

# La Lettre n°91

Bulletin de L'UNAFAM Paris - Octobre à Janvier 2016



Un autre regard

## Dossier : l'hôpital démystifié

### ... Avant l'hospitalisation

- Le CPOA : un centre ouvert 24h sur 24 2  
*Entretien avec le Dr. Gourevitch*
- Chronique de salle d'attente 4
- Le CMP, partenaire idéal du patient 5  
*Entretien avec le Dr. Gire*
- « On vous soigne » 6
- 24h de prise en charge d'un patient en crise 7  
*Reportage à l'IPPP, une structure hors GHT Paris*

### ... Les premiers jours

- L'accueil du patient, une ardente obligation 9  
*Reportage à l'UIA de l'Hôpital Henri Ey*
- L'effet lune de miel 11
- Premiers jours : quelle place pour la famille ? 12  
*Entretien avec le Dr. Aubriot*

### ... La vie au quotidien

- Une équipe soignante au quotidien 13  
*entretien avec le Dr. de Rohan Chabot*
- Comment j'ai retrouvé ma place de mère 15
- Les mots qui soignent 16
- Construire l'avenir 17  
*Entretien avec Mr Valimahomed*

### ... Bientôt la sortie

- Assistante sociale : la vigie socio-économique 18  
*Entretien avec Madame Marie Bencheton*

### Regards prospectifs

- De la CHT au GHT Paris - Psychiatrie & neurosciences 20
- Psychiatre-famille : une alliance indispensable 22  
*avec le Dr. Richard Augy*
- Regard sur l'hospitalisation à travers le temps 23

## Et aussi dans ce numéro...

- Sport adapté : la remédiation mise en gestes 24
- Maux croisés 25
- Deux enquêtes 26
- Retour sur la SISM 2016 27
- Courrier des lecteurs 28
- Jean Louis Le Picard nous a quittés 28

**Editorial** Avouons-le, c'est toujours avec un certain pincement au cœur que nous franchissons la porte de l'hôpital psychiatrique, et ce, même si ce n'est pas la première fois !

Si cela tient certainement en partie au côté déstabilisant d'une pathologie portant atteinte à l'intime, on peut se demander s'il ne subsiste pas dans notre imaginaire quelques réminiscences de l'époque et des pratiques révolues du début du siècle dernier...

Sismothérapie, thérapies comportementales et cognitives, thérapies familiales, thérapies de groupes, hypnothérapie, médicaments de nouvelle génération... sans oublier les progrès accomplis en matière d'individualisation des traitements : l'hôpital psychiatrique s'est doté des moyens d'être plus efficace et tant, de gagner en humanité !

Voilà pourquoi nous avons souhaité consacrer un dossier exceptionnel à l'hôpital de ce début du XXI<sup>e</sup> siècle - avec la complicité du GHT Paris Psychiatrie & neurosciences, et plus particulièrement des équipes de l'hôpital Henri Ey, qui nous ont ouvert tout grand leurs portes - dans le souci affiché d'apaiser les craintes et ainsi de faciliter le dialogue entre familles et équipes soignantes.

Un grand merci donc au GHT Paris et à tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce dossier. Nous sommes d'autant plus conscients de la confiance qui nous a ainsi été témoignée que, comme on le verra pages 20 et 21, le paysage psychiatrique parisien fait actuellement l'objet d'une profonde réorganisation, autour d'un projet médical et soignant partagé, en vue d'une meilleure coordination entre tous les acteurs du territoire.

Cher lecteur, toute l'équipe de La Lettre souhaite maintenant partager avec vous ce sentiment d'optimisme qu'elle a ressenti pas à pas, en qualité d'observatrice, au fur et à mesure de ce périple, parmi les acteurs clés de l'hospitalisation, avant, pendant et à la sortie.

Luc Vave

Entretien avec le Dr. Raphaël Gourevitch, psychiatre

## Le CPOA, un centre d'urgence ouvert 24h sur 24h

*Le Dr. Raphaël Gourevitch dirige le service du Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA) à l'hôpital Sainte-Anne. Il y accueille tous les patients, tant en crise aiguë qu'en recherche de soins.*

### **Pouvez-vous nous rappeler ce qu'est le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil ?**

Le CPOA est à la fois un service d'urgences psychiatriques et un service de consultations sans rendez-vous. Nous recevons de la même manière des patients en situation de crise aiguë et des patients qui, en dehors de la crise, sont en recherche de soin, essaient de se repérer dans le circuit psychiatrique, demandent un deuxième avis ou une confirmation pour une prise en charge en cours. Nous avons également un important travail de régulation et de coordination des soins psychiatriques en Ile de France.

### **Un patient arrive au CPOA, comment est-il reçu ?**

Lorsque le patient arrive, il est accueilli par des infirmiers, ce qui permet d'avoir d'emblée un premier regard évaluant de quel type d'urgence il s'agit. Nous n'avons pas d'accueil administratif, nous demandons juste au patient d'où il vient, s'il est seul ou accompagné.

Un infirmier le reçoit dès que possible pour un premier entretien, l'aidant à formuler sa demande, à reconstituer son parcours. Cet entretien se déroule dans une salle ouverte, permettant de voir les patients dans de bonnes conditions de sécurité, tout en ayant un niveau de confidentialité acceptable. Même si nous ne sommes pas dans un espace fermé, nous avons constaté que des choses pouvaient se dire à ce moment-là. L'infirmier peut également rencontrer la personne qui accompagne, famille, ami, ou professionnel (médecin traitant, éducateur, psychologue).

Ensuite l'infirmier travaille sur le dossier, recherche des informations en appelant la famille, éventuellement le médecin traitant. Ce travail préalable va permettre à l'infirmier d'exposer au médecin tous les éléments d'anamnèse ainsi récoltés, les antécédents, les éventuelles hospitalisations antérieures, le contexte.

***L'infirmier, après un coup de fil à la famille, récolte des informations qui vont permettre au médecin de lire autrement les éléments de l'entretien***

Le deuxième entretien, médical cette fois, se fera dans le bureau du médecin. S'il s'agit d'un interne, il y aura concertation avec le médecin senior pour confirmation de la décision. Vous avez vu tout à l'heure que nous

avons été interrompus, il s'agissait d'un interne qui venait me parler d'une situation, demander mon avis et ma validation.

Il y a toujours concertation entre médecin et infirmier. Il arrive que l'infirmier, après un coup de fil à la famille, récolte des informations qui vont permettre au médecin de lire autrement les éléments de l'entretien qu'il vient d'avoir avec le patient. Cette concertation en temps réel entre médecin et infirmiers est vraiment nécessaire pour nous et sécurisante pour les patients. L'équipe y est très attachée, même si, in fine, la responsabilité de la décision est véritablement médicale.

### **Quelle est la proportion de patients pour lesquels vous allez préconiser une hospitalisation ?**

Nous hospitalisons environ la moitié de nos patients, ce qui paraît beaucoup, mais cette « surdétermination » s'explique par le fait qu'un certain nombre de patients nous sont adressés en vue d'une hospitalisation, une première évaluation ayant déjà eu lieu en amont. On observe que la moitié le sera en hospitalisation libre, et l'autre moitié sous contrainte.

Les autres indications peuvent être : un transfert en hôpital général lorsqu'il apparaît un problème somatique prédominant et urgent (le CPOA n'est pas situé dans un hôpital général) ; mais surtout un suivi ambulatoire psychiatrique avec un rendez-vous pris par nos services chaque fois que cela est possible ; une consultation de post urgence où l'on demande à la personne de revenir car nous n'avons pas réuni tous les éléments ; un prolongement de la consultation jusqu'à 24h. Lorsqu'il s'agit d'une crise sans pathologie psychiatrique avérée mais que le retour à domicile n'est pas possible tout de suite ou dans certaines situations cliniques, notamment chez le jeune, nous avons quatre chambres et deux boxes qui nous permettent de proposer une hospitalisation brève. Quelque chose va ainsi pouvoir se dénouer à l'occasion du séjour au CPOA.

### **Qu'est-ce qui vous fait préconiser une hospitalisation ?**

Pour indiquer une hospitalisation, on ne peut pas se fier uniquement à un diagnostic, ni à l'observation des symptômes. L'urgence psychiatrique n'est pas que symptomatique. Il faut aussi tenir compte de l'environnement et du réseau de soins qui est possible pour le patient. À symptômes équivalents, on ne prendra pas la même décision s'il y a déjà un suivi en cours, ou si



la personne est désinsérée et ne sait pas à qui s'adresser. De même, en ce qui concerne l'environnement familial, on ne prendra pas la même décision pour quelqu'un qui est sans appui à l'extérieur et pour quelqu'un dont la famille est présente, clairement positionnée dans son accompagnement. Notre regard clinique sur le patient est complété par un regard plus global pour prendre la bonne décision de soins pour chacun. C'est pour cela que le croisement des regards entre les infirmiers et les médecins, est très important pour prendre une décision.

#### **Avez-vous une équipe suffisante pour limiter le temps d'attente ?**

Au minimum nous avons la nuit cinq infirmiers dont un plus spécifiquement chargé de la réponse téléphonique, un interne, un médecin, avec un médecin d'astreinte en cas de forte affluence. La journée nous avons cinq à six infirmiers, deux ou trois internes et un médecin.

L'entretien infirmier se fait dès l'arrivée, mais ensuite il nous faut du temps pour prendre les renseignements auprès des différents interlocuteurs, pour attendre une ambulance... Nous avons lancé une étude pour mesurer les délais d'attente et voir comment on peut améliorer les choses.

Pour que l'attente soit plus tolérable, nous nous attachons à deux choses : que la personne puisse formuler sa demande, c'est l'entretien infirmier, et qu'elle ait identifié son interlocuteur. C'est pourquoi le patient est reçu par un infirmier qui va s'occuper de lui jusqu'à son départ : c'est l'infirmier référent. S'il a besoin de quelque chose, le patient s'adresse à lui et n'a pas besoin de demander de l'aide à la cantonade, comme on le voit dans beaucoup de services d'urgence.

#### **L'un de vos infirmiers est affecté au téléphone. Qui vous appelle ?**

Tout le monde ! Des familles, des patients, des professionnels pour avoir des renseignements sur des procédures d'hospitalisation, les règles de la sectorisation dont le CPOA est aussi le garant, ainsi que les procédures à appliquer dans des cas particuliers, par exemple pour les personnes qui n'ont pas de domicile.

L'infirmier qui est au téléphone sert de régulateur, permet de définir l'urgence, nous donne des éléments pour préparer le venue d'un patient. Il arrive assez fréquemment qu'une structure hospitalière, une maison de retraite nous adresse un patient pour avoir un bilan psychiatrique. Notre activité est finalement très variée.

#### **Quel message souhaiteriez-vous transmettre aux familles ?**

Notre mission est de faciliter l'accès aux soins psychiatriques, dédramatiser, déstigmatiser. Nous considérons que les urgences sont situationnelles, il est

donc normal que l'on prenne l'avis de la famille lorsque cela est pertinent. Elle doit pouvoir obtenir d'être entendue, même si notre avis peut s'avérer différent. Par ailleurs nous cherchons à mieux répondre à l'urgence, à impliquer les services de secours, car une situation d'urgence psychiatrique ne doit pas passer après un autre type d'urgence du fait même qu'elle est psychiatrique.

Nous voyons des familles qui ont appelé la police, qui leur a dit d'appeler les pompiers, qui les renvoie vers le CMP, qui les renvoie vers la police, cela n'est pas acceptable.

#### **Nous proposons une réponse en 3 niveaux :**

- l'urgence à l'heure près, avec risque suicidaire ou hétéro-agressif par exemple, là on essaie de collaborer avec les services de secours pour qu'il y ait une intervention immédiate, comme c'est le cas dans n'importe quelle situation d'urgence médicale ;
- l'urgence qui peut être un peu différée : on reçoit les familles, qui viennent nous exposer les difficultés d'un proche, et on peut envisager des visites à domicile ;
- les situations non urgentes pour lesquelles on peut prendre le temps d'organiser des soins en prenant contact avec les structures de secteur.

#### **Vous proposez des visites à domicile ?**

Oui, nous le faisons à condition d'avoir reçu la famille et bien mesuré le risque lié à l'intrusion. Quand l'indication est posée, il faut un effectif de 2 infirmiers et un médecin et souvent davantage, la réponse n'est donc pas forcément très rapide. Nous y travaillons, il faut améliorer les choses car c'est insupportable pour une famille de s'entendre répondre par les services de secours que s'il n'y a eu ni bagarre ni tentative de suicide, rien ne peut être fait.

#### **Pouvez-vous nous rappeler à qui s'adresse la consultation « famille sans patient » ?**

Cette consultation s'adresse à des familles qui souhaitent des conseils, une orientation et une évaluation pour leur proche, y compris lorsqu'il est en refus de soin. Cela représente environ 500 consultations sur 10 000 par an, une proportion assez faible en nombre mais très importante en retentissement pour les familles. Notre expérience nous montre que le fait d'avoir reçu les familles a souvent fait évoluer une situation difficile et que deux tiers des patients ont finalement accédé à des soins dans les semaines qui ont suivi.

Le simple fait que la famille ait pu nous exposer ses difficultés, en parler, a ouvert des portes qui lui paraissaient jusqu'ici condamnées.

Je tiens à rappeler aux familles que ces consultations leur sont ouvertes tous les jours, 24 heures sur 24h.

Propos recueillis par Corinne Viennot

## Chronique de salle d'attente au CPOA

Après avoir rapidement visité les locaux en compagnie du Dr. Gourevitch, quatre chambres avec douche, une chambre de soins intensifs, des bureaux où s'affaire le personnel, une infirmière qui répond à deux téléphones à la fois, des boxes, le guichet de l'accueil, me voilà dans la salle d'attente.

**a** J'ai vu le médecin, je vais être hospitalisée. Et vous ? C'est long, je suis là depuis 11h ce matin. Ah zut, distributeur en panne, pas de gobelet... Ça me fait marrer, les gobelets sont à côté ! Moi je n'ai vu qu'un infirmier. Mais il y a combien de médecins ici ? Je suis de Béziers, et vous ? De Marseille. Et qu'est-ce que vous faites à Paris ? Je ne sais pas, je galère. C'est quoi, ce distributeur ? Pas de gobelets ! Mais ils sont à côté, les gobelets !

▪ Ça va, madame ? Ne vous inquiétez pas, l'ambulance arrive.

▪ Voilà, monsieur, je vous rends votre portable, il était à plat, je l'ai rechargé. Vous avez au moins 20%.

▪ Madame, vous avez faim ? Je peux vous faire un sandwich, jambon-beurre, ça ira ? Avec un café ? D'accord, je vous apporte ça.

**a** Papa, ne me laisse pas ! Mais je n'en peux plus ! Ne pars pas ! Mais tais-toi donc ! Arrête de parler ! Larmes. Oui. Ils me disent que ... Mais tais-toi, qu'est-ce qu'ils en savent, hein ? Ils en savent moins que moi, et tais-toi ! Lâche-moi ou je m'en vais. Ne me laisse pas, Papa ! Mais tu comprends que je n'en peux plus. Tu m'épuises !

▪ Venez monsieur, je vais vous donner un traitement.

**a** Mais tais-toi, tais-toi, j'en peux plus, fiche-moi la paix !

© Elle est belle votre valise ! Moi je suis venue avec un sac, l'infirmier l'a gardé derrière. Je viens de Béziers, je suis en HDT. Je me suis sauvée de l'hôpital ! De Béziers, oui ! J'ai pris le TGV ! Je suis arrivée à Paris hier, hop en TGV ! C'est malin,... maintenant je repars ! Mais Paris, c'est pas possible, des voitures partout, des immeubles, c'est trop bruyant, je repars à Béziers, c'est mieux.

▪ Madame, l'ambulance est en route. Vous avez l'air fatiguée. Voulez-vous que je vous installe un brancard pour vous allonger ?

▪ Monsieur, vous voulez bien venir avec moi, m'expliquer un peu ce qui vous amène ici.

"" Allô,... oui, elle est avec moi, non, on est encore aux urgences, mais elle repart dimanche matin. Pour moi, ça va être un peu plus long. Allez, je vais bien, tu vas bien, c'est le principal. Je t'aime.

▪ Madame, le psychiatre va recevoir votre fils, puis vous recevra ensuite. Il va être hospitalisé à Esquirol, c'est son hôpital de secteur, ça va aller vite parce qu'il a déjà un dossier. Bon. Je suis rassurée.

**a** C'est trop nul ce distributeur ! En panne, pas de gobelet... mais les gobelets, ils sont à côté ! Bon allez, tu viens on va fumer une cigarette dans le jardin.

© Moi, je suis aidée par un SAVS, c'est pour mon fils que je suis là. Il a 18 ans. Non, le SAVS, c'est pour moi, pas pour lui. Quand même, Béziers, c'est mieux que Paris, je suis arrivée hier et je repars, heureusement, parce que Paris, c'est fatigant ! Oh, vous savez, on s'y fait. Il a arrêté le lycée. Il faut qu'il se soigne bien.

"" Le problème, quand on est passé en psy, il y a des métiers qu'on ne peut pas faire. Oh, ça dépend ! Moi, je connais une infirmière psy, elle est schizophrène ! Elle dit qu'aider les autres ça fait du bien, c'est

thérapeutique. Moi je suis là pour mon fils, je n'ai jamais été hospitalisée. Hôpital de jour seulement. Moi aussi, l'hôpital de jour, la peinture, l'ergothérapie.

§ J'ai faim, ça fait 7 heures que je suis là ! Tenez, j'ai des petits beurres. Ah, ça fait du bien de manger !

© Allô, Maman, oui, t'inquiète pas, mais oui, surtout il faut que je dorme, ça fait deux jours que je n'ai pas dormi, il faut que je dorme ...

▪ Monsieur, l'ambulance est là, où est votre valise ?

▪ Madame, voici le courrier du médecin, ça va vous permettre d'avoir un rendez-vous rapidement.

"" Dans un centre de jour c'est mieux, tu vas avoir des activités, et après tu pourras reprendre un boulot. Deux heures se sont écoulées et je songe à partir. En sortant, je croise une très jeune fille, en larmes : « Vous êtes seule ?... Combien en avez-vous pris ?... Tout ! Vous avez tout pris ? »

La grisaille de l'automne s'est installée sur Paris et dehors, on est entre chien et loup.

Corinne Viennot



Entretien avec le Dr. Delphine Gire

## Le CMP, partenaire idéal du patient consentant

*Le Dr. Delphine Gire est psychiatre, elle est responsable du Centre Médico-Pédagogique (CMP) Rochefort, Paris 17° à l'hôpital Henri Ey, EPS Maison-Blanche.*

**La Lettre :** Dans le cadre du CMP, votre mission première est la continuité du soin pour le patient, dans la cité et dans sa vie quotidienne. Pourtant, il vous arrive parfois de décider d'une hospitalisation. Pourquoi ?

Dr Delphine Gire : Prenons le cas le plus favorable, celui d'un patient que nous suivons régulièrement au CMP. Depuis quelque temps nous voyons que les traitements sont moins efficaces, les effets secondaires plus importants ; nous essayons tout d'abord de faire des ajustements de traitement, demandons au patient de nous consulter plus souvent. Malgré cela, il nous apparaît que les choses ne tiennent plus comme avant, que d'anciens symptômes reviennent et sont de plus en plus envahissants... Il convient de pouvoir organiser une hospitalisation. Comme la relation est de qualité et repose sur une confiance réciproque, nous pouvons évoquer tranquillement avec lui l'opportunité d'une hospitalisation le temps d'adapter le traitement. L'accord est simplement obtenu. C'est le cas le plus fréquent.

**Vous organisez donc directement l'hospitalisation au cours de la consultation ?**

Oui, dans ce cas, avec l'accord du patient, nous décidons d'une hospitalisation à partir du CMP. Nous contactons l'hôpital Henri Ey où nous rentrons en lien avec l'un des praticiens du service. Le fait que l'ensemble des praticiens de notre secteur partagent leur activité entre l'hôpital et le CMP assure au patient une grande continuité et facilite la mise en place de l'hospitalisation. Le départ pour l'hôpital s'organise alors simplement à partir du CMP (ambulance ou VSL).

**Vous arrive-t-il de faire des hospitalisations sous contrainte ?**

C'est peu fréquent mais il peut arriver que, même en connaissant le patient, on ait des difficultés à s'entendre sur la nécessité d'une hospitalisation. Ce peut être le cas notamment parce que l'on perçoit que le patient n'est plus bien dans son environnement, au point de se mettre en danger, ou que l'on mesure un risque suicidaire. On doit alors mettre en place une hospitalisation pour s'assurer de sa sécurité. Dans ce cas nous essayons d'abord d'apaiser le patient en lui proposant un traitement pour le détendre. Nous lui donnons un traitement par voie orale et l'installons au calme dans une pièce avec un infirmier qui restera à ses côtés en attendant que l'angoisse s'amende. L'objectif n'est pas de l'endormir mais de lui permettre de s'apaiser, de pouvoir être en capacité de décider et de participer aux soins. Lorsque l'on a une décision à prendre pour soi, quelle que soit l'affection, rien n'est possible si l'on est envahi par l'angoisse.

**Peut-on dire que l'hospitalisation à partir d'un CMP est une situation assez « idéale » ?**

Oui, notamment parce que le patient est déjà connu et le contexte appréhendé, l'ensemble des éléments étant portés par le patient et son psychiatre, psychiatre qu'il aura l'occasion de retrouver en hospitalisation. Toutefois il faut noter que pour nous l'hospitalisation reste l'exception ; elle n'est préconisée que lorsque les autres solutions sont insuffisantes ou inopérantes. Sur l'Hôpital Henri Ey par exemple, moins de 15% des patients sont adressés par un CMP. Sur Paris l'essentiel des hospitalisations passe souvent par le CPOA ou les services d'urgence des hôpitaux généralistes.

N'oublions pas qu'il existe aussi des patients qui, en dehors d'une période de grande crise ou décompensation, demandent à être hospitalisés. La demande n'est pas forcément directe, mais nous entendons quelque chose de cet ordre. Un patient qui a déjà été hospitalisé sait que l'hôpital peut à un moment donné jouer le rôle de havre, et constituer un endroit où se retrouver.

**Une famille qui vous appelle car son proche va de plus en plus mal et ne veut pas aller consulter. Comment faire pour qu'il accepte d'aller au CMP ?**

C'est le cas le plus difficile. On essaie de préciser et détailler la situation, bien souvent on propose un rendez-vous avec l'espoir que la personne parvienne à venir, accompagnée ou non. Malheureusement nous n'arrivons pas toujours à débloquer la situation mais demeurons dans tous les cas disponibles pour les proches pour réévaluer et donner des conseils en fonction des éléments cliniques qui nous sont confiés. Nous n'omettons pas d'indiquer aux familles que si la personne se met en danger, il convient de faire intervenir les pompiers, et que si elle se montre menaçante il convient de faire appel aux forces de l'ordre. C'est bien sûr très difficile pour les familles, mais c'est ce qu'il convient de faire pour ne pas laisser s'installer une situation insupportable pour chacun.

Aussi difficile et douloureuse que soit l'hospitalisation, c'est un temps qui restera et qui gardera son importance dans la suite des soins. L'hospitalisation est un moment qui comptera tout au long de la prise en charge. Que cette hospitalisation puisse se faire, qu'elle puisse être soutenue par l'entourage est quelque chose d'important car c'est un temps très précieux pour le patient, même si de l'extérieur cela peut paraître difficile. Lorsqu'un patient nous retrouve au CMP après un moment de décompensation qui a nécessité une hospitalisation, il sait que nous avons été témoins de ce moment très difficile. Il sait également que l'on a pu l'entendre, le supporter et le contenir avec lui, ce qui

contribuera durablement à tisser entre nous une relation de confiance.

Lorsqu'il est à l'hôpital, le patient demande bien souvent à sortir car il peut ressentir très fortement la contrainte à être dans ses murs mais, paradoxalement, c'est aussi dans ce lieu qu'il va se retrouver.

D'un grand vide, d'un grand désespoir ou d'un grand délire, il ressort et revient à lui. L'hospitalisation, même si elle paraît difficile, est bien loin d'être aussi affreuse ou terrible que nous l'imaginons.

Propos recueillis par Corinne Viennot

## Témoignage

### « On vous soigne »

Nous sommes en septembre. J'ai titubé sous le poids du vent. Je me suis répandue sur le bitume, trouvant du réconfort dans les feuilles mortes. Leur odeur humide, le souvenir des balades en forêt. Un instant, une douce sensation m'effleure, je m'apaise. J'ai dû perdre connaissance. Je suis dans un hôpital. Un sous-sol avec des cellules autour d'un patio où l'on peut tourner en rond, des barreaux aux cellules à grille ouverte sur l'enfermement. Une faible lumière incrustée dans le mur rend la lecture impossible. Je suis dans un état critique. Je suis étrangère à moi-même, rivée à l'hostilité du lieu. Je ne comprends pas la violence de ces déflagrations dans mon corps, cette panique qui m'électrise, s'empare de mes jambes. Tout mon être est tendu vers un seul but : sortir d'ici. Je crie, je supplie à genoux.

L'homme accoudé à la table dans le petit réduit réservé, mais sans porte, une cigarette au bec, s'esclaffe : « Mais, on vous soigne ». Je l'avais repéré, c'est le psychiatre. L'homme aux pleins pouvoirs qui me fait attendre. L'attente est brûlante. L'attente est une souffrance insupportable. « L'impatience qui vous caractérise », encore des mots de ce psychiatre étrange qui ne quitte pas son chapeau. À force d'impatience, je redeviens enfant, je trépigne. Épuisée et vaincue, je finis par m'allonger et je m'endors comme à chaque fois. La cruauté du réveil dans la nuit me meurtrit.

Les jours filent et l'attente s'installe. Elle ne me quitte pas. Elle devient un point fixe dans mon esprit. Elle est comme un lourd manteau qui m'enveloppe et me tient trop chaud. Je ne le sais pas, je ne le sens pas, mais les médicaments, ces pilules aux mille et une couleurs que l'on me donne chaque jour, commencent à faire leur effet. Un jour, on me change d'endroit. Suis-je contente après tout ce temps en cellule ? Même pas. Je voudrais être déjà arrivée là où l'on m'emmène.

***Un frisson tiède et bienveillant dans le corps, une sensation en cachemire, une faim en bonne santé... bien, bien, je me sentais bien. Un matin nouveau, la vie retrouvée. Ils, les psychiatres, venaient de pratiquer une première électronarcose***

Une clinique blanche avec un parc à la végétation radine. On me perche dans une chambre fermée. J'attends le jour, j'attends la nuit, j'attends les repas. Je n'attends pas les psychiatres qui me rendent visite chaque jour. Que leur dire à eux qui ne vous disent rien ? J'attendrai pendant six mois avec pour compagne d'infortune une femme, immuable stalactite, presque muette, juste ces mots « on lit dans mes pensées », quelques dessins. J'avais obtenu que l'on partage nos repas dans le petit salon, alors que nous étions contraintes de les prendre chacune dans notre chambre. Je ne pensais à rien. Je ne pensais plus à m'évader. Je ne lisais pas. Je comptais le temps à l'horloge. 9 heures du matin, petit-déjeuner, midi, déjeuner, 14 heures art-thérapie, puis dîner... se coucher, dormir, ne plus rêver, se réveiller... être mal, mal, mal à attendre quelque chose qui ne viendrait pas, en plein désespoir. Mais quoi au juste ? La délivrance. La liberté d'aller et venir, de se promener seule, la liberté de penser, les interdits que

je m'étais imposés, neutralisés.

Un matin, quelque chose d'inouï se produit : un courant froid dans la gorge, un frisson tiède et bienveillant dans le corps, une sensation en cachemire, une faim en bonne santé... bien, bien, je me sentais bien. Un matin nouveau, la vie retrouvée. Ils, les psychiatres, venaient de pratiquer une première électronarcose. Parce que j'avais vécu longtemps, trop longtemps, plongée dans une profonde mélancolie. Tout cela je l'ai su après. Sans le demander. En m'informant.

Pourtant, je remercie les psychiatres, même si, pendant cette longue hospitalisation, je n'avais fait qu'attendre, sans rien comprendre, sans rien savoir de mon mal, sans dialogue, sans échange, prisonnière de la maladie enfermée entre les murs de la psychiatrie. Je me suis rétablie de la bipolarité qui m'a tant perturbée (selon mon entourage). Les psychiatres m'ont effectivement soignée. Certains d'entre eux, ainsi que d'autres soignants, m'ont fait passer par les chemins de la patience. Ils m'ont appris à attendre ce qui est possible. Là est l'espoir. L'espoir qui fait se mouvoir. L'espoir qui prend le pouvoir sur la fatalité. L'espoir, comme une urgence.

Brigitte Hautefeuille

## Reportage à l'Infirmier Psychiatrique près la Préfecture de Police (IPPP) 24 h de prise en charge d'un patient en crise

*Dans le n°86 de la Lettre, nous avons présenté l'IPPP (voir encadré). Attention : nous quittons les structures d'hospitalisation du GHT Paris pour assister de l'intérieur au travail des équipes de l'IPPP auprès de personnes en crise aiguë qui présentent des troubles mentaux manifestes leur ayant été confiées, à titre temporaire, par la Préfecture de Police.*

Avant d'être reçue dans le bureau du Dr. Mairesse, Psychiatre et Médecin Chef de l'IPPP, je suis accueillie par Madame Jégu, Cadre Supérieur de Santé, qui prend le temps de me faire visiter les locaux.

L'IPPP se résume à un long couloir, au deuxième étage d'un banal immeuble de la rue Cabanis, où se répartissent d'un côté les bureaux, et de l'autre dix chambres. Ici les toilettes, là une salle d'eau avec un lavabo et une douche, « la douche, que l'on propose en tant que de besoin, lorsque la personne arrive dans un état d'incurie majeure ». Et puis voilà la salle où la personne est invitée à revêtir un pyjama, « Nous avons un endroit dédié, pour préserver la pudeur de la personne qui peut s'isoler derrière un rideau, et bien sûr du personnel féminin lorsque nous accueillons une femme », précise Madame Jégu.

Quant aux chambres, climatisées et claires, elles comportent un lit fixe, parfois deux ou trois lorsque la personne peut ne pas être isolée. Je remarque qu'il n'y a ni lavabo ni toilettes, mais une sonnette à côté de la porte. « Il y a quelques années que ces sonnettes ont été installées, pour permettre à la personne de nous appeler en cas de besoin. Nous l'accompagnons aux toilettes, à la douche. C'est mieux qu'avant, où elle

devait frapper contre la porte pour que l'on vienne ! ». Les chambres sont propres, mais dans l'une, la peinture légèrement abîmée, laisse apparaître un graffiti ici ou là. « Nous venons d'obtenir l'accord pour réaliser des travaux dans les chambres, avec un revêtement spécial qui résistera aux dégradations. Et puis nous allons également créer un petit salon de repos, près de la salle de détente du personnel, pour que les personnes apaisées ne soient pas en permanence enfermées dans leur chambre ». Sur cette dernière information positive, nous achevons notre visite pour nous diriger vers le bureau du Dr. Eric Mairesse.

### Entretien avec le Dr. Eric Mairesse

**Parmi les 2 000 personnes que vous recevez chaque année, 55% feront l'objet d'une hospitalisation selon différentes procédures (voir encadré (2) page suivante). Pouvez-vous nous embarquer pour 24 heures avec votre équipe aux côtés d'une personne qui vous est confiée et dont le parcours se terminera par une hospitalisation en psychiatrie ?**

Il est 18 heures, une personne arrive, accompagnée par des policiers, sur ordre du Commissaire, en application de l'article L.3213-2 du code de la santé publique dit « des mesures provisoires ». Elle a créé une situation de trouble à l'ordre public, a été trouvée errante, dans la rue, dans une gare, ou perturbant le voisinage autour de son domicile, ou encore menaçante et agressive... et l'intervention de la police a été demandée.

Elle présente un état dangereux constaté, lié à une pathologie psychiatrique, qui justifie une admission en SPDRE (voir encadré page 8).

Après l'avoir conduite aux urgences de l'Hotel-Dieu pour avis médical, la police nous l'amène pour nous confirmer, après une observation de 24 heures, qu'il y a nécessité de soins psychiatriques et que cette personne n'a rien à faire en prison mais ne pourra pas non plus rentrer simplement chez elle lorsqu'elle sera calmée. Encadrée par les policiers, la personne arrive à notre étage, menottée - 50% des cas - car elle était très agitée et l'interpellation a été difficile.

Aussitôt, le relais est pris par notre équipe afin que les policiers puissent repartir : les documents administratifs sont soigneusement vérifiés - décision du Préfet, avis médical - pendant qu'un infirmier et un surveillant expliquent à la personne qu'elle va devoir rester ici et être reçue par un médecin. On l'invite à revêtir un pyjama. Moment très important pour deux raisons : l'hygiène et la sécurité. La question de l'hygiène est cruciale car la personne peut avoir erré depuis très

### L'IPPP, une structure à part - hors GHT Paris - rattachée à la Préfecture de Police de Paris

L'Infirmier Psychiatrique de la Préfecture de Police (IPPP) n'est pas un établissement d'hospitalisation mais un lieu de rétention provisoire et de premiers soins en vue d'une éventuelle hospitalisation... Ce n'est pas pour autant un service de police, bien qu'il dépende de la Préfecture de Police de Paris.

Cette rétention provisoire mentionnée ci-dessus, n'étant pas encore considérée sur un plan légal comme une hospitalisation d'office, voit ses formalités allégées par rapport à cette dernière.

Le fonctionnement de l'IPPP s'inscrit en effet dans le code de la santé publique à l'article L.3213-2 qui lui permet de faire face, dans l'urgence, à la situation de personnes en crise aiguë qui présentent des troubles mentaux manifestes et un danger imminent pour elles-mêmes et pour autrui.

longtemps et présenter des lésions - mycoses, parasitoses - que le moment de la mise en pyjama permet de déceler et de soigner.

Le revêtement du pyjama permet également de découvrir d'éventuels objets cachés sous les vêtements : lames de rasoirs dans les cheveux, etc.

Parfois la personne n'a pas de vêtements et nous lui en procurerons à la sortie, ou bien ils sont sales et nous les lavons pour les lui rendre propres.

Nous proposons une douche, qui n'est pas forcément acceptée tout de suite... Dans ce cas, nous attendrons qu'elle se calme. Tout cela n'est pas encore du soin, mais ça en fait un peu partie : c'est de l'humain !

***Une mise en contention protocolisée et surveillée de façon très stricte et normée, qui ne durera pas plus de 2 à 3 heures***

Intervient alors l'interne de garde qui fait immédiatement le premier entretien, de jour comme de nuit, et décide du traitement. Dans 70% des cas, le traitement est pris par la bouche car le patient l'accepte, l'entretien l'ayant apaisé. Malheureusement, s'il reste très agité (dans 10% des cas), l'injection est nécessaire avec une mise en contention protocolisée et surveillée de façon très stricte et normée, qui ne durera pas plus de deux à trois heures, le temps que l'injection du tranquillisant fasse effet.

Il se peut également que le traitement puisse être différé, si la personne ne présente pas de délire important avec hallucinations. Nous avons ainsi 20% des personnes qui ne recevront aucun traitement.

C'est maintenant l'heure du repas, un plateau est apporté dans la chambre. Il est 19h30, l'équipe de nuit arrive et l'infirmier chef d'équipe fait la visite des chambres avec l'interne de garde pour 24h (de 13h à 13h). C'est donc la deuxième fois que ce dernier voit notre patient.

Le lendemain matin, c'est la visite du psychiatre, toujours en présence du même interne, car il assure un service de 24 heures. C'est très important car il peut ainsi voir évoluer, parfois de manière considérable, l'état du patient qu'il présente au senior.

Pendant ce temps tous les contacts possibles ont été pris pour faire l'anamnèse du patient : famille, médecin traitant, psychiatre, services hospitaliers. J'insiste pour

Procédures d'hospitalisation sous contrainte, pour des personnes atteintes de troubles psychiques qui rendent impossible leur consentement :

- SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers ;
- SPPI : Soins Psychiatriques de Péril Imminent, en l'absence de tiers ;
- SPDRE : Soins Psychiatriques sur Décision d'un Représentant de l'Etat.

que l'on appelle de jour comme de nuit, car je pense qu'un parent sera toujours soulagé d'apprendre que l'errance de son proche est terminée, même s'il reçoit notre coup de fil dans la nuit !

Si nous rencontrons des difficultés à trouver les renseignements, nous pouvons exceptionnellement prolonger de 24 heures l'observation de la personne.

La famille arrive, nous prenons le temps de bien lui expliquer la situation. Si nous sommes dans un cas de danger extrême, une protection liée à un arrêté préfectoral est nécessaire, c'est le SPDRE (2). La famille ne peut pas intervenir mais nous la recevons toujours si elle le souhaite : elle ne trouvera jamais porte close.

Pour une procédure de SPDT (2) quand la famille participe à la demande d'hospitalisation, nous devons parfois garder la personne 24h de plus pour lui laisser le temps d'arriver.

Lorsque la famille est présente mais ne souhaite pas s'impliquer dans une signature, ou bien lorsqu'il n'y a pas de tiers, alors nous pouvons proposer le SPPI (2). Par contre, en aucun cas on ne peut transformer un SPDT (2) en SPDRE (2).

**Les familles ne peuvent pas toujours voir leur proche, comment le leur faire accepter ?**

Il arrive effectivement que nous proposons de différer une rencontre, notamment pour des raisons de dignité humaine.

Il se peut en effet que la personne soit arrivée chez nous dans un état très dégradé, impressionnant, et une rencontre n'est alors pas souhaitable si tôt. Par ailleurs, pour le malade psychique, l'arrivée de la famille peut faire surgir beaucoup trop d'émotions, aggravant son état. Il peut également avoir développé momentanément des idées de persécution à l'encontre d'un des membres de sa famille. Une rencontre risquerait alors de tourner à l'affrontement et serait tout à fait préjudiciable.

**Reprenons le parcours de notre patient, qui va pouvoir maintenant être hospitalisé...**

Nous l'avons laissé après la visite du psychiatre, il aura donc eu trois de médecins.

L'hospitalisation étant décidée et signifiée au patient, le commissaire est informé de sa modalité. Le chef d'équipe prend alors contact avec le service de secteur en donnant des informations sur la manière dont se sont déroulées les 24 heures à l'IPPP. Un infirmier et un surveillant, vont accompagner le patient dans l'ambulance jusqu'à son admission à l'hôpital, voire même dans son service. Du fait que nous avons toujours des équipes de six personnes, il nous en restera quatre sur place.

Ce temps que nous consacrons à chaque personne admise, c'est grâce à un personnel suffisamment nombreux. C'est un luxe qui nous permet d'assurer au mieux notre mission d'orientation et c'est la moindre des choses que nous devons à ces personnes temporairement privées de liberté que l'on reçoit ici.

Corinne Viennot

Reportage à l'UIA de l'Hôpital Henri Ey

## L'accueil du patient, une ardente obligation

*Nous sommes de retour au GHT Paris – Psychiatrie & Neurosciences, l'hôpital Henri Ey s'est doté d'une structure pour recevoir les patients : l'UIA, Unité Intersectorielle d'Accueil. Avec une conviction : bien recevoir les patients, c'est maximiser la réussite de l'hospitalisation. Immersion dans un service inédit.*

J'avais rendez-vous à midi, mais j'arrivai en avance. Le vigile qui se tient au rez-de chaussée, à côté de la réception, m'emmena au fond du bâtiment, et je longeai un patio baigné de lumière avant de sonner à la porte du service. Très vite, une infirmière ouvrit la porte. Peu de monde ici, rien à voir avec le va-et-vient incessant qui règne dans les services, aux étages supérieurs. Sur le mur, une grande affiche d'un paysage marin accueille l'arrivant : les rochers du premier plan semblent faire obstacle au marcheur qui veut rejoindre la mer. À moins qu'ils ne servent d'appui à celui qui veut parvenir à la grande étendue d'eau, si apaisante quand elle rejoint le ciel, à l'horizon ?

### Un premier temps pour l'infirmière

L'infirmière me fait patienter dans un petit salon aux murs rose où attendent toujours les nouveaux patients. Les magazines à disposition sur une table basse, les fauteuils confortables, évoquent la salle d'attente d'un médecin de ville. Je comprends que le psychiatre est en entretien avec un patient. Peu de temps après, je vois sortir une jeune femme, grande et très élancée. Elle a déjà enfilé le fameux pyjama bleu d'hôpital et une infirmière, bien plus petite, se tient à ses côtés, lui parlant avec douceur : « Vous allez pouvoir déposer vos affaires personnelles dans un coffre » lui explique-t-elle. La jeune femme paraît épuisée et la suit avec confiance. L'hospitalisation à laquelle je suis en train d'assister se trouve à mille lieux des clichés et fantasmes sur l'hôpital psychiatrique: pas de cris, ni de contrainte mais une atmosphère respectueuse, certainement apaisante.

**Plus on prend du temps pour bien accueillir le patient, et mieux se passe l'hospitalisation**

« Plus on prend du temps pour bien accueillir le patient, et mieux se passe l'hospitalisation » explique peu de temps après Edwige Billerbach, infirmière dans le service depuis de longues années. L'UIA a donc été conçue comme un sas dans lequel le patient passe quelques heures avant de rejoindre l'Unité d'Hospitalisation (UH) qui correspond à l'arrondissement de son domicile. Plus petite, composée de sept lits seulement, l'UIA est entièrement dédiée à l'accueil : il reçoit jusqu'à douze nouvelles entrées par jour, généralement en fin de journée et

dans la nuit, car le patient est d'abord passé par des services d'urgences où l'attente a parfois été longue.

Il arrive accompagné, en ambulance, depuis un service d'urgence ou du CPOA qui a prescrit l'hospitalisation. Il peut aussi venir en taxi conventionné lorsque c'est le CMP de son quartier qui l'envoie. « C'est alors un patient connu de nos services qu'il s'agit de réintégrer dans son programme de soins, explique le Dr. Dal Bianco. Dans ce cas, il va directement rejoindre son unité et reste très peu de temps à l'UIA. » Les patients trop agités vont quant à eux en Unité de Soins Intensifs (USI) où ils restent le temps que le traitement administré apporte un apaisement qui leur permette de rejoindre leur unité d'hospitalisation.



**Un sas dans lequel le patient passe quelques heures avant de rejoindre l'Unité d'Hospitalisation**

Tous les autres sont accueillis à l'UIA : de tous âges - de 15 à 90 ans ! - ils arrivent parfois avec un membre de leur famille qui les a accompagnés dans l'ambulance. « Si cette situation est difficile pour le patient, on reçoit à part le parent très brièvement, on lui donne nos coordonnées et on le rassure : il peut appeler à n'importe quel moment du jour et de la nuit » explique Edwige Billerbach. Si le patient n'est pas en conflit avec sa famille, il est reçu avec son parent avant que ce dernier ne retourne chez lui. « En général, les familles sont rassurées par la prise en charge, souligne le Dr. Dal Bianco car elles s'étaient bien aperçues du problème. Elles s'inquiètent de la gravité éventuelle de la maladie, mais elles sont en même temps soulagées de voir leur proche à l'hôpital ».

Cet entretien infirmier, première étape de la prise en charge, est très important : « Il peut durer de 10 minutes à 1 heure, précise Edwige Billerbach. Il s'agit de commencer d'emblée un travail d'apaisement ». L'infirmière explique au patient dans quel service il se situe, et explique la situation : « Parfois les personnes n'ont pas compris qu'elles vont être hospitalisées, surtout s'il s'agit de soins sous contrainte. Elles n'ont pas entendu ou le service d'urgence n'a pas formulé les choses de manière suffisamment claire », poursuit-elle. L'entretien infirmier sert aussi à rassembler les éléments concernant la maladie du patient (entretiens médicaux réalisés au service d'urgence) et à mieux connaître l'histoire du patient ainsi que son état d'esprit.

***Le pyjama, au-delà de la nécessité, peut avoir un rôle symbolique pour le patient qui prend conscience qu'il ne va pas bien et a besoin de repos***

L'entretien avec le médecin a lieu plus tard, mais parfois très rapidement, si le patient est inquiet et le réclame. Dans les autres cas, l'infirmière conduit le patient dans une chambre où il peut déjà se reposer, et lui demande de se mettre en pyjama. « Les personnes qui viennent ici arrivent en urgence, elles n'ont prévu aucune affaire pour leur hospitalisation, souligne le Dr. Dal Bianco. Il faut bien leur donner des affaires personnelles telles que le pyjama qui, au-delà de la nécessité, peut avoir un rôle symbolique pour le patient qui prend conscience qu'il ne va pas bien et a besoin de repos. C'est ce que nous leur disons dès que nous les recevons. »

## **Un second temps pour le médecin**

Pour mener son entretien, deuxième étape de l'accueil, le médecin s'appuie sur les comptes rendus médicaux rédigés par les psychiatres au service d'urgence. « Je recherche aussi d'autres éléments, je fais une évaluation clinique pour décider de ma prescription » explique le Dr. Dal Bianco. S'agit-il d'établir d'emblée un diagnostic ? « L'évaluation d'un état clinique contient certains symptômes qui peuvent nous guider, répond la psychiatre, mais il faut attendre avant de mettre en place un traitement de fond, surtout si le patient n'est pas connu. » Le médecin de l'UIA prescrit donc le plus souvent somnifères ou anxiolytiques pour soulager le patient qui arrive en général épuisé par une longue lutte contre la maladie. La mise en place du traitement de fond a lieu plus tard, dans l'unité d'hospitalisation, après plusieurs jours d'observation.

***Le médecin de l'UIA prescrit donc le plus souvent somnifères ou anxiolytiques pour soulager le patient qui arrive en général épuisé***

Et le patient, comment réagit-il durant cette première phase de l'hospitalisation ? C'est en général l'inquiétude qui prévaut dans les premiers moments et les questions les plus fréquentes le reflètent bien : « Est-ce que je vais ressortir ? Combien de temps je vais rester ? Pourquoi je suis là » ? Autant dire que l'alliance thérapeutique entre le patient et le médecin n'est pas gagnée ! « C'est toujours difficile d'accepter d'avoir une pathologie, constate le Dr. Dal Bianco. Se dire qu'on n'est pas en bonne santé, cela fait peur et on n'a pas envie d'y croire. Quand il s'agit d'une pathologie psychique, le patient a l'impression qu'on touche à son identité, à sa personnalité et ne comprend pas toujours comment il pourrait aller mieux. Mais plus on avance dans l'hospitalisation, meilleur est l'échange et plus nous pouvons agir.

***Quand il s'agit d'une pathologie psychique, le patient a l'impression qu'on touche à son identité, à sa personnalité et ne comprend pas toujours comment il pourrait aller mieux***

Au cours du premier entretien, nous cherchons d'abord à rassurer les patients en leur disant que oui, ils sortiront, mais que cela dépend d'eux. Nous leur disons que nous trouverons une solution ensemble. Nous leur expliquons à quoi servent les médicaments que nous leur prescrivons et quel soulagement ils en recevront. Nous nous mettons aussi d'accord avec eux sur les consignes à respecter au début du séjour, par exemple la coupure du téléphone portable pour éviter les perturbations pouvant provenir du monde extérieur. Les consignes évolueront ensuite tout au long de l'hospitalisation ».

J'avais moi aussi achevé mon entretien. Je sortis du bureau du médecin et parcourus l'unité. Sur les murs de l'entrée, des éducateurs ont affiché les programmes d'activité proposés : revue de presse, initiation à la guitare, karaoke. Dans la salle à manger où était servi le déjeuner se tenaient les quelques patients de la journée. « Bon appétit ! » lança l'infirmière en passant une tête. Je quittai l'hôpital d'un pas plus léger, le son de sa voix claire m'accompagnant longtemps sur le boulevard.

Propos recueillis par Emmanuelle Rémond

Témoignage

## L'effet lune de miel

*Mon fils n'a jamais été aussi heureux qu'à l'hôpital psychiatrique. Opération de communication commanditée par le GHT? Non, simplement mon expérience.*

Je suis allée récemment à une conférence, donnée par un philosophe et thérapeute, qui cherchait à faire découvrir à son auditoire les principes de la vie bonne. À un certain moment de son raisonnement, il conclut : « Si vous ne pouvez pas distinguer entre ces deux causes, il n'y a plus que l'hôpital psychiatrique ». Comme tout parent de malade psychique, je frémis à cette petite phrase tellement stigmatisante pour tous ceux que nous aimons et qui souffrent avec courage, mais aussi pour l'hôpital, brutalement assimilé à une voie de garage, où demeurent des délinquants de toute espèce, sorte de prison d'un autre âge pour les déviants du raisonnement.

Naturellement mon philosophe ignorait tout des malades et de ces lieux. Il aurait vite compris que l'hôpital, au contraire, est le lieu où nos malades peuvent souffler, échapper à cet effort permanent d'adaptation à un monde pour eux trop agressif, et trouver une aide pour se reconstruire.

C'est ce qui arriva à mon fils, hospitalisé à 21 ans pour une décompensation psychotique.

J'avais assisté au fil des mois, avec une angoisse grandissante, à son irrémédiable dégringolade : il tenait des propos obsessionnels autour d'un perroquet aperçu sur des vidéos qu'il regardait en boucle sur internet, ne se rasait plus, se lavait à peine et ne quittait plus sa chambre, si ce n'est à l'heure des repas... Lorsque je le fis hospitaliser en grande urgence, j'étais en larmes – il s'agit tout de même de mon enfant ! – L'infirmière qui me fit signer les papiers nécessaires à son hospitalisation me dit avec une douceur que je n'oublierai jamais : « Madame, c'est pour son bien ». Quelle prémonition !

La psychiatre qui m'appela à plusieurs reprises pour mieux connaître son histoire – le privilège des

parents de primo-accédants – me dit : « Il va bien, mais je me méfie de l'effet 'lune de miel' ». J'étais éberluée : comment l'hôpital psychiatrique avec ses portes fermées à clef, ses fenêtres grillagées, ses sas d'entrée et ses surveillants en uniforme pouvait-il présenter le moindre ressemblance avec les délices de l'idylle amoureuse, l'émerveillement de jeunes mariés en pleine découverte d'eux-mêmes ?

Quelques jours plus tard, alors que mon fils avait le droit d'entrer en contact avec sa famille, il m'appela au téléphone : une voix claire, des mots tendres. Je fus envahie par une émotion indescriptible : mon fils était revenu à la vie ! J'allai le voir quelques temps après : il était rasé de près, les cheveux coupés, une tenue propre et m'emmena tout heureux à la cafétéria au rez-de chaussée de l'hôpital, pour que nous puissions parler tranquillement.

Il ne ressemblait en rien à celui que j'avais dû faire hospitaliser. Le traitement semblait déjà faire son effet, mais le séjour aussi : il n'avait plus cette épuisante obligation de se conformer à un monde devenu trop rude pour lui. À l'hôpital, ses seules contraintes se résumaient au soin : ergothérapie, prise de médicaments avec l'infirmier, rendez-vous avec le médecin. Enfin, on s'occupait de lui, de ses difficultés, de sa souffrance. Le monde extérieur se mettait à son niveau alors qu'il n'avait expérimenté que ses propres efforts pour s'y adapter.

Quand il sortit, après cinq semaines, il allait bien, très bien même. Puis jour après jour, l'angoisse revint, l'enfermement reprit. Loin de

la protection des murs de l'hôpital, l'effet « lune de miel » disparut si vite que je me demandai, avec grande inquiétude, s'il ne devait pas y retourner. Heureusement, il retrouvait régulièrement l'équipe soignante de l'hôpital au CMP où il se rend toujours avec assiduité. Et petit à petit, la rééducation thérapeutique lui apprend à se confronter à l'autre, à gérer ses inhibitions, à trouver des solutions. La lune de miel est passée, mais il construit, à son rythme, sa manière d'habiter le monde et ce temps.

Véra Mantet



**Comment l'hôpital psychiatrique avec ses portes fermées à clef, ses fenêtres grillagées, ses sas d'entrée et ses surveillants en uniforme pouvait-il présenter le moindre ressemblance avec les délices de l'idylle amoureuse ?**

## Premiers jours : quelle place pour la famille ?

*Le docteur Béatrice Aubriot est psychiatre, chef du pôle 75G19 à l'hôpital Henri Ey au sein de l'EPS Maison-Blanche et assure les soins psychiatriques de la population du 17<sup>e</sup> arrondissement de Paris.*

### **Comment la famille est-elle mise au courant de l'hospitalisation ?**

Tout dépend de la situation : si le patient refuse qu'on prévienne la famille, on doit respecter son souhait. Il est alors en soins libres et peut sortir quand il le veut. Mais si on estime que sa sécurité est en jeu, qu'il pourrait fuguer et ne pas recevoir les soins dont il a besoin, on appelle la famille, on la met au courant de la situation et on lui demande de procéder à une hospitalisation à la demande des tiers qui rend les soins obligatoires. Nous avons toujours les coordonnées d'un membre de la famille. Le patient les a données spontanément aux urgences ou au cours du premier entretien avec l'infirmier à l'UIA (voir page 9). Ou bien un membre de la famille a accompagné son proche aux urgences, et a communiqué son numéro.

***Nous avons toujours les coordonnées d'un membre de la famille. Le patient les a données spontanément (...)***

### **Que dites-vous alors à la famille ?**

La difficulté est que nous sommes soumis au secret professionnel. Nous cherchons avant tout à être rassurants. Si la personne est hospitalisée pour la première fois, elle est en général jeune, et la famille est au cœur de nos préoccupations. Elle est le support de la prise en charge du patient, le milieu social dans lequel il évolue. L'hôpital sert uniquement à résoudre le moment de crise, pas la prise en charge à long terme. Mais nous n'autorisons pas les visites tout de suite si le patient est ou délirant ou en crise familiale. Il vaut mieux qu'il ne soit pas confronté à sa famille, surtout s'il est menaçant envers elle. Nous avons le souci de protéger tout le monde.

***L'hôpital sert uniquement à résoudre le moment de crise, pas la prise en charge à long terme.***

### **Et quand la situation est critique ?**

Il est parfois nécessaire d'adresser le patient dans l'unité de soins intensifs (USI) lorsque la chambre d'isolement du service ne suffit pas à l'apaiser. L'USI est une petite unité de dix lits – une unité d'hospitalisation en compte vingt-huit – et le personnel est plus attentif à chacun. Dans ce cas, on ne prévient pas tout de suite

la famille, car ce séjour doit être le plus rapide possible. L'objectif est que le patient trouve vite l'apaisement, on reste donc concentré sur lui.

***Nous attendons que la crise s'apaise et le moment le plus aigu a toujours lieu durant la première semaine***

### **À quel moment le patient peut-il entrer lui-même en contact avec sa famille ?**

Parfois, dès le lendemain, mais le plus souvent, après une semaine. Nous attendons que la crise s'apaise et le moment le plus aigu a toujours lieu durant la première semaine. Mais rien n'est systématique, tout est fait en fonction du patient et non d'un protocole qui n'existe pas. Chaque patient a sa feuille de consignes qui est réévaluée chaque jour au cours du staff infirmier/médecin qui a lieu le matin. Au cours de cette réunion, les infirmiers qui sont davantage au contact avec les malades que les médecins parce qu'ils les voient toute la journée et discutent avec eux, restituent leurs impressions. Les médecins s'appuient sur ces informations pour prendre les décisions.

### **Comment faites-vous pour apaiser l'inquiétude des familles ?**

Nous montrons que nous sommes là. Les familles peuvent appeler à tout moment le service, et si nous pensons qu'il vaut mieux éviter les visites, l'infirmier prend le temps d'en donner la raison. Si l'incompréhension demeure, le médecin prend le relais et appelle lui-même.

### **Les familles sont-elles parfois divisées face à l'hospitalisation ?**

Nous pouvons être confrontés à des situations difficiles. Des parents divorcés peuvent ne pas avoir le même avis sur leur fils ou leur fille de 20 ans et prennent l'équipe médicale à parti dans leur conflit. D'autres sont en déni de la pathologie et restent opposés à la prise en charge. Certains, très fusionnels, pensent qu'en restant à côté de leur enfant, ils vont mieux le protéger de la maladie et supportent très mal l'interdiction des visites les premiers temps. Pourtant la mise à distance est bénéfique. Il s'agit pour nous de calmer le moment de crise et de repartir sur de bonnes bases avec la famille dans la prise en charge du patient.

Propos recueillis par Emmanuelle Rémond



Rencontres dans le service du Dr. Florence de Rohan-Chabot

## Une équipe soignante au quotidien sur le secteur

*Le Dr. de Rohan-Chabot est psychiatre, responsable d'un service d'hospitalisation de 28 lits à l'hôpital Henri Ey - EPS Maison-Blanche. Dans son service, la moitié des personnes hospitalisées le sont sous contrainte, d'où l'importance de l'accompagnement par le soin, et tout particulièrement le rôle infirmier.*

Le médecin me reçoit avec une partie de son équipe qu'elle me présente puis m'expose les grandes lignes du fonctionnement de son service. Dans la salle de réunion de l'équipe, assistent à l'exposé du Dr. Florence de Rohan-Chabot et interviennent, entre autres, Catherine C. et Daniel L, les deux infirmiers qui travaillent cet après-midi-là, il y a également Agnès L. ergothérapeute présente ce jour là, et Sakil Valimahomed, Cadre supérieur de santé, présent et ouvrant toutes les portes. Un véritable esprit d'équipe transparait à travers leurs propos. Chacun semble partant pour s'exprimer. Cohésion.

### Les professionnels de santé à pied d'œuvre

Il y a au minimum 2 médecins présents dans le service, ce peut être un médecin psychiatre et un interne.

Le médecin responsable, le Dr. de Rohan-Chabot, est présente 4 jours par semaine à l'hôpital et un jour au CMP comme praticien hospitalier. Un lien existe entre l'hospitalier et l'ambulatoire à travers ce que se disent les équipes sur les patients lors de réunions de coordination hebdomadaires. Il y a ceux qui vont sortir de l'hôpital et vont être suivis au CMP et les patients connus du CMP qui ont besoin d'être hospitalisés.

Un médecin psychiatre assistant est présent 4 jours par semaine dans le service du 5<sup>e</sup> étage. Un interne est présent quatre jours par semaine, c'est un temps plein avec deux demi-journées de formation.

Il y a quatre infirmiers sur l'ensemble de la journée de 12 heures dans le service, parfois cinq. Mais ils sont souvent moins nombreux à l'hôpital, quand deux d'entre eux accompagnent le patient pour une activité, un examen médical, une visite à domicile, ou au tribunal... Ils sont au minimum deux pour les soins et la sécurité. Le cadre infirmier est présent tous les jours.

Deux ergothérapeutes travaillent dans l'unité à mi-temps, ainsi que deux psychomotriciennes (il y a présence permanente de l'une ou de l'autre dans chaque spécialité). Deux psychologues exercent, l'une un jour et demi par semaine, l'autre une demi-journée. Trois assistantes sociales sont présentes et se partagent entre l'hôpital et l'ambulatoire, ça favorise le lien et la coordination des projets.

Deux secrétaires assurent la tenue des dossiers et la rédaction des réponses aux demandes des patients et des parents. Elles jouent aussi un rôle important dans la bonne orientation des appels téléphoniques.

La maladie psychique isole et fragilise physiquement, c'est bien connu. Les aides-soignantes et les agents hospitaliers ont pour tâche d'y remédier dans le concret de tous les jours. Ils apportent la dose d'humanité et d'hygiène dont les patients ont cruellement besoin.

### À toute heure la vie du patient au cœur de celle des soignants

Il y a une prise en charge individuelle et adaptée pour que le patient reste socialisé.

Le lundi matin, une réunion de l'équipe présente l'état des patients, les projets de soins qui rejoignent parfois les projets de vie qui leur sont proposés, ainsi que les examens à programmer, les rendez-vous à prendre...

Chaque matin, il y a une réunion brève de transmission qui donne l'état de chaque patient, où est présente toute l'équipe (médicale, infirmiers, cadre, psychologue, ergothérapeute et psychomotricienne).

Le mercredi matin, les patients se retrouvent avec une psychologue dans le cadre d'une réunion « soignants/soignés ».

Le jeudi matin, chaque patient est vu dans sa chambre. C'est un temps privilégié pour le patient et pour l'équipe soignante.

Déjeuner à 11 heures 30 au self de l'hôpital, reprise des activités à 12 heures 15.

Le lundi après-midi se tient une réunion clinique d'une heure. Suivie des tâches administratives, des courriers aux confrères. Des activités thérapeutiques et des temps de soin ont lieu avec les infirmières, les psychologues, les psychomotriciennes, les ergothérapeutes, en individuel ou en groupe.

Pour les patients, s'ils le désirent, il existe une animation, commune à tout l'établissement, en accès libre : possibilité de choisir entre écouter de la musique, voir des films, ou encore pratiquer des activités manuelles...

Qu'il passe vite, ou qu'il passe lentement, ou qu'il passe tout court, le temps passe. À l'hôpital comme ailleurs. Autant qu'il passe avec le moins de souffrance possible. Un point dont est très conscient le personnel soignant et particulièrement infirmiers et les infirmières, à l'hôpital ou à l'extérieur, particulièrement au CMP.

### Le CMP, un rôle primordial

La psychiatrie à Paris est organisée en secteurs (pour une psychiatrie de proximité). Les deux étages - 4<sup>e</sup> et

5<sup>e</sup> étages - de l'hôpital Henri Ey correspondent au pôle secteur 75 G-20-21 qui couvre une partie du 17<sup>e</sup> arrondissement. Depuis le 1<sup>er</sup> juin les services de soins du site de l'hôpital Henri Ey, qui dépendait du GPS Perray Vacluse, ont été répartis entre le CH Sainte Anne et l'EPS Maison Blanche, au sein du GHT Paris-Psychiatrie & neurosciences. Ceci est un levier pour ce secteur et devrait contribuer à lui permettre d'accomplir des projets d'avenir. L'hôpital n'est qu'un infime maillon de la chaîne psychiatrique de secteur. La psychiatrie de secteur est orientée vers le CMP. C'est un lieu de

proximité qui favorise la prise de contact, l'accueil et se veut la porte d'entrée privilégiée des soins sur le secteur. C'est un lieu de consultation, un lieu de suivi, et un lieu de coordination de tous les soins qui a toute son importance répondant au principe de secteur en psychiatrie. Le CMP Armaillé, rattaché à l'unité du 5<sup>e</sup> étage, a une file active de 1100 patients associé à 28 lits d'hospitalisation complète. Dès l'hospitalisation, les patients sont orientés vers le CMP, on leur propose une consultation qui se tiendra avant la fin du séjour hospitalier. Ainsi très rapidement, 98% des patients ont un référent infirmier, un référent assistance sociale, un référent médical qui les accompagneront tout au long de leur parcours en psychiatrie, quel que soit sa durée.

Le CMP travaille également en partenariat avec d'autres structures médico-sociales et une structure sanitaire ayant pour vocations l'hébergement, la réinsertion etc.

## Dans l'atelier d'ergothérapie

Elles sont deux, deux fois par semaine, à tour de rôle. Aujourd'hui Agnès L. m'explique que la salle dédiée à l'ergothérapie où nous sommes, présente l'avantage d'être à l'étage alors que les autres activités sont en rez-de-jardin. « Je peux voir un malade même en état aigu » le déplacement étant moindre. Les patients viennent vers l'ergothérapie sur prescription médicale.

Cette activité concerne le travail au sens large : activités de remédiation cognitive, jeux autour de la matière, médiateur artistique (différent d'un art thérapeute qui est spécialisé), l'ergothérapeute cherche à tout faire et surtout « une activité différente de ce que le patient sait faire, car si l'on maîtrise ce que l'on fait, on a pas besoin de l'autre ». « C'est donner une organisation spatiale, un cadre, du temps, de la concentration, de la mémoire ». Agnès L., très enthousiaste, s'exclame : « Recentrer les patients, travailler avec la partie saine, aller chercher leurs capacités dans la réalité de la matière ».

Au travail ! Je suis attirée par un nuancier de couleurs peint sur un carré de soie monté sur cadre. Agnès L. me montre et me démontre le travail que cela représente. Avec des gestes sûrs et vifs, des mots précis, elle donne les différentes étapes de la peinture sur soie.

Commencer par préparer son cadre : Agnès L. aide à tendre la soie qui est un rapport au corps, avec la gutta (colle) redessiner un cadre aux contours fermés, il devient contenant. C'est un travail libre à l'eau, au sel, et à la gutta. Il faut peindre à l'intérieur du cadre sans que cela déborde, les limites sont fixées et aide l'exécutant à fixer ses propres limites. Ceci est fait avec plaisir mais dans un contexte de traitement médicamenteux qu'il faut impérativement suivre. Agnès L. comme toutes les personnes du service répète ces mêmes mots à qui ne veut pas forcément les entendre.

## Pourquoi est-il là? Pourquoi suis-je ici?

La question que se pose les familles est bien la même que celle qui taraude les patients. La réponse n'est pas la même pour chacun d'entre eux, parfois il n'y a pas de réponse. Les professionnels de santé donnent des réponses, expliquent, accompagnent, rassurent sur ce qu'est cette foutue maladie qui donne à quelqu'un, comme un statut, le nom de patient.

La question du diagnostic se pose dès l'entrée à l'hôpital mais se heurte à des difficultés. Par exemple dans le cas d'une maladie schizophrénique, il faut, selon le Dr. de Rohan Chabot, attendre une durée minimale de deux ans après l'apparition des premiers symptômes pour poser un diagnostic. C'est la durée de latence. Durant cette phase, il s'agit de travailler en fonction des symptômes décrits et observés. Ensuite, tous les patients ne sont pas en état d'entendre le diagnostic quand celui-ci est établi. Ce n'est que si c'est le cas qu'il peut être communiqué aux proches.

Si le suivi le nécessite, et avec l'accord du patient, sont proposés des entretiens familiaux avec le personnel infirmier et médical : entretiens avec les parents, les enfants ou les conjoints. On organise alors des rendez-vous avec 2 personnes au minimum. Par exemple : ont été reçues récemment la femme et la fille d'un patient.

***Même en état de décompensation, en péril imminent, il est capable de donner son avis sur le sort de sa vie***

« Si le patient est d'accord » Catherine C., infirmière, insiste : « Je préfère respecter l'avis du patient, il est majeur »... Et continue en soulignant : « J'estime que même s'il est en état de décompensation, en péril imminent, il est capable de donner son avis sur le sort de sa vie. On prévient les proches, car la loi de 2011 impose de retrouver les proches et de les prévenir ». Les infirmiers s'en chargent sans donner de détails. Si le patient est d'accord, l'équipe peut divulguer sa présence. S'il ne le souhaite pas, elle s'abstient.

**Le médicament, un allié de taille**

Le médicament : un allié du patient pour qu'il se sente mieux. « C'est le rôle de toute l'équipe de promouvoir l'importance des médicaments dans les maladies qui le nécessitent, » insiste le Dr. de Rohan-Chabot. Les résultats peuvent être mitigés, il y a des patients très soulagés, d'autres pas, certains sont demandeurs de sédatifs pour se tranquilliser et pouvoir se reposer... « Il

faut agir sur la posologie, les recommandations et l'adaptation ». Des traitements de fond comme des antidépresseurs n'agissent qu'au bout d'une quinzaine de jours, et un traitement à effet plus immédiat ne s'installera pas dans le temps (anxiolytiques, somnifères). Pour se sentir mieux là où il est, le patient est aidé par le médecin prescripteur de médicaments.

Brigitte Hautefeuille

## Témoignage

## Comment j'ai retrouvé ma place de mère...

**Episode 1 : «l'impossible à supporter»**

Décembre, la période des fêtes, le plaisir de réunir nos trois garçons pour quelques jours, mais voilà que nous sommes embarqués dans un tourbillon! L'un de nos fils nous arrive dans un état d'excitation complètement sidérant...Parti rejoindre des amis en Allemagne quelques mois plus tôt, il revient amaigri, hirsute, ne tenant pas en place, nous embarquant dans des conversations ahurissantes, sautant d'un sujet à l'autre, il nous paraît tout de suite déconnecté de la réalité. Je comprends que quelque chose de grave se prépare, qu'il s'agit sans doute de maladie psychique. Comment enclencher des soins ? Peut-être faut-il une hospitalisation ?... je décide d'appeler au secours. Deux coups de téléphone : l'un au CPOA, je décris son état, Madame, votre fils est-il menaçant, dangereux ? Non. Alors, vous allez devoir attendre que les choses s'aggravent. Et l'autre coup de téléphone au CMP de notre quartier : Madame, il faudrait que ce soit lui qui vienne, ...mais je vois bien qu'il ne se perçoit pas du tout comme malade...alors il faut attendre, donnez-lui notre numéro pour qu'il appelle.

« Attendre que les choses s'aggravent ». Voilà l'impossible à supporter. Je vois mon fils aller de plus en plus mal et l'on me répond que je ne peux rien faire. Totalement impuissante. Nous ne l'empêcherons pas de repartir à Berlin.

Un mois plus tard, au cœur de l'hiver, il est transporté à l'hôpital psychiatrique par les pompiers, en état d'hypothermie après plusieurs jours d'errance.

***Madame, supportez-vous de l'avoir à la maison ? Oui. Son état perturbe-t-il la vie de votre famille ? Non... Alors c'est avec vous qu'il sera le mieux. Voilà comment j'ai retrouvé ma place de mère.***

**Episode 2 : retrouver sa place de mère**

Cinq semaines plus tard, retour de Berlin. Diagnostic : psychose maniaco-dépressive.

Rendez-vous est pris au CMP. Il sort de sa première consultation, l'ordonnance à la main... incapable de pousser la porte d'une pharmacie. Prochain rendez-vous... dans un mois. Rester un mois sans rien faire ? Il est dans un tel état dépressif, épuisé par sa crise et par les effets secondaires des traitements, qu'il aurait peut-être besoin d'une prise en charge particulière ? Mais où ? Et moi, impossible de reprendre mon travail, m'arrêter pour rester auprès de lui en attendant que son état s'améliore? Mais combien de temps ?

J'appelle le CMP : Un mois me paraît long, je suis inquiète, j'aurais besoin d'informations, de conseils... Oui madame, je vois avec son psychiatre et je vous rappelle. Le téléphone sonne un peu plus tard : le Dr. Sellab a avancé le rendez-vous de deux semaines.

Soulagement. Est-ce qu'il pourrait me recevoir pour répondre à mes questions ? Si votre fils en est d'accord, venez avec lui et vous serez reçue à la fin de sa consultation.

Deux semaines plus tard, j'accompagne mon fils au CMP. Le Dr. Sellab le fait entrer pour sa consultation ; après un

moment il me propose d'entrer également et nous voilà tous les deux face au médecin.

Peu de mots. Quelques phrases essentielles. Pensez, Madame, que le cerveau de votre fils vient de subir un véritable tsunami, qu'il va se reconstruire, mais que ce sera long. Mais Docteur, comment pouvons-nous l'aider au mieux ? Faut-il chercher une structure adaptée ?... Madame, supportez-vous de l'avoir à la maison ? Oui. Son état perturbe-t-il la vie de votre famille ? Non... Alors c'est avec vous qu'il sera le mieux.

Voilà comment j'ai retrouvé ma place de mère.

Je remercie le Dr. Sellab, du CMP de St Denis.

Marie Melvane

## Les mots qui soignent

*Catherine C. et Daniel L. sont infirmiers au 5e étage de l'hôpital Henri Ey. C'est eux qui écoutent les patients en continu. C'est aussi eux qui leurs prodiguent « les mots qui soignent ».*

**Je suis reçue dans la salle de pause des infirmiers. Catherine et Daniel m'offrent le café. Une bonne introduction à nos échanges.**

Catherine L. : c'est moi d'abord qui ai une question à vous poser. Comment faire partie de l'UNAFAM quand je serai à la retraite ? Je pense que mon expérience en psychiatrie ne devrait pas être perdue.

**L'UNAFAM vous accueillera avec grand plaisir sachant qu'elle peut compter sur vous dans des échanges fructueux. Venons-en à votre métier d'aujourd'hui : en psychiatrie, il y a aussi des actes infirmiers, des actes qui se manifestent par la parole, parfois quelques mots suffisent, l'attention portée à la souffrance qui prend alors un prénom, un nom, une histoire, une demande.**

Catherine L. : il y a beaucoup de fantasmes sur les maladies. La psychiatrie est le parent pauvre des soins. Les gens sont pris au dépourvu. Même les médecins traitants ne peuvent répondre. C'est un parcours du combattant pour les familles. Une vraie souffrance. À quel point la souffrance morale est la plus dure de toutes : la pensée est là, celle qui obsède, celle qui ouvre en boucle. Mais la prise en charge spécialisée les apaise, il se crée un milieu contenant. Ça peut rassurer la famille et alors le patient est rassuré.

**On pourrait parler de prise en charge proche des proches ?**

Daniel G. : mais la séparation peut être un soulagement. Il se crée alors un moment pour les patients, c'est alors qu'ils peuvent travailler avec les infirmières. Se mettre en sécurité contre la dispersion de la pensée, trouver du sens à tout ça. Se reposer, enfin. Et nous, dire à la famille, reposez-vous pendant que le patient se repose.

Catherine C. : il y a aussi la déculpabilisation.

Daniel G. : oui, car la culpabilité est destructrice. Quand une hospitalisation a lieu à la demande d'un tiers, la famille est ébranlée et les parents sont à deux doigts de la dépression. Il faut s'occuper des familles, les écouter au téléphone, souvent les familles parlent beaucoup. Ils déposent quelque chose qui leur pèse.

Catherine C. : nous leur disons d'accepter... C'est du temps pour eux, nous leur disons de prendre du temps. La visite du jeudi auprès des lits des patients est un temps privilégié. Nous les accompagnons durant cette période de la prise en charge qui sert à évaluer le traitement, éventuellement à le changer. Pour tous, il y a l'attente jusqu'à la sortie.

**Mais qu'existe-t-il contre cette attente ?**

Daniel G. : les permissions à l'extérieur, les rendez-vous au tribunal qui peuvent débloquent une situation, le rez-de-jardin de l'hôpital avec des activités ouvertes à tous. L'après-midi les patients sont moins présents dans l'unité, et entre 14 heures et 17 heures, le temps me semble long, c'est vrai.

Catherine C. : qui mieux qu'un patient peut expliquer un parcours psychiatrique ? Ce sont les patients qui nous apprennent notre métier. Et ici, j'ai beaucoup appris. J'ai rencontré de bons professionnels, je finirai ma carrière ici. Un grand projet fait tendre vers l'avenir, on fait crédit aux prises en charge. Ici, il y a une cohérence dans l'équipe, une réactivité du personnel, les gens sont au top, attentifs aux besoins, défendent le droit des patients et de leurs familles. Daniel c'est l'homme sage, de la réassurance, moi, je suis l'image maternelle que l'on craint un peu. Je suis fière de travailler au 5<sup>e</sup> avec Daniel.

Propos recueillis par Brigitte H.

### Solution des « Maux croisés »

**Horizontalement** : I. Psychologues. II. Atoll. IMP. Ré. III. Régimes. Saga. IV. TVA. Rio. Ton. V. li. Stress. Tc. VI. Capotera. Ché. VII. Si. Soles. VIII. La. Gers. Pur. IX. Amin. Oo.Bar. X. Famille. Po. XI. Ir. Non. Axées. XII. Se. TD. Tue. XIII. Ego. Ecoute. XIV. Somaticien.

**Verticalement** : 1. Particulariser. 2. Stévia. AM. Reg. 3. Yoga. PS. If. Os. 4. Cli. Soignant. 5. HLM. Tt. Modem. 6. Erreur. In. 7. Lisier. Sol. Têt. 8. Om. Osas. Ola. Ci. 9. GPS. Op. Ex. Oc. 10. At. Club. Etui. 11. Ergothérapeute. 12. Séances. Roséen.

Tribune de monsieur Sakil Valimahomed, cadre supérieur de santé

## Construire l'avenir

*Monsieur Sakil Valimahomed, cadre supérieur de santé des secteurs 20 et 21 du 17<sup>e</sup> arrts, a pour rôle d'encadrer les équipes. Il occupe ces fonctions depuis un an et demi et, simultanément, il co-pilote avec les chefs de pôle, les Docteurs Bonafos et Aubriot, et un autre cadre supérieur, Madame Pailhous, un projet de coordination sur le 17<sup>e</sup> arrt.*

Mr Sakil Valimahomed : Nous, cadres supérieurs, nous avons toujours pour principe devant une nouvelle situation de se dire : Et si c'était l'un de nos proches ? Quand on part du patient, on ne se trompe jamais. Il y a le patient et son/ses proches dans un environnement. Nous intervenons peu directement dans les prises en charge des patients, et nous ne suivons pas les familles dans le quotidien. Nous pouvons recevoir les familles à des moments singuliers : celles qui sont très mécontentes et celles qui sont très contentes. Des familles très anxieuses et donc difficiles à rassurer, à l'opposé des familles qui nous apprennent à faire encore mieux. Il faut donner des limites. Et ça c'est aussi rassurer ! Notre travail se situe plutôt dans l'organisation et la coordination des soins des pôles. Il me semble que notre place est là.

Par exemple, je participe avec le Docteur Bonafos aux REX (Retour sur Expériences). Il s'agit de traiter les événements indésirables, majeurs ou mineurs, de décortiquer le dossier de A à Z. Cela prend environ trois heures. Il faut réunir tous les intervenants. Nous ne cherchons pas de coupables, mais des dysfonctionnements qu'il nous faut corriger et améliorer afin qu'ils ne se reproduisent pas.

Nous ne souhaitons pas séparer les patients de leurs proches et les couper de leur réseau relationnel/professionnel, bien au contraire. Aussi, nous avons à cœur de réorganiser les structures. Il n'y a plus de coupure à l'heure du déjeuner. Le standard répond de 8 heures 30 à 17 heures. Et, à l'extérieur de l'hôpital, les CMP sont ouverts quatre jours par semaine jusqu'à 20 heures, les proches, comme les usagers, peuvent donc venir après le travail. Dans les unités d'hospitalisation, il y a le « salon d'accueil » qui sert au patient et aussi aux proches et particulièrement en cas de première hospitalisation d'autant plus anxiogène qu'incomprise. Un lieu plus informel, plus fluide, qui n'exclut nullement les entrevues formelles. On ne peut pas soigner un patient hors de son réseau. La preuve : s'il n'en a pas, on cherchera à le reconstruire avec lui.

### **Le grand projet de coordination du 17<sup>e</sup> arrondissement de Paris**

Le projet de la coordination est en route. Le secteur, nous y allons souvent, nous avons des équipes en place dans ce qui est déjà, pour nous, l'ancien bâtiment. Nous travaillons avec la direction sur le nouveau projet.

Il y aura, par rapport au nombre d'habitants, une réor-

ganisation des structures, deux secteurs de proximité et une coordination du 17<sup>e</sup>.

Chaque secteur aura à cœur de proposer des soins de proximité avec un CMP, un CATT, une unité d'hospitalisation de vingt sept lits et une unité d'hospitalisation de quinze lits de soins plus aigus et intensifs.

La coordination du 17<sup>e</sup> a pour vocation de proposer une palette moderne de soins adaptés à chaque patient :

- Deux hôpitaux de jour sont à la disposition de l'ensemble des patients du 17<sup>e</sup> arrt qui peuvent s'y voir aussi proposer des orientations. La fréquentation y est en moyenne de 4 ans. L'un des deux hôpitaux de jour est destiné à la réhabilitation, l'autre accueille des patients en phase subaiguë, souvent en programme de soins. Il est destiné à l'accompagnement : on vise à renforcer l'observance et l'alliance thérapeutique.

- Un centre de consultation et d'évaluation spécialisée où seront proposées des consultations et des thérapies spécifiques, tels que l'EMDR (1), l'hypnose, la thérapie familiale, le psychodrame, une consultation conjointe adulte / enfant (jusqu'à 15 ans), des TCC (Thérapies Cognitivo-Comportementales), de l'éducation thérapeutique, de la remédiation cognitive...

- La mise en place d'une unité mobile de crise est rendue possible par la réorganisation des structures et des soins.

- Un foyer de postcure.

- Sur le plan régional, une consultation de PSVCS (Prévention et de Soins de la Violence à Caractère Sexuel).

Nous sommes aussi inscrits dans la recherche et sélectionnés pour participer à un travail sur la remédiation cognitive. Il s'agit de développer un travail cognitif à partir de photos, des plans de rue... c'est très moderne...

Ainsi, la restructuration des deux secteurs sur le 17<sup>e</sup> rend possible le développement de cette coordination, qui favorise une réflexion et une réorganisation des soins proposés au patient. On y réfléchit tout le temps même quand on n'y pense pas. Cela peut bouger.

Mais au final, c'est le patient qui est acteur de son soin et nous lui disons : « apprenez-nous. »

Propos recueillis par Brigitte Hautefeuille

(1) EMDR : La thérapie EMDR est une psychothérapie qui utilise la stimulation sensorielle des deux côtés du corps, soit par le mouvement des yeux soit par des stimuli auditifs ou cutanés.

## Assistante sociale : la vigie socio-économique

*Mme Marie Bencheton est assistante sociale à l'hôpital Maison Blanche. C'est à elle que revient le rôle de pilotage de tous ces aspects sociaux et économiques sans lesquels le projet de soins ne saurait être viable, et ce, avant même sa sortie de l'hôpital.*

Après avoir été infirmière psychiatrique à l'époque où cette spécialisation était reconnue et validée par une formation spécifique, Marie Bencheton est devenue assistante sociale au sein du secteur 23 de l'hôpital Maison-Blanche, installé au sein de l'hôpital Bichat.

Nous la retrouvons donc dans son bureau situé à l'étage administratif, mais néanmoins en lien permanent avec l'ensemble des unités de psychiatrie du secteur (hospitalisation et CMP), et les autres services de l'hôpital Maison Blanche répartis sur plusieurs arrondissements parisiens. Très présente auprès d'une population de patients, Marie Bencheton nous a détaillé le rôle de l'assistante sociale dans un parcours d'hospitalisation.

### **Quand et comment l'assistante sociale est-elle prévenue de l'hospitalisation d'un nouveau patient ?**

Le travail social commence dès le début d'une hospitalisation. Le secrétariat nous transmet l'information mais nous participons surtout « au staff » quotidien du matin concernant les deux étages du secteur 23 situés ici. Nous savons donc parfaitement et rapidement qui entre dans le service (et qui en sort.).

Nous rassemblons alors des éléments clés : fiche de renseignements des frais de séjour et surtout consultation des droits réels (fiche CDR, dans notre jargon). C'est très important car cela nous permet tout de suite de pallier des anomalies qui ne vont pas dans le sens des intérêts de la personne hospitalisée.

A plus de 700 € la journée d'hospitalisation, il est crucial de connaître rapidement l'état de ses droits. Parfois le patient n'a aucun droit, il faut rapidement rassembler les éléments qui vont justifier de sa situation et lui ouvrir des droits, certains existants qu'il a peut-être négligés, ou inexistantes qu'il faut rapidement obtenir, compte-tenu de sa situation. Par exemple, les demandes d'aide médicale doivent être formulées dans le premier mois, et il y a souvent des recours donc des délais chronophages. Les cas sont variés : cela va de la personne sans identité à la personne parlant mal le français. Nous avons alors recours à des traducteurs via « Inter-service migrants ».

Nous savons donc très vite si nous sommes en présence de ce que nous appelons des « droits fermés » et cela constitue pour moi, le premier prétexte pour rencontrer le patient et faire le point sur le présent et le futur : il peut percevoir une AAH par exemple, et ce sera aussi l'occasion de lui ouvrir des droits à la retraite. Ce petit bilan de la problématique sociale de chaque patient est toujours envisagé très en lien avec

l'équipe soignante, car la maladie psychique a des conséquences sociales et il importe de travailler en cohérence pour améliorer des situations souvent complexes.

### **Est-il toujours prévu que l'assistante sociale rencontre la famille ?**

La première tâche est de savoir si le patient en possède une ! C'est une priorité notamment quand la personne a été hospitalisée selon la procédure de soins sans consentement ou de soins à la demande d'un représentant de l'Etat.

Il est nécessaire de faire un recensement de l'environnement familial existant. C'est bien sûr un impératif pour le psychiatre, mais pour l'assistante sociale, c'est très utile également. Nous voyons beaucoup de familles qui se sont épuisées à s'occuper de leur proche malade ; il est donc important pour chaque assistante sociale de faire un effort pour se mettre à leur place et d'éviter le jugement sur ce que ces familles proposent, acceptent ou refusent. Je suis très vigilante là-dessus.

De notre côté, nous apprécions d'être face à des proches qui écoutent et nous laissent parler de l'ici et du maintenant de l'hospitalisation !

***La famille peut confier à l'assistante sociale des éléments jugés importants mais confidentiels (...) cela est noté noir sur blanc sous la mention « observations non communicables »***

**Justement, qu'est-ce qui, venant de la famille, peut gêner ou au contraire, aider l'assistante sociale ?**

Faute d'établir un dialogue avec les soignants, beaucoup font appel à l'assistante sociale et ma formation d'infirmière psychiatrique m'est alors précieuse. Mais l'important est ailleurs : quand nous avons l'accord du patient pour joindre la famille et dialoguer avec elle, c'est le début d'une alliance qui va dans le bon sens. La famille peut confier à l'assistante sociale des éléments jugés importants mais confidentiels : ils ne seront pas dits au patient et cela est noté noir sur blanc sous la mention « observations non communicables » dans le dossier « Contexte » qui assure la gestion informatisée des dossiers des patients hospitalisés en psychiatrie.

**Comment s'établissent les relations entre vous et la personne hospitalisée ?**

Se limiter au dossier administratif serait la mort de

l'accompagnement ! Si le patient est délirant, j'attends un peu pour la première évaluation sociale. Nous en parlons avec l'équipe soignante et je rencontre le patient dès que c'est possible car il ne faut pas cliver les actions médicales et sociales ce que je résume par la formule « to cure and to care » (soigner et prendre soin).

**Se limiter au dossier administratif se-rait la mort de l'accompagnement !**

Un plan d'action est déterminé avec des priorités liées à ce que le médecin va dire sur la durée de l'hospitalisation. En fonction des objectifs, je peux argumenter pour moduler le temps d'hospitalisation de façon à régler à cette occasion les questions liées à la situation socio-économique. Dans d'autres cas, quand cela est nécessaire, nous pouvons accompagner la personne dans ses démarches.

Malheureusement, en matière de politique sociale, les réponses ne sont pas suffisantes ou adaptées... En outre, nous sommes confrontés à une moindre personnalisation des contacts entre les différents services que nous sommes appelés à consulter : Sécurité Sociale, Allocations familiales etc.

L'instauration des « plateformes » très anonymes qui sont devenues le mode de fonctionnement privilégié de nombre d'administrations ou services sociaux - nos interlocuteurs incontournables - ont grandement mis à mal les relations interpersonnelles que nous pouvions nouer au profit d'un règlement plus rapide et plus humain des dossiers... On ne sait pas très bien quand et selon quelles directives il a été décidé que l'assistante sociale ne pouvait plus obtenir le moindre élément du dossier d'une personne hospitalisée sans qu'elle soit présente lors de l'appel téléphonique ! Une difficulté que nous ne rencontrons pas il y a 5 ans...

Heureusement, l'EPS Maison Blanche dispose d'une permanence de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) avec laquelle les assistants sociaux de l'hôpital peuvent échanger, voire s'y déplacer. Mais ils ne peuvent pas, par exemple, s'y faire fournir des attestations.

**Quel style d'échange avez-vous avec le patient ?**

Très vite se crée une relation de confiance car la

Note : il existe des procédures généralisées de prise en charge médicale et sociale pour des personnes ayant besoin de soins mais ayant du mal à y accéder, du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie, ou de leurs difficultés financières.

Elles permettent d'accéder à des consultations de médecine générale ou spécialisée. Il existe une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) dans la plupart des hôpitaux publics. Le GHT Paris-Psychiatrie & Neurosciences anime dans ce cadre trois catégories de PASS : généraliste, bucco-dentaire et psychiatrique.

personne perçoit bien que nous sommes là pour l'aider, pour éventuellement faire passer les messages qu'elle n'aura peut-être pas formulés clairement auprès de l'équipe médicale. Je fais en sorte que cette personne que j'ai en face de moi gagne le plus d'autonomie possible et j'essaie d'améliorer et de stimuler cette autonomie.

**Très vite se crée une relation de confiance car la personne perçoit bien que nous sommes là pour l'aider**

**Sur quoi repose l'efficacité de votre travail ?**

Il est d'évidence nécessaire de nourrir la qualité des relations avec un solide réseau de partenaires ou d'interlocuteurs. Ils sont interdisciplinaires à l'intérieur de l'hôpital : équipe médicale, de l'infirmière au psychiatre, équipe « frais de séjours », mandataire judiciaire. A l'extérieur notre réseau doit être large : administrations diverses, associations consultées pour le logement (Aurore, l'Elan Retrouvé, Maisons Relais des différents secteurs de psychiatrie.), associations d'aide à domicile, associations tutélaires (Ariane, Œuvre Falret, Union Départementales des Affaires Familiales) pour établir collectivement les dossiers concernant les personnes sous mesures de protection. C'est un travail d'échanges et d'équipes.

**Quelles sont les conditions d'une bonne sortie, de votre point de vue ?**

À une époque, le projet d'une « check-list » type pour la sortie a été envisagée mais n'a pas abouti faute de travail intersectoriel.

Il faut veiller à l'établissement et au prolongement des arrêts maladie, fournir les bulletins d'hospitalisation et surtout veiller à établir un contact avec l'assistante sociale du CMP qui va prendre le relais, si nécessaire.

**L'assistante sociale doit être perçue comme facilitatrice et il ne faut pas hésiter à lui poser des questions**

Il faut aussi être bien au clair sur les attentes des proches, les soutenir en les orientant vers un programme de psycho-éducation sur la maladie s'ils le souhaitent, et sur les besoins de la personne en fin d'hospitalisation ; un patient âgé sera concerné par ses droits à la retraite par exemple ou le renforcement des mesures de protection tandis que l'on peut aider une personne jeune dans l'établissement d'un CV, une recherche d'emploi, ou encore l'aider dans ses démarches d'accès à un programme de remédiation cognitive ou d'éducation thérapeutique.

Dans tous les cas de figure, l'assistante sociale doit être perçue comme facilitatrice et il ne faut pas hésiter à lui poser des questions, durant ou en dehors de la période d'hospitalisation !

Propos recueillis par Claire Calméjane

## De la CHT au GHT Paris - Psychiatrie & neurosciences

Le Groupement Hospitalier de Territoire Paris – Psychiatrie & Neurosciences - anciennement connu sous le nom de CHT pour la psychiatrie parisienne - a, à la demande de la rédaction de la Lettre de l'UNAFAM, apporté avec plaisir son aide pour faciliter une immersion dans plusieurs de ses structures. De par son organisation (le regroupement des hôpitaux Maison Blanche, Sainte-Anne et Perray Vacluse soit 130 structures publiques réalisant l'essentiel de la prise en charge adulte en psychiatrie dans la capitale), le GHT Paris constitue en effet un vivier considérable d'expériences du « prendre soin » en santé mentale ( voir encadré ci-contre « Le GHT Paris - Psychiatrie & Neurosciences en bref » ). Ce partenariat avait été amorcé lors d'un précédent numéro sur les thérapies non médicamenteuses et constitue une occasion précieuse de croiser les regards entre professionnels et usagers.

***En moyenne, seuls 15% des 74 000 patients qui sont accueillis dans nos structures font l'objet d'une hospitalisation***

La communauté médicale et soignante du GHT Paris s'attache à mettre tout en œuvre pour faciliter et davantage articuler le parcours du patient : la structure de proximité, c'est-à-dire le CMP de secteur, constitue la porte d'entrée de ce parcours, mais aussi un sas vers toute une palette de soins, parmi lesquels l'hospitalisation. Choix construit et réfléchi pour les équipes, parfois avec le patient à moins qu'il ne le subisse, parfois avec l'entourage. En moyenne, par an, seuls 15% des 74 000 patients qui sont accueillis dans nos structures font l'objet d'une hospitalisation. Cette donnée recouvre aussi bien les hospitalisations à temps plein, à domicile, les séjours thérapeutiques, le placement familial thérapeutique, que les prises en charge en centres de crise, ou en foyers... L'hospitalisation n'est pas seulement « démythifiée », elle est aussi déclinée sous des formes multiples. Parmi les journées à temps complet, 45% concernent des hospitalisations sans consentement (pour plus de la moitié à la demande d'un tiers).

En application de la Loi de modernisation de la Santé promulguée début 2016, le GHT Paris poursuit son élaboration d'un projet médical et soignant par tagé dans le sens d'une meilleure coordination entre

### **Le GHT Paris - Psychiatrie & neurosciences en bref**

#### **Qui sommes-nous ?**

3 établissements en Direction commune, c'est-à-dire dont le pilotage et les ressources sont mutualisées : Sainte-Anne, Maison Blanche, et Perray Vacluse, et 2 établissements associés (les secteurs de psychiatrie de Saint-Maurice et l'Association Santé Mentale 13<sup>ème</sup> arrondissement). Depuis le 1<sup>er</sup> juin, afin de favoriser une organisation sectorielle homogène autour de deux grands ensembles au Nord et au Sud de Paris, les secteurs de Perray-Vaucluse ont été transférés à Maison Blanche et Sainte-Anne. C'est le GHT Paris qui délivre 100% de l'activité d'urgences et en ambulatoire en psychiatrie adulte dans la capitale. Nos hôpitaux sont autonomes et ne dépendent pas de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

#### **Quel est notre périmètre ?**

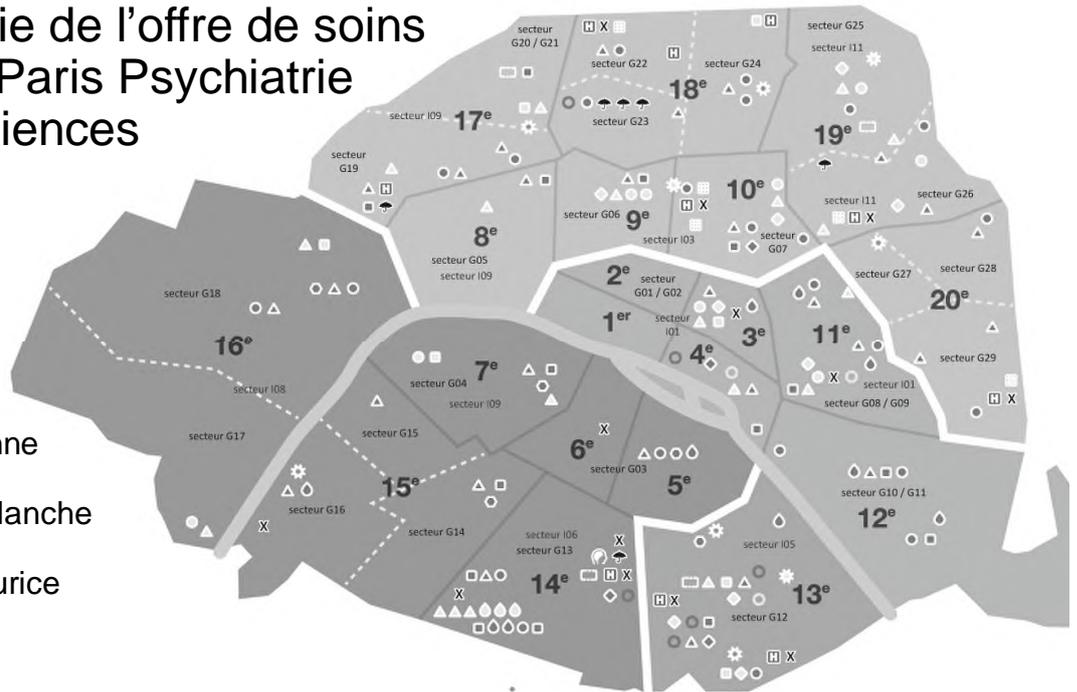
Tous les secteurs adultes de Paris, ainsi qu'une majeure partie des secteurs infanto-juvéniles à l'exception des 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup>, 15<sup>e</sup> et 18<sup>e</sup> arrondissements. Le GHT Paris déploie une offre de soins d'urgences et de proximité, de recours, et d'expertise : dans les domaines (non exhaustifs) de l'addiction, de la précarité, de la remédiation cognitive, de l'autisme, ou encore des troubles du vieillissement, les professionnels du groupement œuvrent à l'échelle du territoire. Grâce à ses sept services universitaires (dépendant des universités Descartes et Diderot) le GHT Paris est doté d'une offre de consultations d'expertise, d'un vivier de recherche et d'enseignement reconnu et en plein essor.

#### **Quelle est notre singularité ?**

L'alliance psychiatrie & neurosciences, à la fois historique et pionnière dans les interfaces entre pathologies psychiatriques et affection du système nerveux. Le Pôle Neuro-Sainte-Anne constitue un centre de référence dans toutes les spécialités ayant trait au cerveau, et se positionne à la pointe de la recherche dans les AVC notamment.

## Géographie de l'offre de soins du GHT - Paris Psychiatrie & neurosciences

- Sainte Anne
- Maison Blanche
- Saint Maurice
- ASM 13



tous les acteurs du territoire, et porté par une volonté d'innovation que la recherche, l'épidémiologie et le partage des pratiques rendent possible. Parmi les projets actuellement lancés, le GHT définit par exemple les contours d'un hôpital de jour somatique pour tous les patients parisiens et d'un réseau précarité exclusivement ambulatoire. Dans le domaine qui occupe les colonnes de La Lettre, l'hospitalisation, le GHT va créer une unité d'hospitalisation pour les 10-15 ans, complémentaire des soins existants, et parachève en outre un vademecum commun en matière de signalements, appuyé sur une collaboration CPOA – secteur – visites à domicile. Ceci afin de miser sur la prévention et la détection des cas aigus, et de limiter le plus possible les hospitalisations, difficiles à vivre pour le patient et sa famille.

***Le GHT Paris a ainsi choisi de placer tous ses projets et réalisations sous le signe de l'hospitalité***

Dans ce grand ensemble – le GHT rassemble 5 800 personnels, dont 600 médecins – la diversité et la multiplicité de l'offre de soins est une force, à condition d'être bien organisée. Cela passe par des méthodes et outils, mais d'abord et surtout par une vision commune. Le GHT Paris a ainsi choisi de placer tous ses projets et réalisations sous le signe de l'hospitalité, en confiant à une délégation culturelle le soin d'accompagner les équipes à l'aide du design social, de la valorisation patrimoniale, de la gestion de projets. A travers les témoignages et échos recueillis par les rédacteurs de La Lettre auprès des professionnels, médecins, infirmiers... en un mot des

« accueillants », c'est un engagement bienveillant, professionnel, humain, qui se lit entre les lignes : voilà toute la fierté du GHT Paris que d'animer une communauté d'Hospitaliers qui n'ont jamais aussi bien mérité leur nom.

En matière d'espace de dialogue informel entre professionnels et usagers, et au-delà des instances ad hoc (à savoir les CRUQPC, qui deviennent, avec la Loi de modernisation de santé, des « commissions des usagers »), le GHT s'investit dans différents réseaux pour échanger avec les patients et les familles.

Les professionnels du GHT sont par exemple parties prenantes des conférences citoyennes de l'Espace éthique d'Ile de France, des Assises parisiennes de la santé à l'initiative de la Ville de Paris qui rendront leurs conclusions bientôt, et a accueilli à Maison Blanche il y a quelques semaines la journée internationale des chaires bioéthiques de l'Unesco. Un travail de terrain, à l'échelle de l'arrondissement, se construit lui aussi au fil des ans avec les CLSM (Conseils Locaux de Santé Mentale). Dans le domaine de la déstigmatisation, outre les fréquentes prises de parole de nos médecins dans les médias pour décrypter les pathologies et leurs effets, ainsi que le rapport de la société à la santé mentale, le GHT est partenaire du Psycom.

Depuis 3 ans enfin, le GHT s'associe à la Ville de Paris pour organiser un colloque lors des Semaines d'Information en Santé mentale ; le thème de l'édition 2017 sera « santé mentale et travail » : nous vous donnons déjà rendez-vous pour traiter cette problématique à l'Hôtel de Ville le 14 mars 2017 prochain.

Le GHT Paris-Psychiatrie et neurosciences

Entretien avec le Dr. Floriane Richard Augy, psychiatre

## Psychiatre - famille : l'alliance indispensable

*Par souci d'éthique, Hippocrate préférait restreindre la divulgation de l'art médical. Aujourd'hui, si le secret médical reste de mise, les pratiques médicales ont évolué comme nous l'explique le Dr. Richard Augy qui dirige le secteur 92 G17 du Groupe Hospitalier Paul Guiraud à Clamart.*

### La Lettre : Selon vous, quand faut-il hospitaliser ?

Dr. Richard Augy : Si les familles repèrent chez leur proche des propos inadaptés ou irrationnels, des symptômes dépressifs importants, souvent elles ne savent pas comment opérer. Je leur conseillerai dans un premier temps de prendre rendez-vous soit avec un psychiatre libéral soit avec un CMP de secteur. Dans le cas où le patient (ou sa famille) ne consulte pas, ou persiste dans le déni des symptômes, l'amener assez rapidement vers une hospitalisation est, à mon sens, un gain de temps.

### Le parcours ?

En présence de symptômes qui inquiètent, après un échec de prise en charge ambulatoire, il ne faut pas hésiter à se rendre rapidement aux urgences psychiatriques pour avoir une évaluation et décider avec le psychiatre si oui ou non l'hospitalisation est nécessaire. Surtout ne pas se culpabiliser d'hospitaliser quelqu'un de la famille malgré son désaccord. La loi le permet au travers des hospitalisations dites à la demande d'un tiers ou en péril imminent.

### Cette demande d'un tiers signée par la famille, peut-elle être retirée lors d'un conflit d'intérêts avec un membre de la famille ?

La Loi de 2011 permet au médecin de faire une hospitalisation en péril imminent dans certaines situations : familles absentes ou éloignées, risque de répercussion sur le tiers, désaccord ou déni au sein de la famille. Cela permet de désengager la famille qui n'a alors plus à signer une demande. Toutefois, cet engagement de la famille me paraît être un support important permettant un accord psychiatre / famille pour la prise en charge...

### Les familles interviennent fréquemment face à la schizophrénie...

Leur intervention se fait pour toutes les hospitalisations estimées nécessaires par le médecin lorsque le patient présente des symptômes dont il n'a pas conscience et perd ses capacités à consentir aux soins. Il peut s'agir de symptômes relevant de la schizophrénie, de troubles bipolaires, autistiques, de situations de dépendance. Les tentatives de suicide, les symptômes dépressifs graves non perçus par le patient ou d'autres facteurs de risques suicidaires sont également des motifs d'hospitalisation sous contrainte avec demande d'accord de la famille. En fait, la reconnaissance de caractères pathologiques des troubles, leur acceptation ou leur déni importent plus que la maladie...

### Dans l'intérêt du patient, une alliance paraît indispen-



### sable entre le psychiatre et la famille...

Dans la maladie psychiatrique, l'hospitalisation est souvent un mal nécessaire par où passent bon nombre de patients, une aventure qui bouleverse les familles comme un tsunami. C'est un moment clé de la prise en charge. Chaque patient est unique, chaque famille est unique. Chaque prise en charge du patient doit être globale et sur mesure. L'accueil de la famille doit aussi être personnalisé. On a ce devoir d'être d'abord dans la vérité avec elle, de donner rapidement des noms aux symptômes et aux pathologies et de ne pas mentir ni au patient ni à la famille sur la gravité ou du moins la longévité pendant laquelle va devoir durer le traitement.

### La prise en charge pour le patient en milieu hospitalier a évolué ces dernières années...

Aujourd'hui, en 2016, les efforts portent sur des traitements pas simplement pour éteindre les symptômes et abraser l'épisode, mais aussi pour mettre en place quelque chose qui devra durer dans le temps et être le mieux toléré possible par le patient. Souvent, c'est avec un traitement adapté léger au moment de la sortie qu'un lien pourra se créer avec la famille d'autant plus « soutenante » qu'elle constatera que le patient va mieux avec ce traitement.

### Quelle place accordez-vous à la prise en charge non médicamenteuse ?

La psychothérapie peut être fort positive mais surtout dans l'après. Au moment de l'hospitalisation, l'important est de permettre au patient une avancée maximale en respectant ses droits, en lui donnant accès à des activités qui lui soient adaptées - notamment pour les jeunes patients, des activités informatiques, sportives - , en le réconciliant avec lui-même, en lui redonnant l'estime de soi. Plus tard, si le patient doit être ré-hospitalisé, l'image de l'hôpital aura sur lui un impact moins négatif.

**Vous avez apporté un vent nouveau dans cet hôpital...**

Beaucoup de mesures carcérales ont été bannies, entre autres le pyjama. Depuis un an, les patients ont droit à leur téléphone portable pour rester en connexion avec l'extérieur. Même dans les unités fermées, des activités physiques douces leur sont proposées. Dès le début de leur hospitalisation, ils ont le droit de voir leur famille, ce qui diminue leur sentiment d'enfermement.

**Là où les familles peuvent être partie prenante, l'observance n'est-elle pas une difficulté majeure que vous rencontrez ?**

C'en est une pour l'observance des traitements, et celle du suivi, dans un contexte où l'on soigne des maladies pour plus de la moitié d'entre elles que les patients ne sont pas en mesure de reconnaître comme étant des maladies, donc souvent banalisées ou même niées.

**Le pronostic de ces maladies est-il lié au diagnostic ?**

Tous s'accordent pour dire que la famille joue un rôle

essentiel, une famille aidante permettant un pronostic meilleur quelque soit le type de maladie. D'autres facteurs rentrent en ligne de compte, notamment l'absence de toxiques et la capacité du patient à reconnaître le côté pathologique des troubles. Là encore, les familles sont des êtres clés pour nos prises en charge visant à éviter le déni de la pathologie.

**Que sera la psychiatrie demain à l'hôpital ?**

Malgré les baisses de dotation entraînant la réduction de la disponibilité des soignants et le recours inévitable à des mesures comme l'isolement en cas d'agitation, on peut, à mon sens, l'envisager "ouverte" avec des patients qu'on écoute, un lien très fort avec la famille, le souci d'une après-hospitalisation personnalisée et l'exigence d'un traitement efficace, toléré le mieux possible au niveau neurocognitif.

Propos recueillis par Florine Vincent-Deaurville

## Témoignage

## Regard sur l'hospitalisation à travers le temps

« Souvenirs, souvenirs... » C'était il y a trente ans... Je revois Oriane, ma fille, au début de ses troubles, ayant fugué de l'hôpital : « Maman, je me suis évadée... Pourquoi m'a t'on enfermée ? Je n'avais rien fait de mal ! » A l'époque - est-ce un principe ? - aucune explication n'est donnée dans les services, ni au patient ni à sa famille. Rien sur la compréhension des symptômes, la médication, l'observance nécessaire du traitement !

Le patient ? « Il faut attendre de nouvelles crises pour qu'il comprenne qu'il est malade. » La répétition des décompensations qui porte atteinte à son cerveau n'est même pas évoquée... Et le patient, souvent jeune, grossit bientôt encore et encore les rangs d'une cohorte étrangement disparate dans une atmosphère kafkaïenne traversée par le bruit des clés ouvrant et fermant sans fin des portes.

La famille ? On ne s'en soucie guère. N'est-elle pas néfaste, apprend-on en fac ? Elle a le droit aux visites, le « droit » de voir leur proche mêlé à des laissés-pour-compte de la société progressivement transformés d'année en année en créatures de plus en vouées comme sortant de l'île du Docteur Moreau.

Le temps s'est écoulé ! La maladie mentale et ses soins à l'hôpital sont sortis peu à peu de leur gangue glacée. Grâce aux progrès des connaissances scientifiques, à la confrontation avec d'autres manières de soigner ailleurs, au combat des médecins, des patients, des familles, des

associations. Ma fille ? Soignée aussi bien que possible avec un suivi régulier en CMP, après des années de soins en libéral clôturés par une TS, elle s'est retrouvée « piégée » il y a deux ans par une réaction négative au Risperdal après une longue période de prise de ce traitement. « Un cas difficile »... Un rendez-vous avec le médecin du CMP n'a pas été fructueux : « On ne change rien au traitement, ce serait trop risqué ! » La psychiatrie comme la musique n'impliquerait-elle pas un art subtil de l'interprétation ? Le départ en retraite du médecin, la venue d'une nouvelle psychiatre de la jeune génération a changé les données : « Pourquoi pas le Leponex ? On va essayer... » J'ai aimé son attitude d'alpiniste prenant des risques avec un sens aigu des possibles. Peu après, ma fille a été conduite aux urgences puis dans le service du médecin qui nous a rapidement reçus, mon mari et moi, pour un éclairage sur l'opération fort délicate de bascule entre le Risperdal et le Leponex.

Notre attente éprouvante des résultats a été ponctuée d'allées et venues dans une structure toute nouvelle régie par le souci de transparence en contrepoint avec celle de l'esprit du service. Là, l'information régulière à la famille sur le patient a été un vrai soutien.

Au cœur de ce service dirigé par le Docteur Floriane Richard Augy sont pratiqués en priorité par les patients la danse-thérapie, la gymnastique et la musculation douces, le ping-pong, le tennis aussi (à l'extérieur). Les familles y retrouvent peu à peu le sourire de leur proche hospitalisé, ma fille y a retrouvé le goût de vivre.

L'avenir de l'hôpital ? Avec le Connectome, les neurosciences ? Une interaction plus grande avec des réseaux plus développés pour la construction progressive « d'une vraie vie » future pour le patient ? Et ce, en lien avec la famille.

FLV-D