat d'Objectif et de Moyen de l'établissement siège.

La présence psychiatrique doit être assurée conformément aux dispositions des textes en vigueur mais les personnels ne doivent pas être dévolus uniquement à l'urgence ; ceux-ci en fonction du volume des urgences, peuvent assurer la psychiatrie de liaison au sein de l'établissement. Des lits d'hospitalisations de courte durée pourront aussi être mis en place pour assurer une permanence dans les soins.

La difficulté concernant les gardes et les astreintes que devront effectuer les psychiatres pour assurer une disponibilité au sein des services d'urgences n'est pas réellement évoquée. Cependant, l'organisation d'un tableau de garde permettrait de tenir compte des présences existant déjà dans les établissements spécialisés en psychiatrie.

Dans ce dernier aspect, on voit déjà apparaître la différenciation qu'il faut faire entre les flux de patient : il s'agira quand l'établissement organisera ses permanences psychiatriques, d'intégrer les gardes qui existent dans les hôpitaux psychiatriques pour éviter un doublon (tout en sachant bien que la population qui se rend aux urgences pour un problème psychiatrique est différente de celle qui se rend en Centre Hospitalier Spécialisé.)

Un autre aspect développé par le schéma est la mise en place de coopération inter-établissement dans le domaine de la psychiatrie. Le travail de secteur est la mission de base des services de psychiatrie mais dans certains domaines, les activités intersectorielles doivent se mettre en place. La coopération entre tous les établissements intervenant dans ce champ doit rendre l'ensemble du dispositif cohérent. Elle doit s'organiser prioritairement entre les hôpitaux généraux et établissements spécialisés en psychiatrie pour l'accueil des urgences et la psychiatrie. Le SROS psychiatrie insiste aussi sur le travail intersectoriel que ce soit dans le nord ou dans le sud de l'Alsace. Il pointe déjà la situation particulière de l'agglomération de Strasbourg qui se situe sur quatre secteurs.

Par ailleurs, les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) par leur vocation universitaire et régionale ont une attractivité beaucoup plus large que leur propre secteur.

Ces éléments rendent donc indispensable une coopération entre les HUS et les trois centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie du Bas-Rhin.

Dans ses recommandations, le SROS psychiatrie énonce par thème, différents objectifs ainsi que les moyens mis en œuvre :

- Pour les SAU, des conventions doivent prévoir l'intégration d'équipes pluridisciplinaires intersectorielles de psychiatrie dans celle des urgences. Elles devront déterminer les gardes sur place d'un psychiatre senior ou des astreintes de psychiatres de secteur selon le niveau d'activité ; la constitution de l'équipe pluridisciplinaire avec des infirmiers expérimentés en psychiatrie, les conditions de coordination avec le médecin-chef des urgences et enfin la possibilité d'utilisation des lits portes.
- Pour les UPATOU, les conventions doivent fixer les modalités de garde d'un psychiatre senior ou les astreintes de psychiatres de secteurs. De même, elles doivent permettre la présence d'infirmiers avec expérience psychiatrique au sein du service des urgences ou la possibilité de mise à disposition ou de garde par le secteur.

Ainsi, dès 1998, les schémas régionaux d'organisation sanitaires pointaient la nécessaire intervention d'une équipe psychiatrique au sein des services d'urgences tout en indiquant des pistes de réflexions pour la mise en place des conventions de collaboration mais il ne faut pas oublier que cette coopération évoquée dans de nombreux rapports, ne peut se faire qu'avec une réelle volonté de participation conjointe des acteurs. De plus, les modalités décrites dans le SROS n'ont pas un caractère contraignant.

### **1.3 LA COOPERATION ENTRE HOPITAUX GENERAUX ET ETABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES, UN OBJECTIF A ATTEINDRE**

De nombreux rapports nationaux ont été consacrés à la psychiatrie, devenue plus largement santé mentale. Il ne s'agit pas ici de faire un résumé de tous ces documents mais d'examiner les propositions que certains rapporteurs ont émis afin de rapprocher le domaine psychiatrique avec la médecine générale dans l'optique d'une prise en charge plus globale du patient.

#### **1.3.1 La présence psychiatrique aux urgences : une garantie d'efficacité**

Dès 1986, le rapport de M. Zambrowski « *moderniser et diversifier les modes de prise en charge de la psychiatrie française* » évoque la nécessaire amélioration des procédures d'urgences en psychiatrie : Cette nouvelle organisation se justifie par la volonté de limiter les recours systématiques aux procédures de soins sous contraintes, par un impératif de rapidité indispensable pour le malade et enfin par la nécessité de limiter les orientations vers des filières thérapeutiques inadaptées.

Les dispositifs existants doivent être rationalisés en tenant compte de deux objectifs :

- permettre aux urgences générales de mieux assurer les orientations, l'accueil et les soins psychiatriques d'urgences.
- développer des équipements et des spécialités aptes à répondre à l'urgence et aux crises en psychiatrie.

Pour ce faire, les directives ministérielles devraient favoriser des coordinations au sein du CDSM et du Comité de l'Aide Médicale Urgence et des Transports Sanitaires, l'incorporation de temps médicaux de psychiatres dans les dispositifs de permanences et de régulations téléphoniques (gardes et astreintes.) Le rapport préconise également la mise en place d'unités spécialisées pour des hospitalisations de courte durée.

L'urgence spécialisée en psychiatrie fait appel à des professionnels et des structures diverses d'où la nécessité de mettre en place des réseaux pour offrir des prestations adaptées aux admissions au sein des services d'urgence.

En 1989, A.Streg publie pour le Conseil Economique et Social un rapport qui va révéler la situation critique des services d'urgences : Il note l'insuffisance des moyens et des personnels. La sectorisation n'a, selon lui, « *manifestement pas intégré et encore moins résolu le problème des urgences.* »

Outres les centres de crise, il s'agit aussi de développer la prise en charge au sein des urgences générales.

La présence psychiatrique, si elle n'est pas évoquée largement dans ce rapport, est tout de même intégrée dans la gamme des prestations que doivent être offertes par un service d'accueil des urgences.

### **1.3.2 Les années 90 : De la psychiatrie à la santé mentale**

En 1992, G.Massé publie « *la psychiatrie ouverte, une nouvelle dynamique en santé mentale* » et préconise la collaboration avec l'hôpital général afin de multiplier le champ des pathologies, de permettre une approche plus globale du patient et de maintenir une certaine qualité de prise en charge.

Les textes parlent aujourd'hui fréquemment de santé mentale, notion plus générique que la psychiatrie puisqu'elle inclut également tout ce qui concerne la souffrance psychique.

Il ne faut pas, bien sûr, que la « *psychiatrie y perde son âme* » mais le CGH est un pivot du système de santé et la psychiatrie peut y participer avec des services, des unités de consultations et la psychiatrie de liaison. Ces urgences vont permettre le passage d'une structure semi ouverte à une structure ouverte : Les professionnels constatent une inadéquation entre les flux et la réponse des centres d'accueil, de plus, il apparaît comme utopique de refuser le libre choix dans le cadre d'une politique de secteur. Pour améliorer cette réponse, il s'agirait de mettre en place des coordinations et des articulations entre tous les acteurs par la création de structures d'accueil psychiatriques ou le renforcement de cette présence au sein du service des urgences. Cette catégorie d'urgence doit être pleinement insérée dans le travail de réception, de régulation et d'orientation même si cette intégration est difficile à effectuer du fait de réflexions identitaires entre deux spécialités.

Les troubles mentaux sont devenus une des priorités de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'année 2001 a vu en France une véritable prise de conscience étatique de ce problème : Le rapport Piel et Roelandt de juillet 2001 pose un regard critique sur la situation des secteurs psychiatriques, ceux-ci sont souvent considérés comme des excroissances de l'hôpital. Les concurrences entre services rendent complexe la mise en place d'actions coordonnées. De nombreuses propositions sont évoquées dans ce rapport et si certaines ne sont pas nouvelles, comme la mise en place de formations et de réseaux professionnels, d'autres visent à réformer en profondeur la politique sectorielle comme le rapprochement de

la carte sanitaire avec la carte sectorielle, l'intégration d'un volet psychiatrique obligatoire dans le SROS ou la création d'un Service Territorial de Psychiatrie.

Le cas des urgences psychiatriques n'est pas évoqué directement mais toute réaffirmation du caractère sanitaire de la psychiatrie et toute incitation à un travail en réseau et à une collaboration entre hôpital général et hôpital psychiatrique tendrait à régler ce problème de prise en charge.

De même, M. Kouchner, ancien ministre délégué à la santé, a lancé un plan santé mentale (*l'usager au centre d'un dispositif à rénover.*) Il faut, selon lui, raisonner en terme de demande et de flux de patients et non pas en terme d'institutions, rénover la notion de secteur pour l'intégrer à un réseau d'acteurs en santé mentale.

Sa réflexion s'oriente autour de trois axes :

- renforcer la place des usagers dans le dispositif de santé mentale et affirmer le droit des malades en limitant les procédures de contraintes aux situations nécessaires,
- centrer la mise en œuvre de la politique de sectorisation sur les besoins des usagers,
- faire évoluer les pratiques professionnelles.

Ces axes sont développés dans des fiches action déclinant le contexte, les objectifs et les actions.

On ne retrouve pas une thématique identifiable pour la prise en charge des urgences psychiatriques mais à travers des objectifs comme la réorganisation des soins psychiatrique ou la meilleure coordination entre institutions sanitaires, la coordination entre secteur et hôpital général pourra se développer et permettre cette prise en charge souhaitée.

Cet état des lieux réglementaire permet déjà de constater que le domaine psychiatrique, s'il dispose d'un régime particulier, tend de plus en plus à s'ouvrir et à collaborer avec les hôpitaux généraux. C'est dans ce contexte que l'accueil des urgences psychiatriques doit s'envisager ; sur le terrain, au niveau local, l'intégration du personnel psychiatrique au sein des services d'urgences ne se fait pas aussi facilement que le préconisent les textes.

## **2 - MISE EN ŒUVRE DE LA REGLEMENTATION : LA SITUATION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES EN ALSACE**

L'Alsace, région d'une superficie de 8 280 km<sup>2</sup> à forte densité de population (209 habitants au km<sup>2</sup> de moyenne contre 108 en France métropolitaine) avait au dernier recensement 1999 une population d'environ 1 734 145 habitants<sup>8</sup>.

Selon le tableau de bord du dispositif de soins de psychiatrie générale (données 2000) établi par la DRASS, le total des lits et places pour la région est de 1 907 avec plus de 60% de l'offre de soin pour le Bas-Rhin. Ce taux est stable par rapport à 1999.

La capacité d'hospitalisation alternative augmente faiblement par rapport au taux de lits d'hospitalisation qui tend à se stabiliser : 1 452 lits installés en 2000.

Différents constats ressortent de l'examen de l'activité : La file active totale est d'environ 36 000 patients vus par les services de psychiatrie générale en 2000 contre 33 600 en 1999. Mais malgré cette file active croissante, la durée moyenne d'hospitalisation par patients au sein des établissements spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales tend à diminuer ; de plus, certaines structures d'hospitalisation de jour commencent à être saturées. Enfin, ce tableau constate un développement de l'activité de prise en charge des urgences psychiatriques au sein des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU et UPATOU) et de l'activité de psychiatrie de liaison dans les unités somatiques.

Même si le recueil de données n'est pas toujours très différencié entre urgences psychiatriques et psychiatrie de liaison, l'évolution de ces deux volets d'activité montre toute l'actualité de la recherche d'efficacité dans les services d'urgence.

Malgré tout, on peut déjà s'interroger pour savoir ce constat est du à une réelle augmentation de ces pathologies ou bien si l'offre de soin (présence psychiatrique au sein des urgences ) a créé une demande ou a révélé des difficultés au départ non identifiées comme psychiatriques.

Avant d'examiner quelques modalités de présences psychiatriques au sein des SAU et UPATOU, il pourrait être intéressant de décrire le paysage psychiatrique en Alsace en commençant d'abord par un petit historique de la construction sectorielle avant de considérer les secteurs en place dans les deux départements.

---

<sup>8</sup> Données démographiques de l'INSEE, études STATISS de la DRESS, 2002.

## **Petit historique de l'évolution psychiatrique dans la région Alsace<sup>9</sup>**

La complexité de système de soin psychiatrique actuel en Alsace peut être comprise par son histoire et liée à la forte identité culturelle de la région. L'annexion à l'Allemagne puis le retour à la France en 1918 ont permis la mise en place d'une école psychiatrique strasbourgeoise diversifiée, mettant l'accent sur la formation.

La mise en place du système hospitalier psychiatrique fut longue et complexe surtout à cause du développement de la politique asilaire au cours du 19<sup>e</sup> siècle.

Avant la première guerre, deux grosses structures se créent en Alsace : dans le Bas-Rhin, l'asile départemental de Stéphanfeld-Brumath travaille avec un dépôt de mendicité (Hoerdt) qui deviendra quartier de sécurité pour les criminels. Dans le Haut-Rhin, la ville de Rouffach accueille un établissement dès 1918. Pendant la guerre, tous les malades mentaux sont transférés dans le centre de la France ou bien envoyés en Allemagne. La réouverture des hôpitaux psychiatriques ne se fait, après guerre, pas sans problème. Les années 50 voient les prémices de la sectorisation et l'accroissement de la population, les besoins sanitaires s'accroissent d'où la nécessité de construire de nouvelles structures (Erstein) et le développement de services de psychiatrie au sein des hôpitaux généraux de Colmar ou Mulhouse.

Ce rapide survol historique permet de relever un parc hospitalier correspondant de manière assez complète aux différentes implantations hospitalières de la psychiatrie publique française :

- trois hôpitaux classiques (Brumath, Hoerdt, Rouffach)
- une clinique universitaire rattachée au CHU de Strasbourg
- un hôpital psychiatrique créé dans les années 70 (Erstein)
- deux implantations en hôpital général (Colmar et Mulhouse)

Il faut noter que dans le Bas-Rhin, les établissements de Brumath et Hoerdt ont été regroupés pour créer l'EPSAN (Etablissement Public de Santé D'Alsace Nord), devenu le plus gros établissement psychiatrique de la région.

## **Les secteurs psychiatriques en Alsace**

La sectorisation fut appliquée de façon classique sur le plan administratif en 1972 pour aboutir à la création de 20 secteurs de psychiatrie générale et 7 inter-secteurs infanto-juvéniles. Mais rapidement, on constate que ce nombre de secteurs est insuffisant : en effet, surtout dans le Bas-Rhin, la population a l'habitude de s'adresser exclusivement pour tous

---

<sup>9</sup> Historique tiré du rapport du Dr MASSE et PENCIOLLI, *psychiatrie en région Alsace*, septembre 1994.

types de soins à l'hôpital public d'où la nécessité de réaliser pleinement la politique de sectorisation en relation avec les centres hospitaliers généraux.<sup>10</sup>

Le rapport Massé présenté le 25 février 1994 va aider au redécoupage sectoriel. Depuis 1991, le projet était évoqué afin de permettre une meilleure accessibilité des structures à la population ( notion de bassin de vie), une plus grande homogénéité des secteurs en terme de zones urbaines et rurales et une meilleure articulation avec la politique de la ville.

Le SROS psychiatrique de 1998 a entériné ces modifications en créant un nouveau secteur pour le sud de la région (Sundgau), en simplifiant le découpage de la ville de Strasbourg et en partageant la ville de Mulhouse en fonction des politiques de quartiers. Aujourd'hui les secteurs sont répartis de la sorte en Alsace :

*Situation dans le Bas-Rhin*

<b>Etablissements de rattachement</b>	<b>Secteurs</b>	<b>Population en 1990</b>	<b>Population en 1999</b>
<b>EPSAN</b>	G 01	86 227	93 301
	G 02	82 395	84 940
	G 03	85 048	91 518
	G 04	80 936	85 273
	G 05	76 385	82 754
	G 06	74 252	82 737
	G 07	76 615	82 077
	G 08	87 030	94 434
<b>HUS<sup>11</sup></b>	G 09	49 046	51 234
<b>Erstein</b>	G 10	83 990	86 109
	G 11	86 421	96 237
	G 12	84 708	92 506
<b>Total Bas-Rhin</b>		953 053	1 026 120

<sup>10</sup> Rapport de l'inspection générale de la direction des hôpitaux, 6 avril 1978.

<sup>11</sup> Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Selon le bilan de la sectorisation, publié par la DREES en juin 2000, quelques différences se dessinent entre les deux départements : Ainsi, dans le Bas-Rhin, l'offre en hospitalisation totale et partielle est exclusivement publique contrairement au Haut-Rhin où elle représente de 90 à 99%. La répartition du nombre de lits est, dans la région, plus contrasté que dans le domaine Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO)

Enfin, on peut noter qu'en matière d'hospitalisation complète, la capacité est moyenne pour les deux départements mais en matière d'hospitalisation partielle, le Bas-Rhin possède un taux plus important.

*Situation dans le Haut-Rhin*

<b>Etablissement de rattachement</b>	<b>secteurs</b>	<b>Population en 1990</b>	<b>Population en 1999</b>
<b>CH Colmar</b>	G 01	70 282	73 964
<b>CH Rouffach</b>	G 02	66 763	69 595
	G 03	72 712	79 537
	G 04	70 579	75 292
	G 05	74 602	77 608
<b>CH Mulhouse</b>	G 06	65 898	70 059
	G 07	56 490	62 129
<b>CH Rouffach</b>	G 08	72 453	72 609
	G 09	64 875	65 990
<b>Maison de santé du Roggenberg</b>	G 10	56 665	61 242
<b>Total Haut-Rhin</b>		671 319	708 025

Cette rapide présentation permet de mieux comprendre les enjeux d'une prise en charge psychiatrique : Avec une dizaine de secteurs dans chaque département pour une moyenne de population de 70 802 habitants pour le Haut-Rhin et 85 510 pour le Bas-Rhin, la présence psychiatrique est très importante en Alsace mais elle a du mal à se coordonner.

## **2.1 LA SITUATION DES SERVICES ET UNITES D'ACCUEIL DES URGENCES EN ALSACE**

L'état des lieux des conventions signées dans la région met à jour certains secteurs sensibles dans lesquels la coordination entre psychiatres et médecins urgentistes a du mal à se mettre en place.

De juillet à octobre 2001, des visites de conformités des services d'urgences ont été organisées par la DRASS et les médecins inspecteurs de santé publique. Après leur passage, les établissements disposent de 4 ans pour se mettre en conformité sinon des sanctions pourront être prises lors des nouvelles visites a la fin du délai.

Une grille générale de contrôle a été mise en place, celle-ci comprend un volet de prise en charge des urgences psychiatriques avec l'indication des temps de présence du psychiatre, les solutions existant en dehors de ces horaires (garde assurée par le secteur qui se déplaçait dans les services d'urgences, renvoi au service d'accueil des établissements psychiatriques....)

Cette grille évoque également le temps de présence des personnels infirmiers spécialisés en psychiatrie.<sup>12</sup>

C'est grâce aux comptes-rendus de ces visites de conformité que j'ai pu élaborer un tableau de synthèse qui figure en annexe. Celui-ci apporte des indications quant à l'encadrement médical et paramédical prévu dans les services, il indique l'existence d'une convention de collaboration et précise quelles en sont les modalités.

Il faut toutefois relativiser la portée de ces données : tout d'abord, ces visites ont été effectuées à un instant précis et donc la situation a pu se modifier entre temps. De plus, les visites ont été supervisées par des médecins-inspecteurs distincts, ceux-ci peuvent donc avoir des degrés d'appréciation différents.

Malgré tout, ces tableaux ont l'avantage de synthétiser la situation au sein des services et unité d'accueil des urgences et de permettre une comparatif assez clair.

On pourra, en conséquence, examiner quelques dispositifs conventionnels mis en place au travers de leur conformité au décret de 1997 et de leurs modalités d'organisations et examiner le positionnement des acteurs face à ces difficultés.

---

<sup>12</sup> CF annexes

## **2.1.1 La conformité des conventions de mise à disposition de personnels psychiatriques au sein des services d'urgences**

### 2.1.1.1 Situation des Services d'Accueil et de Traitement des Urgences

Selon le décret de 1997, un psychiatre doit être présent en continu dans le service quand la nature et la fréquence des besoins le nécessitent, sinon, les urgentistes doivent avoir la possibilité d'en faire venir un.

Le service doit aussi disposer de personnel paramédical avec une expérience en psychiatrie ou bien pouvoir en faire venir à tout moment.

En ce qui concerne les 5 SAU<sup>13</sup> implantés en Alsace, au 1<sup>er</sup> mars 2002, seulement 4 conventions avaient été officiellement signées entre les secteurs et les Centres Hospitaliers pour la prise en charge des urgences.

J'ai choisi de ne pas développer la situation du Centre de Traumatologie et d'Orthopédie d'Illkirch au sein duquel se trouve un POSU (Pôle Spécialisé d'Accueil et de Traitement des Urgences.) Il s'agit d'une structure sanitaire qui ne comprend pas de service de psychiatrie et qui fait appel à un psychiatre vacataire privé à la demande. De plus, cet établissement est lié aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et un projet de convention est espéré.

Le cas des HUS est un peu à part du fait de sa situation. Le SAU de Strasbourg est un des plus gros services d'accueil des urgences de France. Le dénombrement de passages sur une année entre midi et 9 heures du matin montre pour :

- 1995 : 2 700 passages
- 1997 : 2 900 passages
- 1998 : 3 200 passages.

Deux sites coexistent et souvent on ne sait pas trop qui doit intervenir et dans quel service.

- Au sein des hôpitaux civils, la clinique psychiatrique, plus ancienne structure psychiatrique de la région prend en charge automatiquement les personnes amenées par le SAMU ou les pompiers. Selon la clinique, la garde assurée serait suffisante pour toute l'agglomération strasbourgeoise.

Pour les consultations entre 12H et 8H30 du matin (en dehors des horaires de fonctionnement normal qui prend en charge les urgences matinales), les consultations sont passées de 1 600 au 1<sup>er</sup> semestre 1998 à 2 544 au 1<sup>er</sup> semestre 2000 puis à 2 915 au 1<sup>er</sup> semestre 2001.

---

<sup>13</sup> Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Hôpitaux civils de Colmar, Centre Hospitalier de Mulhouse, Hôpital Sainte Catherine de Saverne et Centre Hospitalier de Haguenau.

L'accueil Pasteur, qui est une annexe du SAU situé dans les locaux de l'hôpital civil prend principalement en charge les tentatives de suicide.

- A l'hôpital de Hautepierre (quartier de la Communauté Urbaine de Strasbourg), se trouve le principal site du SAU de Strasbourg : Un psychiatre y est présent mais pas en continue. La difficulté est d'autant plus importante que dans cet endroit, cohabitent trois secteurs : celui de l'EPSAN, d'Erstein et de la clinique psychiatrique des HUS.

Ces secteurs sont d'importances et de natures différentes d'où parfois l'absence de volonté de s'impliquer par manque de moyen ou éparpillement des personnels dans d'autres établissements.

Cet éclatement des lieux et coexistence de secteurs est un frein à une politique unifiée et cohérente pour la prise en charge des urgentes de la ville.

Un projet de Fédération Inter-Hospitalière des Urgences Psychiatriques (FIDUPSY) est en cours afin de permettre une coopération de l'ensemble des secteurs concernés.

Cette démarche se trouve en convergence avec les projets d'établissements de l'EPSAN et du CH d'Erstein. Le SROS de psychiatrie, publié le 5 mai 1998, prévoit quant à lui, dans ses propositions d'organisation une coopération inter-établissement : le paragraphe spécifique visant la mise en place d'une coopération entre les HUS, l'EPSAN et le CH d'Erstein, indique comme objectif prioritaire l'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques.

La FIDUSY est, pour l'instant, en état de projet car de nombreuses difficultés ne sont pas encore éclaircies telles que ses missions, les secteurs concernés ou le lieu d'implantation (clinique psychiatrique, accueil pasteur ou SAU ?)

Actuellement, à Strasbourg, il n'y a pas de participation intersectorielle pour les gardes ou astreintes, pas de personnel médical propre et pas de possibilité de faire venir un psychiatre à tout moment.

A Colmar, la convention des Hôpitaux Civils avec le secteur de Rouffach, a été déclarée conforme pour toutes les dispositions au décret de 1997. La présence psychiatrique est d'autant plus facilitée que l'hôpital comprend un service de psychiatrie qui peut assurer les gardes ou astreintes en cas d'impossibilité pour le secteur.

Toujours dans le Haut-Rhin, le Centre Hospitalier de Mulhouse n'a pas réellement de convention avec un établissement participant à la lutte contre les maladies mentales malgré tout, les modalités de prise en charge médicale et paramédicale psychiatrique semblent conformes aux dispositions réglementaires et aux recommandations du SROS.

Le CH a passé une convention avec le CHS de Rouffach mais elle est nominative et concerne des médecins volontaires, une convention multipartite (Mulhouse, Rouffach, Colmar et le Roggenberg) conclue le 24 décembre 2000 définit les règles d'admission psychiatriques. Il est à noter qu'un projet de convention est en cours d'élaboration pour la participation d'un médecin du Roggenberg aux gardes de psychiatrie.

Ainsi, même s'il n'existe pas encore une convention unique et clarifiée pour le CH de Mulhouse, la présence psychiatrique est assurée au sein du SAU.

Dans le Bas-Rhin, deux centres Hospitaliers Hauguenu et Saverne, relevant du secteur de l'EPSAN, ont signé des conventions qui ont été déclarées non conformes car une clause permettait d'exclure l'intervention d'un psychiatre le soir et le dimanche. La permanence doit être, selon les textes, continue quelle que soit l'activité dans le secteur ou l'éloignement géographique des lieux.

Un autre point de tension est la notion de malade intransportable : Dans ces conventions, le psychiatre de secteur ne justifie son déplacement « qu'à titre exceptionnel », ce qui sous-entend que le malade ne pourrait pas être déplacé vers l'accueil de l'hôpital psychiatrique.

Avec cette notion, le principe exposé par le texte se transforme en exception.

En effet, ce qui complexifie la situation, c'est que l'EPSAN a mis en place depuis fin 2001, une garde séniorisée qui pourrait accueillir les urgences dites psychiatriques.

La présence de cet accueil à l'EPSAN fait office d'argument pour les psychiatres : Ceux-ci n'ont pas à se déplacer puisqu'il existe déjà une solution de prise en charge.

Se pose donc déjà le problème de la coexistence de deux filières de soins : La prise en charge des urgences identifiées psychiatriques doit se faire légitimement dans un service d'accueil du CHS mais qu'en est-il des urgences mixtes, comportant à la fois des aspects psychiatriques et somatiques ?

Il faut aussi mettre en parallèle des politiques sectorielles qui sont plus ou moins centrées sur une collaboration avec les hôpitaux généraux.

Ainsi sur 4 conventions signées pour les SAU, deux seulement ont été déclarées par conformes aux réglementations en vigueur.

### 2.1.1.2 Situation des Unités d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

Les exigences sont, ici, différentes de celles d'un SAU : La présence d'un psychiatre n'est pas obligatoire tout le temps mais le personnel doit pouvoir en faire venir un à tout moment.

Par contre, un infirmier avec expérience en psychiatrie doit être présent ou pouvoir venir dans les plus brefs délais.

On dénombre en Alsace, 6 sites bénéficiant d'un UPATOU : Un seul est situé dans le Bas-Rhin tout au nord, près de la frontière.

Les autres sites se trouvent dans le sud de la région, un peu moins bien desservi médicalement. Un UPATOU a même été ouvert dans une clinique privée, la clinique des trois-frontières de Saint-Louis et ceci afin de couvrir en globalité la région. Pour cet établissement, un projet de contrat relais avec le CH de Mulhouse est en cours de négociation.

5 conventions ont été signées par les centres hospitaliers : Seule la convention entre le Centre Hospitalier de Guebwiller et Rouffach et celle conclue entre le Centre Hospitalier Saint-Morand et la Maison Spécialisée du Roggenberg ( établissement UGECAM) sont déclarées conformes aux dispositions du décret de 1997. Mais elles ne sont pas conformes aux recommandations du SROS Alsace.

Toutes les autres conventions ne sont pas régulières car elles ne prévoient pas d'actions de formation envers les personnels paramédicaux n'ayant pas une expérience en psychiatrie.

La présence de psychiatre n'est pas une obligation mais celle d'infirmiers avec une expérience en psychiatrie est un minimum pour une bonne prise en charge.

Les problématiques sont donc différentes pour les SAU et les UPATOU mais elles posent toutes, la question de la collaboration entre secteur et hôpital général.

La réglementation n'est pas appliquée uniformément et si elle l'est, le texte semble être interprété diversement selon les établissements : Pour des raisons matérielles, de coût et de gestion du personnel certaines structures psychiatriques préfèrent organiser un accueil psychiatrique centralisé au lieu de se « délocaliser. »

C'est au travers des modalités d'organisation décrites dans les diverses conventions qu'on pourra pointer les difficultés de mise en application d'un texte que de nombreux intervenants rencontrés jugent trop flou, imprécis et pas assez proche des réalités du terrain.

## 2.1.2 Les modalités d'organisation des dispositifs conventionnels

L'examen plus détaillé de certaines dispositions incluses dans les conventions permet de voir quelles sont, sur le terrain, les difficultés d'application de l'article D 712-65.

Seuls trois établissements n'ont pas signé de convention mais des projets sont en préparation.

Ces accords sont explicitement prévus dans le code de la santé publique et si au bout du délai accordé pour la mise en conformité des services d'urgences (4 ans), ils ne sont pas en place, l'administration devrait prendre les mesures nécessaires.

On peut repérer quelques thématiques marquantes dans les conventions : le temps de présence des psychiatres, les modalités en dehors de ces temps, la participation des infirmiers psychiatriques, le positionnement des urgences par rapport à la psychiatrie de liaison et enfin les actions de formations qui peuvent être entreprises.

### 2.1.2.1 Le temps de présence des psychiatres

Chaque établissement est libre d'organiser à sa manière le temps de présence des psychiatres à condition qu'il soit proportionnel aux demandes exprimées. Cette question se pose plus spécifiquement pour les SAU ; pour les UPATOU, des vacations de liaison sont prévues une fois par semaine à Thann et Altkirch. La situation des HUS a déjà été évoquée : Pour l'instant l'accueil des urgences psychiatriques se fait à la clinique (le matin : Garde normale et l'après-midi : Présence d'une garde jusqu'à minuit)

Les conventions peuvent être nominatives comme pour le Centre Hospitalier de Mulhouse ou laisser le libre choix au secteur de désigner un médecin référent qui interviendra dans l'hôpital.

A Colmar, la permanence psychiatrique au niveau médical est assurée par les praticiens hospitaliers et spécialistes du service de psychiatrie des Hôpitaux Civils de Colmar, il n'y a donc pas de problème quant à la présence 24H/24 car les gardes sont assurées pour les urgences et le service de psychiatrie. Ce procédé se retrouve pour le Centre Hospitalier de Mulhouse qui dispose également d'un service de psychiatrie.

A Haguenau et Saverne, il n'y a pas de service spécialisé d'où la nécessité pour les secteurs de mettre à disposition des praticiens. Dans les annexes de la convention entre le CH Haguenau et l'EPSAN, une clause vient relativiser cette mise à disposition : Si le secteur connaît un accroissement d'activité les deux structures devront se rencontrer pour décider de nouvelles modalités. Cet article met au clair les relations entre secteur et hôpital général :

Auparavant, les médecins mis à disposition pouvaient être rappelés par le secteur (en cas de trop forte activité) ou partir en congé maladie et ne pas être remplacés. Dans les deux services, les Praticiens Hospitaliers (PH) travaillent pour la prise en charge des urgences, pour des consultations classiques et pour la psychiatrie de liaison.

En journée, il n'y a pas de problème pour qu'un médecin intervienne au SAU mais c'est plus difficile d'assurer une présence la nuit et le week-end.

Dans la convention reliant le CH d'Altkirch avec la maison du Roggenberg, les interventions sont réciproques : un psychiatre du Roggenberg intervient à l'UPATOU et en échange, un urgentiste peut être amené à se déplacer pour un problème somatique dans l'établissement spécialisé. Cet « échange de bons procédés » est à développer car il permet un rapprochement des pratiques et le sentiment d'un engagement mutuel.

#### 2.1.2.2 La présence d'infirmiers ayant une expérience en psychiatrie

A Colmar, c'est le secteur qui fournit exclusivement le personnel infirmier spécialisé pour le SAU alors que pour Saverne, par exemple, le secteur fournit à la fois le médecin et les infirmiers. A Haguenau, le personnel qui participe aux urgences psychiatriques provient de deux secteurs et travailla aussi dans les CMP. On constate que les équivalents temps plein ont des horaires de présence plus étendus qui peuvent varier selon les flux de patients, comme à Haguenau. Souvent ils couvrent aussi le samedi et donc élargissent les permanences psychiatriques. Ils peuvent être intégrés dans l'équipe paramédicale des urgences ou bien continuer à relever du secteur de psychiatrie.

Selon la catégorie de personnel, des conventions énoncent le régime de responsabilité et le positionnement hiérarchique : A Wissembourg, l'infirmier est intégré dans l'équipe médicale et donc, son supérieur hiérarchique est l'infirmier en chef du service des urgences générales. Au contraire, à Haguenau, les personnels restent à placés sous le régime d'autorité et de responsabilité de leur établissement de secteur d'origine.

#### 2.1.2.3 La permanence en dehors des heures normales de service.

Certains documents donnent des informations très précises quant à la prise en charge le soir et le week-end. Dans la convention liant le Centre Hospitalier Saint-Jacques de Thann et Rouffach, sont indiqués les lieux, coordonnées et horaires des différents Centres Médico-Psychologiques qui assurent des gardes.

A la clinique des trois-frontières ou au CH de Sélestat, le transfert ne se fait qu'en dernier recours si aucune solution n'a été trouvée par ailleurs. Dans la plupart des conventions ne sont pas précisées les modalités de consultation des médecins : ceux-ci peuvent se rendre au chevet du patient ou bien, aidés de l'infirmier sur place, donner un diagnostic par téléphone.

Pour les services appartenant au secteur géré par l'EPSAN, le déplacement d'un psychiatre ne se justifie que par un état grave du patient, celui-ci ne pouvant être transporté. Depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2001, une garde séniorisée a été mise en place afin d'accueillir les urgences psychiatriques. Ces dispositions de transfert ont été sanctionnées par l'ARH comme ne respectant pas l'obligation d'avoir un psychiatre sur place ou la possibilité d'en faire venir un à tout moment. La filière directe d'accueil par un CHS ne peut concerner que des urgences identifiées psychiatriques et le fait de ne pas avoir un spécialiste dans le service d'urgence général pourrait occulter certaines pathologies mixtes. 40 praticiens hospitaliers de l'EPSAN sont susceptibles de faire des gardes dans les secteurs mais la répartition des professionnels peut s'avérer complexe du fait de l'éclatement des lieux d'interventions. Ils craignent également une sollicitation trop fréquente de la part des médecins de garde, voulant se décharger des patients trop agités, peut-être trop facilement classés dans la spécialité psychiatrique. Une présence médicale au moins le samedi pourrait alléger la tâche des infirmiers présents dans de nombreux sites tous les jours.

Pour le dimanche, un travail de mise à plat de l'activité est essentiel : s'il s'avère que de nombreux cas sont recensés, une garde psychiatrique se doit d'être prévue et même imposée ; sinon, l'intervention d'un infirmier pour faire un premier bilan de la situation pourra servir de garantie contre les appels excessifs.

#### 2.1.2.4 L'évaluation de l'activité des urgences

Dans toutes les conventions recensées, la prise en charge des urgences psychiatriques se couple avec une mission de psychiatrie de liaison. Ce cumul de fonction pour les psychiatres, s'il rend les vacations plus attractives, complexifie le relevé d'activité.

Tous les textes de mise à disposition prévoient des bilans d'étape pour l'application des dispositifs choisis. Ces conventions sont à durées déterminées et leurs renouvellements dépendent de l'évaluation de leur efficacité.

Le Centre Hospitalier de Haguenau et celui de Saverne prévoient chaque semestre une évaluation des dispositions de la convention par un comité comprenant entre autres les

présidents de CME (Commission médicale d'Établissement), les directeurs, le praticien hospitalier responsable des urgences psychiatriques et des cadres infirmiers. A Colmar, les activités sont enregistrées et traitées par le DIM (directeur de l'information médicale), chaque année un compte-rendu et un bilan d'activité sont établis au cours d'une réunion regroupant les différents acteurs.

#### 2.1.2.5 La formation des personnels

Cette formation intéresse principalement les personnels paramédicaux ; les médecins, durant leur cursus universitaire, ayant été sensibilisés aux problématiques psychiatriques. Dans la convention liant le Centre Hospitalier de Sélestat à celui d'Erstein, tout un article est consacré aux plans de formations qu'il faut mettre en place : le CHS propose des actions de formation relative à la psychiatrie pour les praticiens et médecins assistants qui le désirent, pour le personnel soignant. En parallèle, le CHS sera informé par le CHG des difficultés relative à l'accueil d'urgences somatiques. Ces formations réciproques existent aussi pour le Centre Hospitalier d'Altkirch.

Au sein du SAU de Haguenau, des formations communes pour les personnels paramédicaux psychiatriques et généralistes. Elles concernent des thèmes comme les tentatives de suicide ou la dépression.

Comme on vient de le voir, il n'existe pas une mais une multitude de conventions de collaboration pour la prise en charge des urgences psychiatriques. Liberté a été laissée aux établissements. On peut, toutefois, s'interroger sur l'efficacité et la coordination possible de ces multiples modalités. Il ne s'agirait pas d'imposer une convention type mais de prévoir des dispositions minimales de participation pour que chaque service puisse avoir les même opportunités.

### **2.1.3 le positionnement des acteurs face au problème des urgences psychiatriques**

Divers points de vue se confrontent quant à la collaboration entre secteur et hôpital général pour la prise en charge des urgences. Chaque intervenant possède ses propres contraintes qui influencent sa vision du problème : certains ont impulsé des projets sans toujours les mettre en application, d'autres doivent se battre pour faire subsister une présence psychiatrique dans les services d'urgences.

On peut déjà constater une absence de suivi national de l'application de la politique de santé mentale : la dernière circulaire réglementant ce domaine date de 1992. Comme on l'a vu dans la première partie, de très nombreux rapports se sont penchés sur la psychiatrie et tous prônaient une collaboration et une intégration de travail dans certains domaines mais très peu ont connu une application directe dans les services.

Sur place, j'ai pu percevoir des divergences d'opinion quant à la participation psychiatrique.

#### 2.1.3.1 L'intervention des institutions

En préambule, il faut rappeler que les services déconcentrés et l'ARH n'ont pas de marge de manœuvre dans la mise en place du décret du 1997. La présence psychiatrique doit être assurée dans toutes les structures comme le recommandent les textes en vigueur. L'administration ne peut pas intervenir dans la gestion interne des établissements, ce sont eux qui doivent déterminer les modalités de mise à disposition et signer les conventions.

La DRASS a mis en œuvre le SROS psychiatrie et autorisée le service des urgences en 1999. Dans ce SROS psychiatrie, un volet incluait l'adoption de conventions entre CHG et CHS pour les urgences et la psychiatrie de liaison, la DRASS aurait du donc jouer un rôle dans le suivi et la mise en œuvre de ces conventions. Dans les faits, la question n'a pas été confiée au comité de suivi mais a échu aux correspondants administratifs de l'ARH, plus proche des réalités du terrain. La participation du niveau régional aurait peut-être permis plus de cohérence dans la mise en application des dispositifs.

Une réunion a tout de même été organisée dans le Haut-Rhin par la DRASS pour faire un premier bilan d'application de la réglementation.

L'ARH, groupement d'intérêt public créée par les Ordonnances Juppé du 24 avril 1996, est une sorte de pilote des relations de travail des établissements.

Elle est chargée du contrôle administratif et budgétaire des actes passés par les centres hospitaliers, comme, par exemple, les projets d'établissement, les budgets ou les conventions de coopération pour la prise en charge des urgences psychiatriques.

Cette agence, au travers des correspondants administratifs de la DDASS et des correspondants médicaux issus, en général, de l'Assurance Maladie, a laissé liberté et latitude aux établissements pour mettre en place les modalités d'accueil des urgences psychiatriques. Actuellement, les négociations sont difficiles car l'autorité de tutelle refuse les conventions signées ce celles-ci ne sont pas conformes aux dispositions du décret de 1997. Il est maintenant envisagé que ce soit l'ARH qui propose une rédaction d'une partie des conventions afin d'unifier les organisations.

Un des arguments pour la non-participation des psychiatres à la prise en charge des urgences psychiatriques est le manque de personnel spécialisé. Quelques exemples de création de poste tendent à prouver que le problème des urgences psychiatriques n'est pas négligé d'autant plus que ce secteur est en pleine croissance : en 1999, le nombre de passages dans les SAU a été de 183 454 et le nombre de passages dans les UPATOU de 75 635.

Dans le cadre de la campagne 2000/2001, la programmation budgétaire « urgence » mise en place par l'ARH a financé 3 postes d'assistants pour le développement de la prise en charge des urgences psychiatriques en SAU et UPATOU.

En 2001, un poste d'infirmier a été créé à Erstein pour intervenir à l'UPATOU de Sélestat, un PAC (Praticien Hospitalier Contractuel) pour les urgences de Mulhouse et deux postes de PH pour la fédération de psychiatrie qui doit se créer sur Strasbourg.

En 2002, un des deux postes qui n'avait pas été pourvu pour la FIDUPSY a été reconfirmé et un autre a été créé pour Erstein.

La difficulté n'est pas toujours la création de poste mais surtout l'occupation de celui-ci. En effet, un poste fléché « urgences psychiatriques » n'intéresse pas les médecins car le travail est usant, il faut donc le coupler avec de la psychiatrie de liaison ou la possibilité de faire des consultations externes.

L'agence dispose de différentes armes pour inciter à la collaboration entre secteurs et hôpitaux généraux :

- la reconduction ou non de crédits, même si l'on constate que ces sommes ont tendance à augmenter surtout dans le domaine psychiatrique ou l'on dispose de plus en plus de crédits fléchés.

- implicitement, la manque de volonté de coopération peut limiter l'évolution d'autres projets : Comment justifier un projet de prise en charge géronto-psychiatrique si l'on n'arrive déjà pas à assurer une présence psychiatrique dans les services d'urgence ?

- les premières visites de conformités évoquées plus haut sont intervenues un an après notification mais les services d'urgence disposent d'un délai de 4 ans pour se mettre en conformité avec toutes les dispositions réglementaires, l'ultime menace étant la fermeture des services.

Pour l'instant l'ARH n'a pas encore utilisé de moyens de pression coercitifs mais elle ne cesse de rappeler aux établissements qu'il s'agit pour elle d'une priorité régionale. Les incitations financières ne sont qu'un argument et c'est souvent la concertation qui est privilégiée.

### 2.1.3.2 Le positionnement des acteurs de terrain

Souvent les directeurs d'établissements ne jouent pas leur rôle d'impulsion en matière de politique de santé mentale : la psychiatrie conserve encore souvent la réputation d'être une spécialité « réserve de personnel » qui peut être utilisé alors pour tout le service. En effet, les principaux « outils » en psychiatrie ne sont pas les installations techniques mais les médecins et infirmiers. Les directeurs demandent au secteur des prestations de psychiatrie (prise en charge des urgences, psychiatrie de liaison..) afin d'éviter d'engager du personnel en propre.

De même, les directeurs des établissements pivot des secteurs pourraient avoir tendance à protéger leur médecin, ne pas les impliquer plus en avant dans les hôpitaux généraux de peur de manquer de personnel en nombre suffisant pour assurer les missions du secteur. Aujourd'hui, certains ne veulent plus fermer les yeux sur la conduite des psychiatres qui refusent d'effectuer des gardes, à cause de la responsabilisation croissante.

En effet, si un médecin refuse de se déplacer et qu'il y a un réel problème sa responsabilité pourrait être mise en cause. Dans le domaine psychiatrique, les professionnels sont encore relativement protégés car il y a très peu de plaintes : On peut penser que les malades se sentent fautifs de leur maladie, il subsiste encore un tabou sur la maladie mentale

Les clauses garantissant le non-rapatriement des médecins en cas d'augmentation de l'activité du secteur, est une preuve réelle de l'engagement et de l'implication des établissements.

Un travail de valorisation doit être fait par les directeurs et présidents de CME en mettant l'accent sur le fait qu'on peut travailler dans un CHG d'une manière nouvelle.

Les médecins psychiatres rencontrés étaient tous très motivés pour travailler dans des CHG malgré les difficultés d'intégration du début. L'ouverture de la psychiatrie la fait intervenir partout et les professionnels doivent jongler avec toutes ces nouvelles obligations même si le travail intra hospitalier est privilégié.

On peut enfin regretter l'absence d'intervention d'organismes de conciliation qui auraient pu faire le lien entre administratifs et professionnels de santé, c'est le cas du Conseil Départemental de Santé Mentale aujourd'hui supprimé. Composé de représentants de la psychiatrie publique, de médecins libéraux, de représentants des établissements et d'association d'usagers, il ne s'est plus réuni en Alsace depuis 1998. Cet organe aurait pu jouer un rôle important car il mettait tous les acteurs autour de la table pour discuter en commun des problèmes de prise en charge.

## 2.2 L'IDENTIFICATION ET L'ÉVALUATION DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DANS LES SERVICES D'URGENCE

Avant toute mise en place d'une organisation, un travail de définition doit s'opérer : on parle depuis le début des urgences psychiatriques sans véritablement en voir les contours, les professionnels, eux-même, restent vagues quant à cette notion. Il pourrait être intéressant de recenser les différentes définitions, examiner quelles situations ce concept peut recouvrir et s'il doit s'entendre dans un cadre strictement médical.

Le travail de définition est intimement lié à la notion d'évaluation car définir, c'est donner une base pour évaluer le dispositif. Dans le domaine psychiatrique, l'évaluation est une donnée toute nouvelle qui pose de nombreux questionnements : Peut-on déterminer des critères d'évaluation pour un secteur dont les résultats sont difficilement quantifiables et qui se veut à part de la médecine générale ?

### 2.2.1 La définition complexe des urgences psychiatriques

Associer le mot urgence avec celui de psychiatrie est paradoxal: Il semble, en effet, difficile de concilier un soin qui « *ne souffre aucun retard* » (urgare en latin) et une spécialité qui, par essence, suppose un travail à long terme jalonné de progrès qui se constatent sur la durée.

Les urgences évoquent un phénomène qui touche la santé et qui survient de façon brutale et inattendue, qui surprend, inquiète à tort ou à raison l'intéressé ou l'entourage.<sup>14</sup>

Au cours des entretiens réalisés, j'ai constaté qu'il n'y avait pas une mais de nombreuses définitions des urgences psychiatriques, variant selon les contraintes de chacun.

De plus en plus, en psychiatrie, le raisonnement se fait en terme de flux plutôt que de patients.

#### 2.2.1.1 L'évolution historique de l'urgence psychiatrique

L'idée d'urgence a largement évolué : on est passé d'un concept médical à une conception médico-psycho-sociale dans laquelle le traitement des troubles psychiques doit tenir compte des circuits sociaux.

Dès 1910, le D. Dupré donne une première définition : « *Les urgences psychiatriques sont un ensemble de psychopathies dont la soudaineté, l'évolution aiguë et la gravité particulière*

---

<sup>14</sup> A.STEG. *L'urgence à l'hôpital*. Rapport du Conseil Economique et Social, 1989.

*imposent au praticien l'obligation d'un diagnostic hâtif, d'un intérêt thérapeutique immédiat et d'une décision médico-légale rapide »<sup>15</sup>*

En 1976, lors du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française à Colmar, G.Pascalis indiquait, dans sa communication « *urgence en psychiatrie et psychiatrie en urgences* », que la seule définition de l'urgence en psychiatrie est qu'un individu vient ou est amené sans préavis et qu'il ne peut être éconduit sans risque pour lui ou pour le médecin.

Il est indispensable dans cette partie consacrée aux définitions, de distinguer la crise de l'urgence. Un rapport effectué pour la DDASS de Paris en 1992 par Y.Martinez, L.Reyes, S.Roux et J.Malet-Gabien, compare la crise et l'urgence et les situe dans la trajectoire pathologique du patient.

*« La crise correspond à un moment possible dans une pathologie définie chez un patient souvent connu et s'inscrit là dans un travail thérapeutique en continue (...)l'urgence renvoie d'avantage à une rupture imprévue d'un élément pathologique donné d'un patient souvent inconnu, le geste thérapeutique devant être immédiat. »*

Jusqu'à présent aucun texte ne s'était penché sur une définition « officielle » des urgences psychiatriques. Il a fallu attendre la circulaire ministérielle du 30 juillet 1992 pour clarifier un peu la situation. Ce document reprend la définition adoptée par le groupe de travail de la Commission des maladies mentales en 1991.

*« L'urgence en psychiatrie est 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. »*

Dans ce même texte, des spécialistes en psychiatrie intègrent dans les états d'urgences autres que psychiatriques, 3 grandes catégories d'états pathologiques :

- L'urgence psychiatrique par décompensation d'une affection psychiatrique lourde qui nécessite une prise en charge en milieu spécialisé après élimination par le diagnostic d'une affection organique.
- Les urgences psychiatriques mixtes regroupent les malades qui présentent des manifestations organiques et psychiatriques simultanées.
- Les états aigus transitoires, c'est à dire les réactions émotionnelles intenses survenant sur le terrain psychologique vulnérable à la suite d'événements, conflits et détresse très souvent vécu dans la solitude.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> H.GRIVOIS, J.HOUREAU . *Les urgences psychiatriques*. Editions MASSON, Paris. 1990.

<sup>16</sup> Définition de rapport STEG, 1989.

Ces définitions restent très générales et les professionnels rencontrés ne préfèrent pas avoir des représentations trop strictement encadrées afin de recouvrir le plus de situations possibles. Le problème sur le terrain n'est pas la définition de l'urgence mais l'exigence d'assurer la présence d'un professionnel sur place en cas de nécessité.

#### 2.2.1.2 Le sentiment des professionnels de santé

Pour les personnels en psychiatrie, il y a urgence dès qu'une personne ou son entourage dit qu'il y a urgence psychique, dès qu'un soignant a le sentiment en s'appuyant sur sa compétence qu'une personne a besoin pour maintenir sa continuité psychique d'un lien thérapeutique.

Le psychiatre M.De Clerc met en lumière quelques caractères de la prise en charge psychiatrique des urgences. Tout d'abord, celles-ci s'expriment au travers d'une souffrance du corps : Souvent les patients recherchent auprès des professionnels de santé une cause organique pour tenter d'empêcher la survenue de la crise. La demande doit être aiguë et impliquer le patient ainsi que sa famille.

A ce niveau, on peut évoquer la position particulière des proches de la personne en crise : La famille n'est pas une simple victime de la pathologie mais un protagoniste à part entière, leur demande est souvent moins de soigner la souffrance que d'éteindre leur propre angoisse.

Les patients en situation d'urgence veulent tout et tout de suite d'où un risque de surconsommation. Le caractère intrinsèque de l'urgence est de rechercher plutôt la dramatisation pour faire réagir l'entourage et permettre au malade de sortir de l'image dans laquelle il s'est enfermé.

Les médecins et infirmiers doivent agir au plus vite pour ne pas mettre la vie du malade en jeu mais il faut parfois aussi apprendre à temporiser. Par exemple, lors de tentatives de suicides ; une intervention psychiatrique immédiate serait sans effet. Si la personne a pris des médicaments ou est agitée, il faut lui laisser le temps de reprendre son calme pour que le travail psychiatrique soit efficace.

Des psychiatres travaillant dans les services d'urgence ont insisté sur le fait que ce ne sont pas forcément les manifestations les plus visibles qui constituent des urgences psychiatriques, une personne qui reviendra plusieurs fois en se plaignant de maux de ventre inexplicables devrait être aussi considérée comme un patient à part entière.

Un chef de service d'un secteur évoquait le « fantasme » de la présence des psychiatres, selon les médecins urgentistes, ceux-ci devraient pouvoir résoudre tous les problèmes du moment qu'ils ne sont pas d'ordre somatique ; or, on constate que de plus en plus, c'est la détresse sociale qui se manifeste dans les services d'urgences. Alors au lieu de parler d'urgences psychiatriques, des auteurs comme W.Martineau<sup>17</sup> préfèrent utiliser les termes de psychiatrie dans les services d'urgence, car même pour les urgences psychiatriques réelles, l'intervention est différée du lieu où l'urgence a été vécue, ce qui est d'ailleurs souvent garant d'une prise en charge sereine.

### 2.2.1.3 Les populations accueillies dans les services d'urgences

Toutes ces définitions de l'urgence psychiatriques restent très vagues et ne permettent pas de décrire des réalités de services. Il est complexe d'identifier et de faire travailler en parallèle les flux de malades : tous les professionnels s'accordent à dire que les urgences sont un lieu naturel d'accueil des pathologies somatiques et que s'il existe un accueil spécialisé en psychiatrie au sein de CHS, il est évident que celui-ci est plus à même de prendre en charge la personne en situation de crise. Mais c'est pour les problématiques, à la fois psychiatriques et somatiques que le lieu de l'accueil pose des difficultés.

Dans certains SAU comme celui de Haguenau, par exemple, les psychiatres sont appelés par les médecins urgentistes avec une fiche de spécialité pour faire au moins un entretien obligatoire. Ils font un tri par la suite pour voir si la personne relève ou non du domaine psychiatrique. Cet examen préliminaire du généraliste est indispensable car il y a un risque de classer un symptôme en psychiatrie alors qu'il s'agit d'une difficulté somatique (la personne âgée désorientée car elle est déshydratée), de plus, il est plus compliqué pour un patient vu en première intention par le psychiatre, de retourner par la suite dans le circuit des examens des urgences.

Les spécialistes reconnaissent qu'il n'y a pas de pathologies très aiguës dans les patients qu'ils reçoivent, peu de véritables psychoses ou de grosses névroses. Dans la plupart des cas, il s'agit de tentatives de suicides, d'anxiétés ou de dépressions, des désorientations et des crises de démences des personnes âgées. Les tentatives de suicides sont des situations particulières car elles arrivent généralement dans les services de réanimation et donc le psychiatre ne peut intervenir qu'une fois l'état somatique du patient stabilisé.

---

<sup>17</sup> Pratique de la psychiatrie en service d'urgence. Psychiatrie-française, juin 1993. p100-106.

Le profil de ces personnes est différent de celui rencontré dans les secteurs car pour beaucoup, c'est la première rencontre avec la psychiatrie. A Haguenau, le suivi de la file active montre que 89% des personnes n'avaient pas été vu l'an précédent par le secteur. En ce sens, avoir une présence psychiatrique dans les services d'urgence permet de toucher une frange de la population qui refuse l'image stigmatisante de l'hôpital psychiatrique ou qui n'a pas été détecté comme ayant cette pathologie. En recoupant les relevés d'activité fait au SAU de Haguenau et à l'UPATOU de Wissembourg, la population concernée se compose principalement de femmes plutôt âgées qui présentent des troubles du comportement du sujet âgé avec syndromes confusionnels, troubles détérioratifs...La majorité des patients n'est pas marginalisée. Plus de la moitié des patients vus par le service ont été adressée aux urgences par leur médecin généraliste.

Ces quelques données cassent l'image qu'on peut avoir des urgences psychiatriques : il ne s'agit plus de grands agités marginalisés avec de multiples pathologies mais des personnes ordinaires en grande détresse psychologique qui préfèrent aller dans un endroit plus anonyme pour se faire soigner.

Ces données statistiques sont tout de même à relativiser car il existe un grand flou dans les services entre le travail d'urgence et celui de liaison. Le travail d'urgence est plutôt le premier contact du patient avec le praticien tandis que la liaison implique un certain suivi de la personne. Mais quand on prend l'hypothèse d'une tentative de suicide, si la personne arrive en service de réanimation, le psychiatre interviendra dans le cadre de la liaison alors que si elle est vue tout de suite par le médecin dans un service d'urgence, on pourra considérer qu'il s'agit d'une urgence psychiatrique. Cette ambiguïté entre urgence et liaison se retrouve surtout dans les petites structures. La solution serait peut-être de donner un cadre légal plus défini à la psychiatrie de liaison trop souvent assimilée à l'urgence.

La notion d'urgence psychiatrique reste donc globalement floue mais les acteurs de terrain veulent simplifier les choses et rendre plus efficace leurs interventions en développant des systèmes de relevé d'activité et d'évaluation de leurs pratiques.

## 2.2.2 De l'évaluation dépend l'organisation

Le décret de 1997 rappelle que la présence psychiatrique est indispensable 24H/24 si « *l'analyse de l'activité fait apparaître que la nature et la fréquence habituelle des urgences comportant des aspects psychiatriques le nécessitent.* »

Ce paragraphe tiré du code de la santé publique a questionné les psychiatres : Evalue t'on d'abord les besoins avant de mettre en place le dispositif de présence ou bien attend-on une première période d'application avant de faire le bilan. C'est la seconde hypothèse qui a été logiquement choisie par les établissements qui ont du mettre en place des systèmes de relevé d'activité. Cela s'est fait avec quelques contraintes car l'enjeu est de taille : si la preuve est faite que le nombre d'urgences psychiatriques est faible, la présence des médecins ne se justifiera pas en continue.

### 2.2.2.1 La mise en place de système de relevé d'activité

Dans certains SAU et UPATOU, des fiches de suivi sont mises en place : Elles retracent la trajectoire du patient de son arrivée jusqu'à son départ du service. Cette mise en place de relevé d'activité existe depuis longtemps dans les services, elle permet de déterminer les flux de patients, les périodes où il est nécessaire d'avoir plus ou moins de personnel.

Avec l'apparition de personnels psychiatriques dans les services d'urgence, il a semblé indispensable d'évaluer cette activité pour voir comment elle évoluait. En effet, les médecins craignent que l'offre crée la demande, leur présence impliquant une offre de soin.

Mais ces relevés peuvent être à double tranchant : Justifier la non-participation aux gardes psychiatriques pour le secteur ou limiter l'établissement qui souhaiterait avoir un poste supplémentaire. Si l'activité est trop faible, l'autorité de tutelle refusera ce poste de PH. Les établissements auront donc tendance à jouer avec ces données et ne retenir que celles qui les avantage.

La mise en place de ces systèmes s'est organisée de manière différente sur le territoire : On peut d'ailleurs regretter qu'il n'y ait pas eu d'action coordonnée de tous les acteurs tant institutionnels que de terrain. Souvent, le relevé s'est établi au cas par cas suivant la motivation des personnes remplissant ces relevés.

Ainsi, à Wissembourg, c'est le correspondant médical de l'ARH, médecin conseil à la CMRA, qui a mis en place un système rempli par l'infirmier spécialisé en psychiatrie intervenant à l'UPATOU. L'élaboration du questionnaire a été conjointe entre le CH et le secteur :

Certaines conditions ont posé problème comme par exemple la validation obligatoire et automatique de la fiche par le CH et l'établissement psychiatrique.

Ceci avait pour objectif de conférer une certaine officialité et régularité au relevé mais le médecin conseil a dû se battre pour la faire appliquer (parfois les infirmiers se contentaient de photocopies) car les psychiatres craignaient un « flicage » des activités. Il a fallu leur expliquer que l'on en pouvait accorder plus de crédits sans savoir si l'activité le justifiait.

Cette fiche<sup>18</sup> se décompose en différentes thématiques : L'heure et la date d'admission, le motif, le temps d'intervention de l'infirmier et l'avis du psychiatre puis le suivi ( transfert dans le secteur et consultation de liaison) Les critères de ces fiches ont été volontairement élaborés en dehors des critères du PMSI pour permettre une certaine objectivité. Tout ceci offre une vision globale de la prise en charge mais interroge sur l'organisation matérielle de ce recueil car les personnes donnent beaucoup de leur temps sans que leur travail soit toujours apprécié et utilisé. L'infirmier de Wissembourg donne beaucoup de son temps pour que les données soient à jour, le correspondant médical s'est lui aussi beaucoup impliqué en mettant en place un logiciel tableur de gestion et d'analyse de ces chiffres

A Haguenau<sup>19</sup>, le modèle de relevé a été élaboré par le surveillant général du CHS de secteur et fonctionne depuis 4 ans, il reste incomplet mais nécessaire pour justifier de l'activité effectuée. Il décrit la file-active c'est-à-dire le passage ou non dans le service, les tranches d'âges, l'activité professionnelle, les lieux d'interventions et les orientations. Chaque information est identifiée par un code qui, une fois rentré dans l'ordinateur permet d'établir un bilan annuel et d'accéder plus rapidement aux données synthétisées. Il est également précisé qui fait les actes, médecin seul ou aidé de l'infirmière et les orientations ultérieures du patient. Ce dernier critère reste très flou car il est difficile de suivre le patient pour voir s'il se rend dans le CMP conseillé ou se dirigera vers le psychiatre libéral. Souvent pour assurer un suivi efficace de la personne, le médecin lui propose un rendez-vous. Parfois le patient attendra un certain temps avant de revenir. Il est mis en place depuis septembre dernier un relevé des activités des urgences psychiatriques le dimanche pour voir s'il est réellement nécessaire de recourir à un psychiatre d'astreinte.

Dans ces deux établissements sous secteur de l'EPSAN, un projet de relevé unique d'activité pour les urgences psychiatriques se met en place actuellement : le DIM du secteur de Brumath élabore des formulaires communs largement inspirés de ceux de Haguenau.

---

<sup>18</sup> CF annexes

<sup>19</sup> CF annexes

Il était, selon le chef de service de ce secteur, nécessaire d'harmoniser les choses, de plus, cela était tout à fait possible car les 2 SAU (Saverne et Haguenau) et l'UPATOU de Wissembourg étaient volontaires pour cette expérience.

Dans le Haut-Rhin, le Centre Hospitalier Saint-Morand, petite unité comptabilise uniquement les entrées, consultations de liaison et transferts vers l'établissement spécialisé du Roggenberg. A l'Hôpital Pasteur de Colmar, un relevé d'activité<sup>20</sup> est mis en place par le personnel psychiatrique et médecins comme infirmières le remplissent. Les critères de ce document sont inspirés du guide méthodologique de mise en place du PMSI psychiatrique (il se base sur le thésaurus des urgences psychiatriques) et recense le nombre d'entretiens, de psychothérapies, de surveillance de soin, quel travail de groupe, les motifs de l'admission et les antécédents du patient. Il est complété par une fiche-patient qui indique la résidence, les ressources et les antécédents médicaux. Ce relevé est plus précis mais semble plus destiné directement aux professionnels de santé car les éléments d'appréciation sont très techniques.

D'un point de vue épidémiologique, le premier système de relevé est beaucoup plus basique et accessible, c'est là tout l'intérêt d'établir une base de donnée : Avoir accès à des informations sur une partie de la population dont on sait qu'elle ne fréquente pas ou peu le secteur et pouvoir les exploiter en actions de prévention et d'information afin de toucher le plus d'individus possibles. Toutefois il est quasi impossible de faire une distinction stricte entre urgence et psychiatrie de liaison : Certains professionnels reconnaissent que les  $\frac{3}{4}$  de leur travail est constitué par de la liaison et qu'il n'y pas de réelle urgence psychiatrique, d'autres dans de plus gros établissements se répartissent pour moitié en liaison et en urgence.

#### 2.2.2.2 Vers une évaluation de l'activité psychiatrique ?

Plus largement, l'évaluation de la psychiatrie est une question d'actualité. Pour les médecins rencontrés, il est difficile voir dangereux de quantifier l'activité psychiatrique, la rentabilité à tout prix semblant être une menace importante. Ce secteur est très étendu et touche profondément aux relations humaines qu'il est par essence difficile à quantifier.

---

<sup>20</sup> CF annexes

De plus, les résultats ne sont pas forcément visibles de suite. L'expérience du PMSI dans le domaine MCO ( médecine chirurgie obstétrique) montre que cet outil évaluatif est aujourd'hui devenu un moyen de pression financier pour les établissements. Mais cette question d'appréciation des besoins doit permettre de mobiliser les acteurs et les faire travailler ensemble. Pour les médecins conseils et personnels des services déconcentrés, la psychiatrie doit pouvoir être évaluée comme toutes les autres disciplines, il ne faut pas se retrancher derrière sa spécificité pour ne rien faire. Depuis 15 ans, le Canada fait des évaluations en psychiatrie : au Québec, une même instance, une régie régional, planifie à la fois le domaine sanitaire et le secteur social. Celle-ci doit pouvoir identifier des besoins spécifiques comme des facteurs de risque, des ressources possibles. Les besoins de la population sont à la fois individuels et collectifs. La planification dans ce pays intègre toutes les composantes, publiques et privées avec un champ d'application plus large : celui de la santé mentale (sanitaire, social et médico-social.)<sup>21</sup>

La difficulté pour évaluer la psychiatrie réside dans le fait qu'il faille définir un modèle de référence : Des outils de diagnostic standardisés existent comme le DSM III-R, la SIM 10 ou la DSM4 (manuel diagnostique et statistique de psychiatrie élaboré aux Etats-Unis)

Depuis 1991, une méthode d'évaluation quantitative est étudiée par un groupe de travail réunissant les responsables des DIM de CHS ou de CHG de 13 sites pilotes encadrés par la mission PMSI de la Direction des Hôpitaux au Ministère de la Santé. Il s'agit d'identifier les prestations psychiatriques et de leur attribuer un coût, dont une rétribution. La méthode du PMSI classique ne peut s'appliquer car la classification GHM (Groupe Homogène de malade) ne peut être utilisée dans cette discipline, l'éventail des prises en charges psychiatriques étant large et ne recouvrant pas les même choses selon les équipes. L'idéal serait de définir une typologie d'activité et une typologie de malades pour constituer une base de donnée qui permettrait d'attribuer des coûts standard aux prestations et de déterminer une échelle de poids relatif.

Dès juillet 2001, un comité institutionnel donne lieu à la généralisation d'une procédure de « recueil minimum standardisé » qui va permettre d'élaborer une classification médico-économique en psychiatrie. A la différence du PMSI classique, le séjour n'est pas appréhendé dans sa globalité mais s'appuie sur un classement périodique des journées. Le séjour d'un patient est une succession d'épisodes de journées qui constituent des groupements homogènes de journée et des groupements homogènes d'actes.

---

<sup>21</sup> V.KOVESS , A.LESAGE, A.LOPEZ et al. *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*. Comité de santé mentale du Québec, DGS.

Ce qui pourrait apporter de l'aide dans la mise en place de relevé d'activité au niveau local pour les urgences psychiatriques serait de pouvoir généraliser les catégories majeures de diagnostic élaborées pour cette expérimentation. En effet, un recueil d'information est mis en place dans 4 régions<sup>22</sup> pour une durée de 18 mois afin d'examiner si le système de recoupage de données est efficace. Les urgences psychiatriques ne sont pas directement intégrées dans les PMSI mais à terme, un classement dans ce système d'information pourrait être un moyen de mobiliser encore plus les professionnels ; ainsi, leur travail serait reconnu financièrement et administrativement. Le personnel, comme on vient de le voir joue un rôle primordial dans le relevé des informations, il est d'autant plus nécessaire en psychiatrie, domaine où le travail relationnel est fondamental.

### **2.3 QUELS PERSONNELS POUR LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES ?**

La non participation des psychiatres aux gardes le week-end peut cacher un problème de gestion et d'organisation du personnel. Avec l'ouverture de la psychiatrie hors des murs de « l'asile », celle-ci est de plus en plus sollicitée : les médecins interviennent maintenant dans les écoles, les cellules médico-psychologiques, les secteurs et les services d'urgences...

Au cours de ces investigations, je me suis interrogée sur le rôle de ces professionnels de santé : Psychiatres et infirmières, sur la manière dont ils abordaient cette prise en charge compte tenue de la situation de démographie médicale. Un réseau de psychiatre constitué, entre autres de G.Baillon, P.Delton a publié le 4 mars 2000 « l'appel de Bondy », ce texte se veut l'expression de révolte d'une profession qui dans 5 ans, aura perdue, dans le secteur public, 1/3 de ses membres et 2/3 dans 20 ans si les numerus clausus en faculté de médecine sont conservés à ce niveau. Plus de 10% des postes du secteur public ne sont pas pourvus en France. Il y a donc un véritable problème de disponibilité de personnel pour un secteur qui est en pleine croissance.

Les urgences psychiatriques sont sensibles car elles impliquent pour les médecins urgentistes et pour les psychiatres de travailler ensemble à l'atteint d'un même objectif : soulager le patient et cela malgré la différence de culture invoquée si fréquemment.

---

<sup>22</sup> Aquitaine, Rhône-Alpes, Lorraine, La Réunion et partiellement l'Ile de France.

## 2.3.1 La situation des psychiatres en Alsace

### 2.3.1.1 Le paysage médical local

La tendance actuelle, dans le domaine de la psychiatrie, est de faire plus mais à moyens constants. Au 1<sup>er</sup> janvier 1999, il y avait 13 200 psychiatres dont 53% exclusivement salariés.<sup>23</sup> Comme le constatait le rapport Piel et Roelandt « *de la psychiatrie vers la santé mentale* » publié en juillet 2001, la France présente un des taux de psychiatres les plus élevés dans le monde, de plus de 22 pour 100 000 habitants (après la Suisse et les Etats-Unis.) Il y a 4 fois plus de praticiens qu'il y a 30 ans.

L'évolution de la démographie médicale laisse prévoir une diminution de 13 254 à 7 856 du nombre de psychiatres d'ici 2020.

Quelques chiffres peuvent éclairer la situation des psychiatres en Alsace : Ce tableau montre l'importante disparité de répartition des praticiens surtout dans le secteur libéral où l'offre est, pour  $\frac{3}{4}$  concentré dans le nord de la région.

Sources : DRASS-ADELI, exerçant au 1.01.2000

	<b>Bas-Rhin</b>	<b>Haut-Rhin</b>	<b>Alsace</b>	<b>France</b>
<b>Nombre de psychiatres pour 100 000 habitants<sup>24</sup></b>	De 31 à 36	De 14 à 17	De 22 à 26	22
<b>Médecins spécialistes salariés exclusifs</b>	84	59	143	5 711
<b>Médecins spécialistes libéraux</b>	130	42	172	6 289

<sup>23</sup> Etude de la DREES, *Bilan de la sectorisation psychiatrique*, juin 2000

<sup>24</sup> idem

L'effectif médical rémunéré en 2000 varie peu par rapport à celui de 1999 : dans le Bas-Rhin, le total des ETP (Equivalent Temps Pleins) est de 96,85 dont 46,81 praticiens contractuels ou non. Dans le Haut-Rhin, l'effectif total d'ETP est de 68,78 avec 46,03 PH. La différence totale de postes entre les deux départements est due au fait que le Bas-Rhin accueille un CHU et donc possède un nombre d'internes et de résidents très importants.

Le tableau de bord du dispositif de soin de psychiatrie général établi par la DRASS constate le renforcement de la présence médicale dans les SAU de Saverne, Mulhouse et Sélestat qui bénéficient d'un poste de PH dès la fin 2000.

Rapporté à la population totale, les effectifs globaux rémunérés 2000 induisent un ratio de personnel médical pour 10 000 habitants de 0,94 pour le Bas-Rhin. En excluant les HUS, ce ratio s'établit à 0,72. Pour le Haut-Rhin, ce ratio s'élève à 0,97.

La situation des médecins n'est pas catastrophique même si certains professionnels souhaiteraient pour fonctionner plus sagement disposer de personnel supplémentaire.

#### 2.3.1.2 La situation des psychiatres dans les services d'urgences

Les structures sont là mais il y a beaucoup de passage du à un accroissement de la précarisation, aujourd'hui, les services d'hospitalisation de longue durée fonctionnent à flux tendus. Les psychiatres préfèrent souvent se cantonner à une activité de secteur.

Les politiques mises en place ne se centrent plus seulement sur le redéploiement des postes mais sur une tendance à la création. Selon la DRASS, des redéploiements seraient tout de même possibles. Depuis quelques temps, les services déconcentrés ont constaté une baisse d'activité mais certains médecins prédisent que la tendance va s'inverser et qu'il faudrait de nouveau de faire des efforts financiers pour la psychiatrie. Le phénomène de création de postes reste toutefois contrôlé, il y a quelques années, l'ARH accordait des crédits pour les postes sans qu'il y ait forcément de candidats déjà désigné ; aujourd'hui, l'établissement doit justifier de la disponibilité d'un praticien avant de percevoir la somme.

Une autre hypothèse pour limiter le travail à flux tendus dans les services pourrait être le redéploiement sur les structures alternatives comme mettre à disposition des personnels de CMP. Un travail en amont pourrait constituer une solution de prise en charge.

Le fait d'être au service des urgences n'est pas attractif tant pour les somaticiens que pour les psychiatres : le travail est épuisant nerveusement et physiquement et le taux de rotation des professionnels dans ces services est très élevé. Les médecins dans les grands établissements et les HUS, ont tendance à retourner au sein de leur services.

L'an dernier à Strasbourg, 4 postes de psychiatres pour les urgences avaient été proposés (2 EPSAN, 1 HUS et 1 poste à Erstein) et seulement un a été pourvu car il a été aménagé moitié urgences, moitié psychiatrie de liaison.

Les praticiens hospitaliers quittent les structures hospitalières car l'impulsion de projet est de plus en plus complexe du fait des lourdeurs administratives et financières.

De plus, le numerus clausus qui devait limiter le nombre de libéraux, à la sortie des facultés opère un transfert du milieu hospitalier vers le milieu libéral.

La formation des psychiatres n'est pas en elle-même remise en cause mais les médecins rencontrés regrettent le manque d'intérêt de la part des autres disciplines ; ce qui amène à la problématique du travail commun entre psychiatres et urgentistes au sein des services d'accueil.

### **2.3.2 Quel travail entre psychiatre et urgentiste ?**

*« Le couple urgence-psychiatre est pour les uns (la société) un couple évident et qui va bien ensemble car la faille de la déraison doit être comblée, toute affaire cessant ; Mais pour les autres (les psychiatres) c'est un couple infernal, diabolique même car comment saurions nous donner sur-le-champ une réponse totalement satisfaisante à une question qui touche la totalité de l'être ? »*

Ce propos un peu provocateur du psychiatre G.Baillon <sup>25</sup> montre toute la réalité du travail entre urgentistes et psychiatres : Deux visions différentes d'une même situation. Selon lui, il faudrait donc de distinguer la demande urgente de la réponse à l'urgence.

Le travail entre ces deux disciplines est marqué par des différences de cultures médicales tant dans l'appréhension du malade que dans l'administration du soin et aussi des contraintes spécifiques de prise en charge.

#### **2.3.2.1 Une différence de culture**

La psychiatrie a toujours été et s'est voulu une spécialité à part de toutes les autres disciplines de la médecine. Cette scission de la psychiatrie tient à des données structurelles : l'enseignement de cette discipline date de la loi de 1838 (en parallèle avec le développement

---

<sup>25</sup> « *Le psychiatre de service public* », [www.eps-ville-evrard.fr](http://www.eps-ville-evrard.fr)

de la politique asilaire.) Mais initialement, il y avait dualité de formation dans les filières : La chaire de neuropsychiatrie était différente de la pratique psychiatrique de terrain.

C'est un arrêté du 30 avril 1968 qui va faire de la psychiatrie une discipline séparée de l'aspect plus clinique de la neurologie. Dès lors, clairement identifiée, elle va cultiver sa singularité.

Au sein des services d'urgence, les différences se cristallisent. Les médecins ne se sentent pas reconnus et intégrés par les autres membres de l'équipe soignante du service d'accueil. G.Baillon évoque ce problème en parlant du mythe de l'infériorité de la psychiatrie par rapport à la médecine : Face à une urgence et donc à un pronostic vital négatif, les urgentistes sauraient intervenir efficacement. Les psychiatres ne peuvent, eux, intervenir que s'ils ont été appelés par le somaticien, d'où le sentiment de jouer les seconds rôles.

Pour certains praticiens rencontrés, laisser le soin aux urgentistes d'aborder les problèmes peut générer des décisions dangereuses : Risque de iatrogénéisation, danger de minimiser les plaintes. Le médecin peut se sentir pris en otage par la demande de l'urgentiste, il fait alors essayer d'établir un travail de collaboration à trois, une relation thérapeutique entre le spécialiste, le généraliste et le patient.

Les psychiatres reconnaissent que les médecins travaillant aux urgences sont capables de s'occuper tous seuls des états d'agitation, dans certains établissements, ceux-ci sont formés aux risques de certains médicaments pour personnes agitées dont le dosage trop important pourrait avoir une incidence sur la mise en place d'un suivi psychiatrique.

Il faut aussi noter que les spécialistes en psychiatrie conservent vis à vis du patient une image très négative et le malade n'accepte pas toujours cette prise en charge.

La peur devant l'urgence ne doit pas recréer un risque de séparation entre les deux spécialités. Dans les CHU la collaboration se fait plus naturellement car les PH assistent aux mêmes réunions, se retrouvent dans les mêmes endroits au moment des repas.

Les somaticien doivent, quant à eux, apprendre à demander des avis aux spécialistes et ne pas nier l'existence d'une pathologie psychiatrique. Pour cela, des actions de sensibilisation aux problématiques psychiatriques pourraient rassurer tout le personnel, parfois dépassé face à des situations qu'il ne maîtrise pas.

### 2.3.2.2 Les contraintes de travail

Les formations des urgentistes et des psychiatres sont différentes et les professionnels se doivent de composer avec des contraintes de travail distinctes.

Ainsi pour les psychiatres deux éléments sont prépondérants dans la prise en charge d'un patient : Il faut d'abord situer la personne dans une temporalité, une histoire avec un avant et un après. Les urgences sont un lieu de haute technicité avec une expérience de soin rapide et l'appel du psychiatre traduit souvent le désarroi de l'équipe. Mais le travail au sein des urgences est difficile pour le psychiatre qui s'appuie au cours de son soin sur l'histoire et l'environnement de la personne.

Les individus qui arrivent aux urgences ne viennent pas toujours avec leur famille et ne veulent pas raconter de suite toute leur vie d'où la difficulté de replacer le moment de la crise dans son contexte.

Le psychiatre arrive en seconde intention, c'est-à-dire, appelé par le service d'urgence et le malade doit reprendre toute son histoire à chaque fois, au risque de se décourager. Dans ce contexte, le praticien ne pourra assurer qu'une simple réponse à l'urgence. La célérité n'est pas une fin en soi mais c'est une nécessité thérapeutique.

De leur côté, les médecins urgentistes doivent réussir à concilier rapidité d'intervention et dépistage global de tous les symptômes de la personne. Même s'ils ont eu au cours de leurs études des modules consacrés à la psychiatrie, les PH privilégient toujours la sauvegarde physique de l'individu. Des formations communes permettraient justement de comprendre les contraintes spécifiques de ces professionnels.

Les craintes de recours abusif, l'hospitalocentrisme ou de psychiatrie à deux vitesses (les plus atteints en CHS, les autres en service de psychiatrie des CHG) pourraient être réduites par la mise en place de protocoles d'intervention : ceux-ci pourraient décrire quels professionnels devraient agir (médecin ou infirmière), dans quel cadre de pathologie et selon quelles modalités.

### 2.3.3 Le rôle des infirmiers dans les services d'urgences

Au 1<sup>er</sup> janvier 2000, on dénombrait en France métropolitaine près de 335 287 infirmiers diplômés d'état et autorisés et 58 000 infirmiers de secteur psychiatrique équivalent temps plains (ETP y compris les personnels d'encadrements infirmiers.)

Situation en Alsace <sup>26</sup>:

	<b>Bas-Rhin</b>	<b>Haut-Rhin</b>	<b>Alsace</b>
<b>Nombre de surveillants –chef et surveillants en ETP</b>	69,06	40,59	109,65
<b>Nombre d'infirmiers en ETP</b>	696,43	505,49	1201,92

<sup>27</sup>En raison de leur diplômes et de leurs modalités d'exercice, il n'existe pas d'infirmiers de secteur psychiatrique en milieu libéral.

Les infirmiers de secteurs sont en première ligne dans l'accueil des urgences psychiatriques, ils constituent un contact préliminaire en attendant l'arrivée du psychiatre : Ce rôle d'accueil et d'orientation est essentiel pour le bon fonctionnement du services et leur compétence reste reconnue malgré les modifications subies par leur formation.

#### 2.3.3.1 La formation des infirmiers travaillant à l'accueil des urgences psychiatriques

En 1992, le diplôme spécialisé d'infirmier en psychiatrie est supprimé et aujourd'hui, les infirmiers DE sont inégalement formés selon les Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) sur le plan de la santé mentale.

Le rapport Piel et Roelandt constate cette situation, la réforme des études en 1993 a considérablement diminué le volume horaire de formation en psychiatrie : 400h pour 4 715H de formation. De plus, le réaménagement en ours des contenus de la formation initiale prévoit de diminuer les stages en psychiatrie ainsi qu'en médecine et en chirurgie. Le manque d'attractivité et l'augmentation croissante des missions fait qu'il devient de plus en plus difficile de recruter des infirmiers : Moins d'un étudiant sur trois choisit cette voie à la fin de ses études. Enfin, la diminution naturelle des « anciens » infirmiers psychiatriques limite

---

<sup>26</sup> Tableau de bord du dispositif de soins en psychiatrie générale : Données 2000, DRASS Alsace.

<sup>27</sup> STATISS 1999, DREES, source : ADELI et DRASS

l'apprentissage qu'ils pourraient apporter aux nouvelles promotions. Au niveau européen, une spécialisation pour les soins infirmiers en psychiatrie est demandée par une recommandation des 15 et 16 avril 1986.

Sur le terrain, les professionnels sont partagés quant à la disparition de cette spécialisation des infirmiers. Les jeunes diplômés nouvellement intégrés avaient pour la plupart, axé leur avenir professionnel vers la psychiatrie au cours de leur scolarité, étant fortement motivés dans cette orientation (stage dans les établissements psychiatrique, scolarité dans un IFSI rattaché à un CHS comme Rouffach.) Une coopération étroite avec les médecins et des infirmiers en psychiatrie de l'équipe dans les premières semaines peut permettre une intégration facile sans nécessiter de spécialisation. En sortant de l'école, l'infirmier n'est de toute manière pas apte tout de suite d'où l'intérêt de travailler régulièrement avec un psychiatre qui pourra transmettre son expérience. Si l'on met en place une année de spécialisation en psychiatrie comme cela existe par exemple en Belgique, il sera peut-être difficile de mobiliser la personne pendant un an supplémentaire à moins de la rémunérer.

Cette formation commune permet d'acquérir des bases uniques et doit rendre plus harmonieux l'apprentissage : en répartissant sur les trois ans des stages en service de psychiatrie, l'acquisition de connaissances devient progressive.

Cela permet aussi de lutter contre les différences culturelles entre médecine et psychiatrie, c'est surtout au niveau paramédical que des collaborations effectives se mettent en place. De plus, la disparition de la spécialisation n'a pas fait chuter significativement le nombre de candidats, sur une promotion de 30 élèves, il y en a toujours deux ou trois qui désirent travailler au sein d'un secteur.

Certains souhaitent tout de même le rétablissement de cette spécialisation car le domaine est très particulier, exigeant autant de technique que de savoir-faire qui ne s'acquière pas sans une sensibilisation particulière aux problématiques psychiatriques.

Dans les services d'urgences visités, la plupart des infirmières ont encore la spécialité psychiatrique car un travail aux urgences demande de l'expérience. Les chefs de services préfèrent donc mettre à disposition des personnels « sûrs et plus anciens »

La répercussion du manque de spécialisation pourra se voir dans quelques années quand tous ces professionnels partiront à la retraite et qu'il n'y aura plus pour le secteur que des infirmières formées dans une école généraliste.

### 2.3.3.2 Le travail dans les SAU et UPATOU

L'infirmière psychiatrique a un rôle particulier au sein du personnel des urgences, elle est souvent jalouée par les autres car elle possède un autre niveau de responsabilité et plus d'autonomie. En effet, elles ont un rôle d'accueil, de détection et de préparation au premier entretien en restaurant un espace thérapeutique et en reconstituant l'histoire qui a amené le patient aux urgences. L'infirmière ne doit pas poser de diagnostic comme le médecin mais l'assister lors de l'entretien pour rassurer le patient, introduire un élément de neutralité dans la relation thérapeutique. Dans le secteur, le travail est fait en groupe et donc les responsabilités sont beaucoup plus diluées.

L'infirmière joue aussi un rôle pour l'entourage, elle peut rassurer, prendre contact avec la famille du patient et répondre à toutes les questions non posées au médecin.

Comme on l'a déjà vu, elle est en général présente sur une plage horaire plus étendue et va donc servir de garantie contre les recours abusifs aux psychiatres. Dans bien des cas, ce sont aussi elles qui sont chargées de mettre à jour les relevés d'activités et les suivis des dossiers en cas d'hospitalisation d'office.

En s'occupant des malades, en parlant avec eux, l'infirmier va dégager les autres professionnels de la tâche du relationnel tout en les culpabilisant moins.

La nouvelle génération d'infirmières qui vont travailler dans les services d'urgence seront des généralistes mais comme elles ont une des modules de psychiatrie, on peut penser qu'elles se tourneront peut-être plus facilement vers le médecin spécialiste. Les infirmières travaillant en secteur ont un certain complexe : Au sein des urgences, elles ont beaucoup plus de responsabilité que dans le cadre du travail d'équipe de secteur mais leur soin est moins identifiable avec peu de soin physique et donc moins de reconnaissance visible. Elles peuvent se sentir dévalorisées et manipulées par les urgentistes. Mais dans tous les services visités, le travail se fait aujourd'hui en partenariat après un appivoisement mutuel.

Le fait qu'elles soient intégrées ou non au pool paramédical du service d'urgences joue aussi un rôle très important : Personnel du service des urgences, elles sont assimilées aux autres tout en désirant conserver leur travail dans le secteur. Mais cette intégration les coupe parfois du véritable travail psychiatrique, infirmière comme les autres, elles seront souvent sollicitées par les chefs de services pour effectuer des tâches qui ne relèvent pas de leur attribution de secteur, cela limite aussi les relations qu'elles ont avec le psychiatre.

Pour qu'elles puissent exercer pleinement leurs compétences psychiatriques, elles doivent se situer à part des autres personnels paramédicaux.

Le rôle des infirmières de secteurs est reconnu par tous les intervenants comme essentiel.

La réponse aux urgences psychiatriques à l'hôpital général ne pose plus de controverse mais les modalités de fonctionnement sont encore en discussion (la circulaire de 1992 parle de réponse à l'urgence.) Ce temps de l'urgence est l'occasion de mettre en place les conditions d'une véritable rencontre qui soit une introduction aux soins en psychiatrie. La participation intersectorielle est nécessaire pour des raisons économiques.

Il ne s'agit pas pour les services déconcentrés d'imposer des modalités de fonctionnement mais de permettre une harmonisation des pratiques afin tous puissent bénéficier de l'ensemble des prestations sur le territoire.

Pour ce faire, des améliorations pourraient se mettre en place dans les thématiques dégagées au cours de ce travail : conditions d'accueil, évaluation, formation et travail concret en amont et en aval de la crise.

### **3 - PROPOSITIONS D'ORGANISATIONS POUR AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES**

Il n'existe pas de solutions « miracle » pour assurer une bonne prise en charge des urgences psychiatriques et de nombreux facteurs peuvent influencer les situations locales.

Le nombre de médecins et d'infirmières dans le secteur est une donnée objective qui pourrait limiter la participation mais si une volonté existe des deux côtés, des solutions pourront être trouvées.

Les services déconcentrés ne peuvent pas agir sur tous champs concernant les urgences psychiatriques, ils doivent faire respecter les dispositions réglementaires en permettant aux établissements de s'arranger au mieux de leurs moyens financiers et en personnels.

Les propositions qui sont formulées ici, sont souvent issues du terrain et si certaines sont généralistes et concernent l'organisation du système psychiatrique dans sa globalité, d'autres sont plus concrètes et devraient permettre dans la limite des moyens disponibles d'améliorer la présence psychiatrique au sein des services d'urgences.

#### **3.1 LA MISE EN PLACE DE CONVENTIONS AUX EXIGENCES MINIMALES**

La problématique centrale de ce sujet est d'assurer une présence psychiatrique dans les SAU et les UPATOU conformément aux dispositions du décret de 1997. Sur le terrain, certains établissements ont mis en place très naturellement ce système alors que d'autres peinent à répartir leur personnel dans les services d'urgences : on peut dès lors s'interroger sur les présences psychiatriques minimales à exiger ainsi que les formalisations juridiques de ces conventions.

##### **3.1.1 Quelle présence psychiatrique au sein des urgences ?**

Les simples modalités d'un décret, celui du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ont eu dans les services des répercussions qu'on n'imaginait pas si importantes : Quand la nature et les besoins le nécessitent, un psychiatre doit être présent sur place <sup>28</sup>sinon, l'équipe des urgences doit pouvoir en faire

---

<sup>28</sup> Hypothèse d'un SAU

venir un sans délai<sup>29</sup>. De même, les services doivent disposer d'un infirmier avec une expérience en psychiatrie. Tout le travail des établissements a été d'interpréter le décret et de voir dans quel cas ils pouvaient se passer de la présence d'un psychiatre.

En semaine, la difficulté ne se pose pas pour assurer cette présence puisque dans la plupart des centres hospitaliers, un psychiatre est déjà mis à disposition pour traiter des cas de liaison. Cette intervention est d'autant plus facilitée quand il existe un service de psychiatrie propre au centre hospitalier ou que le secteur dans lequel il se situe est important d'où plus de personnel.

A Colmar, Saverne et Haguenau, des infirmiers psychiatriques de secteur (rotation) sont présents 24h/24 et un psychiatre est sur place en semaine. Le plus important est de permettre une disponibilité en journée et la nuit en semaine.

Ce sont surtout les périodes de week-end et les soirées qui ont focalisé les réticences.

Un relevé d'activité en cours au CH de Haguenau montre que le dimanche seulement, en moyenne, une véritable urgence psychiatrique est détectée par les services, ce qui ne justifierait pas la présence à plein temps d'un psychiatre. La solution serait peut-être d'étendre le temps de disponibilité des psychiatres du lundi au samedi (matinée ou journée), le dimanche, un infirmier psychiatrique serait présent pour réceptionner les cas et le psychiatre de garde dans le secteur pourrait faire téléphoniquement le tour des services et unités d'accueil des urgences afin de voir s'il y a des difficultés.

Les établissements et les secteurs devraient aussi s'entendre sur la notion de malade intransportable, même si certains praticiens ne reconnaîtront jamais ce concept, lui donner un cadre précis faciliterait les relations : Définir des pathologies pour lesquelles il est nécessaire de conserver le patient sur son lieu d'arrivée.

Toutes ces propositions ne sont pas réellement de la compétence d'un inspecteur des affaires sanitaires et sociales, qui exerce un contrôle de « tutelle » sur les établissements de santé. Il doit faire respecter les modalités du décret et souvent l'aspect d'organisation plus médicale est laissé à la compétence du correspondant médical de l'ARH (plus au fait des méthodes de travail des professionnels de santé)

Malgré tout, au cours de réunion sur ce thème, il doit pouvoir convaincre les établissements qu'il est dans leur intérêt de s'arranger au mieux pour la mise en place de cette présence au lieu qu'elle leur soit imposée d'office sans marge de manœuvre.

---

<sup>29</sup> concerne les SAU et les UPATOU

### 3.1.2 Les modalités des conventions de mise à disposition

L'ARH d'Alsace a laissé toute liberté aux établissements de santé pour fixer les modalités de leur collaboration. Si aujourd'hui il est question que l'agence se penche sur la rédaction de certaines clauses, les structures ont toujours la possibilité d'inclure tout ce qu'elles désirent dans leur convention du moment qu'elles permettent de respecter les exigences réglementaires. A la lecture de nombreuses conventions, on peut dégager certaines modalités qui se retrouvent souvent et qui devraient permettre un travail efficace, c'est ce canevas de base qui pourrait, par la suite, être complété par les établissements.

Ces conventions « types » doivent lier le centre hospitalier de référence avec un ou plusieurs secteurs, la coopération intersectorielle implique plus de concessions mais aussi plus de personnel pour la participation à la prise en charge des urgences psychiatriques.

Quelques éléments de référence doivent pouvoir se retrouver dans ces conventions :

- Le temps de présence et l'activité du praticien et des infirmiers doivent être clairement définis. L'article doit indiquer si le médecin fait du travail de liaison, d'urgence, s'il a la possibilité d'avoir des consultations privées. Les horaires pourront être déterminés dans un avenant. Les cas de déplacement peuvent être négociés au travers de protocoles entre secteur et centre hospitalier, il ne s'agit pas de faire une liste exhaustive mais de donner des groupes de pathologies pour lesquelles le psychiatre devra intervenir sur place. Les infirmiers devront établir un tableau de rotation de gardes en fonction des disponibilités des secteurs et des CMP.
- Des interventions réciproques légitimeraient cette mise à disposition : les psychiatres doivent pouvoir intervenir dans les SAU et UPATOU pour les pathologies psychiatriques et les urgentistes doivent assurer une veille en matière de pathologie somatique. Chaque acteur a alors l'impression de tirer profit de la signature de cette convention de collaboration.
- Le positionnement du personnel psychiatrique doit être clair : il doit connaître ses responsabilités administratives et médicales. De plus, le secteur doit s'engager sur la permanence de ces professionnels dans les services d'urgences : une clause doit prévoir qu'en cas de difficulté, il pourra être remplacé ou bien la situation réexaminée par les deux parties à la convention.

- La mise en place de formations réciproques, de sensibilisation aux contraintes de chacun pourra se matérialiser au travers de plans de formation pour les infirmières mais aussi pour les médecins.
- Des relevés d'activités et des évaluations de la collaboration sont indispensables : elles peuvent se concrétiser par un système unifié de fiches-patient, par la mise en place (comme cela se fait déjà) d'un comité de suivi composé des intervenants médicaux de l'établissement.

On pourrait aussi envisager la tenue de réunions plus étendues, par exemple entre tous les centres hospitaliers d'un même secteur pour permettre de confronter les expériences et voir s'il ne pourrait pas y avoir une rotation différente qui étendrait les horaires de présence pour certaines structures.

Ces quelques recommandations ne doivent pas avoir un caractère obligatoire mais doivent pouvoir servir de modèle, de références pour les directeurs qui vont signer les conventions. Ces signatures vont poser les premières pierres d'une collaboration entre psychiatrie et médecine générale, coopération qui pourra s'étendre à d'autres thèmes transversaux.

Dans la mise en place de ces conventions, l'IASS doit jouer un rôle d'impulsion de projets, il doit respecter l'autonomie des établissements tout en faisant appliquer les textes.

### **3.2 L'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES**

On a beaucoup évoqué les problèmes de disponibilité des personnels mais la prise en charge des urgences implique également une organisation matérielle qui peut avoir des conséquences sur le bon fonctionnement des services d'accueil.

Pour être efficace, un accueil psychiatrique doit, paradoxalement, être dans le service tout en restant un peu à part. En effet, les médecins et les infirmiers psychiatriques ne doivent pas être trop isolés des autres praticiens pour pouvoir échanger leurs points de vue sur la situation du patient mais d'un autre côté, la pratique même de la psychiatrie impose un certain calme, une certaine distance propre à un entretien constructif d'où la nécessité d'avoir un lieu à soi un peu protégé de l'agitation des urgences.

### **3.2.1 Quels locaux, quel travail pour l'accueil psychiatrique d'urgence?**

Pour que les équipes puissent se coordonner dans les services d'urgences, il est nécessaire de se pencher sur les conditions matérielles et en personnel des SAU et UPATOU.

La répartition des moyens dans les services est de la compétence des directions et chefs de service des centres hospitaliers. Les services déconcentrés n'interviennent pas directement dans le cadre de ces répartitions, ils peuvent ouvrir des postes fléchés et au travers des visites de conformité des services d'urgence, les médecins inspecteurs vérifient la mise en application de certaines normes établies par les textes réglementaires.

Dans tous les sites visités, les médecins disposaient d'un bureau et les infirmières d'un lieu où se retrouver pour discuter, confronter les expériences et remplir les relevés d'activité.

Les établissements doivent se donner les moyens de mettre en place une politique cohérente en matière de prise en charge des urgences psychiatriques et pour cela différentes conditions doivent être remplies : Le service ou l'unité d'accueil des urgences doit pouvoir disposer d'une équipe psychiatrique stable et disponible et de doter d'une infrastructure adéquate.

En fonction des disponibilités géographiques, une chambre d'isolement doit pouvoir être créée, celle-ci pourra être utilisée dans le cas d'un patient trop agité ou violent, en cas de séjour très bref. De la même manière, des bureaux d'entretien doivent être mis clairement à disposition afin de disposer d'un espace thérapeutique réel.

La logistique pratique doit favoriser une coopération réelle et efficace entre personnel psychiatrique et personnel propre des urgences, ceci pourra passer par la mise en place de lignes téléphoniques spécifiques reliant directement à un membre de l'équipe psychiatrique ou à la mise en place de fiches de liaison.

L'ARH doit inciter et favoriser la mise en place de protocoles de travail entre praticiens, ceux-ci permettraient d'identifier lisiblement les rôles de chaque intervenant. L'ARH ne sera pas partie à ces conventions mais elle doit les encourager dans le but d'améliorer l'efficacité de la prestation offerte au malade. Ces conventions doivent s'élaborer conjointement avec les chefs de service et de secteur ainsi qu'avec les médecins et infirmiers concernés.

L'exercice peut être périlleux car n'étant pas spécialiste, on ne peut qu'imaginer ce que ces conventions devraient prévoir, elles auraient une fonction de référentiel pour les professionnels : savoir dans quelle circonstance appeler un urgentiste, quel est le positionnement de l'infirmier (les médecins urgentistes doivent pouvoir accepter « un droit d'alerte ».) Ce texte approuvé par les deux parties prémunirait les psychiatres des appels trop fréquents et les inciterait peut-être plus à participer aux gardes et astreintes.

Il serait bon de mettre en place dans chaque SAU ou UPATOU une charte avec des engagements des partenaires sur leurs rôles respectifs afin d'acquérir de bons réflexes de collaboration.

### 3.2.2 Le développement de lits d'hospitalisation provisoires

La mise en place de lits d'hospitalisation provisoire concerne principalement la situation des SAU car les UPATOU sont de trop petites structures pour mettre en place ces modalités d'organisation. Ces lits ne doivent pas laisser « dormir » le problème, ils ne peuvent être utilisés que pour une courte durée : de 24 à 72H.

La création d'une telle infrastructure a un coût non négligeable pour l'établissement et sa mise en place doit être précédée d'une étude de besoin stricte, malgré tout elle possède de très nombreux avantages : ces lits permettent un recul pour un entretien psychiatrique plus constructif, pendant la nuit le personnel a la possibilité de contacter la famille du patient et donc de connaître un peu son histoire et ses antécédents.

Une nuit peut modifier le comportement du patient et peut-être éviter une hospitalisation en psychiatrie trop hâtive. De toute manière quand la personne arrive en état de crise, le psychiatre ne peut et ne doit pas intervenir immédiatement, la nuit d'hospitalisation permet de le calmer et de discuter entre psychiatre et somaticien de sa situation.

Au SAU de Haguenau, une Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (24 à 48h) a été mise en place et l'on constate qu'elle sert beaucoup à la prise en charge des urgences psychiatriques comme le montre le tableau ci-dessous <sup>30</sup>:

	<b>Nombre de patients hospitalisés en UHTCD et vus par un psychiatre</b>
<i>Mai 2001 (ouverture de l'unité)</i>	7
<i>Juin 2001</i>	20
<i>Juillet 2001</i>	15
<i>Août 2001</i>	19
<i>Septembre 2001</i>	28

---

<sup>30</sup> données CH Haguenau

Il faut, toutefois, être prudent avant d'inciter les établissements à créer ces lits d'hospitalisation de courte durée, ceux-ci ne doivent pas être un palliatif des difficultés des urgences et ne bénéficier qu'aux pathologies purement somatiques, ils doivent aussi pouvoir être utilisés pour des pathologies mixtes en veillant à ne pas mélanger les populations.

### **3.3 LA MISE EN PLACE D'UNE EVALUATION DE L'ACTIVITE PSYCHIATRIQUE AUX URGENCES**

Il est indispensable d'avoir un relevé d'activité unifié en matière psychiatrique afin de posséder des éléments de comparaison et permettre de mieux organiser les interventions du secteur à l'hôpital général. Des systèmes variés existent dans la région et l'un n'est pas meilleur que l'autre car ils ont été élaborés à des niveaux et par des professionnels différents. Des indices synthétiques devraient donner une plus grande légitimité à l'intervention des spécialistes dans les services d'urgence. La question de l'évaluation est aujourd'hui devenue centrale dans les services déconcentrés, les inspecteurs incitent de plus en plus les établissements à rentrer dans cette démarche évaluative, pour ce faire, on doit pouvoir mettre en lumière tout l'intérêt d'évaluer une activité psychiatrique qui peut sembler au premier abord difficilement quantifiable.

#### **3.3.1 Quel objectif pour l'évaluation de l'intervention psychiatrique aux urgences ?**

Avant de réfléchir aux critères et à leur formalisation, on peut se demander quelle sera l'utilité de ce recueil de données. Pour l'instant, ces informations sont uniquement utilisées pour justifier la non-permanence des psychiatres au sein des services d'urgences. En effet, quand il n'y a, en moyenne, qu'une urgence à caractère psychiatrique le dimanche ou les soirs après minuit, la présence d'un infirmier avec une expérience en psychiatrie doit suffire pour « représenter » la spécialité psychiatrique.

Les correspondants administratifs mais surtout médicaux de l'ARH doivent faire changer ce raisonnement et redonner à l'évaluation son but premier c'est-à-dire analyser l'efficacité et l'efficience du système mis en place.

Le relevé d'activité des interventions psychiatriques dans les services d'urgences doit aussi permettre de constituer une nouvelle base de données, l'épidémiologie n'étant pas encore très développée en matière psychiatrique

Il faut multiplier les indications sur ces nouvelles populations qui s'adressent en premier lieu à l'hôpital général car elles ont peur ou n'ont pas la possibilité de s'adresser directement aux secteurs. Le stéréotype du malade mental dangereux, exclu et isolé est mis à mal par les personnes rencontrées dans les services d'urgences. Il ne faut pas développer une psychiatrie à deux vitesses avec les plus « fous » en CHS et les moins dangereux accueillis par les psychiatres dans les SAU et UPATOU.

Collecter ces données devrait apporter une base nouvelle pour élaborer des méthodes de travail en commun entre médecine générale et psychiatrie.

La mise en place et la détermination de critères communs paraît indispensable pour une politique coordonnée et cohérente en matière de santé mentale dans la région.

On devra retrouver des indices comme l'identité (sexe, âge, lieu d'habitation...), le contexte familial, économique, les circonstances d'arrivées (de lui-même, envoyé par un généraliste), le ou les motifs d'admissions ainsi que ces antécédents médicaux et psychiatriques. Il devra aussi préciser les interventions faites et par qui elles l'ont été, à quel moment elles ont eu lieu.

Si cela est possible, il faudrait aussi noter si la personne a fait un travail plus en profondeur : Est-elle allée en CMP ? Est-elle revenue consulter le psychiatre dans le cadre de la liaison ? A t'elle abandonné tout suivi ?

Une approche plus clinique comme celle de l'hôpital de Colmar peut être privilégiée, celle-ci étant destinée plus directement à une analyse médicale de données.

Il va falloir attendre la mise en place du relevé unique du secteur de l'EPSAN pour voir si des établissements situés dans des contextes géographiques et économiques différents peuvent appliquer de la même manière des indices synthétiques choisis. Les premiers chiffres de cette évaluation devront donner une image plus claire de la population psychiatrique qui fréquente les CHG, ils permettront de voir d'éventuels mouvements de population vers un secteur ou l'autre. Pour la DRASS, ces indications pourront faciliter le travail d'état des lieux lors de la mise en place de programmes spécifiques régionaux, ils pourront aider à la répartition des structures sur le territoire, examiner dans quelle partie du département il manque des structures alternatives, des lits d'hospitalisation dans les secteurs.

### 3.3.2 Une prise en charge globale du patient

Le décret de 1997 offre la possibilité au patient de pouvoir bénéficier des avis de médecins généralistes comme spécialistes, cela s'inscrit dans une volonté de prendre en charge la totalité de la situation de l'individu. On pourrait imaginer à terme un suivi unique du patient qu'il passe entre les mains d'urgentistes comme de psychiatres. Les somaticiens continuent de faire leur bilan médical à part, ne pourrait-on par mettre en place un dossier unique pour le patient qui contiendrait des informations sur l'aspect physique et psychique de la personne. Bien sûr, ce projet est polémique du point de vue du respect du secret professionnel entre spécialités mais pour permettre une action coordonnée, les deux disciplines devraient pouvoir échanger sans crainte des informations.

Les médecins de l'Assurance Maladie insistent sur la nécessité de former les futurs médecins qu'ils soient généralistes ou spécialistes à une certaine culture de « l'évaluation. » Ce terme ne doit plus être synonyme de flicage, de rentabilisation à tout prix, c'est aux correspondants de l'ARH (DDASS, Assurance Maladie...) de faire comprendre aux professionnels que l'évaluation peut leur apporter des moyens supplémentaires, des chances d'étendre leur champ d'intervention. Les facultés de médecine doivent également intégrer la culture de l'évaluation et former les étudiants à utiliser au mieux des nomenclatures comme la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux.)

Dès la formation, les psychiatres doivent également se sentir concernés par tout ce qui touche l'évaluation et le relevé d'activité. En effet, si la mise en place du PMSI psychiatrie n'est qu'expérimentale et à durée déterminée, on peut penser qu'à terme ce système va se développer dans toutes les disciplines afin d'organiser au mieux la répartition des moyens et des crédits. Pour l'instant, il n'est pas prévu d'utilisation financière du PMSI psychiatrie avant 2008.

Si cette évaluation se met en place, elle ne devra pas être qu'un outil de description et de mesure de l'activité hospitalière, elle devra aussi permettre une réduction des inégalités inter et intra régionales et un partage de l'information. Outre son intérêt épidémiologique, le PMSI psychiatrie s'il est généralisé, pourra constituer une aide à la décision en matière de tutelle et de planification ainsi qu'une base de données médico-économiques.

### **3.4 UNE MEILLEURE ATTRACTIVITE POUR UNE PLUS GRANDE DISPONIBILITE**

Le cœur de l'intervention psychiatrique dans les services d'urgence est constitué par les personnels, infirmiers et psychiatres. Le contexte démographique alsacien n'est pas trop en crise même si une augmentation du personnel permettrait une rotation plus souple à l'intérieur des unités. Des problématiques spécifiques se posent pour ces deux emplois :

Les médecins psychiatres ne participent pas pleinement aux activités des urgences en invoquant la priorité du travail de secteur, les infirmiers sont plus et parfois trop impliqués dans les services d'urgences d'où leur sentiment de perte d'identité, de perte de contact avec le travail de secteur.

#### **3.4.1 Une meilleure attractivité des postes pour les psychiatres**

La principale difficulté exprimée par les médecins est leur positionnement face au travail qu'ils doivent effectuer dans les SAU et UPATOU. Certains font pour moitié des urgences ou de la liaison, d'autres font plus de liaison avec un suivi du patient identique à celui d'un CMP. Dans les UPATOU comme celui de Wissembourg, les données d'activité indiquent que le véritable travail d'urgence ne prend que 5 ou 6 heures par mois et que c'est la liaison qui occupe le plus les personnels spécialisés. C'est le révélateur d'une importante carence en matière de psychiatrie de liaison, cette activité n'est pas réellement définie par les textes et chaque établissement semble l'interpréter comme bon lui semble. Ce secteur semble véritablement à « l'abandon »

Que faire pour améliorer cette situation ? Il s'agirait tout d'abord de donner un cadre réglementaire général à ces interventions, les faire reconnaître par les secteurs psychiatriques comme de véritables activités psychiatriques et pas comme de simples délocalisations de moyens et de personnels. D'un autre côté, les centres hospitaliers ne doivent pas entretenir des relations prescripteurs/prestataires avec les secteurs, ils ne peuvent pas choisir des activités psychiatriques à la carte privilégiant la liaison à l'urgence par exemple.

La difficulté réside dans le fait de distinguer les urgences de la liaison, là aussi un travail de mise à plat pourra être effectué par les professionnels : Il faut, par exemple, mettre en place des fiches patient différentes selon qu'il s'agisse d'une intervention en urgence ou un suivi de liaison. Ces fiches devront être rassemblées dans le dossier patient car il ne faut pas rajouter un dispositif de relevé supplémentaire mais créer les conditions pour qu'il soit plus efficace.

Le constat premier de ce travail a été l'embarras des psychiatres devant l'obligation réglementaire de s'impliquer dans un système de garde au sein des services d'urgences. A Strasbourg, les HUS rencontrent d'importantes difficultés pour recruter des praticiens afin d'assurer les gardes aux urgences : Des postes fléchés urgences psychiatriques ne sont pas intéressants et mobilisateurs, il faut donc permettre au praticien d'assurer en plus des urgences de la liaison (moins contraignante en terme de conditions matérielles et psychologiques) et, si les locaux le permettent, pouvoir effectuer des consultations externes. Toutes ces possibilités offertes doivent permettre de fixer le psychiatre et de l'intégrer au centre hospitalier.

Les services de tutelle doivent favoriser la mise en place de ces postes à plein temps plus attractif quitte à autoriser la rotation de plusieurs médecins sur un même ETP comme cela se pratique au CH de Haguenau. De plus, les secteurs doivent être sensibilisés aux politiques de redéploiement qui pourraient se mettre en place.

Le SROS psychiatrie avait émis l'hypothèse d'une collaboration avec le secteur psychiatrique libéral, pour l'instant cette piste n'a pas été explorée. En Alsace, le milieu libéral est très important et les temps d'attente pour obtenir une consultation sont longs, on peut penser que l'implication des libéraux sera très faible car ils ne pourront intervenir qu'en dehors de leurs heures de consultation. De plus, s'ils ont déjà une bonne clientèle installée, la participation aux gardes des services d'urgences ne pourra être qu'un acte volontaire dans un objectif de santé publique.

Ainsi à Haguenau, avant la mise à disposition de médecin par le secteur, c'est un psychiatre libéral qui assurait les consultations, celui-ci a rapidement abandonné car il était obligé de venir entre midi et deux.

Des actions de formations entre médecins doivent également être entreprises : Les urgentistes doivent être sensibilisés aux problématiques psychiatriques qui arrivent aux urgences : violence, tentative de suicide, névroses. Ces plans de formations doivent concerner tous les intervenants et se spécialiser sur des pathologies déjà rencontrées par les uns et les autres.

De leur côté, les psychiatres doivent, eux, s'initier à une nouvelle manière d'appréhender la psychiatrie : travailler sur une population différente, qui n'a pas choisi, dans la majorité des cas, d'être suivi par un spécialiste. Ils doivent, en plus, trouver une place au sein de l'équipe médicale des urgences.

Ces formations ne peuvent être impulsées par les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales mais si l'ARH propose un canevas d'élaboration pour les conventions de

coopération entre secteurs et centres hospitaliers, ces actions de formations devront être une des priorités sur lesquelles les deux parties signataires devront négocier.

### **3.4.2 Une plus grande disponibilité des infirmières psychiatriques**

En ce qui concerne la présence des infirmières ayant une expérience dans le domaine psychiatrique, la participation intersectorielle est indispensable. En effet, plusieurs médecins interrogés estiment que pour un SAU, il faut au minimum, une rotation de 6 infirmières pour assurer une présence en continu tous les jours de la semaine. Il faut mobiliser les secteurs concernés mais on peut aussi faire intervenir les structures alternatives : ainsi les CMP peuvent aussi, dans la limite de leurs moyens, mettre à disposition des infirmières.

Pour avoir une présence psychiatrique assurée dans les services d'urgence, le plus important est de créer des conditions favorables à un travail en partenariat, pas à une dilution du pool psychiatrique dans le pool des urgences. Si certains auteurs considèrent cette intégration comme essentielle pour établir une cohésion et un travail d'équipe, les médecins de secteurs rencontrés considèrent que l'indépendance des infirmières est indispensable pour qu'elles effectuent correctement leur travail. Elles doivent conserver le lien avec le secteur pour mieux accueillir et proposer une orientation future au malade.

Le fait que l'ARH ouvre des postes supplémentaires d'infirmières avec une expérience en psychiatrie, ne doit pas accorder du personnel médical supplémentaire au service des urgences mais doit apporter une prise en charge différente et complémentaire au patient.

Quand les infirmières sont incluses dans le personnel du SAU ou de l'UPATOU (Colmar, Wissembourg), elles font beaucoup plus d'actes « somatiques » que psychiatriques et n'ont plus le temps de se rencontrer avec le praticien hospitalier pour évoquer la situation des patients. Elles doivent, en plus, retrouver une certaine technicité dans les gestes et se sentent un peu désemparées car isolées de leur activité de secteur.

Les établissements, dans les conventions de mise à disposition qu'ils vont conclure, doivent être attentifs à ce problème et doivent prévoir précisément le rôle de l'infirmière et son positionnement hiérarchique au sein du service des urgences.

Ces conventions peuvent également prévoir la place de l'infirmière face aux médecins, préciser si elle peut jouer un rôle d'intermédiaire, de repérage des crises.

En matière de formation, la réintroduction d'une spécialisation pourrait être positive mais pas indispensable car dans la plupart des services d'urgences, on trouve des infirmières avec une grande expérience qui ont aussi pour rôle de former les jeunes générations.

Les jeunes infirmières rencontrées reconnaissent qu'il est difficile de travailler en milieu psychiatrique quand on a eu une formation très sommaire mais selon elles, c'est la motivation et le travail avec les médecins qui constitue la meilleure des formations.

Le rapport Piel et Roelandt est favorable au retour de cette spécialisation qui devrait prendre la forme d'une année d'étude supplémentaire afin de pallier le manque de vocation actuel et de limiter les conséquences de la chute de la démographie médicale. Il considère qu'il faut redéfinir le rôle des différents soignants et confier plus de responsabilité aux infirmières.

### **3.5 LA PLACE DU SECTEUR DANS L'ORGANISATION SANITAIRE ET LE TRAVAIL EN RESEAU**

Indirectement, les services de planification de la DRASS peuvent avoir une influence sur la prise en charge des urgences psychiatriques : La possibilité de prévenir en amont la survenue des urgences par le développement de prises en charge alternatives pourrait limiter l'afflux de demandes au sein des SAU et UPATOU.

L'arrivée d'une personne dans les services d'urgence met souvent à jour des difficultés sociales plus que, réellement, médicales. Le secteur doit alors pouvoir se positionner comme intervenant, il ne doit pas palier à la mauvaise ou l'absence d'orientation vers une structure médico-sociale mais doit plutôt constituer une porte d'entrée plus accessible pour certains publics mal informés des moyens mis à disposition.

#### **3.5.1 Un travail en réseau plus concret**

Les établissements peuvent agir de différentes manières pour favoriser l'intervention de personnels psychiatriques au sein des services d'urgences : Ouvertures de poste, redéploiement, regroupement de missions.

Mais le développement de tout le maillage extra hospitalier devrait permettre également d'agir plus efficacement sur les personnes qui viennent pour une consultation psychiatrique aux urgences.

En premier lieu, des actions de sensibilisations doivent se mettre en place pour des médecins généralistes, souvent ceux-ci orientent les patients vers les urgences générales en

ayant déjà suspectés une pathologie psychiatrique mais il leur semble plus aisé de faire accepter au patient une admission en secteur psychiatrique qui passerait par l'intermédiaire d'un psychiatre du SAU.

*Quelques activités hors hospitalisation temps plein<sup>31</sup>*

	Bas-Rhin	Haut-Rhin	Alsace
<i>Journées en hospitalisation de jour</i>	59 849	27 584	87 433
<i>Journées accueil familial thérapeutique</i>	331	32	363
<i>Journées en appartement thérapeutique</i>	1 261	2 302	3 563
<i>Séances en CATTP</i>	33 860	23 028	56 888
<i>Consultations en CMP</i>	89 126	67 414	156 540
<i>Interventions à domicile</i>	27 122	15 105	42 227
<i>Intervention en institutions substitutives à domicile</i>	17 529	11 001	28 530

Certains relevés d'activités ont déjà souligné la spécificité des populations accueillies aux urgences, d'où l'opportunité de travailler en amont pour toucher un public plus large.

Le développement de structures plus préventives ou alternatives à l'hospitalisation doivent permettre un dépistage précoce des difficultés, pouvoir agir pour que la crise ne survienne pas ou bien intervenir avant qu'elle ne revête un caractère plus aigu.

Les activités de jour en matière psychiatrique sont en augmentation (progression de 10% dans le Haut-Rhin par rapport à 1999) et certaines structures commencent à être saturées comme les HUS ou Erstein.

---

<sup>31</sup> Tableau de bord du dispositif de soin de psychiatrie générale, DRASS, données 2000

Les CMP et hôpitaux de jour sont bien implantés en Alsace mais ils devraient être plus accessibles avec des horaires plus étendus pour les personnes qui travaillent en journée.

Les appartements thérapeutiques ne sont pas encore très développés et pourraient constituer une bonne réponse pour une réinsertion de la personne après son passage aux urgences.

La création des structures ne doit pas être une fin en soi mais il ne faut pas que la saturation qui se constate dans certains établissements atteigne la qualité du travail fourni par les professionnels. Le maillage doit être suffisant pour ne pas laisser de côté une région ou une frange de la population. C'est à travers des états des lieux, comme celui effectué lors de la mise en place du SROS psychiatrique, qu'on peut détecter les zones moins bien desservies par l'offre de soin en matière psychiatrique.

Il est important de faire connaître aux médecins travaillant dans les services d'urgences l'existence de ces structures alternatives, quelques praticiens qui font des vacations au centre hospitalier travaillent aussi en CMP d'où une plus grande facilité dans l'orientation ultérieure. Pour les autres, ils doivent connaître les prestations des secteurs, l'idéal étant de pouvoir mettre en place une véritable politique intersectorielle de collaboration.

Les psychiatres doivent aussi avoir une bonne connaissance du secteur médico-social. Parfois, une association d'écoute pourrait suffire au lieu de la mise en place d'une thérapie plus lourde. A Colmar, les médecins psychiatres travaillent avec des associations comme le point accueil écoute jeune pour prévenir les tentatives de suicide. La DRASS pourrait impulser la mise en place de ces réseaux afin que chaque partenaire puisse se connaître et travailler ensemble, un répertoire sur les structures médico-sociales et les associations d'aides doit se retrouver dans chaque service d'urgences.

A Haguenau, le service a pris en considération cette dimension sociale de l'urgence en mettant à disposition plusieurs fois par semaine une assistante sociale qui effectue un travail de remise à plat de la situation sociale après que les difficultés physiques aient été réglées.

Elle offre aussi des prestations de conseil pour les personnes et l'hôpital par la même retrouve son rôle social : Ne pas soigner simplement le corps mais prendre en compte toute la détresse humaine.

Un travail en amont peut aussi avoir lieu auprès des « usagers » : Il ne s'agit pas de vanter la qualité des services d'urgences mais de faire connaître plus largement les dispositifs qui existent, ceci est d'autant plus difficile que les personnes qui arrivent pour des urgences psychiatriques sont souvent des personnes âgées un peu perdues. Il faut sensibiliser les proches à ces problèmes et proposer des solutions.

Ainsi, la présence psychiatrique dans les services d'urgence peut permettre de repérer des nouvelles cibles de population et de les orienter vers les structures qui sont disponibles. Il faut réaffirmer le caractère sanitaire des missions de la psychiatrie comme, par exemple, prodiguer les meilleurs soins spécialisés, participer aux diverses structures sociales ou mettre en place des actions coordonnées dans un réseau global, le bassin de santé.

### **3.5.2 Une organisation sanitaire prenant plus en compte le secteur psychiatrique**

Le rapport Piel et Roelandt consacre toute une partie de ses recommandations à la refonte de la planification en matière psychiatrique. Il constate que celle-ci est complexe et inadaptée, sur le terrain, les inspecteurs de la DRASS rencontrés font les mêmes constats.

En effet, la programmation hésite entre différents niveaux géographiques (état, région ou département), la mise en place des secteurs n'est souvent considérée que comme une sous-planification. Chaque service de l'état (sanitaire, médico-social, éducation nationale, justice) et des collectivités territoriales (aide sociale à l'enfance, circonscription, centre de secours) dispose d'un découpage différent, découpages auxquels se rajoutent les « pays ».

Les SROS distinguent les activités de médecine-Chirurgie-Obstétrique de la psychiatrie et même s'il se développe quelques SROS unifiés, le travail sur l'espace sanitaire régional reste morcelé. L'accent est souvent mis sur le MCO et ce n'est que dans des régions très sensibilisées aux problématiques psychiatriques qu'un schéma spécial se met en place.

Les urgences psychiatriques touchent souvent au domaine médico-social et il pourrait être intéressant d'articuler la planification de l'offre de soins psychiatrique avec celle du secteur médico-social même si les deux domaines sont et doivent rester distincts car on ne peut pas regrouper souffrance psychique, sociale et souffrance psychiatrique.

Pour permettre une mise en cohérence des différents niveaux de planification, il faudrait rapprocher les cartes sanitaires, psychiatriques, sociales, judiciaires et scolaires, avoir un seul découpage faciliterait les coordinations entre différents intervenants et pourrait accélérer la mise en place de Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaires unifiés intégrant un volet santé mentale obligatoire. Cette planification serait confiée au niveau régional en attendant les futures Agences Régionales de Santé.

Si cette proposition semble mettre plus largement en cohérence le travail effectué, on peut toutefois s'interroger sur l'intégration de ce volet obligatoire.

En élaborant une SROS entièrement consacré à la psychiatrie, un travail très précis de recensement, de discussion avec les acteurs a pu naître mais si la santé mentale devient un volet comme un autre du SROS, le travail en profondeur sera peut-être moins poussé et l'incompréhension avec les secteurs plus grande.

Plus ambitieusement, ce rapport envisage la refonte des structures spécialisées en psychiatrie dans un Service Territorial de Psychiatrie qui regroupera les secteurs en offrant toutes sortes de prestations comme des hospitalisations complètes ou de jour, des urgences, des CMP, des familles d'accueil ou de la psychiatrie de liaison.

Les concentrations psychiatriques hospitalières ont été un frein majeur à la réalisation complète de la politique de sectorisation et si elles constituent encore aujourd'hui une référence d'organisation pour les professionnels en psychiatrie, on voit bien le cloisonnement qu'il subsiste quand il s'agit de mettre en place une garde intersectorielle pour assurer une présence psychiatrique au sein des services d'urgences.

Comme tous les rapports déjà produit en matière de psychiatrie on peut s'interroger sur l'application effective de ces mesures mais il a au moins le mérite d'exposer clairement toutes les difficultés rencontrés par la psychiatrie actuelle. La proposition d'unifier les SROS a été reprise dans le plan d'action en santé mentale de novembre 2001 élaboré par l'ancien gouvernement, on ne sait pas aujourd'hui si ces mesures vont être pérennisées.

A Lopez<sup>32</sup> évoque les appréhensions du secteur à s'impliquer plus largement : le secteur psychiatrique était la recherche d'une adéquation entre des équipements et des moyens pluridisciplinaires et une population afin de répondre au mieux aux besoins existants. L'objectif populationnel ne doit pas être négligé au profit d'un découpage géographique et c'est aujourd'hui vers plus d'ouverture qu'il doit se tourner tout en conservant ses spécificités.

---

<sup>32</sup> A.LOPEZ, *le secteur psychiatrique en devenir*. L'information psychiatrique, mars 1999, p 284-288.

En conclusion, l'accueil des urgences psychiatriques, qui semblait à première vue un thème très technique est l'exemple de tout ce qui reste encore à faire en matière psychiatrique.

D'un point de vue strictement matériel, la présence de médecins et d'infirmières spécialisées en psychiatrie dans les services d'urgences doit se concrétiser dans la conclusion de conventions communes entre secteurs et centres hospitaliers. Ceci est de la responsabilité des chefs d'établissements et le rôle de l'inspecteur se limite à vérifier la conformité de ces dispositions aux textes en vigueur ; il peut tout de même émettre des propositions pour améliorer les conditions d'organisation comme la nécessité de favoriser des plans de formation pour le personnel, l'obligation d'évaluer à des moments précis l'efficacité du dispositif en place.

L'ARH peut également ouvrir des postes de PH supplémentaires, peut offrir des postes combinant urgences et liaison ou mettre en place des unités d'hospitalisation de courte durée dans les hôpitaux, qui le peuvent financièrement et matériellement.

Les services déconcentrés doivent inciter au développement de dispositifs d'évaluation en psychiatrie et à la mise en œuvre d'outils de planification comme les schémas régionaux, un tableau de bord annuel de recueil d'informations.

Aucune de ces propositions n'a d'effet contraignant, l'on ne peut obliger les professionnels à travailler ensemble mais seulement mettre en place les conditions idéales qui permettraient des actions communes. En matière psychiatrique, plus que dans toute autre discipline médicale, les relations humaines régissent les conditions de travail, l'enrichissement d'une pratique par l'autre doit être cultivé et mis en valeur.

Petit à petit, un changement de mentalité s'opère et la différence de culture si souvent invoquée pour justifier l'absence de relation concrète entre secteur et hôpital général tend à se réduire. Des professionnels impulsent des projets intersectoriels comme à Hauguenaou, où les infirmières qui tournent au sein du SAU viennent de différents secteurs de la région.

La coopération entre somaticiens et psychiatres pourra être une des matérialisations des nouvelles politiques de planification : Celles-ci visent à simplifier le dispositif en offrant une organisation unique pour mieux coordonner une prise en charge globale du patient.

De nouvelles pratiques sont testées au niveau local : Dans les Yvelines, l'expérience ERIC (Equipe Rapide d'Intervention de Crise) a vu la constitution d'un service mobile d'urgences psychiatriques géré par le centre 15 du département. Les médecins sont partis du constat que du fait de leur activité programmée, les CMP n'avaient pas de disponibilité suffisante pour garantir une bonne réponse à l'urgence.

De plus, dans les services d'urgence, les interventions privilégient le tri et l'orientation au travers d'une réponse brève et pas d'un traitement au fond. Une des conséquences de cette situation est l'absence d'offre alternative d'où la mise en place d'une intervention permettant de réguler des tensions.

Cette expérience est très spécifique et ses modalités de mise en œuvre impliquent des conséquences matérielles et financières importantes : En effet, ils sont appelés par les médecins, interviennent directement sur le lieu de l'urgence et initient avec l'entourage une prise en charge à domicile. En 1994, l'équipe a effectué 402 interventions pour 307 patients mais cette expérience a pu bien fonctionner à cause d'une implantation géographique centrale et d'une équipe faible en effectif et bien acceptée. Ce mode de prise en charge qui repose sur l'intersectorialité et la mobilité permet d'accéder à une population qui ne connaît pas habituellement les urgences ou le secteur mais elle repose uniquement sur la bonne volonté des individus. De plus, on n'en voit pas encore les effets pérennes et de resocialisation.

Cet exemple d'équipe mobile peut inspirer la création d'autres modalités d'organisation qui feront intervenir les psychiatres pour des situations d'urgence en dehors de leur centre de secteur.

Dans le même département, un réseau « santé mentale Yvelines Sud » a été mise en place. Il doit permettre de faire travailler ensemble généralistes (souvent les premiers consultés et qui ne sont pas toujours sensibilisés aux problématiques psychiatriques) et les spécialistes. Ce réseau passe par la création de cycles de formation et d'un centre de consultation spécialisé qui s'adresse aux patients vus en médecine de ville.

Des solutions pour développer les collaborations existent mais elles doivent s'adapter au contexte médical local et surtout reposer sur des professionnels motivés et curieux de s'initier à de nouvelles méthodes de travail.

Je tiens à remercier tous les professionnels rencontrés pour leur disponibilité et leur accueil, et particulièrement M.Jean-François VALET, inspecteur au service des établissements de santé de la DDASS du Bas-Rhin et Mme Catherine STADLER-BETZ, inspectrice à la DRASS d'Alsace au service offre de soins.

# Bibliographie

## Ouvrages et colloques :

*Urgences et psychiatrie*. Séminaire interprofessionnel. Edition ENSP, 1993.

*De la psychiatrie*. Association Nationale des Présidents et vice-présidents des Commissions Médicales d'établissement, 1994.

*La psychiatrie publique en France*. Regards sur l'actualité, février 1991. La documentation française.

PETITJEAN F., DUBRET G., TABEZE J-P. *Psychiatrie à l'hôpital général*. Edition Erès, 1993.

GEORGE M-C., TOURNE Y. *Le secteur psychiatrique*. Que-sais-je, 1994.

BAILLON G. *Les urgences de la folie, l'accueil de la santé mentale*. Gaétan Morin Editeur. 1998.

DE CLERC M., LAMARRE S., VERGOUREN H. *Urgences psychiatriques et politique de santé mentale : Une perspective internationale*. Edition MASSON médecine et psychothérapie, 1999.

KOVES V., LESAGE A., BOISGUERIN B. et al. *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*. Comité de Santé Mentale du Québec, DGS.

## Articles et revues :

LEICHER C. *Gérer les urgences*. Revue Hospitalière de France, mai -juin 1994.

BAILLON G. *Le psychiatre de service public aujourd'hui*. 25 juin 1995 (visité le 4 décembre 2001) [www.eps-ville-evrard.fr](http://www.eps-ville-evrard.fr).

KANNAS S., BARRETEAU C., MASSE G. *Dossier Santé Mentale: L'individu, les soins, le système*. Actualité et Dossiers en Santé Publique, Revue Trimestrielle Haut Comité de la Santé Publique, 1996.

PICHENE C., KUNTBURGER F., NORROY B. *La prise en charge des urgences psychiatriques : l'intérêt des conventions entre CHG et CHS* *L'information psychiatrique*, mai 1996, n°5, p443-447.

FERRAND I. *Psychiatrie aux urgences d'un hôpital général : quelles difficultés ?* *L'information psychiatrique*, mai 1996, n°5, p451-453.

ROBIN M., POCHARD F., MAURIAC F et al. Urgences psychiatriques : Doit-on aller sur le lieu de leur émergence ? *L'information psychiatrique*, mai 1996, n°5, p458-462.

DE CLERCQ M. Impasses et réalités de la prise en charge des urgences psychiatriques. *L'information psychiatrique*, mai 1996, n°5, p419-428.

BALDO E., BAGAYOGO M. Le secteur dans l'urgence. *L'information psychiatrique*, mai 1996, n°5, p429-436.

MASSE G. Le secteur psychiatrique en relation avec l'hôpital général. *Gestions Hospitalières*, novembre 1997, p715-719.

MARTINEZ J. PENOCHET J-C. La psychiatrie, victime de son image. *Gestions Hospitalières*, novembre 1997.

HORASSIUS-JARRIE N., BALDO E. La psychiatrie « attrape-tout » dans les services d'urgences des hôpitaux généraux. *L'information psychiatrique*, mai 2000, n°5, p521-533.

GUEDJ M-J., MASSE G., RAYNAUD P. et al. Le CPOA : bilan et perspectives. *L'information psychiatrique*, mai 2000, n°5, p556-562.

RIOU B. Evolution et enjeux des urgences en France. *L'information psychiatrique*, mai 2000, n°5, p569-576.

### **Textes législatifs et réglementaires :**

Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre sociales

Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

Loi n°90-527 du 27 juillet 1990 relative aux droits et protection des personnes hospitalisées à cause de troubles mentaux

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Décret n°86-602 du 14 mai 1986 relatif à la lutte contre la maladie mentale et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

Décret n°91-1410 du 31 décembre 1991 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire, pris pour application de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Décret n°95-647 du 9 mai 1991 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé

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 sanitaires et modifiant le code de la santé publique

Décret n°98-63 du 2 février 1998 portant diverses dispositions relatives à l'organisation et à l'équipement sanitaire

Circulaire n°896 AS2 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 en santé mentale

Circulaire n°DH 4B/DGS 3<sup>E</sup>/91 du 14 mai 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale : guide d'organisation

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

Circulaire DH-PE 3/DGS-SP3 du 14 mars 1993 relative aux procédures de planification en santé mentale

SROS Alsace 1999/2004

SROS psychiatrie Alsace 1998/2002

### **Rapports et études :**

ZAMBROWSKI M. *Moderniser et diversifier les modes de prise en charge de la psychiatrie française*. La Documentation française, 1986.

STEG A. *L'urgence à l'hôpital*. Rapport du Conseil Economique et Social, 1989.

MASSE G. *La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale*. Edition ENSP, 1993.

PIEL E., ROELANDT J-L. *De la psychiatrie vers la santé mentale*. Mission « réflexion et prospective en santé mentale », juillet 2001.

Document de travail Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES.) *Bilan de la sectorisation psychiatrique*, juin 2000.

Etudes et résultats de la DRESS. *L'offre de soin en psychiatrie : Des « modèles » différents selon les départements ?* N°48, janvier 2000.

---

# Liste des annexes

---

**(Annexes non publiées)**

1. Grille d'entretien
2. Liste des personnes interrogées
3. Articles du Code de la Santé Publique concernant la présence psychiatrique dans les SAU et les UPATOU
4. Fiche de relevé d'activité du SAU de Strasbourg
5. Extrait du document de travail mis en place pour les visites de conformité des SAU et UPATOU en Alsace
6. Tableau récapitulatif des visites de conformité dans les SAU d'Alsace
7. Tableau récapitulatif des visites de conformité dans les UPATOU d'Alsace
8. Fiche de relevé d'activité du SAU de Haguenau
9. Fiche de relevé d'activité de l'UPATOU de Wissembourg
10. Fiche de relevé d'activité du SAU de Colmar