



FORMATION  
CONTINUE &  
ALTERNANCE



# Travail de recherche

## Urgences Psychiatriques : L'IPA peut-il devenir un acteur clé pour les urgences d'avis ?

*Etude qualitative monocentrique au sein d'un service d'urgence  
périphérique en Sud Finistère.*

OLLIVIER Pierre-Yves

Master Infirmier de Pratique Avancée - Mention Psychiatrie/Santé Mentale

Promotion 2022/2024



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA RÉGION BRETAGNE

**DIRECTION REGIONALE  
DE LA JEUNESSE, DES SPORTS  
ET DE LA COHÉSION SOCIALE**  
Pôle formation-certification-métier

Conformément à l'article L 122-4 du code de la propriété intellectuelle du 3 juillet 1992 : « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite. Il en est de même pour la traduction, l'adaptation ou la transformation, l'arrangement ou la reproduction par un art ou un procédé quelconque ».

## **Diplôme d'Etat d'Infirmier en Pratiques Avancées**

### **Travail de fin d'étude :**

#### ***Urgences Psychiatriques : L'IPA peut-il devenir un acteur clé pour les urgences d'avis ?***

#### ***Etude qualitative monocentrique au sein d'un service d'urgence périphérique en sud Finistère.***

J'atteste sur l'honneur que la rédaction de ce travail de fin d'étude, réalisée en vue de l'obtention du diplôme d'état d'Infirmier en Pratiques Avancées est uniquement la transcription de mes réflexions et de mon travail personnel. Dans le cas, où pour les besoins de mon argumentation, j'emprunte un extrait, ou plusieurs pages d'un texte, je certifie avoir précisé les sources bibliographiques.

Le 25/05/2024

Pierre-Yves OLLIVIER

Fraudes aux examens :

CODE PENAL, TITRE IV DES ATTEINTES A LA CONFIANCE PUBLIQUE

CHAPITRE PREMIER : DES FAUX

Art. 441-1 : Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende.

Loi du 23 décembre 1901, réprimant les fraudes dans les examens et concours publics.

Art. 1<sup>er</sup> : Toute fraude commise dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'entrée dans une administration publique ou l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat constitue un délit.

## **Remerciements**

Je remercie le Professeur Armelle Gentric ainsi que mesdames Gaëlle Caroff et Sylvie Hénaff pour leur engagement et leur investissement à avoir imaginé, promu, structuré et coordonné la formation d'Infirmier en Pratiques Avancées au sein de l'Université de Bretagne Occidentale.

Je remercie également le Professeur Michel Walter pour son investissement, la coordination de la mention Psychiatrie-Santé Mentale, ses précieux conseils, ses enseignements et ses encouragements pour la réalisation de ce travail de recherche.

Je remercie le docteur Ronan Le Naour pour son engagement à mes côtés en acceptant d'être mon directeur de mémoire. Merci pour tes précieux conseils, ton soutien et ton regard avisé sur notre discipline.

Je remercie le docteur Marc Etienne Guyot-De Salins, madame Hélène Caoudal ainsi que toute l'équipe du service des urgences de l'hôpital de Pont-l'Abbé pour leur accueil amical et leur enthousiasme dans la participation à ce travail de recherche.

Un grand merci aux équipes dans lesquels j'ai évolué ces derniers mois. Je pense à mes collègues de l'Unité Médico Psychologique aux urgences de Quimper ainsi que l'équipe du Centre Médico Psychologique « Roger Gentis ». Merci pour votre soutien et vos encouragements.

Merci à mon encadrement pour avoir soutenu ce travail dans sa conception et sa réalisation, en me permettant de disposer de données et de temps pour la réalisation de l'étude. Je pense à madame Anne-Lise Tirilly cadre de santé de l'UMP, monsieur Yohan Orst faisant fonction cadre de santé au CMP « Roger Gentis », madame Sylvie Keriou cadre supérieur de santé du pôle 3 ainsi que monsieur Roland Le Goff directeur des soins à l'EPSM du Finistère sud.

Merci à ma famille, mes amis mais surtout à mon épouse et mes enfants pour m'avoir soutenu et avoir vécu avec moi cette immense démarche de retour en formation. Merci d'avoir compris et pallié à mes indisponibilités, merci pour votre présence, votre amour et vos encouragements.

Merci à mes camarades de formation pour m'avoir permis de réaliser ces deux ans de formation dans une ambiance légère et studieuse, indispensable pour tenir l'investissement sur le long terme.

Je dédie ce travail aux personnels médicaux, infirmiers, aides-soignants et médico-administratifs travaillant dans le service des urgences de Quimper. Je souhaite leur rendre hommage pour leur professionnalisme, leur courage pour parvenir à continuer de prendre soin des autres malgré les immenses difficultés qu'ils affrontent au quotidien.

« Un jour, dit la légende, il y eut un immense incendie de forêt. Tous les animaux terrifiés, atterrés, observaient impuissants le désastre. Seul le petit colibri s'activait, allant chercher quelques gouttes avec son bec pour les jeter sur le feu. Après un moment, le tatou, agacé par cette agitation dérisoire, lui dit : « Colibri ! Tu n'es pas fou ? Ce n'est pas avec ces gouttes d'eau que tu vas éteindre le feu ! »

Et le colibri lui répondit : « Je le sais, mais je fais ma part. » »

Pierre Rhabi

## Table des matières

<b>I.</b>	<b>Introduction.....</b>	<b>9</b>
<b>II.</b>	<b>Situation d'appel.....</b>	<b>11</b>
1)	Contextualisation .....	12
<b>III.</b>	<b>La pratique avancée.....</b>	<b>15</b>
1)	Définitions.....	15
2)	Historique .....	16
3)	Les compétences .....	16
4)	La pratique avancée en France.....	17
5)	Psychiatrie Santé Mentale.....	19
6)	La primo accession.....	21
<b>IV.</b>	<b>Les Urgences Psychiatriques.....</b>	<b>22</b>
1)	Définition .....	22
2)	Typologie des urgences psychiatriques .....	23
3)	La crise.....	24
4)	Structures et dispositifs territoriaux .....	25
5)	Motifs prévalents d'urgences psychiatriques .....	26
a)	Les états d'agitation .....	26
b)	La crise suicidaire .....	27
c)	Le délire .....	28
d)	L'angoisse .....	29
e)	La dépression .....	30
f)	Le psychotraumatisme .....	31
6)	Spécificité de la prise en charge.....	32
a)	L'accueil.....	32
b)	L'évaluation .....	33
c)	L'orientation.....	34

7) Les soins sous contraintes.....	35
<b>V. Organisation des soins psychiatriques en sud Finistère. ....</b>	<b>37</b>
1) L'offre de soin publique.....	37
a) L'EPSM du Finistère Sud .....	37
b) La psychiatrie adulte .....	37
c) La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. ....	38
d) L'addictologie .....	40
e) Prise en charge des troubles neurodéveloppementaux et du spectre autistique 40	
f) Psychiatrie du sujet âgé.....	41
2) L'offre de soin privé.....	42
a) Le service Saint Louis de Pont l'abbé .....	42
b) La clinique Kerfriden.....	42
c) Les psychiatres libéraux.....	43
3) L'Organisation de l'urgence psychiatrique en Sud Finistère .....	43
a) L'Unité Médico Psychologique .....	43
b) Les Centres Médico Psychologiques. ....	45
4) Projet Territorial en Santé Mentale .....	46
<b>VI. Hypothèses et question de recherche.....</b>	<b>48</b>
<b>VII. Etude .....</b>	<b>50</b>
1) Objectifs.....	50
2) Méthode .....	50
a) Choix du type d'étude.....	50
b) Critères d'inclusion.....	51
c) Critères d'exclusion .....	52
d) Réalisation de la collecte des données .....	53
e) Traitement des données.....	53

3) Ethique.....	53
4) Enquête préalable sur la population étudiée.....	54
a) Le service.....	54
b) L'équipe .....	55
c) Les locaux.....	55
d) L'organisation .....	56
e) Activités.....	57
f) L'activité psychiatrique.....	58
g) Observations et réflexions .....	58
5) Guide d'entretien .....	60
<b>VIII. Résultats.....</b>	<b>61</b>
1) Professionnels interrogés et saturation des données.....	61
2) Thématiques retrouvées en entretiens.....	61
3) Données sociologiques et estimation des professionnels de l'activité psychiatrique dans le service. ....	62
4) Activités psychiatriques.....	62
• Représentations des professionnels .....	62
• Motifs prévalents identifiés par les professionnels.....	63
5) La prise en charge.....	64
6) Les difficultés.....	65
7) Attentes des professionnels .....	66
<b>IX. Analyse des résultats.....</b>	<b>67</b>
1) L'Activité .....	67
a) Estimation par les professionnels .....	67
b) Les représentations des professionnels .....	67
c) Les motifs prévalents .....	68
2) La prise en charge.....	68

3) Les difficultés.....	69
4) Les Attentes .....	70
<b>X. Discussion .....</b>	<b>72</b>
1) Intérêts de déployer une consultation avancée dans les services d’urgences périphériques.....	72
a) Sur le plan clinique .....	72
b) Sur le plan organisationnel.....	73
2) L’intérêt d’un IPA.....	74
3) Les limites et les biais.....	75
a) Validité externe .....	75
b) Validité interne .....	75
4) Objectifs, attentes et résultats.....	76
<b>XI. Conclusion .....</b>	<b>78</b>
<b>XII. Bibliographie .....</b>	<b>79</b>



## **Abréviations**

**SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation**

**SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente**

**UMP : Unité Médico Psychologique**

**CMP : Centre Médico Psychologique**

**IPA : Infirmier en Pratique Avancée**

**PSM : Mention Psychiatrie/Santé Mentale**

**CHIC : Centre Hospitalier de Cornouaille**

**GHT : Groupement Hospitalier Territorial**

**GCS : Groupement de Coopération Sanitaire**

**MCO : Médical Chirurgical Obstétrique**

**CII : Conseil International des Infirmières**

**CAC : Centre d'Accueil et de Crise**

**SAS : Service d'Accès aux Soins**

**CNLTR : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales**

**ELSA : Equipe de Liaison et de Soin en Addictologie**

**IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation**

**MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation**

**EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale**

**CCAS : Centres Communaux d'Actions Sociales**

**CSAPA : Centres de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie**

## **I. Introduction**

Ma carrière d'infirmier en psychiatrie aura été marquée depuis l'obtention de mon diplôme en 2011, par un changement de génération au sein de la profession.

Les années 2010 vont voir la génération des « babyboomers » partir à la retraite. Cette génération aura vu, connu et aura été actrice d'un essor sans précédents en psychiatrie. Galvanisé par les progrès sociaux d'après « Mai 68 » et la volonté puissante de mettre fin à la psychiatrie asilaire, cette génération de professionnels marquera la psychiatrie par de nombreuses innovations thérapeutiques, psychothérapeutiques ainsi qu'en psychopharmacologie. De la philosophie à l'éthique professionnelle, leur combat aura été de redonner un statut de citoyen, une dignité aux malades atteints de troubles mentaux qui n'avaient jusque-là que trop connu l'enfermement derrière les murs des Asiles (1) . Alors que la démographie des soignants en psychiatrie accuse la perte massive des « babyboomers », c'est avec eux de nombreux savoirs et expériences qui disparaissent fautes de temps ou de conditions propices permettant leur transmission.

Outre la disparition progressive des Infirmiers de Secteurs Psychiatriques, c'est également un changement constitutionnel que connaît la psychiatrie depuis plusieurs années. Les progrès technologiques et scientifiques, l'apports de différentes disciplines, les innovations provenant du monde entier, remodelent les prises en charge et viennent bousculer une psychiatrie française jusque-là régie par les deux grands courants majeurs du XXème siècle que sont la Psychiatrie de Secteur et la Psychiatrie Institutionnelle.

Dans une dynamique de grande réforme du système de santé initiant son virage ambulatoire, il est proposé à une psychiatrie très impacté par cette disparition de compétences infirmières et pour pallier une démographie médicale insuffisante, la profession d'Infirmier de Pratique Avancée.

Mon parcours m'a principalement mené à travailler auprès des personnes en crise dans différents services d'admission, en Unité de Soins Intensifs Psychiatriques à l'hôpital de Cadillac et aux urgences psychiatriques à Quimper.

La crise que connaît les services d'urgences depuis quelques années amènent à repenser les parcours de soin et décentraliser certaines compétences afin de réduire les phénomènes concentrationnaires saturant l'hôpital public.

Tant sur le plan national qu'au niveau départemental, l'utilisation des IPA apparait comme une ressource possible et envisageable pour fluidifier, construire et coordonner les parcours de soins y compris pour les soins non programmés. (2) (*Voir Annexe I*)

### **Les IPA pourraient-ils devenir des acteurs de l'urgence psychiatrique ? et de quelle manière ?**

Un premier travail de recherche exploratoire durant mon année de master 1, m'a mené à initier un début de réponse. Trois entretiens semi dirigé auprès de professionnels d'urgences des services de Thionville (57), Carhaix (29) et Pont l'Abbé (29) m'ont fait apparaître que les apports des IPA dépendraient des moyens psychiatriques déjà déployés au sein des services d'urgences. Les compétences de l'IPA aux confluences des disciplines médicales et infirmières (3), n'apporteraient que peu de chose pour les services d'urgence disposant d'une équipe pluridisciplinaire de psychiatrie. Ce travail mettait en lumière que les compétences de l'IPA seraient plus adaptées aux besoins des services d'urgences ne bénéficiant pas ou ponctuellement l'aide de professionnels de psychiatrie pour traiter les situations d'urgences psychiatriques. Ce premier constat m'a aidé à affiner mon objet de recherche et le contexte dans lequel me centrer.

Ce travail de recherche se centrera sur le territoire du sud Finistère et comprendra une étude monocentrique au sein du service des urgences de l'hôpital de Pont l'abbé.

Il a pour objectif d'étudier des recours possibles afin de réduire l'engorgement du service des urgences du Centre Hospitalier de Cornouaille de Quimper, en décentralisant les compétences psychiatriques en terme d'évaluation clinique, vers un service d'urgences périphérique.

## **II. Situation d'appel**

J'exerce depuis 7 ans à l'Unité Médico Psychologique de l'EPSM du Finistère Sud de Quimper. L'UMP a la particularité de se situer au sein du service des urgences du Centre Hospitalier de Cornouaille (CHIC) sur le site « Laënnec » de Quimper. C'est dans ce contexte en immersion que nous réalisons des missions d'accueil, d'évaluation et d'orientation en psychiatrie d'urgence mais aussi d'évaluation, de suivi et d'orientation en psychiatrie de liaison pour les différents services du CHIC.

Ce contexte de pratique en immersion constitue bien souvent des difficultés dans la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux. Le service des urgences de Quimper connaît les mêmes difficultés que tous les autres services d'urgence au niveau national ; Augmentation de la demande de soins (4), sous effectifs parmi les personnels, vieillissement de la population provoquant des engorgements au sein des urgences par manque de place en hospitalisation, méconnaissance des parcours de soins par les usagers ; Il n'est pas rare que le service des urgences soit complètement saturé, avec des files actives toujours plus importantes et des délais d'attente supérieurs à 9h. Ces conditions ont un effet palpable sur l'environnement de travail et les personnels y œuvrant d'arrache-pied. Fatigue, épuisement et parfois même désespoir, l'effervescence y est parfois paroxystique avec des retentissements sur les prises en charge et les rapports inter professionnels (5,6).

Au sein de l'UMP, nous traitons différents types de demandes, comme des demandes d'orientation vers les soins ambulatoires, la prise en charge de phénomènes anxieux aigus avec ou sans manifestations somatoformes, des états de détresse psychologique dans le cadre de psycho traumatisme. Des agitations sur la voie publique ou dans le cadre privé lorsque celle-ci sont suspectées d'avoir pour origine des troubles psychiatriques aigus ou chroniques. Ainsi que toutes les tentatives de suicide ayant pu être prévenues par les secours ou l'entourage des patients.

La particularité de ces différents motifs d'admissions, à part pour les demandes d'orientation, c'est qu'ils relèvent tous d'un état de crise des patients qui y sont soumis. Ces états de crise ont pour caractéristiques communes des symptômes tels que du stress, de l'anxiété, de l'hypervigilance, un état émotionnel labile, de l'instabilité psychomotrice vulnérabilisant considérablement le patient et pouvant précipiter de nouveaux passages à l'acte.

En psychiatrie-santé mentale plus qu'ailleurs, l'environnement de soin est d'une importance cruciale dans la prise en charge des patients. Face à ces phénomènes de crises, des lieux calmes, aux temporalités différentes, conjugués à des prises en charge contenant avec des soins relationnels apaisant basés sur l'accueil, l'écoute et la disponibilité, sont préconisés pour permettre aux patients de retrouver une quiétude et la capacité de trouver des solutions à leurs problématiques (7).

Malgré tous nos efforts de collaboration interdisciplinaire pour tenter d'adapter, un lieu et des personnels conçus et formés pour la réactivité, à ces différents paramètres, il est fréquent de constater que nos patients ne peuvent bénéficier de box pour s'apaiser quelques instants, d'auscultation médicale lorsque leurs craintes se fixent sur certaines parties du corps. Ils peuvent être soumis au stress inhérent à l'effervescence de l'endroit et ce pendant des heures parfois. Ainsi le lieu dédié à l'accueil et la prise en soin de leurs troubles devient un facteur de stress supplémentaire et peut générer de nouveaux symptômes chez les patients tels que de l'instabilité psychomotrice, des agitations ou créer une rupture de soin(7).

Cette réalité peu satisfaisante me questionne et ma position en tant qu'infirmier étudiant en pratique avancée me pousse à vouloir réfléchir du côté des possibilités de ce que la pratique avancée infirmière pourrait amener ou apporter dans cette situation.

Plus précisément c'est la prise en charge du patient présentant une problématique d'urgence psychiatrique au sein des urgences qu'il s'agit d'interroger et quels apports un professionnel en pratique avancée mention psychiatrie santé mentale pourraient faire valoir dans la prise en charge du patient.

### **1) Contextualisation**

L'organisation des soins hospitaliers en Sud Finistère repose sur le Groupe Hospitalier Territorial (GHT) de l'Union Hospitalière de Cornouaille, celle-ci se compose de :

- Centre hospitalier Michel Mazéas de Douarnenez
- Centre Hospitalier « Hôtel Dieu de Pont l'abbé »
- Centre Hospitalier de Cornouaille Quimper-Concarneau
- Etablissement Public de Santé mentale du Finistère Sud

- UGCAM Bretagne-Pays de Loire – Centre de soins de suite et de réadaptation Jean Tanguy.

L'articulation de ces 5 établissements est régie par une convention établie le 3/11/2011 puis reconduite le 1/07/2016. Cette convention se compose de 5 parties définissant :

- Les établissements membres du GHT et les conditions requises pour faire partie du GHT.
- Le projet médical et le projet de soin partagé
- La gouvernance de l'Union Hospitalière de Cornouaille
- Les Fonctions partagées et les espaces de mutualisation
- La Durée, les avenants et la reconduction de cette convention

Le projet médical partagé ainsi que les espaces de mutualisation des moyens mentionnent la création de filières de soin engageant les 5 établissements dans un fonctionnement commun, à la manière de maillons d'une même chaîne, sur une thématique ou une problématique de santé. La réponse à certaines problématiques comme le vieillissement de la population et la prise en charge des personnes âgées souffrant de pathologies provoquant des troubles de dysautonomies sera traitée par la création d'une filière Gériatrie impliquant l'ensemble des structures de références dans ce domaine au sein du GHT dans un fonctionnement en réseau. (8)

Il en est de même pour la médecine d'urgence, celle-ci est régie dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS). Les établissements y prenant part sont les 3 centres hospitaliers MCO de Quimper-Concarneau, de Pont l'Abbé et de Douarnenez ainsi que l'EPSM du Finistère Sud. (9)

Le territoire du Finistère Sud comprend 4 services d'urgences :

- Un service 24h/24, 7 jours sur 7 sur le site de l'Hôpital Laënnec du Centre Hospitalier de Cornouaille de Quimper
- Un service 9h/19h sur l'Hôpital le Porzou de Concarneau
- Un service 24h/24h, 7 jours sur 7 sur l'Hôtel Dieu de Pont l'abbé
- Un service 24h4, 7 jours sur 7 sur l'Hôpital Michel Mazéas de Douarnenez

Le site de l'Hôpital Laënnec comprend le plateau technique le plus complet et la surface d'accueil la plus importante du GHT. Seul les Urgences de Quimper disposent d'une équipe de psychiatrie soumises à la permanence des soins pouvant accueillir, évaluer et traiter des situations d'urgences psychiatriques 24h/24.

Par sa position centrale et son statut d'établissement socle du GHT, le site de Quimper a un effet de centralisation sur le plan territorial. L'importance de son plateau technique et sa capacité d'accueil lui fait accueillir l'ensemble des situations de soins les plus complexes. Il est donc fréquent de constater un effet « d'entonnoir » au niveau des urgences, où le site de Quimper en plus d'accueillir les patients de son secteur, se voit transférer toutes les situations critiques ou complexes du Sud Finistère y compris les situations psychiatriques. L'effet de saturation déjà présent s'accroît donc toujours de plus en plus par cet ensemble de phénomènes.

Ce phénomène d'engorgement des urgences de Quimper est complexe. Il repose sur de nombreuses problématiques ; Structurelle, culturelle, conjoncturelle cet aspect multifactoriel implique qu'un ensemble de mesures seraient à prendre à de nombreux niveaux pour pouvoir apaiser ce phénomène.

Sur le plan psychiatrique, certaines mesures ont déjà été réalisées comme la mise en place de « circuit courts » dans le dispositif d'admission (*voir Annexe II*). Afin que les patients déjà connus des structures de l'établissement et demandeur d'une hospitalisation puissent bénéficier de prises en charge rapides, sans devoir passer par l'Unité Médico Psychologique, afin que leurs demandes de soin puissent être évaluées. Pour les patients inconnus ou peu connus des structures de soins hospitalières ou ambulatoires et étant victimes de situation relevant de l'urgence psychiatrique, l'effet de convergence est inévitable afin que leurs situations puissent être évaluées et traitées par l'équipe médico soignante de l'UMP.

### **III. La pratique avancée**

#### **1) Définitions**

Le terme de « pratique avancée », provient de l'anglais « *advanced nursing practice* » apparu dans les années 60.

Ce concept aujourd'hui étroitement en liens avec le métier d'infirmier, revêt une dimension internationale au début des années 2000. Le Conseil International des Infirmières lui donne la définition suivante :

*« Une infirmière qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau de maîtrise (master) est recommandée. » Bryant-Lykosius D. Synthèse de politique du CII:la pratique avancée infirmière une composante essentielle des ressources humaines nationales pour la santé. 2016 (10)*

Le Canada, pays précurseur dans le développement de la profession propose en 2002 :

*« La pratique infirmière avancée (PIA), est une expression globale. Elle décrit un niveau avancé de la pratique infirmière qui maximise l'utilisation des compétences spécialisées et du savoir infirmier approfondis pour répondre aux besoins des clients dans le domaine de la santé (particuliers, familles, groupes, populations ou collectivités au complet). La PIA repousse ainsi les frontières du champ d'exercice de la profession infirmière et contribue au savoir infirmier, à l'épanouissement et au progrès de la profession »(10)*

En 2018 le CII complétera la définition officielle par :

*« le terme infirmière en pratique avancée a évolué pour devenir un terme générique (ou parapluie) qui englobe un groupe croissant et diversifié d'infirmières qui ont évolué au-delà de la pratique infirmière clinique fondamentale, en pratique clinique ou dans le champ de l'éducation » (10)*



## **2) Historique**

Officiellement reconnue en France depuis 2018, cette profession apparaît outre atlantique au milieu du XXème siècle en liens avec des évolutions démographiques, des besoins spécifiques en santé, les limites d'organisation des métiers de la santé, la montée en compétences de certains professionnels dans un contexte d'innovation et de progrès technologiques. Bien qu'on puisse considérer à posteriori Florence Nightingale comme la première infirmière de pratique avancée, c'est en 1943 sous le terme « d'infirmières cliniciennes » que les premières pionnières sont référencées. Il faudra néanmoins attendre 1960 pour qu'une formation de niveau de maîtrise soit structurée et que les premières promotions voient le jour à l'université du Colorado. (10,11)

Depuis ce modèle s'est exporté principalement dans les pays Anglo saxon et les pays nordiques mais également en Asie et au Botswana pour le moment seul représentant du continent Africain. On note plusieurs dénominations qui varient selon les pays en liens avec les différentes missions et compétences qui leur sont attribuées on peut parler d'infirmières praticiennes, d'infirmières cliniciennes, d'infirmières spécialisées. (10)

## **3) Les compétences**

Les différentes implantations de la profession ont fait émerger plusieurs modèles en ce qui concerne ce qui structure la profession (Strong, Brown, McGee, Hamric). Le modèle émergent et celui retenu pour soutenir la pratique avancée en France est celui de Ann Hamric professeure et doyenne à la Virginia Commonwealth University School of Nursing.

Hamric articule la pratique avancée autour de critères primaires tels qu'un niveau d'étude universitaire, une pratique centrée sur le patient et sa famille ainsi qu'un diplôme reconnu (de l'anglais *Certification*). (10,11)

Elle détermine par la suite une compétence centrale qui est clinique soutenue par une approche holistique, une relation de partenariat avec le patient et la référence à un raisonnement clinique expert. Viennent ensuite les autres compétences en soutien de cette compétence clinique centrale. (10,11)

- La guidance ou le coaching : la capacité à mener une prise en charge, prévenir, dépister, mener des actions d'éducation thérapeutiques avec le patient, sa famille ou son entourage.

- La collaboration : articulation des compétences de l'IPA au sein d'une équipe pluridisciplinaire, la pratique avancée est déterminée par un protocole d'organisation.
- Le leadership : capacité de l'IPA à influencer sur ses pairs infirmiers sur des sujet clinique mais également dans la promotion de nouvelle pratiques professionnelles. Également au niveau systémique avec un pouvoir d'influence sur le plan institutionnel en se faisant promoteur des recommandations de bonnes pratiques afin de mieux penser la prise en compte général du patient. Et enfin sur le plan politique en militant au niveau des politiques de santé pour soutenir les pratiques soignantes.
- L'Éthique : en se positionnant toujours du côté du patient afin toujours de promouvoir sa prise en charge.
- Scientifique : en basant sa pratique sur des données probantes (issues de la recherche scientifique : Evidence Based Nursing) et en produisant des données scientifiques sur le plan clinique, conduisant à l'amélioration des pratiques professionnelles. (10)

#### **4) La pratique avancée en France**

La France connaît comme les Etats Unis aux milieux du siècle dernier plusieurs facteurs favorisant l'émergence de cette profession.

Tout d'abord le vieillissement de la population conditionné par un prolongement de l'espérance de vie en liens avec les différentes innovations du XXème siècle en matière de santé publique. Mais également avec l'arrivée des « baby boomer », population représentante du pic démographique d'après-guerre sans précédent, à l'âge seniors. On note que d'ici 2050 1 personne sur 3 sera âgé de plus de 60 ans. (10)

Ce vieillissement implique inéluctablement un affaiblissement des personnes et le développement de maladies chroniques. Bien qu'étant diagnostiquées et traitées maintenant précocement, ces maladies sont à l'origine de 88 % de décès en France et représentent 77 % de la charge des maladies. L'objectif de vieillir en santé constitue un défi primordial en termes de santé publique pour les prochaines années. Néanmoins la diminution des effectifs des médecins pose un problème de taille dans la faisabilité de ses objectifs, on note que les effectifs en médecine générale ont diminué de 9,1 % entre 2007

et 2017 et une répartition inégale sur le territoire laisses certaines zones rurales à l'état de déserts médicaux. (10)

S'appuyant sur un rapport réalisé en 2002 par le Pr Yvon Berland, doyen de la faculté de médecine de Marseille, une des solutions pour palier à cette inefficience du système de santé serait de créer des nouvelles professions de santé, redéfinir les rôles et penser des coopérations entre les différentes professions de santé avec des transfert de compétences et des partages de tâches. (10,12)

Il faudra attendre le mois de juillet 2018 pour que deux décrets paraissent, définissant d'une part l'exercice de pratique avancée, les objectifs et les modalités d'articulation et de fonctionnement de cette pratique au sein des professions de santé existantes. Et d'autres part un deuxième décret concernant les modalités inhérentes au diplôme d'état conférant au professionnel le droit d'exercer en pratique avancée. Trois arrêtés suivront ensuite pour déterminer les domaines d'intervention de la pratique avancée, avec la liste des pathologies concernées, la liste des actes pouvant être réalisés dans le cadre de la pratique avancée et la liste des compétences à acquérir en formation. (10)

Il est défini qu'un professionnel exerçant en pratique avancée se voit disposer d'un champ de compétences élargies par l'obtention d'un diplôme acquis au cours d'une formation universitaire. Ceci s'ajoutant à une expérience professionnelle en tant qu'infirmier d'une durée minimum de trois ans d'exercice. Il exerce en pluridisciplinarité en collaboration avec tous les professionnels participant au sein d'une prise en charge et assure des prises en charge qui lui sont confiées par un médecin. C'est le médecin qui définit le projet de soins en ce qui concerne la conduite diagnostic et thérapeutique. Les domaines d'intervention concerné par la pratique avancée sont les pathologies chroniques stabilisées dont une liste est établie par le ministère de la santé, l'oncohématologie et la néphrologie avec les maladies rénales chronique, dialyse/transplantation. (13)

Dans son champs d'activité, l'infirmier de pratique avancée réalise des suivis de patient qui ont donné leur accord pour bénéficier de sa prise en charge, après avoir réalisé et signé un protocole d'organisation avec le médecin référent du patient définissant, les conditions de retour de la prise en charge du patient à la référence du médecin, les temps d'échanges autour de la situation du patient, les temps de réunions de l'équipe pluriprofessionnelle ainsi que les modalités de prise en charge du patient.(13)

Pour assurer le suivi de ses patients l'IPA peut conduire une évaluation clinique complète par la réalisation d'un entretien, le recueil d'éléments anamnestiques et une auscultation. Dans sa prise en charge l'IPA peut conduire toutes activités de prévention, dépistage, d'éducation et d'orientation qu'il juge nécessaire. Il peut ainsi avoir recours à réaliser des actes mais aussi demander des actes de surveillance clinique et paraclinique et adapter le suivi du patient en fonction des résultats, de l'environnement global du patient, de ses capacités d'adaptation, de son adhésion au traitement établi et la prévention des risques liés à ce traitement médicamenteux ou non médicamenteux. Il peut donc prescrire des médicaments et des dispositifs médicaux non soumis à prescription médicale et figurant sur une liste préalablement établie par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament ainsi que l'Académie Nationale de Médecine, ainsi que des bilans de biologie médicale également prédéfinis. Il peut également renouveler une prescription préalablement établie par le médecin référent du patient et l'adapter en fonction de l'état du patient. Enfin l'IPA doit, au sein de l'équipe dans laquelle il exerce, promouvoir l'amélioration des pratiques réalisées, contribuer à la diffusion de données issues de la recherche scientifique et former ses pairs en définissant les besoins en formation. Il doit également produire des données scientifiques afin d'améliorer les pratiques et la qualité des soins. (13)

### **5) Psychiatrie Santé Mentale**

Les domaines de la Psychiatrie et de la Santé mentale ne se voient concernées par la pratique avancée qu'à partir d'Aout 2019 où le cadre législatif concernant la pratique avancée est à nouveau réexaminé par le législateur. (14)

La pratique avancée en psychiatrie et santé mentale se voit attribuée les mêmes caractéristiques que les autres spécialités avec cependant quelques adaptations aux spécificités de la discipline.

Le soin en psychiatrie repose essentiellement sur une dimension relationnelle thérapeutique soignant/soigné. Il est notoirement et culturellement induit que la pratique clinique en psychiatrie ne peut s'effectuer autrement qu'en équipe et que celle-ci vient prévenir et réguler les phénomènes transférentiels ou contre transférentiels. Il a donc été décidé dans un premier temps que l'exercice en pratique avancée PSM ne pourrait être soumis au protocole d'organisation qu'avec un médecin psychiatre pouvant comprendre les mécanismes relationnels en jeu afin de pouvoir travailler, analyser et ajuster en permanence cette pratique clinique. (1,14,15)

Les pathologies concernées par la pratique avancées sont les troubles neurodéveloppementaux, les troubles du comportement, des troubles psychiatriques, des conduites addictives, à tous les âges de la vie.

Les traitements identifiés soumis aux possibilité d'adaptation, de surveillance et de renouvellement de prescription sont les thymorégulateurs, les psychostimulants, les antipsychotiques atypiques ainsi que les neuroleptiques conventionnels, les antiépileptiques, les antidépresseurs, les anxiolytiques, les hypnotiques, les traitements symptomatiques des effets indésirables, les antalgiques et les traitement de substitution aux opiacés, le cas échéant, dans le cadre d'une procédure de soin établie avec le psychiatre, expliquant les enjeux et les risques thérapeutiques.(14)

Il dispose de la même expertise clinique que ces confrères et consœurs des autres mentions centrées sur les pathologies dont il s'occupe avec une approche holistique. Il mène ses prises en charge en coordonnant les parcours de soins, en construisant l'étayage le plus adapté à la situation des patients en intervenant directement auprès du patient mais également auprès de son entourage, de son environnement socio familial, ou médico-soignant avec l'accord du patient afin d'optimiser au mieux sa prise en charge. (14)

Il collabore avec les différentes institutions sociales, médico-sociales et sanitaires afin de sensibiliser, éduquer et prévenir les facteurs favorisant la maladie mentale et élaborer avec eux les démarches adéquats à exécuter en cas de décompensation ou phénomène de crise. (14)

Bien qu'il ne puisse conduire des prises en charge de façon autonome sur le versant somatique, son approche holistique et les compétences acquise en première année de master lui confère le savoir nécessaire à ausculter lors de ses consultations et ainsi repérer, prévenir et orienter au mieux ses patients en cas découvertes suspectes. (14)

Enfin il exerce un rôle sur le plan institutionnel en participant aux conseils décisionnels visant à promouvoir la qualité des soins, être une ressource pour les équipes sur le plan des savoirs en menant toutes actions pouvant permettre l'amélioration des soins.

De plus il participe comme les autres à la production de données scientifiques et concours à la recherche en pratiques soignantes. (14,15)

## **6) La primo accession**

En 2023 la députée Stéphanie Rist propose une loi adoptée et publiée le 20 Mai 2023, portant sur l'amélioration d'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé. Cette loi vise à permettre l'accès direct à certaines professions paramédicales telles que les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes et les infirmiers en pratiques avancées.

Les conditions requises afin que les patients puissent accéder directement à une consultation avec un infirmier de pratique avancée, sont que le professionnel doit exercer :

- Dans les établissements de santé hospitaliers publics et privés mentionnés à l'article L. 6111-1
- Dans les établissements et les services médico-sociaux mentionnés aux articles L. 312-1 et L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles
- Dans le cadre des structures d'exercice coordonné mentionnées aux articles L. 1411-11-1, L. 6323-1 et L. 6323-3 à savoir les Equipes de Soins Primaires, les Centres de Santé et les Maisons de Santé (16)

Cette loi vient apporter une flexibilité à ce qui était établie, par l'obligation de recourir à un protocole d'organisation. L'IPA peut donc devenir un acteur de première ligne parfois, permettant plus de possibilité dans le déploiement et de renforcement au sein des organisations de soins territoriale, hospitalière et médicosociale.

## **IV. Les Urgences Psychiatriques**

### **1) Définition**

Le dictionnaire Larousse en ligne distingue plusieurs niveaux de définitions en ce qui concerne le mot « urgence », et celui-ci présentera des significations différentes selon s'il est décliné au singulier ou au pluriel.

Pour le mot au singulier, il est mentionné « *une nécessité d'agir vite* » le caractère d'urgence est décrit par le fait « *qu'il ne souffre d'aucun retard* » (17). Les notions de rapidité et d'intervention ou d'action semble être deux éléments importants mais on note également que les termes de « nécessité » et de « caractère » laissent entrevoir un contexte imposant ces actions rapides.

Le troisième niveau de lecture concerne directement la partie médicale :

*« Situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisé très rapidement. »*

Pour le mot au pluriel :

*« Service hospitalier où sont dirigé les blessés et les malades dont l'état nécessite un traitement immédiat. »* (17)

Les sources du CNRTL laissent apparaître les mêmes composantes enrichissant la définition par la notion d'immédiateté :

*« Caractère de ce qui est urgent de ce qui requiert, une action, une décision immédiate. »* (18)

Ainsi le mot urgence implique la notion d'intervenir rapidement voire immédiatement dans contexte donné. Il est fortement rattaché à une dimension médicale pour décrire ce qui nécessite une action rapide vis à vis d'un phénomène pathologique pouvant être un diagnostic, un traitement ou, on peut l'imaginer, un soin.

Le mot « psychiatrique » est un adjectif qui renvoie à la notion plus générale de « Psychiatrie ».

Le CNRTL mentionne :

*« Partie de la médecine qui étudie, qui traite les maladies mentales et les troubles psychiques. »* (19)

La notion « d'urgence psychiatrique » renvoie donc à une situation, un phénomène d'origine psychique ou une manifestation de maladie mentale qui impose une réponse diagnostique, thérapeutique rapide ou immédiate.

L'urgence psychiatrique en France est définie par la circulaire du 30 Juillet 1992. Elle y est décrite comme

*« Une demande dont la réponse ne peut être différée. Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante, afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique. » (20)*

## **2) Typologie des urgences psychiatriques**

Depuis 1989 à la suite d'un rapport portant sur la restructuration des services d'urgence (STEG), on considère 3 types d'urgences psychiatriques.

- Les urgences psychiatriques pures en liens avec des phénomènes aigus de décompensation de pathologies psychiatriques,
- Les urgences mixtes comprenant une intrication entre phénomènes à expression psychiatrique et troubles d'origine somatique,
- Les phénomènes aigus transitoires. (21)

On considère comme « urgences psychiatriques pures » toutes manifestations de décompensation aiguë de pathologies psychiatriques. Parmi lesquelles on peut citer, les décompensations psychotiques avec les troubles délirants, l'altération ou la rechute d'une pathologie chronique comme la schizophrénie. Mais aussi les phénomènes de décompensation de troubles de l'humeur comme des épisodes maniaques ou mélancoliques pour les troubles bipolaires mais également les dépressions. Il est à noter que pour ce type d'urgence, le pronostic vital peut être engagé à défaut d'une prise en charge avec des soins adaptés, les personnes peuvent au décours du phénomène pathologique, constituer un danger pour eux-mêmes ou pour autrui et cela impose une évaluation médicale vis à vis de cette dangerosité. (20,22)

Pour ce qui est des urgences mixtes, on considérera des phénomènes symptomatologiques à présentation psychiatriques mais d'étiologie somatique. Ainsi des phénomènes comme des agitations, des troubles de l'humeur, des confusions, des hallucinations, l'apathie pourront s'inscrire dans tableaux plus larges pouvant relever de troubles



endocrinologiques, tumoraux, métaboliques, infectieux, épileptique ou pouvant résulter du vieillissement. Peuvent également être considéré dans cette partie les troubles addictologiques présentés dans des circonstances de toxiques ou d'alcoolisations massives. Mais également les tentatives de suicides nécessitant un dispositif conjoint entre prise en charge somatique et prise en charge médico psychologique par la suite. (13,14)

Enfin on pourra évoquer les phénomènes aigus transitoires comme la résultante d'expression émotionnelles intenses, s'articulant sur un terrain de vulnérabilité en liens avec le contexte ou la personnalité du patient. Les états de détresse psychologique lors de situations traumatiques, les états de détresses psychosociale, les conflits conjugaux ou familiaux, la solitude ou la précarité peuvent constituer des états symptomatiques aigus à expression psychiatrique.

Plusieurs articles mentionnent que les urgences psychiatriques représenteraient 10 à 30 % des motifs de consultation sur les services d'urgences générale.(20,22)

### **3) La crise**

L'émergence de la situation d'urgence peut potentiellement survenir partout : voie publique, lieux de travail, institution sanitaire ou médicosociale, au sein de l'espace de soin psychiatrique, elle s'inscrit dans un phénomène de crise.

La crise est définie selon le CNLTR comme :

*« Ensemble de phénomènes pathologiques se manifestant de façon brusque et intense, mais pendant une période limitée et laisse prévoir un changement généralement décisif, en bien ou en mal dans l'évolution d'une maladie. »(23)*

En psychiatrie ces phénomènes de crise peuvent revêtir plusieurs formes et s'exprimer avec plus ou moins d'intensité. On caractérisera l'urgence en fonction de l'état du patient et au degrés de danger qu'imposent les phénomènes pathologiques auxquels il est soumis ainsi qu'à la capacité de l'entourage, groupe sociale ou famille à contenir les éventuels éléments destructeurs. (24)

Ainsi c'est potentiellement toute une kyrielle d'intervenants différents ; Professionnels de santé ou de l'intervention, responsables des collectivités ou simples citoyens qui deviendront à des moments différents acteurs dans la gestion de l'urgence.(25)

Selon l'endroit où le moment sur laquelle la situation d'urgence se constitue, on retrouvera un premier maillon composé d'acteur de proximité ou de simple spectateur du phénomène de crise. Ce premier maillon peut donc représenter l'entourage de proximité du patient, qu'il soit amical, familial, professionnel ou de simple passant auprès du lieu d'émergence de la crise.

Le Deuxième maillon d'intervention sera composé de professionnels, après que les signaux d'alerte auront eu été émis par les acteurs du premier maillon. Nous pourrions alors retrouver à ce niveau des intervenants tels que les forces de l'ordre, les pompiers, le médecin traitant. Ou bien des professionnels de proximité si le patient est déjà dans un dispositif de soin comme des éducateurs spécialisés, des infirmiers libéraux ou des référents dans la prise en charge.(25)

Le troisième Maillon d'intervention sera alors composé de professionnels de l'urgence experts de la gestion des phénomènes de crise qui s'attacheront à accueillir le phénomène et démarrer une démarche diagnostique approfondie sur les potentiels mécanismes du phénomène de crise.(25)

Enfin il existera potentiellement un quatrième maillon représentant les professionnels de psychiatrie en charge de support à la prise en charge par les professionnels de l'urgence, de l'évaluation et de l'orientation du patient vers un dispositif de soin adapté à sa situation. Ce quatrième maillon peut se confondre avec le troisième en cas de mutualisation des moyens et de collaboration permanente.

#### **4) Structures et dispositifs territoriaux**

En France les dispositifs de soins accueillant l'urgence psychiatrique varient selon les contraintes, moyens et organisation territoriale. On peut distinguer deux modalités pour traiter de l'urgence psychiatrique.

- Les Urgences de Filière, pour ce qui est des établissements les mieux dotés. Elles sont soumises à la permanence et la continuité des soins, disposant d'une équipe pluridisciplinaire dédiée à l'urgence. Elles peuvent se constituer en lieux spécifiques comme les Centres d'Accueil de la Crise, ou d'équipe postée en immersion dans les services d'urgence des établissements de MCO, disposant ou non de lits d'hospitalisations de courte durée. (2) (*voir Annexe I*)

- Les Urgences d'Avis, le plus souvent affiliés au CMP de secteur, détachant du personnel infirmier ou médical, afin d'évaluer les situations psychiatriques accueillies et traitées aux Urgences MCO. Avec une permanence horaires basée sur les horaires d'ouverture du CMP. (2) (*voir Annexe III*)

En dehors de ces dispositifs spécifiques, on peut évoquer l'importance des CMP qui parfois accueillent, supervisent et permettent la prise en charge en urgence des patients qu'ils suivent.

Il existe aussi le cas de régions ayant optées pour l'utilisation d'Equipes Mobiles. Ces équipes souvent médico-soignantes se déplaçant sur le lieu de la crise afin d'évaluer le plus en aval et déterminer une réponse graduée à la situation. Ces réponses pouvant aller d'un entretien psychothérapeutique à un traitement médicamenteux sur place ou d'une orientation sur un établissement MCO ou d'une entrée direct en établissement de soins psychiatriques.(26,27)

Des plateformes téléphoniques ont également pu voir le jour. Elles peuvent être centrées sur une problématique comme le « 3114 » pour le suicide ou spécialisée dans la guidance de l'entourage inquiet pour un proche comme « Question Psy » à Bordeaux. Plusieurs autres plateformes s'attachent à écouter et accueillir les patients en souffrance ou désireux de bénéficier de conseil pour s'orienter au mieux dans le dispositif de santé mental en fonction de leurs problématiques à l'instar des Services d'Accès aux Soins (SAS), mesure du ministère de la santé et de la prévention lors du Ségur de la Santé. (28–30)

## **5) Motifs prévalents d'urgences psychiatriques**

### **a) Les états d'agitation**

Pouvant être d'étiologie somatique ou psychiatrique, il s'agit de manifestations désordonnées associées à de l'excitabilité psychomotrice constituant un trouble du comportement plus ou moins contrôlable. Souvent accompagné d'une instabilité émotionnelle avec une labilité et une exacerbation des ressentis, pouvant conduire à des troubles des conduites auto et hétéro agressives. (20,21)

La recherche d'étiologie somatique est toujours à privilégier, en raison de la sévérité des potentielles pathologies qui peuvent causer ce genre de troubles.

Les étiologies somatiques possibles :

- Intoxications aiguës (alcool, médicaments, monoxyde de carbone, toxiques.)
- Métaboliques et endocriniennes : hypoglycémie, hypo-/hypernatrémie, hyperthyroïdie
- Neurologiques : démence, hématome sous-dural, épilepsie, méningite
- Cardiovasculaires et pulmonaires : infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, pneumothorax

Les étiologies psychiatriques possibles :

- Décompensation aiguë d'un trouble de l'humeur (manie, mélancolie)
- Épisode psychotique aigu
- Décompensation aiguë d'un trouble psychotique chronique
- Agitation anxieuse
- Crise clastique dans le cadre d'un trouble de la personnalité (histrionique, borderline, antisocial, etc.) (21)

b) La crise suicidaire

Il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Elle résulte d'un phénomène de saturation de l'appareil psychique par des phénomènes sensoriels, émotionnels ou réflexifs auquel la personne tente avec plus ou moins de contrôle d'y mettre un terme. C'est un état temporaire et potentiellement réversible. Elle n'appartient pas à un phénomène pathologique stable, elle est une résultante variable de facteurs de risques dépendant de l'individu, du contexte, des pathologies associées. Est considéré comme suicidaire, une personne ayant des idées suicidaires et comme suicidant une personne ayant tenté de se suicider. On note une estimation de 176000 à 200000 passages aux urgences par an pour des tentatives de suicide en France et 8885 suicides aboutis en 2014. Le mode principal d'exécution de la tentative de suicide est l'intoxication médicamenteuse volontaire aux antalgiques et anxiolytiques, elle représente 90 % des tentatives de suicide. (21) (31)

L'intensité du risque suicidaire s'évalue en prenant en compte plusieurs paramètres inhérent au risque, au degrés d'urgence dans la cinétique de la crise et à la possible dangerosité. L'accumulation de ses critères constitue un risque plus ou moins intense de passage à l'acte. Parmi ces facteurs à prendre en compte :

Facteurs primaires :

- Troubles psychiatriques
- Antécédents personnels et familiaux de suicide
- Communication d'une intention suicidaire ou d'une impulsivité

Facteurs secondaires :

- Pertes parentales précoces
- Isolement social
- Chômage Difficultés financières et professionnelles
- Événements de vie négatifs

Facteurs tertiaires :

- Sexe masculin
- Sujet jeune ou âgé
- Période de vulnérabilité (phase prémenstruelle)

La prise en charge consistera après avoir évalué l'intensité de ce risque, à sécuriser le patient selon les mesures appropriée à son état de santé. Les mesures pouvant être prises sont très larges et s'évalue au cas par cas, elles peuvent aller de l'hospitalisation en soins sans consentement, à un simple retour à domicile avec appuie de l'entourage, un suivi psychologique ou psychiatrique est toujours préconisé s'il n'en est pas déjà en place. (21)

c) Le délire

Pouvant être d'étiologies diverses, le délire est souvent décrit dans la littérature par une perte de contact avec la réalité. Il se caractérise par la construction inconsciente d'une néo réalité, il peut évoluer selon plusieurs mécaniques : intuitive, interprétative, imaginative, hallucinatoire et comporter une ou plusieurs thématiques : hypocondriaque, persécutive,

messianique, mégalomaniacale, érotomaniacale, mystique et peut évoluer de façon chronique ou par épiphénomène de crise. (21)

Il peut être l'expression symptomatique d'une pathologie psychiatrique de la famille des psychoses comme les schizophrénies, la paranoïa et les phénomènes plus aigus comme les bouffées délirantes aiguës. Il peut également s'inscrire dans un trouble de l'humeur dans le cadre de la mélancolie mais également lors d'épisode maniaque à composante psychotique. (21)

Sur le plan organique, il peut s'inscrire dans :

- Intoxications aiguës (alcool, psychostimulants, médicaments)
- Syndrome de sevrage (alcool, delirium tremens)
- Causes neurologiques : hypertension intracrânienne, épilepsie, démence, encéphalopathie.
- Causes métaboliques : hypoglycémie, troubles hydroélectrolytiques.
- Causes endocriniennes : hyperthyroïdie, etc.
- Causes infectieuses : méningite, encéphalite, paludisme.
- Fécalome, rétention aiguë d'urine, infections chez le sujet âgé.

La prise en compte du contexte d'apparition des troubles est fondamentale pour en identifier la cause. L'entourage apparaît souvent comme une ressource de premier ordre au sein de la prise en charge. L'intensité des troubles et la prégnance du délire peut induire un risque d'auto ou d'hétéroagressivité qu'il faudra prévenir. L'amendement des troubles s'effectuera par traitement étiologique pour les causes organiques et traitement symptomatique et prise en charge en hospitalisation pour les causes psychiatriques. (26,32)

#### d) L'angoisse

Il s'agit d'un des phénomènes symptomatiques le plus fréquent, pouvant être associé à une pathologie ou non, l'OMS l'a défini comme :

*« Émotions de peur et/ou inquiétudes et/ou signes physiques de stress excessifs par rapport aux dangers éventuels ».*

Les manifestations d'angoisse peuvent être multiples avec des expressions somatoformes, des syndromes conversifs, comme de la tétanie, de la spasmophilie et peut aussi se caractériser par des attaques de panique. Elles se déterminent par un sentiment de peur en liens avec une sensation de mort imminente déclenchant une réaction de tachycardie et polypnée. Il s'agit bien souvent d'un phénomène aigu mais peut également s'inscrire au sein d'un trouble pouvant entraîner une récurrence de ses phénomènes. La prise en charge se constitue principalement par un aménagement de l'environnement, de façon à exclure les éléments pouvant être identifier comme source de stress de l'environnement du patient. Les appuis médicamenteux sont également utilisés lors de phénomènes particulièrement intenses ou impossibilité d'apaiser la personne par l'environnement. Il s'agit par la suite de faire un point avec le patient et en cas de récurrence, de l'orienter vers une psychothérapie. (21)

#### e) La dépression

La dépression est une des pathologies psychiatriques les plus courante, elle touche 1 personne sur 5 en France au cours de sa vie, peut aussi bien se déclencher de l'enfance à l'âge senior et serait selon l'OMS la première cause de handicap dans le monde (chiffres donnés en mars 2017). Elle est d'intensité variable, l'étendue des symptômes, leur contexte d'apparition et leur durée constituent des degrés différents de sévérité de la pathologie. Ils influent sur les pronostics et les perspectives de prise en charge. (21)

Un syndrome dépressif se caractérise par une altération de l'humeur pouvant être un sentiment de tristesse permanent ou une sensation de vide ou de moral bas. A cela s'ajoute un ralentissent psychomoteur, une perte d'énergie, une fatigabilité, une perte d'envie, de l'inhibition, une perte de plaisir et de la libido, des troubles de la concentration, une altération du sommeil et de l'appétit, des phénomènes de ruminations avec des idées noires, des angoisses et parfois des idées suicidaires. (21)

Les critères de sévérité sont à prendre en compte et déterminent la prise en charge. Selon l'intensité des troubles et la durée d'installation des troubles, des hospitalisations en soins somatiques sont parfois indiquées afin de prendre en charge les éventuelles dénutritions ou carences induites par l'absence d'hydratation, nutrition ou la stase prolongée en décubitus. Les prises en charge ambulatoires sont également permises lorsque la personne bénéficie d'un entourage ressource, qu'il ait la capacité de s'inscrire dans un suivi par un psychiatre libéral ou sur un CMP. Et les prises en charges hospitalières seront préconisées en cas d'isolement de la personne ou de risque suicidaire majeur persistant. (21)

f) Le psychotraumatisme

La spécificité du psychotraumatisme c'est qu'il s'agit d'un phénomène réactionnel. Il se définit de la façon suivante :

*« une situation violente, la peur pour sa propre vie, une menace pour son intégrité ou celle d'un proche, peuvent provoquer un traumatisme psychique, un psychotraumatisme. Autrement dit une perturbation aiguë ou durable, plus ou moins intense, de l'équilibre psychique. »*(33)

L'exposition de l'individu à une expérience violente peut se faire de manière aiguë ou répétée pouvant constituer plusieurs niveaux de traumatismes, on différenciera les notions de stress aiguë et de trouble de stress post traumatique, en fonction de la chronicité des symptômes. (34)

La symptomatologie d'un psychotraumatisme peut aller de l'angoisse à des phénomènes dissociatifs tels que de la sidération, de la déréalisation voir de la dépersonnalisation. La prise en charge se constitue principalement autour de l'accueil, l'accompagnement de la victime dans les heures qui suivent le traumatisme et d'évaluer la survenue de symptômes graves et auquel cas les traiter. L'évaluation des critères de vulnérabilité de la personne apparaît également déterminante, des comorbidités ou des facteurs de risques peuvent compliquer le pronostic et l'objectif de la prise en charge sera d'éviter l'apparition d'un syndrome post traumatique. Une prise en charge hospitalière pourra être envisagée en cas de sévérité des symptômes manifestés, une absence d'entourage de la victime dans les jours post traumatisme, de présence de facteur de risque comme des troubles addictologique ou la préexistence d'une pathologie psychiatrique grave. Une prise en charge ambulatoire sera possible après amendement des symptômes de stress aigus et une psychothérapie sera recommandée dans la période post traumatisme. (34)



## **6) Spécificité de la prise en charge**

### **a) L'accueil**

La littérature en psychiatrie est plutôt dense en ce qui concerne l'accueil du patient. Ce terme comporte une dimension complexe aussi bien pratique que symbolique. Guy Ballion psychiatre et auteur de plusieurs ouvrages sur l'accueil en psychiatrie et notamment en psychiatrie d'urgence écrit :

*« Accueillir est d'abord une vertu, une attitude de l'âme mais cela nécessite des lieux et de la méthode. »(35) quatrième de couverture*

Entre savoir-faire et savoir-être, c'est toute une multitude de compétences qui se mettent en place afin de s'attacher à singulariser chaque situation d'urgence. La fonction d'accueil impose en premier lieux une disponibilité de la part du soignant. Être à l'écoute, entendre un discours parfois confus, comprendre la situation du patient et saisir la nature de la demande quand il y en a une, implique une attention, une concentration et un certain « lâché prise » de façon à ouvrir ses sens afin d'entrer en « résonance » avec le patient. Il faut également de la curiosité et une certaine patience afin parfois de triompher sur les réticences et les défenses du patient. Cet exercice complexe ne peut s'effectuer que grâce à un état de disponibilité et d'empathie. (7,36)

Accueillir en équipe est également fondamentale, la pluridisciplinarité apparaît être un atout majeur dans la qualité d'un accueil et il est important que plusieurs phénomènes de triangulation puissent se mettre en place permettant au patient de rencontrer plusieurs interlocuteurs qualifiés n'ayant pas le même regard sur sa problématique. Ces triangulations permettront au patient de cheminer psychiquement sur l'intégration de sa situation lui conférant au fil de la prise en charge une meilleure compréhension de ce qu'il lui arrive. (37)

On distinguera ainsi, une première triangulation entre le patient, le service des urgences et le service de psychiatrie. La prise en charge par les urgentistes permet un premier niveau d'écoute et de prise en compte de la problématique du patient, écarter une cause somatique en est l'objectif mais elle permet d'introduire l'équipe de psychiatrie qui intervient auprès du patient à la demande de l'urgentiste. Ainsi le patient se voit adressé à l'équipe lui permettant un premier niveau de lecture de sa problématique. (37)

La deuxième triangulation s'effectuera par une double prise en charge de l'infirmier et du médecin psychiatre. Le premier entretien d'accueil est volontiers fait par l'infirmier. Ce

premier entretien est souvent un temps où le patient peut déposer ses émotions, commencer à se raconter et déposer de manière déstructurées les bouts de son histoire. Le positionnement de l'infirmier lui confère une position de proximité vis à vis du patient, ce dernier pourra s'identifier davantage à l'infirmier car il ne lui appartient pas de prise de décision comme le diagnostic ou le traitement. Ce premier entretien doit pouvoir permettre de co-construire la notion de confiance qui sera fondamentale durant toute la prise en charge. Dans un espace qui se veut le plus confortable possible pour le patient, par une écoute non jugeante, une disponibilité et attention particulière, cet entretien permettra également de définir un certain cadre, situer la suite de la prise en charge et cette confiance sera entretenue par le respect de ce qui est annoncé. (37)

#### b) L'évaluation

Evaluer en psychiatrie d'urgence est un processus continue qui démarre de l'annonce de l'arrivée du patient jusqu'à sa sortie. Cette évaluation se décline en plusieurs stratifications, au préalable il s'agit de recueillir des informations fiables concernant le contexte. Comment arrive le patient, avec qui, sur quelles recommandations et pour quel motif, il s'agira ensuite de recueillir des informations fiables sur la situation administrative du patient et ses antécédents médicaux. (24,36)

Ensuite vient le moment de l'évaluation somatique avec le recueil des paramètres vitaux comme le pouls, la pression artérielle, la température, la glycémie capillaire, la fréquence respiratoire ainsi que l'état de vigilance du patient. Des investigations de plus grande ampleur pourront s'effectuer ultérieurement si l'un de ses paramètres se révélait anormal. (37,38)

Vient ensuite l'évaluation psychologique où il faut s'attacher pour le professionnel de psychiatrie à repérer les éléments de sémiologie psychiatrique. Dans son ouvrage Le nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques Serge Tribolet définit la sémiologie psychiatrique comme :

*« L'étude du comportement de l'individu, des fonctions intellectuelles et de l'état émotionnel. Cette tripartition pourrait paraître réductrice si elle ne prenait pas en compte les aspects subjectifs du vécu, les différents types d'éprouver, et les phénomènes les plus subtils concernant le champ de la pensée, de la perception, de la conscience de soi, la conscience du temps et de l'espace, la notion de son devenir, de son humanité, son appréhension du monde et d'autrui. » (39)*

Outre la constatation d'éléments sémiologiques pouvant s'inscrire dans une nosographie, c'est d'un individu qu'il s'agit d'évaluer et il s'agira à chaque fois d'évaluer ce qu'il en dit, ce qu'il en ressent et ce dont il a besoin pour pouvoir déterminer l'aide la plus appropriée. (37)

Durant ce travail on s'attachera à conserver une certaine prudence, les éléments transmis peuvent conditionner de premières représentations parfois pas toujours fidèles à la réalité, il s'agira de ne rien considérer comme vraie avant de les avoir vérifiés ou réinterrogés. De plus, en raison du phénomène de temporalité spécifique à la crise, il s'agira de dilater cette temporalité et continuer de vérifier si les éléments constatés demeurent toujours au premier plan. (36)

Outre de déterminer l'état de santé, l'évaluation permet également de déterminer le degré de vulnérabilité du patient. Ceci sera déterminé par le phénomène pathologique, ce qu'il impose à la personnalité du patient et du contexte dans lequel évolue le patient, ainsi la notion de risque pourra être envisagée. Dans certains cas, le risque peut revêtir un aspect médico-légal lorsque la sécurité des personnes est impactée par un ensemble de phénomènes conduisant le patient à avoir des conduites auto ou hétéro agressives. Il s'agira là des urgences absolues imposant une prise en charge d'une extrême contenance visant à maintenir la sécurité des personnes. (20–22,37)

### c) L'orientation

L'orientation peut être la finalité de la prise en charge de l'urgence mais également le début d'un travail psychothérapeutique. En premier lieu il s'agit de mobiliser les ressources du patient afin que ce dernier puisse s'y appuyer dans une période de convalescence. Il s'agira pour certain cas de recevoir l'entourage afin de les sensibiliser à la problématique que traverse le patient. Pour d'autres ce seront les équipes de soins de proximité comme les infirmiers libéraux ou les médecins généralistes avec lesquelles il faudra faire liens afin que ces derniers prennent en compte l'état de vulnérabilité du patient et y adaptent leur prise en charge. (7,24,38)

Lorsque la situation impose une poursuite des soins psychiatriques, il s'agit de contacter les équipes du secteur duquel le patient relève afin d'organiser la poursuite de la prise en charge. Ce contact ne se résume pas à la prise d'un rendez-vous de consultation mais un temps de transmission circonstancié où il appartient au professionnel d'urgence de

sensibiliser également le collègue du secteur au patient qu'il doit recevoir et ainsi créer des conditions propices à une rencontre.

Si les choix du patient se portent sur une volonté de choisir un praticien psychiatre libéral, un lien s'effectuera dans la même intention par téléphone ou par courrier.

Lorsqu'un risque demeure trop important à l'issue de la prise en charge des urgences et que l'état symptomatique du patient laisse présager la survenue de nouveaux phénomènes de crises ; Ou que le patient ne possède que trop peu de ressources humaines et matérielles afin d'assurer sa convalescence dans de bonnes conditions sous couvert d'un suivi psychiatrique postérieur, une hospitalisation peut être envisagée. Celle-ci peut s'effectuer avec l'accord du patient, selon les conditions de l'article L3211-2 du code de la santé publique ou sous contraintes lorsque l'état clinique impose une prise en charge hospitalière et que le patient refuse de s'y résoudre. (13,27)

## **7) Les soins sous contraintes**

Les phénomènes pathologiques en psychiatrie impliquent parfois une altération de la conscience des troubles, une perception altérée de la réalité ou un désespoir tel poussant les personnes à refuser les aides proposées. (21)

Ainsi un cadre légal prévoit la possibilité de soumettre une personne à recevoir des soins en fonction de critères cliniques particulier, en fonction d'un risque réel ou potentiel et en cas de refus de soins du patient.

Ce cadre légal est exposé dans l'article L 3211-2-1 du code de la santé publique. Il est le fruit de deux siècles de pratique de psychiatrie et de recours à des hospitalisations sous contrainte. La première législation en vigueur concernant les soins sous contraintes remonte à 1838 avec la loi Esquirol concernant l'enfermement des aliénés. Cette loi sera révisée à plusieurs reprises jusqu'à la dernière modification majeure le 5 juillet 2011. (40)

Différents types de soins sous contraintes sont à ce jour possibles en France, ils prévoient la possibilité de prendre en charge en ambulatoire sous forme de programme de soin et des formes d'hospitalisation complètes. Les modalités des hospitalisations complètes seront conditionnées par les circonstances d'émergence des troubles, le mode d'expression et l'intensité conditionnant le risque. Ces éléments conditionneront des procédures différentes principalement sur le plan administratif et de mise en œuvre. On différenciera alors :

- Les Soins Psychiatrique à la Demande d'un Représentant de l'État (SPDRE) pour les troubles à l'ordre public et lorsque les éléments cliniques concourent à la sécurité des personnes.
  - Les Soins Psychiatrique à la Demande d'un Tiers (SPDT) lorsque les personnes de l'entourage du patient s'inquiéteront pour l'état de santé du patient.
  - Les Soins Psychiatriques d'Urgence (SPU) lorsque les circonstances ne permettent pas la double évaluation médicale afin de procéder à une SPDT classique.
  - Les Soins Psychiatrique Péril Imminent (SPI) lorsque toutes les recherches de Tiers se révèlent infructueuses et que le pronostic vital du patient est en danger.
- (40)

Les Motifs principaux à l'origine de la mise en place d'une procédure de soins sous contraintes peuvent être :

- Le risque suicidaire.
- Un risque d'atteinte potentielle à autrui.
- Des prises d'alcool ou de toxiques associée.
- Les syndromes délirant et hallucinatoire.
- Les troubles de l'humeur.
- Le degré d'incurie. (38)

## **V. Organisation des soins psychiatriques en sud Finistère.**

### **1) L'offre de soin publique**

#### **a) L'EPSM du Finistère Sud**

L'EPSM du Finistère Sud est l'établissement de référence pour la psychiatrie et la santé mentale sur le plan territorial. Il s'agit d'un établissement public soumis à la sectorisation depuis la circulaire du 15 mars 1960 et ses évolutions comme la loi du 25 juillet 1985, et plus récemment la loi « santé » de 2016 modernisant la politique de santé mentale en ce qui concerne les parcours de soins et de vie, le projet territorial de santé mentale, les diagnostics territoriaux partagés en santé mentale, les contrats territoriaux en santé mentale, les conseils locaux de santé mentale, l'activité de psychiatrie, les missions de la psychiatrie de secteur ainsi que les communautés psychiatriques de territoire.(41)

#### **b) La psychiatrie adulte**

L'activité de psychiatrie adulte s'articule sur 3 secteurs géographiques conformément aux articles R322161 à 6 du code de la santé publique. (42) Les secteurs 29G89, 29G11 et 29G10 couvrent ainsi tout le territoire du Finistère Sud et découpent la ville de Quimper également en trois parties affiliées aux secteurs.

L'activité clinique se compose en trois pôles administrant l'offre de soin sur les secteurs en hospitalier ainsi qu'en ambulatoire.

Ainsi l'offre de soin regroupe :

- 6 structures d'Hospitalisations Complètes dites « unités d'admission » au sein du site de l'EPSM comprenant 110 lits d'hospitalisation.
- 1 unité de moyen séjour de 17 lits
- 7 structures d'Hôpital de Jour situées à Châteaulin, Douarnenez, Pont l'abbé ainsi que 4 à Quimper. Certaines proposent une offre de soin intersectorielle sur des prises en charge spécifiques. On retrouve un Centre de Réhabilitation Psychosociale dispensant des évaluations et des soins orientés « Rétablissement » ainsi qu'un hôpital de jour spécialisé dans la prise en charge du psychotraumatisme et la promotion de la santé physique pour les personnes atteintes de troubles psychiques.

- 7 Centres Médico Psychologiques couvrant l'ensemble du secteur à Concarneau, Pont l'Abbé, Briec-de-l'Odét, Douarnenez comprenant une antenne de consultation à Audierne ainsi que 3 à Quimper au sein des secteurs.
- 5 maisons thérapeutiques : unités d'hospitalisations à temps complet proposant une alternative à l'hospitalisation traditionnelle, actuellement rattachée aux CMP du secteur mais il existe actuellement un projet de remaniement structurel avec une dimension intersectorielle.
- 2 équipes mobiles : L'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité située au Centre Communal d'Actions Sociales (CCAS) afin de repérer, dépister et mener des actions de prévention et d'orientation en santé mentale auprès des populations sans domiciles fixes ou dans la précarité.

L'Equipe Mobile d'Etayage en Psychiatrie : Déployée sur l'ensemble du secteur de l'EPSM, pouvant intervenir au domicile ou au sein des structures médicosociales, destinées à élaborer des prises en charge spécifiques ne se substituant pas à un suivi psychiatrique existant, pour les patients présentant des troubles psychiatriques persistants. Intervient sur sollicitations des équipes de soins, en institution ou en ambulatoire afin de travailler sur des problématiques spécifiques comme la recherche d'une structure d'hébergement, la stabilisation d'un état clinique par des passages réguliers au domicile, un accompagnement vers des soins. (43)

- 1 Centre du Couple et de la Famille dispensant des thérapies familiales systémiques.(44)
- 1 Unité Médico Psychologique : établie dans les urgences du Centre Hospitalier de Cornouaille afin de traiter l'urgence psychiatrique et la psychiatrie de liaison sur le site Laënnec du CHIC.(45)

c) La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

A l'instar de la psychiatrie adulte, la pédopsychiatrie est également soumise à la sectorisation. Celui-ci forme un territoire plus vaste que celui de la psychiatrie adulte s'étendant sur l'intégralité du Finistère sud intégrant le secteur relatif à la région de Quimperlé à savoir les secteurs 29GI04 et 29GI05.

L'activité clinique est régie par un seul et même pôle comprenant plusieurs structures hospitalières et ambulatoires.

L'offre de soin se compose alors :

- 2 unités d'hospitalisation complète : dont une unité de 7 lits de soins intensifs pour les adolescents de 11 à 16 ans. Mais également d'une Maison thérapeutique du Collégien et du Lycéen (MTCL), permettant un accueil de 10 lits à des jeunes âgés de 12 à 20 ans afin qu'ils bénéficient de soins sans rupture avec le milieu scolaire.
- 5 Hôpitaux de jours : Deux situés à Quimper permettant la prise en charge d'enfant pour l'un et d'adolescent pour l'autre. Ainsi que trois autres situés à Concarneau, Quimperlé et Douarnenez.
- 7 Centres Médico Psychologiques Infantiles : répartie sur l'ensemble du territoire à Quimper, Audierne, Concarneau, Douarnenez, Scaër, Quimperlé et Châteaulin.
- 1 équipe de Pédiopsychiatrie de liaison et d'accompagnement déployée au sein du CHIC dans le service de pédiatrie
- 1 CATTP pour Adolescent : Dispense des ateliers, activité thérapeutique en groupe sur indication médicale.
- 1 Maison des Adolescents : Lieux d'accueil et d'orientation destinés à accueillir des jeunes de 12 à 25 ans, anonyme, sans rendez-vous, sans que l'accord des représentants légaux ne soit obligatoire.
- 1 Equipe mobile de soin Parents Bébés : Destinée à la période périnatale (anténatale jusqu'à 24 mois), travaille en collaboration avec la psychiatrie adulte, les professionnels de soin primaire, mission de repérage des troubles psychiatriques du post partum ainsi que le repérage de la constitution de trouble du lien parents/bébé.
- 1 Equipe Mobile Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent (EMPEA) : Interventions brèves au domicile ou sur les lieux scolaires, sur indication médicale dans le cadre d'un suivi pluri disciplinaire.
- 1 école du pôle PEA : Destinée aux enfants hospitalisés à temps complet sur l'EPSM afin d'éviter que les soins en hospitalisation ne conditionnent pas de rupture avec la poursuite de leurs acquisitions.(46)



d) L'addictologie

L'organisation de l'addictologie sur le secteur du sud Cornouaille est composé de plusieurs structures fonctionnant en réseau mais rattaché à des institutions différentes.

- Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA): Rattaché à l'Association Addiction France ils couvrent le territoire avec des antennes situées à Quimper, Douarnenez, Pont l'abbé et Concarneau. (47)
- Les Consultations Jeunes Consommateurs : Affiliées aux CSAPA, elles sont présentes sur Quimper, Douarnenez et Concarneau afin de dispenser des consultation gratuites et anonymes à des jeunes âgés de 12 à 25 ans. (47)
- Les Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) : Dépendant du Centre Hospitalier de Cornouaille, elles sont déployées au sein des structures hospitalières de Douarnenez, Quimper, Pont l'abbé et Concarneau afin d'y exercer les missions de repérage, dépistage, d'orientation et d'aide aux équipes hospitalières pour les prises en charge présentant des problématiques addictologiques.
- 6 lits d'hospitalisation complète pour des sevrages simples dans un service de médecine à l'Hôpital du Porzoù de Concarneau.
- 1 Service de Soins de Suite et de Réadaptation en Addictologie: « ADSEVEL » dépendant du Pôle de Rééducation de Cornouaille du groupe UGECAM située sur le site de l'hôpital du Porzoù de Concarneau. Dispose de 15 lit en hospitalisation complète, organisation d'hospitalisation à temps partiel.
- La Clinique de l'Odette : Qui est une structure dépendant de l'EPSM du Finistère Sud, elle dispose de 12 lits d'hospitalisation complète pour des cures, de prise en charge en hôpital de jour ainsi que d'un CMP d'addictologie. (48)

e) Prise en charge des troubles neurodéveloppementaux et du spectre autistique

- Maison d'accueil spécialisée : Etablissement médicosocial mais dépendant de l'EPSM du Finistère Sud comprenant 30 places, dont deux temporaires, accueillant des personnes souffrant de troubles du neurodéveloppement avec polyhandicap âgé de 18 à 60 ans bénéficiant d'une orientation délivrée par la MDPH.

- Etablissement d'accueil médicalisé : Etablissement s'inscrivant également dans une filière médicosociale sous la direction de l'ESPM du Finistère Sud. A pour vocation d'accueillir des personnes atteintes de troubles psychiatriques d'évolution déficitaire pour une capacité de 15 places.
- 1 unité d'hospitalisation à temps complet : Destinée à accueillir des personnes adultes atteintes de trouble du spectre autistique pour des séjours au long cours ou pour des séjours de rupture. Structure de soin de 15 lits accueillant les patients du territoire de santé n°2 (Secteurs de Quimper, Châteaulin, Briec, Douarnenez, Audierne, Pont l'Abbé, Fouesnant, Concarneau).
- 1 Centre Médico Psychologique : Destinée au suivi et à la prise en charge ambulatoire des personnes atteintes de troubles du spectre autistique de plus de 16 ans.
- 1 Hôpital de jour : Accueil des patients atteints de troubles du neurodéveloppement et du spectre autistique provenant de structures médicosociales, service hospitalier ou du domicile. On y dispense des prises en charge principalement psychothérapeutiques centrées sur la socialisation et l'ouverture sur le groupe par le biais de prise en charge en pluriprofessionnalité par des Infirmiers, des Educateurs spécialisés et Psychologues. Il n'y a pas de prise en charge médicale sur cette structure, le patient accueilli nécessite un suivi médical au préalable. (49)

f) Psychiatrie du sujet âgé

- 1 Unité d'Hospitalisation Complète : Destinée à accueillir un publique âgé de plus de 65 ans atteint de troubles psychiatriques avec ou sans intrications neurocognitives. Dispose de 16 places d'hospitalisation à temps complet.
- 1 Unité de Soins Long Séjour : Destinée à accueillir un publique âgé présentant des troubles psychiatriques en situation de perte d'autonomie, dont la problématique ne permet pas une intégration dans des dispositifs d'EHPAD classique. Comprend 56 places d'accueil au long cours.
- 4 Hôpitaux de jour : Situés sur Quimper, Poulan sur Mer, Concarneau et Pont l'Abbé, destinés à un publique âgé de plus de 70 ans, rencontrant des troubles psychiatriques ou psychiques au cours du vieillissement.
- 1 Equipe Mobile Psychiatrie du Sujet Agé : Réalise des consultations au domicile des patients âgés de 70 ans présentant des troubles psychiques ou psychiatriques

aigus. A pour mission, l'évaluation de situation de crise ou l'orientation vers un dispositif de soin spécialisé en psychiatrie du sujet âgé, peut concourir à des prises en charge brèves en pré ou post hospitalisation en collaboration avec les médecins généralistes.

- Les consultations de psychiatrie du sujet âgé : Destinées aux personnes de plus de 65 ans rencontrant des troubles psychiques ou psychiatriques au cours du vieillissement.(50)

## **2) L'offre de soin privé.**

### **a) Le service Saint Louis de Pont l'abbé**

Situé à l'Hôtel Dieu de Pont l'Abbé, un établissement privé à but non lucratif dépendant de la fondation Saint Thomas de Villeneuve, ce service d'hospitalisation libre à temps complet dispose de 20 lits destinés à accueillir des personnes atteintes de troubles de l'humeur et plus précisément des états dépressifs. Il dispose d'une équipe pluridisciplinaire dispensant des soins médicaux, infirmiers et psychologiques pour un accompagnement psychothérapeutique mais également une prise en charge chimiothérapique et sismothérapique selon les indications médicales. (51)

### **b) La clinique Kerfriden**

La clinique Kerfriden est un établissement privé de psychiatrie générale et de gériopsychiatrie dépendant du groupe Clinéa. Située à Châteaulin, elle accueille des personnes atteintes de troubles de l'humeur, de troubles dépressifs ainsi que d'addictions. Les soins y sont proposés sur la modalité d'hospitalisation libre à temps complet. Elle dispose d'une capacité de 66 places en hospitalisation complète de psychiatrie générale et de 20 de places en gériopsychiatrie. Une équipe pluridisciplinaire y dispense des soins permettant un accueil et la réalisation de bilans psychiatriques, psychologiques, neurologiques et cognitifs ainsi qu'une prise en charge psychosociale. La structure dispose également d'un hôpital de jour permettant une prise en charge ambulatoire, créant une alternative à l'hospitalisation complète et permettant à la personne de se maintenir dans son lieu de vie habituel. Une équipe pluridisciplinaire comprenant infirmiers, psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, y œuvrent afin de proposer des soins de réhabilitation psycho-sociale, remédiation cognitive, médiation corporelle et stimulation sensorielle. (52)

c) Les psychiatres libéraux

Selon le site de l'assurance maladie répertoriant les professionnels de santé, la région du Finistère Sud, l'offre de soin en ce qui concerne la psychiatrie libérale serait de 26 psychiatres exerçant sur le territoire. A noter que les professionnels assurant des prises en charges au sein de la clinique Kerfriden et du service Saint Louis y sont compris dans le cadre de leur activité de consultation externe. La répartition sur le territoire se composerait de la façon suivante.

- Quimper : 13 Psychiatres
- Clohars Carnoet : 1 Psychiatre
- Concarneau : 2 Psychiatres
- Le Faou : 1 Psychiatre
- Moëlan sur Mer : 1 Psychiatre
- Plomelin : 1 Psychiatre
- Pont croix : 1 Psychiatre
- Quimperlé : 1 Psychiatre
- Châteaulin : 5 Psychiatres

**3) L'Organisation de l'urgence psychiatrique en Sud Finistère**

a) L'Unité Médico Psychologique

Depuis 2015 avec la fermeture de l'unité d'Accueil de l'EPSM du Finistère Sud, le seul dispositif d'accueil, d'évaluation et d'orientation spécifique à la crise psychiatrique en sud Finistère se situe au sein des Urgences du Centre Hospitalier de Cornouaille à Quimper. Fondée en 1989, l'Unité Médico Psychologique est une unité intersectorielle, sous la référence du Pôle 3 de l'EPSM du Finistère Sud, il s'agit d'un service d'urgence psychiatrique de filière et de psychiatrie de liaison.

Son fonctionnement est régi par une convention réactualisée en 2007, entre l'EPSM du Finistère Sud et le Centre Hospitalier de Cornouaille. Les prises en charges s'y construisent selon une double responsabilité des médecins Psychiatres et Urgentistes en ce concerne les prises en charge d'urgences psychiatriques. Elle couvre géographiquement les trois secteurs de psychiatrie adulte de l'EPSM du Finistère Sud, ainsi que les communes limitrophes, au total un territoire correspondant au Sud Finistère.

L'UMP dispose d'une équipe pluriprofessionnelle composée de :

- 1, 70 Equivalent temps plein de Psychiatre
- 1 ETP d'interne en psychiatrie
- 0,7 ETP de Psychologue
- 0,9 ETP de Cadre de Santé
- 10 ETP infirmiers se répartissant le travail sur des amplitudes de 12 heures
- 1,4 ETP de Secrétaire médicale.

Avant 2012, l'UMP comprenait 3 lits d'UHCD afin d'accueillir et traiter les phénomènes de crises qu'elles soient suicidaires, détresses psychologiques ou phénomènes symptomatiques momentanés, pour des prises en charges allant parfois jusqu'à 48 ou 72 heures.

Pour des travaux de réaménagement, les lits d'UMP ont dû être redéployé au profit du service des urgences et il a été décidé d'opter pour un fonctionnement en immersion au sein des urgences en ce qui concerne la prise en charge de l'urgence psychiatrique, sans que des espaces puissent être dédiés spécifiquement à la psychiatrie.

L'activité de l'UMP pour ses missions de prise en charge de l'urgence psychiatrique s'élève à 2903 passages en 2022 au cours desquels 15725 actes ont été réalisés pour une file active de 1991 patients. On différencie deux types de prises en charge :

- Les consultations externes, (côtés CE) impliquant une prise en charge comprenant l'accueil, l'évaluation, et l'orientation par le biais de consultation médicale et/ou infirmières selon l'intensité du phénomène symptomatique. La prise en charge repose essentiellement sur des actes de psychothérapie.
- Les Hospitalisations en ZHTCD, (côtés UMP Z) lorsque la prise en charge va devoir se déployer dans le temps, nécessitant plusieurs évaluations, des soins somatiques, l'utilisation de thérapeutiques médicamenteuses, un accompagnement global du moment de la crise jusqu'à l'orientation en hospitalisation ou une redirection vers le domicile avec un dispositif de soin ambulatoires.

Si la file active des consultations externes a quelque peu diminué : 1194 patients en 2022 contre 1747 patients en 2021, la file active des patients hospitalisés en ZHTCD a augmenté significativement : de 1079 en 2022 contre 604 en 2021.

Cet élément est intéressant à soulever car il appuie le phénomène de saturation des urgences générale.

b) Les Centres Médico Psychologiques.

Au nombre de 7 sur le territoire du sud Finistère, couvrant des territoires ruraux et urbains, les Centres Médico Psychologiques sont les pivots des soins psychiatriques du secteurs qu'ils couvrent. Ainsi ils accueillent et prennent en charge tout type de population, présentant tous types de troubles psychiatriques ou difficulté psychologiques. De tailles variables avec des moyens également variables, ils disposent d'une équipe pluridisciplinaire comprenant le plus souvent des :

- Médecin Psychiatre,
- Infirmiers,
- Psychologues,
- Assistants Sociaux

Avec parfois l'apport de psychomotriciens, ergothérapeutes, neuropsychologues, art thérapeutes selon les besoins des populations cibles et des différents projets institutionnels. Ces unités d'accueils et d'orientation coordonnent très fréquemment des situations d'urgences psychiatriques pour les patients qu'ils suivent ou qu'ils peuvent accueillir. Ils peuvent ainsi accueillir sur des créneaux d'urgences des patients présentant des problématiques aiguës en consultation, suivre de manière étroite des phénomènes de crises dont les patients ne nécessiteraient pas des soins en hospitalisation complète. Puis lorsque les symptômes l'imposent, ils peuvent rediriger les patients avec le dispositif d'accueil de l'urgence, l'UMP, organiser une hospitalisation en clinique en prenant contact avec les médecins responsables et en leur soumettant les situations des patients. Ou ils peuvent organiser directement des hospitalisations vers l'établissement de référence l'EPSM du Finistère Sud

#### **4) Projet Territorial en Santé Mentale**

Issue de la loi de modernisation du système de santé du 26 Janvier 2016, les Projets Territoriaux en Santé Mentale (PTSM) sont un moyen d'application des politiques de santé dont les axes principaux sont définis sur le plan national. Ces axes sont déterminés par des diagnostics partagés à différents niveaux : départementaux et nationaux. Les PTSM sous la supervision des Agences Régionales de Santé établissent et adaptent ses axes en fonction des caractéristiques locales et des moyens existants sur les territoires. Leurs champs d'application est légiféré par le Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 du code de la santé publique.

Certains axes prioritaires sont définis sur le plan nationale et fixé par l'article R.3224-5 du code de la santé publique. On note 6 axes prioritaires dont :

- Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.
- Le parcours de santé et de qualité de de vie sans rupture, pour les personnes présentant des troubles psychiques chroniques ou en situation de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale.
- L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.
- La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.
- Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychique, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.
- L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.(53)

Le PSTM 29 a été adopté par l'ARS Bretagne le 28 septembre 2021.

Conformément à la priorité numéro 4 à savoir « La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence », un groupe de travail s'est constitué dans le cadre du PTSM 29 afin de travailler sur cette thématique.

Ce groupe de travail s'est attaché à recenser les moyens actuels en décrivant les différents dispositifs en termes d'urgence psychiatrique sur le plan départemental et de dresser un état de lieux sur ce qui fonctionne et ce qu'il faudrait renforcer.

Dans les axes d'amélioration en ce qui concerne la transversalité, on note que renforcer le travail partenarial est particulièrement souligné. Le développement de cet axe de travail s'illustre par la promotion de réalisation de convention entre établissements, favoriser et développer l'interconnaissance et la complémentarité et de travailler à une graduation des réponses par le biais d'évaluation des situations d'urgence et d'orientation adaptée sur les CMP ou les urgences psychiatriques de filières. (*Voir Annexe III*)

Les dispositifs d'urgences psychiatriques d'avis semblent répondre en partie à ses axes d'amélioration. On peut voir que ce qui semble fonctionner dans ces dispositifs est précisément ce travail de partenariat entre les CMP et les services d'urgences. Il est décrit que ces dispositifs permettent des espaces de « collaboration », « d'interconnaissance », une certaine réactivité et favorise la continuité dans les suivis ainsi qu'une meilleure fluidité dans les parcours avec la possibilité de programmer des hospitalisations ou de programmer des soins vers les CMP. (*Voir Annexe III*)



## **VI. Hypothèses et question de recherche**

Mon hypothèse serait que déployer des Infirmiers en Pratiques Avancées mention Psychiatrie Santé Mentale sur les services d'urgences périphériques, permettrait de réduire ce phénomène de convergence systématique sur le service des urgences de Quimper en ce qui concerne les problématiques de psychiatrie et de santé mentale.

Les situations pourraient être évaluée et traitée sur place en collaboration avec les services d'Urgences. Pour ce qui est des parcours de soin, l'évaluation initiale d'un IPA pourrait permettre d'orienter le patient sur le dispositif correspondant à son état symptomatique ou à sa problématique en cours. Les problématiques de santé mentale seraient réorientées sur des dispositifs de soins primaires, en psychologie ou en psychiatrie libérale ou sur des dispositifs de psychiatrie ambulatoire. Pour les patients présentant des problématiques plus complexes comme des troubles psychiatriques chroniques ou des patients ayant effectué des tentatives de suicides, une première évaluation clinique de la situation permettrait sans doute d'améliorer la compréhension de la situation et même si des éléments médico légaux imposaient une évaluation par un psychiatre, on peut imaginer qu'un recueil de donné exhaustif de la situation couplé à une évaluation clinique complète, permettrait au psychiatre en charge de devoir décider de la poursuite des soins dans de meilleures conditions.

Sur le plan de la prévention, la possibilité d'avoir recours à une expertise clinique en psychiatrie et santé mentale amènerait le personnel des urgences à être plus attentifs au repérage de ses problématiques et on peut imaginer que certaines problématiques puissent être vue ou détectée plus précocement. Une évaluation experte permettrait de dégager une problématique et un début de réponse pourrait y être apporté avant l'aggravation de symptôme.

Enfin au niveau de la prise en charge de la situation d'urgence, en ce qui concerne l'accueil, l'installation et le traitement symptomatique, bien que l'IPA PSM ne soit pas soumis à la permanence des soins sur les urgences, les espaces de collaboration autour des prises en charge permettrait une transmission des savoirs et permettrait sans doute aux personnels des urgences médico soignant de monter en compétence à long terme.

Tous ces éléments m'amènent donc à penser la question de recherche suivante :

Quels apports un IPA Psychiatrie/Santé Mentale pourrait amener dans un service d'urgences périphérique au niveau de la prise en charge des situations d'urgences psychiatriques ?

## **VII. Etude**

### **1) Objectifs**

L'objectif de cette étude était d'évaluer la pertinence de déployer des Infirmiers en Pratique Avancée mention Psychiatrie/Santé Mentale sur les services d'urgences périphérique du sud Finistère pour aider les équipes des services d'urgence à la prise en charge des situations d'urgences psychiatriques.

Pour répondre à cet objectif principal, cette étude comportait plusieurs sous objectifs :

- Recueillir des données sur l'activité psychiatrique au sein des services d'urgences périphériques
- Identifier les difficultés auxquels les professionnels peuvent être confrontés vis-à-vis des situations psychiatriques dans leurs exercices quotidiens.
- Evaluer si ces derniers seraient favorables à modifier leurs pratiques par l'apport d'une collaboration avec un professionnel de psychiatrie pour traiter ses situations.

Les critères de jugements étaient :

- Les situations psychiatriques prévalentes rencontrées dans les services d'urgence périphérique seront identifiées.
- Les pratiques déjà en cours en ce qui concerne la prise en charge d'urgence psychiatrique seront décrites.
- Les difficultés que rencontrent les professionnels dans leur pratique quotidienne pour les situations d'urgences psychiatriques seront décrites.
- Les attentes des professionnels vis-à-vis d'une collaboration avec un IPA seront décrites.

### **2) Méthode**

#### **a) Choix du type d'étude**

Cette étude avait pour but d'explorer auprès des professionnels de terrain, l'activité clinique, les représentations des professionnels vis-à-vis de cette activité, leur ressenti, leur pratique individuelle ou collective et de se faire une idée de leurs éventuelles attentes en ce qui concerne la gestion de cette activité. Il m'est apparu que pour être exhaustif, le recueil de telles données, nécessitait réflexion et argumentation pour la population interrogée.

La méthode qualitative m'a semblé donc la plus adaptée pour réaliser l'extraction de ces données exploratoires. Ne disposant pas de données préalables en ce qui concerne l'objet d'étude, l'utilisation d'entretiens semi directifs m'a semblé la méthode la plus adaptée pour extraire nos données.

Il m'a semblé pertinent d'effectuer un recueil de données préalable sur la population étudiée auprès des responsables de services, afin de réaliser la grille d'entretien ainsi que d'améliorer la conduite des entretiens. J'ai donc eu pour objectif, lorsque j'ai contacté les responsables de services, de recueillir des données sur l'environnement de travail, la composition de l'équipe et des rapports d'activités afin de se faire une idée de l'activité globale rapporté à notre objet d'étude : l'activité psychiatrique dans le service d'urgence.

#### b) Critères d'inclusion

Il existe trois services sur le territoire du Sud Finistère dans lesquels nous aurions pu mener notre étude. Les services d'urgences des hôpitaux de Concarneau, de Pont l'Abbé et de Douarnenez sont tous les trois des services d'urgences périphériques disposant d'un plateau technique moins important que celui de Quimper et ne disposant pas d'équipe ni de dispositif d'évaluation psychiatrique au sein de leur prise en charge.

Au sein de ses services il semblait intéressant d'aller interroger les professionnels en charge des situations d'urgences psychiatriques. Les composantes fondamentales en ce qui concerne la prise en charge de l'urgence psychiatrique : l'accueil, l'évaluation et l'orientation, sont des processus qui se traitent en pluridisciplinarité. Il m'apparaissait donc qu'il soit pertinent de mobiliser les types de professionnels s'inscrivant dans ces processus de soins.

L'accueil aux urgences peut être réalisé par un assistant médico-administratif ou par un infirmier selon le mode d'entrée. L'évaluation est un processus d'équipe qui doit mobiliser l'intégralité de l'équipe allant de l'aide-soignant, l'infirmier, au médecin urgentiste ainsi qu'au spécialiste selon la complexité des problématiques. Enfin l'Orientation demeurent une activité médicale pure, c'est un acte de conclusion clinique qui dessine un futur projet thérapeutique pour la personne soignée.

Au vu de leur mobilisation importante tout au long de la prise en charge les infirmiers et les médecins urgentistes semblaient être les professionnels les plus impliqués et ils semblaient être les plus à même de nous fournir les données que nous souhaitions collecter.

### c) Critères d'exclusion

Sur nos trois lieux potentiels où nous aurions pu réaliser l'étude, le service de Concarneau présentait des caractéristiques qui le discréditait par rapport aux autres.

Premièrement ses horaires d'ouverture, le service n'est pas soumis à la permanence des soins, il est ouvert de 9h à 19h, toutes les situations nécessitant une prise en charge plus longue sont transférées sur les urgences de Quimper le soir.

On peut évoquer sa filiation au service des urgences de Quimper puisqu'ils font tous les deux parties du Centre Hospitalier de Cornouaille. Les plateaux techniques y sont différents avec des indications dans les prises en charge déjà identifiées en amont par le centre 15 ou des transferts selon la gravité des situations accueillies. De plus les professionnels travaillant sur Concarneau sont régulièrement déployés à Quimper également, ainsi les professionnels de Concarneau sont souvent amenés à travailler avec l'UMP qui se voit transférer directement les situations psychiatriques à Quimper.

J'ai pris contact avec les deux autres services d'urgences périphériques de la même manière. J'ai contacté dans un premier temps le cadre de santé par téléphone en lui décrivant mon statut d'étudiant, mon master, mon parcours professionnel ces dernières années et mon sujet de recherche.

Le service des urgences de Douarnenez a dû refuser le déroulement d'une étude dans son service. La cadre du service m'a fait état d'une pénurie de personnel très importante et notamment au sein des encadrants. Elle m'a expliqué ne pas être la cadre du service habituellement et devoir gérer 4 services de soins en même temps et qu'accueillir et encadrer ce genre de démarches nécessitait de la disponibilité qu'elle ne pourrait m'offrir.

La cadre du service de Pont l'Abbé fut elle, dans des conditions plus favorables, permettant un échange sur mon étude et le sujet du mémoire avec des début de questionnements sur ce que cette étude pourrait amener en termes de réorganisation des soins. Elle m'a recommandé de contacter le Dr Marc Etienne Guyot-De Salins médecin urgentiste responsable du service afin de lui soumettre mon sujet d'étude et solliciter son accord.

J'ai pu contacter le Dr Guyot-De Salins par mail (*voir Annexe V*), en lui expliquant ma démarche et j'ai pu constater un réel enthousiasme et beaucoup d'attentes à propos de ce travail.

J'ai donc pu grâce à lui réunir un certain nombre d'informations sur la population cible de notre étude avec notamment de données concernant l'organisation du travail, la charge du travail, les effectifs prévus pour répondre à cette activité me permettant au mieux de réaliser un état des lieux.

d) Réalisation de la collecte des données

Les entretiens ont été réalisés en individuel dans un bureau fermé sur le lieu de travail des professionnels, sur leur amplitude de travail. Le moment le plus propice avait été identifié en amont avec les responsables de service. Les entretiens se sont donc tenus le matin après les transmissions médicales entre 8h30 et 12h.

Le contenu des entretiens a été enregistré par l'application dictaphone de mon téléphone portable.

e) Traitement des données

Les entretiens ont tous été retranscrits à l'aide de l'application « Dictier » du logiciel Microsoft Word® sous ma surveillance, avec des interventions de correction afin de prévenir des biais de retranscription.

L'analyse des données s'est effectuée par une analyse lexicale et sémantique des verbatims lors des retranscriptions. Le codage des verbatims s'est effectué par thématiques à laquelle j'ai appliqué une couleur de référence à la relecture des entretiens.

J'ai ensuite effectué un second niveau d'analyse afin de classer les verbatims selon les similarités lexicales et sémantiques afin d'identifier les différentes sous thématiques.

J'ai enfin réalisé un travail de synthèse afin de hiérarchiser thématiques et sous thématiques en fonction de leur unité de sens.

### **3) Ethique**

Cette étude vise à collecter des données auprès de professionnels de santé, il ne s'agit pas de recherche portant sur la personne humaine et ne rentre donc pas dans le dispositif prévu par la loi n° 2012-300 du 5 mars 2012 dite loi Jardé (54).

Cette étude et ses objectifs ont été au préalable évoqués en comité de pilotage le 31/01/2024 portant sur l'implantation des IPA au sein de l'EPSM du Finistère Sud. Lors de ce Comité de pilotage étaient entre-autres présents le Directeur Général M. Sébastien Le Corre, le Directeur de Ressources Humaines M. Pierre Douzille, le Directeur des Soins

M. Roland Le Goff ainsi que le Président de la commission médicale d'établissement le Dr Nicolas Chever.

Une entente préalable et un accord avait été établi avec le Dr Marc Etienne Guyot-De Salins Chef de service des urgences de Pont l'abbé ainsi qu'avec Mme Hélène Caoudal Cadre de santé du service des urgences afin de réaliser cette étude auprès des professionnels de leurs services.

Lorsque je suis arrivé dans le service les professionnels avaient déjà été mis au courant de ma venue, certains se sont spontanément volontaire pour répondre aux entretiens les autres ont accepté sur sollicitation mais leur consentement était à chaque fois discuté oralement.

#### **4) Enquête préalable sur la population étudiée**

##### **a) Le service**

Le service des Urgences de Pont l'Abbé se situe au sous-sol de l'établissement « Hôtel Dieu » qui est un établissement administré par la Fondation Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve. L'Hôtel Dieu de Pont l'Abbé est un des 5 membres de l'Union Hospitalière de Cornouaille, il a pour vocation d'accueillir tout le monde sans distinction et de développer des prises en charges de proximité en médecine, soins de suite, santé mentale, urgence, SMUR, périnatalité et hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Les missions du service sont :

- Accueillir toute personne 24h/24 en situation d'urgence physique et/ou psychologique, et/ou sociale vraie ou ressentie.
- Prendre en charge les personnes en prodiguant des soins de qualité réalisés dans le cadre d'une écoute attentive par une équipe efficace.
- Informer, orienter en fonction de leurs besoins vers des structures adaptées à leur état de santé en liaison avec le SAMU, le cas échéant.

La prise en charge des patients est assurée par du personnel médical et paramédical, une fois accueilli dans le service, la suite de la prise en charge s'exécute

- Au sein du service des urgences
- Dans une structure de l'établissement (service de court séjour/soins de suites et de réadaptation).

- En orientant le patient vers une consultation au sein de l'établissement ou vers la médecine de ville
- En orientant le patient vers un autre établissement apte à le prendre en charge, en liaison ou non avec le SAMU.

b) L'équipe

Pour ce faire l'équipe comprend :

- 12 Médecins urgentistes
- 1 cadre de santé
- 15 infirmiers
- 9 Aides-soignants/Ambulanciers
- 3 Secrétaires

c) Les locaux

Les locaux aux urgences :

- 1 Bureau d'accueil infirmier
- 2 sas de tri
- 1 salle d'attente
- 1 salon des familles
- 1 salle de plâtre
- 2 salles de sutures/ soins
- 1 SAUV (2 postes)
- Box lits d'accueil dont 2 lits d'UHTCD
- 1 salle de bain (baignoire + douche)
- 1 toilette patient
- 1 poste de soins

Le service est réparti selon trois secteurs :

1) Le secteur de l'accueil avec le secrétariat et la salle d'attente, le sas de tri et les salles de soins externes destinées à recevoir de la traumatologie. Ce secteur comprend une salle de plâtre, une salle de sutures ainsi qu'une salle polyvalente (circuit court).



2) Le secteur des lits d'accueil, destiné à accueillir les patients pour une durée de quelques heures afin de réaliser un bilan en vue d'une hospitalisation, ou d'établir un diagnostic nécessitant des examens et une réévaluation (circuit long/patient couché) Ce secteur comprend 5 boxes dont 2 sont équipés pour les patients nécessitant une surveillance et une prise en charge en hospitalisation de très courte durée (UHTCD).

3) La salle d'accueil d'urgence vitale (SAUV) plus communément appelée salle de déchoquage.

d) L'organisation

Equipe médicale : Jour : arrivée 8h30 et départ 20h30

- 1 médecin SMUR – externes
- 1 médecin lits d'accueil

Nuit : arrivée 20h30 et départ 8h30

- 1 médecin SMUR- externes
- 1 médecin pour les urgences

Internes : —

- 3 internes jour —
- 1 interne de garde la nuit, posté aux urgences

Équipe paramédicale : 2 AS jour :

- 1 AS SMUR : 7h45 – 19h45
- 1 AS soins : 8h00 – 20h00
- 1 AS nuit : 1 AS SMUR et urgences : 19h45 – 7h45

Nota Bene : tous les AS de l'unité ont également le diplôme d'ambulancier obligatoire pour assurer le poste SMUR.

3 IDE jour :

- 7 h 45 – 19 h 45 (IDE SMUR) —
- 7 h 45 – 19 h 45 (IDE d'Accueil) —
- 8 h 00 – 20 h 00 (IDE lits d'Accueil)

2 IDE nuit :

- 20h00 – 8h00 (Accueil IDE, lits d’Accueil)  $\neg$
- 19h45 - 7h45 (IDE SMUR)  $\neg$
- 19h30- 7h30 (IDE Transverse)

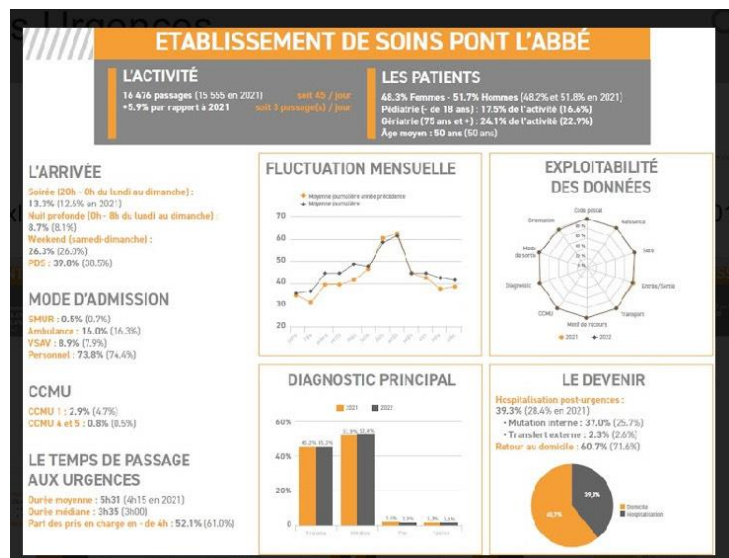
Nota Bene : compte tenu de la suractivité estivale sur une période donnée (juillet / août)  
 → 1 renfort de 8 h /jour (12h/20h)

e) Activités

Comme on peut le voir sur le tableau ci-dessous, l'activité journalière du service comprend en moyenne 45 passages par jour pour une durée de prise en charge moyenne de 5h31.

C'est 13, 3% de l'activité qui se déroule en soirée de 20h à 0h soit à peu près 6 personnes qui viennent s'ajouter à la population accueillie en journée que l'on peut estimer à une moyenne basse de 18 personnes et c'est à peu près 4 personnes qui seront accueillis durant la nuit.

Tout cela est calculé sur des moyennes annuelles ce qui fait qu'en additionnant tous ces chiffres on ne retrouve pas les 45 passages par jours.



*Sources : Dr Marc  
Etienne Guyot-De  
Salins Chef de service  
des urgences de Pont*

#### f) L'activité psychiatrique

Etablissement	Période de la journée	Mesures	2018	2019	2020	2021	2022	2023 du 01/01 au 26/11
CH Pont-L'Abbé	Nuit 00h-08h	Nb de passages	1 341	1 335	1 271	1 259	1 432	1 215
		Psychiatrie F	57	40	46	35	39	22
		%PSY	4,3%	3,0%	3,6%	2,8%	2,7%	1,8%
	Matin 08h-12h	Nb de passages	4 801	5 035	4 533	4 658	4 731	4 121
		Psychiatrie F	41	48	38	37	29	25
		%PSY	0,9%	1,0%	0,8%	0,8%	0,6%	0,6%
	Après-midi 12h-20h	Nb de passages	8 453	8 568	7 679	8 339	8 852	7 709
		DIAG F "..."	139	142	134	127	106	85
		%PSY	1,6%	1,7%	1,7%	1,5%	1,2%	1,1%
	Soirée 20h-00h	Nb de passages	1 338	1 469	1 245	1 299	1 461	1 179
		Psychiatrie F	43	39	42	45	29	22
		%PSY	3,2%	2,7%	3,4%	3,5%	2,0%	1,9%
	<b>Totaux</b>	Nb de passages	<b>15 933</b>	<b>16 407</b>	<b>14 728</b>	<b>15 555</b>	<b>16 476</b>	<b>14 224</b>
		Psychiatrie F	<b>280</b>	<b>269</b>	<b>260</b>	<b>244</b>	<b>203</b>	<b>154</b>
		%PSY	<b>1,8%</b>	<b>1,6%</b>	<b>1,8%</b>	<b>1,6%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,1%</b>

Sources : Dr Marc Etienne Guyot-De Salins Chef de service des urgences de Pont l'Abbé.

Sur ce tableau on peut observer le nombre de passages recensés pour les problématiques diagnostiques codé « F ». Selon la classification internationale des Maladies Mentales 10<sup>ème</sup> édition : le Code « F » concerne les troubles mentaux et du comportement tels que :

- F00-F09 Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques
- F10-F19 Troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de substances psycho-actives
- F20-F29 Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants
- F30-F39 Troubles de l'humeur (affectifs)
- F40-F48 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
- F50-F59 Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- F60-F69 Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- F70-F79 Retard mental
- F80-F89 Troubles du développement psychologique
- F90-F98 Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
- F99 Trouble mental, sans autre indication.

#### g) Observations et réflexions

Cette première partie d'enquête nous a fait constater que les passages pour des motifs psychiatriques s'effectue tout au long de la journée avec un augmentation des passages le soir et au long de la nuit.

Ces éléments rapportés à l'organisation du travail, ce que l'on a pu voire c'est que, lorsque les patients se présentent pour motifs psychiatriques, le nombre d'agents en service diminue significativement.

Pour accueillir et traiter ces situations il y a donc sur le plan médical :

- 1 médecin d'accueil et 1 médecin du SMUR donc potentiellement absent,
- 1 interne de garde donc qui peut potentiellement avoir à intervenir partout au sein de l'Hôpital,
- 1 Aide-Soignant/Ambulancier également réquisitionné sur le SMUR.
- 2 infirmiers.

En fonction de l'activité et des tâches multiples selon les postes, l'accueil des personnes et la gestion des situations d'urgences psychiatriques avec des états de crises, seraient gérées par seulement trois professionnels en service.

Ce manque de moyens humains, associé à l'absence de professionnels spécifiques ainsi qu'au reste de l'activité peut, on l'imagine, générer une pénibilité voire un sentiment de frustration parmi les professionnels. Le danger lors du recueil de données, fut que le discours des professionnels soit essentiellement émotionnel en ce qui concerne notre problématique. Bien que ce phénomène puisse être une donnée très parlante traduisant une certaine réalité, cela pouvait se révéler être un biais, qui puisse restreindre le discours des professionnels à un registre de revendications ou de plaintes en ce qui concerne l'objet de notre étude.

Pour tâcher de minimiser ce phénomène lorsque j'ai interrogé leur activité ainsi qu'aborder les difficultés récurrentes, j'ai pris soin de formuler des questions de conserver une certaine neutralité, reposant sur un caractère factuel et descriptif.

Pour recueillir les attentes des professionnels, mon idée était de nommer l'IPA comme « un professionnel disposant d'une expertise clinique en psychiatrie ainsi qu'en gestion et en coordination de parcours de soin ». De façon à prévenir certaines représentations liées à la nouvelle profession et centrer le professionnel interrogé, sur la fonction et l'apport des compétences principales de l'IPA en ce qui concerne son exercice professionnel. Et afin de l'aider à centrer ses projections sur des éléments factuels et relatifs au prise en charge, j'ai formulé les questions en projetant le professionnel au sein d'une collaboration effective afin d'y évaluer ses attentes et prévenir le fait qu'il y

développe ses réticences, ses appréhensions ou d'autres attentes qui n'auraient rien à voir avec notre objet de recherche.

## **5) Guide d'entretien**

- Pour démarrer cet entretien, de la manière dont vous le souhaitez pourriez-vous vous présenter et nous présenter votre parcours professionnel ?
- Quelle serait votre définition d'une urgence psychiatrique ?
- Dans le cadre de votre pratique professionnelle aux Urgences de Pont l'Abbé, quelle part de votre activité représentent les situations d'urgences psychiatriques ?
- A quels types de situations êtes-vous régulièrement confronté ?
- Lorsqu'un patient se présente aux urgences avec une problématique d'ordre psychiatrique, pourriez-vous me décrire comment la prise en charge en termes d'accueil s'exécute ? Et comment prenez-vous en compte cette problématique ?
- Quelles sont, selon vous, les difficultés principales que vous pouvez rencontrer dans la prise en charge lorsque vous êtes confrontés à ce genre de situations ?
- Si un professionnel disposant d'une expertise clinique en psychiatrie ainsi qu'en gestion et en coordination de parcours de soin, devait être détaché au sein de votre organisation de travail, quelle place pourrait-il occuper selon vous ?
- Selon vous, quels types d'apports une collaboration régulière avec un professionnel de psychiatrie, amènerait au sein de l'équipe et pour les prises en charge d'urgences psychiatriques ?

## **VIII. Résultats**

### **1) Professionnels interrogés et saturation des données**

Il m'a été permis d'interroger 13 professionnels travaillant dans le service des urgences de Pont l'abbé.

J'ai en tout interrogé 7 infirmières et 6 médecins urgentistes. Les infirmières ont été les premières à se prêter à l'exercice, le point de saturation des données au niveau des infirmières a été atteint à la cinquième interrogée. La réalisation des entretiens avec les médecins en seconde partie de semaine, a permis de relancer de nouvelles thématiques et de compléter ou d'approfondir certaines thématiques abordées par les infirmières. Néanmoins le point de saturation des données a été atteint lors de l'entretien avec le quatrième médecin. Un dernier entretien a été réalisé avec une infirmière en fin de semaine néanmoins ce dernier ne comportait pas de nouvelle thématique. J'ai donc retenu pour traiter les données 6 entretiens d'infirmières et 6 entretiens de médecins.

### **2) Thématiques retrouvées en entretiens**

Dans le contenu des entretiens on a retrouvé 4 méta-thématiques en corrélation avec les sous-objectifs de notre étude et ayant permis de structurer la grille d'entretien.

Ces méta-thématiques sont :

- L'activité psychiatrique accueillie et traitée aux urgences de Pont l'abbé
- La prise en charge et les pratiques concernant ces situations
- Les difficultés ressenties par les professionnels concernant les prises en charge d'urgences psychiatrique
- Les attentes des professionnels concernant une éventuelle collaboration avec un professionnel de psychiatrie

Ces méta-thématiques se déclinent en 22 thématiques elles-mêmes subdivisées en 45 sous thématiques.

### 3) Données sociologiques et estimation des professionnels de l'activité psychiatrique dans le service.

Participants	Sexe	Ancienneté	Ancienneté dans le service	Estimation de l'activité des Urgences Psychiatriques
Infirmier n°1	F	9 ans	1,5 ans	« Un tiers »
Infirmier n°2	F	1,5 ans	1,5 ans	"Fréquent", "au moins deux situations par semaines"
Infirmier n°3	F	12 ans	9 ans	"je dirais 10% peut-être",
Infirmier n°4	F	19 ans	19 ans	"Un quart", "ça augmente", "Régulier"
Infirmier n°5	F	5,5 ans	1 an	« Il n'y en a pas tant que ça. »
Infirmier n°6	F	4 ans	1 an	« 1 par jour minimum, c'est quotidien. »
Médecin n°1	F	20 ans	20 ans	« 25%, quotidiens »
Médecin n°2	M	27 ans	9 ans	« 10 à 15% »
Médecin n°3	F	23 ans	6ans	"plusieurs fois dans le mois", "régulier"
Médecin n°4	M	14 ans	1 an	« Régulier »
Médecin n°5	F	7 ans	7 ans	"On a quand même je pense une garde sur 2,"
Médecin n°6	F	20 ans	17 ans	« 5%, occasionnel »

Tableau 1

### 4) Activités psychiatriques

- Représentations des professionnels

Thèmes	Réurrence	Professionnels
Urgence ressentie comme telle par le patient ou son entourage	Ce thème a été abordé au cours de 5 entretiens.	4 infirmières 1 médecin
Besoin d'apaisement autre que les médicaments	Ce thème a été abordé au cours de 1 entretien.	1 infirmière
Qui nécessite une intervention de soin urgente	Ce thème a été abordé au cours de 5 entretiens.	1 infirmière 4 médecins
Dangerosité pour soi ou pour autrui.	Ce thème a été abordé au cours de 9 entretiens.	5 infirmières 4 médecins

Tableau 2

- Motifs prévalents identifiés par les professionnels

Thèmes	Sous thèmes	Récurrance	Professionnels
Décompensation de pathologies psychiatriques chroniques	Ruptures de thérapies	Abordé dans 2 entretiens	1 infirmière 1 médecin
	Etats délirants	Abordé dans 5 entretiens	1 infirmière 5 médecins
	Troubles dépressifs	Abordé dans 3 entretiens	3 médecins
Troubles anxieux	Crise d'angoisse	Abordé dans 2 entretiens	1 infirmière 1 médecin
	Somatisation	Abordé dans 4 entretiens	3 infirmières 1 médecin
Idées noires/suicidaires		Abordé dans 3 entretiens	1 infirmière 2 médecins
Addictions/Intoxication	Alcool	Abordé dans 11 entretiens	6 infirmières 5 médecins
	Autres (Kétamine)	Abordé dans 1 entretien	
Tentatives de suicide/Autoagressivité	IMV	Abordé dans 10 entretiens	5 infirmières 5 médecins
	Phlébotomie	Abordé dans 2 entretiens	1 infirmière 1 médecin
	Immolation	Abordé dans 1 entretien	1 infirmière
Troubles psycho-comportementaux		Abordé dans 7 entretiens	4 infirmières 3 médecins
Détresse Psycho-sociale		Abordée dans 4 entretiens	1 infirmière 4 médecins

Tableau 3



## 5) La prise en charge

Thèmes	Sous-thèmes	Récurrance	Professionnels
Accueil	Installation	Abordé dans 12 entretiens	Tous les professionnels
	Sécurisation	Abordé dans 8 entretiens	5 infirmières 3 médecins
	Redirection vers les urgences de Quimper	Abordé dans 3 entretiens	1 infirmière 3 médecins
Evaluation	Clinique	Abordé dans 11 entretiens	6 infirmières 5 médecins
	Recueil de donnée	Abordé dans 7 entretiens	5 infirmières 2 médecins
	Etat thymique	Abordé dans 1 entretien	1 médecin
	Risque Suicidaire	Abordé dans 3 entretiens	1 infirmière 2 médecins
	Certificat de soins sous contraintes	Abordé dans 3 entretiens	3 médecins
	Surveillance	Abordé dans 8 entretiens	4 infirmières 4 médecins
Apaïement	Apaïement médicamenteux	Abordé dans 4 entretiens	1 infirmière 3 médecins
	Soins relationnels	Abordé dans 5 entretiens	4 infirmières 1 médecin
Orientation	Avis par l'Unité Médico Psychologique	Abordé dans 12 entretiens	Par tous les professionnels
	Equipe de Liaison de soin en Addictologie	Abordé dans 8 entretiens	5 infirmières 3 médecins
	Avis par les psychiatres du Service Saint Louis	Abordé dans 5 entretiens	2 infirmières 3 médecins
	Suivit par le Médecin Traitant	Abordé dans 3 entretiens	1 infirmière 2 médecins
	Suivit par le Centre Médico Psychologique de Pont l'Abbé	Abordé dans 2 entretiens	1 infirmière 1 médecin
	Hospitalisation en Médecine Polyvalente en attente d'un avis par le service Saint Louis	Abordé dans 4 entretiens	2 infirmières 2 médecins

Tableau 4

## 6) Les difficultés

Thèmes	Sous-thèmes	Réurrence	Professionnels
Inadaptabilité structurelle aux situations d'urgences psychiatriques	Manque de moyens en psychiatrie	Abordé dans 8 entretiens	3 infirmières 5 médecins
	Manque de connaissances	Abordé dans 11 entretiens	6 infirmières 5 médecins
	Manque de temps	Abordé dans 9 entretiens	5 infirmières 4 médecins
	Locaux inadaptés à la prise en charge	Abordé dans 6 entretiens	4 infirmières 2 médecins
Difficultés liées à la pratique de l'exercice en psychiatrie	Difficultés relationnelles avec les patients présentant des troubles psychiques	Abordé dans 5 entretiens	2 infirmières 3 médecins
	Difficulté d'accessibilité aux avis	Abordé dans 9 entretiens	5 infirmières 9 médecins
	Inertie dans la prise en charge	Abordé dans 10 entretiens	5 infirmières 5 médecins
	Instabilité des patients	Abordé dans 6 entretiens	3 infirmières 3 médecins
Ressentis personnels négatifs lié à la discipline psychiatrique	Incompréhension /Difficulté de collaboration avec les dispositifs de soins psychiatriques	Abordé dans 8 entretiens	5 infirmières 3 médecins
	Manque d'implication des professionnels	Abordé dans 8 entretiens	4 infirmières 4 médecins

Tableau 5

## 7) Attentes des professionnels

Thèmes	Sous thèmes	Récurrance	Professionnels
Sur le plan organisationnel	Passages quotidiens du professionnel de psychiatrie ou à la demande	Abordé dans 7 entretiens	1 infirmière 6 médecins
	Optimisation de l'organisation des soins	Abordé dans 3 entretiens	1 infirmière 2 médecins
	Collaboration privilégiée	Abordé dans 8 entretiens	5 infirmières 3 médecins
Apports du professionnel de psychiatrie	Connaissances cliniques	Abordé dans 10 entretiens	6 infirmières 4 médecins
	Amélioration des pratiques	Abordé dans 8 entretiens	4 infirmières 4 médecins
	Se situer dans le parcours de soin	Abordé dans 4 entretiens	2 infirmières 2 médecins
Bénéfices attendu d'une telle collaboration	Optimisation de l'évaluation clinique	Abordé dans 7 entretiens	3 infirmières 4 médecins
	Fluidité dans le parcours de soin	Abordé dans 10 entretiens	5 infirmières 5 médecins

Tableau 6

## **IX. Analyse des résultats**

### **1) L'Activité**

#### **a) Estimation par les professionnels**

On peut constater que l'estimation de la part de l'activité psychiatrique dans leur exercice quotidien est assez variable d'un professionnel à un autre. On ne parvient à dégager de consensus clair parce que l'échelle d'appréciation n'est pas la même d'un professionnel à un autre. Certains utilisent des pourcentages, d'autres les adjectifs allant de « quotidien, fréquent, régulier à occasionnel », que j'ai pu leur proposer durant les entretiens si ces derniers étaient en difficulté pour répondre.

L'exercice professionnel en 12 heures ainsi que l'ancienneté dans le service sont deux composantes qui peuvent expliquer cette variabilité. Il semble néanmoins que l'activité psychiatrique même si on ne peut pas dire qu'elle soit quotidienne, semble être très régulière voir fréquente dans ce service qui semble accueillir plusieurs situations de manière hebdomadaire.

#### **b) Les représentations des professionnels**

En ce qui caractérise les situations d'urgences psychiatriques, la représentation du côté de la dangerosité pour soi et pour autrui apparaît comme la conception majoritaire et transdisciplinaire au sein du service.

S'en suivent deux idées venant compléter cette représentation centrale. L'une dans une dimension subjective, majoritairement défendue par les professionnels paramédicaux : une urgence ressentie comme telle par le patient ou par son entourage. L'autre dans une dimension plus objective, majoritairement décrite par les professionnels médicaux, une situation qui nécessiterait une intervention de soin en urgence.

On peut voir à travers ces conceptions dimensionnelles des filiations disciplinaires en corrélation avec les fonctions des professionnels ; L'accueil, l'installation, les soins centrée sur la personne pour les infirmières et l'évaluation, la prise de décision, l'orientation pour les médecins.

### c) Les motifs prévalents

En ce qui concerne les motifs prévalents en ce qui concerne l'activité psychiatrique des urgences de Pont l'Abbé, les professionnels décrivent unanimement avoir à prendre en charge des situations urgentes liées à des troubles de l'usage. Viennent ensuite les tentatives de suicide par ingestion médicamenteuse volontaire. Viendraient ensuite les troubles psycho-comportementaux à savoir les agitations et ensuite les états délirants. A noter de manière moins significative que les soignants repèrent également fréquemment des phénomènes anxieux avec des présentations de somatisations ainsi que des détresses psychosociales.

Ce que l'on peut repérer c'est que l'intégralité de ces situations ne relèvent pas des urgences psychiatriques pures auxquelles une prise en charge psychiatrique est directement indiquée avec des parcours de soins relativement clairs et bien identifiés.

Toutes les situations décrites peuvent être reliée aux urgences psychiatriques mixtes intriquant parfois des sémiologies aspécifiques à présentation psychiatrique mais pouvant relever de troubles somatiques. Ou des tableaux cliniques mêlant troubles psychiatriques avec des conséquences somatiques comme les tentatives de suicide. Ces prises en charge nécessitent le plus souvent des prises en charge conjointes en pluridisciplinarité afin de démêler ces intrications somato-psychiatriques. Plusieurs évaluations sont requises avec du temps d'observation pour mesurer l'évolution des tableaux cliniques. Ce sont des prises en charge complexes nécessitant un temps conséquent et plusieurs champs disciplinaires pour pouvoir les traiter.

## **2) La prise en charge**

Si l'on devait résumer la prise en charge décrite significativement par les professionnels aux urgences de Pont l'Abbé pour les situations d'urgences psychiatriques, l'installation des patients est la première action initiée dès l'arrivée de la personne. Ils décrivent par la suite qu'un recueil de données est effectué, associé à une évaluation clinique globale. Le patient sera ensuite sécurisé s'il en a besoin et surveillé jusqu'à ce qu'un avis puisse être demandé. Parmi les différents avis requis, l'Unité Médico Psychologique de Quimper est unanimement citée par les professionnels. L'équipe de liaison et de soins en addictologie serait également un collaborateur très privilégié.

En second plan, les professionnels décrivent qu'en cas de symptomatologie devenant envahissante pour le patient, des soins relationnels comme de l'écoute active lui est porté

principalement par les infirmières et les médecins décrivent pouvoir avoir recours à un apaisement médicamenteux. De manière beaucoup plus ponctuelle, des avis psychiatriques ont pu être réalisés par des internes en psychiatrie alors en stage sur le service Saint Louis.

Dans de rares cas, les situations peuvent ne pas être accueillies sur Pont l'Abbé et directement redirigées vers les urgences de Quimper, selon les circonstances de la situation et ce que l'urgentiste estime réalisable sur place.

Sur le plan de l'évaluation clinique, il est possible qu'elle puisse être un peu plus poussée sur le plan psychiatrique, lorsque des idées suicidaires sont repérées. Des certificats de soins sous contraintes sont parfois réalisés par les urgentistes le plus souvent sous supervision de l'UMP de Quimper.

En ce qui concerne les orientations, lorsque l'état somatique demeure préoccupant des hospitalisations en médecin polyvalente sur l'hôpital de Pont l'Abbé peuvent être réalisées avec pour perspective qu'un des psychiatres du service Saint Louis puisse évaluer le patient en liaison. Les éléments psychopathologiques retrouvés au décours d'une hospitalisation sur les urgences de pont l'abbé peuvent parfois être relayées par courrier aux médecins traitants. Le Centre Médico Psychologique « Ker Arthur » de Pont l'Abbé peut exceptionnellement être contacté pour des patients identifiés comme suivi à cet endroit afin de pouvoir bénéficier d'un accueil à la suite du passage aux urgences.

### **3) Les difficultés**

Pour ce qui est de la description des difficultés on peut observer plus d'homogénéité de la part de l'équipe des urgences, venant renforcer la significativité des thèmes et sous thèmes abordés.

Pour faire face à cette activité d'urgences psychiatriques, nous l'avons vu, complexe, les professionnels décrivent unanimement un manque de connaissances générales en psychiatrie. Pour pallier leurs difficultés, ils ne disposent que de très peu de ressources ou celles-ci présentent des configurations d'accessibilité pénibles, soit par leur éloignement géographiques, soit par leur indisponibilité. Les professionnels peuvent décrire ne bénéficier du soutien des psychiatres du service de Saint Louis que très exceptionnellement. Même si l'Unité Médico Psychologique est l'interlocuteur privilégié, solliciter un avis impose au service une logistique considérable en ce qui concerne le transport aller-retour du patient. Les services d'ambulance venant à manquer

au niveau territorial, les soignants peuvent décrire qu'il faille attendre plusieurs heures afin qu'un transport puisse être disponible. Les prises en charge se complexifient davantage par cette absence de ressources disponibles, avec des délais de prise en charge extrêmement longs, provoquant de la lassitude chez les soignants et les patients installés dans des locaux qui ne sont pas pensés pour ces problématiques.

L'addition de ces multiples facteurs finit par créer des situations où les patients s'instabilisent, provoquant des ruptures de soins avec des fugues ou parfois des agitations avec des conduites auto et hétéroagressives.

Les professionnels peuvent également décrire que malgré des collaborations régulières avec l'UMP, les espaces d'échanges autour des prises en charge sont souvent minces. Par l'unique moyen de communication téléphonique et les indisponibilités des uns et des autres liés à leurs activités, il est difficile d'avoir un échange oral et réflexif à propos des prises en charge. De plus, du fait de l'inertie importante des prises en charge, il n'est pas rare qu'une équipe effectue la première partie de la prise en charge et la demande d'avis et que la contre équipe reçoive le compte rendu écrit au retour du patient. Ainsi les professionnels de Pont l'Abbé décrivent demeurer sans réponse à leurs questionnements cliniques au sujet des patients.

Tous ces éléments viennent susciter chez les soignants un sentiment d'inaccomplissement et de pénibilité pouvant générer des contres-attitudes et un manque d'implication dans les prises en charge par incompréhension.

#### **4) Les Attentes**

Les attentes des professionnels des urgences de Pont l'Abbé en ce qui concerne l'éventualité de travailler avec un professionnel de psychiatrie, pour ces traités les situations d'urgences psychiatriques, sont majoritairement l'apport en connaissances cliniques en psychiatrie que ce professionnel pourrait véhiculer. A cela s'ajoute le concours de ce professionnel à fluidifier le parcours de soin pour les personnes présentant des situations d'urgence psychiatrique par sa connaissance du réseau de soin et par son évaluation clinique pour adresser mieux.

En second plan les professionnels décrivent que l'apport d'un nouveau collègue dédié à la psychiatrie les rassurerait pour l'évaluation ainsi qu'à la prise de décision. Cette collaboration privilégiée permettrait des échanges réguliers au sujet des prises en charge et certains professionnels s'en sentiraient plus investis ce qui pourrait concourir à une

amélioration des pratiques en ce qui concerne les prises en charge d'urgence psychiatrique.

Ce qui pourrait être attendu de ce professionnel serait de réaliser les évaluations cliniques des patients et effectuer la restitution des tableaux cliniques permettant à l'équipe de pouvoir apprécier la complexité des situations mais également de situer le passage aux urgences dans un parcours de soin plus général.

Sur ses modalités d'intervention, les médecins pensent majoritairement qu'une permanence des soins ne serait pas souhaitable et qu'un passage quotidien systématisé le matin ou à la demande dans la journée serait suffisant pour traiter les situations à la manière dont ils peuvent travailler avec l'ELSA. Quelques professionnels voient par cet apport une possibilité de mieux équilibrer les tâches et que cela permettrait une optimisation de l'organisation générale avec une meilleure prise en compte des problématiques prioritaires.



## **X. Discussion**

### **1) Intérêts de déployer une consultation avancée dans les services d'urgences périphériques**

#### **a) Sur le plan clinique**

Cette étude nous montre que le service des urgences de Pont l'Abbé est très régulièrement, voire fréquemment, amené à accueillir et traiter des situations d'urgences psychiatriques. Les professionnels décrivent des problématiques complexes intriquant plusieurs dimensions cliniques, nécessitant des prises en charge complémentaires en pluridisciplinarité. Face à ces situations, les professionnels décrivent gérer selon leur champ de compétences la dimension somatique, et demeurent le plus souvent dans l'incompréhension clinique des phénomènes psychiatriques faute de ressources cliniques accessibles. Les prises en charge s'en ressentent inéluctablement impactées, avec parfois des états se détériorant dans l'attente des avis spécialisés en psychiatrie qui arrivent trop tardivement.

Parmi les données recensées en ce qui concerne leur activité, les prises en charge et leurs difficultés il apparaît que ces professionnels réclament et nécessitent l'apports de connaissances cliniques en psychiatrie. Le passage d'un professionnel quotidiennement sur des horaires de journée semblerait être suffisant vis-à-vis de l'activité décrite. Ce passage permettrait des échanges cliniques autour de situation en cours ou de situations passées, le professionnel de psychiatrie pourrait ainsi superviser les équipes médicales et paramédicales pour la conduite de telles prises en charge.

Ainsi l'accueil, l'installation des patients en fonction de leur état clinique pourraient être réinterrogé ou optimisé, le recueil de données pourrait également être optimisé et cela permettrait de systématiser des soins à visée d'apaisement soit relationnels soit par le repérage de signes d'anxiété ne cédant pas aux soins relationnels. Superviser les IAO pour systématiser une échelle d'évaluation analogique de l'anxiété dès l'accueil du patient pourrait sans doute permettre de mieux repérer les problématiques et d'avoir une idée plus précise et peut être plus rapide sur la nécessité de recourir à un traitement médicamenteux pour les médecins urgentistes. Ainsi cela pourrait prévenir les phénomènes d'instabilité décrit durant la prise en charge.

L'évaluation clinique en complément de l'évaluation clinique médicale permettrait une évaluation beaucoup plus globale de la situation clinique pour les problématiques identifiées. Ainsi les dimensions cliniques psychiatriques telles que l'évaluation de l'humeur, psycho-comportementales, le risque suicidaire, les antécédents psychiatriques, addictologiques, les traitements en cours, leur tolérance, leur efficacité ainsi que l'observance de ces traitements, les éléments biographique, les éléments diachroniques et synchroniques de la problématique en cours pourraient être systématisés permettant une meilleure compréhension de la situation du patient pour l'ensemble de l'équipe des urgences mais également des dispositifs d'avis sollicité par la suite en ce qui concerne l'orientation du patient. Le recours à cette évaluation et sa restitution auprès de l'équipe leur permettrait au fur et à mesure de s'approprier certaines notions cliniques et sur du long terme mieux repérer certaines problématiques.

b) Sur le plan organisationnel

Les problématiques décrites par les professionnels des urgences de Pont l'abbé rapporté à notre problématique de départ, qui est la saturation des urgences de Quimper, constituent un double argument pour réinterroger l'organisation de la filière de l'urgence psychiatrique en sud Finistère.

L'intérêt initial de déployer des dispositifs d'évaluation psychiatrique par le biais des IPA dans les services d'urgences périphériques afin de soulager l'unique dispositif d'urgence psychiatrique territorial à Quimper, s'en retrouve renforcé lorsqu'on étudie l'activité psychiatrique de ces services et les multiples difficultés auxquelles sont soumis les professionnels.

En ce qui concerne les parcours de soin, cette évaluation clinique permettrait aux urgentistes de faire un tri plus exhaustif entre les situations qui relèvent de l'ambulatoire et celle qui relève d'une hospitalisation. On peut imaginer que le professionnel pourrait recommander ou faire lui-même le lien avec les CMP, médecins traitants, psychiatres ou psychologues libéraux qui prennent ou pourraient prendre en charge le patient. On pourrait imaginer des liens avec le SAS Psy de Brest afin le professionnel déployé puisse être identifié comme une ressource territoriale mais également que ce professionnel puisse recourir au SAS pour lui permettre d'adresser les patients en ayant la connaissance des délais de prise en charge des différents professionnels.

En ce qui concerne les orientations vers les hospitalisations, on peut imaginer que dans certaines situations et leur complexité, l'évaluation clinique d'un IPA suffise à permettre aux psychiatres responsables des unités d'hospitalisation de donner un avis favorable à une hospitalisation. Lorsque les problématiques sont claires et bien circonscrites ou pour des patients bien identifiés, dont on dispose d'un dossier médical complet et à jour, on peut imaginer qu'une évaluation médicale spécialisée supplémentaire ne soit pas nécessaire, le psychiatre pourrait s'appuyer sur l'évaluation de l'IPA pour décider ou faire des recommandations sur la poursuite des soins. Cela aurait pour conséquences de réduire significativement les phénomènes d'aller et retour entre Pont l'Abbé et Quimper et constituerait une partie de réponse à l'inertie dans les prises en charges décrite par les professionnels de Pont l'Abbé.

Pour les problématiques nécessitant obligatoirement une évaluation médicale spécialisée comme les tentatives de suicides ou les tableaux cliniques relevant des urgences psychiatriques pures ; Les décompensations de pathologies psychiatriques telles que les états maniaques, les états délirants, les états mélancoliques ou toutes problématiques induisant des conduites de mises en danger pour soi ou pour autrui, celles-ci pourraient sans doute être plus rapidement et précisément circonscrites par la double évaluation somatique et psychiatrique afin que les transferts sur l'UMP de Quimper puissent s'effectuer dans de meilleurs délais avec un support plus complet pour l'évaluation médicale spécialisée qui arriverait en troisième ligne.

## **2) L'intérêt d'un IPA**

Nous avons pu constater que l'organisation d'un service d'urgence périphérique, fait appel à plusieurs corps professionnels, ayant leurs fonctions qui leur sont propres, des questions et des problématiques qui peuvent être différentes selon les champs disciplinaires, ou leur perceptions liées à leur fonction. Cette pluralité de besoin fait appel au leadership clinique de l'IPA pouvant aussi bien répondre à des questions cliniques d'ordre médicale pour concourir à la réalisation d'un diagnostic, qu'à des questionnements infirmiers sur l'accueil ou la prise en soin de certaines problématiques de santé en s'appuyant d'une part sur les données probantes de la littérature scientifique ainsi que sur les théories en soins infirmiers.

De plus on peut voir que travailler au sein d'un service d'urgence périphérique implique des niveaux de collaborations multiples et complexes. Outre les professionnels travaillant

aux urgences, il s'agit également d'être en contact avec les autres professionnels y intervenant comme l'ELSA ou les équipes mobiles de gériatrie, potentiellement les services de soins des hôpitaux périphériques pouvant accueillir des patients si les situations somatiques sont complexes ; Mais également avec les professionnels travaillant en libéral ou exercice coordonné, les médecins généralistes, les infirmiers libéraux, les psychiatres ou psychologues libéraux, les dispositifs d'appui à la coordination, les CMP, les établissements médico-sociaux, les associations d'aide aux victimes, les CCAS ; Mais encore avec les autres dispositifs hospitaliers comme les urgences de Quimper et l'UMP ou les cliniques de santé mentale privée ou l'EPSM du Finistère sud. Cette multiplicité et cette diversité des partenaires font directement appel aux compétences de collaboration et de coordination des IPA.

Il apparaît en revanche fondamentale que le déploiement d'un IPA puisse être pensée sur le plan structurel et que cela émane d'une volonté conjointe entre établissements. Bien que la primo accession à une consultation par un IPA est à présent possible pour les IPA exerçant dans des établissements de santé comme l'hôpital de Pont l'Abbé, il est nécessaire que l'IPA développe un étroit partenariat avec les psychiatres avec lesquels il est amené à collaborer régulièrement et qu'il puisse établir une relation de confiance. Il apparaît important que la circonscription de son exercice en ce qui concerne son champ d'activité puisse être consigné au sein d'un protocole d'organisation qui serait validé par les établissements concernés.

### **3) Les limites et les biais**

#### **a) Validité externe**

En terme de validité externe cette étude monocentrique n'aura permis que de refléter la réalité d'un seul service d'urgence. Cette étude n'a pas assez de puissance pour envisager une généralisation du déploiement d'IPA au sein des services d'urgences périphériques en sud Finistère. Il aurait été intéressant de pouvoir intégrer les urgences de Douarnenez, cela pourrait en revanche constituer un autre sujet d'étude afin de continuer à améliorer la filière d'urgence psychiatrique en sud Finistère.

#### **b) Validité interne**

Pour ce qui est de la validité interne j'ai pu repérer deux biais potentiels. Premièrement le fait que les professionnels interrogés aient été informé en amont par leur chef de service des objectifs de l'étude, à savoir le potentiel déploiement d'un IPA PSM pour les aider à

traiter les situations psychiatriques. On peut imaginer que cet objectif ait pu influencer sur leurs réponses, notamment en ce qui concerne le vécu de pénibilité et les difficultés ressenties.

Cela dit même si ce phénomène ait été actifs, ça peut être par ailleurs explicite sur la détermination des professionnels des urgences de Pont l'Abbé à accueillir une aide extérieure.

Deuxièmement, je me demande à quel point la présentation de mon parcours professionnel en préambule des entretiens et notamment mon appartenance à l'UMP de Quimper durant 7 ans n'aurait pas non plus conditionné certaines réponses portant sur la collaboration entre les urgences de Pont l'Abbé et l'UMP de Quimper. Ma connaissance du réseau local et des pratiques a certainement pu influencer certaines directions d'entretiens et peut être que si un professionnel complètement extérieur au réseau des urgences locales aurait effectué ces entretiens, les éléments recueillis aurait été différemment significatifs.

Sur le plan méthodologique, il aurait été intéressant que je puisse bénéficier d'un collaborateur afin qu'il puisse effectuer une autre analyse afin de pouvoir confronter les thématiques dégagées. La temporalité pour réaliser ce travail, conjuguée aux multiples tâches et impératifs universitaires ne m'ont pas permis d'avoir suffisamment de temps pour organiser ce second niveau d'analyse.

#### **4) Objectifs, attentes et résultats**

Cette étude répond en partie à son objectif principale qui était « d'évaluer la pertinence de déployer des Infirmiers en Pratique Avancée mention Psychiatrie/Santé Mentale sur les services d'urgences périphérique du sud Finistère pour aider les équipes des services d'urgence à la prise en charge des situations d'urgences psychiatriques ».

Bien que cette étude réponde à tous les sous objectifs exposés et que tous les critères de jugement peuvent être rempli, les résultats obtenus nous auront appris que sur le service des urgences de Pont l'Abbé, déployer un IPA PSM serait effectivement d'une grande aide pour les équipes avec de larges perspectives en ce qui concerne l'amélioration des prises en charges et du parcours patient.

Il serait en revanche judicieux que cette étude puisse être également mené, sur le service des urgences de Douarnenez afin de permettre une appréciation générale sur les difficultés

et les besoins afin de penser plus généralement une filière d'urgences psychiatriques en sud Finistère en y intégrant des IPA sur les services d'urgences périphériques.

En ce qui concerne mes hypothèses établies avant l'élaboration de l'étude, les résultats obtenus semblent en confirmer certaines. Notamment le fait de déployer un IPA sur un service d'urgence périphérique, peut contribuer à améliorer l'évaluation clinique initiale, et que la collaboration régulière avec les personnels des urgences pourrait améliorer les pratiques et les prises en soin pour les situations d'urgences psychiatriques. Mais également à propos de l'interconnaissance qui découlerait de la collaboration régulière pluridisciplinaire.

Pour ce qui était envisagé en ce qui concerne la prévention avec des repérages précoces de situations à risque, les professionnels interrogés n'ont pas évoqué de perspective d'amélioration dans le repérage d'états mentaux à risques ou de repérage de vulnérabilités, cette hypothèse ne pourrait être confirmée que si un professionnel venait à être déployé et qu'une seconde étude viendrait interroger ses pratiques et son activité. En revanche toujours dans cette idée de prévention, l'étude nous montre qu'il existe des perspectives d'amélioration en termes de prévention de l'anxiété, des agitations ou des ruptures de soins par le fait de pouvoir évaluer sur les services d'urgence périphérique et mieux orienter au décours de la prise en charge aux urgences. Cela pourrait limiter les pertes de chance pour les patients pouvant manifester de l'instabilité.

Enfin cette étude ne permet pas de confirmer que déployer un IPA sur les services d'urgences périphériques puisse réduire le phénomène d'engorgement des urgences de Quimper. Il nous faudrait exécuter une nouvelle étude, un devis mixte comprenant un volet qualitatif ainsi qu'un volet quantitatif, pour évaluer après le déploiement d'un IPA sur les services d'urgences périphériques, la modification des pratiques auprès des professionnels de terrain au niveau des services d'urgences périphériques mais également de l'UMP et observer rétrospectivement le nombre d'hospitalisation sur l'EPSM du Finistère Sud réalisées depuis les urgences de Pont l'Abbé. On pourrait ainsi mesurer combien d'hospitalisations s'effectueraient sans avoir à transiter par les urgences de Quimper pour bénéficier d'une évaluation psychiatrique.

## **XI. Conclusion**

L'année 2021 aura vu l'arrivée des tous premiers Infirmiers en Pratiques Avancées mention Psychiatrie Santé Mentale. Bien que des stratégies d'implantation aient été dans un premier temps, plutôt envisagées du côté du suivi des patients chroniques stabilisés, les besoins locaux et territoriaux imposent de devoir mettre en place des organisations spécifiques dans le cadre de filières afin de répondre au mieux à ces besoins.

Les IPA ont selon moi, toute leur place pour faire valoir leurs compétences au sein de ces dispositifs. Leur présence au sein des filières ambulatoires, des filières de réhabilitation psychosociale, de filières dédiées aux troubles du neurodéveloppement, de filières de soins intensifs initiaux dans le cadre de pathologies émergente ou d'état mentaux à risques (55), montre bien que les stratégies d'implantation peuvent être multiples, qu'il faille s'affranchir de modèles prédéfinis pour s'adapter aux besoins de santé territoriaux.

Les filières d'urgence et de soins non programmés ont également, je pense, tout intérêt à exploiter les ressources des IPA pour venir consolider leurs organisations. J'espère que cette étude aura permis de dégager quelques connaissances pouvant permettre d'imaginer d'autres schémas d'implantations. Il serait intéressant de poursuivre ce sujet d'étude par la suite avec des modèles d'études multicentriques, en comparant les urgences d'avis qui seraient réalisés par des psychiatres, des infirmiers experts et des IPA. Cela permettrait de pouvoir vraiment cerner les apports spécifiques aux différentes professions. Et en ce qui concerne les IPA, cela permettrait d'enrichir les connaissances sur la profession telle qu'elle est exercée en France.

Ce travail fût pour ma part une belle occasion d'approfondir mes connaissances sur ma discipline et ce que fût la spécialité dans laquelle j'ai exercé ces dernières années. Ce travail d'initiation à la recherche a provoqué chez moi un certain goût pour l'exercice mais m'a également permis de consolider mes méthodes de travail pour ancrer et utiliser des connaissances mais également en termes d'organisation et de planification.

Il conclue et concrétise deux ans intenses de formation et même s'il ne traite pas de ma future implantation, j'espère qu'il suscitera un intérêt, des réflexions sur la profession d'IPA et sur l'organisation des soins.

## **XII. Bibliographie**

1. Perrin-Niquet A. Petite histoire de la clinique infirmière en psychiatrie. Soins Psychiatr [Internet]. déc 2019 [cité 3 avr 2024];40(325):12-6. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1338561/petite-histoire-de-la-clinique-infirmiere-en-psych>
2. Abgrall G, Betremieux M, Biais T, Drapier D, Gourevitch R. Groupe thématique « Accès aux soins, parcours de soin et territoires, soins non programmés, urgences, suicidologie ». Commission Nationale de la Psychiatrie; 2021.
3. Satori N, Peroche C. Évolution ou révolution de la profession infirmière ? Soins Psychiatr [Internet]. mai 2023 [cité 25 mai 2024];44(346):9-43. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0241697223000609>
4. actu.fr [Internet]. 2023 [cité 26 sept 2023]. Hôpital de Quimper : les urgences au bord de l'asphyxie. Disponible sur: [https://actu.fr/bretagne/quimper\\_29232/hopital-de-quimper-les-urgences-au-bord-de-lasphyxie\\_59915955.html](https://actu.fr/bretagne/quimper_29232/hopital-de-quimper-les-urgences-au-bord-de-lasphyxie_59915955.html)
5. AFP JSSG avec. Ouest-France.fr. 2023 [cité 26 sept 2023]. « Les équipes sont à bout » : aux urgences de Thionville, 93 % des infirmiers sont en arrêt maladie. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/sante/hopital/les-equipes-sont-a-bout-aux-urgences-de-thionville-93-des-infirmiers-sont-en-arret-maladie-6c716148-8aae-11ed-b974-98872541103d>
6. LIBERATION, AFP. Libération. [cité 26 sept 2023]. «90 %» des soignants des urgences de Pontoise en arrêt maladie, une «première» en Ile-de-France. Disponible sur: [https://www.liberation.fr/societe/sante/90-des-soignants-des-urgences-de-pontoise-en-arret-maladie-une-premiere-en-ile-de-france-20230109\\_3D6ZTYCJD5ESNPDWKXEZSYG2PA/](https://www.liberation.fr/societe/sante/90-des-soignants-des-urgences-de-pontoise-en-arret-maladie-une-premiere-en-ile-de-france-20230109_3D6ZTYCJD5ESNPDWKXEZSYG2PA/)
7. Baillon G. L'accueil de l'urgence en 2014. Soins Psychiatr [Internet]. juin 2014 [cité 3 avr 2024];35(292):12-7. Disponible sur: <https://www.lissa.fr/fr/rep/articles/24979915>
8. Union Hospitalière de Cornouaille. Convention portant constitution de l'Union Hospitalière de Cornouaille en Groupement Hospitalier de Territoire [Internet]. 2016 [cité 26 sept 2023]. Disponible sur: [https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/20160701\\_GHT\\_cornouaille.pdf](https://www.bretagne.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/20160701_GHT_cornouaille.pdf)
9. admin\_10838. Centre Hospitalier de Cornouaille Quimper - Concarneau. 2023 [cité 25 mai 2024]. Union Hospitalière de Cornouaille (UHC) - Cornouaille. Disponible sur: <https://www.ch-cornouaille.fr/letablissement/union-hospitaliere-de-cornouaille-uhc/>
10. Ambrosino F. Le guide de l'infirmier(ère) en pratique avancée. 2e éd. Paris: Vuibert; 2021. p3,22,15,6,10, p23-32,p53-54
11. Jovic L. Pratique avancée. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Toulouse: Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 3 avr 2024]. p.



238-42. (Hors collection). Disponible sur: <https://www.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-p-238.htm>

12. Jovic L, Guenot C, Naberes A, Maison P. Pratiques avancées des professionnels paramédicaux. Étude exploratoire dans la région Ile-de-France. *Rech Soins Infirm* [Internet]. 2009 [cité 3 avr 2024];99(4):117-32. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-4-page-117.htm>
13. Philippe E, Buzyn A. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée - Légifrance [Internet]. Code de la santé publique juill 18, 2018. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000037218120>
14. Vidal F, Buzyn A. Arrêté du 12 août 2019 modifiant l'arrêté du 18 juillet 2018 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée [Internet]. Code de la santé publique Code de l'éducation août 12, 2019. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000038914201>
15. Perrin-Niquet A. De l'infirmier de secteur psychiatrique à l'infirmier de pratique avancée en santé mentale et psychiatrie. *Inf Psychiatr* [Internet]. 2020 [cité 3 avr 2024];96(7):511-7. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-7-page-511.htm>
16. Macron E, Borne E, Le Maire B, Darmanin G, Lecornu S, Retailleau S, et al. LOI n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé (1) [Internet]. 2023-379 mai 19, 2023. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561956>
17. Larousse É. Définitions : urgence, urgences - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 24 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>
18. CNLTR. Centre de National de Ressources Textuelle et Lexicographique. [cité 24 mai 2024]. URGENCE : Définition de URGENCE. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/urgence>
19. CNLTR. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicographiques. 2012 [cité 24 mai 2024]. PSYCHIATRIE : Définition de PSYCHIATRIE. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/psychiatrie>
20. Quillerou B, Bouchard JP. Les urgences psychiatriques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. 1 oct 2018 [cité 3 avr 2024];176(8):831-6. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448718302476>
21. Pasquier De Francieu S. Urgences psychiatriques. *EMC - Traité Médecine AKOS* [Internet]. janv 2013 [cité 3 avr 2024];8(1):1-6. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1634693912480462>
22. Boiteux C, Clostre M, Querel C, Gallarda T. Urgence psychiatrique. *EMC - Psychiatr* [Internet]. 1 janv 2004 [cité 3 avr 2024];1(1):87-104. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1762571803000099>

23. CNLTR. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicographiques. [cité 8 déc 2023]. CRISE : Définition de CRISE. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/crise>
24. Balanger V, Calas JF. Le travail infirmier aux urgences psychiatriques. Soins Psychiatr [Internet]. mai 2014 [cité 3 avr 2024];35(292):27-32. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/891377/le-travail-infirmier-aux-urgences-psychiatriques>
25. Walter M, Genest P. Réalités des urgences en psychiatrie. Inf Psychiatr [Internet]. 2006 [cité 9 mai 2024];82(7):565-70. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2006-7-page-565.htm>
26. Bouloudnine S, Mendzat R, Naudin J. ULICE : Une équipe d'intervention de crise dans une psychiatrie en crise. Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux [Internet]. 2013 [cité 3 avr 2024];50(1):163-86. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2013-1-page-163.htm>
27. Munoz. EPSM Sud Bretagne. [cité 9 mai 2024]. Urgences/Suicide/Crise/Liaison. Disponible sur: <https://www.ch-charcot56.fr/offre-de-soins/pole-de-psychiatrie-adulte/urgences-suicide-crise-liaison/>
28. Pôle de coordination du 3114, numéro national de prévention du suicide C de L. 3114 souffrance prévention de suicide. [cité 8 déc 2023]. Numéro national de prévention du suicide - 3114. Disponible sur: <https://3114.fr/>
29. Centre hospitalier Charles Perrens. Centre Hospitalier Charles Perrens. [cité 8 déc 2023]. Questions Psy | Charles Perrens. Disponible sur: <https://www.ch-perrens.fr/offre-de-soins/questions-psy>
30. Prévention M de la S et de la, Prévention M de la S et de la. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 8 déc 2023]. Tout savoir sur le SAS. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/le-service-d-acces-aux-soins-sas/article/tout-savoir-sur-le-sas>
31. Guelfi JD, Rouillon F, Mallet L. Manuel de psychiatrie. 4e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2021. p580
32. Robin M, Ampélas JF, Kannas S, Bronchard M, Mauriac F, Bisson F, et al. Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France. Thérapie Fam [Internet]. 2001 [cité 3 avr 2024];22(2):153-68. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-therapie-familiale-2001-2-page-153.htm>
33. Lolivier I. Santé Mentale. 2022 [cité 3 avr 2024]. Le psychotraumatisme, de quoi parle-t-on ?... Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2022/03/quid-des-violences-faites-au-psychisme/>
34. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 3 avr 2024]. Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques - Enfants et adultes - Note de cadrage. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3215922/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-syndromes-psychotraumatiques-enfants-et-adultes-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215922/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-syndromes-psychotraumatiques-enfants-et-adultes-note-de-cadrage)

35. Baillon G. Les urgences de la folie: l'accueil en santé mentale. Levallois-Perret: G. Morin; 1998. (Des pensées et des actes en santé mentale). 4<sup>e</sup> de couverture.
36. Calas JF. « “Ca s’est bien passé” » controverse sur les termes de l'accueil en psychiatrie [Internet]. [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: <https://clap.univ-eiffel.fr/permalink/v1263f406b0a21htcfvg/>
37. Maxime DG. Accueil de l'urgence en psychiatrie : de l'impasse à l'ouverture [Thèse d'exercice]. [France, Lille]: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2014. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2014/2014LIL2M206.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2014/2014LIL2M206.pdf)
38. Haute Autorité de Santé. Haute Autorité de Santé. [cité 3 avr 2024]. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272435/fr/modalites-de-prise-de-decision-concernant-l-indication-en-urgence-d-une-hospitalisation-sans-consentement-d-une-personne-presentant-des-troubles-mentaux](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272435/fr/modalites-de-prise-de-decision-concernant-l-indication-en-urgence-d-une-hospitalisation-sans-consentement-d-une-personne-presentant-des-troubles-mentaux)
39. Tribolet S, Shahidi M. Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques. Paris: Éd. Heures de France; 2005. Prolégomènes.
40. Livre II : Lutte contre les maladies mentales (Articles L3211-1 à L3251-6) - Légifrance [Internet]. [cité 3 avr 2024]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006140615/#LEGISCTA000006140615](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006140615/#LEGISCTA000006140615)
41. Bauduret JF. Plus de 60 ans de sectorisation psychiatrique : de l'esprit des textes à la réalité des pratiques. Prat En Santé Ment [Internet]. 2022 [cité 10 nov 2023];68e année(4):11-7. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2022-4-page-11.htm>
42. Chapitre Ier : Sectorisation psychiatrique (Articles R3221-1 à R3221-17) - Légifrance [Internet]. [cité 10 nov 2023]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178573/2022-03-31/#LEGISCTA000006178573](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178573/2022-03-31/#LEGISCTA000006178573)
43. EPSM du Finistère Sud [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Psychiatrie pour adultes. Disponible sur: <https://www.epsm-quimper.fr/offre-de-soins/psychiatrie-pour-adultes/>
44. EPSM du Finistère Sud [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Centre du Couple et de la Famille. Disponible sur: <https://www.epsm-quimper.fr/etablissement/centre-du-couple-et-de-la-famille/>
45. EPSM du Finistère Sud [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Urgences psychiatriques. Disponible sur: <https://www.epsm-quimper.fr/offre-de-soins/urgences-psychiatriques/>
46. EPSM du Finistère Sud [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Psychiatrie pour enfants et adolescents. Disponible sur: <https://www.epsm-quimper.fr/offre-de-soins/psychiatrie-pour-enfants-et-adolescents/>

47. Association France Addiction. Association France Addiction. [cité 13 nov 2023]. CSAPA de Quimper. Disponible sur: <https://addictions-france.org/etablisements/csapa-quimper/>
48. EPSM du Finistère Sud [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Addictologie. Disponible sur: <https://www.epsm-quimper.fr/offre-de-soins/addictologie/>
49. EPSM du Finistère Sud [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Trouble du spectre autistique. Disponible sur: <https://www.epsm-quimper.fr/trouble-du-spectre-autistique/>
50. EPSM du Finistère Sud [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Psychiatrie pour personnes âgées. Disponible sur: <https://www.epsm-quimper.fr/offre-de-soins/psychiatrie-pour-personnes-agees/>
51. Hospitalité Saint Thomas de Villeneuve. HSTV Pont L'Abbé. [cité 17 nov 2023]. Psychiatrie. Disponible sur: <https://hdpontlabbe.hstv.fr/accueil/services-et-specialites/psychiatrie/>
52. Clinique Kerfriden - Châteaulin (29) - | Cliniques emeis [Internet]. [cité 9 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.emeis-cliniques.fr/clinique-kerfriden-chateaulin-29>
53. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. 2017-1200 juill 27, 2017.
54. LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1). 2012-300 mars 5, 2012.
55. Josse F, Peyres Bourg É, Sibert A, Billé V, Gasc L. Naissance d'un collectif d'IPA au sein d'un centre hospitalier. Soins Psychiatr [Internet]. mai 2023 [cité 12 mai 2024];44(346):14-7. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0241697223000622>