

Mémoire de Maîtrise en médecine N° 779

Urgences psychiatriques ambulatoires : quelle évolution en dix ans ?

[Psychiatric emergencies: changes over ten years in an ambulatory
setting]

Étudiante

Marie Michellod

Tuteur

Dr Alexandre Berney

Dpt de Psychiatrie de Liaison, CHUV

Expert

Dr Olivier Hugli

Dpt des Urgences, CHUV

Lausanne, 20 juin 2012

Résumé

Au sein du département de psychiatrie du CHUV à Lausanne, les soins psychiatriques ont connu il y a dix ans une réorganisation majeure avec, d'une part, la création d'unités spécialisées par psychopathologies et d'autre part, l'implantation de l'urgence psychiatrique ambulatoire unifiée à l'hôpital général. A la veille de cette réorganisation, une analyse descriptive des patients se présentant aux portes d'entrée du système de soins psychiatriques avait été effectuée par le biais d'une étude menée par les Docteurs A. Berney et Ch. Bonsack du DP-CHUV, dans le but d'améliorer l'évaluation, la prise en charge et l'orientation des patients. Aujourd'hui, toujours dans un but d'optimisation, il semble important d'explorer les possibles changements intervenus en dix ans dans le profil des patients accédant au système d'urgences psychiatriques.

Notre étude, basée sur le Health of Nation Outcome Scales (HoNOS), est une étude d'observation évaluant tous les patients consécutifs, sur une période de trois semaines en 2009, se présentant au service des urgences psychiatriques ambulatoires ou qui sont admis aux urgences médicochirurgicales du CHUV et pour lesquels une évaluation psychiatrique est requise. Seuls les patients âgés de 18 à 65 ans ont été inclus.

L'analyse comprend les éléments suivants: profils des patients en 2009, comparaison entre patients se présentant aux urgences psychiatriques ou médicochirurgicales, différences par sexe, comparaison entre les échantillons de 1998 et 2009, discussion des résultats et revue de la littérature.

Les résultats de l'étude et la comparaison avec l'étude effectuée en 1998 valident le bien-fondé du choix fait en 1998 de réunir sur un même lieu les deux structures d'urgence, urgences médicochirurgicales et psychiatriques. Nous constatons également une baisse du taux d'hospitalisation en hôpital psychiatrique, au profit d'une prise en charge ambulatoire du patient. Parallèlement, l'investigation psychosociale et l'investigation de l'environnement du patient ont pris toujours plus d'importance.

Mots-clés : urgences psychiatriques – ambulatoire – hospitalisation psychiatrique - HoNOS - CHUV

Sommaire

1. Introduction

2. Méthode

2.1 Sujets

2.2 Instrument

2.3 Analyses statistiques

3. Résultats

3.1 Echantillon 2009

3.1.1 Description générale

3.1.2 Comparaison BH-07 (urgences psychiatriques) et BH-05 (urgences médicochirurgicales)

3.1.3 Différences par sexes

3.1.4 Différences selon la classe d'âge

3.1.5 Pourcentages de problèmes graves selon le suivi

3.2 Comparaison de l'échantillon 2009 versus l'échantillon 1998

4. Discussion des résultats

5. Conclusion

6. Bibliographie

7. Remerciements

8. Annexes

1. Introduction

Au sein du département de psychiatrie du CHUV à Lausanne, les soins psychiatriques ont connu depuis dix ans une réorganisation majeure avec, d'une part, la création d'unités spécialisées par psychopathologies et d'autre part, l'implantation de l'urgence psychiatrique ambulatoire unifiée à l'hôpital général.

On peut définir l'urgence psychiatrique comme une demande dont la réponse ne peut être différée et se doit, afin de réduire l'acuité de la souffrance psychique, d'être rapide et adéquate. La prise en charge de l'urgence psychiatrique passe par l'accueil et l'orientation du patient, son évaluation clinique, ainsi que l'élaboration d'un projet de soins - ambulatoire ou hospitalier - en adéquation avec la problématique du patient et son environnement. Il en résulte que le service d'urgence psychiatrique est non seulement un lieu de tri sélectif et d'orientation des patients, mais aussi un lieu d'évaluation et de soins.

Actuellement, au CHUV, le contexte de l'urgence psychiatrique est double. Premièrement, une prise en charge est assurée par une unité d'accueil et de crise (BH-07, « urgences debout »), indépendante, constituée de sa propre équipe médicale et paramédicale. Deuxièmement, des consultations sont assurées par le psychiatre de garde à la demande de l'équipe d'urgence médicochirurgicale (BH-05, « urgences couchées »).

En 1999, à la veille de la réorganisation, une analyse descriptive des patients se présentant aux portes d'entrée du système de soins psychiatriques avait été effectuée par le biais d'une étude menée par les Docteurs A. Berney et Ch. Bonsack du DP-CHUV, dans le but d'optimiser l'évaluation, la prise en charge et l'orientation des patients. Aujourd'hui, toujours dans un but d'optimisation, il semble important d'explorer les possibles changements intervenus en dix ans dans le profil des patients accédant au système d'urgences psychiatriques suite à cette réorganisation.

Pour ce faire, à l'aide des données récoltées avec le Health of Nation Outcome Scales (HoNOS), nous allons analyser le profil des patients en 2009. Nous explorerons également les différences entre les patients se présentant aux urgences psychiatriques ou médicochirurgicales, et examinerons les différences par sexe. Nous effectuerons ensuite une comparaison entre les échantillons de 1998 et 2009. Et finalement, nous discuterons les résultats en y intégrant les données de la littérature.

2. Méthode

2.1 Sujets

Il s'agit d'une étude d'observation évaluant tous les patients consécutifs, sur une période de trois semaines en 2009, se présentant au service des urgences psychiatriques ambulatoires (consultation ambulatoire au BH-07), ou qui sont admis aux urgences médicochirurgicales du CHUV (BH-05) et pour lesquels une évaluation psychiatrique est requise par le médecin somaticien. Seuls les patients âgés de 18 à 65 ans ont été inclus.

2.2 Instruments

L'étude est basée sur le Health of Nation Outcome Scales (HoNOS) (Wing et al., 1996). Cette échelle permet de décrire des aspects de la santé et du fonctionnement des patients à travers 13 items pouvant être regroupés en quatre dimensions : A-problèmes comportementaux (agression, lésions auto-infligées, alcool/drogues), B-handicaps (cognition, maladie physique), C-problèmes symptomatiques (délires et hallucinations, dépression, autres troubles mentaux), D-problèmes sociaux (relations sociales, vie quotidienne, conditions de vie, occupations). Le score de chaque item peut aller de 0 à 4 et la cotation s'effectue sur le problème le plus sévère des deux semaines précédentes.

La cotation sur l'échelle HoNOS est faite à partir des données recueillies durant un entretien clinique standard d'évaluation tel qu'il est pratiqué de routine par les médecins assistants de garde du Service de Psychiatrie de Liaison du CHUV. Ceux-ci ont reçu au préalable une formation spécifique pour la cotation de cet instrument. Les données telles que l'orientation du patient en post-urgence et les indications relatives à l'évaluation somatique ont été recueillies à partir du dossier médical.

2.3 Analyses statistiques

Les différences entre groupes pour les variables catégorielles et ordinales ont été analysées avec le test du Chi-carré de Pearson. Lorsque les critères d'application du Chi-carré, en terme de pourcentage de fréquences attendues inférieures à 5, n'étaient pas respectés, le test exact de Fisher (FET) a été utilisé. Pour les variables continues, les analyses ont été effectuées avec le

test de Mann-Whitney lors de comparaisons entre deux groupes et avec le test de Kruskal-Wallis lors de comparaisons entre trois groupes ou plus.

3. Résultats

3.1 Echantillon 2009

3.1.1 Description générale

L'échantillon (cf. tableau annexe 1) est constitué de 154 patients, dont 81 femmes et 73 hommes. La moyenne d'âge se situe à 37.43 ans et la répartition entre les différentes classes d'âge est similaire pour les moins de 30 ans, les 30-39 ans, ainsi que les 40-49 ans (environ 28% chacun), en revanche elle est de moitié pour les plus de 50 ans (15%). 43.5% des patients vivent seuls, 22.1% des patients vivent avec leur conjoint, 31.8% vivent en famille, 1.3% sont en EMS ou foyer et 1.3% autres. Au niveau de l'hébergement actuel, la majorité (90.3%) ont un domicile, 4.5% sont sans domicile et 1.9% vivent chez des proches.

Les diagnostics principaux sont la schizophrénie (17.5 %), les troubles de l'humeur (32.5 %), ainsi que les troubles névrotiques (30.5 %).

3.1.2 Comparaison BH-07 (urgences psychiatriques) et BH-05 (urgences médicochirurgicales)

A. Domicile après l'intervention :

Le tableau 1 montre que des différences significatives sont présentes lorsqu'on compare les patients au BH-07 et au BH-05. En particulier, 79.3% des patients vus au BH-07 retourneront à domicile contre 58.1% des patients vus au BH-05 ($p = 0.029$). Nous notons aussi que 15.3% des patients du BH-07 iront à l'hôpital psychiatrique alors que 27.9% des patients du BH-05 y seront envoyés.

	BH-07 (n = 111)	BH-05 (n = 43)	FET	p
Hébergement après l'intervention ¹				
<i>Sans domicile</i>	2 (1.8%)	1 (2.3%)	12.741	0.017
<i>Domicile</i>	88 (79.3%)	25 (58.1%)		
<i>Proche</i>	2 (1.8%)	1 (2.3%)		
<i>EMS, foyer</i>	1 (0.9%)	0 (0.0%)		
<i>Hôpital psychiatrique</i>	17 (15.3%)	12 (27.9%)		
<i>Autre hôpital</i>	1 (0.9%)	1 (2.3%)		
<i>Autre</i>	0 (0.0%)	3 (7.0%)		

Tableau 1 : comparaison de l'hébergement après l'intervention entre BH-07 et BH-05, en 2009

B. Diagnostics principaux :

Les troubles de l'humeur constituent la catégorie diagnostique la plus fréquente au BH-07 et au BH-05 (respectivement 28.8% et 41.9%). Les troubles mentaux organiques, les abus de substances, les troubles alimentaires, les abus de substances avec troubles de la personnalité se présentent majoritairement au BH-05. En revanche, les problèmes de schizophrénie, de troubles névrotiques, de troubles de la personnalité isolés, et les troubles mentaux « sans précision » vont arriver de prime abord au BH-07.

C. Score HoNOS :

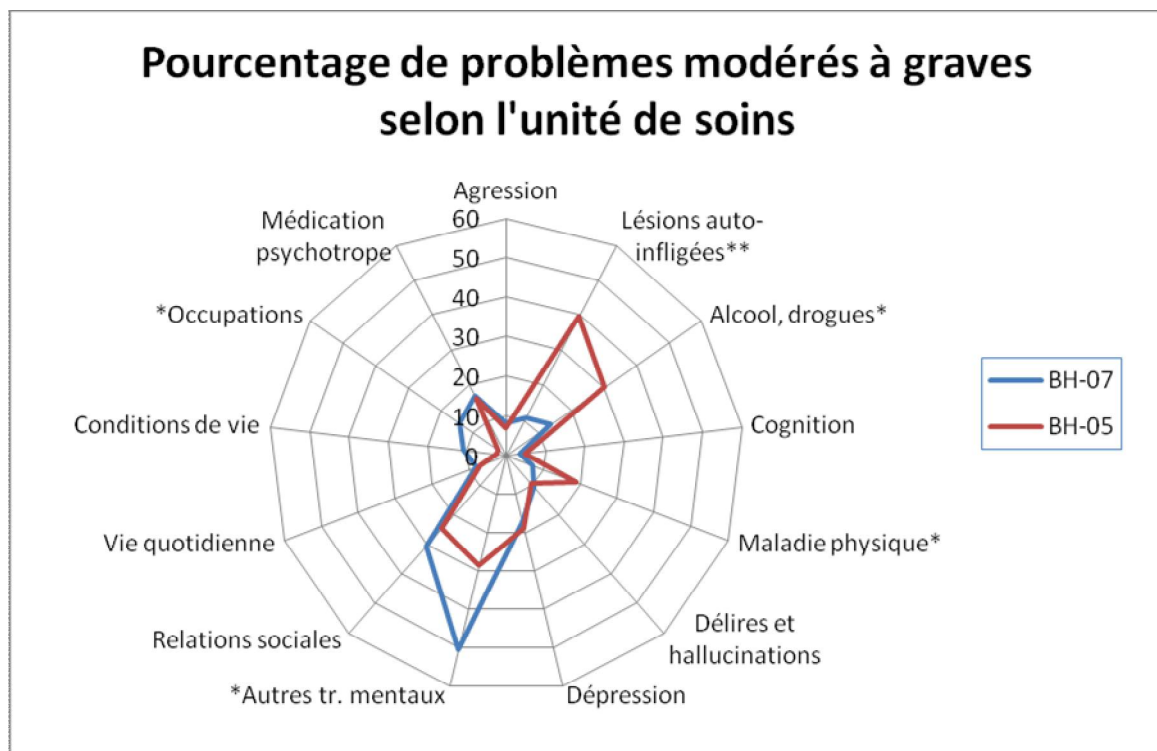
Le tableau 2 indique la proportion de patients ayant atteint un score maximal de 0 à 4, sur au moins un des 13 items de l'échelle HoNOS. 41.6% des patients présentent au moins un problème de sévérité maximale (coté 4). Cette proportion est de 62.8% si seules les urgences du BH-05 sont considérées.

¹ 1998 : 1 missing

Score maximum atteint sur les 13 items	BH-07 (n = 111)	BH-05 (n = 43)	FET	p	Total 2009 (n = 154)
Aucun problème (0)	0 (0.0%)	1 (2.3%)	13.822	0.004	1 (0.6%)
Problème mineur (1)	5 (4.5%)	1 (2.3%)			6 (3.9%)
Problème léger mais net (2)	20 (18.0%)	3 (7.0%)			23 (14.9%)
Problème modérément grave (3)	49 (44.1%)	11 (25.6%)			60 (39.0%)
Problème grave à très grave (4)	37 (33.3%)	27 (62.8%)			64 (41.6%)

Tableau 2 : score HoNOS maximal atteint au moins une fois sur les 13 items

La figure 1 précise la proportion de problèmes modérés et graves (cotés 3 et 4) pour chaque item, selon l'unité de soins. Les patients du BH-05 présentent, de manière significative, davantage de problèmes graves de lésions auto-infligées, de consommation de substances, mais également de problèmes en relation avec une maladie ou un handicap physique. Les problèmes graves propres à d'autres troubles mentaux, ainsi que les problèmes en lien avec les occupations et activités sont plus fréquents au BH-07.



*p<.05 ; **p<.01

Fig. 1 : pourcentage des problèmes modérés à grave (cotation 3 à 4) en fonction de la provenance des patients, pour 2009

Le tableau ci-dessous distingue les scores HoNOS moyens par sections. Il nous montre que les problèmes de comportement se présentent, de manière significative, plus au BH-05 qu'au BH-07.

Sections	BH-07	BH-05	U Mann-Whitney	p	TOTAL 2009
Comportement (A)	0.77	1.29	1509.0	0.000	0.92
Handicaps (B)	0.57	0.73	2151.5	0.313	0.61
Symptômes (C)	1.46	1.33	2135.5	0.417	1.43
Social (D)	1.12	0.86	2030.0	0.216	1.05

Tableau 3 : score HoNOS moyen par section (moyenne des items), pour 2009

Le tableau 4 détaille la répartition des patients selon le type d'intervention : urgence seule ou intervention de crise. Les suivis de crise sont significativement plus importants au BH-07 (35.1%) qu'au BH-05 (11.6%).

Type d'intervention	BH-07	BH-05	χ^2	p	TOTAL 2009
Urgence seule	72 (64.9%)	38 (88.4%)	8.392	0.004	110 (71.4%)
Intervention de crise	39 (35.1%)	5 (11.6%)			44 (28.6%)
Total	111 (100.0%)	43 (100.0%)			154 (100.0%)

Tableau 4 : répartition des patients selon le type d'intervention

Le tableau 5 compare le score HoNOS, selon qu'une hospitalisation psychiatrique ou un projet ambulatoire est prévu. Au BH-07, pour une hospitalisation psychiatrique prévue, le score HoNOS est significativement plus élevé qu'au BH-05 (respectivement 1.83 et 1.37). Nous pouvons aussi constater que, tant au BH-07 qu'au BH-05, le score HoNOS est plus élevé si une hospitalisation psychiatrique est prévue et plus faible si un suivi ambulatoire ou aucun suivi n'est prévu.

	BH-07	BH-05	U Mann-Whitney	p	Total 2009
Hospitalisation psychiatrique prévue	1.83 (0.44)	1.37 (0.39)	49.0	0.019	1.64 (0.48)
Suivi ambulatoire ou pas de suivi prévu	0.89 (0.46)	0.94 (0.45)	1304.0	0.381	0.90 (0.45)
U Mann-Whitney	104.5	90.5			473.5
P	0.000	0.010			0.000

Tableau 5 : Score HoNOS (moyenne 12 items) selon hospitalisation prévue ou non

3.1.3 Différences par sexes

Les analyses qui suivent portent sur les différences entre hommes et femmes admis aux urgences psychiatriques.

Le tableau 6 présente la moyenne par item en fonction du sexe. Les hommes présentent des problèmes significativement plus sévères en ce qui concerne l'agressivité, la consommation de substances et les conditions de vie. Quant aux femmes, elles présentent davantage de problèmes relatifs à des lésions auto-infligées.

Items	N	SEXE		
		Femme	Homme	p*
Agression	154	0.52	1.01	.005
Lésions auto-infligées	154	1.27	0.63	.007
Alcool, drogues	153	0.67	1.44	.000
Cognition	153	0.44	0.58	.158
Maladie physique	152	0.54	0.90	.132
Délires et hallucinations	153	0.53	0.60	.838
Dépression	152	1.66	1.50	.232
Autres tr. mentaux	153	2.11	2.12	.725
Relations sociales	152	1.70	1.92	.427
Vie quotidienne	153	0.83	1.16	.054
Conditions de vie	152	0.25	0.86	.027
Occupations	152	0.63	1.08	.094
Médication psychotrope	154	0.81	1.18	.388

* Kruskal-Wallis

Tableau 6 : Comparaison de la moyenne par item, selon le sexe, pour 2009

Considérons maintenant la sévérité des problèmes par sexe.

Chez les femmes, le principal problème coté comme « grave à très grave » est constitué par les lésions auto-infligées. La dépression, les relations sociales et la catégorie « autres troubles mentaux » qui représentent, quant à eux, les problèmes plus fréquents chez les femmes, présentent généralement une sévérité moins importante ; ils sont évalués dans une grande majorité des cas comme « léger mais net » ou « modérément grave ».

Pour les hommes, relevons qu'ils présentent en général des problèmes d'une sévérité plus marquée que les femmes, la cotation « grave à très grave » ressortant plus fortement. Ils sont notamment touchés par des problèmes de relations sociales, de conditions de vie, d'occupations et de médication psychotrope.

	N	Moyenne (SD)	Médiane	Min	Max	U Mann Whitney	p
Femme	81	0.93 (0.45)	0.92	0.00	1.92	2399.5	<i>0.044</i>
Homme	73	1.16 (0.65)	1.15	0.15	2.91		

Tableau 7 : moyenne HoNOS (moyenne sur les 13 items) selon le sexe

Le tableau ci-dessus montre un score moyen du HoNOS significativement plus élevé pour les hommes.

3.1.4 Différences selon la classe d'âge

Il n'y a pas de différence entre les moyennes des items selon la classe d'âge, sauf pour la maladie physique, qui augmente significativement pour les patients de plus de 50 ans.

3.1.5 Pourcentage de problèmes graves selon le suivi

Les patients ayant une hospitalisation psychiatrique prévue présentent plus de problèmes modérés à graves que ceux qui sont au bénéfice d'un suivi ambulatoire ou autre.

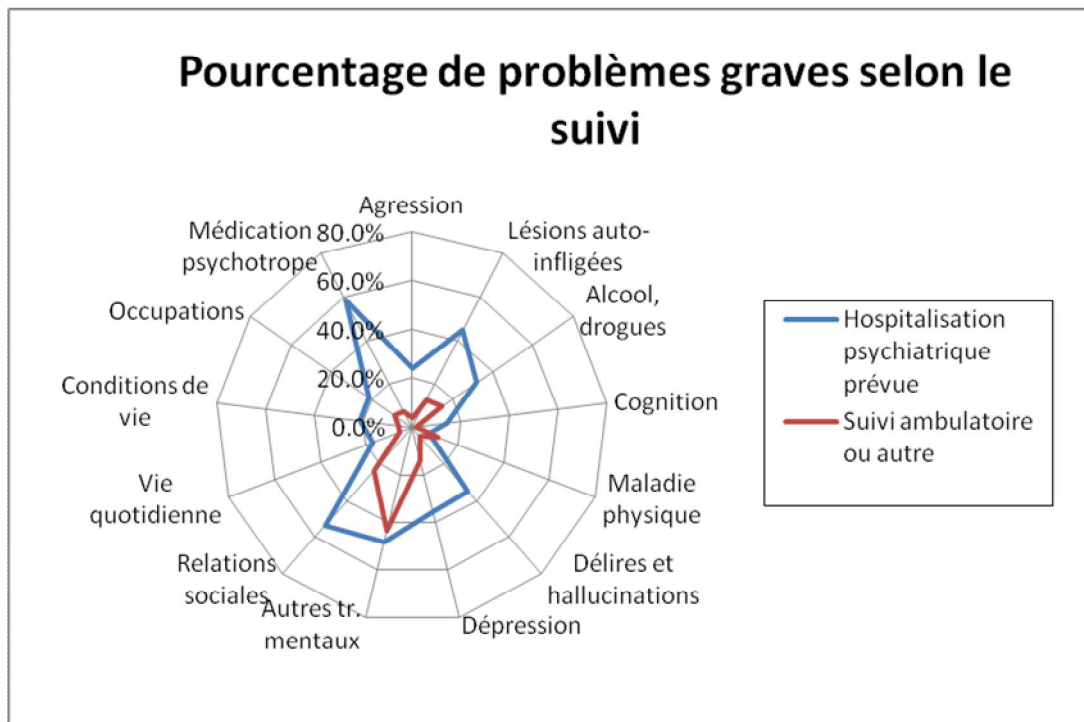


Fig. 2 : pourcentage de problèmes modérés à graves (cotés 3 ou 4), selon le suivi, en 2009

3.2 Comparaison de l'échantillon 2009 versus l'échantillon 1998

Dans ce qui suit, nous allons comparer les données récoltées en 2009, présentées ci-dessus, à celles d'un échantillon évalué en 1998. Il s'agit donc d'une étude d'observation comparant deux échantillons prospectifs de patients collectés en 1998 et en 2009. Pour 1998, l'échantillon est constitué de 129 patients consécutifs ayant consulté les urgences psychiatriques ; l'âge moyen est de trente-six ans et la répartition entre hommes (59) et femme (70) est similaire. Pour rappel, l'échantillon de 2009 est constitué de 154 patients consécutifs ayant consulté les urgences psychiatriques ; l'âge moyen est de trente-sept ans et la répartition entre hommes (73) et femmes (81) est similaire également. La répartition entre classes d'âge de 1998 et 2009 est aussi semblable.

Si nous comparons la moyenne par item de l'échelle HoNOS pour 1998 et 2009 (tableau 8), nous remarquons une diminution des problèmes d'agression, de lésions auto-infligées, de dépression et de conditions de vie. Et, au contraire, nous constatons une augmentation des problèmes liés à d'autres troubles mentaux, aux relations sociales et à la vie quotidienne.

Items	1998	2009	U Mann-Whitney	p
Agression	1.20	0.75	7636.0	0.001
Lésions auto-infligées	1.39	0.97	8005.0	0.006
Alcool, drogues	1.20	1.03	8095.0	0.270
Cognition	0.70	0.51	8805.0	0.225
Maladie physique	0.68	0.71	8862.5	0.733
Délires et hallucinations	0.65	0.56	9449.5	0.712
Dépression	2.08	1.59	7097.0	0.000
Autres tr. mentaux	0.04	2.12	1449.5	0.000
Relations sociales	0.17	1.80	2563.5	0.000
Vie quotidienne	0.02	0.99	4486.0	0.000
Conditions de vie	0.64	0.55	7142.5	0.041
Occupations	0.87	0.85	7612.0	0.336
Médication psychotrope	0.92	0.99	7456.0	0.860

Tableau 8 : Comparaison de la moyenne par item pour 1998 et 2009

La comparaison des pourcentages de problèmes graves entre 1998 et 2009 montre que la proportion de problèmes importants propres à la dépression a diminué de façon significative. De même nous pouvons constater une diminution significative des problèmes graves pour les lésions auto-infligées et la consommation de substances.

Au contraire, les problèmes graves concernant d'autres troubles mentaux et les relations sociales ont augmenté de façon significative.

Items	1998 (n = 129)	2009 (n = 154)	χ^2	p
Agression	14.1%	7.8%	2.891	0.089
Lésions auto-infligées	31.0%	18.8%	5.537	0.019
Alcool, drogues	24.6%	18.3%	1.545	0.214
Cognition	9.7%	3.9%	3.735	0.053
Maladie physique	13.4%	10.5%	0.546	0.460
Délires et hallucinations	14.3%	10.5%	0.946	0.331
Dépression	38.1%	17.8%	14.457	0.000
Autres tr. Mentaux	0%	44.4%	75.551	0.000
Relations sociales	0%	28.9%	44.275	0.000
Vie quotidienne	0%	7.8%	10.567	0.001
Conditions de vie	7.5%	8.6%	0.098	0.755
Occupations	8.4%	11.2%	0.535	0.465
Médication psychotrope	16.3%	16.9%	0.013	0.908

Tableau 9 : pourcentage de problèmes modérés à graves (cotés 3 ou 4) aux urgences en 1998 et en 2009

La figure ci-dessous illustre de manière graphique la comparaison entre 1998 et 2009.

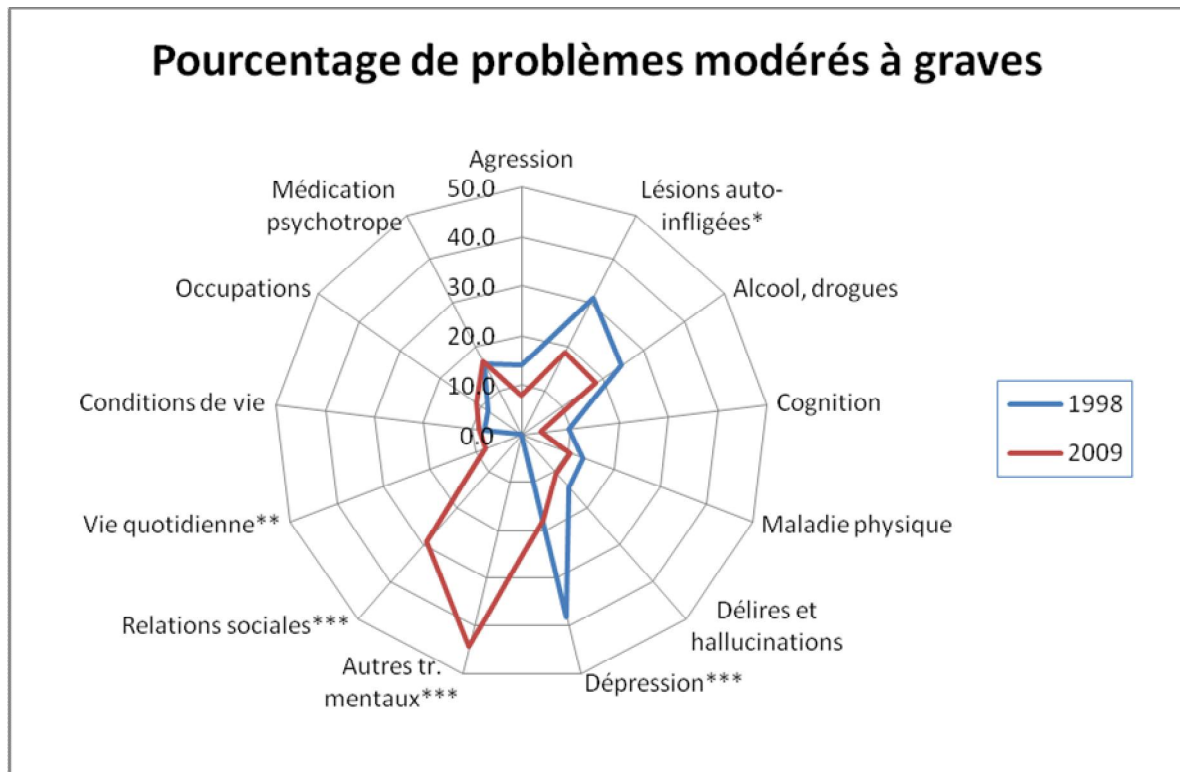


Fig. 3 : pourcentage de problèmes modérés à graves (cotés 3 ou 4) aux urgences en 1998 et en 2009

Le tableau suivant montre que la moyenne générale HoNOS est significativement plus élevée en 2009 qu'en 1998.

	N	Moyenne (SD)	Médiane	Min	Max	U Mann Whitney	p
Total 1998	129	0.81 (0.50)	0.75	0.00	2.08	7543.5	0.000
Total 2009	154	1.04 (0.57)	1.00	0.00	2.91		

Tableau 10 : moyenne HoNOS (moyenne sur les 13 items) pour 1998 et 2009

Le tableau 11 distingue les scores HoNOS moyens par sections. Nous pouvons noter que les problèmes de comportement ont fortement diminué de 1998 à 2009. Par contre, les items « symptômes » et « social » ont, eux, significativement augmenté en l'espace de dix ans.

Sections	TOTAL 1998	TOTAL 2009	U Mann- Whitney	p
Comportement (A)	1.28	0.92	7889.0	0.004
Handicaps (B)	0.70	0.61	9477.5	0.723
Symptômes (C)	0.92	1.43	5118.5	0.000
Social (D)	0.37	1.05	5119.0	0.000

Tableau 11 : score HoNOS moyen par section (moyenne des items), pour 1998 et 2009

Le tableau 12 détaille les modalités de la suite du traitement : hospitalisation somatique ou psychiatrique, ambulatoire psychiatrique, médecin généraliste ou autres.

Ce tableau montre une répartition significativement différente des suites de traitement dans la comparaison 1998/2009, avec une nette diminution de l'hospitalisation psychiatrique (36.1% en 1998, 18.8% en 2009) ainsi qu'une légère diminution du suivi ambulatoire psychiatrique. L'item « autres », qui comprend les suivis de crise (PLIU = intervention de crise limitée dans le temps), la police, un foyer, un refus de suivi,... a augmenté fortement passant de 13.1% en 1998 à 38.3% en 2009.

	TOTAL 1998	TOTAL 2009	FET	p
Hospitalisation somatique	2 (1.6%)	3 (1.9%)	25.636	0.000
Hospitalisation psychiatrique	44 (36.1%)	29 (18.8%)		
Ambulatoire psychiatrique	42 (34.4%)	45 (29.2%)		
Médecin généraliste	18 (14.8%)	18 (11.7%)		
Autres	16 (13.1%)	59 (38.3%)		
TOTAL	122 (100.0%)	154 (100.0%)		

Tableau 12 : suite du traitement, pour 1998 et 2009

Le tableau 13 fait la différence entre urgence seule et intervention de crise. L'intervention de crise correspond à un suivi PLIU sur plusieurs semaines. Et l'urgence seule signifie un contact ponctuel qui débouche ou non sur un suivi hospitalier, un suivi ambulatoire, etc, mais qui n'est pas une intervention de crise PLIU. Nous pouvons observer, de 1998 à 2009, une augmentation significative de l'intervention de crise et parallèlement une diminution significative de l'urgence seule. Pour 2009, les suivis de crise s'appliquent à 28.6% du total des patients contre 15.5% en 1998.

Type d'intervention	TOTAL 1998	TOTAL 2009	χ^2	p
Urgence seule	109 (84.5%)	110 (71.4%)	6.850	0.009
Intervention de crise	20 (15.5%)	44 (28.6%)		
Total	129 (100.0%)	154 (100.0%)		

Tableau 13 : répartition des patients selon le type d'intervention

Le tableau suivant compare le score total HoNOS, selon qu'une hospitalisation psychiatrique ou un projet ambulatoire est projeté. Le score est nettement plus élevé dans le cas d'une hospitalisation que pour un projet ambulatoire. Par ailleurs, les patients orientés vers un projet d'hospitalisation présentent un score plus élevé dans l'échantillon de 2009 que dans celui de 1998.

	Total 1998	Total 2009	U Mann-Whitney	p
Hospitalisation psychiatrique prévue	1.02 (0.42)	1.64 (0.48)	199.0	0.000
Suivi ambulatoire ou pas de suivi prévu	0.67 (0.47)	0.90 (0.45)	3342.5	0.000
U Mann-Whitney	911.5	473.5		
P	0.000	0.000		

Tableau 14 : Score HoNOS (moyenne 12 items) selon hospitalisation prévue ou non

Le tableau 15 présente le pourcentage de patients ayant obtenu un score égal ou supérieur à 3 (coté 3 ou 4) pour chaque item, selon le type de suivi. Tant en 1998 qu'en 2009 les patients sont orientés de façon majoritaire en milieu hospitalier lorsque l'un des domaines comporte des problèmes graves. En 1998 comme en 2009, les patients souffrant de lésions auto-infligées, de problèmes de cognition, de délires et hallucinations et de problèmes de médication psychotrope, tous évalués comme sévères (cotés 3 ou 4), vont bénéficier plutôt d'une hospitalisation psychiatrique que d'un autre type de suivi. A relever qu'en 2009, contrairement à 1998, les patients avec des problèmes d'agression, de dépression, d'abus de substances, de relations sociales et de conditions de vie vont, significativement, eux aussi, bénéficier préférentiellement d'une hospitalisation psychiatrique que d'un autre suivi.

	1998				2009			
	Hosp. psy. (n = 44)	Suivi autre (n = 78)	Total (n = 122)	p (X ² ; *FET)	Hosp. psy (n = 29)	Suivi ambulatoire ou autre (n = 125)	Total (n = 154)	p (X ² ; *FET)
Agression	9 (20.5%)	8 (10.4%)	17 (14.0%)	0.125	7 (24.1%)	5 (4.0%)	12 (7.8%)	0.002*
Lésions auto-infligées	22 (51.2%)	14 (18.2%)	36 (30.0%)	0.000	13 (44.8%)	16 (12.8%)	29 (18.8%)	0.000
Alcool, drogues	12 (33.3%)	15 (20.8%)	27 (25.0%)	0.157	9 (32.1%)	19 (15.2%)	28 (18.3%)	0.036
Cognition	9 (22.5%)	2 (2.6%)	11 (9.4%)	0.001*	4 (14.3%)	2 (1.6%)	6 (3.9%)	0.011*
Maladie physique	3 (7.7%)	10 (13.7%)	13 (11.6%)	0.537*	2 (7.4%)	14 (11.2%)	16 (10.5%)	0.739
Délires et hallucinations	14 (31.8%)	3 (4.0%)	17 (14.3%)	0.000	10 (34.5%)	6 (4.8%)	16 (10.5%)	0.000*
Dépression	20 (47.6%)	26 (33.8%)	46 (38.7%)	0.138	10 (35.7%)	17 (13.7%)	27 (17.8%)	0.012*
Autres tr. Mentaux	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-	14 (48.3%)	54 (43.5%)	68 (44.4%)	0.645
Relations sociales	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-	15 (53.6%)	29 (23.4%)	44 (28.9%)	0.001
Vie quotidienne	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	-	5 (17.2%)	7 (5.6%)	12 (7.8%)	0.052*
Conditions de vie	2 (6.5%)	6 (8.6%)	8 (7.9%)	1.000*	6 (21.4%)	7 (5.6%)	13 (8.6%)	0.016*
Occupations	3 (9.4%)	3 (4.4%)	6 (6.0%)	0.381*	6 (21.4%)	11 (8.9%)	17 (11.2%)	0.090*
Médication psychotrope	10 (32.3%)	5 (8.2%)	15 (16.3%)	0.003	17 (58.6%)	9 (7.2%)	26 (16.9%)	0.000*

Tableau 15 : fréquence (%) de problèmes graves (cotés 3 ou 4) selon le suivi, pour 1998 et 2009

Le nombre de problèmes modérés à graves relevés pour chaque patient peut également être mis en lien avec le choix d'une hospitalisation psychiatrique ou d'un suivi autre. En 1998, les patients étant hospitalisés dans un établissement psychiatrique ont significativement plus de problèmes modérés à graves (3 problèmes ou plus) que les patients ayant un suivi autre. En 2009, l'hospitalisation psychiatrique concerne de manière significative majoritairement les patients ayant 4 ou plus de 4 problèmes modérés à graves.

Nombre de problèmes modérés à graves sur les 13 items	1998				2009			
	Hosp. psy. (n = 44)	Suivi autre (n = 78)	Total (n = 122)	p (X ²)	Hosp. psy (n = 29)	Suivi ambulatoire ou autre (n = 125)	Total (n = 154)	p (X ²)
0	1 (2.3%)	33 (42.3%)	34 (27.9%)	0.000	0 (0.0%)	30 (24.0%)	30 (19.5%)	0.000
1	11 (25.0%)	22 (28.2%)	33 (27.0%)		1 (3.4%)	41 (32.8%)	42 (27.3%)	
2	13 (29.5%)	9 (11.5%)	22 (18.0%)		5 (17.2%)	25 (20.0%)	30 (19.5%)	
3	14 (31.8%)	7 (9.0%)	21 (17.2%)		7 (24.1%)	18 (14.4%)	25 (16.2%)	
4 +	5 (11.4%)	7 (9.0%)	12 (9.8%)		16 (55.2%)	11 (8.8%)	27 (17.5%)	
Total	44 (100.0%)	78 (100.0%)	122 (100%)		29 (100.0%)	125 (100.0%)	154 (100.0%)	

Tableau 16 : nombre de problèmes modérés à graves (cotés 3 ou 4) sur les 13 items, selon le suivi, en 1998 et 2009

Le graphique ci-dessous, reprenant les données de 2009, illustre bien la progression significative du taux d'hospitalisation en regard du nombre de problèmes modérés à graves rencontrés.

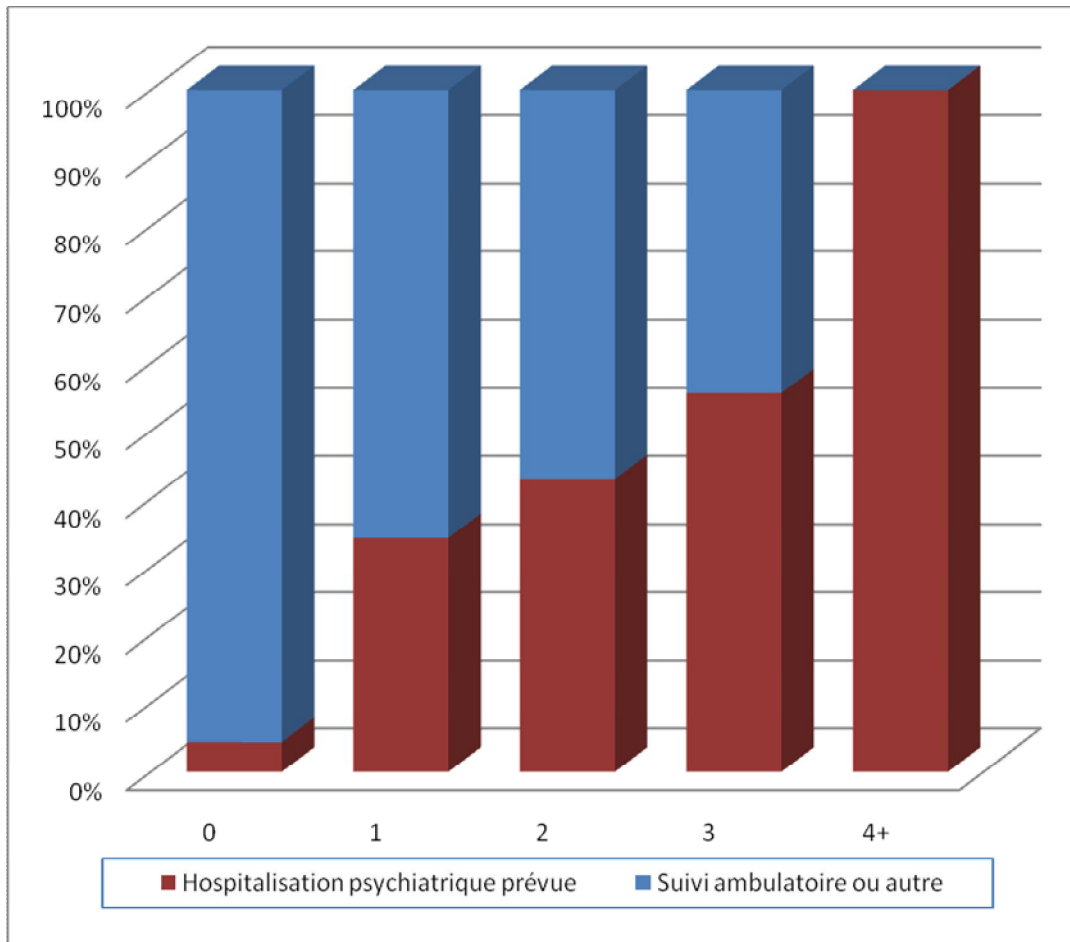


Fig. 4 : répartition des patients dans le suivi selon le nombre de problèmes graves (cotés 4) sur les 12 items, 2009

4. Discussion des résultats

Les données récoltées dans cette étude permettent de décrire le profil des patients souffrant de troubles psychiatriques qui se présentent aux urgences du CHUV.

De manière générale, nous remarquons une nette différence de profil entre les patients se présentant dans l'une ou l'autre des deux structures d'accueil du centre hospitalier universitaire vaudois, soit les urgences médicochirurgicales (BH-05) et les urgences psychiatriques (BH-07), localisées à deux niveaux différents du bâtiment hospitalier. Aux urgences médicochirurgicales arrivent majoritairement les personnes avec des troubles mentaux organiques, des troubles alimentaires, et des abus de substances. En revanche, les personnes souffrant de problèmes de schizophrénie, de troubles névrotiques et de troubles de la personnalité isolés se présentent préférentiellement aux urgences psychiatriques. Cette différence est cohérente avec les spécificités de ces deux structures de soins (BH-05/BH-07). Au-delà de la nature des problématiques, les patients des urgences médicochirurgicales ont plus de problèmes sévères que ceux des urgences psychiatriques. La gravité de la symptomatologie permet également de comprendre pourquoi le nombre de patients des urgences médicochirurgicales envoyés en hôpital psychiatrique correspond au double de ceux des urgences psychiatriques. Les patients des urgences psychiatriques peuvent quant à eux plus facilement retourner à domicile.

Concernant les différences par sexe, les résultats révèlent que les femmes sont plus touchées que les hommes par des problèmes de lésions auto-infligées (tentatives de suicides).

Ceci est en accord avec la littérature qui rapporte que les femmes font plus de tentatives de suicide que les hommes, mais ceux-ci font plus de suicides avec décès. Cela s'explique par le fait que les hommes usent de moyens plus violents ou plus rapidement létaux que les femmes. Quant à elles, les femmes utilisent des toxiques (médicaments), ce qui est associé avec une moindre létalité » (Didier J. Schrijvers et al., 2011). Elles arrivent donc fréquemment aux urgences afin d'être prises en charge pour tentamen.

Dans notre étude, les hommes, quant à eux, souffrent plus que les femmes de problèmes d'abus de substance, d'agressivité, et de difficultés liées à la qualité de leurs conditions de vie à domicile. Ce résultat corrobore les chiffres trouvés dans la littérature. Selon Anne Cleary (2011), les hommes expérimentent de très hauts degrés de souffrance émotionnelle, mais ils

ont de la difficulté à en identifier les symptômes, à exprimer leur détresse et à demander de l'aide. Cette difficulté, ainsi que les moyens pour y faire face, sont sensiblement influencés par l'image de la masculinité véhiculée dans leur environnement social. L'expression de la vulnérabilité émotionnelle, de la souffrance est le plus souvent considérée comme une faiblesse et n'est pas encouragée. On peut faire l'hypothèse que la consommation d'alcool et de drogues correspond à une tentative de mieux faire face à leur situation, ce qui, en fait, exacerbe et prolonge leur détresse.

Dans l'étude, les hommes ont un score élevé d'agressivité. La prévalence élevée des problèmes d'agressivité pourrait être en lien avec la difficulté à exprimer la souffrance émotionnelle, cette souffrance trouvant un canal d'expression par la violence physique ou verbale. Des études ont par ailleurs montré que l'augmentation de la consommation d'alcool est associée à une augmentation du taux d'actes violents (Fergusson and Horwood, 2000 ; Miller et al., 2006 ; Parkhill et al., 2009). Cette association entre abus de substance et agressivité apparaît très clairement dans nos résultats.

On peut raisonnablement imaginer que l'abus de substances peut également conduire, par les mécanismes de dépendance et les problèmes financiers qu'il engendre, à une détérioration des conditions de vie. Les problèmes d'agressivité, d'abus de substances et de conditions de vie à domicile semblent donc être souvent liés.

Enfin, les données récoltées dans les études de 1998 et 2009 permettent une évaluation des changements qui ont eu lieu au cours des dernières années.

Entre 1998 et 2009, les résultats indiquent une diminution des problèmes d'agression, de lésions auto-infligées, de dépression et des difficultés à maintenir de bonnes conditions de vie à domicile. En revanche, nous constatons une augmentation des problèmes liés à d'autres troubles mentaux, aux relations sociales et à la vie quotidienne. Ces trois items n'ayant pas ou peu été évalués en 1998, ces variations reflètent peut-être aussi une différence de cotation entre 1998 et 2009. Nous pensons que les investigateurs d'alors n'avaient pas été suffisamment formés à relever cette dimension. Les conditions d'évaluation ayant été améliorées, les « autres troubles mentaux » peuvent être mieux caractérisés et la vie personnelle et sociale du patient être mieux investiguée. La meilleure prise en compte des items « autres troubles mentaux », « relations sociales » et « vie quotidienne » pourrait expliquer que la moyenne HoNOS des 13 items soit plus élevée en 2009.

La comparaison du score total HoNOS en fonction du projet - prise en charge ambulatoire ou hospitalisation psychiatrique - donne pour résultat un score nettement plus élevé dans le cas d'une hospitalisation. L'échelle HoNOS semble donc un bon instrument pour discriminer les patients ayant besoin d'une hospitalisation et ceux relevant d'un projet ambulatoire.

Les patients orientés vers un projet d'hospitalisation présentent un score plus élevé dans l'échantillon de 2009 que dans celui de 1998. Cela semble refléter une élévation du seuil pour l'hospitalisation au cours des dernières années, peut-être en lien à une évolution vers une option thérapeutique privilégiant la prise en charge ambulatoire du patient - notamment avec le développement des interventions de crise (suivi PLIU). Cette évolution a eu pour résultat une diminution des hospitalisations.

Cela a des conséquences sur l'importance de l'investigation sociale dans les services d'urgence. En 1998, nous vivions dans un contexte où l'on hospitalisait un peu plus facilement les patients psychiatriques arrivant aux urgences. L'histoire du patient allait être investiguée de manière approfondie lors de l'hospitalisation et l'on y consacrait moins de temps lors de la consultation aux urgences. Le choix thérapeutique d'aujourd'hui met fortement l'accent sur les suivis ambulatoires qui demandent, eux, une investigation sociale importante pour un suivi approprié et efficace. Dans son livre « Urgences psychiatriques et interventions de crise », M. De Clercq explique qu'au moment de la crise, l'intervention devrait prendre en compte tant le médical que le psychosocial et l'environnement afin de pouvoir donner au patient un cadre thérapeutique adapté et lui permettre de reprendre sa vie en main.

L'arrivée du service des urgences psychiatriques de la ville - jusqu'alors hors-CHUV - dans le bâtiment hospitalier du CHUV a créé une proximité nouvelle avec les urgences médicochirurgicales. Cette proximité géographique a certainement aussi contribué à élever le seuil d'hospitalisation et à favoriser une prise en charge ambulatoire, les urgences psychiatriques (BH-07) pouvant mettre à disposition des urgences médicochirurgicales (BH-05) des compétences, infrastructures et moyens complémentaires pour la prise en charge des patients psychiatriques. Cela permet également de désengorger le BH-05 des urgences qui ne lui sont pas destinées et ainsi d'augmenter son efficacité. De manière similaire, des patients qui se présentent de prime abord au BH-07 peuvent être orientés vers le BH-05 si leur situation le requiert.

Selon Gregory et al. (2004), « l'importance d'un screening médical adéquat est appuyé par la très haute prévalence de comorbidités médicochirurgicales chez les patients psychiatriques.

Des études ont démontré qu'approximativement 50% des patients psychiatriques ont de « sérieuses comorbidités somatiques ». Or, il peut arriver dans les services d'urgence généraux que le screening médical réalisé pour les patients catégorisés « psy » à cause d'une décompensation psychiatrique momentanée ne soit pas complet. On peut espérer que la collaboration entre BH-05 et BH-07 ait eu pour effet de sensibiliser les soignants du BH-05 à la nécessité d'un screening médical systématique des patients psychiatriques.

Parallèlement, la psychiatrie de liaison a pour rôle d'éviter que les patients du BH-05 ne soient renvoyés chez eux sans avoir identifié ceux qui ont besoin d'une intervention psychiatrique. Ces quelques éléments non seulement valident l'organisation actuelle de la proximité des services des urgences psychiatriques et des urgences médicochirurgicales du CHUV mais montrent aussi l'importance du travail en équipe, de la communication entre les différents services et de l'interdisciplinarité afin que les intérêts du patient soient servis au mieux. Il en ressort une complémentarité de l'évaluation psychiatrique et somatique et non une opposition.

La pauvreté d'articles scientifiques sur le sujet reflète peut-être aussi le fait qu'il n'existe pas beaucoup de lieux dotés de l'organisation actuelle des urgences ambulatoires du CHUV. Elle est sans conteste un atout pour les patients, qui reçoivent de ce fait une prise en charge adaptée à leurs problématiques.

L'échantillon de notre étude est relativement petit. Notre population est néanmoins comparable, en terme démographique et diagnostique, à celle d'un échantillon beaucoup plus large d'un autre hôpital général suisse. L'étude de B. Baldeyrier et al. a recueilli ses données à l'hôpital universitaire de Genève au cours de 1028 consultations. La répartition entre les sexes est de 413 hommes et de 615 femmes, pour 73 hommes et 81 femmes dans notre étude. Et la répartition entre les différentes catégories d'âges est similaire dans les deux cas. Il semble donc que notre échantillon est représentatif d'une population standard se présentant aux urgences pour des motifs psychiatriques.

Une limitation de l'étude tient au fait que l'échelle HoNOS est l'unique moyen d'évaluation. Ce choix s'explique par la volonté de rendre cette étude aisément réalisable aux urgences.

5. Conclusion

Notre étude et la comparaison avec l'étude effectuée en 1998 mettent en évidence 3 éléments essentiels :

- 1) Les résultats valident le bien-fondé du choix fait en 1998 de réunir sur un même lieu les deux structures d'urgence, urgences médicochirurgicales et psychiatriques, et mettent en exergue la complémentarité de leurs compétences dans l'intérêt du patient.
- 2) Nous constatons en 10 ans une baisse du taux d'hospitalisation en hôpital psychiatrique, au profit d'une prise en charge ambulatoire du patient – prise en charge plus adaptée à aider le patient en s'appuyant sur ses ressources et à le maintenir dans une perspective de vie.
- 3) De pair avec cette évolution, l'investigation psychosociale et l'investigation de l'environnement du patient ont pris toujours plus d'importance, affirmant la pertinence de l'approche bio-psycho-sociale.

Globalement, l'organisation actuelle du CHUV et les évolutions vécues ces dernières années tendent vers une augmentation de la qualité de la prise en charge des patients.

6. Bibliographie

1. Berney A, Bonsack Ch, Peter D, Guex P, Borgeat F. Urgences psychiatriques ambulatoires : Quelles structures de soins pour quels problèmes des patients ? *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*. 2000; 4(35):51-4.
2. Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SBG, Hadden S, Burns A. Health of Nation Outcome Scales (HoNOS): Research and development. *British Journal of Psychiatry*. 1998 janv 1;172(1): 11-8.
3. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BGC. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of Affective Disorders* [Internet]. [cité 2012 févr29];(0).Availablede:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032711001492>
4. Anne C. Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Social Science & Medicine*. 2012 févr;74(4):498–505.
5. Fergusson DM, Horwood LJ. Alcohol abuse and crime: a fixed-effects regression analysis. *Addiction*. 2000 oct;95(10):1525–36.
6. Miller TR, Levy DT, Spicer RS, Taylor DM. Societal costs of underage drinking. *J. Stud. Alcohol*. 2006 juill;67(4):519–28.
7. Parkhill MR, Abbey A, Jacques-Tiura AJ. How do sexual assault characteristics vary as a function of perpetrators' level of intoxication? *Addict Behav*. 2009 mars;34(3):331–3.
8. Scott KD, Schafer J, Greenfield TK. The role of alcohol in physical assault perpetration and victimization. *J. Stud. Alcohol*. 1999 juill;60(4):528–36.
9. De Clerq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Bruxelles:De Boeck University;1997.
10. Gregory RJ, Nihalani ND, Rodriguez E. Medical screening in the emergency department for psychiatric admissions: a procedural analysis. *General Hospital Psychiatry*. 2004 sept;26(5):405–10.
11. Baleyrier B, Damsa C, Schutzbach C, Stauffer O, Glauser D. Étude comparative des caractéristiques sociodémographiques et des facteurs prédictifs de soins de patients suisses et étrangers consultant un service d'urgences psychiatriques [Internet]. EM-

Consulte. [cité 2012 févr 29]. Available de: <http://www.em-consulte.com/article/83179>

12. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Alcohol misuse and violent behavior: Findings from a 30-year longitudinal study. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2011 oct 17 [cité 2012 févr 29]; Available de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22015176>
13. Andreoli AV, Muehlebach A, Gognalons M, Abensur J, Grimm S, Frances AJ. Crisis intervention response and long-term outcome: a pilot study. *Compr Psychiatry*. 1992 déc;33(6):388–96.
14. Lauzon S, Corbiere M, Bonin J-P, Bonsack C, Lesage AD, Ricard N. Validation de la version française du Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-F). *Canadian journal of psychiatry*. 46(9):841–6.
15. Unick GJ, Kessell E, Woodard EK, Leary M, Dilley JW, Shumway M. Factors affecting psychiatric inpatient hospitalization from a psychiatric emergency service. *General Hospital Psychiatry*. 2011 déc;33(6):618–25.
16. Boudreaux ED, Allen MH, Claassen C, Currier GW, Bertman L, Glick R, et al. The Psychiatric Emergency Research Collaboration-01: methods and results. *General Hospital Psychiatry*. 2009 déc;31(6):515–22.
17. Althaus F, Paroz S, Hugli O, Ghali WA, Daeppen J-B, Peytremann-Bridevaux I, et al. Effectiveness of Interventions Targeting Frequent Users of Emergency Departments: A Systematic Review. *Annals of Emergency Medicine*. 2011 juill;58(1):41–52.e42.
18. Bebbington PE, Minot S, Cooper C, Dennis M, Meltzer H, Jenkins R, et al. Suicidal ideation, self-harm and attempted suicide: Results from the British psychiatric morbidity survey 2000. *European Psychiatry*. 2010 nov;25(7):427–31.
19. Ridge D, Emslie C, White A. Understanding how men experience, express and cope with mental distress: where next? *Sociology of Health & Illness*. 2011 janv 1;33(1):145–59.
20. Andreoli AV, Muehlebach A, Gognalons M, Abensur J, Grimm S, Frances AJ. Crisis intervention response and long-term outcome: a pilot study. *Compr Psychiatry*. 1992 déc;33(6):388–96.
21. De Clerq M, Lamarre S, Vergouwen H. Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale : une perspective internationale. Paris:Masson ;1998.

22. Andreoli A, Lalive J, Garrone G. Crise et intervention de crise en psychiatrie.
Paris:Simep;1986.

7. Remerciements

Je remercie le Dr A. Berney et Madame S. Gebel pour leur précieuse aide dans l'élaboration et la rédaction de mon travail de master. Merci aussi au Dr O. Hugli d'avoir accepté d'être expert.

8. Annexes

1. Tableau : description de l'échantillon 2009

	TOTAL 2009 (n = 154)
Moyenne d'âge	37.43 (11.51)
Classe d'âge	
<30	44 (28.6%)
30-39	42 (27.3%)
40-49	44 (28.6%)
>50	24 (15.6%)
Sexe	
<i>Femme</i>	81 (52.6%)
<i>Homme</i>	73 (47.4%)
Vit avec ²	
<i>Seul</i>	67 (43.5%)
<i>Conjoint</i>	34 (22.1%)
<i>Famille</i>	49 (31.8%)
<i>EMS, Foyer</i>	2 (1.3%)
<i>Autre</i>	2 (1.3%)
Hébergement actuel	
<i>Sans domicile</i>	7 (4.5%)
<i>Domicile</i>	139 (90.3%)
<i>Proche</i>	3 (1.9%)
<i>EMS, foyer</i>	3 (1.9%)
<i>Autre hôpital</i>	1 (0.6%)
<i>Autre</i>	1 (0.6%)
Hébergement après l'intervention ³	
<i>Sans domicile</i>	3 (1.9%)
<i>Domicile</i>	113 (73.4%)
<i>Proche</i>	3 (1.9%)
<i>EMS, foyer</i>	1 (0.6%)
<i>Hôpital psychiatrique</i>	29 (18.8%)
<i>Autre hôpital</i>	2 (1.3%)
<i>Autre</i>	3 (1.9%)
Hébergement (recodé) à l'admission	
<i>Domicile</i>	139 (90.3%)
<i>Autre</i>	15 (9.7%)
Hébergement (recodé) à la sortie	
<i>Domicile</i>	113 (73.4%)
<i>Hôpital psychiatrique</i>	29 (18.8%)
<i>Autre</i>	12 (7.8%)
Diagnostic principal	
<i>F0 Tr. mentaux organiques</i>	1 (0.6%)
<i>F1 Abus de substances (sans autre diagnostic)</i>	8 (5.2%)
<i>F2 Schizophrénie</i>	27 (17.5%)

² 1998 : 2 missing

³ 1998 : 1 missing

	TOTAL 2009 (n = 154)
<i>F3 Tr. de l'humeur</i>	50 (32.5%)
<i>F4 Tr. névrotiques</i>	47 (30.5%)
<i>F5 Tr. alimentaires</i>	3 (1.9%)
<i>F6 Troubles de la personnalité (sans autre diagnostic)</i>	1 (0.6%)
<i>F1 et F6 Abus de substances et troubles de la personnalité (sans autre diagnostic)</i>	10 (6.5%)
<i>F99 Tr. mental sans précision</i>	1 (0.6%)
<i>Autre</i>	6 (3.9%)

Tableau : description de l'échantillon 2009