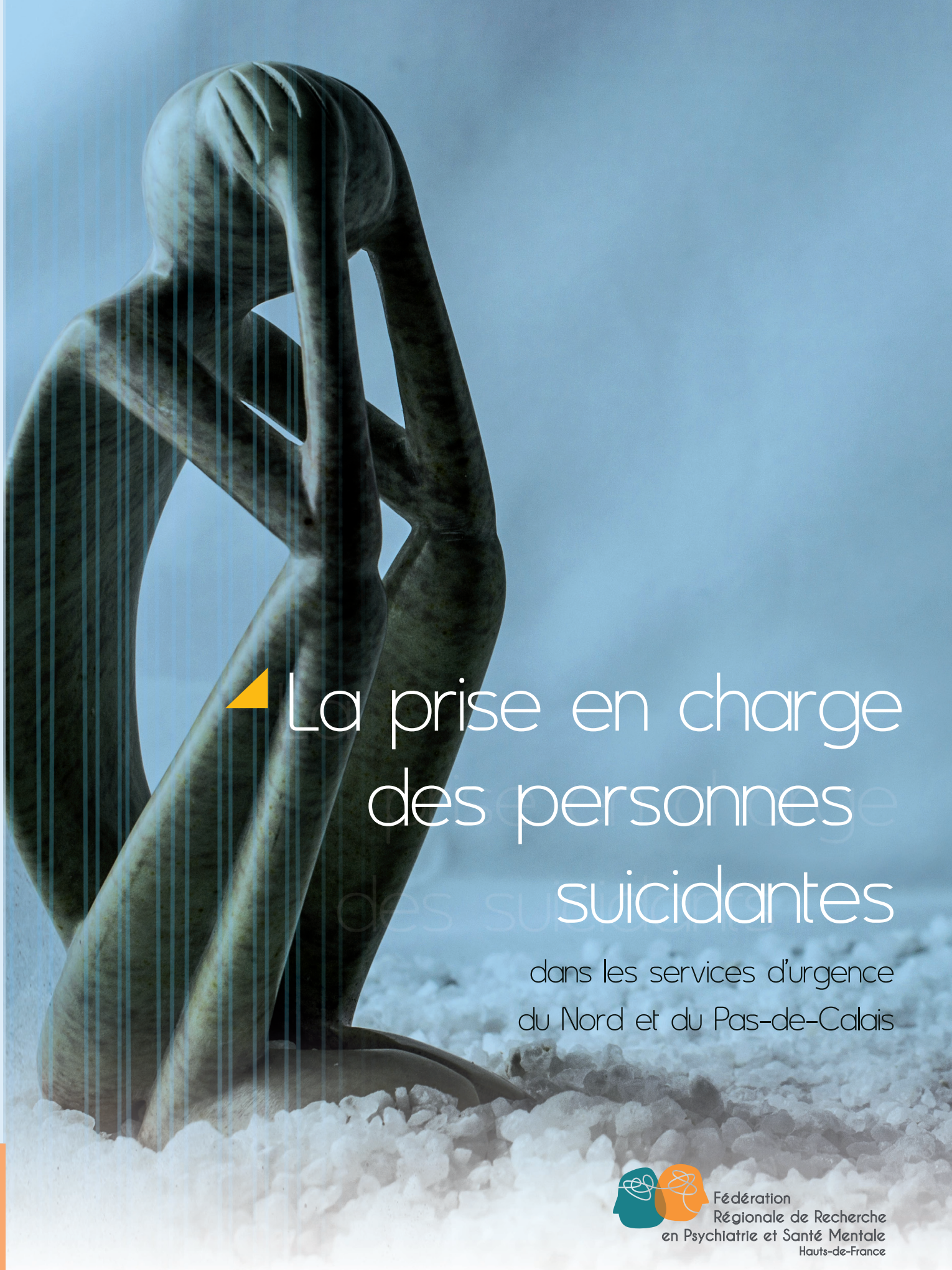


La prise en charge des personnes suicidantes

dans les services d'urgence du Nord et du Pas-de-Calais

Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale
Hauts-de-France

Rapport établi dans le cadre de l'évaluation du dispositif VigilanS dans le Nord et le Pas-de-Calais grâce à un financement de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et de la Direction générale de la santé (DGS)

Avril 2016 Un rapport de la F2RSM

Les auteurs :

Géraldine Guétière[1], Laurent Plancke[1,2], Thierry Danel[1,3], Maxime Dehem[1,3]

[1] Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM) des Hauts-de-France

[2] Centre lillois d'études sociologiques et économiques (Clersé)

[3] CHRU de Lille

Sommaire

Introduction 5
Méthodologie 6
Résultats 7
Professionnels rencontrés 7
La prise en charge des suicidants à leur arrivée dans le service 12
Organisation pratique 12
Circuit de l'information entre les services d'urgences et de psychiatrie 14
Un service d'urgences – plusieurs secteurs de psychiatrie 16
Typologie des propositions de soins 17
Consultation de post-urgence, une alternative ? 18
L'articulation somaticiens – psychiatres dans l'accueil des suicidants 22
Atouts 22
Difficultés 23
Liaisons externes 24
Lien avec le médecin généraliste 24
Lien avec les CMP 27
La place des familles 30
Acteur incontournable pour la prise en charge du patient ? 30
Qu'en est-il pour les personnes sans famille proche ? 33
Patients spécifiques 34
Les patients alcoolisés 34
Les suicidants mineurs : complexité 35
La récidive 38
Formation suicide 39
Les opinions émises sur le dispositif VigilanS 40
Discussion et conclusion 43
Sigles et acronymes employés 49
Annexes 50
Annexe 1. Grille d'entretien employée à l'entretien avec les professionnels des services d'urgences et de psychiatrie 50
Annexe 2. Caractéristiques des répondants au questionnaire 51
Annexe 3. Questions dont les réponses ont été traitées dans ce rapport d'étude 52
Annexe 4. Algorithme résumant les étapes de la veille dans VigilanS 53
Références bibliographiques 54
Remerciements 54

Introduction

En 2014, l'ARS a souhaité confier à la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale l'évaluation du programme de recontact des suicidants, nommé VigilanS. Les bénéficiaires de ce dispositif sont les personnes ayant fait une tentative de suicide et ayant été prises en charge dans un des services d'urgences participant à la mise en place de ce programme, consistant à rester en contact avec les suicidants afin de maintenir un lien avec eux après leur sortie des urgences, du centre d'accueil et de crise, ou de services de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) suite à leur passage à l'acte. Ce programme est un dispositif de prévention secondaire dans le sens où il vise à réduire la récidive du geste suicidaire qui est fréquente.

En France 13% des personnes ayant fait une tentative de suicide réitèreront leur geste et seront ré hospitalisées pour le même motif dans l'année qui suit [1].Au niveau de la région Nord- Pas-de-Calais les chiffres sont proches : 11,6% des personnes hospitalisées pour tentative de suicide connaissent un second séjour pour le même motif dans les 6 mois qui suivent[2].

Le programme de veille, d'une durée de six mois, comporte une série d'étapes, personnalisées en fonction de la situation des bénéficiaires [cf. algorithme, p 53] ; à leur sortie d'hospitalisation, ils se voient remettre une carte ressource, avec un numéro de téléphone permettant de joindre un professionnel (psychologue ou infirmier formé en psychiatrie) en cas de difficulté. Les services d'urgences et les centres d'hospitalisations psychiatriques brèves qui avertissent l'équipe de recontact de l'entrée d'une personne dans le dispositif de veille, par l'envoi d'un fax.

Les récidivistes sont appelés entre le 10e et le 21e jour par un membre de l'équipe dédiée du CHRU de Lille après leur sortie et une nouvelle proposition de soin peut alors être engagée si nécessaire. Un appel à six mois clôt la veille, sauf en cas de persistance d'une fragilité justifiant la poursuite du programme.

Le déploiement du programme a débuté en janvier 2015 et concernait, début juillet 2015, 16 services d'urgences générales, sur lesquels porte le présent rapport[1].

La mission d'évaluation du programme de recontact des suicidants, par la F2RSM, se décompose en 3 axes principaux. A savoir : évaluer s'il existe des modifications des représentations/opinions des professionnels prenant en charge les personnes aux urgences, l'éventuelle diminution de la morbidité ainsi que de la mortalité. Afin de pouvoir évaluer ces 3 axes, il semblait important de disposer d'un état des lieux de la prise en charge des suicidants avant le démarrage du programme VigilanS.

L'étude porte sur son organisation pratique, l'articulation entre les équipes d'urgence et de psychiatrie et l'opinion des professionnels rencontrés sur le dispositif de veille, à son démarrage.

Il s'agit d'une partie initiale de l'évaluation du programme de VigilanS. Elle permettra de mieux appréhender les effets du dispositif de recontact sur la prise en charge des suicidants lors de leur accueil et leur sortie des services d'urgences. L'étape 2 consistera à réaliser de nouveaux entretiens avec les mêmes acteurs et cherchera à connaître leur opinion et l'organisation qui a été adoptée pour mettre en place ce dispositif après quelques mois de fonctionnement.

[1] Seize des 18 sites ouverts en juillet 2015 ont été rencontrés, 2 n'ayant pas donné suite à notre proposition de rencontre.

Méthodologie

Une enquête qualitative par entretien semi-directif a été conduite auprès de médecins et/ou infirmiers intervenant dans les services d'urgences polyvalentes dans les établissements hospitaliers ayant démarré le programme VigilanS entre le 12 janvier 2015 et le 6 juillet 2015. Les entretiens ont été menés avec les responsables des services d'urgences et des unités psychiatriques intervenant dans ces services, ou les personnels qu'ils avaient désignés, et des infirmiers des équipes de psychiatrie. La sélection de ces derniers s'est faite en fonction de leur présence le jour de venue de l'équipe d'enquête.

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement, puis envoyés aux personnes interrogées, pour validation[2]. Le logiciel N'Vivo a été employé pour coder ces textes, préalablement anonymisés[3], selon les thèmes abordés à l'entretien (cf. annexe, p 50).

L'anonymat des services d'urgences, des équipes de psychiatrie, ainsi que des professionnels médicaux et paramédicaux interrogés lors d'entretiens semi dirigés a été décidé afin de libérer la parole des acteurs de terrain. Il s'agissait avant tout de recueillir des informations sur l'accueil des suicidants dans les services d'urgences, sur leur prise en charge par les équipes et sur la suite des soins qui peut être suggérée lors de leur sortie des services. En aucun cas, il n'a été question de porter un quelconque jugement sur les pratiques des professionnels rencontrés mais de recueillir leurs points de vue.

Une enquête complémentaire par questionnaire

Les médecins et infirmiers travaillant aux urgences dans les 16 services rencontrés et au centre 15 du département du Nord, ainsi que les Assistants de régulation médicale de ce dernier service, ont été invités à renseigner un questionnaire auto-administré de 54 items, et organisé en 4 parties :

1. Connaissances : 6 questions sur l'épidémiologie des conduites suicidaires ;

2. Prise en charge des suicidants : 12 questions sur le point de vue des professionnels sur leurs pratiques professionnelles

3. Représentations sur les conduites suicidaires : 28 questions sur des opinions communes concernant le suicide, par échelle visuelle analogique, empruntées –tout comme les questions épidémiologiques- au Questionnaire d'évaluation des connaissances sur le suicide (Qecs, mis au point par Notredame et alii [1]).

4. Caractéristiques du répondant : questions sur la profession, le service, l'établissement, le sexe, l'âge et l'ancienneté.

Les questionnaires ont été déposés dans les services le jour où s'est déroulé l'entretien semi-directif, durant les mois de janvier à juillet 2015 ; une relance a été réalisée en direction des services n'ayant retourné aucun questionnaire 4 semaines après. La population d'étude (nombre de médecins et d'infirmiers des services d'urgence et de psychiatrie intervenant au service d'accueil des urgences), a été estimée à partir des effectifs déclarés par les professionnels rencontrés.

Certains résultats de cette enquête sont présentés en complément des résultats de l'étude principale sous cette même forme (police distincte et fond grisé). Les questions posées et les caractéristiques des 279

[2] Une personne sur 51 a apporté des corrections (toutes mineures) au texte de retranscription qui leur avait été envoyé.

[3] Anonymisation par suppression de tous les noms de lieux, de services et de personnes.

répondants sont présentés en annexe, p 51 et 52. Les réponses à ces questions sont présentées dans les encarts en fond grisé.

Résultats

Professionnels rencontrés

51 professionnels ont été interviewés dans 16 sites, au cours de 32 entretiens (certains s'étant déroulés avec plusieurs personnes).

Tableau 1. Profession et services des personnes interviewées. N=51.

Profession	N
Psychiatres	15
dont chefs de service/pôle	*8*
dont psychiatre infanto-juvénile	*1*
Urgentistes	14
dont chefs de service	*6*
Psychologues	2
Infirmièr-e-s en psychiatrie	20
dont cadres de santé	*4*
Total	51

Figure 1. Répartition des professionnels interrogés selon leur service. N=51.

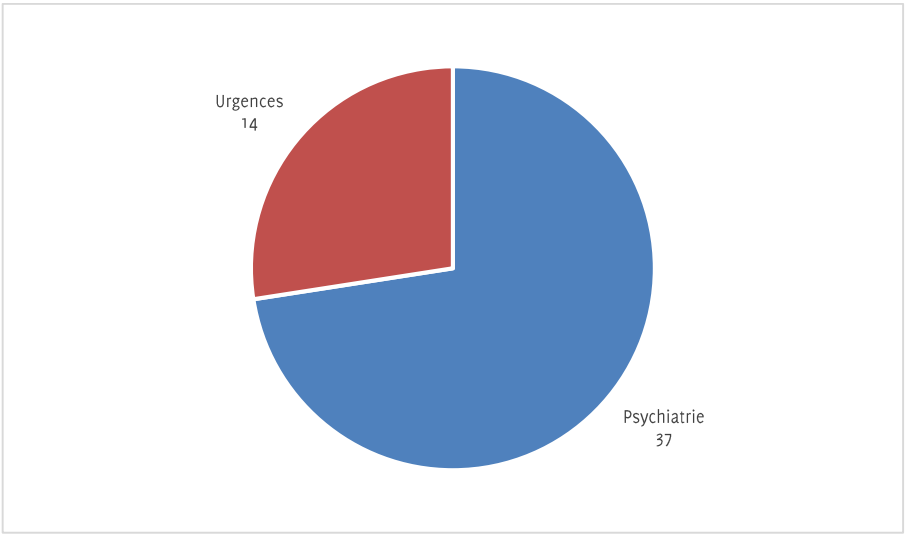
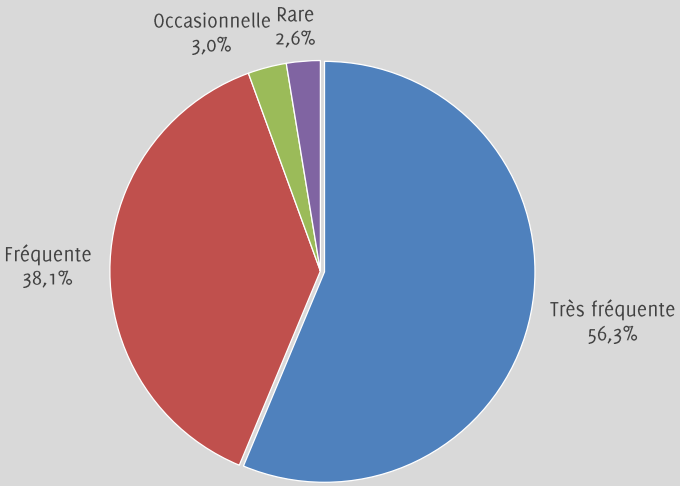


Tableau 2. Caractérisation de l'organisation des équipes de psychiatrie dans les services des urgences. N=16.

Permanence psychiatrique en semaine	Week-end	Entretien avec psychiatre	Hospitalisation de courte durée (UHCD) systématique
1 IDE de 6h45/13h45 et 13h/21h ; 1 interne sur place (de 8h30 à 18h30) et 1 psy dispo. 1 interne et 1 psy sur place la nuit (de 18h30 à 8h) et 1 IDE de 20h45 à 7h	1 interne et 1 psy à partir de 13h sur place	Toujours	Non, au cas par cas
1 IDE de 7h à 15h et 1 de 14/22h. 4 psy référents le jour (2 de 8h30 à 13h30 et 2 de 13h30 à 18h30) et 1 d'astreinte la nuit	1 IDE de 14h à 22h	Toujours	Oui pour une IMV/ alcool, sinon au cas par cas
1 psychologue du lundi au samedi en journée	Le dimanche, pas de psychologue. Patient renvoyé vers îlot-psy	Avec 1 psychologue	Non, au cas par cas
Passage d'1 psy à 10h jusqu'au samedi. IDE de 6h30/14h30 et 13h30/21h30. Pas d'IDE la nuit (de 21h à 6h) mais psy d'astreinte à 18h	Psy d'astreinte à partir du samedi midi. Passage le dimanche matin	Toujours	La majorité mais pas tous
1 IDE dispo de 8h45 à 18h30 et 1 psy dispo. 1 psy de garde à partir de 18h30.	1 IDE dispo de 8h45 à 18h30	Toujours	En box ou en poste tant que leur état le nécessite (pas d'UHCD)
1 IDE de 8h30 à 18h30 et psy pour l'UHCD le matin. Nuit : interne de garde + PH d'astreinte	1 IDE de 8h30 à 18h30 et 1 interne de garde à partir de samedi après midi	Pas toujours	Non, au cas par cas
1 IDE de 7h30 à 19h30 en continu et 1 psy fixe 3 jours. Les 2 autres jours PH du CH qui travaillent en secteur ouvert. Et 1 IDE de 19h15 à 7h15 la nuit et 1 psy de garde.	1 PH d'astreinte du vendredi au vendredi soir qui passe. 1 IDE et un interne sur place	Toujours	Oui
1 IDE et 1 psychiatre de 9h à 12h.	1 psy le samedi matin. Le dimanche avis de l'interne de garde de l'EPSM si nécessaire	Toujours	Non, au cas par cas
1 IDE de 8h à 12h20 et 12h20 à 20h. Psychiatre le matin de 8h à 12h ou 9h à 11h et repasse vers 17h. 1 d'astreinte à 18h30 qui vient sur demande	IDE de 8h à 20h	Toujours	Non, au cas par cas
1 IDE de 8h à 21h basée sur la clinique et à dispo pour les urgences. 1 psy dispo jusqu'au samedi midi en journée et 1 psy d'astreinte tous les soirs	1 psy dispo du samedi 13h30 jusqu'au lundi 8h ou 1 interne sur place	Toujours	Pas d'UHCD
1 IDE 24h/24h et 1 psy sur site en journée. 1 psy d'astreinte sur place la nuit	1 IDE 24h/24h et 1 psy sur site en journée. 1 psy d'astreinte sur place la nuit	Oui par 1 psychiatre ou 1 psychologue	Non, UHCD si somnolence
1 IDE de 9h/12h et 14h/17h et 1 psy joignable ou présent. La nuit 1 interne est de garde	1 interne de garde (pas sur place mais au service de psy)	Pas toujours	Non, au cas par cas
Pas d'IDE psy / 1 psychiatre sur place le matin et 1 psychiatre d'astreinte le soir qui se déplace de manière exceptionnelle.	Pas d'IDE psy / 1 psychiatre sur place les matins qui est aussi d'astreinte.	Pas toujours (mais presque)	Non, au cas par cas
IDE de psy 17h par jour / psychiatre sur place le matin. (Nuit non renseignée)	IDE samedi et dimanche (psy, non renseigné)	Quasiment tout le temps	Oui pour une IMV/ alcool, sinon au cas par cas
1 psychiatre de 8h30 à 18h30. Pas d'IDE de psy mais des IDE des urgences dispo pour urgence psy. 1 psy d'astreinte à 18h30 / 8h30.	1 psychiatre d'astreinte tout le week-end	Toujours	Oui pour une IMV/ alcool, sinon au cas par cas
1 IDE de 8h à 20h. 1 psychiatre d'astreinte est sur site en journée. La nuit 1 psy est joignable et se déplace si nécessaire.	1 IDE de 8h à 20h et 1 psy d'astreinte	Pas toujours	Majoritairement et TS en soirée = UHCD

La tentative de suicide : une question fréquente et difficile

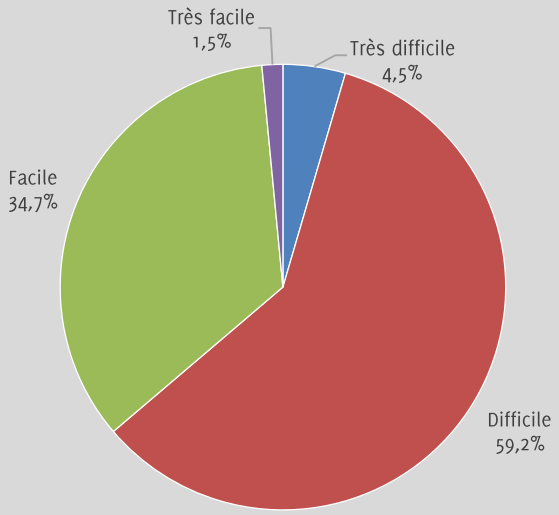
Figure 2. Distribution des réponses à la question 7. « *Aujourd'hui, dans votre pratique professionnelle, recevez-vous des personnes ayant fait une tentative de suicide (TS) de façon : très fréquente / fréquente / occasionnelle / rare ?* » N=270 (VM=8). En %



Sans surprise, les équipes des urgences et de psychiatrie déclarent rencontrer souvent ou très souvent des suicidants dans leur exercice professionnel. Alors qu'en moyenne, plus de 9 répondants sur 10 affirment que cette rencontre est fréquente ou très fréquente, les professions autres qu'infirmières et médicales sont 7 sur 10 à faire cette réponse ($p<0,001$) ; pour les répondants du Samu, cette question est moins souvent fréquente/très fréquente (70,6%) que dans les autres services (psychiatrie : 96,3% - urgences : 95,3%). Sexe, âge et ancienneté n'introduisent par contre pas de différence significative pour cette question.

Figure 3. Distribution des réponses à la question 8 : « *Aujourd'hui, l'abord de la TS constitue une question : très difficile / difficile / facile / très facile ?* » N=265 (VM=13). En %

Pour être fréquente, la prise en charge des suicidants n'est pas chose aisée, au contraire : plus de 3 répondants sur 5 l'estiment difficile ou très difficile (63,7%)

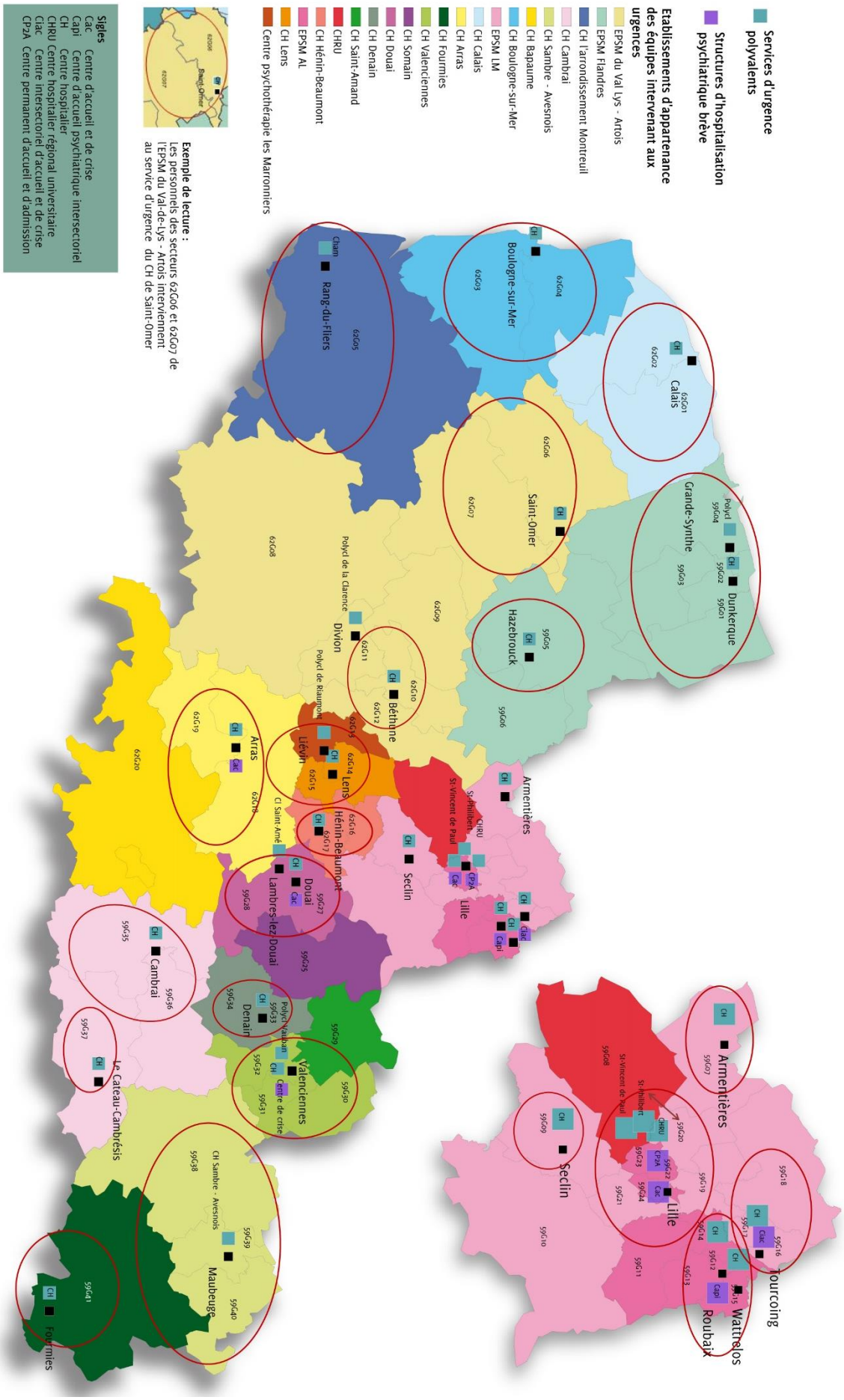


Les plus jeunes professionnels (21-30 ans) sont les plus en difficulté avec la tentative de suicide ; plus de 7 sur 10 répondent que la question est difficile/très difficile ; les 35-37 ans sont quant à mieux majoritairement à l'aise (54,8% de réponses facile/très facile). Une différence significative (p =0,006) est observée avec l'ancienneté, mais ce sont les plus « capés » (15 ans ou plus d'ancienneté) qui sont proportionnellement les plus nombreux à être en difficulté (73,5%).

Alors que les membres des services de psychiatrie sont, à 55,7%, à l'aise avec la prise en charge des suicidants, ceux du Samu et des services des urgences sont, pour 3/4 d'entre eux, en difficulté (p<0,001).

Sexe et métier, quant à eux, n'introduisent pas de différence significative pour cette variable.

Carte 1. Services d'urgences polyvalents, structures d'hospitalisation psychiatrique brève et secteurs de psychiatrie adulte intervenant dans ces services



La prise en charge des suicidants à leur arrivée dans le service

Organisation pratique

La prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide se déroule dans les services d'urgences au sein des hôpitaux généraux. Deux configurations d'organisation de leur prise en charge se dessinent dans les établissements de santé visités par nos soins :

- soit les équipes de psychiatrie sont des équipes qui appartiennent au même établissement de santé que le service des urgences.

- soit une convention lie deux établissements, un hôpital général et un Etablissement public de santé mentale (EPSM), auquel cas, les professionnels de psychiatrie interviennent - selon des modalités très variables - dans l'hôpital général situé dans leur secteur géographique (cf. carte 1).

Dans certains établissements, les infirmiers de psychiatrie travaillent dans les services d'urgences à l'année et uniquement en ces lieux. Dans d'autres hôpitaux, les professionnels interviennent par roulement un temps spécifique dans la semaine et travaillent conjointement dans une autre unité de psychiatrie comme les Centres médico-psychologiques (CMP).

Parfois des professionnels des différents services de psychiatrie (rattachés au secteur géographique de l'hôpital) y interviennent. Les services d'urgences sont amenés à recevoir des personnes relevant de différents secteurs de psychiatrie, représentés ou non dans les équipes assumant des permanences dans ces services.

La personne ayant fait une tentative de suicide est souvent dirigée aux urgences par les pompiers, le Smur ou un tiers. A son arrivée, le patient est accueilli majoritairement par un(e) Infirmier(ère) d'accueil et d'orientation (IAO). L'IAO prend connaissance du motif d'entrée auprès des personnes ayant amené le patient et/ou auprès de lui. Dès l'accueil dans le service et avant même que la personne soit prise en charge par l'équipe médicale, l'IAO a connaissance d'informations multiples, comme le mode opératoire de la tentative de suicide et le risque vital associé, et peut ainsi déterminer l'orientation du patient dans tel ou tel service d'urgences (urgence médicale, déchoquage, réanimation). Au service médical d'accueil des urgences, le patient est alors installé dans un box. Après quoi, l'IAO interpelle un médecin urgentiste. Lorsque le motif d'entrée est une tentative de suicide, il se peut que l'infirmier(ère) de psychiatrie soit informé(e) dans le même temps que le médecin urgentiste. En théorie, c'est l'urgentiste qui examine le patient en première intention afin de réaliser l'évaluation somatique. Cependant, en fonction du flux des patients aux urgences, et donc de la disponibilité des urgentistes, il arrive que l'infirmier(ère) de liaison rencontre le patient avant lui.

> « *Alors, on va dire, en théorie c'est comme ça. Il faut quand même bien voir que quand les urgences sont très encombrées, ils [les infirmiers] interviennent déjà parfois en anticipation de l'intervention du médecin urgentiste, sur sollicitation de l'infirmière d'accueil qui est là. En théorie oui. Le déroulé c'est : la personne qui arrive est accueillie, comme n'importe quelle personne arrivant aux urgences, elle est vue sur le plan somatique et l'interne ou l'urgentiste fait appel à l'infirmier psy. En pratique il arrive que le premier entretien avec l'infirmier psy soit avant, précède l'entretien avec l'urgentiste. Ça arrive* » *(Chef de pôle de psychiatrie).*

> « *Donc on voit le patient. Enfin parfois c'est vrai qu'il peut y avoir de l'attente et que l'infirmier psychiatrique voie un patient avant que l'urgentiste l'ait vu. Mais de toute façon nous réalisons une évaluation somatique* » *(Urgentiste).*

Les soins prodigués varient en fonction du type de TS (intoxication médicamenteuse volontaire, phlébotomie ou tentative de pendaison par exemple) et en fonction de l'état de gravité dans lequel se trouve le patient. Evidemment si le pronostic vital est engagé le patient aura été orienté vers le service de réanimation ou de toxicologie et sera vu par l'équipe de liaison[4] ultérieurement lorsque son état

[4] La notion d'équipe de liaison varie selon les sites ; il s'agit parfois de personnels exclusivement dédiés aux interventions aux urgences, parfois de personnels intervenant dans l'ensemble des services de médecine-chirurgie

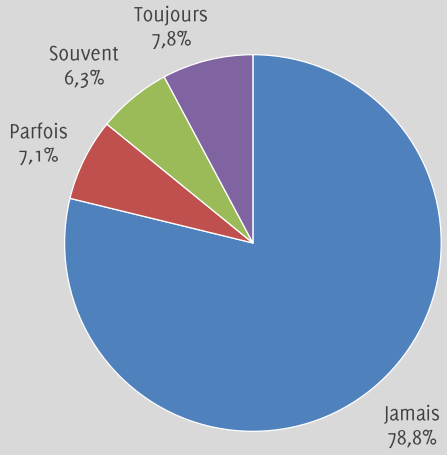
physique permettra la réalisation d'un entretien psychiatrique. Une fois que l'évaluation somatique a eu lieu, l'équipe de psychiatrie aux urgences intervient à son tour auprès du patient si elle n'est pas déjà présente. Deux cas de figures d'intervention nous ont été décrits par les équipes de liaison dont un majeur.

Dans la majorité des sites rencontrés (15 sur 16), l'infirmier(ère) de psychiatrie intervient seul(e) auprès du patient en première intention.

> *« Nous on n'utilise pas de grille. C'est-à-dire qu'en fait on joue un petit peu entre guillemets les « Sherlock Holmes » où on aime bien reprendre les éléments un par un : qu'est-ce qui a fait que l'on passe à l'acte ? Comment ça s'est passé ? Dans quelles circonstances ? Où ? Est-ce qu'il y avait des gens qui étaient là ? Etc. Si c'était prémédité ou pas. Et puis on avance avec le patient. […] Nous en fait on fait ce recueil-là en tant qu'infirmier et ensuite nous avons le médecin qui lui revoit le patient. Il s'appuie un peu sur notre recueil » (IDE).*

Un usage rare d'une échelle de risque suicidaire

Figure 4. Distribution des réponses à la question 9 : «*Employez-vous une grille d'évaluation du risque suicidaire : jamais / parfois / souvent / toujours ?*» N=269 (VM=9). En %



Près de 4 professionnels sur 5 répondent ne pas utiliser de grille d'évaluation du risque suicidaire durant l'entretien.

Dans les services de psychiatrie, cet usage est moins rare : un tiers de répondants de ces services déclarent en utiliser une (33,3%. p<0,001). Les variables de sexe, d'âge, d'ancienneté et de profession n'introduisent, quant à elles, pas de différence significative dans les réponses à cette question.

Il s'agit pour l'infirmier d'avoir une première approche de l'état psychique du patient, de l'intentionnalité du geste, de sa critique ou non et … et de réaliser une anamnèse à partir des éléments médicaux et sociaux recueillis auprès du patient, de ses proches, du CMP, s'il a un suivi en cours, et parfois du médecin traitant. Le psychiatre de liaison intervient dans un deuxième temps en prenant en compte les informations recueillies. Il réalise alors un entretien approfondi pour évaluer l'état du patient et sa vulnérabilité à une éventuelle récidive. Il s'agit d'évaluer le risque de récidive suicidaire à très court terme, c'est-à-dire de rechercher s'il existe une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Dans certains sites, cette deuxième rencontre a lieu systématiquement en binôme, c'est-à-dire soit psychiatre/infirmier-interne/infirmier ou psychologue/infirmier. Dans les autres sites, cet entretien a lieu avec ou sans l'infirmier(ère) de liaison en fonction de sa charge de travail. Quand le psychiatre a terminé l'évaluation,

(dont celui des urgences) ; parfois aussi, les personnels psychiatriques ont un emploi du temps partagé entre les différents lieux d'accueil de soins (services d'hospitalisation, CMP, urgences …)

il fait part de son avis à l'urgentiste ainsi que l'orientation envisagée pour le patient en fonctions des différents éléments qu'il a recueillis.

Dans 4 des 16 sites, l'infirmier(ère) de liaison rencontre le patient et a aussi la possibilité de réaliser lui-même l'évaluation psychiatrique du patient. En cas de doute de sa part, il peut toujours faire appel au psychiatre d'astreinte par téléphone et, si besoin, celui-ci se déplace aux urgences pour étayer l'infirmier dans son analyse de la situation. Dans tous les cas l'infirmier(ère) rend compte de son évaluation auprès du psychiatre au moins par téléphone s'il pense que l'orientation finale est la sortie des urgences pour le patient. Le psychiatre valide ou pas l'orientation proposée par l'infirmier(ère) sans forcément rencontrer physiquement les patients. L'infirmier(ère) de liaison fait part des conclusions au médecin urgentiste qui gère la finalité de la prise en charge des patients au service d'Accueil médico- chirurgical (AMC) avec lui. Ce cas de figure est mis en place lorsque d'un point de vue organisationnel les psychiatres ont moins de temps à consacrer au service d'AMC.

> « *[…] Donc, souvent en première intention, c'est l'infirmière qui le voit et ensuite elle appelle. Je sais qu'il y a des moments où l'on est toujours présent. Moi, par exemple, le lundi matin, je suis présente sur les urgences, donc je vais voir le patient avec l'infirmière. Sinon, si c'est une permanence téléphonique, l'infirmière nous contacte et nous explique la situation et on discute de la prise en charge. Et s'il y a besoin, on va sur place aux urgences* » *(Psychiatre).*

> « *Historiquement, l'infirmier aux urgences était très très libre. Il gérait tout avec l'urgentiste parce qu'il y avait 2 psychiatres sur place qui géraient toute la liaison et l'Unité de soins d'anxio-dépression (Usad). Ils étaient très autonomes. Au début de l'ouverture du centre de crise, ils ne demandaient même pas d'accord pour faire sortir un patient. Enfin, il demandait l'accord à l'urgentiste mais pas au psychiatre. Et du coup, au fur et à mesure, on a essayé de faire évoluer les pratiques. Après, on a aussi des infirmiers, surtout des anciens, qui eux ne voulaient pas perdre leur autonomie parce que ça leur plaisait de travailler comme ça. Donc on a essayé de faire avancer les choses progressivement et, c'est vrai que l'on est au moins à une validation par téléphone systématique par le psychiatre, que ce soit le psychiatre de l'unité ou, pour les sorties, le psychiatre des urgences* » *(Responsable de la liaison aux urgences).*

Circuit de l'information entre les services d'urgences et de psychiatrie

Dans la plupart des sites visités, une équipe de liaison de psychiatrie est présente en journée aux urgences. L'infirmier(ère) dédié(e) aux urgences est physiquement dans le service et un (une) psychiatre est d'astreinte aux urgences. Dans ce cas, soit le psychiatre est présent sur place en matinée (10 sur 16 sites) et voit les patients de la veille et du matin, soit il est disponible par téléphone et se déplace du service de psychiatrie vers le service des urgences (6 sur 16 sites). Cette organisation est possible lorsque le service de psychiatrie est sur le même site. Dans un des sites, l'organisation est encore différente car le psychiatre d'astreinte passe en fin de matinée et en fin d'après-midi au service d'urgences.

Les 16 sites sont dotés d'une permanence psychiatrique en journée avec, au minimum, la présence d'un infirmier(ère) et d'un psychiatre sur place ou qui reste à disposition. Tous les sites sont également dotés d'un système de garde ou d'astreinte soir et week-end, assurée par un psychiatre. En fonction des sites et des professionnels, l'astreinte est uniquement téléphonique alors que certains se déplacent sur site si besoin. Trois des 16 sites bénéficient d'infirmiers et de psychiatres sur place 24 heures sur 24.

Globalement, la communication et l'échange d'informations sur le patient entre urgentistes et psychiatres est donc toujours faisable à travers différents canaux de communication. Il s'agit, soit d'échange d'informations en face à face si la temporalité de l'urgentiste se conjugue avec celle du psychiatre. Si la rencontre des 2 médecins n'est pas possible, ils peuvent échanger par téléphone ou par écrit via le dossier médical du patient (en version papier ou informatique). La communication peut également se faire par personne interposée, c'est-à-dire l'infirmier(ère) de liaison. L'échange de données croisées est utile pour décider de la suite des soins à prescrire au patient. Alors que l'urgentiste s'assure de l'état somatique du patient, la mission du psychiatre aux urgences (pour les TS) est d'évaluer l'état psychique du patient afin de l'orienter au mieux pour la suite des soins et aussi d'évaluer le risque de récidive. Le psychiatre se doit de donner un avis spécialisé pour aider l'urgentiste à prendre la décision d'une sortie éventuelle du patient lorsque son état somatique le permet. Le travail de l'urgentiste et celui du psychiatre autour de l'usager engendrent donc une interdépendance dans leurs pratiques. De fait, dans la quasi-totalité des services rencontrés, le pouvoir décisionnel du chef de service des urgences a été rappelé. En dernier lieu,

c'est à lui que revient la décision d'orientation. Le niveau d'association des psychiatres à celle-ci est variable ; dans certains cas, leur avis est simplement communiqué, alors que -dans d'autres- un temps de concertation est organisé pour prendre une décision commune d'orientation. Un chef de service des urgences souhaiterait un engagement plus important de ses confrères psychiatres.

> « *Donc voilà, là où je suis un peu en désaccord avec les psychiatres, c'est que l'on doit en discuter ensemble, ça doit être une responsabilité partagée. C'est pareil quand quelqu'un est en chambre. Donc lui il est resté hospitalisé, il est là. Y a un problème, on veut faire. Qu'est-ce que je vais prendre comme exemple ? On veut faire une HDT, la famille refuse ou il faudrait hospitaliser… Enfin je vais simplifier. Ce que je n'aime pas c'est que parfois nos collègues psychiatres viennent en se disant on donne un avis et que …oui voilà c'est ça les sorties contre avis médical, là on n'est pas d'accord. Le patient est resté en chambre. Il a été observé, hospitalisé, il n'y a plus de prise de toxique le lendemain matin il refuse une hospitalisation. Ce n'est pas suffisamment clair pour faire une HDT ou la famille s'oppose à l'HDT et on me dit c'est une sortie contre avis médical. Et c'est à moi de faire la sortie contre avis médical. Je dis non. Le cardiologue quand il descend et qu'il y a un risque pour le patient et bien on est deux interlocuteurs, professionnels de santé à lui exprimer clairement le risque. On s'assure que la famille entend le même discours et c'est une décision en commun voilà. Le psy n'est pas uniquement là pour donner un avis derrière l'urgentiste, c'est une prise en charge commune. On fait ça avec d'autres spécialités, je ne comprends pas pourquoi on ne pourrait pas le faire avec la psychiatrie. Et je pense que c'est plus intelligent, c'est plus … ça protège tout à chacun mieux en cas de plainte, en cas de problème* » *(Chef de service des urgences).*

Quand l'évaluation somatique du patient est achevée, l'infirmier(ère) de psychiatrie le rencontre en première intention puis, le psychiatre en deuxième intention. Dans 13 des 16 sites visités, un psychiatre rencontre le patient de manière systématique. Donc dans tous les cas, un échange de données a lieu au moins entre l'infirmier(ère) de psychiatrie et l'urgentiste pour faire le point sur l'état de santé global du patient.

Dans les 13 sites où le psychiatre rencontre systématiquement les patients après tentative de suicide, il finit toujours par échanger les informations qu'il a recueillies, sur le patient, avec l'urgentiste. La plupart du temps l'échange se fait d'abord oralement puis le psychiatre fait un compte rendu écrit de la consultation avec le patient. Ce compte rendu sera utilisé pour tout ou partie par l'urgentiste pour rédiger la lettre de sortie du patient.

Dans 4 des 16 sites, il arrive que le psychiatre ne se déplace pas pour rencontrer le patient. C'est l'infirmier(ère) de liaison qui fait l'évaluation psychiatrique du patient puis il en réfère à l'urgentiste.

> « *Puisqu'en fait, l'urgentiste, il est chez lui. C'est lui qui a en responsabilité le patient. Il peut évidemment demander un avis spécialisé et il a tous les droits de ce point de vue-là, mais c'est lui qui a la responsabilité du patient. Comme ici, dans le service, c'est le psychiatre qui a la responsabilité du patient. Et ce n'est pas l'urgentiste ou le cardiologue qui va décider d'une sortie. Donc moi, je considère que ça c'est la même chose, et que donc c'est, en première intention, à l'urgentiste que l'infirmier doit aller raconter ce qui se passe* » *(Psychiatre).*

> « *Et puis en plus, des fois, on descend, on vient voir le patient, on remonte et l'infirmier finit la prise en charge, finit les papiers et c'est lui qui va présenter à l'urgentiste. Donc on ne prend pas forcément le temps d'aller discuter avec l'urgentiste. Ça par contre c'est un gros défaut. Et pour moi qui suis référent aux urgences c'est vrai que c'est un défaut institutionnel. Je ne suis pas assez présent aux urgences avec ce système* » *(Responsable de la liaison aux urgences).*

Dans ce cas, si l'infirmier de liaison ou l'urgentiste a un doute, le psychiatre est interpellé.

> « *Oui, oui, des fois l'infirmier psy … des fois son avis est largement suffisant mais des fois il se réfère, souvent pour des cas de suicide, à son psychiatre. Mais le psychiatre ne se déplace pas systématiquement pour tous les gens qui ont fait des tentatives de suicide. L'infirmier de liaison fait l'interface avec le psychiatre puis le psychiatre des fois propose un rendez-vous ou autre chose mais il ne vient pas systématiquement le voir* » *(Urgentiste).*

> « *L'infirmier juge des personnes avec lesquelles il va transmettre. Son référent, puisqu'on est dans le service d'urgences, c'est avant tout l'urgentiste. À qui il peut dire :* « *Bon voilà : geste non prémédité, banalisé ou bien critiqué etc. l'indication pour moi c'est une sortie avec peut-être un relais, un suivi*

etc. » Il va pouvoir rendre ça à l'urgentiste. L'urgentiste va dire « d'accord » ou va dire « pas d'accord, moi je veux un avis du psychiatre pour telle ou telle raison ». Auquel cas le psychiatre du secteur va être appelé si c'est la journée, le psychiatre d'astreinte si c'est le soir, et va lui donner un avis. Soit un avis téléphonique, soit se déplacer pour voir les personnes. Après, si l'infirmier pense qu'il y a une indication d'hospitalisation, que le patient est d'accord, en demande ou pas, l'infirmier prend l'avis du psychiatre » (Psychiatre).

La prise en charge des suicidants se fait en deux temps, par des équipes médicales de spécialité différente. Chaque équipe a une fonction spécifique afin d'évaluer l'état de santé global du patient. Le médecin urgentiste gère l'évaluation somatique du patient et le psychiatre fait part de son avis d'expert lors de l'évaluation psychique.

« Et puis après on peut voir effectivement ce qu'il y a derrière le geste. Est-ce que c'est un geste qui est réactionnel ? Est-ce qu'il y a beaucoup de facteurs de vulnérabilité ? Parce que ça concerne effectivement le train de vie de la personne, donc ce que je vais appeler tout simplement les conditions existentielles, ou bien il y a un soubassement psychopathologique. Donc on évalue tout ça puis après on prend une décision d'un commun accord avec le patient. Mais en règle générale, même quand je vois qu'effectivement il n'y a pas vraiment de dangerosité pour le patient, en tout cas avec tout ce qui est facteur de risque et une probable récidive à court terme, je lui propose un suivi au CMP » (Psychiatre).

« Tous les cas de figures sont possibles. Des fois ils [les urgentistes] sont très inquiets alors que nous on ne l'est pas et réciproquement. Ils ne nous envoient pas les patients que l'on aurait bien aimé récupérer et puis des fois il y a des choses, les symptômes psychiatriques sont parfois l'expression de problèmes somatiques. Donc, dans un 2e temps, avec un peu de recul, nous on voit des choses qui sont d'origine somatique donc on leur renvoie. Cela fait partie des orientations » (Chef de pôle de psychiatrie).

La prise en charge du patient est donc plurielle mais se conclut à l'issue d'une concertation des différents acteurs de santé. Les psychiatres donnent leur avis sur l'état du patient et la suite des soins éventuels à apporter. Les urgentistes valident alors l'avis de leurs collègues. Ce partage des rôles convient dans la majorité des services d'urgences.

Un service d'urgences – plusieurs secteurs de psychiatrie

Dans certains des sites rencontrés, plusieurs secteurs de psychiatrie dépendent (ou sont « rattachés ») du même centre hospitalier (cf. carte, p 12). Cette fonctionnalité administrative implique une organisation spécifique pour les professionnels de psychiatrie intervenant dans les services d'urgences. Dans certains sites, seuls quelques secteurs sont représentés aux urgences et y ont une permanence. Les professionnels interviennent donc auprès de patients rattachés à tous les secteurs de psychiatrie. Dans d'autres cas, chaque secteur demande à certains de ses salariés de consacrer un temps t de présence au service d'urgences dans la semaine. « *Ce sont les infirmiers de secteur, de CMP. Chaque CMP octroie une journée par semaine » (IDE).*

Cette organisation impose un roulement de la part des professionnels de psychiatrie. Leur implication ponctuelle aux urgences ne leur permet pas de s'investir de la même manière que les professionnels qui y travaillent à temps plein. Et cela implique également une organisation plus rigoureuse pour partager le temps de travail de chaque salarié sur les différentes unités de soins. Un professionnel a évoqué cette difficulté et la réorganisation envisagée.

« Alors on a un tour en fait. Historiquement pour les deux secteurs, il y avait un tour par secteur. On s'achemine vers un psychiatre pour la journée pour les deux secteurs. On va vers ça, on tend vers ça mais actuellement c'est encore un test là pour voir si c'est une charge faisable ou pas. Parce que quand il y en a deux, ça va, mais quand il y a dix personnes à voir aux urgences, ce n'est pas forcément des TS, mais ça va être plus lourd. Donc on est deux de référence sur la demi-journée, c'est de 8h30 à 13h30 et de 13h30 à 18h30 l'après-midi. Un pour chaque secteur. Ça veut dire que de 8h30 à 18h30 il n'y a pas de solution de continuité. Ce qui est quand même chronophage. C'est pour ça que l'on va s'acheminer probablement vers un psychiatre pour les deux secteurs mais ça c'est en cours d'organisation » (Chef de pôle de psychiatrie).

Typologie des propositions de soins

Après la réalisation de l'évaluation psychiatrique, le psychiatre oriente le patient vers des propositions de soins différentes en fonction de la problématique dans laquelle se situe le patient au temps t.

Trois grandes orientations sont décidées, en fonction de l'état psychologique du patient (vulnérabilité à reconduire le geste suicidaire), de la qualité du soutien de son entourage les jours suivant le geste et des habitudes des services (ou professionnels).

> « *Et puis on oriente soit par indication à l'hospitalisation soit une hospitalisation libre ou sous contrainte. Sachant que si c'est effectivement libre il y a la possibilité d'une hospitalisation conventionnelle ou une hospitalisation en centre d'accueil et de crise si on estime qu'il y a une crise plutôt suicidaire, soit une hospitalisation sous contrainte. Après, si on pense qu'il n'y a pas besoin forcément d'une hospitalisation, on peut passer sur un rendez-vous de post-crise. On convoque les gens assez rapidement en consultation* » *(Psychiatre).*

1) Sortie des urgences avec proposition de suivi ambulatoire

Si le patient critique son geste, qu'il est dans une démarche de soins, à travers un suivi psychologique en CMP par exemple, et qu'il bénéficie d'un entourage familial rassurant, le psychiatre valide la sortie du patient du service des urgences avec, dans la plupart des sites, une prise de rendez-vous en CMP au sein des urgences. Notons que, selon les secteurs, le délai de rendez-vous au CMP avec un médecin psychiatre est très variable allant de 1 jour (lendemain de la sortie) à 3 mois. Pour réduire ces délais parfois trop importants, certains psychiatres ont mis en place des solutions palliatives en proposant un (ou des rendez-vous) infirmiers au CMP dans l'attente d'une rencontre avec un médecin, voire même dans plusieurs sites, un rendez-vous de post-urgence dans les mêmes locaux[5] (cf détail dans « consultation de post-urgence », p 18). Lorsque la sortie des urgences est actée, les professionnels de santé demandent, voire imposent, qu'un proche vienne chercher le patient aux urgences. L'argument principal de cette demande est d'éviter de laisser partir seul le patient encore fragile et qu'une personne de l'entourage soit au courant de la situation du patient.

2) Hospitalisation brève dans un Centre d'accueil et de crise (CAC)

Si l'état du patient est jugé encore trop fragile pour envisager un retour dans son milieu ordinaire, l'équipe psychiatrique peut lui proposer d'être hospitalisé dans un CAC afin de prendre du recul par rapport à son geste et de "se poser". Cette orientation n'est toutefois pas accessible à tous les patients car il n'existe que 6 CAC dans la région Nord - Pas-de-Calais. Il existe donc une disparité géographique dans la proposition d'orientation vers un CAC en fonction du centre hospitalier dans lequel se trouve le patient. Un professionnel de psychiatrie a d'ailleurs formulé le souhait d'ouverture d'un CAC dans le site où il exerce afin d'améliorer la prise en charge des suicidants.

> « *De mon avis, je pense que l'idéal ce serait une UF[6] enfin un psychiatre aux urgences à mon sens avec un CAC et une unité de liaison mais [dans notre établissement], pour l'instant c'est comme ça. Mais de mon avis ce serait… […] Et en travaillant et en passant même pendant l'internat régulièrement aux urgences, on se rend compte que pour des crises suicidaires pour le coup c'est bien plus intéressant. Là, on hospitalise directement nos patients en crise suicidaire dans une unité d'hospitalisation psychiatrique conventionnelle parfois lourde. Ça fait peur. Il y a beaucoup de non hospitalisation à cause de ça* » *(Psychiatre).*

Les CAC permettent donc d'accompagner ces patients à un moment t très spécifique : celui de la crise suicidaire et d'éviter parfois la « psychiatrisation » des patients c'est-à-dire une prise en charge au long cours. Cet accueil permet également d'obtenir une plus grande adhésion aux soins de la part du patient. Ceci d'autant plus que le recours à un service de psychiatrie est encore très connoté et stigmatisant. Le passage en CAC permet d'éviter une stigmatisation trop forte de la personne soignée et de fait une meilleure acceptation de sa prise en charge.

> « *En fait, le CAC déjà il y a des critères, c'est un centre d'accueil de crise donc nous on respecte bien le critère de crise. Alors, soit la personne a fait un geste suicidaire, par exemple, la crise cela peut*

[5] Procédure qui revient à utiliser des locaux de soins non programmés (urgences) pour des entretiens programmés.
[6] Unité fonctionnelle (ici : un Cac)

être une difficulté dans le couple qui survient aujourd'hui mais pas des difficultés de couple qui durent depuis six mois vous voyez par exemple. C'est bien la différence. Après, si la personne n'a jamais été hospitalisée en psychiatrie, on ne va pas la mettre, dans une première intention, dans un service de psychiatrie classique. Parce qu'en fait, on ne veut pas non plus effrayer, enfin ce n'est pas effrayant non plus, mais cela fait toujours peur de dire aux gens qu'ils vont aller en psychiatrie. Et les gens ont quand même une mauvaise image de la psychiatrie : camisole, on va me donner plein de médicaments. Alors que le CAC, c'est onze lits, c'est un secteur quand même calme, qui dépend de l'hôpital, qui n'est pas dans la clinique de psychiatrie. Donc, parfois, même les personnes qui peuvent être un peu réticentes à l'hospitalisation et réticentes surtout à l'image, je vais dire, à la stigmatisation de la psychiatrie, peuvent plus facilement accepter une hospitalisation sur le CAC. Donc c'est soit une première hospitalisation, soit une personne qui est réellement dans une crise. Après on peut aller cinq fois au CAC pour cinq problèmes de crise différente, ce n'est pas un souci » (IDE).

3) Hospitalisation libre ou sous contrainte

Dans les différents sites rencontrés, quand l'évaluation psychiatrique conclut que la personne est en crise suicidaire sévère ou qu'elle est fragilisée et qu'elle ne bénéficierait pas d'un soutien suffisant à la sortie des urgences, une hospitalisation en service de psychiatrie est proposée au patient. Ces orientations sont d'ailleurs recommandées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). « *L'hospitalisation du patient reste indiquée à partir des urgences en cas de risque suicidaire imminent, en cas de situation d'insécurité sévère dans les perspectives de sortie, en cas de perplexité anxieuse sans distanciation vis-à-vis de la souffrance psychique. La sortie est à temporiser lorsque le patient est dénué de tout projet personnel immédiat, aussi ténu soit-il*»[3].

Dans certains cas, les Soins à la demande d'un tiers (SDT) semblent justifiés, ce qui nécessite une demande d'admission écrite et signée d'un tiers (le plus souvent un parent) ; le médecin s'adresse alors à la famille pour concrétiser ce projet de soin.

« *Oui. Alors si elles ne sont pas acceptées, nous on fait appel à un membre de la famille. Enfin acceptées voilà, si vraiment le médecin considère, qu'il n'y a pas de regret du geste, qu'il y a des facteurs de risque, il pose l'indication d'une hospitalisation sous contrainte. On appelle un membre de la famille, le conjoint et puis on rencontre le conjoint. On essaie aussi de faire rencontrer, on demande au conjoint quand même d'aller voir les parents etc. pour essayer de discuter ensemble parce que des fois cela passe mieux comme ça. Et puis vraiment si ça ne va pas, voilà on demande au conjoint, aux tiers » (IDE).*

« *Et puis, après, il y a de l'hospitalisation en milieu psychiatrique parce que l'on n'a pas de milieu ouvert ou, éventuellement, une SDT si on a un risque suicidaire important, un trouble du jugement etc, bien sûr » (Chef de pôle de psychiatrie).*

L'équipe explique au patient que ce temps d'hospitalisation permettra de le protéger d'un éventuel nouveau passage à l'acte. D'après les professionnels rencontrés, la majorité des patients acceptent l'hospitalisation librement. Alors que d'autres patients demandent eux-mêmes leur hospitalisation. D'après les entretiens, les hospitalisations sous contraintes sont rares (et non quantifiables dans le cadre de cette enquête qualitative).

Consultation de post-urgence, une alternative ?

Dans 14 des 16 sites rencontrés, des consultations de post-urgence sont suggérées aux patients qui le nécessitent (personnes sortantes des urgences mais encore fragiles) et qui n'ont pas de possibilité d'avoir un rendez-vous rapidement en CMP, les délais étant longs dans certains sites. De fait, le psychiatre ou l'infirmier de liaison proposent de revoir le patient dans les 24 à 72 heures. La mise en place de rendez-vous de post-urgence repose en partie sur un manque d'offre de soins rapides et sert donc à pallier ce manque :

« *Parfois on a des files actives très, très allongées. […] Ah oui, ça peut arriver ou même au-delà, à quatre mois, six mois. Très peu de psychiatres pour beaucoup de patients. Parfois effectivement on est obligé d'insister, de dire que c'est quelqu'un qui ne peut pas attendre. Quand je vois qu'effectivement c'est impossible, moi-même je peux lui dire de revenir aux urgences. Il m'arrive de*

revoir le patient aux urgences avant leur rendez-vous. De faire des consultations alors que les urgences ne sont pas faites pour ça » (Psychiatre).

Ces rendez-vous sont aussi liés à une volonté de réévaluer le patient rapidement dans le contexte de post tentative de suicide.

« Après, si on pense qu'il n'y a pas besoin forcément d'une hospitalisation, on peut passer sur un rendez-vous de post-crise. On convoque les gens assez rapidement en consultation et dans ces cas-là on les revoit ici aux urgences. Entre 48 heures à une semaine à peu près en moyenne, si on sent que le patient ne va pas très bien » (Psychiatre).

Un cadre de santé précise :

« S'il y a un rendez-vous qui est déjà pris ou qui était déjà pris avant le passage aux urgences ou qui est pris lors du passage aux urgences et qu'il y a un certain laps de temps qui s'écoule, l'équipe de psychiatrie de liaison revoit le patient entre deux pour qu'il y ait un entretien intermédiaire » (Cadre de santé).

Dans 3 des 16 sites, les consultations de post-urgence sont utilisées dans un autre cadre. Cela permet parfois à des médecins urgentistes de décider de faire sortir des patients (dont l'état de santé n'inquiète pas) sans attendre que l'équipe de liaison les ait forcément rencontrés. Dans ces cas-là, la consultation de post-urgence s'apparente à une première rencontre avec l'équipe de psychiatrie aux urgences.

« Cela nous arrive. Moi, il m'est déjà arrivé qu'un médecin urgentiste voie un patient, le fasse ressortir et lui demande de revenir aux urgences le lendemain pour rencontrer l'infirmier de l'équipe de liaison. Ça, c'est déjà arrivé, mais aux urgences » (IDE).

« Alors ce qu'ils (les urgentistes) peuvent faire aussi parfois quand ils pensent qu'il n'y a pas de critères, ils demandent à la personne de revenir le lendemain pour rencontrer le psychiatre. Ça peut arriver aussi pour ne pas passer une nuit. Cela se fait de temps en temps. Donc on voit des gens qui sont reconvoqués le lendemain » (Chef de pôle de psychiatrie).

« Et alors après, le week-end quand vous (infirmiers de liaison)[7] laissez sortir les gens, ce qui se peut c'est que vous les laissez sortir sous couvert de l'étayage familial par exemple et que moi je les revois le lundi matin en consultation. Donc, le lundi matin, j'ai des fois 3 reconvoqués qui ont transité le week-end et c'est pour éviter, comment dire, qu'ils engorgent les urgences si leur état ne le nécessite pas » (Chef de pôle de psychiatrie).

Enfin, pour certains psychiatres interrogés, la consultation de post-urgence peut suffire dans certaines situations ; le concept de crise n'induit pas systématiquement un besoin de suivi au long cours.

« Je me rends compte que c'est soit : je les envoie à … [Nom de la clinique], soit je les revois le lendemain et puis je vois que cela s'est arrangé. Donc je les revois le lendemain, je le fais assez souvent quand même ça. On le fait assez souvent. Enfin pas le lendemain parce que je suis en repos de garde mais le surlendemain je réévalue quand même. Même des patients qui sont hors secteur, parce qu'ici on voit des patients qui ne sont pas sectorisés. Donc, quelquefois, on ne renvoie pas tout de suite sur le secteur parce qu'on se rend compte que le secteur c'est une machine qu'il faut lancer qui peut être un peu lourde quelquefois et dans des situations où un peu de légèreté fait du bien » (Chef de service).

« Normalement, on est censé pouvoir donner un rendez-vous dans la semaine suivante avec la psychologue de post-urgence et elles font des suivis inférieurs à 6 mois. Et c'est quand il n'y a pas besoin d'un suivi médical à côté ou suffisamment léger pour qu'il soit géré par le médecin traitant » (Responsable de la liaison aux urgences).

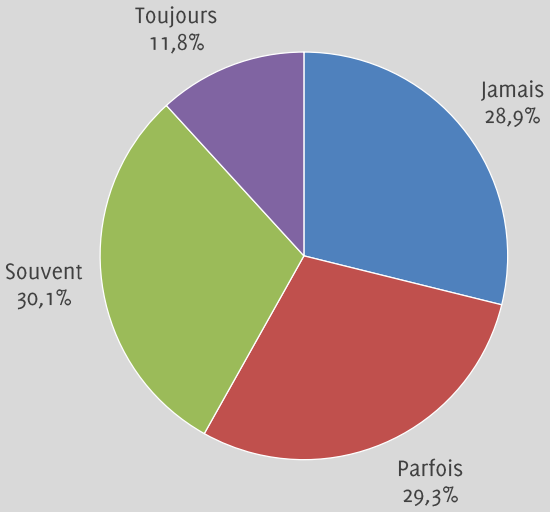
« Si vous voulez, on utilise ces lieux, ces possibilités (CMP, post-urgence). Je ne vais pas dire ces outils parce que finalement c'est un petit peu la même chose, mais ces possibilités en fonction de nos possibilités. Est-ce que l'infirmière qui a vu le patient, effectivement, est là, la semaine prochaine et

[7] Dans cet entretien auquel participent plusieurs membres du service de psychiatrie, son chef s'adresse aux infirmières présentes.

est capable de le revoir ? Ou bien elle ne l'est pas et on sent que l'on va s'engager dans un suivi de longue durée. Cela vaut peut-être le coup à ce moment-là de lui proposer d'aller directement au CMP. Pas trop d'élaborer les choses ici mais plutôt d'articuler rapidement avec le CMP, avec ou sans intervention médicale » (Chef de pôle de psychiatrie).

Des pratiques de consultation de post-urgence très variables

Figure 5. Distribution des réponses à la question 14. « *En fin de prise en charge, proposez -vous une consultation, un recontact dans les 48H- 72H (post-urgence) jamais / parfois / souvent / toujours ?* »

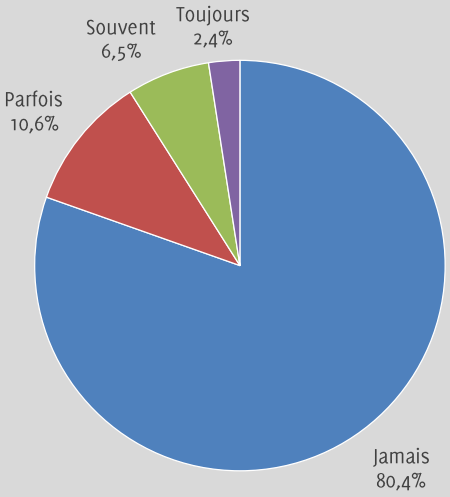


Alors que sexe, âge, ancienneté, métier et type de service n'introduisent pas de différence significative pour cette question, la pratique de consultation de post-urgence varie significativement selon les établissements : l'un d'entre eux déclare ne jamais en organiser, alors que 84% des répondants de l'établissement le plus « actif » programment ce type de consultation, souvent ou toujours.

◆ Remise de coordonnées des urgences

Dans tous les sites, lorsque la personne est sortante des urgences, les coordonnées des services d'urgences psychiatriques lui sont remises (si toutefois il en existe à proximité de son domicile) ou les coordonnées des urgences générales à titre préventif. Les équipes prennent du temps à expliquer à la personne qu'elle peut revenir si elle se sent de nouveau en souffrance ou prise par des idées suicidaires, le but étant d'agir au plus vite et de proposer un suivi adapté pour éviter une récidive du geste.

Figure 6. Distribution des réponses à la question 18. « *Vous arrive-t-il de réaliser des suivis (3 consultations ou plus) dans les locaux des urgences : jamais / parfois/ souvent / toujours ?*

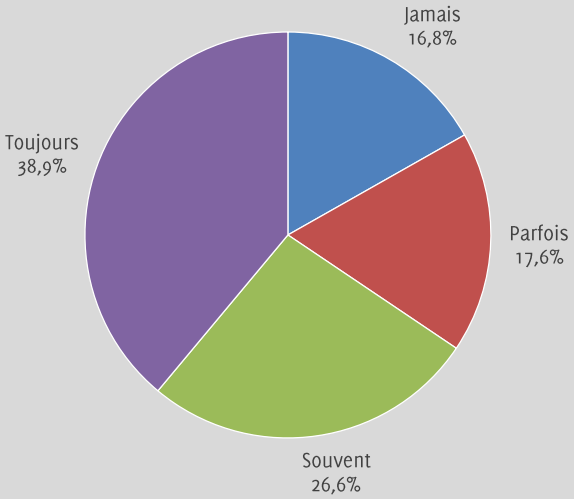


Le suivi organisé au sein du service des urgences est une pratique très rare (4 répondants sur 5 déclarent ne jamais en réaliser).

Alors que la profession, l'âge et l'ancienneté n'introduisent pas de différence significative pour cette question, il est à noter que les hommes organisent ce type de suivi plus fréquemment que les femmes (13,4% vs 6,1%. p=0,05) ; de même, et logiquement, les professionnels des services de psychiatrie sont plus fréquemment amenés à proposer ce type de suivi (16,7% vs 3,6% pour les personnels des urgences. P=0,002).

La remise de coordonnées à la sortie des urgences : une pratique non systématique

Figure 7. Distribution des réponses à la question 15. « *Remettez-vous un numéro de téléphone à la sortie : jamais / parfois / souvent / toujours ?* ». N=244 (VM=17).



Deux tiers des répondants déclarent remettre souvent ou toujours un numéro de téléphone à la sortie des urgences (65,6%).

Cette proportion ne diffère pas significativement selon le sexe, l'âge, l'ancienneté ou la profession ; cette pratique est par contre beaucoup plus fréquente chez les personnels des services de psychiatrie que chez ceux des urgences (86,5% vs 50,7% de remise souvent ou toujours. p<0,0001).

L'articulation somaticiens – psychiatres dans l'accueil des suicidants

Les différents professionnels de santé ont été questionnés sur l'organisation entre les deux services.

Atouts

L'accueil et l'accompagnement des patients suicidants nécessitent une double technicité, de la médecine d'urgence et de la psychiatrie. La notion d'équipe a été évoquée dans plusieurs sites.

> « *La relation est plutôt bonne. Il y a plutôt une bonne entente avec les urgentistes. D'ailleurs, on fait des réunions mensuelles avec l'équipe des urgences et les différents secteurs pour pouvoir parler des situations, pouvoir améliorer* » *(Psychiatre).*
>
> « *La relation que l'on a établie depuis des années, c'est une relation d'équipe* » *(Chef de service des urgences).*
>
> « *Alors, de temps en temps, il peut y avoir des frictions concernant les situations, mais on a tenu à garder des… je veux dire ils ont besoin de nous et nous on a besoin d'eux. Je veux dire que quand on a des problèmes somatiques urgents ils sont toujours là et inversement. Donc moi je pense que l'on peut parler de bonnes relations* » *(Chef de pôle de psychiatrie).*

Dans les sites où l'équipe de liaison est sur place en continu, cette présence est particulièrement appréciée des professionnels des services d'urgences.

> « *C'est une collaboration. Par rapport à ce que j'ai connu dans d'autres services où le psychiatre passe le matin et le soir ou un truc comme ça. C'est beaucoup plus simple le fait d'avoir quelqu'un sur place en permanence. Pour nous c'est royal entre guillemets* » *(Chef de service des urgences).*
>
> « *Globalement ils sont là, ils sont présents. Ils viennent quand il faut, ils savent de toute façon que, tous les matins, on a au moins un ou deux patients qu'il faut qu'ils voient. Donc non ils sont bien. C'est bien d'avoir cette équipe* » *(Urgentiste).*

De plus, les compétences spécifiques des équipes de liaison sont reconnues par les urgentistes.

> « *En fait, ce que je pense, c'est que des fois quand les patients sont bien réveillés et tout ça, je ne suis pas capable de discerner le message qu'il veut faire passer. Et je pense que probablement un premier jet du patient avec le psychiatre est beaucoup plus utile qu'avec moi donc c'est pour ça que je préfère qu'il parle au psychiatre […] pour ne pas passer à côté des informations qu'il me dirait à moi et pas au psychiatre par exemple* » *(Urgentiste).*
>
> « *Pour moi, au niveau psychiatrique, c'est très bien pour nous. A la limite, c'est presque, c'est-à-dire que nous du coup on se… si je me retrouvais dans un petit service de périphérie sans psychiatre je pense qu'au début il faudrait que je fasse un petit peu de formation continue parce que ça fait depuis 10 ans que je suis là* » *(Chef de service des urgences).*
>
> « *Paradoxalement les urgentistes ont râlé quand (cela fait 2 semestres) je leur ai demandé d'appeler systématiquement le psychiatre. Les urgentistes ont râlé parce que ça prenait du temps, ça rallonge. Eux ils s'en fichent, ils veulent avancer. Ils ont confiance par contre dans l'évaluation des infirmiers. Ils ont appris à travailler avec les infirmiers. Ils ont complètement confiance comme nous, en tant que psychiatres, on a confiance en nos infirmiers* » *(Responsable de l'équipe de liaison).*

« En fait, c'est l'infirmière de l'accueil qui va appeler en même temps l'infirmier de psychiatrie et nous. Souvent, quand je vois un patient comme ça, j'appelle l'infirmier psychiatrique pour savoir s'il est déjà connu et des choses comme ça et ils sont souvent déjà au courant. La plupart du temps, ils sont déjà au courant que le patient est là, même avant que nous on le soit » (Urgentiste).

Difficultés

Plusieurs professionnels évoquent des difficultés concernant la prise en charge commune des patients alcoolisés. Il ne semble pas exister de consensus dans tous les sites, entre urgentistes et équipes de psychiatrie intervenant dans le service, en ce qui concerne le temps nécessaire à attendre pour qu'un patient alcoolisé soit susceptible d'être évalué par l'équipe de psychiatrie. Il existe donc une variabilité dans les pratiques à ce sujet, tant chez les urgentistes que dans les équipes de psychiatrie.

« Après la tension c'est plus… les petites tensions qu'il y a c'est souvent par rapport à l'alcool. Parce que le patient, s'il est alcoolisé, il est réputé non évaluable au niveau psychiatrique. Alors après il y a le taux d'alcoolémie. Il y a des psychiatres qui les voient, d'autres qui ne les voient pas, donc du coup cela peut être un peu source de tension parce que ça rajoute du délai. Et au niveau chronologique ce qui pose problème parfois c'est le patient qui est arrivé la nuit qui était alcoolisé, qui doit être réévalué le lendemain matin et qui n'est pas réévalué le lendemain matin par celui qui sort de garde, mais qui est réévalué par celui d'après qui est occupé et, du coup, qui n'arrive qu'à 10 heures ou à 11 heures alors que le patient il aurait pu être vu à 8 heures voilà. Donc ça rajoute un petit peu le délai le matin mais globalement ce n'est pas une situation conflictuelle. On a un psychiatre sur place, il fait son job. Ça roule à peu près, oui » (Chef de service des urgences).

« Enfin moi, je comprends bien. Nous on le vit au jour le jour vous savez. Le temps des urgentistes n'est pas le même que notre temps à nous. Mais nous quand c'est argumenté, quand nous on l'argumente et puis ce n'est pas pour dire d'échapper à je ne sais quoi, donc on leur explique. Souvent c'est par rapport aux gens qui arrivent sous l'emprise d'alcool etc. C'est ça qui est un petit peu compliqué par moment mais moi je l'entends, je veux bien l'entendre, mais nous dans notre pratique à nous, on ne peut pas évaluer si on parle du problème par rapport à l'alcool » (IDE).

« Ils arrivent aux urgences et ils montent rarement aux soins continus. Ça c'est aussi une autre difficulté. Enfin, moi j'ai une difficulté avec ça en tout cas. C'est que, du coup, la surveillance post intoxication est très courte et les gens sortent à mon avis trop tôt. Par exemple si on demande à garder quelqu'un après une TA le temps qui est recommandé, on se fait envoyer bouler » (Responsable de la liaison aux urgences).

Une autre difficulté majeure est le flux des patients qu'il faut gérer. L'équipe de liaison doit s'adapter à la temporalité des urgences.

« Ils sont eux-mêmes très tendus. Ils sont tendus avec tout le monde, avec toutes les autres spécialités. Après, on peut vivre de belles choses dans ces urgences par moment et puis on peut s'engueuler parce qu'il y a trop de monde, parce qu'il faut que cela avance, parce que c'est un patient psy et que cela fait chier enfin parce que ce n'est pas de la réanimation. Enfin voilà mais c'est des grosses urgences. Par contre, très vite, même les nouveaux urgentistes prennent le pli de : « On ne garde pas les patients psy ». Donc les 24 heures du CH de … où ils gardent les patients systématiquement pour tentative de suicide la nuit, chez nous cela n'existe pas malheureusement » (Responsable de la liaison aux urgences).

« On doit souvent, nous, les freiner parce qu'ils auraient tendance à nous dire : « Voilà il a pris des benzos il y a 2, 3 heures c'est bon il est habillé : vous pouvez l'évaluer ». Nous on traîne en disant qu'ils viennent de le prendre et qu'il faut du temps, le laisser se réveiller psychologiquement un petit peu mais des fois il y a du monde, ça pousse, il n'y a plus de brancard donc « dépêchez-vous, dépêchez-vous ». Il n'y a pas, entre guillemets, de lits-porte dans le sens strict du terme. […] Je pense que ça les embête. Par exemple s'ils ont besoin de places le matin dans les boxes ceux qui sont dans les couloirs c'est forcément les patients qui sont là pour alcool ou intoxication médicamenteuse. Toujours. Ce n'est jamais la douleur abdo ou la douleur thoracique. C'est nos patients à nous. Je pense que cela veut dire quelque chose » (Psychiatre).

Et les urgentistes doivent également s'adapter à la temporalité et l'organisation propre des équipes de liaison. La présence des équipes psychiatriques est variable selon les sites rencontrés. Ces organisations diverses, dans la permanence des soins, influencent directement le mode d'accompagnement du sujet.

> « *Mais même, moi, contentionner*[8] *une personne qui vient juste pour des scarifications parce qu'on lui a dit de rester, parce qu'elle ne pouvait pas avoir d'expertise psychiatrique jusqu'au lendemain matin, c'est toujours difficile. Et c'est là que j'ai du désaccord avec certains collègues de psychiatrie qui refusent de les voir parce qu'ils disent qu'il doit réfléchir 24 heures à son geste. Enfin qu'ils ne le verront pas jusqu'au lendemain. Alors que, quand c'est un geste auto agressif sans intention de se donner la mort et que cela nous paraît évident aux urgences, je pense que si ce n'est pas une prise de toxique, parce qu'on conçoit que la prise de toxique puisse fausser l'entretien psychiatrique, mais si ce n'est pas une prise de toxique, je pense que ces patients pourraient être vus dans la journée […] Mais la politique de l'hôpital et l'entente qui est faite entre les psychiatres et les urgentistes c'est quand même qu'on les sollicite avant pour éviter de faire des erreurs d'aiguillage de patients qui ne devraient pas être hospitalisés. Cela rend d'énormes services, je pense, à l'unité de psychiatrie, nous aussi cela nous rend des services. Mais je vous dis : il y a des cas exceptionnels qui ne sont pas intégrés dans ce processus et, du coup, on arrive à contentionner des patients qui ne voulaient pas rester et qui, le lendemain, sont sortants, qui ne portent pas plainte fort heureusement parce que, je pense, qu'ils regrettent leur geste, qu'ils culpabilisent un petit peu d'avoir crié, de s'être débattus. Ils ont un petit honte de leur comportement donc ils comprennent le fait qu'on ait dû les contentionner. Maintenant, si l'on fait un retour sur notre prise en charge, on aurait peut-être pu réfléchir à une autre solution que la contention. C'était un avis du psychiatre le jour même ou une hospitalisation sous contrainte dans un secteur fermé sans contention »(Urgentiste).*

> « *Le problème c'est qu'on n'a pas une organisation psychiatrique 24/24. Là, je ne sais pas s'ils sont arrivés mais ils arrivent aux alentours de 9h30 et quand ils ont fini leurs consultations ils sont partis. Donc, on est sur 9h30, maximum 12h30 et après plus rien » (Cadre de santé).*

> « *Et bien, vous savez après les précédentes discussions que l'on a eues avec les psychiatres, chez nous du moins sur le plan local, c'était l'efficacité et puis l'efficience même de l'équipe de liaison, qui est plus que correcte. Maintenant, on a toujours des sujets de discorde ; grosso modo, il ne faut pas déranger les psychiatres à partir de 22h jusqu'à 8 h du matin. Ça c'est un problème récurrent, qu'on va solutionner en interne, progressivement. Je vais vous donner un exemple qui va être clair, précis qui arrive très fréquemment : un patient connu de psychiatrie qui consulte pour des idées noires, qui n'a pris aucun médicament, qui se pointe aux urgences à 1 h du matin. Et là, effectivement, on fera un examen somatique ; mais sa demande c'est de voir un psychiatre parce qu'il est dans sa tête suicidaire, ou délirant, peu importe. Et puis le psychiatre dit : « Et bien écoutez : il vient demain matin […] Mais ça c'est des histoires internes, je ne sais pas si cela vous regarde ; peu importe. Mais je pense que ce n'est pas la fin du monde et, dans l'ensemble, on a une équipe de liaison qui fonctionne super bien, sans problème » (Chef de service des urgences).*

Liaisons externes

Lien avec le médecin généraliste

◆ Contact téléphonique pendant la prise en charge

Dans la totalité des sites, soit les 16 rencontrés, un contact téléphonique avec le médecin généraliste est recherché, de manière plus ou moins récurrente.

5 sites sur 16 les contactent de manière quasi systématique et 11 sur 16 de temps en temps voire rarement durant la prise en charge des suicidants aux urgences. La plupart du temps ce lien est réalisé par un professionnel de l'équipe de liaison, psychiatre ou infirmier. Ces appels ne sont pas systématiques. Leur fréquence varie selon que les différents professionnels ont ou n'ont pas une bonne connaissance ou non du patient.

[8] Mettre sous contention.

« *Si on a suffisamment d'éléments, ça va, on n'appelle pas* » *(IDE).*

« *On le fait si l'on a besoin d'informations, on ne le fait pas juste pour l'informer* » *(IDE).*

« *On va être amené à appeler le médecin traitant pour savoir comment il est d'habitude, est-ce que vous trouvez que c'est quelqu'un qui prend bien son traitement ? Cela nous arrive mais c'est rare. C'est vrai que le médecin traitant ce n'est pas la première personne à laquelle on va penser par rapport à la prise en charge* » *(IDE).*

Les interlocuteurs sont unanimes sur l'objet de l'appel au médecin : il s'agit avant tout de recueillir des informations médicales complémentaires sur le patient pour mieux l'appréhender, avoir un éclairage sur sa situation.

« *Cela peut arriver, oui, que j'appelle le médecin traitant quand je vois qu'il y a des éléments à compléter par rapport aux antécédents de la personne* » *(Psychiatre).*

« *On le fait quand même régulièrement surtout quand on a besoin d'avoir les modalités de traitements* » *(Psychiatre).*

Rares sont les professionnels qui parlent d'échanges d'informations avec les médecins généralistes, ils sont 2 à y faire référence sur les 35 professionnels interrogés sur ce thème. Le contact téléphonique n'a pas pour but d'évoquer la continuité des soins pour le patient mais de permettre une meilleure prise en charge lors de son passage aux urgences. Certains professionnels évoquent les difficultés qu'ils peuvent rencontrer pour rentrer en contact avec les médecins généralistes. Ceux-ci ne sont pas tous joignables directement (système de plateforme) et injoignables soir et week-end. Ce défaut d'accessibilité ne favorise pas les échanges entre ces différents professionnels de santé. Voici la réponse d'un chef de service des urgences à la question de l'appel au médecin traitant :

« *Et bien cela dépend. Moi je voudrais bien l'appeler, mais vous avez déjà essayé de joindre un médecin le dimanche ? On peut essayer. Donc c'est ça le problème. On veut bien* » *(Chef de service des urgences).*

◆ Courrier en fin de prise en charge

En ce qui concerne la liaison avec le médecin généraliste (à la fin de la prise en charge du patient) dans tous les services d'urgences une lettre de sortie lui est destinée. Dans la majorité des cas le courrier est rédigé par l'urgentiste. Le contenu comprend toujours le motif d'entrée aux urgences, les antécédents, les soins dispensés ainsi qu'un bref compte rendu du psychiatre. Peu d'éléments concernant la consultation psychiatrique apparaissent dans la lettre de sortie. Souvent seule la proposition de soins faite au patient apparaît dans le courrier pour le médecin généraliste. Un chef de service des urgences regrette que les psychiatres ne s'impliquent pas davantage dans la rédaction de ce courrier car l'échange d'informations avec le médecin traitant n'est, de fait, pas exhaustif.

« *Voilà, c'est un courrier avec le motif, enfin le diagnostic retenu, les examens réalisés, une proposition de sortie, reconsult oui /non mais là encore ce n'est que les urgentistes qui remplissent. Moi, quand je vais voir les médecins en ville à la réunion, eux, le retour qui m'est fait, … je caricature mais c'est « je me fous qu'il va aller en CMP, en consultation. Moi, ce qui m'intéresse en tant que médecin généraliste, c'est que, quand je revois le patient, parce que je vais le revoir le patient dans la semaine ou quelques jours après et que je lui demande alors qu'est-ce que l'on vous a dit à l'hôpital, vous avez vu quel médecin psychiatre ? Et bien je ne sais pas. Qu'est-ce qu'il vous a proposé, qu'est-ce qu'il vous a dit le médecin psychiatre, c'est quoi le projet thérapeutique ? Je ne sais pas. Je ne peux pas trop vous dire » Ils sont un petit peu décontenancés et ils ont besoin de cet échange avec les psychiatres, qu'ils n'ont pas pour l'instant. On en parle avec nos collègues psychiatres. Ils sont parfaitement au courant. Je le dis régulièrement en réunion et je crois qu'ils sont prêts, l'idée mûrit* » *(Chef de service des urgences).*

Les psychiatres réalisent un compte rendu après avoir évalué l'état psychique des patients. Ils transmettent les éléments aux urgentistes, qui les intègrent plus ou moins dans leur lettre de sortie. Un résumé de la consultation psychiatrique est donc bien repris par l'urgentiste. Ce mode de transmission d'informations partielles avec le médecin traitant convient à la plupart des psychiatres rencontrés. Ils déclarent que l'urgentiste est dans « son service » et que c'est à lui de décider ce qu'il inscrit comme

informations ou non dans la lettre de sortie pour le médecin généraliste. Cependant, un psychiatre s'interroge et remet en cause ce « filtrage » d'informations. Il souhaiterait qu'il y ait plus d'informations sur le versant psychiatrique du patient dans la lettre de sortie.

> « *Le médecin traitant n'a pas toutes les informations. Les collègues ne voulaient pas à un moment au nom du secret médical… Il y avait une espèce de truc, il y avait un secret spécial pour la psychiatrie. Faut arrêter au bout d'un moment. On risque plus par défaut d'information que par l'information. Je crois qu'il faut sortir de ça* » *(Chef de pôle de psychiatrie).*

Dans la majorité des cas, la lettre de sortie est remise en main propre au patient qui décide de la remettre ou non à son médecin traitant. Celui-ci n'est donc pas forcément informé du passage du patient aux urgences et de sa tentative de suicide.

> « *Et c'est ça qui pose un problème ; c'est qu'il y a une rupture* » *explique un psychiatre.*

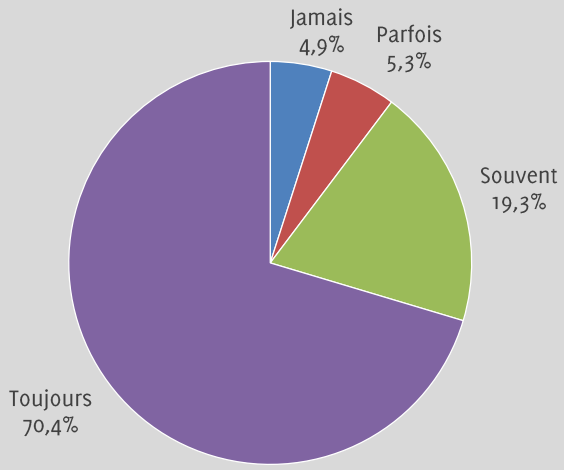
Pour un urgentiste rencontré, le patient doit rester acteur de ses soins :

> « *On fait un courrier de sortie que l'on remet au patient sous enveloppe non cachetée en lui disant que c'est un courrier à destination de son médecin traitant. Et les psychiatres font pareil. Et donc : libre choix au patient de montrer ou pas le courrier à son médecin traitant. Le courrier est non cacheté parce que le patient doit avoir le droit de lire le courrier de sortie* » *(Urgentiste).*

Pour finir, lorsque le patient est hospitalisé suite à son passage aux urgences, en CAC ou dans un service de médecine ou de chirurgie, l'envoi du courrier au médecin traitant est automatique. En effet de manière générale toute hospitalisation donne lieu à l'envoi d'un courrier au médecin traitant pour l'informer de l'hospitalisation du patient et de son état à la sortie.

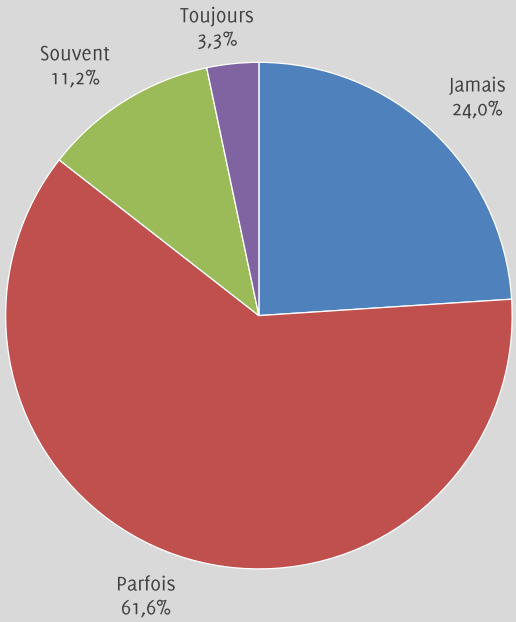
Un courrier au médecin traitant presque systématique, un appel beaucoup plus rare

Figure 8. Distribution des réponses à la question 16. « *Y a-t-il un courrier adressé au médecin traitant à la sortie après TS : jamais / parfois / souvent / toujours ?* ». N=243 (VM=18).



La remise d'une lettre de sortie est assez constante, quels que soient le sexe, l'âge, l'ancienneté, la profession et le service (aucune différence significative).

Figure 9. Distribution des réponses à la question 17. « *Un contact téléphonique au médecin traitant est-il réalisé : jamais / parfois / souvent / toujours ?* ». N=242 (VM=19).



Les appels aux médecins traitants sont un peu plus fréquents de la part des infirmiers(ères) que des médecins (14,7% de réponses souvent/toujours vs 11,9%. P=0,01). La pratique d'appel téléphonique est faible chez les professionnels ayant moins de 5 ans d'ancienneté (9,1% déclarent appeler souvent ou toujours les généralistes au décours du passage aux urgences d'un suicidant) puis augmente avec l'avancée en ancienneté pour atteindre 23,9% chez les professionnels ayant entre 9 et 14 ans d'ancienneté (cependant les plus anciens -15 années ou plus- sont aussi qui déclarent le moins souvent joindre par téléphone le généraliste : 5,3%. p=0,017).

C'est également une pratique beaucoup plus fréquemment déclarée par les professionnels des services de psychiatrie que ceux des urgences (28,2% vs 4,4%. p<0,001).

Lien avec les CMP

◆ Contact téléphonique pour les patients déjà suivis en CMP ?

Lorsque l'infirmier de psychiatrie rencontre le patient lors du premier entretien, il s'attache à recueillir des informations telles qu'un suivi médical éventuel. Le patient bénéficie-t-il déjà d'un suivi psychiatrique ? Si le patient a un suivi CMP en cours, l'infirmier et/ou le psychiatre prennent contact avec l'équipe du CMP de manière quasi systématique pour avoir l'avis de confrères sur l'état psychique du patient dans la période précédant le geste suicidaire (antécédents médicaux et respect des rendez-vous afin d'apprécier si un suivi ambulatoire sera effectif). Cette démarche en direction de leurs collègues ou de confrères d'autres secteurs est réalisée dans tous les sites rencontrés, le but étant d'avoir une meilleure connaissance du patient et d'optimiser sa prise en charge aux urgences. Plus l'équipe de psychiatrie recueillera d'éléments sur l'historique des soins du patient, mieux elle pourra orienter la suite des soins.

> « *Si les patients sont suivis par un psychiatre, on a tendance à l'appeler, je ne vais pas dire systématiquement, mais quasi systématiquement, pour avoir les informations plus précises ; savoir comment se passe le suivi, si le patient est adhérent à la prise en charge, s'il peut être revu. Et si nous n'allons pas l'hospitaliser, nous avons besoin de savoir s'il peut être revu rapidement éventuellement par l'infirmier ou par son psychiatre* » *(IDE).*

> « *Et après ils appellent aussi le CMP surtout pour les patients qui sont déjà suivis en CMP pour évaluer si le patient … enfin parce que, des fois le patient nous dit spontanément qu'il est suivi en CMP, mais pour vérifier, est-ce qu'effectivement le patient va à ses rendez-vous. Et puis voir un peu comment se passent les rendez-vous et l'adhésion du patient au suivi. Parce que, de temps en temps, il y a des gens qui parlent de CMP parce qu'ils ont des antécédents psychiatriques de longue date et qu'ils*

connaissent le nom mais qui, en réalité, n'y vont pas. Donc cela nous permet de faire le lien mais aussi de vérifier un petit peu les dires du patient » (Urgentiste).

Le lien avec le CMP sert à recueillir des informations complémentaires sur le suivi du patient et l'efficience de ce suivi mais ces échanges entre professionnels permettent également d'informer le psychiatre référent du passage à l'acte du patient et par là, de maintenir une continuité des soins. Le patient est pris en charge dans sa globalité, par des équipes de psychiatrie qui sont souvent du même secteur. Dans tous les cas, les différents professionnels se mobilisent autour du patient dans un but commun : une prise en charge adéquate et continue.

« Après souvent, quand le patient est déjà suivi et qu'il fait un passage à l'acte on appelle le psychiatre directement pour l'informer par communication téléphonique, pour parler de la situation en temps réel en fait » (Cadre de santé).

« Le patient a son carton et il sait avec qui, il sait comment. Et il sait que l'on soutient le suivi » (Psychiatre).

« Souvent, quand on l'appelle et qu'on lui dit que le patient est passé, souvent ils nous disent : « Vous pouvez nous rappeler pour nous tenir au courant ou nous informer de ce que va être la suite ». Ou si on l'a déjà vu en entretien et que c'était juste un complément d'informations, on les rappelle et bien souvent on leur dit : « il va certainement vous rappeler dans la semaine, on lui a conseillé de vous rappeler ». Comme ça, eux aussi sont alertés et si jamais ils n'ont pas de nouvelles, eux peuvent se remettre en contact avec lui » (IDE).

◆ Prise de rendez-vous en CMP ?

Lorsque l'état du patient ne nécessite pas d'hospitalisation mais que la crise suicidaire ne semble pas résolue, l'équipe de liaison propose un relais en CMP. Dans ce cas, un membre de l'équipe prend rendez-vous directement avec le patient à partir des urgences ou bien les coordonnées du CMP sont laissées au patient. Notons que la prise de rendez-vous en CMP est variable selon les équipes de psychiatrie, mais également selon les pratiques des professionnels.

« Ils sortent d'ici avec un carton, avec une prise de rendez-vous : un nom, une date, une heure » (Psychologue).

Une responsable de service souligne elle-même la variabilité des pratiques au sein de son équipe :

« Cela peut être la sortie avec une proposition de consultation en CMP. En disant que ce ne serait pas une mauvaise idée. Après on va dire qu'il y en a certains qui donnent un rendez-vous, c'est à dire qu'ils téléphonent au CMP pour avoir un rendez-vous. Je pense que cela dépend aussi du psychiatre. Par exemple, dans ma pratique, je donne très peu de rendez-vous parce que je pense que les personnes, il faut qu'elles puissent agir un petit peu sur ce qu'elles sont. Et si je pense que la situation est difficile, que la personne ne souhaite pas être hospitalisée, cependant il y a une dépression là, bien connue et tout, et bien d'abord c'est mon boulot que d'essayer qu'il y ait une accroche. Et puis à ce moment-là, moi je ne vais pas donner un rendez-vous au CMP, je vais proposer un rendez-vous dans la semaine qui suit avec moi dans des situations un peu …enfin voilà je pense à des cas où des gens disent : « Ah oui, cela va vraiment très mal pour telle et telle raison et non je ne veux pas être hospitalisé », il y a un étayage familial, on n'a pas d'indication de faire un SDT et puis, ce serait quand même nuisible à l'alliance thérapeutique donc là il faut un peu y aller et s'engager un peu plus. Et là, pour améliorer, enfin tenter d'améliorer quand même l'observance, c'est moi qu'ils reverront » (Chef de pôle de psychiatrie).

Un des 16 sites propose des créneaux d'accueil spécifique au CMP pour les suicidants durant la présence infirmière.

« Orienter sur le CMP. Alors, c'est pareil, selon le secteur, cela ne marche pas forcément de la même manière. Parfois c'est orienté sur la permanence, l'infirmier de permanence au CMP directement ou le lendemain. Avec certains CMP, notamment, en tout cas celui où je travaille, on a essayé de mettre en place des créneaux vraiment précis pour accueillir le suicidant pour avoir moins l'impression que c'est une permanence donc ils sortent d'ici avec un rendez-vous infirmier le lendemain à telle heure, enfin quelque chose d'un peu plus personnalisé » (Psychiatre).

Pour les personnes qui n'ont pas de suivi psychiatrique préalable à leur entrée aux urgences, la rencontre avec l'équipe de liaison peut être primordiale et déterminante pour amorcer un suivi médical si cela est nécessaire. Dans ce cas précis, l'équipe organise souvent le premier contact entre ces « nouveaux » patients et le CMP de son secteur pour favoriser la mise en lien. Les suicidants ressortent avec un carton et une date de rendez-vous en CMP.

> « *Mais en règle générale, même quand je vois qu'effectivement il n'y a pas vraiment de dangerosité pour le patient, en tout cas avec tout ce qui est facteur de risque et une probable récidive à court terme, je lui propose un suivi au CMP. En général, je l'aide à avoir un rendez-vous très rapproché* » *(Psychiatre).*

Dans d'autres cas, les coordonnées du CMP sont transmises au patient ; Il est invité à le contacter pour une première consultation médicale.

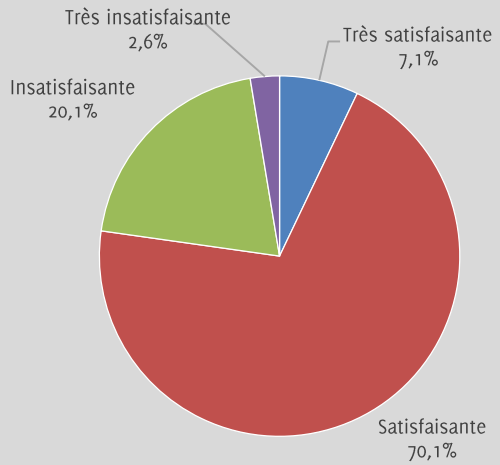
> « *On donne toujours les coordonnées pour l'orientation de ceux qui ne sont pas connus* » *(IDE).*

Trois sites sur 16 proposent une rencontre directe entre le patient et un professionnel des secteurs de psychiatrie à partir des urgences. L'infirmier de secteur se déplace et présente le CMP et la permanence d'accueil à l'usager. Cette démarche a pour but d'améliorer l'adhésion thérapeutique au premier rendez-vous en CMP.

> « *L'exemple de ces patients qu'on dit état limite par exemple, qui sont un très bon exemple de ce que l'on se rend capable de faire pour la tentative de suicide en particulier. Ces gens qui n'ont pas de lieu pour exprimer et qui font la tentative de suicide adressée dans le cadre familial, dans le cadre professionnel, dans le cadre amoureux. Et on essaye de faire en sorte qu'il ait un lieu, un étayage. Et c'est vrai que l'on a l'impression que c'est hyper important d'organiser cette espèce de continuité entre la prise en charge, l'accueil d'urgence, la prise en charge juste critique, post critique et puis la suite comme une espèce de béquille ou tuteur qui va permettre de se remettre. Et donc, dans ces cas-là, c'est vrai qu'on se rend compte que leur donner un carton avec une date de rendez-vous, ce n'est pas très efficace. Puisque c'est des gens qui vont vite mieux en général, qui se retapent narcissiquement très vite, il ne leur faut pas grand-chose quelquefois et quand ça va, ça va. Les psychiatres « c'est des cons ». Enfin cela peut arriver : « pas besoin, moi ça va très bien » et donc faire une rencontre à ce moment-là dans le service avec la main d'une infirmière qui dit : « bon et bien on se revoit mardi je compte sur vous », avoir pu se confier. On se rend compte que c'est quand même assez efficace et qu'ils y retournent et qu'ils y vont. Donc c'est ce qu'on essaye de faire. C'est-à-dire de faire en sorte qu'il y ait une continuité au moins. Qu'ils se rendent compte que c'est la même équipe finalement qui continue. Que le soin c'est le même soin. Ce n'est pas deux choses différentes* » *(Chef de service de psychiatrie).*

Des coopérations autour du suicidant jugées globalement satisfaisantes

Figure 10. Distribution des réponses à la question 10 : « *Diriez-vous que la collaboration entre les professionnels concernés par la TS dans votre secteur géographique est : très satisfaisante / satisfaisante / insatisfaisante / insatisfaisante ?* ». N=268 (VM=10). En %.



Plus de 3/4 des répondants jugent satisfaisantes ou très satisfaisantes les coopérations entre les professionnels concernés par la tentative de suicide dans leur secteur géographique.

Alors que ce niveau de satisfaction atteint les 90% pour les professionnels des services de psychiatrie, il est significativement moins élevé dans les équipes des urgences (70% ; p=0,0002). A l'inverse, les variables de sexe, d'âge, d'ancienneté et de profession ne jouent pas significativement sur les réponses à cette question.

La place des familles

Acteur incontournable pour la prise en charge du patient ?

Lorsque les professionnels évoquent la famille, ils font essentiellement référence à la famille nucléaire, c'est-à-dire aux membres vivant sous le même toit. Cela peut être le ou la conjoint-e, les enfants ou les parents, pour les patients mineurs. Si le patient vit seul, les professionnels se tournent vers un membre de la famille élargie tel qu'un frère, une sœur, un oncle, etc... En ce qui concerne l'entourage familial et plus particulièrement sa place durant le temps de la prise en charge de leur proche aux urgences, tous les professionnels ont mis en avant, de manière unanime, l'importance d'un lien avec elle et ceci dans le but d'avoir une meilleure connaissance du patient pour lui proposer une prise en charge plus objective et efficiente. L'entourage proche est potentiellement un témoin clef des manifestations de mal être du sujet. Ses connaissances sur le patient deviennent alors des ressources sur lesquelles peuvent s'appuyer les équipes médicales pour établir leurs évaluations.

Dans tous les sites visités, les professionnels des services d'urgences et de psychiatrie essayent donc de se rapprocher de la famille très rapidement, au démarrage de la prise en charge du patient suicidant. La famille est un acteur incontournable pour les professionnels. Beaucoup d'entre eux ont exprimé spontanément l'utilité d'un contact avec au moins un proche pour les éclairer sur la situation environnementale du patient qu'ils reçoivent en urgence. Le contact téléphonique avec la famille ou la rencontre physique après l'accueil du patient sont généralement gérés par l'infirmier(ère) de liaison. S'il n'est pas présent, les urgentistes comme les psychiatres peuvent réaliser ce lien. La famille est souvent sollicitée à l'entrée aux urgences pour recueillir des informations contextuelles sur le patient et lors de la sortie du patient pour qu'il soit accompagné.

A l'entrée, le lien avec un membre de la famille ou un tiers proche peut permettre à l'équipe médicale de collecter des informations éventuellement capitales sur l'état de santé physique et/ou psychique du

patient les jours précédents. Les informations recueillies éclairent les soignants et leur permettent une évaluation plus exhaustive de l'état de santé global du patient à savoir, par exemple, si le patient a un traitement médical, une maladie chronique ou s'il est en bonne santé.

> « *Oui, quand on a besoin de renseignements bien sûr. Connaître un traitement, avoir des renseignements, avoir un éclaircissement de la situation oui* » *(Urgentiste).*

La famille peut également apporter des éléments utiles pour l'évaluation psychiatrique du patient à travers la connaissance qu'elle peut avoir du proche dans son environnement quotidien. Les informations recueillies auprès des proches sont croisées avec le discours du patient. Ces données croisées peuvent également aider dans le projet de soins à proposer au patient.

> « *On ne lui propose pas, on lui impose, on va dire. Enfin, on le présente de manière douce mais si le patient ne veut pas, on va lui dire que de toute façon on va contacter sa famille, que sur les tentatives de suicide on le fait toujours, que l'on a besoin de recueillir des informations* » *(Psychiatre).*

> « *Mais en règle générale, moi je compte sur les familles pour demander effectivement quelques informations. Parce que, parfois, il y a des patients qui arrivent et qui sont en mutisme complet, qui sont seuls ; d'autres qui ont des membres de la famille qui travaillent, qui disent : « Je ne peux pas me déplacer. Je ne peux pas venir » mais qui peuvent donner des informations comme ça qui permettent de rendre une décision pour l'orientation. Voilà, moi je tiens compte énormément de tout ce qui entoure la personne* » *(Psychiatre).*

> « *Parce qu'en fait, nous on voit le patient mais quasiment dans 90 % des cas, soit on appelle la famille, soit on rencontre la famille. Ce n'est pas que l'on ne croit pas le patient mais parfois les patients eux-mêmes savent très bien. Ils ne sont pas obligés de nous dire la vérité non plus. Cela arrive parfois que l'on parle avec un patient et tout va bien, pas de problème, c'était un coup de tête. Il dit qu'il a bu un coup et cela lui a donné des idées suicidaires et puis, aujourd'hui, c'est passé. Et après quand on discute avec la femme, elle dit que : « non, cela fait plusieurs semaines que je vois bien qu'il cache ses traitements, il me l'a dit plusieurs fois, cela ne va vraiment pas à son travail, cela ne va pas dans notre couple, ça ne va pas avec les enfants ». Et là on se dit que, oui, il y a un réel problème derrière* » *(IDE).*

> « *Puis on vérifie toujours que le discours présenté par le patient c'est bien ça. Parce que le patient peut dire : « C'est passé, ce n'est pas grave ». Et puis en fait il nous dit ce que l'on a envie d'entendre pour ne pas être hospitalisé et la famille va nous dire et bien non cela fait des jours et des jours qu'il ne mange plus, qu'il ne dort plus, qu'il parle de la mort. Enfin, voilà, c'est un peu embêtant de le laisser sortir sans un contact avec la famille* » *(Psychiatre).*

La famille est de nouveau sollicitée au moment de mettre en place la suite des soins, pour une raison majeure. Lorsque l'orientation du patient est le retour à domicile, les professionnels demandent à la famille de venir chercher leur proche pour que celui-ci ne sorte pas seul des urgences et ne se retrouve pas isolé. La famille est vue comme un soutien et parfois aussi comme le garant d'un accompagnement du patient vers les soins extérieurs (lien avec le médecin traitant, rendez-vous au CMP …) La présence de la famille rassure les soignants et permet d'éviter, parfois, l'hospitalisation de leur proche.

> « *Ça cela fait partie aussi des choses qui nous rassurent. Quand on voit que les gens nous disent : « Je ne connais pas son numéro ; non ne les appelez pas, je ne préfère pas leur dire ». Plein de choses comme ça, cela ne participe pas à faire sortir les gens et leur dire qu'on les revoit dans 2 jours* » *(Psychiatre).*

> « *Oui. Quand ils sont sortants, on essaye de joindre la famille, quoi qu'il arrive, pour qu'en fait on soit sûr que, d'une part la famille soit consciente qu'il y ait eu un événement, qu'elle soit autour de lui aussi. Et puis, on profite également parfois pour glisser qu'elle s'assure que le suivi soit fait. Cela peut être aussi un signal d'alarme par rapport au médecin traitant parce que nous on ne les voit que ponctuellement finalement. Après, la famille, elle est contactée quand on va avoir besoin d'eux dans le cadre d'un tiers. Mais on a parfois des familles qui ne veulent pas se déplacer, donc là on est en difficulté. Donc là, c'est tout : on note ça mais on essaye quand même au maximum, pour le patient, pour nous aussi, de contacter la famille pour que l'on ne soit pas les seuls, isolément, en fait les seuls décisionnaires de l'orientation, que ce soit dans le cadre d'une hospitalisation ou d'une sortie. Donc*

on essaye. Ce n'est pas forcément réussi parce que parfois, je vous dis, on a des familles qui ne veulent pas se déplacer. Des fois on n'a pas de contact. Parfois les patients sont isolés, patients âgés cela arrive aussi, donc ceux-là déjà on les prend avec un peu plus de vigilance » (Chef de service des urgences).

« De toute façon ce sera une sortie accompagnée, donc il faut un proche. Un proche que le patient définit » (IDE).

« Oui. Disons que je ne leur laisse pas beaucoup le choix. Je leur dis : « voilà je vais appeler un proche ». S'ils me disent non, ils disent non mais je dis que ce serait bien : « Vous venez de faire une tentative de suicide, vous ne voulez pas rester à l'hôpital, il faut que vous soyez entouré quelques jours. Enfin il faut que l'on ait certaines garanties si vous ressortez comme ça ». Après s'ils ne veulent pas je leur dis que sinon on fera une hospitalisation. Du coup ils veulent bien. Donc c'est un peu imposé. Alors, après, si vraiment ils ne veulent pas, de toute façon, c'est eux qui peuvent ou pas nous donner leurs coordonnées. Mais souvent ils ne veulent pas, dans un premier temps, pour ne pas inquiéter. Et finalement ça se passe souvent bien. Les proches sont contents, la personne est contente. On dédramatise souvent aussi en en parlant avec les familles » (Psychiatre).

Certains professionnels évoquent aussi la prise en charge de la famille, souvent démunie à l'annonce de la tentative de suicide de leur proche. Cette annonce peut déséquilibrer le cercle familial, voire parfois, renforcer des tensions intra familiales. Les équipes de psychiatrie proposent alors de rencontrer les familles et de réaliser un ou des entretiens familiaux. Mettre des mots sur l'acte suicidaire permet au patient, aux soignants et à la famille de mieux appréhender la mise en place des soins envisagées.

« Oui, très régulièrement. Enfin moi souvent je prends en charge aussi la famille parce qu'ils sont un peu paumés. Ils ne savent pas…ils ne sont pas très bien par rapport à l'acte de la personne qui a voilà…. Et on les rassure. On leur explique la prise en charge et puis un peu comment va se dérouler l'hospitalisation, s'il faut une hospitalisation. Puis voir aussi comment le patient fonctionnait aussi à l'extérieur et se comportait… tout ça » (IDE).

« Alors concrètement on les voit très, très souvent sauf quand ce n'est pas une bonne idée. La plupart du temps on a besoin des familles et les familles ont besoin d'être reçues aussi. Et puis quand c'est adressé à la famille, il faut bien que tout ça se dise. On organise un entretien familial en bonne et due forme » (Psychiatre).

« Qu'on les voie physiquement ? Oui, cela arrive quand même fréquemment qu'on fasse des entretiens. Alors, quand il y a des disputes de couple, que c'est ça le facteur déclencheur souvent, la personne est là. On la voit, on a une vision plus globale de la réalité. On n'a pas que la vision de la personne qui a fait la TS. [….] On les attend, on fait l'entretien avant le retour à la maison. Ça c'est vraiment rassurant pour tout le monde. Et parfois il peut se dire des choses sur un conflit qui est en cours. Cela peut vraiment déjà apaiser des tensions » (Psychiatre).

« En général, on les voit avec le patient et si vraiment le patient refuse mais qu'il y a un risque, que nous on évalue qu'il y a un risque vital et éventuellement des soins sous contrainte, on voit la famille sans le patient » (Psychiatre).

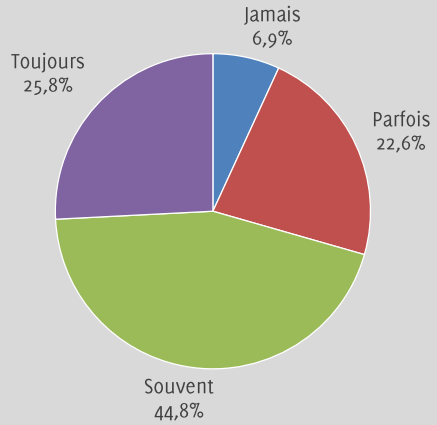
Le lien téléphonique ou la rencontre avec la famille sont rendus indispensables lorsque se pose la question d'une hospitalisation sous contrainte du patient, quand celui-ci se refuse à une hospitalisation libre. La famille peut alors être sollicitée et décider de participer à la mise en place d'un soin sous contrainte pour un proche en crise suicidaire (Soins à la demande d'un tiers : SDT). Dans ce cadre-là, la famille est vue en entretien par l'équipe médicale qui lui expose la situation de mise en danger de leur proche. La famille accepte ou non. Certaines s'opposent à la signature d'une hospitalisation en SDT et se portent garantes des soins à venir pour leur proche.

« Après si les proches disent qu'ils assument en quelque sorte le retour à la maison, même si nous on est inquiet, au moins ils sont au courant. On leur dit : « On est inquiet ; on l'a vu ; on a donné un rendez-vous dans 2 jours donc sachez qu'il y a quand même une prise en charge qui lui est proposée ». On leur dit aussi que si, vraiment, ils sont très inquiets et que cela recommence, il faut le ramener aux urgences. A ce moment-là, on peut faire de l'hospitalisation sous contrainte » (Psychiatre).

« Et bien quelqu'un qui ne veut pas être hospitalisé, qui est un peu limite et que la famille ne veut pas signer de SDT, donc on fait quand même une information, on rencontre la famille, on explique clairement la situation pour qu'il n'y ait pas de, je dirais de mauvaise surprise, c'est-à-dire que la famille sache bien que si elle ne veut pas faire hospitaliser quelqu'un, qu'elle comprenne bien la situation. S'il y a des risques suicidaires à la sortie enfin bon. On fait un travail d'information et après cela se conclut par un papier attestant que la famille a bien pris conscience de la situation mais qu'elle demande la sortie du patient. Puisqu'on peut faire quand même des SDT, donc il faut quand même que la situation soit bien formalisée. On a déjà eu des situations où il y avait vraiment des risques et la famille ne voulait pas. On passe du temps à expliquer » (Psychiatre).

Un contact fréquent avec la famille

Figure 11. Distribution des réponses à la question 13 : « *Lors de la prise en charge, prenez-vous contact avec un proche (famille, ami …) : jamais / parfois / souvent / toujours ?* ». N=248 (VM=13). En %.



Dans 7 cas sur 10, les professionnels interrogés répondent qu'ils prennent souvent ou toujours contact avec un proche (lorsqu'il existe, bien sûr).

Cette réponse est plus fréquente chez les médecins (79,4% vs 65,0% pour les infirmiers(ères). p=0,05) ; elle est presque unanime parmi les professionnels des services de psychiatrie (97,1% de réponses souvent ou toujours) alors que ce contact est pris moins systématiquement dans les services des urgences (51,7%. p<0,001).

Qu'en est-il pour les personnes sans famille proche ?

Il arrive que les personnes n'aient pas de famille proche à proximité, plus de contact avec celle-ci, voire qu'elle soit inexistante. Les professionnels se rapprochent alors d'autres tiers, dans l'idée qu'au moins le patient ne reparte pas seul des urgences.

« Même si c'est un ami, même si c'est un voisin, au moins qu'il ait quelqu'un qui vienne rechercher le patient » (IDE).

Certains patients n'ont ni famille, ni tiers sur lesquels s'appuyer. Sans la présence ou la rencontre d'un entourage proche, les soignants n'ont que peu d'éléments sur le fonctionnement de la personne dans son quotidien leur permettant de réaliser une évaluation des plus objective. Ce manque d'éléments majeurs influence parfois directement les propositions de soins qui seront faites au patient. Comme nous l'avons montré précédemment, la présence bienveillante de la famille autour du sujet peut lui éviter une hospitalisation. A l'inverse, pour les personnes isolées socialement, la proposition d'une hospitalisation est plus récurrente.

« Mais du coup, quand il n'y a pas les proches et que l'on est inquiet, oui. Je pense que l'on a tendance à bien rester sur notre inquiétude et à peut-être, plus amener à une hospitalisation, en disant qu'en plus il n'y a pas d'étayage et que nous on est inquiet ; que le patient va se retrouver seul dans les mêmes conditions, sans gros changement de contexte, oui. On va peut-être pousser plus.

Après, tout dépend si l'on a des critères pour faire des soins sans consentement ou pas. Mais si on n'a pas ces critères mais que l'on est quand même inquiet, on va peut-être plus charger et proposer une hospitalisation, bien insister, bien négocier » (Psychiatre).

« Si elle est isolée, c'est souvent compliqué quand même. Après tout dépend le geste et le contexte, mais quelqu'un qui est isolé qui n'a pas d'entourage du tout, on essaie de négocier les 48 heures d'hospitalisation pour voir » (Psychiatre).

Patients spécifiques

Ces différentes données renforcent l'idée que l'orientation vers les soins est différente en fonction des symptômes, des particularités de la personne mais aussi selon l'environnement dans lequel elle évolue. Trois cas particuliers de patients font l'objet d'une attention particulière de la part des soignants : les patients alcoolisés, les mineurs et les récidivistes.

Les patients alcoolisés

Lors des entretiens, les différents professionnels - aussi bien des équipes des urgences que ceux des services de psychiatrie - évoquent spontanément la spécificité de la prise en charge de patients ayant fait une TS et étant sous l'emprise de l'alcool à leur arrivée aux urgences. Dans la majorité des sites, les urgentistes et les psychiatres ont une position commune face à la prise en charge des patients alcoolisés. Il s'agit avant tout d'attendre que le taux d'alcoolémie du patient baisse afin que l'équipe de psychiatrie puisse réaliser un entretien dans les meilleures conditions.

« Nous on repasse le voir un peu plus tard. Quand vraiment on sent que l'entretien tient une certaine cohérence » (IDE).

Les patients attendent donc entre quelques heures ou jusqu'au lendemain matin en box ou à l'UHCD avant d'être évalués par l'équipe de psychiatrie. Ce temps d'attente peut poser des difficultés organisationnelles pour l'équipe des urgences qui doit redoubler de vigilance face à des patients fragilisés psychologiquement et alcoolisés.

« Mais les choses les plus complexes, c'est vrai, cela reste quand même le problème psychiatrique associé à un problème d'alcoologie. Donc là, c'est difficile parce que ce sont des gens qui sont difficiles à gérer, parce que l'interrogatoire est difficile ; parce qu'avoir la compliance des patients c'est difficile ; parce que l'orientation dans un secteur psychiatrique ne peut pas être faite si l'alcoolémie est trop importante. Et donc, voilà, nous on est en grosse difficulté avec ces patients-là » (Chef de service des urgences).

« C'est souvent des patients agités ; donc on préfère les avoir sous la main plutôt que dans une chambre où on ne contrôle pas trop ce qui se passe » (Chef de service des urgences).

Dans un des sites rencontrés, il a été précisé que parfois des patients alcoolisés refusent ce temps de surveillance et sortent des urgences avant de bénéficier de la prise en charge psychiatrique.

« Maintenant il y a des petits problèmes. Pourquoi je vous en parle ? Parce que cela fait partie des biais de votre recrutement. Il y a le fameux jeune homme qui va arriver à 23h, qui va verbaliser à sa famille, au Samu, qu'il veut se suicider. Il arrive avec des troubles et éthylisation et ce patient refuse sa prise en charge, ne nous expliquant pas qu'il s'est suicidé, enfin qu'il était dans un objectif autolytique. Et bien la famille vient et puis récupère le jeune homme en signant une décharge. Ça, pour vous c'est des biais que vous avez de recrutement. Ces gens-là, les psychiatres ne les voient pas parce qu'ils sont éthylisés. Il n'est pas dans les critères des psychiatres » (Chef de service des urgences).

En cas d'alcoolisation aiguë du patient, l'équipe de psychiatrie préfère en général différer l'entretien jusqu'à dégrisement pour qu'il puisse être réalisé dans de bonnes conditions, ce qui nécessite que le patient soit placé en lit-porte ou en UHCD.

Si les urgentistes ne contestent pas la difficulté/impossibilité d'un échange thérapeutique avec une personne en situation d'alcoolisation aiguë, le besoin de places pour d'autres patients est parfois à l'origine de tensions entre les deux équipes.

> « *Et après, il y a toujours, enfin si je peux me permettre, des tensions à ce niveau-là. Des fois on n'est pas d'accord sur le temps d'attente* » *(Responsable de la liaison aux urgences).*

> « *La difficulté que vous pouvez avoir au niveau infirmier, c'est la pression en fait du monde aux urgences, que le patient soit rencontré alors que son état ne le permet pas. Par rapport à l'alcoolisation, vous rencontrez quand même régulièrement, des fois pour les somaticiens… tout le monde ne demande pas le taux d'alcoolémie. C'est un peu sous votre insistance, on va dire* » *(Cadre de santé).*

Les suicidants mineurs : complexité

◆ Organisation pratique :

Les professionnels accueillant les patients suicidants aux urgences ont été interrogés sur la prise en charge des mineurs et son éventuelle spécificité (protocole, circuit …)

Il ressort des entretiens que l'accueil et l'accompagnement des moins de 18 ans n'est globalement pas différencié de celui des majeurs, sauf sur l'accord à obtenir. Les intervenants ont à avertir les représentants légaux de l'arrivée du mineur aux urgences et du motif de son entrée dans le service dans le but d'avoir l'autorisation légale de prodiguer les premiers soins. Ils évoquent des difficultés dans leurs accompagnements lorsque le mineur atteint l'âge charnière de 15 ans et 3 mois, cet âge correspondant au seuil d'admission des mineurs aux urgences adultes, en théorie. Dans les faits :

- Dans **11** sites sur 16, les jeunes sont admis aux urgences et leur prise en charge est assurée par l'équipe psychiatrique adulte à partir de 15 ans et 3 mois.

Pour autant plusieurs professionnels signalent qu'en fonction de différents critères (état psychique du mineur, corpulence, historique d'un suivi éventuel antérieur par l'équipe de pédopsychiatrie et/ou des moyens institutionnels des services) le mineur peut se retrouver en pédiatrie après 15 ans et 3 mois ou pris en charge en service adulte avant 15 ans et 3 mois. Cette limite d'âge reste donc théorique et l'admission du jeune dans un service pédiatrique ou adulte est modulable. Les équipes adaptent leurs orientations selon les critères susnommés et/ou selon les usages en cours dans les différents services.

> « *L'obstacle c'est l'état d'agitation et de risque pour les autres, de l'enfant ou de l'adolescent qui arrive. C'est ça surtout qui conditionne le fait qu'il monte vers les urgences pédiatriques ou il reste ici. Leur crainte c'est que l'enfant ou l'adolescent rentre dans une agressivité, aille voir dans les autres chambres. Donc ils restent ici. Ce n'est pas plus sécurisant ici parce qu'ils sont avec le tout-venant, du toxicomane, de l'alcoolisation et la seule chose qu'on leur garantit c'est qu'on les met dans une chambre où ils sont seuls* » *(Cadre de santé).*

> « *Alors il y a un service d'urgence pédiatrique qui prend en charge les enfants jusqu'à 15 ans et 3 mois. Au-delà de cet âge c'est nous qui prenons en charge les patients. En sachant que parfois, si ce sont des jeunes fragiles, par exemple des enfants qui rentrent dans la schizophrénie ou qui ne sont pas des enfants violents, des personnes vraiment dépressives ou calmes qui ont fait un geste suicidaire, on est amené parfois, même s'ils ont dépassé cet âge-là, à demander à la pédiatrie de nous les prendre en charge parce que, nous, on est quand même dans un service d'adultes. S'il y a un enfant de 16 ans qui fait fragile par rapport à son âge, on préfère quand même le savoir en pédiatrie parce qu'il y a une prise en charge un peu plus, disons, cocooning* » *(IDE).*

> « *Donc c'est vraiment cette charnière 15 ans 3 mois / 16 ans. Parfois on se dit : « On le met où ? En pédopsychiatrie ou en psychiatrie adulte ? » . S'il n'est pas connu et qu'il s'éloigne de ses 16 ans on aura tendance sûrement à le mettre sur le secteur adulte. S'il est connu et proche de ses 15 ans et 3 mois voire même 16 ans mais très connu de la pédopsychiatrie, on va plutôt le remettre dans la filière pédopsychiatrie parce que le suivi est déjà en place* » *(Cadre de santé).*

- Dans **4** sites sur 16, la prise en charge des mineurs a été fixée, par l'équipe de psychiatrie adultes, à 16 ans révolus pour améliorer l'organisation et l'orientation des mineurs entre les services d'urgences pédiatriques et adultes.

« Le cut-off a été vraiment pour pas qu'il y ait d'histoire 15 ans 3 mois, 16 ans etc.…qui sont des empoisonnements. Il y a eu, il y a deux ans, une décision que les moins de 16ans relevaient donc de la pédopsy ; les plus de 16 ans de la psy adulte » (Chef du pôle de psychiatrie).

- Dans **2** sites sur 16, le fonctionnement est encore différent.

Dans 1 des 2 sites, tous les jeunes arrivant aux urgences sont pris en charge par un membre de l'équipe de pédopsychiatrie. Cette prise en charge a lieu en pédiatrie jusque 16 ans. Entre 16 et 18 ans les mineurs oscillent entre les deux services pédiatrie/adulte.

« Quand il y a des adolescents qui arrivent aux urgences c'est le pédopsychiatre qui les voit, pas les psychiatres, jusqu'à 18 ans. On a suffisamment de boulot avec les plus de 18 ans. Donc c'est comme ça que c'est organisé pour l'instant. […] Alors en dessous de 16 ans je crois qu'ils arrivent en pédiatrie. Entre 16 / 18 c'est variable. Quand ils ont des gros problèmes de comportements, ils restent ici aux urgences le temps que ce soit géré. Sinon tout se fait avec la pédiatrie » (Chef de pôle de psychiatrie).

Dans l'autre site, jusque 18 ans, tous les mineurs sont orientés dans le service pédiatrique. Celui-ci comprend une équipe de pédopsychiatrie, intégrée au service, ce qui facilite l'accompagnement des mineurs.

« Et après, pour les enfants, ils sont vus par le pédiatre de garde. […] Ici la pédiatrie elle est jusque 18 ans. Parce qu'ailleurs c'est 15 ans et trois mois mais ici ils prennent en pédiatrie jusque 18 ans. Il y a des urgences pédiatriques. Elles se trouvent au même endroit que les urgences mais c'est des boxes bien à part et ils sont vus par les pédiatres et hospitalisés et revus après par le pédopsychiatre » (Urgentiste).

Majoritairement, lorsque les mineurs sont pris en charge dans les services de pédiatrie, l'évaluation psychiatrique est réalisée par une équipe pédopsychiatrique qui intervient à la demande dans le service d'urgences. Le pédopsychiatre n'est pas sur place. Dans un des sites, cette organisation pose véritablement problème car elle engendre un dysfonctionnement dans la prise en charge des mineurs de la part de l'équipe mobile de psychiatrie. En effet, les jeunes doivent parfois attendre un délai conséquent avant d'être évalués par un pédopsychiatre.

« Et bien nous on se bat pour que, dans les 24 heures, ils puissent être vus par l'équipe de pédopsy. […] C'est un peu ça la difficulté. Donc nous notre bagarre c'est d'avoir une réponse dans les 24 heures parce qu'il nous est arrivé de garder des enfants ici 3-4 jours et plus sans rien avoir à leur proposer » (Carde de santé).

Nous voyons à travers cet exemple que l'orientation des jeunes vers une équipe spécifique est complexe à mettre en œuvre et peut mettre à mal son accueil dès son arrivée au service d'urgences.

Lorsque les mineurs sont admis aux urgences adultes (suivant les sites à partir de 15 ans et 3 mois ou 16 ans), l'évaluation psychiatrique est réalisée par l'équipe psychiatrique dédiée aux urgences. Dans les sites où l'équipe de pédopsychiatrie se trouve sur le centre hospitalier, les équipes de psychiatrie adultes n'hésitent pas à interpeller leurs collègues si elles se sentent en difficulté dans la prise en charge de mineurs.

« En sachant, qu'avant 18 ans, si on est en difficulté avec une situation, on peut appeler nos collègues pédopsychiatres » (Psychiatre).

◆ Typologie des propositions de soins

La prise en charge des mineurs en service d'urgence adultes fait appel à la même technicité, les mêmes outils de la part des soignants que pour les adultes. Se pose alors la question des propositions de soins réalisées après l'évaluation du jeune patient. Sont-elles identiques à celles des majeurs ?

Globalement, comme pour les adultes, si l'état psychique du jeune patient lui permet de sortir des urgences, un suivi ambulatoire est proposé et le lien avec le secteur de psychiatrie adulte se crée à partir des urgences. Si la situation du jeune est complexe et son état psychique inquiétant, une hospitalisation peut être envisagée en dernier recours. Compte tenu de la problématique adolescente, beaucoup de nos interlocuteurs ont fait part de leurs difficultés à hospitaliser un jeune en service adulte pour deux raisons

principales. Il s'agit d'éviter pour certains de « psychiatriser » le jeune et/ou d'éviter qu'il se retrouve dans un climat non sécurisant avec des adultes aux pathologies lourdes.

> « *Après, si on les fait sortir des urgences, c'est souvent s'ils acceptent un rendez-vous de post-urgence avec la psychologue de post-urgence pour une prise en charge rapide derrière. Et puis dans l'idée que, alors je ne sais pas si c'est bien décrit comme ça mais dans l'idée que ça puisse bouger rapidement et du coup un suivi court pourrait débloquer la situation, une situation de crise chez un ado avec un suivi rapide, enfin intensif puisqu'elle arrive en général à recevoir une fois par semaine et sur moins de 6 mois. Comme ça on ne le psychiatrise pas non plus s'il n'y a pas besoin de le psychiatriser*[9]*. Et on évite les médicaments s'il n'y a pas besoin non plus autant que possible* » *(Responsable de la liaison aux urgences).*

> « *Alors eux, on essaye de ne pas trop les hospitaliser. On essaye de vraiment bien peser notre évaluation.* […] *C'est rarement indiqué, d'accord. On n'aime pas trop parce qu'on ne sait jamais qui va être admis dans les heures à venir. Alors quelque fois le service est tout à fait serein et on peut y admettre quelqu'un de très jeune et 2 heures après on peut faire rentrer quelqu'un d'agité. Et puis quelque fois on savonne un peu la planche quand on hospitalise des gens, on crée un précédent qui n'est pas toujours souhaitable. Voilà on a déjà été hospitalisé en psychiatrie, c'est une possibilité, c'est un recours. On préfère que le précédent créé ce soit : « J'ai parlé à quelqu'un en consultation et je peux y revenir quand je veux » (Responsable de psychiatrie).*

Dans la mesure du possible, les jeunes âgés de 15 ans et 3 mois sont donc orientés vers les structures d'hospitalisation adaptées pour adolescents, en fonction de leur secteur géographique. Il arrive que des centres hospitaliers de la région fassent des demandes d'hospitalisations de mineurs en dehors de leur secteur géographique car ils n'ont pas d'unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie ou parce qu'ils n'ont plus de places dans leur unité. Le manque d'unité d'hospitalisation en pédopsychiatrie engendre des demandes de transfert qui saturent les unités existantes car elles-mêmes ont peu de lits. Le manque de places en pédopsychiatrie peut avoir des conséquences directes sur la prise en charge adéquate du mineur. Il arrive qu'un mineur sorte des urgences après une TS alors que l'équipe de liaison n'est pas véritablement rassurée faute de place dans le service d'hospitalisation. Un pédopsychiatre interrogé déplore ces situations anxiogènes directement liées à un manque de moyens dans la région pour les services de pédopsychiatrique : « *Il s'agit même d'un manquement à nos missions de soins en lien avec le déficit de moyens* » *précise -t-il.*

Si l'hospitalisation dans une structure adaptée n'est pas possible faute de place, le jeune peut être orienté sur les CAC qui, par définition, sont prévus pour des hospitalisations de courte durée pour des patients vivant une crise. L'hospitalisation permet alors de réaliser une évaluation plus approfondie en prenant en compte le contexte de crise dans lequel se situe l'individu. Lorsqu'un adolescent fait un geste suicidaire, se pose la question de l'origine de son geste dans le contexte adolescent. Le geste est-il un symptôme d'une crise adolescente ?

> « *Et puis de fait les TS chez les gamins de 16 ans s'intègrent plutôt à quelque chose qu'il faut essayer de comprendre et qu'il faut mettre en perspective avec une histoire émotionnelle, affective, physique, endocrinienne, sociale et que c'est rarement justifié de les mettre en psychiatrie. Quelque fois on reçoit le patient, la patiente, on le reçoit après avec sa famille. On prend du temps en consultation. On les revoit le lendemain ou on les revoit plusieurs fois dans la semaine et ça se passe très bien. C'est assez gratifiant le soin des adolescents parce que cela peut aller très très mal et très vite, beaucoup mieux* » *(Chef de service de psychiatrie).*

Le CAC, une alternative pour les jeunes patients suicidants ?

> « *Finalement il vaut mieux les adresser directement sur les structures qui sont spécialisées, soit les hospitaliser puisqu'on peut le faire au CAC à partir de 16 ans. Et souvent, on a besoin de cette hospitalisation pendant la crise suicidaire des adolescents. Voilà, cela permet aussi de temporiser, de mettre en place du soin ambulatoire que l'on ne peut pas forcément faire en une heure aux urgences. Soit renvoyer sur le service de pédopsychiatrie* » *(Psychiatre).*

[9] Il est intéressant de noter que cet intervenant désigne par psychiatrisation la seule hospitalisation en service adulte, contribuant par là-même, involontairement à la stigmatisation.

« *Si pour une raison psychiatrique un enfant de moins de 15 ans et 3 mois a besoin d'une hospitalisation, il va en pédiatrie et après pour plus de 15 ans et 3 mois, on les prend au CAC* » *(Psychiatre).*

« *Après on hospitalise beaucoup de jeunes au centre de crise pour éviter de les psychiatriser on va dire parce que c'est quand même un service de psychiatrie assez lourd donc si on peut leur éviter un premier contact lourd, on essaie de les mettre ici et d'évaluer. Le centre de crise ça sert aussi à ça* » *(Responsable de la liaison aux urgences).*

La récidive

Les professionnels rencontrés ont été questionnés sur la récidive et sa prise en charge, à savoir, s'ils abordaient le patient autrement que pour un primo-suicidant.

Pour les urgentistes, la prise en charge somatique reste la même quel que soit le nombre de passages à l'acte du patient car leur travail consiste avant tout à prendre en soins les conséquences somatiques du geste, d'évaluer si le diagnostic vital du patient est engagé et de s'assurer de la stabilité de l'état de santé physique du patient.

« *Vous savez, nous, honnêtement on est très symptomatologique. Ça veut dire : il y a prise de médicaments donc il y a danger, il y a charbon, il y a traitement ; enfin, il y a tout ce qu'il faut. Et après on est vite en relais avec l'équipe de psychiatrie. Faut être honnête, on est davantage sur la symptomatologie, l'organique et, dans la prise en charge psychiatrique, on est accompagnant a minima on va dire, parce qu'on attend les avis psychiatriques et les orientations vers les parcours associés CMP ou transfert. Honnêtement dans le service tel qu'il est actuellement, pour lequel il n'y a pas d'infirmière psychiatrique sur place comme il peut y avoir dans certains services d'urgences, on est davantage sur le symptomatologique* » *(Cadre de santé).*

Pour autant, l'accueil de patients ayant multiplié les passages dans le service pour le même motif d'entrée (tentative de suicide) amène parfois les urgentistes à réaliser des examens somatiques moins poussés du fait de leur connaissance des patients. « *Le piège est parfois de « reconnaître » un patient et de penser du coup qu'il ne saurait présenter une pathologie organique* ».[4]

Le risque donc d'accueillir des patients récidivistes est qu'ils soient « étiquetés » comme des patients relevant uniquement de la spécialité psychiatrique, ce qui engendre parfois une diminution des examens somatiques (des professionnels de service d'urgences ont clairement évoqué cette difficulté lors des entretiens).

En ce qui concerne la prise en charge, par des professionnels d'équipes de liaison, il n'existe pas de réponse franche à cette question. La réitération du geste en lui-même n'induit pas une différenciation dans la prise en charge du patient. Le contexte global du patient compte beaucoup dans l'évaluation psychiatrique. Une psychiatre explique :

« *J'ai du mal à dire. Après si c'est un patient qui fait des grosses TS et que cela fait trois fois qu'il tente de se pendre en trois mois, oui là, on va être très inquiet. Enfin, je pense que cela dépend du profil du patient, du type de TS, du but de la TS, si c'est quelque chose vraiment à volonté suicidaire et qui se répète de manière récurrente et rapprochée, oui, on va avoir tous nos signaux d'alerte allumés mais, en même temps, quelqu'un qui fait une première TS pour mourir, qui ne critique pas et qui va très mal, on va aussi avoir tous les signaux d'alerte allumés* » *(Chef de service de psychiatrie).*

Néanmoins, la récidive est un élément supplémentaire dans la compréhension globale du patient et/ou de son mode de fonctionnement. Elle amène beaucoup de professionnels à redoubler d'attention lors de l'évaluation psychiatrique du patient et peut induire une proposition de soins plus soutenue ou nouvelle pour le patient.

« *Cela augmente les risques de récidive, donc on va prendre cela en compte dans la décision et dans l'entretien* » *(IDE).*

« *Cela va toujours dépendre de qui on a en face de soi, avec, en gros, deux cas de figure. Il y a des personnes qui vont passer à l'acte et puis on va toujours se retrouver devant quelqu'un qui critique, chez qui on ne va pas retrouver de pathologie particulière, et vis-à-vis duquel on va se trouver très impuissant parce qu'on ne peut pas lui proposer d'autre chose que d'essayer de réfléchir sur comment*

il traite les soucis. Et puis on a aussi des personnes qui sont souvent très en souffrance avec des dépressions plus ou moins masquées et qui vont finir par se rendre compte que « Oui, c'est vrai, la fois dernière vous m'aviez dit que… j'aurais dû vous écouter » et là, en général on peut quand même proposer autre chose. Donc je dirais que cela dépend quand même des gens que l'on a en face de soi. Après on a aussi dans la tête forcément des personnes qui font des tentatives de suicide graves, qui sont déprimées et pour lesquelles on n'a pas de moyen de mettre en œuvre une hospitalisation sous contrainte par exemple, parce qu'on n'en a pas le motif et que l'on garde dans un coin de la tête avec de l'inquiétude. Bien sûr qu'on essaie d'améliorer ce qu'on va pouvoir leur proposer et la façon dont on va aborder les choses, bien sûr » (Psychiatre).

Quelques professionnels disent spontanément être plus inquiets lorsqu'il s'agit de primo-suicidants.

« J'aurai tendance à dire, moi, que je fais plus attention quand c'est le premier geste » (Psychiatre).

Formation suicide

Les professionnels - aussi bien des urgences que des services de psychiatrie - ont été interrogés sur le fait d'avoir bénéficié ou non d'une formation spécifique sur le mode de prise en charge des suicidants. Quand des personnes arrivent aux urgences (et notamment aux urgences psychiatriques) après une tentative de suicide, la question de la formation et de la technicité du personnel soignant à pouvoir accompagner ces personnes se pose comme une évidence. Le personnel est-il formé, spécialisé pour accueillir ces patients ?

Au cours de leurs études, les urgentistes ont bénéficié d'un module de psychiatrie générale durant lequel la prise en charge des suicidants était évoquée.

« Nous on a notre formation initiale ; après, dans le service ici on n'a pas de formation spécifique sur les modalités de prise en charge des suicidants. Dans la formation initiale de l'urgentiste il y a un module psychiatrie. Il y a la toxico, il y a les pendus enfin il y a toutes les modalités possibles de la prise en charge de ces suicidants. Alors c'est vrai que nous on ne s'en sert pas trop de la partie, entre guillemets, psychiatrique mais on sait bien » (Chef de service des urgences).

Depuis la fin de leur cursus de formation initiale, les urgentistes rencontrés disent n'avoir reçu aucune formation professionnelle spécifique sur le suicide. Seul les urgentistes d'un des 16 sites ont été sensibilisés au suicide et ont été formés sur les grilles d'évaluation par le responsable de l'équipe de liaison. Cette sensibilisation a eu lieu car les urgentistes, qui prennent en charge personnellement les suicidants le dimanche, se trouvaient en difficulté pour évaluer les patients.

Au niveau de la psychiatrie, dans la moitié des sites (9 sur 16) les infirmiers(ères) de psychiatrie ont quant à eux bénéficié d'une sensibilisation ou d'une formation interne obligatoire, de deux jours minimum, sur le thème de la prise en charge des suicidants, de l'évaluation du risque suicidaire (l'utilisation de l'échelle Risque, urgence, dangerosité, Rud) ou à l'écoute du suicidant. La formation a souvent lieu à la prise de poste. Dans les sites où ces formations, souvent interne, ne sont pas obligatoires, les psychiatres expliquent être attentifs à recruter des infirmiers ayant déjà une expérience avec ce public.

« Mais c'est vrai que nous, qui constituons l'équipe infirmières, enfin je veux dire les médecins psychiatres de S qui constituons l'équipe infirmière, qui recrutons les personnes lorsqu'il y a des changements, évidemment, on veille à ce que cela soit quelqu'un de formé » (Chef de pôle de psychiatrie).

Par ailleurs, des professionnels n'ayant pas bénéficié de formation obligatoire sur le thème du suicide ont parfois d'eux-mêmes déposé une demande de formation sur le sujet et avoir pu réaliser ces formations souhaitées. Globalement, le passage aux urgences permet donc aux patients de se poser et de rencontrer des professionnels de psychiatrie formés à la problématique du suicide.

Les opinions émises sur le dispositif VigilanS

Les professionnels rencontrés ont été interrogés sur leur opinion lors de la présentation du dispositif (à la réunion d'information sur VigilanS).

◆ 22 professionnels questionnés sur 30, annoncent clairement un intérêt pour le dispositif. Ils se disent intéressés et enthousiastes par la mise en place de la veille qui pourra permettre d'améliorer la prise en charge des suicidants notamment à travers le maintien du lien par téléphone.

> *« Je pense que nous étions partants pour le faire puisque pour moi c'est une sécurité supplémentaire. Justement, on y réfléchissait au rappel pour voir le suivi des suicidants. On y pensait. Je pense qu'il y a d'autres centres, enfin en discutant autour de Vigilans, qui y pensaient aussi comme le docteur […], j'en discutais avec elle l'autre jour. Elle disait qu'elle y pensait aussi, de mettre en place, pas une veille mais un rappel pour voir s'ils allaient bien au moins au CMP. Rappeler trois mois après pour voir s'ils étaient bien allés au CMP, ça on y pensait. Et ça vient effectivement pour moi remplir ce manque-là auquel on réfléchissait donc moi, à notre niveau, au niveau médical, on était plutôt content et plutôt partant. Et au niveau infirmier je pense que maintenant s'est dépassé le stade du « il faut remplir le formulaire », je pense qu'ils le prennent aussi comme une sécurité supplémentaire » (Responsable de la liaison aux urgences).*

> *« Je trouve que ce n'est pas mal l'idée. Ça va être un dispositif qui va recontacter les patients, les gens que l'on aura vu ici aux urgences pour voir un peu le projet que l'on avait mis en place ; voir si cela s'est mis en place effectivement ; voir si leur contexte a changé. Ca va refaire le point un peu, ça va reprendre à distance et c'est pas mal parce que c'est vrai que parfois on voit quelqu'un qui ne va pas bien et qui nous dit : « je vais faire ci, je vais faire ça .Il y a ça qui va bouger ». Et est-ce que effectivement quelques semaines après cela se met en place ? Du coup c'est pas mal parce que cela va permettre de revoir la personne et si elle n'a rien fait et bien de se dire qu'il y a quand même des gens qui s'intéressent à elle, à son devenir et peut-être que cela va l'inciter un peu plus à bouger. Je trouve que c'est pas mal comme concept » (Infirmière).*

Dans ces deux extraits d'entretiens, on peut noter la fonction palliative attendue du dispositif de veille qui, selon ces professionnels, permettrait d'obtenir une information jugée importante (la consultation en CMP après TS) mais non recherchée actuellement. De plus, la mise en place de ce dispositif novateur a déjà pour effet d'amener certains professionnels à se questionner sur une modification de leurs pratiques professionnelles afin d'améliorer la prise en charge des suicidants.

> *« Je pense que les équipes à qui je l'ai présenté, elles étaient intéressées de voir comment on pouvait changer nos pratiques pour améliorer la prise en charge du suicide » (Cadre de santé).*

◆ Pour 5 professionnels sur 30, le dispositif est utile pour la prévention de la récidive. Il est un moyen d'éviter la récidive et donc de faire diminuer la mortalité des patients (2 psychiatres, 2 urgentistes et 1 cadre des urgences).

◆ 5 professionnels de psychiatrie disent que le recontact des suicidants est déjà un outil de prise en charge fonctionnelle dans leur service. Ces services proposent des rendez-vous de post-urgence et parfois des recontacts téléphoniques. Ils considèrent la mise en place du dispositif comme une évidence.

Cependant 3 de ces 5 professionnels (de 2 services distincts) craignent que d'évoquer le dispositif VigilanS aux patients fasse doublon avec les services de soins qui leur proposent déjà une carte « ressource ». Ces 2 services ont en commun de remettre aux patients, à leur sortie des urgences, une carte avec le numéro de téléphone d'une équipe de soins qui peut être à leur écoute et disponible 24h/24 en cas de nouveau mal être. Et s'il le faut, par la suite, passer pour une consultation dans le service concerné. Chacune de ces équipes de psychiatrie est pourvue également de modalités de prise en charge post-urgence spécifique.

Dans un des services, l'équipe de psychiatrie peut également proposer au patient un rendez-vous sur place avec une psychologue qui a quelques plages horaires pour voir les patients en semi urgence dans la semaine qui suit la TS ou les diriger vers l'équipe d'îlot psy qui propose à certains patients des rendez-vous avec les infirmiers dans les 2, 3 jours après la TS. La dernière modalité de prise en charge possible étant un rendez-vous dans les 3, 4 jours avec le psychiatre qui a évalué le patient aux urgences. La psychiatre, responsable de l'équipe de psychiatrie aux urgences, se demande si en évoquant VigilanS au

patient, celui-ci ne va pas être noyé dans un flot d'informations et de cartes multiples. « *Et du coup il n'appellera rien parce qu'il a trop d'informations* ».

Une autre équipe de psychiatrie intervenant dans un service d'urgences a mis en place un dispositif de recontact téléphonique des patients qui ne se rendent pas au rendez-vous CMP après leur passage aux urgences.

> « *Si une personne qui est sortie du Centre d'accueil et de crise ou qui est sortie des urgences, et qui a fait une tentative de suicide ne se présente pas à son rendez-vous fixé, l'infirmier contacte la personne dans un premier temps. Ensuite, s'il n'arrive pas à contacter la personne, il ou elle joint la personne de confiance. Et si vraiment elle n'arrive à joindre ni l'un ni l'autre, elle appelle le médecin généraliste* » *(Psychiatre).*

Etant donné que ce service donne déjà une carte avec un système d'appel 24h/24 et que les patients qui ne vont pas à leur rendez-vous CMP sont recontactés en systématique par téléphone, la psychiatre et l'infirmière interrogées se demandaient si le dispositif VigilanS n'allait pas être « de trop ».

> « *Je trouve que c'est un très bon projet. Alors c'est vrai qu'à un moment donné, je me suis dit que cela allait faire doublon parce que, nous aussi, comme je vous ai expliqué, on a le système d'appels 24 heures sur 24 mais ce que je trouve super intéressant, c'est que les gens puissent être recontactés à six mois. C'est vrai que l'on a quand même des perdus de vue parce que les gens qui ne viennent pas à leur rendez-vous, même si l'on a prévenu le patient, la personne de confiance, le médecin traitant, on ne peut pas les obliger à faire un suivi* » *(Psychiatre).*

◆ Huit professionnels sur 30 (2 aux urgences, 6 en psychiatrie) apprécient le maintien d'un lien avec les patients, notamment pour ceux qui refusent tout suivi après leur passage aux urgences et pour les perdus de vue en cours de suivi psychiatrique. Le contact téléphonique permet de signifier aux patients l'intérêt qu'on leur porte ; de les sensibiliser aux soins et de les orienter vers le CMP ou le médecin généraliste si nécessaire.

> « *[…] Et avoir une reprise de contact à 6 mois, je trouve que c'est très intéressant pour avoir des nouvelles de la personne et que la personne sache que si elle en a besoin… Voilà, je pense que le but aussi c'est que, s'il y a besoin, les équipes de VigilanS orientent après sur les CMP. Et du coup, pour les perdus de vue, je trouve ça très intéressant* » *(Psychiatre)*

Dans cet entretien on peut noter l'optimisme du répondant sur la capacité de VigilanS à retrouver des patients difficiles à recontacter en pratique de soins courants.

◆ Quatre professionnels sur 30 perçoivent le dispositif comme un outil supplémentaire et complémentaire pour le service de psychiatrie.

> « *Nous, on est assez satisfait finalement d'avoir un outil supplémentaire, complémentaire par rapport à ce que l'on peut proposer. Et j'ai le sentiment, pour certains patients, peut-être pas pour tous, dans tous les cas j'ai ressenti que, pour certains patients, cela avait une valeur rassurante. Voilà, d'avoir un outil supplémentaire, une carte, des gens à appeler (IDE).*

◆ Trois sur 30 mettent en avant l'intérêt du lien avec les médecins généralistes à travers les comptes rendus, afin de relayer des informations sur la prise en charge du patient et favoriser plus de contact entre la médecine de ville et le secteur psychiatrique.

> « *Cela a l'air tout à fait intéressant qu'il y ait un organisme ou une structure qui s'occupe de suivre ces patients et qu'il soit harmonisé pour tous les patients du Nord - Pas-de-Calais parce qu'on a l'impression que, selon nos patients suicidants, leurs parcours de soins ou leurs possibilités de recours sont différents. Certains patients sont réorientés vers le CMP, d'autres vers leur médecin traitant et en termes de visibilité, nous urgentistes, ou même parfois je pense les psychiatres hospitaliers, c'est difficile d'identifier une personne recours qui puisse faire le lien à l'extérieur. Alors les psychiatres travaillent aussi au CMP, donc, en majorité, ils travaillent avec le CMP, mais d'avoir une plate-forme référente pour ce motif-là, moi je trouve que c'est intéressant. Et c'est très bien parce que pour l'instant, dans les structures de psychiatrie ambulatoire, pour avoir été du côté de la médecine générale pendant quelques mois, il n'y a pas de contact. Les médecins traitants n'ont pas de comptes rendus des entretiens au CMP avec les psychiatres. Ça reste entre eux donc les médecins sont assez frustrés. Je trouve que c'est intéressant que VigilanS justement assure une transparence de ces*

entretiens avec le patient pour le médecin traitant alors que, pour l'instant, dans les structures que je connais, ce n'est jamais formalisé et systématique » (Urgentiste).

◆ Deux sur 30 attendent de voir l'impact de VigilanS à travers une évaluation du dispositif.

◆ Deux médecins urgentistes évoquent des collègues non intéressés ou sans opinion sur le programme de recontact.

« *La psychiatrie n'étant pas du tout le domaine de prédilection de mes collègues ; même si je les ai sensibilisés énormément, cela ne les intéresse pas » (Chef de service des urgences).*

« *C'est plutôt sans opinion et puis c'est vrai que les médecins ne se sont pas vraiment investis je pense » (Urgentiste).*

◆ Une IDE pense que le dispositif devrait pouvoir s'étendre aux patients qui ont des idées suicidaires et qui ne se projettent pas dans un suivi au CMP.

« *On a parfois des gens qui ne vont pas bien, qui ont du mal à se projeter sur une prise en charge CMP et je me dis que ce serait bien s'ils pouvaient aussi être inclus. Il n'y a pas eu de passage à l'acte pour eux mais on les sent en souffrance et on sent que le passage…, qu'ils ont eu envie* ».

Alors que les opinions sont majoritairement favorables, des doutes ont été exprimés ; une infirmière doute de la compréhension du dispositif par les patients. Pour une équipe des urgences, les dessins figurant sur les cartes postales ont été mal choisis ; une autre intervenante émet un doute sur la pertinence de l'appel à six mois pour les primo suicidants. Enfin, pour un psychiatre interviewé, le recontact par un tiers, non connu des patients, pourrait être inopportun.

Discussion et conclusion

Un programme de recontact des suicidants a débuté en 2015 dans le Nord - Pas-de-Calais ; basé sur le maintien d'une veille pour les personnes ayant été accueillies dans les services d'urgences pour tentative de suicide, il repose sur l'inclusion des patients à leur sortie des services d'urgences (polyvalentes ou centres d'accueil et de crise) ou d'hospitalisation. Il fait suite à des études montrant une baisse significative de la récidive et de la mortalité suicidaire de certaines catégories de patients suicidants ayant été inclus dans des programmes de veille, basées sur des rappels téléphoniques, la remise de cartes ressources et l'envoi de cartes postales.

Le dispositif VigilanS repose sur les services d'urgences ou d'hospitalisation, qui orientent les patients et transmettent leurs coordonnées à la plateforme régionale, constituée d'une coordination, de professionnels de l'écoute (psychologues et infirmiers) travaillant dans un espace dédié aménagé dans le Samu-centre 15 du Nord et d'un secrétariat, gérant notamment l'enregistrement des données et l'ensemble des envois de courriers relatifs aux patients bénéficiant de la veille.

Une enquête qualitative par entretien semi-directif a été menée dans les 16 premiers services d'urgences « ouverts », c'est-à-dire ayant décidé d'orienter des patients suicidants dans le dispositif de veille, dès son démarrage, afin d'appréhender l'organisation de leur prise en charge, dans un espace où interviennent à la fois des personnels du service d'urgences polyvalentes et de services de psychiatrie, dont le nombre est variable, les services d'urgences recrutant des patients relevant de plusieurs secteurs de psychiatrie (notamment dans les grandes villes, divisées en plusieurs secteurs).

La prise en charge de patients en souffrance psychique ou après une tentative de suicide nécessite des ajustements de trois ordres :

- D'un point de vue institutionnel, les services de psychiatrie peuvent relever ou non du même établissement que celui où sont reçues les urgences polyvalentes. Dans le premier cas, tous les personnels relèvent donc du même établissement ; dans le second, les différents établissements doivent s'accorder, par convention, sur les modalités d'intervention des équipes de psychiatrie (horaires, locaux mis à disposition …)

- Pour les personnels des urgences polyvalentes, une adaptation **organisationnelle** est à trouver avec chacun des services intervenant dans ses locaux et avec chacun des personnels affectés aux urgences ; alors que certains services de psychiatrie ont créé une équipe de liaison ou des postes à temps complet aux urgences, d'autres font tourner leurs personnels dans différentes unités (CMP, CATTP, urgences …) selon des cycles variables. Un service d'urgences signale que les 2 services de psychiatrie infanto-juvénile avec qui il a à travailler adoptent des règles distinctes quant à la limite d'âge et les délais d'intervention.

- Enfin, l'ajustement à trouver est **professionnel** : les 2 disciplines médicales engagées dans l'accueil et la prise en charge des suicidants ont des référentiels et des temporalités distincts. Les urgentistes traitent des conséquences somatiques d'un geste, les psychiatres cherchent à traiter ses causes et en évaluer le devenir. De fait, si aucun conflit majeur n'a été observé, des tensions ont été rapportées par les professionnels rencontrés. Des psychiatres estiment par exemple que la définition de la TS est trop extensive pour certains urgentistes ; dans le doute sur l'intentionnalité du geste, des urgentistes demandent un avis psychiatrique, parfois jugé inutile. Les entretiens sont jugés inutiles avant dégrisement des suicidants alcoolisés, d'où la demande des psychiatres de garder le patient quelques heures, en lit-porte ou en UHCD, demande parfois jugée excessive en cas de forte affluence aux urgences. Pour les psychiatres, leur sollicitation est donc parfois injustifiée ; pour les urgentistes, l'intervention des psychiatres est donc parfois trop tardive.

Des suicidants systématiquement rencontrés par l'équipe de psychiatrie

D'après une circulaire de Juillet 1992, les patients pris en charge pour une tentative de suicide correspondent à des situations d'urgences psychiatriques mixtes c'est-à-dire à des malades qui présentent des manifestations organiques et psychiatriques simultanées [5].

Lorsque les patients sont amenés dans les services d'urgences, ils sont accueillis initialement par une infirmière d'accueil et d'orientation qui enregistre leur entrée et les oriente en premier lieu vers un médecin urgentiste pour qu'il réalise un examen somatique. Si l'examen somatique le permet, le patient verra un professionnel de l'équipe de psychiatrie dans un deuxième temps lors de sa permanence aux urgences. Lorsque le service d'urgences bénéficie d'une équipe de psychiatrie présente sur les lieux en

continu, l'IAO interpelle souvent simultanément l'urgentiste et un infirmier(ère) de psychiatrie. Le patient bénéfice en général d'au moins 2 entretiens psychiatriques. Le premier réalisé par un infirmier(ère) pour faire connaissance avec le patient et connaître « l'historique » de sa TS suivi d'un entretien avec un psychiatre pour qu'il évalue l'état du patient et le risque de récidive imminent. Puis le psychiatre fait part de son avis et de sa proposition de soins à l'urgentiste qui valide la sortie du patient ou son hospitalisation dans un service psychiatrique.

La rencontre des suicidants avec l'équipe de psychiatrie a donc été systématiquement rapportée ; seuls les départs rapides contre avis médical, avec contestation de la TS, empêchent le contact avec le psychiatre ou l'infirmier(ère). L'avis psychiatrique est parfois demandé pour des « faux positifs » (suicidants aux yeux des pompiers, dont le point de vue a été pris en compte par les urgentistes pour orienter vers l'équipe de psychiatrie, mais dont le diagnostic de TS est contesté par le patient). Cette ambiguïté diagnostique concerne quelques cas, jugés positifs (suicidants) pour certains, négatifs pour d'autres, et rappelle les contours flous de la tentative de suicide[6].

Le rôle premier de l'infirmier(ère)

Notre enquête a mis en évidence le rôle de l'infirmier(ère), qui intervient seul(e) en première intention, dans la plupart des cas. Le personnel de la structure des urgences d'un établissement de santé comprend au moins un IDE de psychiatrie[10]. L'infirmier(ère) en psychiatrie représente ainsi « l'accueil » d'un point de vue législatif.

Puis, Pour Guy Baillon[4], « *il existe plusieurs avantages à cette approche ; le temps passé avec l'infirmière, inscrit dans la dualité, lui permet de se présenter au patient et d'amorcer un climat de confiance auprès de celui-ci, non demandeur d'une consultation psychiatrique. De plus l'infirmier(ère) intervient dans une posture qui peut favoriser l'échange. Il n'est pas là pour donner un avis, contrairement au psychiatre, mais pour écouter et recueillir le mal être du patient. Sa posture peut conduire à une meilleure alliance thérapeutique de la personne avec laquelle il engage un dialogue. Il profite également de ce temps d'échange pour joindre l'entourage et rassembler les premiers éléments pour le psychiatre qui dispose, en général, de moins de temps* ». Les échanges que nous avons pu avoir avec plusieurs professionnels vont dans le sens de ces propos.

Présence des équipes psychiatriques

Selon les services, la présence des équipes psychiatriques est très variable ; le délai d'entretien psychiatrique avec les patients arrivant pour TS varie de quelques heures à 24 heures. Ce délai dépend du mode de TS, de l'état psychique du patient ou de son alcoolisation lors de la prise en charge mais varie également selon les services, en fonction de l'organisation de la psychiatrie aux urgences. L'Anaes a d'ailleurs recommandé que l'évaluation psychiatrique soit la plus précoce possible, dans les 24 heures qui suivent l'admission aux urgences, sous réserve d'un état de vigilance compatible avec l'entretien[7].

Dans les sites bénéficiant de présence psychiatrique en continu 24h/24 et 7 jours sur 7, les patients ayant fait une TS ne sortent jamais du service des urgences sans avoir été évalués au préalable par un psychiatre. Dans d'autres sites les personnels de psychiatrie sont présents uniquement la journée voire quelques heures dans la journée ; dans d'autres enfin, l'équipe de psychiatrie se déplace à la demande. Dans certains de ces services, en l'absence de présence psychiatrique continue, des patients ayant réalisés une TS jugée à faible risque de récidive immédiate sont reconvoqués le lendemain de leur geste pour une consultation psychiatrique. Cette disponibilité variable des équipes de psychiatrie se répercute sur la prise en charge des patients (en attente d'être évalués) et sur l'organisation de travail des urgentistes, qui doivent surveiller les patients jusqu'à l'arrivée d'un membre de l'équipe de psychiatrie, chacun devant s'adapter à la présence continue ou non de l'équipe de psychiatrie. La prise en charge immédiate du patient par des professionnels de psychiatrie dépend en partie de l'organisation de la présence continue ou non des soins psychiatriques. Comme l'évoque Pierre Valette[9], « *les services d'urgences générales assurent la continuité des soins* » sur des temps durant lesquels médecins généralistes et CMP ne sont pas disponibles.

La présence continue d'une équipe de psychiatrie fluidifie les échanges entre professionnels et la prise en charge des suicidants. Lorsque nous avons interrogé les urgentistes sur les atouts et les difficultés de leur prise en charge des suicidants, la disponibilité de l'équipe de psychiatrie a toujours été évoquée spontanément comme un atout majeur. L'harmonisation des moyens mis en œuvre pourrait favoriser une meilleure alliance entre les professionnels des services d'urgences et de psychiatrie.

Une grande diversité des pratiques

La diversité des pratiques est également observable entre professionnels - psychiatres et infirmiers(ères) - des mêmes services. Pour exemple, lors de la sortie du patient du service des urgences, certains psychiatres soumettent au patient l'idée de prendre rendez-vous avec le CMP par la suite alors que d'autres se mettent en lien direct avec le CMP pour que le patient reparte avec un rendez-vous. Ou encore, des infirmiers(ères) appellent souvent le médecin traitant du patient durant sa prise en charge alors que d'autres disent ne jamais le faire. Ces disparités de pratiques au sein de mêmes services interrogent. Les recommandations suggèrent de programmer le suivi à la sortie de l'hôpital sans préciser les modalités ni le délai [8].

Le risque suicidaire est le plus souvent apprécié sans échelle, parfois avec le moyen d'évaluation Rud (Risque Urgence Danger) qui est décrit dans la conférence de consensus de 2000 ; Cette conférence préconise l'utilisation de l'échelle de désespoir de Beck[8].

L'utilisation systématique d'une échelle de risques présenterait un intérêt clinique et épidémiologique.

Réveil psychique en UHCD ou couloir et moment de l'évaluation psychiatrique

Lorsque les patients ont réalisé leur tentative de suicide sous l'emprise d'alcool ou de toxique, l'équipe de psychiatrie se doit d'attendre que ces patients soient en capacité de pouvoir réaliser un entretien et être évalués quand ils ont pleine conscience. Il existe alors un laps de temps d'attente à prévoir (aux urgences) jusqu'à leur réveil psychique. L'Anaes justifie que certains suicidants, notamment après intoxication médicamenteuse, peuvent présenter à leur réveil une brève période d'euphorie ou de sérénité apparente qui peut fausser les résultats de l'évaluation initiale et qui rend nécessaire sa répétition[7]. Certains professionnels de psychiatrie ont évoqué que ce temps bien spécifique du réveil du patient n'était pas toujours respecté selon eux par certains urgentistes qui leur soumettent des patients encore sous influence de produits toxiques pour l'évaluation psychiatrique. Des tensions existent parfois entre les 2 services à ce niveau-là. Notons que ceci ne concerne pas tous les sites et reste professionnel dépendant.

Des médecins généralistes pas toujours informés, des CMP souvent contactés

Au sein des urgences générales, l'équipe psychiatrique contacte parfois le médecin traitant, principalement pour rechercher des informations médicales. Les équipes précisent que le rythme et les horaires des urgences ne facilitent pas les contacts avec les médecins traitants. Les autres transmissions au médecin traitant se font par le courrier de sortie des urgences. Il est souvent donné en main propre au patient à sa sortie. Celui-ci décidera de le transmettre ou non au médecin traitant. La plupart du temps ce courrier ne comporte que très peu d'informations psychiatriques d'autant plus qu'il est transmis au patient directement.

La question se pose d'une information plus systématique des médecins généralistes ; à l'heure actuelle, il est impossible de connaître la part d'entre eux qui ont connaissance du geste suicidaire de leurs patients.

Concernant les liens avec le CMP, les équipes psychiatriques rapportent des contacts téléphoniques très fréquents, principalement pour une recherche d'informations (suivi, efficience du suivi, antécédents) et s'assurer de la continuité des soins. Par ailleurs, l'étendue des secteurs géographiques couverts par le site d'urgences influencera les prises en charge. Les contacts avec l'entourage pourront être rendus plus complexes ainsi que la possibilité de consultation post-urgence.

Famille

Au cours de nos entretiens, les professionnels nous ont fait part de l'importance des échanges avec les familles. L'entourage permet d'apporter des informations et un éclairage sur la situation globale du patient. La HAS recommande de rencontrer la famille et de favoriser son engagement dans le cadre de la crise suicidaire[3]. Les professionnels voient la famille comme un étayage potentiel, un soutien au moment de la sortie puis vers la poursuite des soins. Michel De Clercq[14] parle de « *double alliance* », alliance conjointe avec le patient et l'entourage ; elle apportera un soutien à la famille et indirectement au patient. Les soignants pourront informer l'entourage de la souffrance, de la pathologie du patient afin de favoriser l'adaptation familiale et la poursuite de la prise en charge.

La souffrance et les comportements du patient peuvent générer de la honte et de la culpabilité pour l'entourage[15]. Guy Baillon[4] a décrit le patient comme une « *personne-en-lien-avec-l'autre* ». Le retentissement familial peut justifier une modification de prise en charge voire une hospitalisation[3].

Au cours de nos entretiens, certains professionnels faisaient part d'une inquiétude supérieure pour le patient en cas d'isolement social. D'ailleurs de nombreuses Commissions Départementales d'Hospitalisations Psychiatriques ont établi que la désocialisation, un soutien familial et social moindre

semblaient augmenter le recours aux hospitalisations sans consentement. C'est-à-dire que ces paramètres influeraient sur la demande de soins, le recours aux soins et la qualité du suivi [3]. L'isolement social peut être plus source de souffrance que la symptomatologie[14].

Un suivi de post-urgence hasardeux ou adaptatif ?

La consultation de post-urgence, 2-3 jours après le geste suicidaire, n'est pas toujours pratiquée, alors que la réévaluation du patient est recommandée[7] ; certains psychiatres sont amenés à les proposer dans le service d'urgences, lieu non dédié *a priori* à des rendez-vous. Nous avons montré que ce choix était parfois lié à un souhait de non stigmatisation (recevoir dans un lieu non connoté) et était parfois fait par défaut, le CMP n'étant pas en mesure de proposer de rendez-vous à court terme. C'est sans doute l'organisation de la post urgence après TS qui apparaît comme la plus variable : rendez-vous de post-urgence aux urgences, remise du numéro de téléphone du CMP, appel au CMP avec le patient pour prise de rendez-vous, rappel des suicidants sont les différentes modalités observées, variables d'un service à l'autre et d'un professionnel à l'autre. Quelques professionnels rencontrés estiment que l'intervention de post-urgence n'est pas systématiquement indiquée ; d'autre part, les critères de définition de parcours des soins sont mal objectivés (la récidive est par exemple rarement citée). La grande fragilité des suicidants et le risque attesté de récidive dans les jours suivant leur geste justifieraient l'organisation d'une consultation quasi systématique de post-urgence.

L'utilisation de la consultation post-urgence possède une approche différente selon le professionnel. Dans de rares cas, il s'agira d'une convocation pour une évaluation psychiatrique suite à l'évaluation somatique et la sortie des urgences. Pour d'autres, cette consultation permettra une réévaluation de la situation et du risque suicidaire dans ce contexte de crise. Enfin pour d'autres, cette consultation palliera un délai avant la prise en charge en CMP. Cette consultation semble également être perçue par les professionnels comme une possible amorce vers un suivi en CMP. Il existe une recommandation qui vise à organiser et à s'assurer du suivi du patient et de sa présence aux consultations, cependant on ne retrouve pas de notion de délai à fixer pour cette consultation[8,10].

Spécificité liée à la prise d'alcool

Nous avons vu que les patients ayant fait une intoxication médicamenteuse volontaire, associée ou non à la prise d'alcool, étaient placés en observation, dans la majorité des cas en UHCD, ce qui est conforme à une recommandation de 1992 à propos des Intoxications éthyliques aiguës comateuses[11]. Il a été documenté que 30 à 70% des suicidants présentant un trouble de l'humeur avaient consommé de l'alcool[12].

Comme évoqué au cours des entretiens ci-dessus, les situations d'intoxication éthylique aiguë amènent parfois les équipes à être confrontées à des situations violentes. Le refus de soins et les conséquences médico légales ont été largement décrits dans la révision de la conférence de consensus de 2006. Elle précisait que : la notion *de "mise en observation sans consentement*" considérant que toute intoxication éthylique peut se compliquer et présenter un risque non négligeable d'évolution péjorative pour le patient et que, d'autre part, l'état d'imprégnation alcoolique ôte au sujet son libre arbitre, sa capacité à consentir ou à ne pas consentir, alors on se doit d'agir. Il y a nécessité thérapeutique en référence à l'article 163 du Code Civil et l'état du patient rend "nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir"[11].

La sortie contre avis médical n'est donc pas possible. L'hospitalisation sous contrainte ne semble toutefois pas licite d'emblée et l'isolement du patient se fera jusqu'à l'amélioration des troubles. Ainsi dans le cadre d'une tentative de suicide associée à une intoxication éthylique aiguë, le maintien à l'hôpital jusqu'à un état compatible avec l'évaluation psychiatrique est la règle[3]. Le moment de l'évaluation psychiatrique est souvent mal codifié, soit une alcoolémie inférieure à 0,5 g/L, soit en l'absence de signes de sevrage, soit lorsque l'alcoolémie est nulle.

La prise en charge des patients intoxiqués par l'alcool ainsi que le moment de prise en charge des patients suicidants sont des nœuds de tensions potentiels entre les psychiatres et les urgentistes. L'intoxication éthylique aiguë impose souvent une attente avant évaluation psychiatrique, et donc un maintien aux urgences ainsi qu'une surveillance par l'équipe des urgences. Les représentations de chacun se rencontrent à ce moment-là. L'urgentiste a une approche qui vise la recherche d'une gravité et la rapidité d'une réponse dans l'action. Le psychiatre a probablement une vision qui s'inscrit dans la durée. L'urgence vitale immédiate en psychiatrie est beaucoup moins fréquente et relative.

Mineurs : le grand flou[10]

Concernant les mineurs, il existe des difficultés de prise en charge. Au sein des urgences, les équipes se questionnent sur les conditions d'accueil d'un enfant (locaux, agitation…). Par ailleurs en cas de nécessité d'hospitalisation, peu de sites sont disponibles. Il est recommandé par la HAS de proposer une semaine d'hospitalisation aux mineurs afin d'évaluer l'évolution de son état psychique sur un long terme, sans préciser que celle-ci doit se dérouler en psychiatrie[7]. Le pédopsychiatre interrogé allait dans ce sens et ajoutait que la majorité des pédopsychiatres en France souhaiteraient que les mineurs puissent bénéficier d'une semaine d'hospitalisation en psychiatrie pour réaliser une évaluation plus exhaustive ; cependant les moyens financiers actuels ne le permettent pas. Un travail avec les autorités de santé est engagé dans ce sens, dit-il, dans l'intérêt d'une meilleure prise en charge du mineur.

Au vu du peu de places d'hospitalisation disponibles en pédopsychiatrie et afin d'éviter la stigmatisation, les services de pédiatrie sont sollicités pour accueillir les suicidants mineurs. Les centres d'accueil et de crise, quand ceux-là sont accessibles, sont également des alternatives fréquentes pour accueillir ces mineurs (à partir de 15 ans et 3 mois ou 16 ans). Les CAC permettent une évaluation médicale et sociale. Certaines équipes cherchent à éviter l'hospitalisation en psychiatrie afin de limiter la stigmatisation pour ces jeunes. En cas de nécessité de prise en charge ambulatoire, les délais de prise en charge sont souvent très longs.

La récidive : une attention suffisante ?

Les personnes ayant fait une tentative de suicide sont à haut risque de récidive. En effet 10 à 20 % de ces personnes feront une récidive dans l'année[1,2]. La récidive est donc une problématique qui interroge et mobilise les différents professionnels de santé intervenant auprès de ces patients dès leur arrivée aux urgences. Leur prise en charge est individualisée, il n'existe pas d'outil thérapeutique spécifique. Les professionnels travaillent au cas par cas en fonction de la situation spécifique dans laquelle se trouve le patient à ce moment-là et ils élaborent différents modes de prise en charge plus ou moins intensive comme par exemple un rendez-vous rapide en CMP, un accueil en hôpital de jour, une hospitalisation au CAC etc…

Face au constat que la prise en charge des personnes récidivistes est complexe et qu'elle nécessite une individualisation (les professionnels expliquent bien que le contexte de la récidive est propre à chaque patient), le dispositif de recontact des suicidants pourrait être un outil supplémentaire commun aux différents professionnels de santé accompagnant ces patients. La mise en place de ce dispositif est d'autant plus important que la mortalité par suicide est fortement liée à un comportement «récidiviste» : 10% des personnes ayant fait une TS mourront lors d'une récidive dans les 10 ans[13]. Mieux connaître et appréhender cet aspect du risque de récidive est donc indispensable pour prévenir un nouveau passage à l'acte. La mise en place de facteurs de protection diminuant ce risque de récidive, à travers une veille (maintien du lien avec la personne suicidante) et la guidance des patients en grande souffrance vers des dispositifs de soins rapides, sont à explorer. Reste alors à évaluer la faisabilité et l'efficience d'un tel dispositif de veille des suicidants.

Nous n'avons pas rencontré de protocole particulier en cas de récidive suicidaire ; certains urgentistes ont même reconnu qu'ils négligeaient parfois leur examen dans le cas de patients multipliant les passages à l'acte, au risque -avoué- de « passer à côté de quelque chose ». Une attention supplémentaire de leur part serait sans doute nécessaire.

Un programme de recontact accueilli avec bienveillance …

Les équipes des services d'urgences ont accueilli le dispositif de recontact VigilanS avec bienveillance, mettant en avant l'intérêt qu'un maintien de lien par téléphone pourrait avoir sur les patients. Ceci explique peut-être en partie le fait qu'aucun site n'a refusé de mettre en place le dispositif de soins et une seule réunion d'information avec l'équipe de VigilanS aura suffi pour impulser le démarrage des entrées de patients dans la veille. Certains services, non prévus initialement en 2015, ont même spontanément fait part de leur souhait à mettre en place le dispositif. Il existe une dynamique régionale autour de celui-ci, moyen concret et très lisible de prévenir la récidive et la mortalité suicidaire[11]. Pour les services, il y a une réelle motivation à s'inscrire dans un mouvement animé par un promoteur que bon nombre de psychiatres hospitaliers connaissent personnellement.

---

[10] Expression empruntée à l'Association scientifique des psychiatres de service public du Nord - Pas-de-Calais.

[11] Dans différentes réunions locales, régionales et nationales, auxquelles les auteurs ont pu assister, de nombreux acteurs (services, administrations de la santé …) se sont référés à VigilanS, véritable faire-valoir de leur action.

Il peut être jugé surprenant qu'une modalité d'intervention aussi consensuelle (garder un lien avec une population à risque) ne soit finalement pas pratiquée en routine par les services.

… mais parfois perçu comme un nouveau protocole de recherche

Pour autant, VigilanS fait suite à 2 essais randomisés sur l'intérêt du maintien d'un contact avec les suicidants après leur geste [16], [17] menés en région Nord - Pas-de-Calais par le même Professeur Vaiva, ce qui peut contribuer à ce que le dispositif soit perçu comme un nouveau protocole de recherche par certains professionnels. Or, l'inclusion de cas dans une étude n'est pas systématique, alors qu'elle est censée l'être dans le dispositif de soins VigilanS. Autre confusion observée à l'occasion des entretiens avec les médecins et infirmiers(ères) : l'équipe opérationnelle du CHRU de Lille et celle des évaluateurs à la F2RSM n'ont pas forcément été distinguées, malgré l'introduction faite en début d'entretien sur l'appartenance et la fonction des évaluateurs.

En conclusion, le programme VigilanS s'implante dans un environnement humain favorable au principe du recontact des suicidants, considéré avec bienveillance par l'ensemble des professionnels rencontrés. L'étude qui sera menée neuf mois après la mise en œuvre du programme cherchera à recueillir le point de vue de ces mêmes professionnels sur VigilanS et à observer notamment si l'ensemble des patients éligibles ont pu effectivement être orientés dans le programme de veille.

Sigles et acronymes employés

- AMC Accueil médico-chirurgical
- Anaes Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- Cac Centre d'accueil et de crise
- CATTP Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- CDHP Commissions départementale de l'hospitalisation psychiatrique
- CMP Centre médico-psychologique
- HAS Haute autorité de santé
- IAO Infirmière d'accueil et d'orientation
- IDE Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
- IEA Intoxications éthyliques aiguës
- Rud Risque, urgence, dangerosité
- Samu Service d'aide médicale urgente
- SDT Soin à la demande d'un tiers
- TS Tentative de suicide
- UHCD Unité d'hospitalisation de courte durée

Annexes

Annexe 1. Grille d'entretien employée à l'entretien avec les professionnels des services d'urgences et de psychiatrie

Consigne : seule la 1ère question doit être posée au démarrage de l'entretien, après explication de l'objet de l'entretien, du rôle de la F2RSM et demande d'autorisation d'enregistrement. Les autres thèmes peuvent être abordées dans

Organisation générale dans le service des urgences pour la prise en charge des suicidants

Pourriez-vous me dire comment se passe la prise en charge des suicidants lors de leur arrivée dans le service ?

Concrètement, pourriez-vous me parler de l'organisation qui suit son accueil ?

Avez-vous reçu des recommandations écrites ou orales sur la conduite à tenir à l'arrivée d'une personne suicidante dans le service ?

Contactez-vous un proche ?

Cas des enfants

Ressenti personnel dans la prise en charge :

Mettez-vous en place différentes stratégies de prise en charge selon que le patient est mineur ou majeur ?

Pour les mineurs, disposez-vous d'une équipe de liaison pédopsychiatrique intervenant aux urgences ? Si oui, à partir de quel âge ?

Récidive

Si vous rencontrez une personne récidiviste, abordez-vous la personne autrement que pour un primo-suicidant ? La prise en charge diffère-t-elle ?

Formation

Avez-vous bénéficié d'une formation spécifique sur le mode de prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide ?

Liaisons en interne

Y a-t-il des professionnels « référents » pour accueillir ce public dans votre service ?

Un temps de collégialité est-il prévu pour discuter de la personne avant sa sortie du service d'urgence ?

Est-ce qu'une permanence psychiatrique est mise en place dans votre service ? (Ne pas demander au CHR). Un psychiatre sur place ? Un système d'astreinte ?

Liaisons externes

Un temps formel est-il prévu entre le service des urgences et l'équipe de psychiatrie qui y intervient pour discuter de la situation de la personne lors de la liaison ?

Quel est votre point de vue sur l'organisation entre les deux services ?

Quelle est l'organisation du suivi du patient à sa sortie de l'hôpital ?

Lui remettez-vous les coordonnées des urgences ? Lui proposez – vous une consultation post-urgence ?

Rencontrez-vous des difficultés ?

Médecin traitant

Prenez-vous contact avec le médecin traitant du patient par courrier ou par téléphone ?

Opinion sur VigilanS

Que pensez-vous du dispositif VigilanS ? Sur quels critères apprécierez-vous sa réussite ?

Sexe, âge, profession et ancienneté dans le service.

Annexe 2. Caractéristiques des répondants au questionnaire

Variable		N	%
ENSEMBLE		278	*100,0*
Sexe	Hommes	108	*38,8*
	Femmes	170	*61,2*
Profession	Médecin	108	*38,8*
	Infirmier-e	146	*52,5*
	Autre	24	*8,6*
Age	21-30 ans	66	23,74
	30-34 ans	69	24,82
	35-37 ans	31	11,15
	38 ans ou +	112	40,3
Ancienneté	1-4 ans	74	*28,2*
	5-8 ans	59	*22,5*
	9-14 ans	59	*22,52*
	15 ans ou +	70	*26,7*
	Non renseigné	16	
Commune[12]	Armentières	32	*11,5*
	Arras	19	*6,8*
	Boulogne-sur-Mer	17	*6,1*
	Cambrai	3	*1,1*
	CHRU Lille	53	*19,1*
	Denain	12	*4,3*
	Douai	47	*16,9*
	Dunkerque	47	*16,9*
	GHICL[13]	20	*7,2*
	Maubeuge	1	*0,4*
	Montreuil	13	*4,7*
	Valenciennes	14	*5,0*
Service	Psychiatrie	109	*39,49*
	Urgences	148	*53,6*
	Samu-Centre 15	19	*6,9*
	Non renseigné	2	

[12] Commune d'implantation du service des urgences polyvalentes.
[13] Le Groupement hospitalier de l'Institut catholique de Lille regroupe, entre autres, l'hôpital Saint-Philibert à Lomme et l'hôpital Saint-Vincent de Paul à Lille.

Annexe 3. Questions dont les réponses ont été traitées dans ce rapport d'étude

Opinions sur la prise en charge des suicidants

7. Aujourd'hui, dans votre pratique professionnelle, recevez-vous des personnes ayant fait une tentative de suicide (TS) de façon :

☐ très fréquente ☐ fréquente ☐ occasionnelle ☐ rare

8. Aujourd'hui, l'abord de la TS constitue une question :

☐ très difficile ☐ difficile ☐ facile ☐ très facile

9. Employez-vous une grille d'évaluation du risque suicidaire ? Si oui, laquelle ? _____

☐ jamais ☐ parfois ☐ souvent ☐ toujours

10. Diriez-vous que la collaboration entre les professionnels concernés par la TS dans votre secteur géographique est :

☐ très satisfaisante ☐ satisfaisante ☐ insatisfaisante ☐ très insatisfaisante

11. Indiquez-vous un recours possible en cas de nouvelle crise suicidaire ?

☐ jamais ☐ parfois ☐ souvent ☐ toujours ☐ sans objet

<u>Si vous intervenez au sein d'un service d'urgences polyvalentes</u>

12. Dans votre secteur géographique, l'accessibilité aux soins urgents en cas de TS vous semble

☐ très satisfaisante ☐ satisfaisante ☐ insatisfaisante ☐ très insatisfaisante

13. Lors de la prise en charge, prenez-vous contact avec un proche (famille, ami …) ?

☐ jamais ☐ parfois ☐ souvent ☐ toujours

14. En fin de prise en charge, proposez –vous une consultation, un recontact dans les 48H- 72H (post urgence) ?

☐ jamais ☐ parfois ☐ souvent ☐ toujours

15. Remettez-vous un numéro de téléphone à la sortie ?

☐ jamais ☐ parfois ☐ souvent ☐ toujours

16. Y a-t-il un courrier adressé au médecin traitant à la sortie après TS ?

☐ jamais ☐ parfois ☐ souvent ☐ toujours

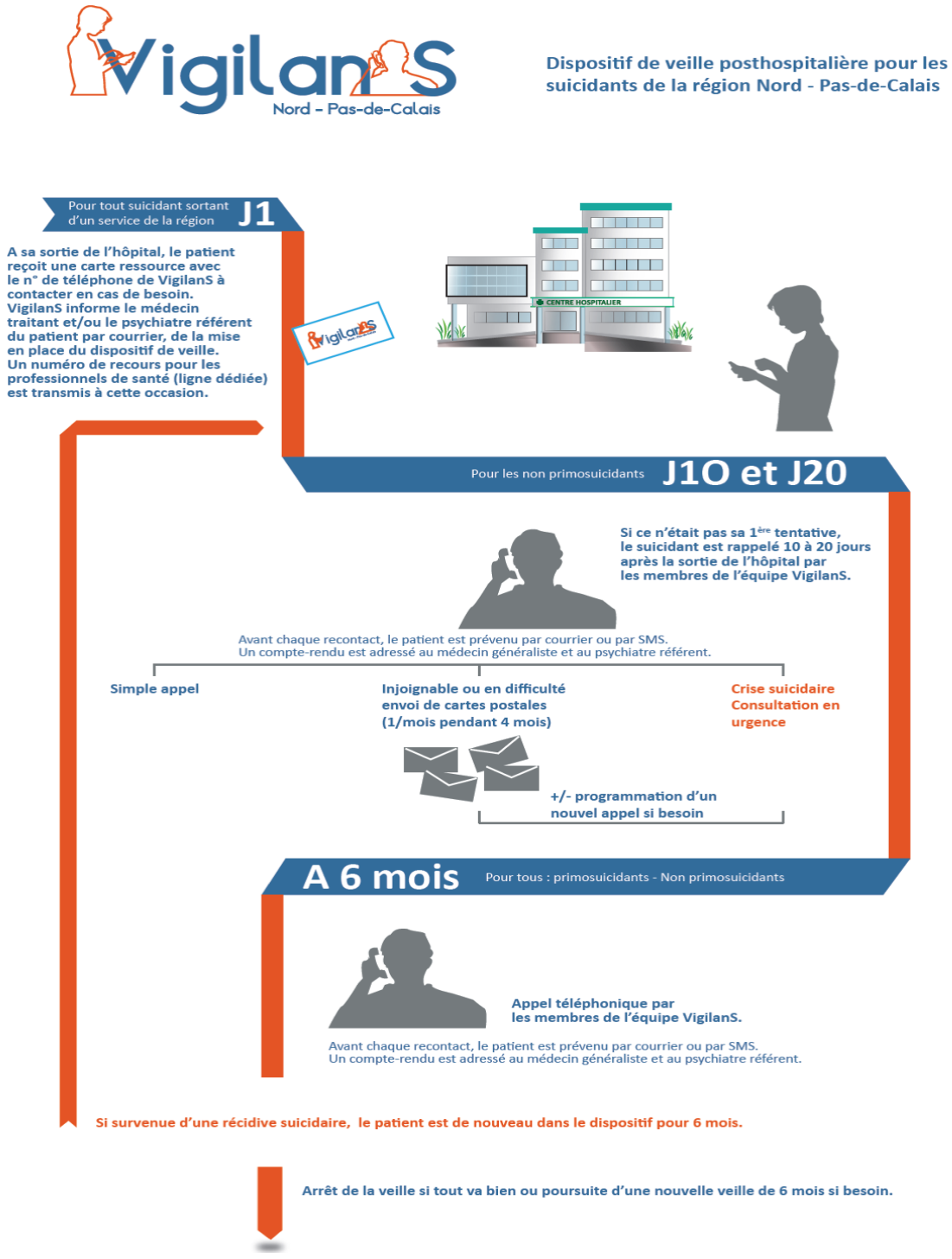
17. Un contact téléphonique au médecin traitant est-il réalisé ?

☐ jamais ☐ parfois ☐ souvent ☐ toujours

18. Vous arrive-t-il de réaliser des suivis (3 consultations ou plus) dans les locaux des urgences ?

☐ jamais ☐ parfois ☐ souvent ☐ toujours

Annexe 4. Algorithme résumant les étapes de la veille dans VigilanS[14]



[14] Document conçu par l'équipe opérationnelle VigilanS (CHRU de Lille)

Références bibliographiques

1. Chan Chee C & Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. (Institut de veille sanitaire, 2014).
2. Plancke, L. & Amariei, A. Les conduites suicidaires dans le Nord - Pas-de-Calais. (Fédération régionale de recherche en santé mentale, 2014).
3. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. (HAS, 2005).
4. Baillon, G. Les urgences de la folie : L'accueil en santé mentale. (Gaetan Morin, 1998).
5. Circulaire n° 39-92 DH.PE/DGS.3C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.
6. Plancke, L. et al. Les sources d'information sur les tentatives de suicide dans le Nord - Pas-de-Calais (France). Intérêts et limites. Rev. Epidémiologie Santé Publique 62, 351–360 (2014).
7. Anaes. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. (1998).
8. Mazet, P. & al. Conférence de consensus ANAES et Fédération Française de Psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. (Fédération Française de Psychiatrie, 2000).
9. Valette, P. Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique. (Presses Universitaires de France - PUF, 2013).
10. Article D6124-26-6 à 9. Code de la santé publique.
11. Sureau, C., Charpentier, S. & Philippe, J. Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 sur l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences. (Société Française de Médecine d'Urgence, 2006).
12. Sher, L. et al. Effect of acute alcohol use on the lethality of suicide attempts in patients with mood disorders. (2009).
13. Isometsä, E. Suicidal Behaviour in Mood Disorders—Who, When, and Why? Can. J. Psychiatry Rev. Can. Psychiatr. 59, 120–130 (2014).
14. De Clercq, M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. (De Boeck Université, 1997).
15. Tisseron, S. Du bon usage de la honte. (Ramsay, 1998).
16. Vaiva, G. et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. Br. Med. J. 332, 1241–1245 (2006).
17. Vaiva, G. et al. Algos: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. BMC Psychiatry 11, 1 (2011).

Remerciements

Les auteurs remercient les responsables d'établissement et de service de leur avoir autorisés à rencontrer les personnels intervenant aux urgences et ces derniers de leur avoir accordé un temps pour s'entretenir de la prise en charge des suicidants.

Relecture et corrections

Gérard Lecouffe.

Citation recommandée

Guétière G., Plancke L., Danel T., Dehem M., *La prise en charge des personnes suicidantes dans les services d'urgences du Nord et du Pas-de-Calais*, Lille, F2RSM, 2016, 56 p.

En 2015, un programme de recontact des suicidants s'est progressivement mis en œuvre dans le Nord - Pas-de-Calais à partir des services des urgences. A l'occasion du démarrage de ce dispositif géré par le service de psychiatrie du CHRU de Lille, une enquête a été menée –par la F2RSM, chargée de son évaluation- auprès des professionnels engagés dans la prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide : personnels des équipes des urgences et de psychiatrie. Des entretiens semi-directifs ont cherché à appréhender les modes d'organisation de la prise en charge, les liaisons entre équipes, avec les proches et les médecins traitants, ainsi que l'opinion sur le programme de recontact alors débutant. Un questionnaire a également été passé auprès de ces mêmes personnels, ainsi que des Agents de régulation médicale au Samu-Centre 15 du Nord.

L'organisation est complexe, car elle fait intervenir différents professionnels, mais elle est jugée satisfaisante, bien que difficile, de par les problèmes sous-jacents au passage à l'acte. L'étude fait également apparaître un a priori très favorable au principe du recontact et une satisfaction d'être associé à un programme régional. Une grande variabilité des pratiques ressort de la rencontre avec les professionnels, pas uniquement liée aux moyens disponibles.

Cet état des lieux est à la fois utile pour rendre compte des pratiques professionnelles actuelles de prise en charge des suicidants au décours de leur passage dans les services d'urgences, mais également pour apprécier les conditions dans lesquelles VigilanS s'implante progressivement dans le Nord et le Pas-de-Calais.

Fédération
Régionale de Recherche
en Psychiatrie et Santé Mentale
Hauts-de-France

VigilanS
Nord - Pas-de-Calais

3, rue Malpart - 59000 Lille - T : 03 20 44 10 34 - M : contact.f2rsm@santementale5962.com
www.santementale5962.com