



L'Information psychiatrique 2006 ; 82 : 581-7

URGENCES

Un service d'urgence en psychiatrie : quelle interface pour l'accès aux soins ? Étude statistique de l'activité d'un service d'urgence de 1999 à 2003

Jérôme Thomas¹, Dorothée Charvet², Gaëlle Contesti², Patricia Faure²,
Jean-Pierre Vignat²

RÉSUMÉ

L'accueil des urgences est au cœur de la problématique de l'accès aux soins en psychiatrie. Loin d'être exclusivement un lieu de soin institutionnel, il se présente comme une interface entre une demande multiforme de prise en charge et la multiplicité des parcours de soin en psychiatrie. Au CHS Saint-Jean-de-Dieu à Lyon, le service des urgences et le DIM ont recensé, pendant 5 ans (de 1999 à 2003), les passages dans l'UAU de leur établissement grâce à une fiche remplie par les médecins et renseignant de façon précise le profil des patients reçus en urgence. Les données collectées représentent 14 689 situations d'urgences correspondant à 6 568 patients. Différents profils de patients ont pu être établis et amènent à constater une consommation différenciée de l'urgence. À l'UAU cohabitent un accueil de la crise et un accueil de la chronicité. L'urgence est une interface indispensable pour l'accès aux soins pour les patients de la première catégorie (profil de crise) mais une structure de « substitution » pour la deuxième population (chroniques). Cela amène à penser la création de lieux d'accueil spécifiques de la détresse psychique chronique.

Mots clés : urgence psychiatrique, profil des patients, situation d'urgence

ABSTRACT

Emergency psychiatric services: what interface is needed to access care? Statistical study into the activities of an emergency ward from 1999 to 2003. Emergency reception is a core issue in the question of access to psychiatric care. Reception facilities are not restricted to an institution, but are rather an interface between the various types of demand and the array of possible courses of treatment in psychiatry. At the specialised hospital at Saint-Jean-de-Dieu in Lyon, the emergency ward and department for medical information inventoried arrivals in their emergency reception over a period of 5 years (1999-2003) asking doctors to fill in a form giving precise details on the profile of patients dealt with. The data compiled represents 14,689 emergency situations corresponding to 6,568 patients. Different patient profiles were established revealing differing demands on emergency care. In emergency reception a crisis reception service and chronicity reception service coexist. Emergency reception is a crucial interface for patients of the first category (crisis profile) to access care, but a "substitute" structure for the second group (chronic). This raises the idea of creating reception areas specifically directed at chronic mental distress.

Key words: psychiatric emergency, patient profiles, emergency situation

RESUMEN

Un servicio de urgencia en psiquiatría: ¿qué intermedio para el acceso a la asistencia? Estudio estadístico de la actividad de un servicio de urgencias desde 1999 hasta 2003. La recepción de las urgencias está en el centro de la problemática del acceso a la asistencia en psiquiatría. Lejos de ser exclusivamente un lugar de asistencia institucional esa recepción se presenta como una petición entre una demanda variable de asistencia y la multiplicidad de los recorridos de asistencia en psiquiatría. En el hospital clínico de Saint-Jean de Dieu en Lyon, el servicio de urgencias y el departamento de información hicieron durante cinco años (desde 1999 hasta 2003) el censo de los pasos en la unidad de urgencia de su institución gracias a un informe que rellenaron los médicos y que informaba de manera precisa sobre el perfil de los pacientes ingresados en urgencia. Los datos recolectados representan 14 689 situaciones de urgencias que corresponden a 6 568 pacientes. Diferentes perfiles de pacientes pudieron ser establecidos y llevan a constatar un consumo diferenciado de la urgencia. En la unidad de urgencia, cohabitan un recepción de la crisis y una recepción de la cronicidad. La urgencia es un intermediario imprescindible para el acceso a la asistencia para los pacientes de la primera categoría (perfil de crisis) pero es una estructura de « sustitución » para la segunda población (los pacientes crónicos). Eso lleva a pensar en la creación de lugares de recepción específicos de desamparo psíquico crónico.

Palabras claves : urgencia psiquiatría, perfil de pacientes, situación de urgencia

¹ Université Lyon 2, Doctorant, 6 rue Dumont, 69004 Lyon. <jethom@gmail.com>

² Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, Lyon

Tirés à part : J. Thomas

L'urgence, une interface

Dans le Rhône, le dispositif d'accueil des urgences psychiatriques est à la fois riche et complexe. Les lieux et les modalités d'accueil sont multiples et divers, ce qui permet un bon maillage institutionnel mais n'offre pas, en contrepartie, une lisibilité assez claire pour l'accès aux soins [1]. Or, les demandes de plus en plus croissantes faites à l'urgence montrent que les unités d'accueil des urgences (UAU) constituent un lieu privilégié pour l'accès aux soins¹.

Ainsi, à l'heure actuelle, les trois centres hospitaliers généraux du Rhône disposent d'une permanence psychiatrique, sous forme de garde pour le site de l'hôpital Edouard-Herriot (8 000 passages/an), d'astreinte au domicile pour le centre hospitalier Lyon-Sud (4 000 passages/an) et de permanence partielle pour le service d'accueil des urgences (SAU) de Saint-Joseph-Saint-Luc (1 450 passages/an). Jusqu'en décembre 2003, deux des trois CHS disposaient également d'une UAU : l'unité médicale d'accueil (UMA) pour le Vinatier (5 750 passages/an) et l'UAU de Saint-Jean-de-Dieu (3 000 passages/an), fermée lors d'une restructuration budgétaire et réorganisée sous la forme d'une permanence téléphonique.

Cette complexité et le manque de lisibilité évoqués, conjugués à la disparition de l'UAU de Saint-Jean-de-Dieu, ont réactivé la question de l'accueil de l'urgence dans le département². Ainsi, on a cherché à mieux comprendre comment la disparition d'un service reconfigure les possibilités d'accueil de l'urgence. Dans ce but, nous avons essayé de comprendre, à travers cette étude statistique, quel type d'interface constituait l'UAU de Saint-Jean-de-Dieu. Nous avons donc procédé à une étude précise des trajectoires de patients rencontrés entre 1999 et 2003 dans le service.

Avant d'énoncer nos hypothèses de recherche, il convient de justifier notre choix de considérer l'urgence comme une interface. D'abord, dire qu'un service d'accueil des urgences est une interface ne revient pas à le réduire à un espace sans homme. Les équipes médicales rencontrent des sujets en demande d'aide et des soins sont prodigués. Mais il nous semble que l'UAU n'est pas un lieu de soin à part entière, et c'est l'aspect de rencontre entre le corps social et les dispositifs de soin qui nous paraît faire sa spécificité. Ainsi, envisager le service d'urgence comme une interface n'est pas le définir comme interface, mais c'est l'étudier dans la mesure où on peut le considérer comme interface. Il s'agit d'ailleurs d'une interface à plu-

sieurs titres : entre le corps social et les dispositifs de soin, entre le temps court de la crise et le temps long du soin ; en bref, entre l'immédiateté de la crise et le travail de médiation propre à la psychiatrie qui peut commencer à l'urgence mais qui se joue surtout en amont ou en aval. Nous avons donc élaboré nos hypothèses de recherche à partir de ce point de vue sur l'urgence. C'est en considérant l'urgence comme une interface que s'éclairent les questions posées par les trajectoires que dessinent les patients qui passent dans le service.

Ainsi, la capacité des UAU à offrir un accès aux soins en psychiatrie s'évalue dans leur faculté à savoir identifier une demande et à la traiter de façon à proposer une orientation de soin adaptée une fois la crise apaisée³, selon un modèle du « non-retour » à l'urgence.

Ce serait le fonctionnement idéal d'une interface. Or, les données que nous avons recueillies sur les 14 689 passages dans le service de 1999 à 2003 repèrent un grand nombre de patients qui reviennent de façon plus ou moins régulière. Finalement assez rares sont ceux qui effectueront un unique passage à l'UAU sur les 5 ans. Ce constat interroge donc le modèle du « non-retour » et ouvre des perspectives de réflexion sur l'accueil de la demande et la régulation du flux des patients en urgence.

Voici donc les hypothèses qui ont conduit notre analyse : 1) l'urgence serait soit le point de départ d'une trajectoire de soin, soit un point de chute vers lequel des patients se tournent inlassablement faute de trouver un soin adéquat ailleurs ; 2) la réponse apportée en termes d'offre de soins influence la demande ; 3) la consommation de soin en urgence est influencée par de nombreux facteurs, notamment le profil pathologique des populations.

Cela permet d'aboutir à des questions d'ordre plus général : faudrait-il repenser ou moduler l'organisation des UAU en fonction de l'émergence d'une nouvelle demande ? Dans quelle mesure l'accueil proposé dans une UAU telle que celle de notre étude correspond-elle encore à la demande faite à l'urgence ?

Données disponibles et méthodes d'exploitation

Les tests statistiques ont été effectués à partir d'un fichier de 14 689 passages aux urgences émanant de l'exploitation d'une fiche clinique dite de « consultation ou d'admission d'urgence » remplie par les médecins ou internes suite à l'examen du patient à l'UAU (*figure 1*). Améliorée au cours de quelques années d'utilisation, cette fiche s'est avérée être un outil fiable pour rendre compte de

¹ « Les services d'urgence sont un lieu de passage, un haut lieu de l'accessibilité aux soins et une sorte de 'gare de triage' dans le réseau de santé publique » [3].

² En 2004, la DDASS du Rhône a missionné un groupe de travail composé de différents partenaires intervenant dans le dispositif et des représentants des tutelles pour penser une réorganisation du dispositif d'urgence.

³ « Un service d'urgence est un équipement de mobilisation des expertises qui oriente et 'vend' des patients en fonction de leur valeur de gestion dans le système de santé publique et dans une configuration de l'offre de soin que ce système propose » [3].

**FICHE CLINIQUE D'ADMISSION OU DE
CONSULTATION D'URGENCE
CH Saint-Jean-de-Dieu - Lyon**

Nom du patient suivi de son prénom

N.I.P.

Sexe
 Masculin Féminin

Age
Dizaine 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Unité 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Origine géographique (secteur de résidence)

Secteur de SJD Hors-secteur SJD SDF Antécédents d'hospitalisation psychiatrique

Non Oui

→ Précisez où (une seule réponse)
 Patient connu du secteur St Jean de Dieu
 1er contact avec le S.A.U. Structure psy. publique
(ne concerne pas les US) Structure psy. privée

Précisez le secteur
 G13 G14 G15 I07
 G16 G17 G18 I08

Origine de la demande d'admission ou de consultation d'urgence (ne cocher qu'une seule case)

Patient lui-même SOS Médecin ou SAMU Service d'urgence
 Famille entourage Médecin de famille Structure psy. publique
 Service ou institution sociale Généraliste de garde Structure psy. privée
 Police ou pompiers Psychiatre privé Autre

lequel

Précisez

HEH
 CHLS
 St Joseph-St Luc
 Vinatier
 Autre

Accompagnement (2 rép. maxi)

Patient venu seul
 Famille ou ami
 Personnel d'un service social
 Personnel de secteur
 Ambulance, VSL
 Pompiers
 SAMU
 Police
 Autre

Date de l'arrivée

Jour 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Mois 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Année 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Heure d'arrivée

6-9h
 9-12h
 12-15h
 15-18h
 18-21h
 21-24h
 0-3h
 3-6h

Jour d'arrivée

Lundi Vendredi
 Mardi Samedi
 Mercredi Dimanche
 Jeudi

Examen réalisé par :

Le S.A.U.
 L'unité de soins

Examen réalisé par :

Le médecin ou l'interne du service
 L'interne de garde

Nom du médecin ou de l'interne

Délai d'attente avant l'examen d'accueil

< 30mn 1 à 2h
 30mn à 1h > 2h

Symptomatologies présentes à l'examen d'accueil (3 rép. maxi)

Agitation Anxiété Signes psychotiques Ivresse aiguë Somnolence
 Aggressivité verb. Syndrome dépressif Mutisme Autre état toxique Autres
 Aggressivité phys. Menaces suicidaires Confusion Problèmes somatiques

Problème social ?

Oui Non

Tentative de suicide ?

Oui Non

Hypothèses diagnostique (4 rép. maxi)

Schizophrénie Bouffée délirante aiguë Dépendance à l'alcool Troubles mentaux organiques
 Délire chronique Etat mélancolique Dépendance à un autre produit Retard mental
 Troubles de la personnalité Etat maniaque Démence
 Troubles névrotiques Autres

Durée de la prise en charge

< 1h **Ne concerne pas les unités de soins**
 1 à 3h
 3 à 6h
 6 à 12h
 > 12h

Prescriptions particulières (3 rép. maxi)

Traitement chimiothérapique
 Examens complémentaires
 Chambre d'isolement
 Chambre horaire au S.A.U.

Contacts établis

Avec l'adresseur ou les soignants
 Avec la famille ou l'entourage

En cas de séjour prolongé au S.A.U. indiquez les raisons :

Médecin indisponible Attente de place d'hospitalisation Attente de chambre d'isolement Régularisation administrative Attente de résultats biologiques

Suites de l'examen d'accueil

<input type="checkbox"/> Admission ↓ Mode d'admission <input type="checkbox"/> HL <input type="checkbox"/> HDT <input type="checkbox"/> HO ↓ <input type="checkbox"/> Unité du secteur du patient <input type="checkbox"/> Autre unité : <input type="text"/> ↓ Précisez <input type="checkbox"/> Hors-sect avec accord <input type="checkbox"/> Dépannage <input type="checkbox"/> Hors-sect (circ74) <input type="checkbox"/> SDF (circ 74)	<input type="checkbox"/> Simple consultation ↓ Simple consultation <input type="checkbox"/> Avec orientation vers une structure extra-hospitalière <input type="checkbox"/> Avec orientation vers une unité intra-hospitalière <input type="checkbox"/> Avec orientation vers une structure psy. privée <input type="checkbox"/> Avec RDV de consultation ultérieure au S.A.U.	<input type="checkbox"/> Transfert dans un autre établissement ↓ Lequel : <input type="checkbox"/> Vinatier <input type="checkbox"/> HEH <input type="checkbox"/> Stuct. psy privée <input type="checkbox"/> St Cyr <input type="checkbox"/> CHLS <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> St Joseph-St Luc Raison(s) du transfert (4 maxi) <input type="checkbox"/> Manque de lit <input type="checkbox"/> Libre choix <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Problème somatique <input type="checkbox"/> SDF; Hors-secteur
---	---	--

Figure 1. Fiche de consultation ou d'admission d'urgence.

l'activité de l'UAU. Les données recueillies par un système de lecture optique, portant sur la trajectoire de soin des patients, sont d'ordres clinique, sociodémographique et épidémiologique. Notre étude concerne l'exploitation de ces données de 1999 à 2003, soit 14 689 passages à l'UAU.

Les traitements effectués sur les variables quantitatives sont les suivants : distribution d'effectifs et de fréquence, calcul d'indices de position et de dispersion, calcul de coefficient de corrélation entre deux variables. Pour les variables qualitatives : distributions conditionnelles d'effectifs et de fréquence, recherche de relations entre des variables avec le test du Chi2 et le test d'exact de Fischer.

Il s'agit d'abord d'une étude descriptive s'appuyant sur l'analyse du fichier global des 14 689 passages, sur les évolutions de la demande et l'activité de l'UAU année par année. Ensuite, puisque le nombre de passages est très différent du nombre de patients – sur les 5 ans de l'étude, 14689 passages sont répertoriés mais correspondent à 6568 patients –, on a distingué deux types de population. En effet, comme le nombre de passages est différent d'un patient à l'autre, on a dressé, d'une part, le profil des patients n'ayant eu recours à l'UAU qu'une seule fois sur les 5 ans et, d'autre part, le profil des patients « habitués » de l'urgence qui se sont présentés 13 fois ou plus au cours des 5 ans. Ce dernier chiffre a été retenu car il permet à la fois d'avoir une fréquence de fréquentation élevée et de diviser la population et deux sous-populations d'effectif suffisant pour dresser des profils (la population des « habitués » représente 108 patients et 2386 passages). Ces deux profils dégagés font l'objet d'une étude comparative.

On a pris garde de différencier, suivant les variables, les passages et les patients pour conserver des résultats pertinents. Aussi, des données sociales, telles que le chômage, relatives au secteur de résidence des patients ont été adjointes au fichier pour établir de possibles corrélations.

Résultats

Analyse descriptive des 14 689 passages à l'UAU sur les 5 ans de l'étude

Une étude comparative des données par année montre que les chiffres sont superposables, on note peu d'évolution. Ainsi, la constitution d'un fichier global sur les 5 ans de l'étude est pertinente et le nombre de passages et de patients offre une grande puissance d'analyse statistique. Le nombre de passages par an reste stable, autour de 3 000. Il y a cependant des évolutions notables.

Dans le caractère de la demande, on note une évolution régulière des patients ayant recours à l'UAU suite à une tentative de suicide (le taux de ces patients est passé de 9,6 % en 1999 à 12,6 % en 2002).

Concernant les trajectoires des patients, la tendance de l'UAU est nette à favoriser les simples consultations face aux admissions.

Occurrence en passages	Effectif en patients	Pourcentage
1	4126	63 % des patients 28 % des passages
2	1086	16,5 % des patients
3	487	7,4 % des patients
De 4 à 12 passages	761	11,6 % des patients
13 passages ou plus	108	1,6 % des patients 16 % des passages

Figure 2. Fréquentation de l'UAU.

Parmi les simples consultations, l'orientation s'est faite de plus en plus, au fil des années, vers des structures extra-hospitalières (de 31 % en 1999 à 48 % en 2003) au détriment des orientations vers des unités intra-hospitalières (de 28 à 18 % sur les mêmes années).

Concernant la fréquentation de l'UAU sur les 5 années de l'étude, 4 126 patients sont venus une fois et une seule, soit 63 % de la totalité des patients ; les autres se sont présentés de 2 à 98 fois sur les 5 ans (figure 2).

• Analyse de la demande

Les patients de l'UAU sont en majorité des hommes, ils représentent 63 % des passages.

Concernant leur parcours antérieur en psychiatrie, on note que, pour 77 % des passages, il y a des antécédents d'hospitalisation psychiatrique : pour 56 %, le patient était connu ou suivi dans son secteur et pour 58 %, il ne s'agissait pas de son premier contact avec l'UAU.

L'étude de l'origine de la demande et de l'accompagnement montre que, pour la population globale, la demande de prise en charge d'urgence en psychiatrie est souvent une décision partagée. En effet, les patients décident seul d'avoir recours à l'urgence pour 31 % des passages. Un autre service d'urgence (24 %), l'entourage familial (11 %) ou encore le médecin de famille (10 %) sont à l'origine de la demande. On retrouve cela pour l'accompagnement où seulement 29 % des passages correspondent à des patients qui viennent seuls. Pour 31 % des passages répertoriés, les patients sont accompagnés d'une ambulance ou de leur famille.

Il est difficile dans le temps court de l'urgence de dresser une symptomatologie et un diagnostic précis. Les médecins pouvaient cependant donner plusieurs hypothèses dans la fiche. La symptomatologie la plus fréquemment détectée est l'anxiété (27 % des passages) ; les signes psychotiques et les syndromes dépressifs sont représentés à part égale (20 %), les troubles de la personnalité (23 %) et la schizophrénie (20 %) sont les diagnostics les plus saillants. On remarque l'importance de la dépendance à l'alcool (13 %) et que 11 % des passages correspondent à des patients consultant l'UAU suite à une tentative de suicide.

En outre, on constate une corrélation significative entre le taux de chômage par secteur et le recours à l'UAU. La corrélation est aussi significative entre la fréquentation de l'UAU et la proximité géographique. Cependant, un modèle qui ne tiendrait compte que du chômage sous-estimerait la fréquentation à l'UAU si on ne tenait pas en compte de la distance et vice-versa.

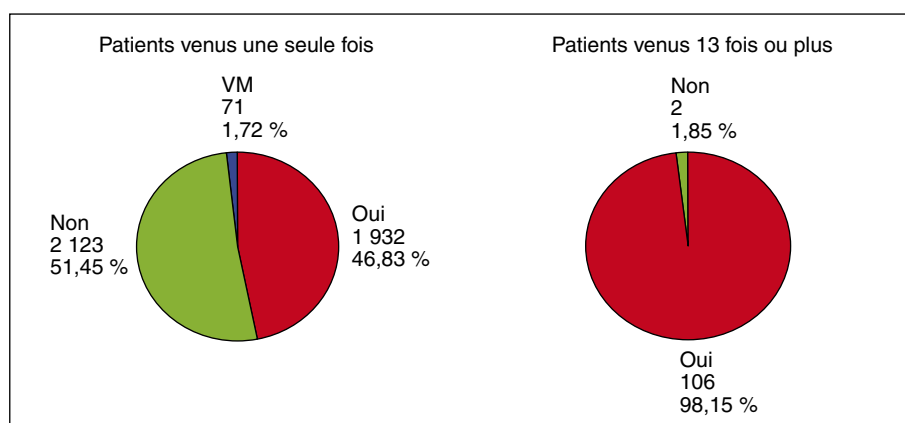


Figure 3. Y a-t-il eu des antécédents d'hospitalisation psychiatrique ? (VM = valeur manquante).

• **Analyse des trajectoires**

En grande majorité, les patients sont admis suite à leur passage à l'UAU (66 % des passages), on compte 4 % de transferts vers d'autres établissements et 28 % de passages correspondent à des patients ayant bénéficié d'une simple consultation.

Pour les patients admis, 61 % des passages sont des hospitalisations libres (HL), 30 % des hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et 6 % des hospitalisations d'office (HO).

Pour les patients ayant bénéficié d'une simple consultation, 44,5 % des passages débouchent sur une orientation vers une structure extra-hospitalière, 22 % vers une unité intra-hospitalière, 6 % vers un rendez-vous ultérieur à l'UAU et 4 % vers une clinique psychiatrique.

Analyse comparative du profil des patients

• **Analyse comparative de la demande**

L'analyse du parcours antérieur des patients en psychiatrie montre que les deux profils sont très différents. On réfléchit ici en termes de patients et non plus de passages. Pour les patients venus plus de 13 fois, on observe leur première visite à l'UAU.

Il ressort que les patients qui ont une fréquentation importante à l'UAU avaient quasiment tous déjà été hospitalisés (98 %) avant leur première visite, alors que seulement 47 % de ceux qui sont venus une seule fois avaient des antécédents d'hospitalisation (figure 3).

Pour 76 % des patients venus une seule fois, c'était le premier contact avec l'UAU, alors que 85 % des patients habitués de l'urgence avaient déjà eu recours à l'UAU lors de leur première visite répertoriée sur notre période (figure 4).

Les patients venus une seule fois sont peu connus de leur secteur (69 % sont inconnus) alors qu'ils sont 93 % à être déjà suivis dans leur secteur lors de leur première visite à l'UAU pour la population qui fréquente beaucoup l'UAU (figure 5).

L'étude de l'origine de la demande et de l'accompagnement montre aussi des profils très différents entre ceux qui ont fréquenté une fois l'UAU et ceux qui le fréquentent beaucoup. Les patients « habitués » décident seuls de venir et arrivent sans accompagnement en grande proportion (65 et 62 % des passages respectivement), alors que la demande de prise en charge d'urgence est beaucoup plus partagée pour les patients venus une seule fois. En effet, ils sont accompagnés par une ambulance (39 %), par leur entourage (36 %) alors que 16 % viennent seuls. Pour cette

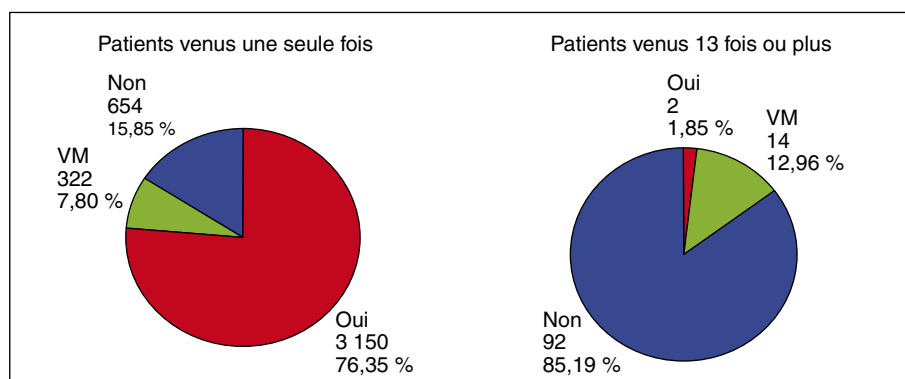


Figure 4. Est-ce le premier contact du patient avec l'UAU ? (VM = valeur manquante).

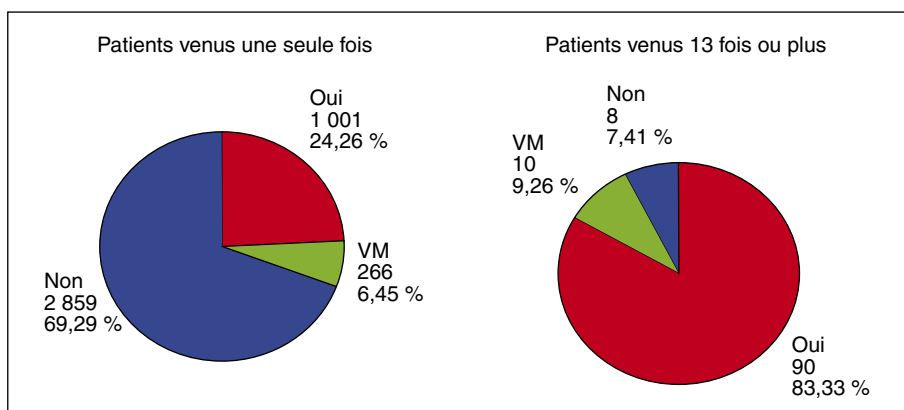


Figure 5. Le patient est-il connu du secteur ? (VM = valeur manquante).

même population, l'origine de la demande ne provient du patient seul que dans 15 % des cas alors qu'elle provient d'un service d'urgence dans 34,5 % ou du médecin de famille dans 14 % (figure 6).

La symptomatologie montre des profils identiques pour les deux populations concernant l'anxiété (26 % des patients dans les deux cas). En revanche, les signes psychotiques ont bien plus d'occurrences chez les patients habitués (28 contre 15 % pour les patients venus une seule fois), de même qu'un syndrome dépressif chez les patients venus une seule fois (24 contre 11 %).

S'agissant des hypothèses diagnostiques, les profils sont identiques concernant les troubles de la personnalité (23 % des patients). En revanche, la schizophrénie est bien plus présente chez ceux qui fréquentent beaucoup l'UAU (35 contre 11 %). C'est l'inverse pour les troubles névrotiques : 15 % des patients venus une seule fois en présentent contre 4 % des habitués.

Les patients venus une seule fois font bien plus fréquemment une tentative de suicide avant leur visite à l'UAU que les habitués (14 contre 6 %).

• Analyse comparative des trajectoires

Pour les suites de l'examen d'accueil, là encore, les profils entre les deux populations sont très différents. En effet, 70 % des patients venus une seule fois sont admis contre 45 % (des passages) pour les habitués ; 23 % des patients venus une seule fois bénéficient d'une simple consultation contre 51 % (des passages) pour les habitués de l'urgence (figure 7).

On lit aussi cette différence de profil pour les modalités d'hospitalisation. Quand ils se font hospitaliser, les patients habitués le sont librement à 75 % alors qu'on ne compte que 52 % de HL pour les patients venus une seule fois. Logiquement, les hospitalisations sous contrainte sont beaucoup plus fréquentes pour les patients venus une seule fois (38 % de HDT et 7 % de HO).

Il faut cependant noter que, quand ils ont bénéficié d'une simple consultation, les patients venus une seule fois sont davantage orientés vers une structure extra-hospitalière (54 contre 40 % pour les habitués). À l'inverse, les habitués

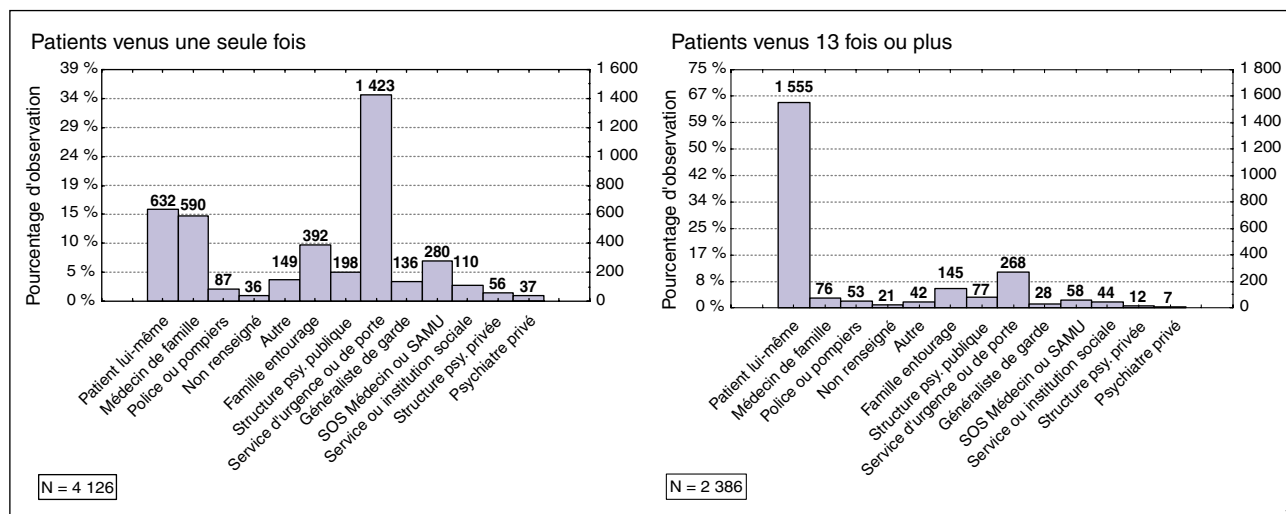


Figure 6. Origine de la demande.

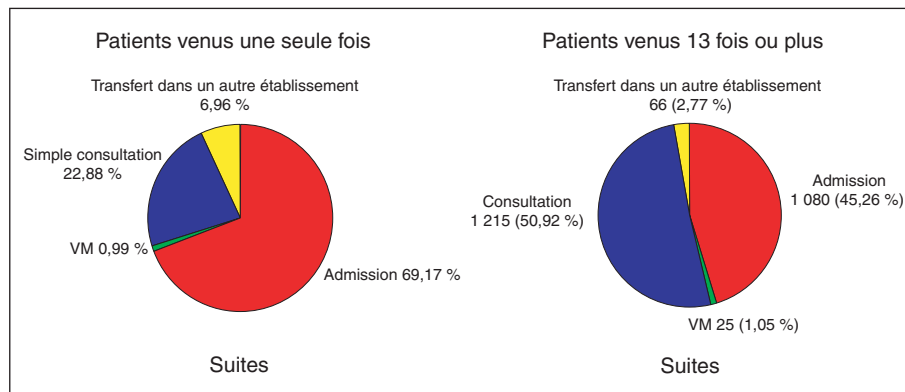


Figure 7. Trajectoire de patients (VM = valeur manquante).

sont plus orientés vers une structure intra-hospitalière (32,5 contre 10 % pour ceux venus une seule fois).

Une interface, deux types d'accueil : repenser l'urgence ?

Cette étude a mis en évidence l'existence de deux profils de population très différenciés fréquentant l'UAU de Saint-Jean-de-Dieu.

D'une part, il y a les patients qui n'ont eu recours qu'une seule fois à l'UAU et qui semblent présenter un profil de crise pouvant se lire dans différentes variables (accompagnement, origine de la demande, tentative de suicide, admission et mode d'hospitalisation). Aussi, pour cette population, l'UAU constitue souvent le premier contact avec le soin psychiatrique (institution ou parcours en ambulatoire). Si on considère cette population (63 % des patients), on peut émettre l'hypothèse que l'accueil d'urgence reste un moyen indispensable pour l'accès aux soins en psychiatrie. Il est le lieu d'un accueil de la crise mais aussi un sas d'entrée rassurant avant l'institution ou avant l'engagement dans des parcours de soin en ambulatoire méconnus. L'urgence est peut-être aussi le lieu d'accueil après l'épuisement de toutes les autres solutions de soin ou de contention de la crise en amont et en aval de l'institution.

D'autre part, on a dégagé le profil spécifique des « chroniques de l'urgence ». Cette population ne semble pas avoir la même consommation. Plus habitués de l'institution (il s'agit de psychotiques chroniques), ils ont beaucoup moins un profil de crise (ils viennent seuls, se font hospitaliser librement, ce qui marque une forme d'appropriation du soin institutionnel d'ailleurs). Ils fréquentent pourtant régulièrement le service tout en semblant connaître les parcours de soin et exploitent donc l'UAU comme une interface différente pour l'accès aux soins – comme un réceptacle, un simple lieu d'accueil, où est encore offerte la

possibilité de se réfugier – par rapport aux patients précédents. On peut donc estimer, si on se réfère aussi à d'autres études, que, pour les habitués du service, « l'accès aux urgences est l'entrée dans un espace de ressources thérapeutiques déjà balisé » [3].

Cet usage différencié de l'urgence amène à repenser l'organisation de l'offre et des moyens d'accueil. À côté de l'accueil de la crise cohabite l'accueil de la chronicité. Crise et chronicité sont difficiles à accueillir dans la ville et l'accueil d'urgence reste une porte ouverte en permanence quand les autres se ferment. La désinstitutionnalisation a fait disparaître la dimension d'asile protecteur de l'hôpital ; il faudrait peut-être penser la création de lieux d'accueil de la chronicité qui ne se chevauchent pas avec l'accueil et la pratique de l'urgence et qui soient moins coûteux [2].

Dans une société consumériste, l'urgence devient le recours le plus simple et le plus évident pour n'importe quel besoin d'aide [2]. Alors que cette demande contemporaine s'amplifie, l'offre doit s'adapter et se diversifier.

Références

1. CHARVET-ACHARD D, DAZORD A. Une unité d'accueil des urgences dans un CHS. Réflexion autour de ses fonctions et de ses articulations avec le reste du dispositif d'accueil des urgences de l'agglomération lyonnaise. *Rev Fr Psychiatr Psychol Med* 1998 ; 14 : 97-100.
2. DE CLERCQ M, LAMARRE S, VERGOUWEN H. *Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale, une perspective internationale*. Paris : Masson, 1998.
3. JOSEPH I. La relation de service et la gestion des urgences psychiatriques. *Annales de la Recherche Urbaine, Villes et Santé Publique* 1996 ; 73 : 108-18.

THOMAS J, CHARVET D, CONTESTI G, FAURE P, VIGNAT JP. Un service d'urgence en psychiatrie : quelle interface pour l'accès aux soins ? Étude statistique de l'activité d'un service d'urgence de 1999 à 2003. *L'information psychiatrique* 2006 ; 82 : 581-7