

Ecole Nationale de la Santé Publique

FORMATION : Infirmier Général

Promotion 1999

**PRATIQUES INFIRMIERES ET PRISE EN CHARGE
DES URGENCES PSYCHIATRIQUES A L'HOPITAL
GENERAL**

Quelles orientations pour l'Infirmier Général ?

Jean DELAUNAY

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
--------------	---

1ère partie

LES URGENCES PSYCHIATRIQUES A L'HOPITAL GENERAL : UNE CONCEPTION EN EVOLUTION

Repères épidémiologiques

I - CLINIQUE ET ORGANISATION

I - 1 - Définitions

<i>I - 1 - 1 - Evolution</i>	10
<i>I - 1 - 2 - Le concept de crise</i>	12
<i>I - 1 - 3 - Les caractéristiques des urgences psychiatriques</i>	12

I - 2 - Le dispositif

<i>I - 2 - 1 - Le cadre réglementaire</i>	14
<i>I - 2 - 2 - Le secteur et l'urgence psychiatrique</i>	17

II - LA PRISE EN CHARGE

II - 1 - Généralités

<i>II - 1 - 1 - Les situations cliniques</i>	20
<i>II - 1 - 2 - Les objectifs</i>	21
<i>II - 1 - 3 - Les spécificités</i>	22

II - 2 - Les pratiques infirmières

<i>II - 2 - 1 - La place des infirmier(e)s</i>	25
<i>II - 2 - 2 - Le rôle des infirmier(e)s</i>	26
<i>II - 2 - 3 - De la nécessité d'une pratique infirmière spécifique</i>	28

2ème partie

ENQUETE COMPARATIVE SUR LES PRATIQUES DE TERRAIN AUPRES DE DEUX SERVICES D'ACCUEIL ET DE TRAITEMENT DES URGENCES

I - METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

I - 1 - Présentation des établissements

I - 1 - 1 - Les établissements et leur service d'urgence31

I - 1 - 2 - Le fonctionnement des urgences psychiatriques33

I - 2 - Présentation des entretiens

I - 2 - 1 - La grille d'entretien35

I - 2 - 2 - Les interlocuteurs36

I - 2 - 3 - Méthode d'analyse37

II - EXPLOITATION

II - 1 - Le contenu des entretiens

II - 1 - 1 - La prise en charge des urgences psychiatriques :

Caractéristiques, rôle des infirmiers38

Questions 1 et 2

II - 1 - 2 - Les facteurs d'amélioration de la prise en charge infirmière41

Questions 3-4-5

II - 1 - 3 - Eléments complémentaires45

Question 6

II - 2 - Bilan de l'enquête

II - 2 - 1 - Sur les établissements47

II - 2 - 2 - Sur la prise en charge des urgences psychiatriques à

l'Hôpital Général.....48

II - 2 - 3 - Sur les facteurs d'amélioration des pratiques infirmières50

3ème partie :

PROPOSITIONS D'ORIENTATIONS POUR LA DIRECTION DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS

I - L'INFIRMIER GENERAL ACTEUR DE LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT

I - 1 - Une organisation intersectorielle

I - 1 - 1 - Le cadre de l'intersectorialité54

I - 1 - 2 - La direction des soins infirmiers et l'intersectorialité55

I - 2 - Un dispositif en lien avec les établissements et le réseau

I - 2 - 1 - Conventions et réseaux de soins56

I - 2 - 2 - Le service des soins infirmiers acteur des synergies57

II - L'INFIRMIER GENERAL RESPONSABLE DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS

II - 1 - Conception de la prise en charge infirmière des urgences psychiatriques

II - 1 - 1 - Des soins infirmiers adaptés aux urgences psychiatriques
et/ou situations de crise 58

II - 1 - 2 - Les premiers entretiens59

II - 2 - Les orientations en matière de gestion du personnel infirmier

II - 2 - 1 - Des priorités de formation60

II - 2 - 2 - Une gestion prévisionnelle des compétences60

II - 3 - L'amélioration des urgences psychiatriques

II - 3 - 1 - La démarche qualité dans les services d'urgence61

II - 3 - 2 - Les remarques des utilisateurs63

CONCLUSION

Annexes66

Bibliographie70

INTRODUCTION

La mise en oeuvre de la politique de secteur initiée par la circulaire de 1960¹ a marqué le début d'un grand mouvement de désinstitutionnalisation et d'ouverture des hôpitaux psychiatriques en France². Le développement du dispositif de secteur, initié par le mouvement de la psychothérapie institutionnelle et les progrès de la chimiothérapie, a entraîné une importante évolution des pratiques et des établissements psychiatriques depuis les années 1950.

Dans le même temps, l'intégration de certains services de psychiatrie à l'hôpital général et la création de services de psychiatrie en Centre Hospitalier Universitaire (C.H.U.) ont instauré de nouveaux rapports entre la psychiatrie et l'hôpital général³. Ceux-ci se sont développés dans le cadre de la psychiatrie de liaison, mais aussi des urgences.

Comme l'exprime M.Th. Lempérière⁴, présidente honoraire de l'Association Francophone d'Etudes et de Recherches sur les Urgences Psychiatriques (A.F.E.R.U.P), le double effet du développement des urgences à l'hôpital général et de la désinstitutionnalisation de la psychiatrie a fait des urgences psychiatriques un enjeu fort pour l'hôpital général et pour la psychiatrie.

A partir de 1979, la nécessité d'améliorer l'accueil et la prise en charge des urgences psychiatriques a amené les pouvoirs publics à demander, par voie de circulaire⁵, la mise en place d'une organisation spécifique en lien avec l'hôpital général.

En 1989, dans son rapport sur les urgences à l'hôpital, le professeur Steg⁶ mettait en évidence un nombre important de détresses psychologiques dans les services d'urgence. Ainsi est apparu le besoin d'un dispositif spécifique pour les urgences psychiatriques. Les orientations de cette politique ont été précisées dans la circulaire du 30 Juillet 1992⁷.

¹ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipements des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

² PAUMELLE P. Essai de traitement collectif du quartier d'agités - Rennes E.N.S.P - 1999

³ CONSOLI S.M. Psychiatrie à l'Hôpital Général - Encycl. Méd Chir. (Elsevier Paris) Psychiatrie.37.958.H ³ LEMPERRIERE M. Th. Préface 10.1998.11 p.

in DE CLERCQ M. LAMARRE S. VERGOUWEN H. Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale PARIS. Masson - Coll. Med. et psychothérapie 1998 P. 7-10-11

⁵ Circulaire n° 896 A 92 du 15 mai 1979 relative à l'accueil et aux urgences psychiatriques

⁶ STEG A. L'urgence à l'hôpital - Rapport pour le conseil économique et social - 1989

⁷ Circulaire n° 39/92 DH PE/DGS 36 DU 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques

En 1984, le financement du secteur, et en 1987, le guide méthodologique de planification en santé mentale¹ ont apporté un cadre administratif et réglementaire à l'organisation des structures destinées aux urgences psychiatriques : Centre d'Accueil Permanent (C.A.P.), Centre d'Accueil et de Crise (C.A.C.). Le rapport Massé² sur le dispositif public de soins en santé mentale, les circulaires du 14 Mars 1990 et du 14 Mai 1993³ sur les orientations et la planification de la politique en santé mentale, ainsi que le projet de circulaire relative à l'évolution du dispositif de soins en psychiatrie⁴, ont insisté et insistent toujours sur la nécessité d'ouverture des hôpitaux psychiatriques vers la population et vers d'autres institutions.

Ainsi, face à la demande croissante des services d'urgences de l'hôpital général vis-à-vis de la psychiatrie publique, de multiples expériences se sont développées. Elles ont été accompagnées d'une réflexion théorique spécifique, tel qu'en témoignent les travaux de l'A.F.E.R.U.P. Les réponses mises en oeuvre ont pris des formes très différentes selon l'histoire et les situations locales⁵. Le souci d'optimisation et de rationalisation de l'offre de soins et la volonté de développer les réseaux de soins et les communautés d'établissements, placent encore la question de l'amélioration de la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général au coeur des préoccupations hospitalières.

Dans ce contexte d'évolution concernant la conception et l'organisation des services d'urgences quant à la prise en charge des urgences psychiatriques, l'équipe de direction et l'infirmier général sont amenés, sur la base du projet médical, à préciser les orientations de l'établissement et du service infirmier dans ce domaine. Il est entendu qu'il s'agit là du service de soins infirmiers d'un établissement de santé mentale ou de service de psychiatrie rattaché à l'hôpital général. Ceci posé, il convient pour la direction du service de soins infirmiers de se demander si la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général et l'amélioration de celle-ci nécessite ou non une pratique⁶ infirmière spécifique.

¹ Décret N° 91 86 602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant des possibilités d'hébergement

² MASSE G.- La psychiatrie ouverte - Une dynamique nouvelle en santé mentale (rapport au ministre de la santé), RENNES - Ecole Nationale de Santé Publique 1992

³ Circulaire n° 90-5 du 14 mars 1990 relatif aux orientations de la politique en santé mentale -

Circulaire n° 93-376 du 14 mars 1993 relative aux procédures de planification en santé mentale

⁴ Projet de circulaire DH/E04/DGS/SP3/98 relative à l'évolution du dispositif de soins en psychiatrie

⁵ Cf. : - enquête sur l'accueil des urgences psychiatriques en milieu hospitalier. Association des directeurs d'établissements publics spécialisés en psychiatrie - région centre et sud ouest - 1991

- enquête nationale de la commission des maladies mentales 1990

⁶ Le terme étant ainsi entendu : « Manière concrète d'exercer une activité »

D'une façon générale, la notion d'urgences psychiatriques¹ à l'hôpital général recouvre une réalité clinique spécifique demandant une prise en charge et une organisation particulières à l'hôpital général. Cette réalité clinique justifie d'un point de vue infirmier une prise en charge infirmière adaptée dont la spécificité renverrait à la fois à l'expérience professionnelle, à des pratiques soignantes et à l'organisation de l'équipe.

- Notre propos sera donc d'expliquer en quoi l'expérience professionnelle en santé mentale des infirmiers, la pratique des premiers entretiens d'accueil et d'évaluation et l'appartenance à une équipe spécifique et structurée contribuent à améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général.

Pour ce faire, la première partie de cette recherche sera consacrée à définir les urgences psychiatriques à l'hôpital général et la pratique infirmière qui s'y rattache sur la base d'une recherche documentaire dans la littérature professionnelle. La deuxième rendra compte d'une enquête de terrain auprès des deux services d'urgences de deux centres hospitaliers régionaux. La troisième présentera les « propositions » d'orientation et de gestion de l'infirmier général quant à l'amélioration de la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général.

¹ DE CLERCQ M. - FERRAND I. ANDREOLI A. Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences Encycl. méd. chir. (Elsevier - Paris) psychiatrie 37-678 A 10 1996 13 p.
HOAREAU J. PEIGNE F. Les urgences psychiatriques
Encycl. méd. chir. (Paris France) Psychiatrie 37 678 A 10 12-1987 12 p.

Première partie

Les urgences psychiatriques à l'hôpital général
:
Une conception en évolution

Repères épidémiologiques :

En 1989, dans son rapport sur les urgences à l'hôpital, le professeur Steg relevait la double particularité des urgences psychiatriques :

« - Par leur nature : 80 % d'entre elles ne correspondent pas à une structure psychopathologique durable, mais peuvent néanmoins mettre en jeu le diagnostic vital. Elles se répartissent à peu près également entre les tentatives de suicide, l'alcoolisme et les détresses psychosociales. Seules 20 % d'entre elles sont donc de véritables urgences psychiatriques.

« - Par leur taux : elles représentent 10 à 30 % de la totalité des urgences »¹ Ce dernier pourcentage varie selon que les urgences psychologiques ou psychosociales sont intégrées ou non dans ce cadre, mais aussi en fonction de l'implantation urbaine ou rurale des établissements. Déjà, en 1987, Hoareau et Peigne, dans « les urgences psychiatriques »², mentionnaient l'incidence de celles-ci, à savoir qu'elles concernent 1 % de la population chaque année. Depuis les chiffres ont légèrement évolué, et en 1996 De Clercq, Ferrand et Andreoli³ donnent une répartition avec « 70 % d'urgences psychiatriques ou situation de crise et 30 % d'urgences psychiatriques pures ».

Toutefois, comme le souligne le professeur Steg dans son second rapport⁴, les urgences psychiatriques orientées vers les hôpitaux généraux ne constituent pas l'ensemble des urgences psychiatriques car « un autre groupe de patients est orienté directement vers les hôpitaux psychiatriques pour hospitalisation sous contrainte ou non », mais aussi vers des structures type Centre d'Accueil Permanent ou Centre d'Accueil et de Crise pour un accueil en urgence.

Pour situer l'activité des services d'urgence, l'enquête nationale menée en 1991, citée en référence dans le rapport sur la « médicalisation des urgences »⁵, fait état de 7 058 000 patients accueillis en 1990 dans les services d'urgences de 496 établissements. Ceci représente une moyenne de 13 100 passages par service d'urgence. Le niveau de concentration de l'activité est élevé puisque « 20 % des établissements les plus importants assurent plus de 50 % de l'ensemble des urgences et qu'à l'autre extrémité 50 % des établissements les moins importants assurent moins de 20 % des passages aux urgences ».

¹ STEG A. L'urgence à l'hôpital op. cit. p. 51

² HOAREAU J., PEIGNE F, Les urgences psychiatriques Art. cit. p. 1

³ DE CLERCQ M., FERRAND J. , ANDREOLI A, Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences Art. cit. p. 1

⁴ STEG A. La médicalisation des urgences - Rapport pour le conseil économique et social - 1993 - p. 34

⁵ STEG A. La médicalisation des urgences Op. cit. p. 8

I - 1 - Définitions

I - 1 - 1 - Evolution

D'après Hoareau et Peigne « la notion d'urgences psychiatriques est apparue dans les services d'urgences médicales et de réanimation où l'on a ressenti la nécessité de faire intervenir en urgence un psychiatre afin de résoudre les situations où le faire et le savoir techniques ne suffisaient pas et où l'intervention somatique se révélait insuffisante »¹. La notion s'est donc définie à partir de la demande d'intervention d'un spécialiste de la relation, dans le but de rétablir un équilibre entre le patient et son entourage au sens large, hospitalier, familial, professionnel. Il s'agit alors d'une demande médicale sans référence ni à une équipe ni aux personnels infirmiers.

De plus, le terme même d' « urgences psychiatriques » qui renvoie à la fois à l'agir pour ce qui est de l'urgence, et à la parole pour ce qui est de la psychiatrie est porteur d'une certaine ambiguïté. Sous chacun de ces deux aspects, il mobilise des modes de décisions et d'interventions différents.

La notion recouvre trois grands états psychopathologiques² :

- **L'urgence psychiatrique pure**, par décompensation d'une affection psychiatrique lourde (mélancolie, grand état d'angoisse, agitation). Elle implique une prise en charge en milieu spécialisé, souvent dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte, après élimination d'une organicité

- **Les urgences psychiatriques mixtes** avec des manifestations organiques ou psychiatriques simultanées (Tentatives de Suicide, Delirium Tremens...)

- **Les états aigus transitoires** ou réactions émotionnelles intenses sur un terrain psychologique vulnérable, suite à des événements ou des situations de conflit ou de détresse souvent vécus dans la solitude (ivresse, tentatives de suicide, toxicomanie) ».

¹ HOAREAU J. PEIGNE F. Les urgences psychiatriques - Art. cit. p. 1

² STEG A., Les urgences à l'hôpital Op. cit. p. 51

La circulaire de 1992 a repris la définition de l'urgence ressentie proposée par le groupe de travail de la commission des maladies mentales : « 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 »¹. En soulignant l'importance du ressenti et des demandes qu'il génère chez les différents protagonistes, la définition s'est élargie en faisant une large part au contexte. La référence à l'équipe soignante pour « apporter une réponse à la demande et atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique » indique une évolution. L'acceptation du terme d' « équipe soignante » en psychiatrie et la référence à la souffrance psychique ouvrent une place possible à l'intervention infirmière.

En 1996, De Clercq, Ferrand et Andréoli² distinguent deux types d'urgences psychiatriques. **Les urgences réelles de la psychiatrie** (30 %) ou « psychiatrie en urgence », qui sont les décompensations de pathologies psychiatriques. Elles correspondent aux « urgences psychiatriques pures » du Rapport Steg et à celles rencontrées dans les services de psychiatrie. L'entourage n'est pas directement protagoniste de ce qui se passe pour le patient.

L'autre part concerne **les situations de crise** (70 %) où « le symptôme est manifestement lié à un dysfonctionnement de la communication dans le couple, la famille, l'institution ou le contexte social du patient ». Cela correspond aux « états aigus transitoires ». Dans cette approche la notion d'urgence mixte n'est pas isolée, mais intégrée aux deux classes. Pour ces auteurs, ces situations de crise renvoient au concept d'urgence psychosociale³ ou détresse psychosociale⁴.

Trois aspects ressortent de ces définitions : la prédominance de situation, dite de crise, l'intrication de problèmes somatiques et psychiatriques dans les situations présentes aux urgences, et enfin l'importance des urgences réelles de la psychiatrie. La perception de l'urgence et la nécessité d'une réponse rapide pour diminuer l'acuité de la souffrance psychique des personnes recouvrent l'ensemble des situations relevant de l'urgence psychiatrique.

¹ Circulaire n° 39 92 du 30 juillet - p. 2

² Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences, Art. cit. p. 1

³ DEBOUT M. cité par DE CLERCQ, FERRAND, ANDREOLI - Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences Art. cit.

⁴ PASCALIS, CHAUVOT, DELPECH, cité par HOAREAU PEIGNE - Les urgences psychiatriques Art. cit.

I - 1 - 2 - Le concept de crise

La notion de crise renvoie à la fois à un moment de l'évolution de l'individu, mais aussi au phénomène de tension entre celui-ci et le groupe, ces deux aspects étant interdépendants. Pour Hoareau et Peigne, elle correspond à une situation de rupture et de perturbation qui implique « l'urgence de faire un choix pour mettre fin au processus qui la génère, mais aussi l'impossibilité de discerner les éléments qui, dans le processus, permettraient un réel changement¹ ». Pour ces auteurs, on peut distinguer la « crise-demande » qui définit la crise comme un langage ou une demande qui se transforme en urgence s'ils ne sont pas entendus, et la « crise-symptôme » qui renvoie à la pathologie du sujet et s'intègre à l'évolution de sa maladie.

Pour Andréoli², crise et maladie constituent les deux pôles extrêmes d'un processus psychiatrique. Celui-ci englobe le devenir du patient comme individu et l'articulation de ce devenir à l'entourage familial, social, thérapeutique et institutionnel. Pour lui, la crise s'attache à désorganiser la maladie qui est une entité plus statique, mais plus viable. Elle est l'espace-temps d'une discontinuité opposée à celui de la continuité qui appartient à la maladie. Cette dynamique entre crise et maladie dans le processus psychiatrique, ainsi qu'entre discontinuité et continuité, est éclairante pour la situation de crise rencontrée aux urgences où le patient ne peut être isolé de son contexte, d'autant que dans la plupart des cas, il n'a pas ou peu d'antécédents psychiatriques. Considéré comme « un moment existentiel fécond ou nuisible selon le destin qui lui sera donné », le traitement de la crise implique une intervention spécifique. Le développement de cette approche occupe une part importante de la réflexion sur les urgences psychiatriques et la psychiatrie des urgences.

I - 1 - 3 - Les caractéristiques des urgences psychiatriques

Dans ce domaine, les auteurs s'intéressent à des caractéristiques différentes selon leurs références théorique et institutionnelle. Par souci d'exhaustivité, nous évoquerons l'approche systémique de De Clercq, la conception psychodynamique de Vedrinne ainsi que celle de Baldo référée à la psychothérapie institutionnelle.

¹ HOAREAU, PEIGNE - Les urgences psychiatriques - Art. cit p. 2

² ANDREOLI A. - Crise et intervention de crise en psychiatrie
in ANDREOLI A., LALIVE J., GARRONE G., Crise et intervention de crise en psychiatrie PARIS - SIMEP 1986 p. 7 à 28

Le professeur De Clercq¹ recommande tout d'abord de lire l'urgence psychiatrique autrement que comme l'expression d'une maladie psychiatrique. Il repère six caractéristiques pour les urgences psychiatriques.

- **L'urgence est générée par les mécanismes de la crise** « Devant l'impossibilité du patient et/ou de son entourage à résoudre le problème et/ou à sortir de ce moment difficile, la crise amène l'émergence d'un symptôme somatique ou psychique qui entraîne le passage ou la demande aux urgences ».

- **L'expression de la plainte est somatisée.** Les patients se plaignent d'abord d'une souffrance de leur corps et cherchent, auprès du corps médical des urgences, une cause organique à la crise.

- La souffrance très forte qui accompagne la crise reste rarement contenue, et le comportement du patient qui peut prendre un caractère excessif, voire « fou », dépasse les limites de l'entourage et va entraîner **le caractère aigu de la demande.**

- **L'agir pathologique plutôt que les paroles** est selon lui une constante chez ces patients pour qui la parole est plus difficile à manier que les actes.

- **L'implication des familles et/ou de l'entourage** dans la situation de crise est une constante. Les membres de ceux-ci ne peuvent être considérés uniquement comme victimes de la crise, ils en sont aussi les protagonistes.

- Le contexte dramatique des situations de crise place l'ensemble des acteurs (patients, familles, institutions, professionnels en santé) dans **l'attente d'une réponse immédiate.** L'acuité de la demande ne tolère pas de délai de réponse et impose un fonctionnement sans rendez-vous. De Clercq rappelle que seulement 15 % des personnes qui se présentent aux urgences ont fait appel préalablement à leur médecin traitant, alors que 80 % d'entre eux reconnaissent en avoir un.

Dans « Les soins entre agir et penser » Vedrinne, Reboul et Gaud² mettent l'accent sur **la clinique psychologique de l'urgence.** Ils s'intéressent aux mécanismes psychologiques propres à l'émergence de la crise et à sa dynamique. Pour eux, celle-ci émerge à un moment où les défenses psychologiques habituelles du patient ne lui permettent pas de surmonter ce qui fait irruption dans sa vie psychique (angoisse et/ou événement) et dans son histoire. Ils établissent ainsi une correspondance entre la notion de crise et celle de « traumatisme psychique » au sens psychanalytique du terme. Cette approche concentre son action sur les moyens de redonner au patient sa capacité de réflexion sur lui-même et donc de passer du registre de l'agir à celui de la pensée. Ce mouvement mobilisera l'attention de l'ensemble de l'équipe soignante.

¹ DE CLERCQ - Les enjeux cliniques de la prise en charge des urgences psychiatriques
in DE CLERCQ M., LAMARRE S., VERGOUWEN H. Urgences psychiatriques et politique de santé mentale op. cit. p. 154 à 163

Dans leur présentation de l'organisation de la réponse à l'urgence au C.H. d'Aix-en-Provence Baldo et Bagayogo¹ relèvent d'autres caractéristiques qui complètent ou renforcent les précédentes. Ils insistent sur la « **temporisation** » pour, d'une part, respecter le temps propre du malade pour la mentalisation (la mise en mots de l'acte) mais aussi pour laisser au médecin psychiatre le temps de la clinique, le temps pour la relation médecin-malade, le temps pour comprendre.

De plus, ils remarquent l'originalité du « transfert » en situation d'urgence. Dans cette situation, le patient peut en effet avoir un investissement massif en direction du psychiatre et/ou des infirmiers. Celui-ci ne devra pas être un obstacle au passage vers les soins de continuité.

Inclus dans le dispositif de secteur, **l'articulation avec les soins à long terme** est également une caractéristique forte des urgences psychiatriques. Le soin à long terme et le soin à court terme ne s'opposent pas, mais sont interdépendants. D'un côté, l'urgence doit pouvoir être réintroduite dans les soins à long terme, de l'autre c'est seulement à l'occasion d'une crise ou d'un état aigu que pourra s'envisager la possibilité d'un soin. Cette articulation est aussi une garantie contre une spécialisation des urgences.

On constate ainsi que l'examen des concepts ou caractéristiques liés à la notion d'urgences psychiatriques participe à la connaissance des spécificités qui doivent être prises en compte pour répondre aux besoins des personnes et déterminer les places et rôles possibles des infirmiers dans la prise en charge.

I - 2 - Le Dispositif

I - 2 - 1 - Le Cadre réglementaire

■ Après le bilan et les propositions des rapports Steg² et pour renforcer la circulaire du 14 Mai 1991³, les deux décrets du 30 Mai 1997 relatifs à l'accueil et aux traitements des urgences dans les établissements de santé, ainsi qu'aux conditions techniques de fonctionnement⁴ sont venus fixer la réglementation. Ils poursuivent les orientations des décrets du 9 Mai 1995⁵ et prévoient **deux types d'autorisations pour les établissements de santé** souhaitant exercer l'activité de soins « Accueil et traitement des urgences ».

¹ BALDO E., BAGAYOGO M. Le secteur dans l'urgence
in L'information psychiatrique Mai 1996 - Vol. 72 - n° 5 - p. 429 - 436

² op. cit.

³ 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

⁴ Décret n° 97 615 et n° 97 616 du 30 mai 1997

⁵ Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé

L'une pour **les services et pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences** concerne les établissements disposant d'un plateau technique et la demande d'autorisation doit être conjointe à celle d'un service mobile d'urgence et de réanimation. L'article R 712.65 en définit les missions : « Un service d'accueil et de traitement des urgences doit accueillir, sans sélection, vingt quatre heures sur vingt quatre, 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 vitales ».

L'autre pour les **unités de proximité d'accueil et d'orientation et de traitement des urgences** concerne les établissements de santé disposant au moins d'une unité de médecine pratiquant l'hospitalisation complète. Trois missions lui sont dévolues par l'article R 712.68 : « Elle accueille sans sélection tous les jours et 24 H sur 24 H toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique pour procéder à son examen clinique. Elle traite dans ses locaux et avec ses moyens les patients dont l'état nécessite des soins courants de médecine générale, de psychiatrie ou des actes chirurgicaux simples. (cotation ≤ à K C30). Elle oriente les patients dont l'état nécessite des soins qu'elle ne peut dispenser :

- soit vers d'autres services ou établissements prêts à les assumer
- soit vers tout autre établissement exerçant ou non l'activité accueil et traitement des urgences, mais avec lequel a été conclu un contrat de relais
- soit en lien avec le SAMU centre 15 vers un établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences ».

Le contrat de relais Article R.712.69 peut être établi entre l'établissement siège de l'unité de proximité et tout autre établissement disposant des compétences et des moyens nécessaires à la prise en charge et au traitement sans délai des patients orientés vers lui.

Sur le plan des **conditions techniques de fonctionnement**, le décret de 95 donnant priorité à la médicalisation des urgences, n'avait fait que peu de place à l'équipe paramédicale dans la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général. Le décret du 30 Mai 1997¹ a assoupli et amélioré ces dispositions.

Les services d'accueil et de traitement des urgences doivent assurer la présence d'un psychiatre tous les jours et 24 H sur 24 H si l'analyse de l'activité du service montre que la nature et la fréquence des urgences psychiatriques le justifie. Sinon, le service doit pouvoir faire intervenir un psychiatre à tout moment.

g

Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquels doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre l'activité de soins - Accueil traitement des urgences

¹ Décret n° 97-616

L'équipe paramédicale dirigée par un cadre infirmier doit pouvoir assurer la présence permanente d'au moins deux infirmier(e)s diplômés d'état. L'équipe doit avoir été formée à la prise en charge des urgences. Elle doit disposer d'un(e) infirmier(e) ayant acquis une expérience professionnelle dans un service de psychiatrie ou à défaut pouvoir le faire intervenir sans délai. Elle comprend aussi une assistante sociale.

Les locaux comportent une zone d'accueil, une zone d'examen, de soins et de déchocage, et une zone de surveillance de très courte durée.

Les établissements disposant d'un service d'urgence doivent passer **convention avec les établissements assurant le service public hospitalier en matière de lutte contre les maladies mentales** dont les secteurs correspondent à l'aire d'attraction géographique du service d'urgence. La convention prévoit les modalités de participation des psychiatres au fonctionnement du service. Elle définit les conditions d'orientation et de transfert des patients vers les structures de l'établissement psychiatrique, lorsque sa prise en charge l'exige. Cela concerne l'hospitalisation en milieu spécialisé, sous contrainte ou non, mais aussi l'ambulatoire.

Les unités de proximité d'accueil et de traitement des urgences doivent pouvoir disposer d'un médecin présent, 24 H sur 24 H et toute l'année. Un psychiatre d'astreinte doit pouvoir intervenir à tout moment.

L'équipe paramédicale dirigée par un cadre infirmier doit permettre la présence d'un(e) infirmier(e) diplômé(e) d'état 24 H sur 24 H, toute l'année, qui doit avoir été formé(e) à la prise en charge des urgences. Elle comprend, en tant que de besoin, un(e) infirmier(e) ayant une expérience professionnelle en psychiatrie, ou bien doit pouvoir le faire intervenir sans délai. Les locaux comportent les trois zones mais avec moins de boxes pour la zone de surveillance de très courte durée.

De la même manière que pour les services d'urgence, les établissements disposant d'une antenne de proximité doivent passer **convention avec les établissements psychiatriques** dont les secteurs correspondant à la zone d'attraction géographique de l'unité de proximité.

A ces textes s'ajoute le décret 97-620¹ qui soumet l'autorisation de fonctionnement d'un service mobile d'urgence à la possibilité de disposer, en tant que de besoin, d'un(e) infirmier(e) ayant une expérience professionnelle de psychiatrie pour les missions qui le requièrent. De la même façon, la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe¹ prévoit la mise en place de sept cellules permanentes d'urgence médico-psychologique chargées de coordonner les soins et d'assurer le soutien médical du réseau des psychiatres référents dans chaque département. Ceux-ci sont chargés de constituer les listes départementales de psychiatres, psychologues et infirmier(e)s psychiatriques volontaires pour intervenir

¹ Décret n° 97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques du fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation

en cas de sinistre majeur. Les équipes interviennent dans le cadre des structures d'aide médicale urgente. Un schéma type d'intervention est défini, en liaison avec les directeurs d'établissements concernés. Un nouveau champ d'intervention est, ici, officialisé et le thème « psychiatrie et catastrophe » avait d'ailleurs fait l'objet d'un congrès de l'A.F.E.R.U.P en 1994.

I - 2 - 2 - Le secteur et l'urgence psychiatrique

Depuis l'**arrêté du 14 mars 1986**², les hôpitaux et services de psychiatrie avaient la possibilité de mettre en place des structures spécifiques pour améliorer l'accueil et la prise en charge des urgences psychiatriques. Il s'agit des **Centres d'Accueils Permanents (C.A.P.)** et des **Centres d'Accueils de Crise (C.A.C.)** ; leur mission, tournée vers l'urgence et la prévention de rechutes, leur recommandait d'articuler leurs actions avec les services d'urgences.

La circulaire du 14 mars 1990³ a repris cette orientation pour l'ensemble du dispositif de secteur et non simplement pour l'hospitalisation ou les structures spécifiques à l'urgence psychiatrique. Elle visait la population déjà suivie pour laquelle le soutien et la tolérance familiale et sociale du suivi ambulatoire dépend en partie de la capacité des équipes à répondre à l'urgence ressentie. Elle concernait également l'accès au soin psychiatrique des personnes en situation de crise ou de détresse psychologique grâce à un travail de réseau et à l'intervention de la psychiatrie à l'hôpital général.

La circulaire du 30 juillet 1992⁴ faisait état d'une hétérogénéité de l'organisation, d'une faible articulation entre les urgences générales et les urgences spécifiques, ainsi que d'une insuffisance de la réponse aux urgences psychiatriques dans les centres hospitaliers de soins généraux, y compris les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Elle s'est donc donné pour priorité la réorganisation générale des services d'accueil des urgences hospitalières afin, entre autres, de répondre au mieux aux urgences psychiatriques. Les modes d'organisation s'intègrent ensuite au volet « urgence » du Schéma Régional d'Organisation sanitaire (S.R.O.S.).

g

¹ Circulaire DH/E04 - DGS/SQ2 n° 97-387 du 28 mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe

² Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et service de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement

³ Circulaire n° 90-5 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique en santé mentale

⁴ Circulaire n° 39/92 DH PE/DGS 3 G. du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques

- **Les objectifs** de la circulaire se situent à trois niveaux. Le premier est de pouvoir disposer rapidement de professionnels compétents et d'organiser le parcours le plus court possible jusqu'au lieu d'accueil ; il concerne la réception, la régulation et l'orientation des appels relevant de l'urgence psychiatrique. Il implique une articulation du SAMU Centre 15 avec les secteurs psychiatriques et les structures spécifiques à l'urgence. Le second vise la mise en oeuvre d'une réponse psychiatrique satisfaisante dans les pôles d'accueil des urgences. Le troisième demande d'accroître la réponse aux urgences dans le cadre de l'extra hospitalier en favorisant les interventions de proximité.

- Dans son volet sur **l'organisation des urgences psychiatriques dans les centres hospitaliers**, la circulaire prévoit l'organisation de pôles d'accueil pour permettre une réponse spécialisée permanente avec une possibilité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (H.T.C.D.).

L'équipe psychiatrique a, vis à vis des patients et des familles, un rôle d'évaluation, de traitement s'il y a lieu, d'information, et d'orientation. Au près des autres personnels des urgences, elle a un rôle de formation en fonction des problèmes rencontrés.

Elle doit aussi s'articuler avec le dispositif de soins au sens large (secteur psychiatrique, psychiatres libéraux, médecins généralistes, services hospitaliers...) pour organiser la continuité de soins et s'y inscrire.

Les locaux doivent permettre de réaliser l'accueil et l'entretien des patients et des familles dans de bonnes conditions de cadre et de confidentialité. Les lits sont intégrés à l'unité H.T.C.D. Il faut prévoir une zone d'isolement en cas de besoin.

- **La prise en charge des suicides et des tentatives de suicide**, au niveau des services d'urgence, fait l'objet de recommandations spécifiques afin de se donner les moyens de prévention des récurrences. Elles reprennent les propositions du rapport Debout¹ et prévoient le développement de l'accueil initial des suicidants avec la participation active d'infirmiers de secteur psychiatrique ainsi que la systématisation d'une consultation psychiatrique sur place qu'il y ait ou non hospitalisation. Elle est essentielle pour évaluer la situation dans son ensemble en fonction des risques. Le médecin traitant et le dispositif de soins psychiatriques sont des partenaires privilégiés pour l'orientation et le suivi à venir.

Le problème des adolescents et jeunes adultes suicidants demande une attention particulière. Les recherches initiées dans sept sites expérimentaux font apparaître la nécessité d'une hospitalisation pour pouvoir bâtir un projet thérapeutique et organiser la continuité des soins. Elle requiert un lieu adapté et spécifique différencié de l'hospitalisation de médecine et de psychiatrie classique.

¹ DEBOUT M. Le suicide - rapport au conseil économique et social - Paris 1992

La mise en oeuvre de cette politique par les hôpitaux et services de psychiatrie implique de développer l'**intersectorialité** pour répondre à des besoins spécifiques concernant des pathologies et/ou des populations. Cette évolution n'est pas sans susciter des débats importants au sein de la psychiatrie, ni sans influence sur le développement de l'approche intersectorielle¹.

En interne, les réalités de gestion montrent que la réponse à certains besoins, parmi lesquels l'amélioration de la prise en charge des urgences psychiatriques, est trop coûteuse pour les services si elle est développée dans chaque secteur, et inadaptée si elle n'est pas assurée par une équipe unique et repérée.

En externe, les demandes de l'hôpital général et des professionnels du réseau concerné par les urgences dépassent souvent les limites des secteurs psychiatriques. C'est pourquoi ils souhaitent disposer d'un interlocuteur unique et permanent, commun à tous les secteurs, capable de faire le lien avec le dispositif compte tenu de leur aire de recrutement.

Pour la circulaire de 1992² les unités d'accueil et d'urgences des hôpitaux psychiatriques doivent répondre à différents critères pour être intégrées au volet psychiatrique du SROS. Ils concernent l'implantation de la structure, son activité, ses locaux, le caractère intersectoriel et l'existence de conventions avec les centres hospitaliers de soins généraux. Les orientations à venir concernant l'évolution du dispositif en santé mentale³ prévoient de promouvoir l'intersectorialité en particulier pour ce qui concerne la réponse aux demandes des hôpitaux généraux.

L'étude de la notion d'urgence psychiatrique fait donc apparaître une spécificité bien repérée depuis les années 80. Elle est intimement liée avec l'évolution des urgences à l'hôpital général, mais aussi avec celle des rapports entre la psychiatrie et celui-ci. Dans nombre de cas, elle justifie une intervention de la psychiatrie dans ou à proximité du service d'urgence et, depuis les années 1990, des dispositions réglementaires spécifiques encadrent et suscitent l'intervention de la psychiatrie dans les services d'urgence.

¹ L'analyse de Guy BAILLON sur l'évolution des pratiques du secteur dont il est médecin chef en matière d'urgence illustre d'ailleurs bien cette question

BAILLON G. Psychiatrie des urgences : une rencontre sous le signe du changement p. 164 à 186
in Urgences psychiatriques et politique de santé mentale op. cit.

² Circulaire n° 39-92 du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences p. 11

³ Projet de circulaire DH/E04/DGS/SP3/98 relative à l'évolution du dispositif de soins en psychiatrie p. 6

II - 1 - Généralités

II - 1 - 1 - Les situations cliniques

Sur le plan clinique Madame Horassius-Jarrié et son équipe¹, à l'occasion de l'enquête nationale menée en 1990, constataient l'aspect souvent transnosologique des situations d'urgence. Par ailleurs, les problèmes les plus fréquents sont à part égale, les tentatives de suicide, les problèmes liés à l'alcool, et les stress psychosociaux avec un nombre important de conflits conjugaux. Quant aux urgences psychiatriques pures (20 %), elles ne posent pas en général de problème de diagnostic et sont orientées vers les centres hospitaliers de psychiatrie.

Les équipes de psychiatrie sont donc confrontées à **des situations cliniques nouvelles pour la psychiatrie de secteur**. La symptomatologie peut difficilement être ici détachée des circonstances ayant entraîné la consultation, et/ou directement rattachée à des troubles psychiatriques avérés. La prédominance des suicides et tentatives de suicide et des problèmes liés à l'alcoolisme montrent l'importance de la notion d'urgence mixte et donc d'une prise en charge articulée de l'équipe d'urgence et de l'équipe de psychiatrie.

L'évolution de la description des tableaux cliniques de l'urgence psychiatrique ne montre pas d'éléments nouveaux entre les années 1980 et 1990. Les différences de présentation reflètent simplement l'évolution des conceptions des professionnels et des préoccupations du corps social.

En 1987, Hoareau et Peigne² en référence à Grivois,³ Caroli et Masse⁴, distinguent trois grands groupes syndromiques : les crises d'angoisse aiguës, les conduites d'agitation avec la distinction « compréhensible et incompréhensible », et les états dépressifs avec le risque et/ou l'acte suicidaire. Bien que pouvant être intégrés dans ces groupes, ils donnent une place particulière aux malades dits dangereux et à la toxicomanie.

¹ HORASSIUS - JARIE N, SERGENT N, D'AMORE M. Urgences en psychiatrie Bilan 1990 p. 3 à 27
in Quelle évaluation pour les urgences psychiatriques ? - TOULOUSE STARSUP C.H. Gérard Marchand 1992

² HOAREAU J. - PEIGNE F, Les urgences psychiatriques Art. cit. p. 5 à 8

³ GRIVOIS H. Urgences psychiatriques MASSON PARIS 1986

⁴ CAROLI F. - MASSE G. Les situations d'urgence en psychiatrie DOIN PARIS 1986

En 1996, De Clercq, Ferrand, Andréoli¹ proposent une présentation de cinq types de situation : les suicides et les tentatives de suicides, les plaintes somatiques fonctionnelles avec un problème psychiatrique sous-jacent, les agitations aiguës, les troubles éthyliques urgents et les toxicomanies aux urgences.

II - 1 - 2 - Les objectifs

Les objectifs de la prise en charge des urgences psychiatriques sont relativement communs aux différents auteurs. Leurs présentations varient selon les conceptions et les références théoriques. Vedrinne, Reboul et Gaud² en proposent une approche synthétique, avec trois objectifs, qui s'articulent autour de l'évaluation, la gestion de la crise et l'orientation.

- **L'évaluation** vise tant le diagnostic psychiatrique et la recherche de la décompensation d'une pathologie, que la personnalité du patient et son fonctionnement relationnel intra familial et social. (« Nous pouvons pointer l'origine de la souffrance et de la demande dans le groupe familial ou social »). La dangerosité du patient pour lui-même ou pour autrui est analysée de façon à se situer par rapport à la loi du 27 juin 1990³ concernant les hospitalisations sous contrainte en milieu spécialisé. Les éléments de l'histoire infantile, les antécédents et les tentatives de soins précédentes seront des éléments importants. Chez les suicidants et le suicidaire, l'évaluation porte sur les risques de récurrence ou de passage à l'acte.

La gestion de la crise implique de reconnaître la fonction thérapeutique de la prise en charge en urgence. La rupture avec le milieu habituel, la rencontre avec un tiers thérapeute, permettent au patient d'avoir une parole sur lui-même, sa situation, son histoire ou son éventuel passage à l'acte. De Clercq⁴ insiste quant à lui sur la nécessité d'analyser tout le système en crise, en se mettant à l'écoute du patient et de son contexte. Dans le même temps, il préconise de négocier une alliance thérapeutique avec le patient et l'entourage. Enfin, il propose, en utilisant la ressource du patient et de son entourage familial, de mettre en oeuvre une intervention de crise pour amener certains patients vers les soins psychiatriques.

L'orientation, compte tenu de la réticence fréquente à un engagement dans un soin psychiatrique, est un point particulier. Elle suppose une bonne connaissance des structures et des personnes, ainsi que du cadre légal des hospitalisations. Son suivi est lié à la qualité de la relation établie aux urgences et à la problématique du

¹ DE CLERCQ M. et Coll., Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences Art. cit.p. 5 à 13

² VEDRINNE J. et Coll. Les soins entre agir et penser Art. cit
in Urgences psychiatriques et politique de santé mentale Op. cit. p. 154 à 156

³ Loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux

⁴ De CLERCQ M. Impasse et idéalité dans la prise en charge des urgences psychiatriques.
in L'information psychiatrique Mai 1996 Vol. 72 n° 5 p. 419 - 428

patient. C'est une fonction de passage de relais qui demande à être inscrite dans la conception globale de la prise en charge des urgences psychiatriques.

II - 1 - 3 - Les spécificités

Elles sont en lien direct avec les caractéristiques des urgences psychiatriques. Elles concernent la demande, la temporalité et le caractère ponctuel de la prise en charge.

Les particularités liées à la nature et à **la diversité des demandes** dans les situations d'urgence se révèlent présentes dès qu'il est question de psychiatrie à l'hôpital général. Consoli¹ le rappelle comme un des points les plus critiques des consultations de liaison, et cela peut s'étendre à la consultation psychiatrique aux urgences. En effet, dans la plupart des cas, la demande provient de l'équipe soignante en charge du patient et rarement des patients eux-mêmes. De ce fait « la formulation de la demande, les modalités de sa prise en considération, le retour qui en sera fait aux demandeurs au delà de l'action auprès du patient, sont critiques car c'est du bon fonctionnement de l'offre et de la demande et de la satisfaction des acteurs engagés dans cette transaction, que dépend la réussite ou les mésaventures (malentendus, échecs) de l'entreprise de liaison ». L'analyse des appels en urgence au psychiatre de garde de Lalive et Petite² éclaire bien la nature de la demande. Les appels en urgence ne sont pas souvent liés à l'apparition ou l'aggravation des symptômes, mais à un conflit aigu de l'équipe demandeuse avec le patient.

Or, dans les situations d'urgence psychiatrique, la demande urgente est à analyser du point de vue du patient, de sa famille, de son entourage social en même temps que de celui de l'équipe soignante. Le décryptage de ce premier niveau de demande constitue au plan médical le premier temps de la prise en charge³. Il tourne autour de quatre questions « que veulent-ils nous dire en choisissant ce lieu (service d'urgence) ?, qui accompagne le patient ?, quel est le sens du symptôme présenté ? comment sont-ils arrivés là ? »

Dans les antinomies évoquées entre urgences et psychiatrie⁴, **la temporalité de la prise en charge** revient fréquemment. Elle suit un rythme et des objectifs tout à fait différents, selon qu'il s'agit d'urgence

¹ CONSOLI S.M. La psychiatrie à l'hôpital général Art. cit. p. 3

² LALIVE J. PETITE D. Les appels au psychiatre de garde considérés sous un angle systémique in ANDREOLI et Coll. Crise et intervention de crise en psychiatrie Op. cit. p. 83 à 95

³ Cf. DE CLERCQ M. : Urgences psychiatriques et intervention de crise - Bruxelles DE BOECK - Université Oxalis 1997 p. 23

Cf. DE CLERCQ M. - FERRAND I - ANDREOLI A. Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences Art. cit. p. 4

⁴ Cf. BAILLON G., Psychiatrie des urgences : une rencontre sous le signe du changement Art. cit. p.164
HOAREAU - PEIGNE Les urgences psychiatriques Art. cit. p. 1

ou d'urgences psychiatriques. Le traitement de l'urgence réelle impose un diagnostic et des interventions thérapeutiques rapides selon un rythme déterminé par les impératifs médicaux. A l'inverse, l'urgence psychiatrique, avec la notion d'urgence ressentie¹, nécessite un ou des temps de rencontre selon un rythme correspondant au travail psychique du patient. Ainsi nous pourrions dire que dans l'urgence c'est le « temps médical » qui rythme la prise en charge alors que c'est « le temps du sujet » et de son entourage qui détermine celui de l'urgence psychiatrique

La référence à la notion de « temporisation² » qui renvoie sur le plan médical à « une attitude d'attente et d'observation d'une maladie avant d'adopter une thérapeutique appropriée » synthétise bien le point de vue des auteurs sur la temporalité particulière de la prise en charge. Ils la renvoient à l'évolutivité des troubles en situation de crise³ et au temps nécessaire à la mentalisation de la situation ou de l'acte⁴ par le patient.

Avec la différence de temporalité, Bigot et Ferrand⁵ rappellent la nécessité de respecter la chronologie du circuit des urgences. Les orientations vers la psychiatrie doivent, d'une part, se faire après un premier examen, et d'autre part répondre à des critères indépendants du ressenti de l'équipe. Le filtre des orientations vers la psychiatrie demande formation et échange réguliers entre équipe d'urgence et de psychiatrie.

■ Si la temporalité de la prise en charge des urgences psychiatriques et/ou situation de crise constitue un des éléments de différenciation avec celle des urgences, **le caractère ponctuel** de cette prise en charge la différencie également à l'égard de la psychiatrie elle-même.

Par nature, en effet, l'intervention en situation de crise est limitée dans le temps, et ne peut proposer qu'une prise en charge discontinue. En France où le dispositif de secteur intervient en amont et en aval de l'urgence, tant pour la population suivie que pour celle qui demande à l'être, « l'articulation avec les soins à long terme⁶ » est un point crucial. S'agissant de l'intervention de la psychiatrie aux urgences (qu'elle émane ou non des secteurs) les auteurs s'y attardent quasi systématiquement. Certains⁷ rappellent les limites d'un développement des pratiques en urgence, par rapport à celui des secteurs. Baldo et Bagayogo, à partir des travaux de Collet sur « L'urgence en psychanalyse », tentent de définir les liens entre les notions de soins à long terme et soins à court

¹ HORASSIUS N.- SERGENT N - D'AMORE Urgences en psychiatrie - Bilan 1990 Art. cit. p. 14

² Cf. BALDO E. BAGAYOGO M. Le secteur dans l'urgence Art. cit. p. 429 -436

³ DE CLERCQ M; Urgences psychiatriques et intervention de crise - Op. cit. p. 17

⁴ Cf. VEDRINNE J. REBOUL B. GAUD A Les soins entre agir et penser Art. cit. p. 155

FERRAND I. Psychiatrie aux urgences d'un hôpital général : quelles difficultés ?

in L'information psychiatrique mai 1996 Vol. 72 n° 5 p. 451 - 452

⁵ BIGOT T. FERRAND I. Prise en charge des urgences psychiatriques en France :Un système en pleine mutation p. 195 In Urgences psychiatrique et politique de santé mentale Op. cit. p. 187 à 203

⁶ BALDO E. - BAGAYOGO M. Le secteur dans l'urgence - Art. cit.

⁷ NOEL P. Urgences et secteur - Avant propos - HOARRASSIUS - JARIE N. Crise et urgence, un enjeu pour la sectorisation in L'information psychiatrique vol. 72 n° 5 p. 417 - 1996 -

terme. Pichène et ses collègues¹ parlent de concilier « continuité des soins » et « discontinuité des équipes ». Baillon² propose une évaluation de l'utilisation des urgences de l'hôpital général par les patients du secteur.

Au delà de cette question, **la fonction d'orientation** et d'accès aux soins de la prise en charge des urgences psychiatriques impose un contenu particulier à cette intervention ponctuelle. En effet, le suivi de l'orientation proposée est ici largement dépendant du travail d'élaboration psychique fait durant la gestion de la crise. Dans ce sens la conception de l'intervention doit intégrer, à la fois, son terme et son ouverture, si nécessaire, vers un suivi de continuité. Andréoli³, avec la notion d' « interaction et d'intervention de crise » apporte un contenu spécifique à la prise en charge des urgences psychiatriques. En effet, bien que limitée dans le temps, elle ne peut, compte tenu de ses objectifs, se réduire à une simple consultation psychiatrique. Cette approche a servi de base et de référence à beaucoup de travaux sur les urgences psychiatriques⁴ et a permis, dans un cadre limité dans le temps et dans l'espace, de développer une approche spécifique.

De Clercq y a ajouté la notion de « triangulation thérapeutique » pour les passages de relais⁵. En effet, selon lui, l'orientation du patient des urgences vers la psychiatrie des urgences et/ou vers d'autres structures développe souvent chez celui-ci un sentiment d'abandon et d'incompréhension. Il propose donc un temps de consultation réunissant, avec le patient, les professionnels qui l'adressent et ceux à qui il est adressé afin d'en exposer et d'en clarifier les raisons devant lui.

II - 2 - Les pratiques infirmières

II - 2 - 1 - La place des infirmie(e)s

■ Dans la prise en charge des urgences psychiatriques, la place des infirmiers est en général bien différenciée de celle des infirmiers des urgences. Lorsque ceux-ci, de par l'organisation, sont amenés à réaliser des soins techniques dans le cas des urgences mixtes, ils le font dans le cadre d'une prise en charge globale de

¹ PICHENE C. KUNTZ BURGER F. NONOY B - DEMOGEOT C - La prise en charge des urgences psychiatriques - Intérêt des conventions CH/CHS

in l'information psychiatrique vol. 72 n° 5 p. 443 - 447 -1996

² BAILLON G. Les patients suivis par une équipe de secteur utilisent-ils les urgences de l'hôpital général et comment ?
L'information psychiatrique - Vol. 72 n° 5 p. 437-442 -1996

³ ANDREOLI A. - LALIVE J.- GARRONE G. - Crise et intervention de crise en psychiatrie Op. cit.
DE CLERCQ M. - FERRAND I.- ANDREOLI A. Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences
Art. cit. p. 3-4-5

⁴ Cf. DE CLERCQ M. - Op. cit. Urgences psychiatriques et intervention de crise - chap. 6
BAILLON G. - Psychiatrie des urgences : une rencontre sous le signe du changement - Art. cit. p. 168

⁵ DE CLERCQ M. - La triangulation thérapeutique : outil indispensable dans le travail de crise - Journal Européen des urgences n° 3 p. 108 - 112 - 1990

l'urgence psychiatrique qu'ils suivent dans tout son déroulement¹. Leur place ne correspond pas non plus à celle de l'infirmier d'accueil et de tri des services d'urgence. Dans l'ensemble elle est tributaire de la conception et de l'organisation pratique de la prise en charge.

■ A la lecture des documents et articles, nous avons repéré **trois types d'organisation** :

- Bigot et Ferrand² décrivent à l'hôpital Cochin une organisation strictement médicale, sur le mode de la psychiatrie de liaison, sans infirmier pour la prise en charge psychiatrique. Ils déplorent cette situation qui, sur le plan paramédical, les laissent uniquement en lien avec les « infirmier(e)s polyvalent(e)s » des urgences.

- A l'inverse certaines organisations sont basées sur la mise à disposition d'infirmier de psychiatrie doublée d'un système d'astreinte de psychiatre. Cette réponse a minima n'est pas habituellement jugée très opérante en matière de prise en charge d'urgences psychiatriques³

- Dans les autres cas, il existe une équipe pluridisciplinaire constituée essentiellement d'infirmiers et de médecins psychiatres. La place et le rôle des infirmiers dépendent du moment de l'intervention de l'équipe psychiatrique par rapport à celle des urgences. Les équipes intégrées au service d'urgence (Clinique St Luc à Bruxelles⁴ et U.A M.P du C.H. Henri Laborit au CHU de Poitiers⁵) interviennent dès le début de la prise en charge. D'autres, intégrées dans des structures spécifiques, (type Centre d'Accueil et de Crise⁶ ou Centre de thérapie brève⁷) sont en lien direct avec les urgences de l'hôpital général et interviennent a posteriori. Enfin, il existe des équipes structurées installées à l'hôpital général intervenant de façon différenciée également en aval du service d'urgence dans un lieu identifié et conçu pour cela⁸.

Chacun de ces modes de prises en charge offre un champ plus ou moins large du rôle des infirmiers avec des types d'interventions pouvant varier durant le passage aux urgences psychiatriques.

¹ DE CLERCQ M; HERBEAUX S. MARECHAL M. ELSSEN L - DEJAEGERE A. - REYNAERT M. - La place de l'infirmière psychiatrique dans un service des urgences - Revue de l'infirmière n° 4 - 1993

² BIGOT T. - FERRAND J. - Art. cit. p. 193

in Urgences psychiatriques et politique de santé mentale op. cit.

³ Cf. DE CLERCQ - Urgences psychiatriques et intervention de crise Op. cit. p. 38-39

⁴ DE CLERCQ et Coll. La place de l'infirmière psychiatrique dans un service d'urgence - Art. cit.

⁵ TARRADE R. L'unité d'accueil médico-psychologique - Santé Mentale n° 2 p. 19 - 1995

⁶ BAILLON G. - Psychiatrie des urgences : une rencontre sous le signe du changement - Art. cit.

in Urgences psychiatriques et politique de santé mentale Op. cit.

⁷ ANDREOLI A.. SAUSSURE Ch. de AAPRO. N « Le centre de thérapie brève » : un regard psychanalytique sur l'intervention de crise en psychiatrie

in Crise et intervention de crise en psychiatrie Op. cit.

⁸ VEDRINNE J. et Coll in Les soins entre agir et penser - Art. cit.

II - 1 - 2 -Le rôle des infirmier(e)s

La présentation du rôle des infirmiers dans les écrits professionnels, qu'ils soient médicaux ou infirmiers est assez cohérente. Le rôle des infirmiers est plus ou moins circonscrit à un temps ou un aspect de la prise en charge selon l'organisation choisie pour les urgences psychiatriques. Dans l'ensemble les infirmiers ont la responsabilité de l'accueil (première intervention), de l'accompagnement du patient pendant la prise en charge, et de l'orientation. Ce rôle vis-à-vis des patients et des familles se complète d'un rôle par rapport aux équipes et collègues les plus proches, à savoir les services d'urgence et les secteurs.

Vis-à-vis des patients et des familles, le rôle infirmier dans **l'accueil** constitue l'élément de base de la prise en charge infirmière. Il est considéré comme la première étape de celle-ci. Premier accueil d'une première rencontre avec la psychiatrie, son importance est liée à la fonction d'accès aux soins des urgences psychiatriques¹ et à l'incidence de celui-ci sur les soins à venir.

L'équipe De Clercq² le nomme « premier accueil » pour le différencier du premier entretien médical. Pour l'ensemble des auteurs³ cette première intervention permet, du fait de la permanence infirmière, de débiter la prise en charge le plus rapidement possible indépendamment des disponibilités médicales.

La fonction de ce premier accueil tant vis-à-vis du patient que de son entourage est d'abord de dédramatiser, rassurer, informer le patient et sa famille du déroulement de la prise en charge. Baillon⁴ appelle cela : « veiller au confort narcissique du patient ». Si comme le propose Mercuel⁵ on accepte l'idée « d'une extension du concept thérapeutique tant pour le personnel médical que pour le personnel infirmier », on trouve ici un premier niveau d'intervention thérapeutique pour les urgences psychiatriques et/ou situation de crise.

Ensuite le premier accueil est l'occasion d'une première observation du patient, de la situation et de sa gravité⁶. Il permet aussi un premier recueil d'informations pour situer le problème⁷ ainsi qu'une première écoute la demande formulée⁸. Ces fonctions s'étendent aux familles et à l'entourage, et, dans certaines organisations, elles sont dévolues directement aux infirmiers⁹.

¹ LEMPERRIERE M.Th., Préface in Urgences psychiatriques et politique de santé mentale Op. cit. p. 9

² DE CLERCQ et équipe - La place de l'infirmière psychiatrique dans un service d'urgence - Art. cit. p. 27

³ BALDO E., BAGAYOGO Le secteur dans l'urgence Art. cit

⁴ BAILLON G. Les patients suivis par une équipe de secteur utilisent-ils les urgences de l'hôpital général et comment ? - Art. cit.

⁵ MERCUEL A. Entraide infirmier - médecin dans les réponses à l'urgence in Soins psychiatriques n° 100 février 1989 p. 15

⁶ Cf. MERCUEL Art. cit. p. 13

⁷ Cf. DE CLERCQ et équipe - Place de l'infirmière psychiatrique dans un service des urgences - Art. cit. p. 27

⁸ Cf. MERCUEL Art. cit. p. 14

⁹ TARRADE R. L'unité d'accueil médico-psychologique Art. cit. p. 19

Concernant le coeur de la prise en charge , les infirmiers travaillent en général¹ en binôme avec le médecin psychiatre dans les entretiens avec le patient et/ou sa famille. Cela permet une double évaluation à partir de champs d'observation qui sont différents. De plus les remarques de Védinne et Coll² sur l'incidence de ces entretiens communs dans la relation soignante infirmiers/malades en montre l'intérêt dans la gestion même de la crise. En amont et en aval de l'entretien médical ainsi que durant la prise en charge de l'urgence psychiatrique l'infirmier a une fonction d'accompagnement du patient et de la famille dans le suivi des différentes étapes. Il assure ainsi **la continuité de la prise en charge dans l'espace-temps des urgences**.

Ce point est développé par les équipes de De Clercq et de Baillon et implique d'intégrer d'emblée la notion de passage et l'idée d'une intervention limitée dans le temps, ouverte sur une dynamique de soin qui sera menée par d'autres. Ce n'est pas sans frustration pour les infirmiers³ mais pour reprendre Baillon, la continuité n'existe que par « les limites » du passage aux urgences : « le soignant se doit de décrire, à chaque étape, au patient, les limites de son travail de soin actuel, et aider le patient à rester dans ces limites pour qu'une suite soit possible ailleurs »⁴.

■ Cette remarque introduit bien le rôle des infirmiers vis-à-vis de **la fonction d'orientation** des urgences. C'est la connaissance infirmière du réseau, des structures, qui permettra d'une part d'ajuster les propositions avec les réalités matérielles et institutionnelles⁵ et d'autre part de transmettre au mieux à la famille et au patient le projet sous-jacent à l'orientation proposée. Comme le remarquent Pichéné et Mercuel⁶ les infirmiers, au moment de l'orientation, ont un rôle fondamental pour la continuité des soins.

Parallèlement l'équipe de De Clercq⁷ propose des rôles spécifiques de l'infirmier psychiatrique face à l'équipe médicale et face à l'équipe de nursing. Ils consistent à opérer à la demande du médecin un premier contact pour les malades présentant des plaintes somatiques, mais dont l'examen médical ne révèle rien. Vis-à-vis de l'équipe de nursing, son rôle est de soulager l'équipe des cas psychiatriques peu ou mal pris en charge, de la sensibiliser à l'abord psychologique du patient, de l'aider quand cela est possible. De la même manière, et selon leur perception des enjeux, les écrits des professionnels de psychiatrie portent en France sur l'articulation urgence et prise en charge des secteurs. Du point de vue des patients, ce sont deux aspects, deux temps d'une même prise

¹ Cf. - DE CLERCQ et équipe - Place de l'infirmière psychiatrique dans un service des urgences - Art. cit. p. 28

- TARRADE R. - Art. cit.

- MERCUEL A. Entraide infirmière - Médecin dans la réponse à l'urgence - Art. cit. p. 14

- BAILLON G. et équipe - Regards croisés in la santé mentale n° 2 - Novembre 1995 p. 21

² VEDRINNE et Coll. Le soin entre agir et penser - Art. cit. p. 162-163

³ ORLANDO S. L'urgence psychiatrique p. 41 à 45 in Soins psychiatrie n° 50 décembre 1984

⁴ BAILLON G. - Psychiatrie des urgences : une rencontre sous le signe du changement - Art. cit.

⁵ VEDRINNE J. et COLL. Les soins entre agir et penser - Art. cit.

⁶ Cf. - PICHENE et coll. La prise en charge des urgences psychiatriques : Intérêt des conventions CH/CHS Art. cit.

- MERCUEL A. Entre infirmiers médecins dans les réponses à l'urgence Art. cit. p. 15

⁷ DE CLERCQ et équipe Le rôle de l'infirmière psychiatrique dans un service des urgences Art. cit.

en charge. Les infirmiers, en assurant le lien entre les équipes de psychiatrie, ont un rôle majeur dans le maintien de la continuité entre ces deux temps.

II - 2 - 3 - De la nécessité d'une pratique infirmière spécifique

■ Ainsi, l'étude de la notion d'urgence psychiatrique montre d'un certain point de vue l'émergence d'un nouveau domaine d'intervention pour la psychiatrie - les situations de crise - et ce dans un espace dont elle était éloignée - l'hôpital général.

Sur le plan théorique, l'évolution de la conception des urgences psychiatriques doit beaucoup au concept de crise sous tendu, soit par une approche systémique, soit par une approche psychodynamique. D'un point de vue pratique, l'accroissement de ces situations dans les services d'urgence a amené les pouvoirs publics à fixer des orientations et des règles d'organisation quant à leur prise en charge à l'hôpital général.

Pour les professionnels, cette prise en charge s'adresse à des situations cliniques précises. Elle répond à des objectifs d'évaluation, de gestion de crise et d'orientation. Ses spécificités sont liées à la diversité et à la nature de la demande, à la temporalité de la prise en charge et au caractère ponctuel de celle-ci. Comme nous l'avons vu, sa mise en oeuvre demande, selon eux, une équipe pluridisciplinaire (principalement infirmier - médecin) spécifique.

Ainsi, les écrits étudiés, mais aussi les textes réglementaires, semblent apporter une réponse positive à la question de savoir si la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général et l'amélioration de celle-ci nécessite ou non une pratique infirmière spécifique. D'une certaine manière, cette spécificité apparaît directement liée à celle de la psychiatrie et de ses pratiques propres. Les professionnels en psychiatrie la présentent comme telle et les urgentistes, comme les pouvoirs publics, la reconnaissent comme partie intégrante de la spécialité.

■ De fait, les organisations proposées pour la prise en charge des urgences prévoient quasi systématiquement une place et un rôle déterminés pour les infirmiers chargés des urgences psychiatriques. Impliqués aux différents temps de la prise en charge, les infirmiers ont, selon les professionnels, un rôle vis à vis du patient et de son entourage dans le premier accueil, la gestion de la crise et l'orientation.

Les spécificités du rôle des infirmiers semblent liées aux fonctions assignées à leurs interventions. Elles concernent, pour le premier accueil, la prise en compte et **l'écoute de la souffrance psychique** de la personne et de son entourage, **une première observation/évaluation** des signes cliniques et de la situation, **un**

recueil d'information en même temps qu'**une information des personnes** sur les étapes de la prise en charge. Dans le temps de la gestion de la crise, ils participent avec le médecin, **au suivi de l'évolution de la prise en charge de crise**. Pour ce qui est de l'orientation, c'est **la connaissance du réseau** au sens large qui est sollicitée.

Les spécificités de pratique infirmière tirées de la littérature professionnelle renvoient bien à l'expérience professionnelle en psychiatrie, à des pratiques soignantes et à une organisation d'équipe. L'objectif d'amélioration de la prise en charge des urgences à l'hôpital général passe, pour l'ensemble des auteurs, par la possibilité de les mettre en oeuvre.

Si cette première approche confirme globalement notre hypothèse, il convient maintenant de la confronter avec les réalités du terrain pour vérifier si, là aussi, l'expérience professionnelle en psychiatrie, la pratique des entretiens de première intention et l'appartenance à une équipe structurée contribuent à améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général.

Deuxième partie

Enquête comparative sur les pratiques de terrain auprès de deux services
d'accueil et de traitement des urgences

■ Pour confronter notre propos à la réalité de la prise en charge des urgences psychiatriques, nous avons choisi de mener une enquête auprès des personnels travaillant dans deux services d'urgence et disposant d'une organisation particulière pour les urgences psychiatriques. Cette enquête repose sur des informations recueillies auprès de ces deux établissements et elle a été réalisée courant mai 1999. Les chiffres cités proviennent des rapports d'activité 1997 des établissements mentionnés et sont complétés par des chiffres de 1998 provenant des deux services d'urgence¹.

L'exposé de l'enquête comprendra une présentation de la méthodologie et l'exploitation des entretiens. Il respectera l'anonymat des personnes interrogées et celui des établissements concernés.

I - METHODOLOGIE DE L'ENQUETE

I-1 - Présentation des établissements

Les services enquêtés appartiennent, l'un à un Centre Hospitalier Régional (C.H.R.), l'autre à un Centre Hospitalier Régional Universitaire (C.H.U.). Tous deux sont implantés dans de grosses agglomérations de taille à peu près équivalente et appartiennent à la même région administrative. Nous présenterons d'une part les établissements et les services d'urgence, et d'autre part l'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques.

I-1-1 - Les établissements et leur service d'urgence

■ Les établissements sont de taille sensiblement différente. Le C.H.U. dispose de 2 009 lits et places pour 1 669 lits et 33 places (installés) au C.H.R. Ils ont un recrutement essentiellement départemental à hauteur de 86,3 % pour le C.H.R. et 71,3 % pour le C.H.U. La vocation régionale du C.H.U. est plus marquée avec 21,6 % de la population provenant des autres départements de la région. Le C.H.R. ne recrute que 8,4 % de sa population dans les départements régionaux et de façon très minime dans le département du C.H.U. (0,07 %). De même, le C.H.U. ne recrute que 1,4 % de sa population dans le département du C.H.R.

¹ Cf. Annexe 1 : Données d'activités

Les deux établissements gèrent l'un et l'autre plusieurs sites dans lesquels sont implantés les services d'urgence. En 1997, le C.H.R. a assuré 82 710 passages aux urgences et le C.H.U. 71 707.

Nous nous centrerons ici sur les services d'urgence médico-chirurgicale adulte en n'abordant pas les autres services d'urgence pédiatrique, gynécologique et obstétrique pour les deux établissements, et cardiaque pour le C.H.U. Le C.H.U. et le C.H.R. disposent chacun de deux services d'urgence d'adultes qui sont dans les deux cas implantés, l'un dans l'hôpital centre ville avec une orientation plutôt médico-sociale, et l'autre à l'extérieur de la ville dans un hôpital plus récent disposant d'un plateau technique. Les deux établissements ont pour projet de centraliser l'accueil et le traitement des urgences adulte sur un site unique dans l'hôpital plus récent disposant du plateau technique.

■ Au C.H.U., le service accueil-urgence médicale de l'hôpital centre ville assure spécifiquement la prise en charge des intoxications médicamenteuses volontaires ou accidentelles ne relevant pas de la réanimation. Il a accueilli, en 1997, 13 334 passages aux urgences et orienté 308 d'entre eux vers une hospitalisation psychiatrique (soit 5,5 % du total des hospitalisations faites à partir du service). En 1998, il y a eu 801 consultations de psychiatrie.

Le service d'accueil et de traitement des urgences du « nouvel » hôpital, futur site unique d'accueil des urgences, a reçu, en 1997, 29 337 passages dont 1 062 (soit 13 % des hospitalisations faites à partir du service) ont été hospitalisés ensuite en psychiatrie. En 1998, on relève 1 711 passages concernant la psychiatrie.

■ Au C.H.R., le service d'urgence à orientation médicale de l'hôpital centre ville a reçu 19 209 passages en 1997, 214 d'entre eux ont demandé une prise en charge psychiatrique.

Le service d'urgence du « nouvel » hôpital, futur lieu d'accueil de l'ensemble des urgences adultes, a reçu, quant à lui, 29 091 passages dont 1 038 relevaient des urgences psychiatriques. Il dispose d'un service propre d'hospitalisation de très courte durée (H.T.C.D.) (10 lits d'hospitalisation inférieure à 24 H). Une grande partie des tentatives de suicide y sont hospitalisées. Dans le cadre de la restructuration des urgences hospitalières, il sera complété par une unité d'hospitalisation de courte durée (U.H.C.D.) afin de pouvoir prendre en charge certains patients plus longtemps, les suicidants en particulier. Les passages orientés vers les urgences psychiatriques n'impliquent pas une hospitalisation en milieu spécialisé.

I - 1 - 2 - Le fonctionnement des urgences psychiatriques

■ Sur le plan psychiatrique, le département d'implantation du C.H.U. ne dispose pas d'un centre hospitalier participant à la lutte contre les maladies mentales. Le C.H.U., qui assure une part de cette mission, comprend quatre services de psychiatrie adulte et un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile (celui-ci et l'un des services adulte ayant une vocation régionale et universitaire). Du point de vue administratif, l'ensemble des services et de l'activité psychiatrique est rattaché à la direction de l'hôpital centre ville. L'infirmier(e) général(e) responsable du service infirmier de psychiatrie, du moyen et du long séjour, travaille en collaboration directe avec le directeur de l'hôpital.

Depuis son ouverture en 1978, le « nouvel » hôpital dispose d'un secteur spécifique pour les urgences psychiatriques et d'une équipe infirmière (6 postes), ainsi que d'un interne disponible 24 h/24 sur l'hôpital. L'hôpital centre ville, qui reçoit une grande part des tentatives de suicides médicamenteuses, n'a pas d'équipe spécifique pour les urgences psychiatriques, mais simplement une consultation psychiatrique quotidienne pour les suicidants. Un médecin psychiatre assure une astreinte quotidienne pour l'ensemble du C.H.U. Le projet, comme pour les urgences médico-chirurgicales adultes, est de regrouper les urgences psychiatriques sur le nouvel hôpital et de médicaliser leur prise en charge.

L'activité 1998 montre un total de 2 512 passages relevant de la psychiatrie, dont 966 non suivis d'une hospitalisation. Cela représente un taux de 61,5 % d'hospitalisations psychiatriques à partir des urgences. De plus, cette activité représente, à partir d'une estimation extrapolée de l'activité 1997, 3,1 % du total des passages aux urgences (78 877), et 5,3 % du total des urgences médico-chirurgicales adulte (46 938).

L'équipe infirmière des urgences psychiatriques dépend hiérarchiquement de l'infirmier général en charge de la psychiatrie. L'organisation de son travail est faite par la surveillante du service d'urgence. Le nombre d'infirmiers (6 postes, 4 de jour et 2 de nuit) ne permet pas d'assurer une présence infirmière permanente pour la psychiatrie. En cas de besoin, l'interne de psychiatrie est appelé directement. Pour les urgences psychiatriques, les infirmiers assurent l'accueil de la personne et des familles, l'entretien avec l'interne et l'accompagnement de la personne dans les services s'il y a hospitalisation ; ils peuvent aussi intervenir aux urgences lorsque cela est nécessaire.

Il n'y a pas de prise en charge infirmière pour les suicidants à l'accueil urgence médecine de l'ancien hôpital.

■ Le C.H.R., lui, est implanté dans un département qui possède un hôpital psychiatrique distant de 7 km de l'hôpital du centre ville et de 14 km du « nouvel » hôpital. Le centre hospitalier de psychiatrie assure les hospitalisations psychiatriques adultes de l'ensemble du département. Sept des huit secteurs de psychiatrie générale lui sont rattachés ainsi que deux des trois intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Ces derniers ne disposent pas d'unité d'hospitalisation à temps complet.

Pour améliorer et diversifier la prise en charge des urgences psychiatriques, le Centre Hospitalier Départemental (C.H.D.) de psychiatrie a créé un Centre d'Accueil Permanent (C.A.P.) en 1991. Situé à l'entrée de l'hôpital, sa mission est d'assurer une permanence téléphonique et de consultations psychiatriques sans rendez-vous, 24 h/24, toute l'année. Depuis 1996, il assure des interventions journalières dans l'unité d'H.T.C.D du « nouvel » hôpital du C.H.R. et dans le service d'urgence médicale du centre ville. Administrativement, le C.A.P. est une fédération de l'ensemble des secteurs du C.H.D. Son activité au C.H.R. est le fruit d'un projet commun avec les services d'urgences et d'H.T.C.D., formalisé dans le cadre d'une convention en février 1999. La prise en charge est assurée par une équipe de 12 postes infirmiers (sans création de postes), d'un cadre infirmier, de l'interne de garde de l'hôpital, d'un praticien hospitalier, d'un assistant spécialiste et d'une secrétaire médicale à temps partiel. Il y a, sur l'hôpital, un psychiatre d'astreinte qui peut intervenir soit au C.H.D., au C.A.P. et, plus exceptionnellement, au C.H.R.

L'activité du C.A.P. en 1998 représente 2 948 passages (C.A.P. et C.H.R.). Elle représente 3,2 % du total des passages aux urgences du C.H.R. (90 981) et 5,5 % des urgences médico-chirurgicales adulte (53 130). Elle progresse de 10 à 20 % l'an depuis 1991. Le pourcentage d'hospitalisations psychiatriques, après passage au C.A.P., est de 35,8 %¹. Il faut noter que l'activité, à la demande des urgences du C.H.R., représente 1 281 passages au C.A.P. ou interventions au C.H.R., soit 43,4 % de l'activité totale du C.A.P. Dans 35,9 % des cas, ce sont les patients qui consultent d'eux-mêmes (1 059 passages). Les tentatives d'autolyse (26,2 %), la dépression (14,5 %) et l'angoisse (10,5 %) constituent les motifs principaux de recours au C.A.P.

L'équipe infirmière est sous la responsabilité du cadre infirmier et du médecin coordonnateur du C.A.P. Elle fait partie intégrante du service infirmier du C.H.D. Les infirmiers assurent la permanence téléphonique, l'accueil et le premier entretien avec le patient et/ou la famille. Ils en informent le médecin présent (interne de garde - assistant spécialiste ou psychiatre) et suivent avec lui l'entretien médical. Ils assurent les liaisons en amont et en aval avec le réseau des professionnels et les secteurs, soit par téléphone, soit par des réunions ponctuelles. Depuis 1996, ils interviennent dans l'unité d'H.T.C.D. à la demande des médecins du service d'urgence, pour les premiers entretiens avec des patients suicidants ou déjà suivis en psychiatrie. Ces derniers

¹ Ce chiffre n'inclut pas les hospitalisations sous contrainte établies à partir du C.H.R.

seront soit orientés directement vers une structure ou un médecin pour une prise en charge adaptée, soit dirigés vers le psychiatre du C.A.P. pour une évaluation diagnostique et thérapeutique.

I - 2 - Présentation des entretiens

Pour mener cette enquête, nous avons choisi de réaliser des entretiens auprès des personnels travaillant dans les équipes des services d'urgence des hôpitaux les plus récents (futur site des urgences centralisées) du C.H.U. et du C.H.R. De la même manière, ces entretiens ont été faits aussi avec les personnels attachés à la prise en charge des urgences psychiatriques dans les services du C.H.R. et du C.H.U. sélectionnés.

Nous présenterons d'abord la grille d'entretien, les interlocuteurs choisis et la méthode d'analyse interne pour l'exploitation des résultats.

I - 2 - 1 - La grille d'entretien

L'objectif général de ces entretiens était de confronter les professionnels des urgences générales et psychiatriques aux questions de notre recherche, à savoir si la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général et l'amélioration de celle-ci nécessitent ou non une pratique infirmière spécifique. Il était aussi de confirmer ou d'infirmer l'idée selon laquelle l'expérience professionnelle en santé mentale, la pratique des premiers entretiens et l'appartenance à une équipe spécifique et structurée contribuent à améliorer la prise en charge des urgences à l'hôpital général. Pour ce faire, l'entretien s'organise autour de six questions¹ que l'on peut présenter selon trois axes.

■ Le premier concerne les caractéristiques de la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général et le rôle des infirmiers. Ce sont les questions 1 et 2 :

1°) Qu'est-ce qui caractérise, selon vous, la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général ? (sur le plan clinique et sur le plan des pratiques)

2°) Quelles sont, selon vous, les activités et le rôle des infirmier(e)s dans la prise en charge des urgences psychiatriques ? Quel est leur rôle dans l'amélioration de la prise en charge ?

■ Le deuxième axe touche directement les éléments qui, pour le service infirmier, contribuent à améliorer la prise en charge. Il s'agit des questions 3, 4 et 5.

- 3°) L'expérience professionnelle en psychiatrie est-elle, selon vous, un atout ou une entrave pour les infirmiers ?
- 4°) Que pensez-vous de la pratique des premiers entretiens (pré-consultation, entretien d'accueil et d'évaluation) pour les infirmier(e)s ? Contribue-t-elle à améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général ?
- 5°) L'existence d'une équipe psychiatrique spécifique et structurée est-elle, selon vous, le gage d'une organisation de qualité pour la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général ?

■ Le dernier axe est relatif à des remarques complémentaires susceptibles d'élargir le questionnement initial, ou d'insister sur des points particuliers. C'est la question 6.

6°) Quelles observations ou remarques souhaitez-vous apporter sur ces thèmes ?

I - 2 - 2 - Les interlocuteurs

■ Pour tenter d'approcher au plus près les perceptions et les positions des personnels de terrain, nous avons choisi d'interroger des soignants (infirmiers - médecins) directement impliqués dans la prise en charge des urgences générales et psychiatriques. Ce sont des infirmiers psychiatriques et non psychiatriques, des cadres infirmiers des services d'urgence et d'urgence psychiatrique, un interne et des médecins urgentistes et psychiatres.

Au total, 12 entretiens² ont été réalisés :

- 6 sur le C.H.R. et C.H.D., soit 3 représentants du C.A.P. (C.H.D.) (1 infirmier, 1 cadre infirmier et 1 psychiatre) et 3 représentants du service d'urgence et H.T.C.D. (C.H.R.), (1 infirmier, 1 cadre infirmier, 1 médecin urgentiste)
- 5 sur le C.H.R.U., soit 3 représentants de l'équipe de psychiatrie des urgences (1 infirmier psychiatrique, 1 infirmier polyvalent, 1 médecin psychiatrie chef de service) et 2 de celle des urgences (1 cadre infirmier, le médecin chef de service).
- 1 avec un interne en formation ayant réalisé un semestre au C.H.D. et un au C.H.U.

■ Le choix des interlocuteurs a été déterminé en fonction des objectifs de l'enquête. Les directeurs et les infirmiers généraux impliqués dans la gestion et l'organisation de la prise en charge des urgences

g

¹ Cf. grille d'entretien - annexe 2

² Cf. annexe 3 - tableau : des interlocuteurs

psychiatriques à l'hôpital général ont été sollicités dans la phase préparatoire pour, d'une part, présenter l'organisation actuelle des urgences psychiatriques, son histoire, ses projets, et, d'autre part, déterminer en quoi notre questionnement pouvait croiser le leur.

Par contre, il est certain que la réflexion sur l'amélioration de la prise en charge des urgences psychiatriques appelle aussi une analyse des attentes et de la satisfaction des usagers. Si l'orientation de notre enquête et le contexte de mise en place des recommandations en matière d'urgence psychiatrique ne nous a pas permis de l'aborder ici. Nous n'ignorons pas sa nécessité dans une démarche d'amélioration de la qualité.

I - 2 - 3 - Méthode d'analyse

■ Les entretiens ont été enregistrés. Ils ont duré environ quarante cinq minutes. Pour rendre compte de leur contenu, nous en avons, dans un premier temps, retranscrit l'essentiel. Ensuite, les thèmes et principaux mots clefs ont été extraits du compte-rendu des réponses à chacune des questions. La présentation de la teneur des réponses sera faite en exposant, de la façon la plus neutre possible, d'abord les thèmes ou points de vue les plus fréquemment évoqués et ensuite les plus exceptionnels.

■ L'analyse a porté d'une part sur l'examen des différences entre les réponses selon les sites (C.H.R. - C.H.D. - C.H.U.), selon les personnels (infirmier, cadre infirmier, interne, urgentiste, psychiatre), et enfin selon l'expérience professionnelle et l'âge des interrogés. Elle a permis, dans un bilan global, d'établir des liens entre ces réponses et celles de la littérature professionnelle, tant vis à vis de notre question de départ que de notre hypothèse.

II - EXPLOITATION

La présentation comprendra d'abord le compte-rendu du contenu des entretiens et ensuite le bilan de l'enquête.

II - 1 - Le contenu des entretiens

II - 1 - 1 : La prise en charge des urgences psychiatriques : caractéristiques, rôle des infirmiers
(questions 1 et 2)

Question 1 : Qu'est-ce qui caractérise, selon vous, la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général ? (sur le plan clinique et sur le plan des pratiques)

■ **Les situations cliniques** évoquées par les professionnels sont globalement similaires. Elles concernent à la fois le « tout venant des urgences psychiatriques¹ » tels les états dépressifs, les crises d'angoisse, les agitations, les troubles du comportement, mais aussi les problèmes plus spécifiques des tentatives de suicide et des intoxications alcooliques répétées. Les états maniaques et délirants ne sont pas systématiquement mentionnés.

La présence croissante de situation de crise conjugale et/ou familiale et de problèmes également sociaux est évoquée². Le médecin des urgences du CHR insiste sur « le mélange des problèmes psychiatriques et somatiques dans les urgences psychiatriques³ ». Le cadre infirmier du C.A.P. précise qu'il s'agit bien souvent de personnes n'ayant pas eu de contact préalable avec la psychiatrie, n'ayant pas de pathologie psychiatrique avérée et dont « la demande fait suite à l'acte⁴ »

■ **Sur le plan des pratiques**, concernant la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général, les personnels interrogés font souvent état d'une différence entre celle de la psychiatrie, et celle des services d'urgence.

¹ Entretien 12 - Infirmier psychiatrique - Equipe Urgences psychiatriques - C.H.U.
Entretien 5 - Médecin urgentiste - Equipe Urgence/H.T.C.D. - C.H.R.

² Entretien 8 - Médecin urgentiste - chef de service - C.H.U.

³ Entretien 12 - Infirmier psychiatrique - Equipe urgence - C.H.U.

⁴ Entretien 3 - Cadre infirmier - Equipe C.A.P. C.H.D.

- **Les personnels des urgences** observent une approche différente du malade, basée sur « la connaissance des pathologies », « des attitudes à avoir dans le premier contact¹ », « l'expérience d'une approche psychologique² ». Cette reconnaissance s'accompagne pour les infirmiers et les cadres infirmiers d'une représentation bien distincte des rôles. En service d'urgence, l'infirmière se dit orientée vers « le somatique, le médicamenteux, la surveillance médicale » et se sent souvent désemparée face au malade psychiatrique : « Nous on est pas du tout adaptées pour discuter avec ces gens là⁶ ». Elle évoque aussi le fait qu'elles n'ont pas choisi cette orientation professionnelle. Les médecins urgentistes décrivent une approche médicale différente de celle du psychiatre qui est perçue comme « ponctuelle avec un seul entretien³ » et quelquefois en décalage avec les impressions de l'équipe.

- **Les personnels de psychiatrie** évoquent à la fois la « confrontation »⁴ des pratiques de la psychiatrie avec celles de l'hôpital général, mais aussi le développement de pratiques nouvelles. Ils se disent confrontés à un rythme qui n'est pas le leur, « le tourbillon de l'urgence⁵ », aux contraintes d'une évaluation et d'une orientation rapides. Pour eux, ce rythme s'accorde peu avec le temps d'écoute et de réflexion nécessaire à la prise en charge de la souffrance psychique.

Les médecins psychiatres et internes insistent sur la différence de perception de la maladie mentale et de la souffrance psychique selon qu'il s'agit d'un urgentiste et d'un psychiatre⁶. Pour eux, elle peut s'avérer dommageable pour le patient.

Un infirmier⁷ précise que pour lui les situations rencontrées aux urgences psychiatriques sont peu « débroussaillées » en amont et demandent donc une recherche des signes cliniques avant toute décision d'orientation. Il pense que cela est différent des urgences somatiques où les tableaux cliniques sont selon lui d'emblée plus évocateurs. Un cadre infirmier⁸ insiste sur la nouveauté que représente le travail aux urgences de l'hôpital général pour les équipes de psychiatrie et pour l'un des psychiatres⁹, le travail de psychiatrie de liaison permet de bien appréhender cette nouveauté.

Question 2 : Quels sont, selon vous, les activités et le rôle des infirmiers dans la prise en charge des urgences psychiatriques ? Quel est leur rôle dans l'amélioration de la prise en charge ?

¹ Entretien 10 - Cadre infirmier - Equipe urgence - C.H.U.

² Entretien 4 - Infirmière - Equipe HTCD - C.H.R.

³ Entretien 8 - Médecin urgentiste - Chef de service des urgences - C.H.R.

⁴ Entretien 11 - Médecin psychiatre - Chef de service de psychiatrie générale - C.H.U.

⁵ Entretien 1 - Infirmière - Equipe C.A.P. - C.H.D.

⁶ Entretien 7 - Interne de psychiatrie C.H.D/C.H.U

⁷ Entretien 12 - Infirmier psychiatrique - Equipe urgences psychiatriques - C.H.U.

⁸ Entretien 3 - Cadre infirmier - Equipe C.A.P. - C.H.D.

⁹ Entretien 11 - Médecin psychiatre - Chef de service psychiatrie générale - C.H.U.

La très grande majorité des personnes interrogées (10 sur 12) parlent d'un rôle vis-à-vis du patient, mais aussi vis-à-vis de l'équipe des urgences. Les activités de l'infirmier(e) sont peu décrites. Il n'est pas mentionné de décalage entre celles-ci et leur rôle des infirmières, si ce n'est que certaines activités pourraient être développées pour permettre aux infirmier(e)s d'assurer leur rôle (la pratique des entretiens par exemple¹).

■ **Vis-à-vis des patients** le premier rôle concerne l'accueil et la dédramatisation de la situation, qui ont pour objectif d'établir une relation de confiance avec le patient et son entourage². Il est différencié du rôle de l'infirmière d'accueil et de tri du service d'urgence, mais peut dans certains cas se réduire à cela³. Le rôle d'écoute au sens large (« voir comment la personne se sent » « comment les événements interviennent dans son histoire⁴ ») est fréquemment évoqué et complété parfois d'un rôle d'évaluation clinique. (« repérage de la souffrance psychique⁵ ») de « recherche des signes cliniques⁶ », mais aussi « évaluation des risques⁷ » et « préparation des personnes à consulter si nécessaire⁸ »).

Le rôle des infirmiers vis-à-vis de l'orientation⁹ est cité comme très important, il demande une bonne connaissance du cadre légal des hospitalisations en psychiatrie, ainsi que du dispositif de soin psychiatrique public et privé.

Le rôle des infirmiers vis à vis des familles n'est abordé que trois fois¹⁰, uniquement par des membres de l'équipe du Centre d'Accueil Permanent.

■ **Vis-à-vis de l'équipe**, les rôles principaux sont les suivants : un rôle de liaison avec l'équipe des urgences qui comprend l'information de l'équipe suite à l'évaluation¹¹ clinique et aux propositions d'orientation, et les échanges sur la conduite à tenir face à certains malades difficiles. Les psychiatres insistent aussi sur les liens avec les secteurs de psychiatrie¹²; un rôle d'écoute institutionnelle¹³ ou individuelle de l'équipe des urgences a été évoqué à plusieurs reprises. Il concerne à la fois certaines prises en charge psychiatriques, les situations de stress liées aux urgences, mais aussi parfois des difficultés d'ordre personnel¹.

¹ Entretien 12 - Infirmier psychiatrique - Equipe urgences psychiatriques - C.H.U.

² Entretien 9 - Infirmière polyvalente - Equipe urgences psychiatriques - C.H.U.

³ Entretiens 7 - Interne de psychiatrie - C.H.D./C.H.U.

12 - Infirmier psychiatrique - Equipe urgence psychiatrique - C.H.U.

⁴ Entretien 1 - Infirmière - Equipe C.A.P. - C.H.D.

⁵ Entretien 2 - Médecin psychiatre - Equipe C.A.P. - C.H.D.

⁶ Entretien 7

⁷ Entretien 5 - Médecin urgentiste - Equipe urgence H.T.C.D. - C.H.R.

⁸ Entretien 3 - Cadre infirmier - Equipe C.A.P. - C.H.D.

⁹ Entretiens 4 - Infirmier - Equipe H.T.C.D. - C.H.R.

5 - Médecin urgentiste - Equipe urgence/H.T.C.D.-C.H.R.

6 - Cadre infirmière - Equipe H.T.C.D. - C.H.R.

¹⁰ Entretiens 3.4.7 -

¹¹ Entretien 6.5

¹² Entretien 2 - 11

¹³ Entretiens 2.11 - Médecin psychiatre - Chef de service psychiatrie générale - C.H.U.

■ **Les axes d'amélioration** de la prise en charge des urgences psychiatriques, sont situés par les infirmiers et cadres infirmiers au niveau des échanges, de la formation sur l'accueil et les entretiens.

Les médecins soulignent l'importance de la connaissance des pathologies pour diminuer les réactions de rejet. Les urgentistes du C.H.R. demandent une intervention des équipes aux urgences, et les psychiatres insistent sur le développement des liens entre l'équipe d'urgence et les secteurs.

II - 1 - 2 - Les facteurs d'amélioration de la prise en charge infirmière (questions 3 - 4 et 5)

Question 3 : L'expérience professionnelle en psychiatrie est-elle, selon vous, un atout ou une entrave pour les infirmiers ?

■ L'ensemble des interlocuteurs considère que l'expérience professionnelle est un atout indispensable pour les infirmiers des urgences psychiatriques. Les motifs avancés sont variés et difficilement classables. Ils concernent l'approche et l'attitude vis-à-vis des patients², la pratique des entretiens et l'évaluation clinique³, la distance thérapeutique et la maîtrise de la relation⁴. L'expérience professionnelle est considérée comme rassurante et sécurisante pour le patient, elle est aussi un facteur de reconnaissance par l'équipe des urgences⁵.

Globalement, les interlocuteurs pensent qu'elle doit être diversifiée et comporter une expérience en hospitalisation dite de crise et une de secteur. Pour certains, les personnes doivent aussi avoir une bonne connaissance de soins généraux afin de faciliter les liens avec le service⁶. Par ailleurs, plusieurs infirmiers et médecins considèrent le travail aux urgences psychiatriques comme une expérience formatrice dans le cursus d'un infirmier.

■ Autant qu'un atout, deux personnes ont considéré que l'expérience professionnelle en santé mentale pouvait être une entrave. Une expérience et une formation anciennes peuvent, selon elles⁷, d'une part

g

¹ Entretiens 1 -

² entretien 1 - Infirmière - Equipe C.A.P. - C.H.D.

³ Entretiens 2 - Médecin psychiatre - Equipe C.A.P. - C.H.D.

7 - Interne de psychiatrie - C.H.D./C.H.U.

6 - Cadre Infirmière - Equipe H.T.C.D. - C.H.R.

⁴ Entretien 2

⁵ Entretien 9 - Infirmière polyvalente - Equipe Urgences Psychiatriques - C.H.U.

⁶ Entretien 6

⁷ Entretien 6

limiter les possibilités de liens entre les équipes d'urgence et de psychiatrie et d'autre part être considérée comme un obstacle à la polyvalence¹.

La durée d'expérience professionnelle n'est pas abordée par tous les interlocuteurs. Les propositions oscillent entre 6 mois, 1 an pour l'infirmière du CAP, le cadre et le chef de service des urgences du C.H.U, et 3 à 5 ans pour les autres. Pour le cadre infirmier du CAP, il n'est pas exclu d'avoir dans l'équipe des jeunes diplômés avec 6 mois/1 an d'expérience, à condition qu'ils soient entourés de professionnels confirmés². A plusieurs reprises, il a été dit que cela était aussi fonction des personnes et de leurs investissements³.

■ Autour de l'expérience professionnelle, les questions de la formation initiale et des choix d'orientations professionnelles ont été abordées. Pour les infirmiers et cadres des services d'urgence⁴, la nouvelle formation permet « une meilleure approche... un comportement plus adapté » face aux troubles psychiques, mais elle ne permet pas d'assurer la prise en charge des urgences psychiatriques. Les médecins, dans leur ensemble, perçoivent cette différence, et pointent la nécessité d'une formation complémentaire⁵ (spécialité⁶) après le diplôme pour les infirmiers. Dans la pratique, la différence d'approche entre les infirmiers de secteur psychiatrique (I.S.P.) ou infirmier diplômé d'état (I.D.E.) n'est pas perceptible.

Question 4 : Que pensez-vous de la pratique des premiers entretiens (pré-consultation, entretien d'accueil et d'évaluation) pour les infirmiers ? Contribue-t-elle à améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général ?

■ Dans l'ensemble, les interlocuteurs considèrent que la pratique des premiers entretiens est une bonne chose et qu'elle contribue à améliorer la prise en charge des personnes. Ils justifient leurs réponses en insistant sur des points différents, mais les arguments apparaissent cohérents entre eux. Médecins, infirmiers et cadres évoquent d'abord la limitation de l'attente du fait de la disponibilité des infirmiers⁷.

¹ Entretien 8 - Médecin urgentiste - Equipe Urgence (chef de service) - C.H.U.

² Entretien 3 - Cadre infirmier - Equipe C.A.P. - C.H.D.

³ Entretiens 1 - Infirmier - Equipe C.A.P. - C.H.D.

9.- Infirmière polyvalente - Equipe Urgences psychiatriques - C.H.U.

12 - Infirmier psychiatrique - Equipe Urgences psychiatriques - C.H.U.

⁴ Entretiens 4. - Infirmière - Equipe H.T.C.D. - C.H.R.

6 - Cadre infirmier - Equipe H.T.C.D. - C.H.R.

10 - Cadre infirmière - Equipe Urgence - C.H.U.

⁵ Entretien 11 - Médecin psychiatre - Chef de service de psychiatrie générale - C.H.U.

⁶ Entretien 5 - Médecin urgentiste - Equipe Urgence H.T.C.D. - C.H.R.

⁷ Entretiens 12 - Infirmier psychiatrique - Equipe Urgences psychiatriques - C.H.U.

1 - Infirmière - Equipe C.A.P. - C.H.D.

Cette prise en charge rapide permet d'apporter un premier réconfort rassurant et dédramatisant dès l'accueil de la personne et son entourage¹. Pour les médecins, urgentistes et psychiatres, il constitue un premier niveau d'évaluation qui peut permettre d'une part « de désamorcer la situation »... et d'autre part « de cerner un peu les problèmes² ». Les discours et le ressenti du patient et de sa famille peuvent évoluer ou varier dans le temps et selon qu'ils ont affaire à un infirmier ou un médecin³.

La question de la répétition des entretiens est évoquée comme pouvant être, selon les cas, positive⁴ ou négative⁵. Les urgentistes et les infirmiers des urgences psychiatriques soulignent qu'ils offrent la possibilité d'une orientation plus directe vers les équipes et le psychiatre qui assurent ou assureront le suivi. Les personnes peuvent ainsi être adressées directement vers un psychiatre sans solliciter celui des urgences. Pour les urgentistes le recours au psychiatre aux urgences ne doit pas être systématique et doit correspondre à des situations précises.

■ Dans leur réponse, les interlocuteurs ne sont pas sans évoquer les limites et les contraintes de cette pratique. La préparation et la formation des infirmiers à ces entretiens sont abordées en même temps que l'expérience professionnelle de ce type d'échange⁶ avec le malade. Elle exige de l'infirmier une maîtrise de la relation spécifique aux urgences : « entrer dans la relation en sachant que cela sera terminé ensuite⁷ ».

Les médecins psychiatres, en comparant cette situation de double observation infirmière et médicale avec celle de l'hospitalisation, insistent sur la nécessité d'échanges infirmiers-médecins pour l'encadrer⁸. Ils rappellent qu'elle ne doit pas dériver vers une pratique individuelle et qu'elle s'exerce sous la responsabilité d'un médecin⁹. Enfin, ils précisent aussi que certains interlocuteurs médecins de l'hôpital général ne souhaitent pas de contact avec des infirmiers, mais uniquement avec des psychiatres¹⁰.

¹ Entretiens 3 - Cadre infirmier - Equipe C.A.P. - C.H.D.

8 - Médecin urgentiste - Chef de service Equipe Urgence - C.H.U.

9 - Infirmière polyvalente - Equipe Urgences psychiatriques - C.H.U.

4 - Infirmière - Equipe H.T.C.D. - C.H.R.

5 - Médecin urgentiste - Equipe Urgence H.T.C.D. - C.H.U.

² Entretien 8 - Médecin urgentiste - Chef de service - Equipe urgence - C.H.U.

³ Entretien 10 - Cadre infirmière - Equipe Urgence - C.H.U.

⁴ Entretien 1 - Infirmière - Equipe C.A.P. - C.H.D.

⁵ Entretien 9 - Infirmière polyvalente - Equipe Urgences psychiatriques - C.H.U.

⁶ Entretien 2 - Médecin psychiatre - Equipe C.A.P. - C.H.D.

⁷ Entretien 1 - Infirmière - Equipe C.A.P. - C.H.D.

⁸ Entretiens 2-7 - Interne de psychiatrie - C.H.D./C.H.U.

11 - Médecin psychiatrie - Chef de service de psychiatrie générale - C.H.U.

⁹ Entretiens 2

¹⁰ Entretien 7 -

Question 5 : L'existence d'une équipe psychiatrique spécifique et structurée est-elle, selon vous, le gage d'une organisation de qualité pour la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général ?

■ Pour l'ensemble des interlocuteurs, à l'exception du cadre des urgences du CHU, l'existence d'une équipe de psychiatrie spécifique et structurée est considérée comme le gage d'une organisation de qualité. Pour l'un d'entre eux, cette question doit être posée indépendamment de la localisation de cette équipe¹, pour un autre la réponse est oui sous réserve que « les affectations des infirmiers et du psychiatre ne soient pas supérieures à 3 ou 5 ans². »

Les justifications de ces réponses positives sont un peu différentes selon les sites. Au CHU, médecins et infirmiers font référence au projet de restructuration des urgences qui va dans ce sens. Au CHR, tant au CAP qu'en HTCD c'est la spécificité même des urgences psychiatriques qui appelle une équipe structurée. Celle-ci doit pouvoir « mener une réflexion sur ces pratiques...avoir une vie institutionnelle³ » et ne pas être « détachée de sa spécialité de départ⁴ ».

Les limites de ce type d'organisation sont selon les interlocuteurs les risques de scission avec l'équipe des urgences⁵ et celui de l'autonomisation des urgences psychiatriques vis-à-vis des secteurs⁶. La crainte d'une séparation remettant en cause « l'esprit d'équipe » du service d'urgence et « la polyvalence⁷ » explique la seule réponse négative.

■ Le débat sur l'intérêt d'une équipe spécifique et structurée a fait apparaître d'autres questions concernant l'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques. D'abord, concernant le rattachement de cette équipe : doit-elle l'être au service d'urgence ou aux secteurs de psychiatrie ?

Ensuite, vis à vis du fonctionnement de l'hospitalisation de courte (U.H.C.D) ou très courte durée (Hébergement/CHU.HTCD/CHR) qui est jugé très important dans la prise en charge, en particulier celle des suicidants. Pour ces derniers, une hospitalisation inférieure à 48 H est parfois insuffisante. De plus, la question se pose de l'intérêt de réserver ou non des lits à la psychiatrie dans ces unités.

Enfin, la centralisation de l'ensemble des urgences psychiatriques sur les services d'urgences de l'hôpital général est perçue comme un risque. « Il est intéressant d'avoir deux lieux d'accueil d'urgences

¹ Entretien 5 - Médecin urgentiste - Equipe Urgence/H.T.C.D - C.H.R.

² Entretien 11 - Médecin psychiatre - chef de service de psychiatrie générale - C.H.U.

³ Entretien 7 - Interne de psychiatrie - C.H.D/C.H.U.

⁴ Entretien 6 - Cadre infirmière - Equipe H.T.C.D. - C.H.R.

⁵ Entretien 8 - Médecin urgentiste - Chef de service Equipe Urgence - C.H.U.

⁶ Entretien 11-2 - Médecin psychiatre - Equipe C.A.P. - C.H.D.

⁷ Entretien 10 - Cadre infirmière - Equipe Urgence - C.H.U.

psychiatriques d'abord pour des raisons de structures de suite en aval et donc de transfert, mais aussi en amont pour réguler le flux aux urgences¹ ». « Les urgences psychiatriques de l'hôpital général ne représentent pas toutes les urgences, et concernent aussi les secteurs² ».

II - 1 -3 - Eléments complémentaires - (Question 6)

Question 6 : Quelles observations ou remarques souhaitez-vous apporter sur ces thèmes ?

■ Les éléments complémentaires apportés sur la prise en charge des urgences psychiatriques et la pratique infirmière tiennent pour une part du bilan, et, pour une autre, découlent des questions importantes sur lesquelles les interlocuteurs souhaitaient insister. D'autres font suite à des questions complémentaires dont l'idée a émergé au cours de l'entretien. La nature de la question six ne permet pas un classement par type de réponses et contraint à une présentation descriptive.

■ Pour le psychiatre du CHU³, le premier bilan porte sur l'aspect très positif de la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général. L'interne⁴ qui a exercé sur les deux sites dresse aussi un bilan positif de l'organisation du CHD (CAP) et de son intervention au C.H.R. dans l'unité d'H.T.C.D.

Les cadres du CAP et de l'HTCD font de même. Le premier remarque que le nombre de patients venant d'eux-mêmes consulter au CAP est une constante et représente une activité quantitativement équivalente à celle des interventions au CHR. La seconde, récemment affectée à l'HTCD, insiste sur la modification que la création du CAP et ensuite ses interventions en HTCD ont apporté dans la prise en charge des urgences psychiatriques, en particulier des tentatives de suicides.

■ Les problèmes soulevés par les infirmiers relèvent de la pratique quotidienne. Ils concernent la formation à la prise en charge des urgences psychiatriques⁵, l'encadrement des internes débutants⁶, et le travail des infirmier(e)s de nuit⁷ sans la présence de la psychiatrie sur place.

¹ Entretien 5 - Médecin urgentiste - Equipe Urgence/H.T.C.D. - C.H.R.

² Entretien 2 - Médecin psychiatre - Equipe C.A.P. - C.H.D.

³ Entretien 11 - Médecin psychiatre - Chef de service de psychiatrie générale - C.H.U.

⁴ Entretien 7 - Interne de psychiatrie - C.H.D./C.H.U.

⁵ Entretien 12 - Infirmier psychiatrique - Equipe Urgences psychiatriques - C.H.U.

⁶ Entretien 9 - Infirmière polyvalente - Equipe Urgences psychiatriques - C.H.U.

⁷ Entretien 4 - Infirmière - Equipe H.T.C.D. - C.H.R.

Les questions abordées par les cadres et les médecins touchent l'organisation des urgences psychiatriques avec en amont une répartition des flux pour ne pas centraliser¹, et, en aval, le développement avec le secteur psychiatrique et les médecins généralistes de possibilités d'orientation permettant de sortir de l'alternative domicile ou hospitalisation².

Dans l'organisation du CHRU, les transferts vers les services de psychiatrie mobilisent le temps infirmier des urgences psychiatriques et désorganisent leur accueil³. D'un point de vue général, le chef de service des urgences du CHU estime qu'il y a une multiplication des demandes faites aux services d'urgences vis-à-vis de populations aux problèmes de santé publique spécifique (Toxicomanie, Alcoolisme, Personnes âgées) et que dans nombre de cas, il manque un travail préventif en amont de l'urgence⁴.

■ Les questions complémentaires abordées ensuite avec l'infirmière de l'H.T.C.D. du C.H.R. ont porté sur les capacités pratiques des infirmiers des urgences à exercer des entretiens. Sa réaction a été négative et peu constructive (« chacun son domaine...on sait calmer, on sait rassurer mais on n'est pas là pour mener des entretiens⁵ »).

- Avec le médecin psychiatre du CAP⁶, elles concernaient les situations cliniques les plus difficiles et les demandes multiples faites à la psychiatrie. L'absence de structure pour la prise en charge des adolescents dans le département du CHR et du C.H.D rend difficile leur orientation après les urgences. Dans nombre de cas une rupture, autre qu'une hospitalisation psychiatrique classique, serait, selon elle, nécessaire au patient, à la famille ou l'institution.

Sur les questions d'accès aux soins psychiatriques des personnes en situation de précarité, ou de demande d'intervention de la psychiatrie directement aux urgences pour des décès ou des accidents, elle exprime une certaine réserve. Le glissement des urgences sociales vers la psychiatrie est, selon elle, souvent abusif et peut contribuer à discréditer la psychiatrie qui ne peut intervenir en première intention là où une réponse sociale s'impose.

- Avec le médecin des urgences du CHR⁷, la question portait sur la prévention des récurrences de tentatives de suicides. Dans sa réponse, il insistait d'abord sur un certain type de patients qui multiplient les passages aux urgences sans qu'un soin se structure ensuite. Ils correspondent à un certain profil où tous les modes

¹ Entretien 5 - Médecin urgentiste - Equipe Urgence/H.T.C.D. - C.H.R.

² Entretien 2 - Médecin psychiatre - Equipe C.A.P. - C.H.D.

³ Entretien 10 - Cadre infirmière - Equipe Urgences - C.H.U.

⁴ Entretien 8 - Médecin urgentiste - Chef de service - Equipe Urgences - C.H.U.

⁵ Entretien 4 - Infirmière - Equipe H.T.C.D. - C.H.R.

⁶ Entretien 2 - Médecin psychiatre - Equipe C.A.P. - C.H.D.

⁷ Entretien 5 - Médecin urgentiste - Equipe Urgences/H.T.C.D - C.H.R

d'approche ont été essayés sans succès. Pour ce qui est des adolescents et des jeunes adultes, le contexte de rupture familiale et sociale est pour lui prédictif d'une récurrence.

II - 2 - Bilan de l'enquête

II - 2 - 1 - Sur les établissements

■ La comparaison des données d'activité du C.H.R., du C.H.D. et du C.H.U.¹ montre un nombre de passages aux urgences psychiatriques proportionnellement équivalent sur les deux établissements (3,2 et 3,1 % du nombre total de passages aux urgences). Par contre, le recours à l'hospitalisation psychiatrique après passage aux urgences est plus fréquent sur le C.H.U. (61,5 %) que sur le C.H.R. (35,8 %)². Enfin, l'activité du C.A.P. (C.H.D.) montre un taux élevé (35,4 %) de consultation à l'initiative des patients. Il n'y a pas d'élément de comparaison avec le C.H.U.

- Nous pouvons tout d'abord observer que le pourcentage des urgences psychiatriques est dans les deux établissements nettement inférieur aux 10 % à 30 % estimés dans les rapports Steg¹. Si cela correspond à une phase de montée en charge, il faut noter sa relative lenteur en regard de la date de mise en place des dispositifs (1978 pour le C.H.U. et 1991 pour le C.H.D./C.H.R.).

La différence de recours à l'hospitalisation psychiatrique après passage aux urgences peut être reliée avec, d'une part, la non médicalisation des urgences psychiatriques du C.H.U. et d'autre part l'insuffisance de moyens d'hébergement (H.T.C.D.). Pour ce qui est du nombre de consultations à la demande des patients au C.A.P., nous pensons que l'existence d'un lieu spécifique hors des urgences de l'hôpital général (même proche de l'hôpital psychiatrique) favorise ce type d'accès au soin.

■ D'un point de vue organisationnel, les deux établissements sont, sur le plan des urgences, dans une problématique similaire avec deux sites d'accueil d'urgence adulte et un même projet de centralisation de celle-ci sur un site unique. Cela représente un transfert d'activité très important (13 000 passages pour le C.H.U., 19 000 pour le C.H.R.) et donc une augmentation de l'activité des urgences psychiatriques (+ 25 % au C.H.R., + 46,8 % au C.H.U.).

- Face à cette problématique, la structuration des urgences psychiatriques est différente et ne semble pas suivre les mêmes orientations. Au C.H.U., elle s'oriente vers la médicalisation de l'équipe, l'attribution

¹ Cf. annexe 1

² Ce chiffre n'incluant pas les hospitalisations sous contrainte établies à partir du C.H.R., cela implique que le différentiel avec le chiffre du C.H.U est légèrement moins important

de lits de psychiatrie en H.T.C.D. et son rattachement aux services des urgences. Les modalités d'implication et de contrôle des secteurs sont à définir. Au C.H.R., le maintien du C.A.P. au C.H.D. institue de facto deux lieux d'accueil des urgences psychiatriques, celui de l'hôpital général, celui de l'hôpital psychiatrique. Les modalités de collaboration des services sont formalisées dans une convention. La présence de l'équipe du C.A.P. aux urgences, en plus de l'H.T.C.D., et l'étude des possibilités d'orientation directe (sans passage aux urgences) sont à l'ordre du jour.

Dans les deux cas, la restructuration des urgences est inscrite au projet d'établissement du C.H.R. et du C.H.U. La prise en charge des urgences psychiatriques fait l'objet d'une fiche spécifique au contrat d'objectif du C.H.D. et du C.H.U.

II - 2 - 2 - Sur la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général

■ **Les situations cliniques** décrites dans l'enquête recouvrent bien les définitions et les caractéristiques incluses dans la notion d'urgence psychiatrique². Il n'est pas apparu de questions extérieures à ce champ. On retrouve les urgences psychiatriques pures, les urgences mixtes et les états aigus transitoires, avec une prédominance des tentatives de suicide, des alcoolisations répétées, et des problèmes conjugaux et sociaux. Cette prédominance confirme l'importance des urgences mixtes et montre la nécessité d'articuler la prise en charge somatique et psychiatrique. La notion d'urgence ressentie n'est pas directement énoncée alors que l'importance du contexte et du rôle des protagonistes (surtout les familles), soignants et non soignants, est bien perçue. Les notions de crise et de passage à l'acte sont sous-jacentes à la présentation, mais il faut toutefois noter qu'aucune des deux équipes n'a développé une pratique d'interaction et d'intervention de crise.

- **Sur le plan des pratiques**, les caractéristiques de la prise en charge correspondent, dans l'enquête, d'une part à un savoir-faire vis à vis du malade et de la situation de crise (approche du malade et attitude face à lui) et d'autre part à une connaissance des pathologies et des mécanismes psychiques. La prise en charge s'opère à un rythme et dans un temps différents de celui de l'urgence, le temps de l'élaboration psychique. Elle a lieu dans le contexte de l'hôpital général et ne concerne que peu les pathologies psychiatriques avérées.

- Cependant, nous devons observer d'abord que « la polyvalence » des infirmiers des urgences psychiatriques est une priorité lorsque l'organisation du service d'urgence différencie peu les équipes des urgences générales de celles des urgences psychiatriques. Par contre, l'enquête a montré aussi que cette polyvalence semble

g

¹ Op. cit.

² Cf. 1ère partie - I-1- Définition

1ère partie II-1-1 - Les situations cliniques

peu réversible, les infirmiers des urgences ne pouvant, pour des raisons de formation et d'expérience professionnelle, intervenir qu'à minima dans la prise en charge des urgences psychiatriques.

- Ces premiers éléments confirment tout d'abord la spécificité clinique des urgences psychiatriques telle qu'elle nous est présentée dans la littérature professionnelle. Ensuite, ils montrent bien le lien entre les caractéristiques de la prise en charge des urgences psychiatriques sur le plan clinique, et l'existence d'une pratique spécifique pour celle-ci. Nous allons voir maintenant comment et dans quel domaine cette spécificité se décline au niveau infirmier.

■ Les éléments dégagés par l'enquête quant au **rôle des infirmiers** dans la prise en charge ont apporté un premier niveau de réponse à cette question.

Vis à vis des patients et de leur famille, il ressort un rôle d'accueil et de premier contact, un rôle de recueil d'information, d'observation et d'évaluation. Pour les assurer, les infirmiers pratiquent ou non le premier entretien, ils suivent dans tous les cas le déroulement de la prise en charge de l'accueil à l'orientation en passant par la gestion de la crise.

Vis à vis des équipes partenaires, celles des urgences et celles des secteurs de psychiatrie, il existe un rôle de liaison (échange et transmission d'informations au sujet du patient) pour inscrire la prise en charge en urgence dans une continuité, ainsi qu'un rôle « d'écoute institutionnelle » pour articuler les demandes des services et les réponses apportées. Cette définition du rôle infirmier s'inscrit parfaitement dans l'ensemble des rôles infirmiers cités dans la littérature professionnelle¹. De plus, l'étude du fonctionnement des deux services montre une relation directe entre le niveau d'organisation de l'équipe des urgences psychiatriques et le rôle des infirmiers à l'intérieur de celle-ci. De la même façon, l'intervention de l'équipe des urgences psychiatriques a modifié le rôle des infirmiers des urgences vis à vis des patients « psychiatriques ».

Le rôle des infirmiers dans l'amélioration de la prise en charge des urgences psychiatriques est envisagé de façon globale. Il est intégré à l'amélioration du fonctionnement des dispositifs en place et lié à la formation (initiale et continue) des professionnels. Il n'a pas été fait mention d'évaluation de la qualité ou de la satisfaction des personnes ou du taux de patients suivis après passage aux urgences psychiatriques.

■ De fait, les résultats de l'enquête, à partir des questions 1 et 2, comme ceux de la recherche bibliographique² permettent d'affirmer, en réponse à notre première question, que la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général et l'amélioration de celle-ci nécessite une pratique infirmière spécifique. Celle-ci

¹ Cf. 1ère partie - II-1-2 - Les rôles des infirmiers

² Cf. 1ère partie - II-2-3 - Une pratique infirmière spécifique

repose sur l'expérience professionnelle en santé mentale, la pratique des premiers entretiens d'accueil et d'évaluation et l'appartenance à une équipe structurée. Ils constituent trois facteurs possibles d'amélioration de la prise en charge.

II - 2 - 3 - Sur les facteurs d'amélioration des pratiques infirmières

- Globalement, les professionnels interrogés pendant l'enquête ont largement confirmé que l'expérience professionnelle en santé mentale, la pratique des premiers entretiens et l'appartenance à une équipe spécifique et structurée contribuent à améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général.

■ Concernant l'**expérience professionnelle** en santé mentale, le temps proposé est de trois à cinq ans. Il répond à la nécessité de disposer d'infirmiers ayant fait le choix, à un moment donné, de cette orientation professionnelle, et possédant un savoir-faire dans les situations de crise et d'urgence psychiatrique ainsi qu'une connaissance approfondie des pathologies. Cette expérience ne doit pas constituer une référence isolée, elle doit être complétée par le développement des capacités de la personne à travailler à l'hôpital général en lien direct avec l'équipe des urgences.

Le contenu des réponses concernant les liens entre expérience professionnelle et formation initiale laisse entrevoir que la mise en place du nouveau diplôme n'a pas diminué les besoins d'une approche infirmière spécifique en tout cas pour les urgences psychiatriques, avec l'expérience professionnelle et la formation qui s'y rattachent.

■ **La pratique des premiers entretiens** par les infirmiers répond d'une part au souci d'engager le plus précocement possible la prise en charge des urgences psychiatriques en limitant l'attente des patients et des familles. D'autre part, elle est d'apporter une première évaluation de départ sur la situation du patient et le contexte de son arrivée ainsi qu'une première observation clinique. De ce fait, elle peut permettre des orientations plus directes vers d'autres structures de psychiatrie.

Par ailleurs, sur le C.H.R., l'enquête a montré que l'intervention des infirmiers en première intention permettrait aux médecins urgentistes un recours du psychiatre des urgences plus sélectif, c'est à dire lorsqu'un problème diagnostique ou thérapeutique se pose.

Les problèmes sous-jacents sont de structurer et de formaliser ces entretiens mais aussi de les inscrire dans un travail d'équipe pluridisciplinaire en lien avec les médecins responsables des urgences générales et des urgences psychiatriques.

■ **L'appartenance à une équipe spécifique et structurée** a pour objectif de donner un cadre institutionnel de référence à la prise en charge des urgences psychiatriques. Il vaut pour les infirmiers, mais aussi l'ensemble de l'équipe des urgences psychiatriques. Il a aussi pour vocation de structurer les relations avec les autres équipes (urgences, psychiatrie, réseaux).

Dans les deux exemples d'organisation étudiés, l'existence d'un tel cadre dans l'un des établissements (C.H.D.) a manifestement facilité la structuration de la prise en charge des urgences psychiatriques au C.H.R. (H.T.C.D. pour l'instant, et aux urgences dans l'avenir).

Il reste que ce cadre ne doit pas constituer un frein à l'évolution des pratiques, ni favoriser une autonomisation de la prise en charge.

■ Les éléments complémentaires apportés au cours des entretiens ont fait apparaître certains problèmes de façon récurrente. Ils concernent la formation des infirmiers, la délimitation du champ d'intervention de l'équipe psychiatrique dans le service d'urgence et l'organisation du circuit des urgences psychiatriques. Compte tenu de ces derniers éléments et des différentes confirmations résultant de l'enquête, nous allons maintenant définir les propositions d'orientation et de gestion de l'infirmier général quant à l'amélioration de la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général.

Troisième partie

Propositions d'orientation pour la direction du service
de soins infirmiers

Pour déterminer maintenant les orientations qui pourraient être données à la politique du service de soins infirmiers concernant la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général, il convient, préalablement, d'examiner le cadre dans lequel l'infirmier général peut les définir.

■ Le décret du 18 octobre 1994¹, dans son article 2, situe l'infirmier général comme membre de l'équipe de direction, responsable de la direction du service de soins infirmiers et président de la commission du service de soins infirmiers. Son champ de compétence concerne d'une part la gestion du service de soins infirmiers et l'organisation des soins infirmiers, et d'autre part « sous l'autorité du chef d'établissement, et en liaison avec le corps médical et les autres corps d'encadrement concernés, l'infirmier général participe et contribue à :

- la conception, à l'organisation, à l'évolution des services médicaux
- la gestion des personnels infirmiers, aides-soignants, agents des services hospitaliers, dont l'élaboration et l'application des programmes de formation des personnels
- la définition d'une politique d'amélioration de la qualité ainsi qu'au développement de la recherche dans le domaine des soins infirmiers ».

De plus, il doit « rendre compte du fonctionnement du service de soins infirmiers dans un rapport annuel d'activité remis au chef d'établissement ».

- De cette définition, il ressort que l'infirmier général, en tant que membre de l'équipe de direction, est l'un des acteurs de la réflexion stratégique et de la politique d'établissement. De même, en tant que responsable de la direction du service de soins infirmiers, il définit les orientations qui président à la gestion du service des soins infirmiers et à l'organisation des soins infirmiers.

■ Ainsi, nous déclinons les propositions d'orientation de l'infirmier général en matière de prise en charge d'urgence psychiatrique à l'échelle de l'établissement pour ce qui relève de sa stratégie et de sa politique générale, et à celle du service des soins infirmiers pour ce qui concerne la conception des soins et la gestion du personnel infirmier. Il est entendu que ces propositions s'adressent plutôt aux établissements ou services de lutte contre les maladies mentales, qu'ils soient ou non rattachés à un hôpital général, ainsi qu'à leur service infirmier. Elles sont à prendre comme des axes de réflexion susceptibles d'être pris en compte pour définir des orientations afin d'améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général.

¹ Décret n° 94-904 du 18 octobre 1994 modifiant le décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière

■ L'étude portant sur la prise en charge des urgences psychiatriques a fait apparaître à la fois la nécessité d'une organisation adaptée des établissements et services de psychiatrie pour répondre à ces besoins, mais aussi celle d'une coordination entre les hôpitaux généraux et psychiatriques ainsi qu'avec les acteurs du réseau au sens large.

I - 1 - Une organisation intersectorielle

Des recherches bibliographiques autant que de l'enquête elle-même, il ressort que la réponse aux urgences psychiatriques à l'hôpital général demande une organisation spécifique permettant de disposer d'une équipe unique, permanente et disponible.

La nature même de ces exigences impose très souvent aux établissements ou services une réponse globale non sectorisée, c'est-à-dire dont le champ d'intervention ne sera pas dépendant de l'origine géographique des patients. Le contexte de rationalisation de l'offre de soins favorise la mise en commun de moyens pour répondre à des besoins spécifiques, en particulier ceux de l'hôpital général vis à vis de la psychiatrie.

Ainsi, le recours à une organisation intersectorielle pour la prise en charge des urgences psychiatriques apparaît doublement adapté, pour les hôpitaux généraux demandeurs, et pour les secteurs psychiatriques.

I - 1 - 1 - Le cadre de l'intersectorialité

■ Le projet de circulaire relatif à l'évolution du dispositif de santé mentale souligne fortement l'intérêt de ce type de fonctionnement « pour répondre à des besoins fondamentaux mais numériquement peu importants à l'échelle d'un secteur¹ ». Ces besoins concernent l'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile, les lieux de crise pour adolescents et la possibilité de spécialiser certains soins. Ils concernent les besoins des hôpitaux généraux pour la psychiatrie de liaison et dans les services d'accueil et de traitement des urgences.

¹ Projet de circulaire DH/EO4/DGS/SP3/98 relative à l'évolution du dispositif de soins en psychiatrie p. 6

- Ces projets intersectoriels doivent se « développer en lien étroit avec les secteurs concernés et répondre à des objectifs et à un fonctionnement précis qui seront formalisés dans un règlement intérieur et soumis aux règles d'approbation liées au type d'organisation retenu¹ ».

- Sur le plan de l'organisation hospitalière, il peut s'agir d'une unité fonctionnelle rattachée à un secteur ou d'une fédération intersectorielle. La loi hospitalière du 31 juillet 1991² offre en effet la possibilité de regrouper autour d'objectifs communs les moyens et équipements de plusieurs services dans le cadre d'une fédération. Ses activités sont placées sous la responsabilité d'un médecin coordonnateur assisté d'un cadre paramédical. Son organisation, son fonctionnement et son intitulé, sont fixés dans un règlement intérieur arrêté par le conseil d'administration (C.A.), après avis de la commission médicale d'établissement (C.M.E.).

I - 1 - 2 - La direction des soins infirmiers et l'intersectorialité

■ Dans ce domaine, l'infirmier général participera à la réflexion de l'équipe de direction et des services médicaux sur le choix du cadre organisationnel le plus adapté pour assurer la prise en charge des urgences psychiatriques.

Cela concernera le projet et ses objectifs, le type de structure et les modalités de fonctionnement du cadre intersectoriel. Les orientations varieront en fonction des besoins et de l'activité des établissements selon qu'ils sont sièges d'un service d'accueil et de traitement des urgences ou d'une unité de proximité. Dans certains cas (celui des services d'accueil et de traitement des urgences) la réponse engagera l'établissement dans son ensemble ; dans d'autres cas elle concernera un ou plusieurs secteurs de celui-ci (les unités de proximité).

Sur un plan plus général, le développement des activités et structures intersectorielles demandera à être régulé pour, d'une part disposer des moyens de maintenir la mission généraliste des secteurs et, d'autre part, ne pas multiplier les approches spécifiques. Des choix seront donc à faire pour déterminer les activités demandant une approche intersectorielle.

■ En terme de gestion du service infirmier, il appartiendra à l'infirmier général de veiller à ce que l'encadrement des structures intersectorielles participe d'une part au développement d'une articulation régulière avec les secteurs et, d'autre part, à leur bonne intégration au fonctionnement du service des soins infirmiers. L'objectif est ici d'éviter l'autonomisation de ces structures qui est par essence contraire à leur vocation.

¹ Projet de circulaire DH/EO4/DGS/SP 3/98 p. 7

² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière - Section 3 : Organisation des soins et fonctionnement médical - Art. L. 714-25

Pour ce qui concerne l'encadrement des structures intersectorielles de prise en charge des urgences psychiatriques, il faut noter que les cadres infirmiers y jouent un rôle très important vis à vis des interlocuteurs extérieurs de l'hôpital général et du réseau ainsi que des usagers et des familles. Dès lors, dans sa gestion de l'encadrement infirmier, l'infirmier général devra y être particulièrement attentif.

I - 2 - Un dispositif en lien avec les établissements et le réseau

Si la réponse aux besoins des services d'accueil et de traitement des urgences appelle une mutualisation des moyens des secteurs psychiatriques, le dispositif mis en place doit bien évidemment coordonner son action à celle des équipes de l'hôpital général ainsi qu'avec les acteurs du réseau.

I - 2 - 1 - Conventions et réseaux de soins

■ L'obligation faite¹ aux établissements siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences ou d'une unité de proximité, de conclure une convention avec les établissements de psychiatrie dont les secteurs recouvrent l'aire d'attraction géographique de leurs services d'urgences ou unité de proximité souligne bien cet impératif de coordination.

Il en va de même pour la possibilité de conclusion de contrat dit de relais « entre les établissements siège d'une unité de proximité et tout autre établissement de santé disposant des compétences médicales et des moyens humains et technologique nécessaire à la prise en charge des patients orientés vers lui² ». La conclusion d'un tel contrat peut être le point de départ de la constitution d'un réseau de soins.

Ces dispositions concernant les urgences, s'inscrivent dans la logique des communautés d'établissements et des réseaux de soins prévue par les ordonnances 345 et 346 du 24 Avril 1996³ et la circulaire du 8 Avril 1997⁴.

I - 2 - 2 - Le service de soins infirmiers acteur des synergies

L'ensemble de ces dispositions concernant les réseaux de soins, les communautés d'établissement ainsi que les conventions et les contrats dits de relais pour l'accueil et le traitement des urgences vont solliciter la

¹ Cf. Décret n° 97.616 du 30 mai 1997. Art. 3

² Décret n° 97 615 du 30 mai 1997 - Art. 4

³ Ordonnance N° 96.346 du 24 Avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Art. 29 et 30.
Ordonnance n° 96.345 du 24 Avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins - Art. 6

⁴ Circulaire DH/E0 97 n° 97/277 du 8 Avril 1997 relative aux réseaux de soins

participation de l'infirmier général, pour d'une part élaborer la stratégie de l'établissement et d'autre part la mettre en oeuvre.

■ Le premier temps d'une telle démarche consiste en un diagnostic précis de la situation actuelle. L'évaluation des types de réponses offertes aux services d'accueil des urgences ou unités de proximité des établissements situés sur les secteurs psychiatriques permettra d'appréhender dans sa globalité le niveau de prise en charge des urgences psychiatriques. Dans cette phase, l'encadrement infirmier supérieur et de proximité en collaboration avec les médecins apporteront une contribution indispensable tant à l'analyse de situation qu'à la définition des voies possibles d'amélioration. Il appartiendra ensuite à l'infirmier général de partager ses informations avec les membres de l'équipe de direction pour définir, en fonction des moyens alloués et des possibilités de restructurations, les échéances de la politique de l'établissement en la matière.

■ Dans la phase de mise en oeuvre du conventionnement ou de contractualisation avec les établissements, la direction des soins infirmiers favorisera les échanges entre les acteurs pour faciliter l'élaboration ou la formalisation de projets communs. Ces échanges pourront s'établir aux différents niveaux du service infirmier. L'intérêt des réseaux de soins en matière de prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général devra être examiné pour déterminer dans quels établissements il contribuerait à améliorer celle-ci. La constitution de ces réseaux appelle des synergies plus larges avec la médecine de ville, les infirmières libérales et des acteurs non hospitaliers. Si le travail de réseau représente normalement un des points forts du travail de secteur en psychiatrie, il trouvera là un champ d'application structurant.

Dans tous les cas, la mise en oeuvre du travail de réseau nécessitera une politique d'établissement et non uniquement de secteur, en vue d'homogénéiser les relations de l'établissement avec les acteurs du réseau. Ce point est particulièrement sensible en psychiatrie et le service infirmier est directement concerné.

g

et communauté d'établissements

L'étude menée sur la pratique infirmière et la prise en charge des urgences psychiatriques a montré que pour les infirmiers, l'expérience professionnelle en santé mentale, la pratique des premiers entretiens, et l'appartenance à une équipe spécifique et structurée contribuaient à améliorer la qualité de la prise en charge. Il reste maintenant à décliner ces apports en termes d'orientations pour la gestion du service de soins infirmiers. Celles-ci concernent d'une part, la conception des soins infirmiers et d'autre part à la gestion des personnels infirmiers. Elles demandent à être complétées par une réflexion sur la politique d'amélioration de la qualité en matière d'urgence.

II - 1 - Conception de la prise en charge infirmière des urgences psychiatriques.

L'enquête a fait apparaître trois fonctions marquantes pour les soins infirmiers aux urgences psychiatriques. La première concerne l'accueil, que De Clercq appelle « premier accueil », et qui relève de ce que nous appellerons « le travail infirmier de première intention ». La deuxième touche au suivi par les infirmiers de l'ensemble de la prise en charge des patients aux urgences psychiatriques. La troisième fonction est celle d'orientation et de liaison avec les différents partenaires.

II - 1 - 1 - Des soins infirmiers adaptés aux urgences psychiatriques et/ou situations de crise

■ Pour l'infirmier général, la conception de la prise en charge infirmière aux urgences psychiatriques devra donc respecter et améliorer la réalisation de ces trois grandes fonctions. Ses objectifs pour le service de soins infirmiers seront les suivants :

- développer et formaliser le « premier accueil » en collaboration avec le corps médical
- favoriser en terme d'organisation de soins une approche infirmière globale et continue de la personne dans la prise en charge des urgences psychiatriques
- définir une politique de liaison régulière et institutionnalisée avec les secteurs et les autres interlocuteurs.

■ Par ailleurs, la spécificité de la prise en charge infirmière aux urgences psychiatriques doit aussi intégrer une bonne connaissance et un intérêt pour les urgences générales. C'est sur cette base que la coopération des équipes s'établira. De la même façon la prise en charge infirmière doit être intégrée dans un travail d'équipe pluridisciplinaire en particulier avec le médecin psychiatre.

II - 1 - 2 - Les premiers entretiens

■ La mise en place des premiers entretiens infirmiers devra constituer selon nous une priorité du service de soins infirmiers. Il représente les « premiers soins » apportés aux patients en situation de crise. Le service de soins infirmiers devra donc s'attacher d'une part à définir ses objectifs (l'étude apporte plusieurs pistes à ce sujet) et d'autre part à formaliser les comptes-rendus qui en sont faits. La recherche et les productions élaborées dans ce domaine pourront faire l'objet de publications professionnelles.

■ La place des infirmiers comme premiers interlocuteurs de l'équipe de psychiatrie tant pour les patients et leur famille que pour les professionnels est l'une des caractéristiques de la prise en charge des urgences psychiatrique. Légitime, cette place implique le plein investissement par les infirmiers de leur champ de compétence¹ en matière d'accueil, de soutien et d'observation sémiologique. Elle fonde l'idée d'un travail infirmier de première intention dans le cadre des urgences psychiatrique mais dont les principes pourraient être étendus à d'autre domaine.

II - 2 - Les orientations en matière de gestion du personnel infirmier

La référence dans l'étude à des compétences pratiques et des connaissances théoriques pour la prise en charge aux urgences psychiatriques renvoie à la fois à la formation et à l'expérience professionnelle des infirmiers. Les orientations en matière de gestion du personnel infirmier prendront en compte ces deux aspects en y ajoutant une politique d'échange et de stage inter-établissements.

¹ Décret n° 93.345 du 15/3/1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière

II - 2 - 1 - Des priorités de formation

La spécificité de la psychiatrie doublée de celle de la prise en charge des urgences psychiatriques appellent des actions de formation pour les infirmiers à la fois pendant la formation initiale mais aussi dans le cadre de la formation continue.

■ L'infirmier général en collaboration avec le ou les directeurs d'instituts de formation en soins infirmiers veillera à l'élaboration et à l'intégration dans le programme pédagogique, relatif tant à la psychiatrie qu'aux urgences, d'interventions pratiques et théoriques sur les urgences psychiatriques. De même, l'organisation des stages dans l'établissement devra offrir aux étudiants en soins infirmiers des possibilités de stage adaptées à leur niveau dans les structures d'accueil des urgences psychiatriques.

■ De la même façon l'élaboration du programme de formation continue devra intégrer des actions spécifiques à la prise en charge des urgences psychiatriques. Il conviendra de cerner les besoins sur l'ensemble de l'établissement au niveau des personnels infirmiers des urgences mais aussi des équipes d'hospitalisation de crise ainsi que de centre médico-psychologique. En effet, l'approche des concepts de crise ainsi que le travail sur les attitudes et les conduites à tenir dans de telles situations représente un apport très utile à l'amélioration des pratiques infirmières en général. Il en va de même pour la conduite des entretiens infirmiers.

II - 2 - 2 - Une gestion prévisionnelle des compétences

■ En terme de gestion du personnel infirmier, il conviendra de respecter les critères d'expérience professionnelle en santé mentale et la durée d'affectation tels qu'ils nous sont suggérés par les résultats de l'enquête. Toutefois, ceux-ci n'auront que peu de valeurs s'ils ne sont pas intégrés à une politique de gestion plus élargie.

L'équipe devra dans sa majorité être constituée d'infirmiers expérimentés, formés, autonomes, et capables de travailler en lien avec les services des urgences. Un minimum de trois à cinq ans d'expérience sera requis. De la même manière, la durée d'affectation demande à être limitée, d'une part pour favoriser les échanges de pratiques entre les secteurs et l'équipe d'urgences psychiatriques, et d'autre part pour générer de la mobilité dans le service infirmier.

■ Pour organiser la mobilité tout en maintenant le niveau de compétence infirmière, l'infirmier général devra mettre en place une gestion du service de soins infirmiers sur la base de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Ainsi les objectifs du service de soins infirmiers seront pour les urgences psychiatriques, mais aussi pour d'autres lieux d'exercice, d'une part de définir un profil de poste pour les infirmiers des urgences psychiatriques et d'autre part d'élaborer une grille d'évaluation des compétences requises pour travailler aux urgences psychiatriques.

D'une manière générale, ce travail d'évaluation plus précis au niveau professionnel devra s'intégrer dans une politique globale d'évaluation du service infirmier incluant la conception de grilles d'évaluation, des entretiens d'évaluation avec une auto-évaluation et la détermination d'objectifs à atteindre.

■ La coordination entre les équipes d'urgences implique aussi de développer, entre établissements ou services de psychiatrie et établissements de soins généraux, une politique d'échange et/ou de stage afin de permettre au personnel d'appréhender les spécificités des différents lieux d'exercices : services d'urgences, urgences psychiatriques, SAMU. Pour ce faire, l'infirmier général sollicitera ses collègues pour déterminer dans quel cadre et avec quels objectifs ils pourraient proposer aux infirmiers des stages dans les différents services et équipes d'urgences psychiatrique, générale et aide médical urgence.

La bonne connaissance des acteurs entre eux ainsi que des contraintes et des limites de chacun constitue un excellent moyen d'améliorer la coordination des services.

II - 3 - L'amélioration des urgences psychiatriques

La mission de l'infirmier général concernant la politique d'amélioration de la qualité du soin et la mise en oeuvre de la démarche d'accréditation implique, au delà des résultats de l'enquête, de fixer également quelques repères dans ce domaine.

II - 3 - 1 - La démarche qualité dans les services d'urgences

De prime abord, l'application de la démarche qualité dans les services d'urgences s'avère doublement délicate. D'abord, parce que, comme le rappelle le professeur Fournier¹, les démarches appliquées à

¹ FOURNIER G. Enseignement de l'urgence et assurance qualité

des structures en voie de restructuration sont vouées à l'échec¹. Ensuite, parce que comme le souligne Minvielle², elle se polarise souvent sur la standardisation des procédures et le fonctionnement des services au détriment de la souplesse organisationnelle nécessaire à la gestion des aléas liés à la singularité de chaque patient.

Toutefois, ces observations ne doivent pas occulter les actions qui peuvent améliorer la prestation de soin aux patients et optimiser son coût. De plus, la mise en place de la démarche d'accréditation appellera d'emblée des actions d'évaluation.

■ Dans un premier temps, l'infirmier général donnera comme priorité à l'encadrement la mise en oeuvre d'une démarche qualité qui permettra d'une part de décrire l'activité, de suivre son évolution, et de la comparer à d'autres services, et d'autre part d'adapter les moyens aux besoins en justifiant les ressources allouées ou demandées.

■ Cette première approche de base n'exclut pas l'expérimentation de la démarche d'amélioration de la qualité sur certains aspects ou tâches liés au processus de prise en charge des urgences psychiatriques. Elle pourrait s'exercer par exemple sur l'accueil des patients sur place ou au téléphone, ou sur la qualité des comptes rendus d'entretien.

■ Sur le plan de l'organisation de la prise en charge, nous insisterons sur la nécessité non pas de standardiser les situations d'urgence et leur gestion ou traitement, mais plutôt d'offrir des repères conceptuels et organisationnels qui autorisent des modes de prise en charge différenciés et respectueux des difficultés et souffrances singulières des consultants. Cette remarque fait écho non seulement aux observations de Minvielle mais aussi à celles de Vedrinne³ lorsqu'en référence à Guyotat, il parle de la notion de « bricolage psychiatrique » pour expliquer le fonctionnement de son équipe : « il est lié à l'intériorisation d'un cadre soignant à l'intérieur duquel on permet à un processus de se dérouler dans une attention thérapeutique permanente ».

g

in La démarche qualité dans les services d'urgences. - Les cahiers de l'I.F.E.C.S (Institut de formation, d'Enseignement et de Conseil dans le domaine de la Santé) - Mars 1998

¹ BARBIN B et Coll. - Hôpitaux, cliniques : de l'accréditation à la qualité - PARIS - LAMARRE 1997
cité par G. FOURNIER

² MINVIELLE. E - Gérer la singularité à grande échelle - les cas des patients hospitalisés.
in Gestions hospitalières - n° 143 Février 1998

³ VEDRINNE et Coll. - Les soins entre agir et penser - Art. cit. p. 156

II - 3 - 2 - Les remarques des utilisateurs

- Si l'amélioration de la prise en charge des urgences nécessite une démarche d'amélioration de la qualité, nous pensons qu'elle doit aussi se donner les moyens de connaître les attentes des différents utilisateurs vis-à-vis des dispositifs d'accueil des urgences psychiatriques¹. Elle s'orientera à la fois en direction des patients et de leur famille mais aussi des professionnels.

■ Concernant les patients et leur famille, l'infirmier général aura à coeur de connaître leur niveau de satisfaction autant que leurs principaux sujets de plainte. Ces éléments permettront de mieux connaître les dysfonctionnements et d'en éviter les répétitions. De plus, il reste fondamental pour un service d'urgences psychiatriques de mesurer régulièrement le taux de suivi ou d'accès aux soins psychiatriques après passage aux urgences. Il sera à corrélérer avec une étude des patients multiconsultants dans les services d'urgences.

■ Pour ce qui est des professionnels utilisateurs, la connaissance de leurs attentes est également indispensable. Les infirmiers sont dans le cadre des urgences psychiatriques, les principaux vecteurs d'information ; l'infirmier général portera donc une attention particulière à l'étude de leurs attentes et de leur satisfaction. Cette démarche nouvelle s'inscrit pour l'établissement et le service de soins infirmiers non seulement dans une perspective d'amélioration de la prestation offerte, mais dans celle d'une évolution de l'image de l'hôpital et de la psychiatrie.

¹ A l'inverse une politique d'information progressive et régulière dans leur direction est aussi nécessaire pour en favoriser l'utilisation.

Conclusion

■ L'étude de la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général a fait apparaître une notion finalement issue de celui-ci avec le développement des urgences, des situations cliniques nouvelles qui n'ont que partiellement mobilisé les secteurs psychiatriques, et enfin des modalités de prise en charge qui se sont structurées au cours des vingt dernières années.

Leur nombre, les problèmes de santé publique qu'elle recouvrent (suicide et alcoolisme), ainsi que les populations plus directement concernées (adolescents et personnes âgées), font de l'amélioration de leur prise en charge à l'hôpital général un enjeu important pour les pouvoirs publics, les hôpitaux généraux et le dispositif de soins en santé mentale.

Le cadre réglementaire de leur organisation, bien que relativement récent, affirme clairement cette volonté d'amélioration.

Notre recherche aura montré que les caractéristiques des urgences psychiatriques appellent une prise en charge et une équipe particulières. Elle aura permis de confirmer aussi la nature et la nécessité d'une pratique infirmière spécifique pour leur prise en charge. De cela, nous avons tiré des propositions d'orientation pour la direction du service de soins infirmiers concernant la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général.

■ Le contexte de « structuration » des urgences psychiatriques nous a amené à centrer notre approche d'une part sur l'organisation et la conception de la prise en charge et d'autre part sur la seule appréciation des professionnels des services.

- Cela dit, comme nous l'avons déjà noté, une étude du point de vue cette fois des utilisateurs (patients, familles, professionnels) s'avérerait également indispensable pour améliorer le fonctionnement de ces services.

■ Ce travail a montré que l'accès aux soins psychiatriques constitue le véritable enjeu de l'intervention des équipes psychiatriques à l'hôpital général dans les services et aux urgences. L'amélioration de celui-ci appelle des actions non seulement en direction de l'hôpital général mais aussi en direction des autres acteurs concernés, en particulier ceux du réseau social et associatif. De cette ouverture dépend l'accès aux soins

psychiatriques des populations fragilisées telles que nous les indiquent les priorités de santé publique, adolescents et démunis en particulier. Et cela avant que leur situation ne les oblige à consulter en urgence.

ANNEXES

- 1 - Données d'activités
- 2 - Grille d'entretien
- 3 - Les interlocuteurs

1997

Services Nature de données	Établissement Sites	Centre Hospitalier Régional				
		Centre Hospitalier Départemental de psychiatrie C.H.D	C.H.R		Centre Hospitalier Régional Universitaire C.H.R.U	
		Centre d' Accueil	Service Accueil	Service Urgence	Service Accueil	Service Urgences
		Permanent	Urgence Médical	Médoco- chirurgicale	Urgence Médical	Médoco- chirurgicale
		C.A.P	Adultes Ancien Hôpital	Adultes Nouvel Hôpital	Adultes Ancien Hôpital	Adultes Nouvel Hôpital
Lits			1 699		2 009	
Origine géographique des patients			Départemental = 86,3 %		Départemental = 71,3 %	
			Régionale = 8,4 %		Régionale = 21,6 %	
Passages Urgences tous confondus	aux services		82 710		71 707	
Passages Urgences Médico-chirurgical par site	aux		19 209	29 091	13 334	29 337
Hospitalisation en psychiatrie après passage Urgences psychiatriques	aux	984			308	1 062
Passages Urgences Psychiatriques site	aux par	1 452	214	1 038		

1998

Passages aux Urgences Psychiatriques par site	1 667	251	1 030	801	1 711
Hospitalisation en psychiatrie	1 056			294	1 252
Total passages Urgences psychiatriques	2 948			2 512	

Grille d'entretien

- 1 - Qu'est ce qui caractérise, selon vous, la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général ?
 - sur le plan clinique
 - sur le plan des pratiques

- 2 - Quels sont, selon vous, les activités et le rôle des infirmier (e) s dans la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général ?
 - quel est leur rôle dans l'amélioration de la prise en charge ?

- 3 - L'expérience professionnelle en psychiatrie est-elle, selon vous, un atout ou une entrave pour les infirmiers ?

- 4 - Que pensez-vous de la pratique des premiers entretiens (« préconsultation », entretien d'accueil et d'évaluation) par les infirmier (e) s ?
 - Contribue-t-elle à améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général ?

- 5 - L'existence d'une équipe de psychiatrie spécifique et structurée est-elle, selon vous le gage d'une organisation de qualité pour la prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général ?

- 6 - Quelles observations ou remarques souhaitez-vous ajouter sur ce thèmes ?

Les interlocuteurs

Établissement Équipe Formation	C.H.D	C.H.R Services Urgences Médico chirurgicale Adultes « Nouvel » hôpital	C.H.R.U Services Urgences Médico chirurgicale Adultes « Nouvel » hôpital	
	Equipe C.A.P	Equipe Urgences/HTCD	Equipe urgences psychiatriques	Equipe Urgence
Infirmier (e) s	Entretien 1 Melle. L. Tranche d'âge : 20/30 ans I.D.E* : 1994 Année d'affectation : 1998	Entretien 4 Madame L. Tranche d'âge : 20/30 ans I.D.E : 1994 Année d'affectation : 1995	Entretien 12 Monsieur R. Tranche d'âge : 30/40ans I.S.P* : 1993 Année d'affectation : 1993.1995	Entretien 9 Melle D. Tranche d'âge : 50/60 ans I.S.P : 1972 I.D.E : 1994 Année d'affectation : 1988
Cadre Infirmier	Entretien 3 Monsieur G. Tranche d'âge 30/40 ans I.S.P : 1986 Année d'affectation : 1996	Entretien 6 Madame M. Tranche d'âge : 40/50 ans I.D.E : Année d'affectation : 1998	Entretien 10 Madame C. Tranche d'âge : 50/60 ans I.D.E : Année d'affectation : 1978	
Internes	Entretien 7 Madame C. Tranche d'âge : 20/30 ans Semestre C.H.R.U : 1997 Semestre C.H.D : 1998			
Médecins Praticiens Hospitaliers	Entretien 2 Madame F. Tranche d'âge : 30/40 ans Psychiatre	Entretien 5 Monsieur M. Tranche d'âge : 30/40 ans « Urgentiste »	Entretien 11 Monsieur D. Tranche d'âge : 50/60 ans Psychiatre Chef de Service de psychiatrie générale	Entretien 8 Monsieur L. Tranche d'âge : 40/50 ans « Urgentiste » Chef de service des urgences

* Infirmier (e) Diplômé (e) d'Etat = I.D.E

* Infirmier (e) de Secteur Psychiatrique = I.S.P

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - Ouvrages
- 2 - Articles
- 3 - Rapports et dossiers
- 4 - Textes législatifs et réglementaires

Ouvrages

- ANDREOLI A.- LALIVE J - GARRONE G. - Crise et intervention de crise en psychiatrie - Paris - Ed. SIMEP - Coll. Biologie et Psychologie - 1986
- ARBRUZ G. DEBROSSE D. - Réussir le changement de l'hôpital - Paris - Interédition 1996
- CLEMENT J. M. - Mémento de droit hospitalier - Paris - Berger-Levrault 1998
- DE CLERCQ M. - Urgences psychiatriques et intervention de crise - Bruxelles - De Boeck Université - Coll. Oxalis - 1997
- DE CLERCQ M. - LAMARRE S. - VERGOUWEN H. - Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale - Une perspective internationale - Paris - Ed. Masson - Coll. Med. et Psychothérapie - 1998
- FRANC R. et Coll - Quelles évaluations pour les urgences psychiatriques ? Troisième journée de l'A.F.E.R.U.P. - Toulouse - Starsup - C.H. Gérard Marchand - 1992
- MASSE G. La Psychiatrie ouverte - Une dynamique nouvelle en santé mentale - Rennes - E.N.S.P. 1992
- PAUMELLE Ph. - Essais de traitement collectif du quartier d'agités - Rennes - E.N.S.P. - 1999
- QUIVI R. - VAN CAMPENHOUT L. - Manuel de recherche en sciences sociales - Paris - Ed. Dunod - 1995

Articles

ANDREOLI A - Crise et intervention de crise en psychiatrie

in : Crise et intervention de crise en psychiatrie - op. cit. 1986 p. 7 à 28

ANDREOLI A. - SAUSSURE Ch. DE AAPRO N. - Le centre de thérapie brève : un regard psychanalytique sur l'intervention de crise en psychiatrie

in : Crise et intervention de crise en psychiatrie - op. cit. 1986 p. 73 à 83

BAILLON G. - Psychiatrie des urgences - Une rencontre sous le signe du changement

in : Urgence psychiatrique et politique de santé mentale - op. cit. 1998 p. 164 à 186

BAILLON G. - Les patients suivis par une équipe du secteur utilisent-ils les urgences de l'hôpital général et comment ?

in : L'information psychiatrique - Vol. 72 n° 5 - p. 437 à 442 - 1996

BAILLON G. et équipe - Regards croisés

in : La santé mentale - n° 2 - Novembre 1995

BALDO E - BAGAYOGO M. - Le secteur dans l'urgence

in : L'information psychiatrique - Vol 72 n° 5 p. 429 à 436 - Mai 1996

BAGAYOGO M. - D'AMORE M. Une greffe délicate

in : L'information psychiatrique - Vol 68 n° 2 p. 133 à 141 - Février 1992

BERTHELIER R. - DE BRITO C. - Urgences et intersectorialité

in : L'information psychiatrique n° 3 p. 303-304 - mars 1999

BIGOT T. - FERRAND I - Prise en charge des urgences psychiatriques en France : un système en pleine mutation

in : Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale 1998 op. cit. p. 187 à 203

CARPENTIER F. - Les outils d'évaluation de la démarche-qualité dans les services d'urgence

in : La démarche qualité dans les services d'urgences - in Les cahiers de l'I.F.E.C. Santé (Institut de formation d'enseignement et de conseil) - Mars 1998

CONSOLI S.M. - Psychiatrie à l'hôpital général

in : Encycl. Méd. Chir. (Elsevier Paris) Psychiatrie 37-958 H.10.1998 11p.

DE CLERQ M. - Les urgences cliniques de la prise en charge des urgences psychiatriques

in : Urgences psychiatriques et politique de santé mentale op. cit. 1998 p. 1 à 43

DE CLERQ M. - Impasse et idéalités de la prise en charge des urgences psychiatriques

in : L'information psychiatrique Vol. 72 n° 5 p. 419 à 428 - Mai 1996

DE CLERQ M. - FERRAND I. ANDREOLI A. - Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences

in : Encycl. Méd. Chir. - Psychiatrie 37-678 A 101 - 1996 - 13 p.

DE CLERQ M. - La triangulation thérapeutique : outil indispensable du travail de crise

in : Journal Européen des Urgences n° 3 p. 108-112 - 1990

DE CLERQ M. - HERBEAUX S. - MARECHAL M. - ELSSEN L. - DEJAEGERE A. - REYNAERT M. - La place de l'infirmière psychiatrique dans un service des urgences

in : Revue de l'infirmière n° 4 - 1993

FEDIDA D. - Crise et chronicité dans l'histoire interne d'une vie - première partie : interrogation méthodologique
in : Psychanalyse à l'université - Tome 7 - n° 27 Juin 1982 p. 369 à 384

FEDIDA D. - Crise et chronicité dans l'histoire interne d'une vie - deuxième partie
in : Psychanalyse à l'université - Tome 8 n° 31 Juin 1983 p. 356 à 399

FERRAND I. - Psychiatrie aux urgences d'un hôpital général - Quelles difficultés ?
in : L'information psychiatrique Vol. 72 n° 5 p. 451 à 454

FOURNIER G. - Enseignement de l'urgence et assurance qualité
in : La démarche qualité dans les services d'urgence
Les cahiers de l'I.F.C.E.S. (Institution de formation, d'enseignement et de conseil dans le domaine de santé) - Mars 1998

GAGIANO G. - Le modèle de l'état libre d'Orange : Psychiatrie d'urgence et psychiatrie communication
in : Urgences psychiatriques et politique de santé mentale - op. cit. p. 283 à 289 - 1998

HOARREAU J. - PEIGNE F. - Les urgences psychiatriques
in : Encycl. Méd. Chir. (Paris- France) Psychiatrie 37.678 A 10.12 - 1987 12 p.

HOARRASIUS - JARRIE N. - SERGENT N - D'AMORE H. - Urgences en psychiatrie - Bilan 1990
in : Quelles évaluations pour les urgences psychiatriques ? Toulouse - Strasup - C.H. Gérard Marchand 1992

HOARRASIUS - JARRIE N. - Crise et urgence - Enjeux par la sectorisation
in : L'information psychiatrique - Vol. 68 n° 2 - Février 1992

LALIVE J. - PETITE D. - Les appels aux psychiatres de garde considérés sous l'angle systémique
in : Crise et intervention de crise en psychiatrie - op. cit. 1986 p. 83 à 95

LEMPERRIERE M. Th. - Préface
in : Urgences psychiatriques et politique de santé mentale op. cit. 1998 p. 7 à 11

MERCUEL - Entraide Infirmier-médecin dans les réponses à l'urgence
in : Soins psychiatriques n° 100 - Février 1995

MINVIELLE E. - Gérer la singularité à grande échelle - Le cas des patients hospitalisés
in : Gestions Hospitalières n° 143 - Février 1998

NOEL D. - Urgence et psychiatrie - Avant propos
in : L'information psychiatrique - Vol. 72 - n° 5 - Mai 1996

ORLANDO S. - L'urgence psychiatrique
in : Soins psychiatriques n° 50 - Décembre 1984 p. 41 à 45

PICHENE C. - KUNTZBERGER F. - NONOY B - DEMOGEOT C. - La prise en charge des urgences psychiatriques - Intérêt des conventions C.H./C.H.S.
in : L'information psychiatrique - Vol. 72 n° 5 p. 443 à 447 1996

TERRADE R. - L'unité d'accueil médico-psychologique

in : Santé mentale n° 2 - 1995

TALBOT J.M. - Les services de santé mentale aux Etats-Unis

in : Urgences psychiatriques et politique de santé mentale op. cit. 1998 p. 97 à 124

THIENHAUS O. - HILLARD J.R. : La psychiatrie des urgences aux Etats-Unis : l'exemple de Cincinnati

in : Urgences psychiatriques et politique de santé mentale op. cit. 1998 p. 125 à 152

VEDRINNE J. - REBOUL B. - GAUD A. - Le soin, entre agir et penser

in : Urgences psychiatriques et politique de santé mentale Op. cit. 1998 p. 153 à 163

VERGOUWEN H. - Psychiatrie d'urgence dans les grandes villes : l'exemple hollandais

in : Urgences psychiatriques et politique de santé mentale op. cit. 1998 p. 49 à 64

Rapports et dossiers

- BARRIER G. - La prise en charge pré-hospitalière des urgences - Rapport au premier ministre - 1994
- DEBOUT M. - Le suicide - Rapport au Conseil Economique et Social. - 1992
- STEG A. - Les Urgences à l'Hôpital - Rapport au Conseil Economique et Social - 1989
- STEG A. - La médicalisation des urgences - Rapport au Conseil Economique et Social (Commission nationale de restructuration des urgences) - 1993

- Psychiatrie et grande exclusion - Rapport du groupe de travail au Secrétariat d'état à l'action humanitaire d'urgence - 1996

- La Santé des Français - Haut Comité de Santé Publique - Paris - Editions de la Découverte - Collection Repère 1995

- Comment évaluer la qualité des services d'urgence en terme d'équipement, d'organisation et de structure - Dossier documentaire - Séminaire interprofessionnel - n° 10 - E.N.S.P. 1993

- Urgence et Psychiatrie - Dossier documentaire - Séminaire interprofessionnel - n° 25 - E.N.S.P. 1993

- Urgences hospitalières (n° spécial) - Technique hospitalière - n° 578 - Novembre 1993

- Santé Mentale - L'individu, les soins, le système -
in : Actualité et Dossier en Santé Publique - Dossier n° 15 - Juin 1996

Textes législatifs et réglementaires

- Lois du 25 juillet 1985 et du 31 décembre 1985 relatives à la création de secteurs psychiatriques
- Loi du 27 juin 1990 relative à l'hospitalisation des personnes pour troubles mentaux
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

- Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins
- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

- Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique
- Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière
- Décret n° 94-904 du 18 octobre 1994 modifiant le décret n° 89-758 du 18 octobre 1989 portant statut particulier des infirmiers généraux de la fonction publique hospitalière
- Décret n° 95-646 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé
- Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre l'activité de soins - Accueil et traitement des urgences
- Décret n° 97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements ainsi qu'à certaines modalités de préparation des S.O.S.
- Décret n° 97-616 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre l'activité de soins - Accueil et traitement des urgences
- Décret n° 97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en oeuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation

- Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant des possibilités d'hébergement

- Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipements des départements en matière de lutte contre les maladies mentales
- Circulaire n° 896 A 92 du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences psychiatriques
- Circulaire n° 90 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique en santé mentale
- Circulaire n° 91-34 du 14 mars 1991 relative à l'amélioration des services d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers à vocation générale
- Circulaire n° 39/92 DH PE/DGS 3L du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques
- Circulaire n° 72 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents
- Circulaire n° 93-376 du 14 mars 1993 relative aux procédures de planification en santé mentale
- Circulaire n° 97-277 DH/E0 97 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et communauté d'établissements
- Circulaire n° 383-97 DH/E04 - DGS/SQ2 du 28 mai 1997 relative à la création d'un réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe
- Projet de circulaire DH/E04/DGS/SP3-98 relative à l'évolution du dispositif de soins en psychiatrie