

Sommaire

éditorial

24° semaine d'information sur la
santé mentale

2

Ville et santé mentale

DOSSIER

LES URGENCES

Les urgences, passage obligé ?

6

Témoignage d'une infirmière « psy »

7

Témoignage d'un père

7

Les enjeux de l'urgence :

8

Entretien avec le Dr Philippe Nuss

L'urgence : un objectif phare pour la
CHT Parisienne

10

3 acteurs à bien avoir à l'esprit

11

Entretien avec le Docteur Marie-Jeanne
Guedj

12

Soins à domicile et urgence

16

Entretien avec le Dr Maria Charlès

SOINS

La remédiation cognitive

18

Entretien avec le Dr Isabelle Amado

ASSOCIATIF

Une visite à Intervalle-CAP

21

INFOS PRATIQUES

Hospitalisation : droit des patients

22

Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits

22

*et à la protection des personnes faisant
l'objet de soins psychiatriques*

VU, LU, ENTENDU

Je n'ai fait que te rêver

23

Recueil de poèmes de B. Hautefeuille

MAUX CROISÉS

24

« Parmi le public reçu par l'association, la majorité des personnes rencontrées a un proche malade psychique déclaré, étant ou ayant été hospitalisé suite à une décompensation sévère. » C'est ce constat, extrait d'un document interne à l'UNAFAM, qui nous a conduits à choisir de consacrer le dossier de ce numéro 82 aux urgences.

Très vite, nous avons mesuré tout ce que les situations de recours aux urgences pouvait comporter de subjectif. Il s'agit en effet d'une vraie prise de décision d'autant plus difficile à prendre qu'elle doit intervenir à chaud, en temps de crise, en essayant de garder la tête froide face à plusieurs points de vue au premier rang desquels figure bien évidemment celui du patient.

C'est le moment de citer Brigitte Hautefeuille en page 6 de ce numéro : « A chaque urgence, son scénario (...) mais, à chaque crise, nul passage obligé par les urgences (...) notre état réclamerait-il l'urgence pour être reconnu comme alarmant ? » Belle lucidité sur laquelle il ne faut évidemment pas trop compter en temps de crise. Mieux vaut alors se préparer à affronter d'abord le déni puis les reproches en cas d'hospitalisation sous contrainte.

Mais, heureusement, nous ne sommes pas seuls : SAMU, police, pompiers... Il y aurait même presque l'embarras du choix des intervenants ! Le problème consiste d'ailleurs plutôt à bien préparer l'intervention afin d'utiliser les bons moyens au bon moment, ni trop tôt, ni trop tard.

C'est bien avec l'idée de vous éclairer sur la prise de décision d'abord et sa mise en oeuvre ensuite que nous avons conçu ce dossier en privilégiant les témoignages puis les interviews de grands professionnels :

Avec le Dr Philippe Nuss, nous aborderons les enjeux de l'urgence, dans l'intérêt bien compris du patient et de son entourage.

Après avoir fait le point sur les travaux entamés par la toute nouvelle « Communauté Hospitalière Territoriale Parisienne » sur le thème des urgences psychiatriques, nous donnerons la parole au Dr Marie-Jeanne Guedj qui, avec son équipe du CPOA (Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil), accueille 10.000 patients chaque année.

Nous finirons par un entretien avec le Dr Maria Charlès au SPAD (Soins Psychiatriques À Domicile) de la rue du Temple qui travaille particulièrement sur les urgences.

Luc Vave

24^{ème} édition de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale

Ville et Santé mentale

Pour la 24^{ème} édition de la Semaine d'Information sur la Santé Mentale le thème choisi a été : « Ville et Santé Mentale ». En effet, si la ville peut être un espace de vie, lieu d'échanges et de rencontres, de travail et de loisirs, la ville peut aussi être vécue comme un lieu d'isolement, de stigmatisation, de stress d'insécurité et d'inégalité. A tout âge ces situations peuvent mettre en péril la bonne santé mentale et générer des troubles psychiques. De nombreux leviers existent pour améliorer la santé mentale de tous : logement, éducation, travail, ressources, accompagnement social, citoyenneté, accès aux soins, à la culture et aux loisirs. Cela nécessite une réponse collective pour laquelle chaque citoyen est concerné et peut jouer un rôle.

Environ 640 personnes ont participé aux 24 manifestations co-organisées par l'Unafam-Paris et les CLSM avec le soutien du Psycom. Cette année on a noté une multiplication des réunions qui avaient lieu dans les mairies, mais également dans des bibliothèques, centres médico psychologiques ou maison des associations.

Comme habituellement, l'assistance est partagée : entre les professionnels de la psychiatrie, les autres professionnels (travailleurs sociaux, éducation nationale), les membres des associations, proches concernés et le grand public.

Le conseil local de santé mentale de Paris Centre a organisé des manifestations dans deux mairies :

Dans le 3^{ème} arrondissement :

Le « café du Marais » accueillait une table ronde sur la loi du 11 juillet 2011. Le point de vue du psychiatre, du juge, du policier et de l'Unafam ont été exprimés. Le psychiatre a indiqué que pour beaucoup de patients, l'intervention du juge est très positive en introduisant un tiers sociétal. Par contre l'intervention avant quinze jours oblige les médecins à la rédaction de nombreux certificats qui prennent du temps de soin. Le juge a rappelé qu'ils tiennent compte des certificats mais restent indépendants. Il regrette que le terme liberté soit associé à celui de la détention car certains patients ne comprennent pas le sujet de l'audience et ne comprennent pas qu'il n'y a aucun délit dans ce jugement. Le policier a parlé de son expérience et du travail fait avec le CMP pour aider à l'hospitalisation de certains patients. Le psychiatre a souligné la qualité de certains agents de police qui avaient du savoir faire et que cela les aidait beaucoup. L'Unafam a rappelé la nécessité des programmes de soins sans



consentement qui aident à l'adhésion au traitement tout en regrettant qu'il ne se passe rien si le proche ne le suit pas. Il n'y a en effet pas toujours ré hospitalisation dans ce cas.

La salle a découvert la nécessité d'hospitaliser sans consentement certaines personnes et nous avons pu parler des troubles psychiques que le psychiatre a expliqués.

Le CMP Turbigo a organisé des « portes ouvertes » qui ont rencontré un grand succès.

Le film « Walk away Renée », présenté dans la bibliothèque Audoux, était très émouvant. L'auteur du film raconte la vie de sa mère bipolaire avec beaucoup d'humour et de poésie. Son film n'est pas un documentaire mais un film qui raconte leur vie et l'accompagnement souvent compliqué qu'il a assumé avec une créativité incroyable. Ce film rayonne de l'amour qui a existé dans cette famille entre cette mère et son fils.

La librairie « Comme un roman » a fait une vitrine sur les livres qui traitent de la santé mentale.

Dans le 4^{ème} arrondissement :

Le centre de jour Alzheimer avait organisé une visite qui a fait venir une quinzaine de personnes.

La Bibliothèque Baudoyer avait fait une vitrine sur la santé mentale, tandis que le maire s'est rendu sur la péniche Adamant, un hôpital de jour dans un cadre hors des sentiers battus !



Dans le 11^{ème} arrondissement :

Le thème choisi par la mairie et le chef de pôle psychiatrique « Habiter son logement, habiter son quartier » a donné lieu à plusieurs conférences-débats :

« un chez soi d'abord », expérimentation ambitieuse pour les sans-abri en souffrance psychique qui a pour hypothèse qu'en bénéficiant d'un logement et d'un accompagnement pluridisciplinaire (médical, médico social et social), ces personnes fragiles sont en capacité de reprendre les rênes de leur parcours de vie.

« Questions de l'habitat et de l'avancée en âge » par



Annick Laporte, psychologue clinicienne

qui insiste sur la complexité de cette question.

« Histoires d'Accueil Familial Thérapeutique » animé par le Dr Marie-Christine Cabiè, chef de pôle du 11^{ème}, rencontres chargées d'humanité .

« Le médiateur santé pair : un nouveau métier » pour favoriser le rétablissement des personnes en souffrance psychique par Jean-Pierre Julien, médiateur santé pair, interlocuteur à privilégier.

Egalement présente toute une matinée la pédopsychiatrie est intervenue sur « l'équipe mobile infanto-juvénile : quand on ne peut plus rester sous le même toit » par le Dr Marie Douniol.

« Un pas ensemble : travailler à domicile avec les parents d'enfants autistes » par le Dr Nadia Kobilinsky pédopsychiatre et Celia Bagla, éducatrice spécialisée.

« Consultation adoption : une nouvelle famille, un nouveau toit » par le Dr Jean-Louis Le Run pédopsychiatre, chef de pôle de Paris Centre Est.

« Consultation chinoise : habiter une autre culture » par le Dr Germain Dillenseger, pédopsychiatre et Simeng Wang doctorante en sociologie.

En plus de ces thèmes abordés, le Centre Thérapeutique Popincourt nous a proposé un programme hors les murs :

Découverte « l'atelier chant du centre Popincourt ».

Rencontres musicales en ville (concert classique).

Projection-débat « D'une ville à l'autre, d'une différence à l'autre » animé par Vincent Lapierre, psychologue clinicien.

Enfin une exposition d'Arts Plastiques : 15 années d'atelier de proximité dans la salle des mariages du 11^{ème}.

Tout au long de la semaine l'ensemble de cette programmation a intéressé plus d'une centaine de personnes : professionnels, familles concernées, habitants de l'arrondissement.

Dans le 12^{ème} arrondissement :

Sujet du groupe de travail « Adolescents » du CLSM du 12^{ème}, le CMP avait invité adolescents et proviseurs, principaux des lycées ainsi que leurs équipes (CPE, infirmiers scolaires) à ouvrir une discussion autour des problématiques de l'adolescence. La difficile question du secret professionnel est apparue.



Du 19 au 24 mars la salle des fêtes de la mairie accueille une exposition photos sur le thème « Santé mentale des jeunes : en parler tôt, en parler mieux, agir à temps ». Cette exposition organisée à la suite d'une émission diffusée sur Arte était le fruit d'une master class dirigée par Oliviero Toscani.



La réunion plénière du CLSM du 12^{ème} fut l'occasion de dresser un bilan des actions menées et de proposer de nouvelles pistes de réflexion : un groupe « adolescents », autour de la question de la coordination ; un groupe sur le refus/déni/accès aux soins ; une réflexion à mener sur les lieux de vie des personnes en situation de handicap psychique; l'organisation d'une réunion entre les services; une réflexion à mener sur la construction de partenariats autour de la question du vieillissement, notamment avec le Clic.

Cette plénière a été suivie d'un débat sur les nouvelles dispositions introduites par la loi du 5 juillet 2011 présenté par le Dr Gilles Vidon, chef de pôle du 12^{ème}. Un échange constructif entre le chef de pôle et le juge invité par Madame Pénélope Komitès, adjointe au Maire, chargée des affaires sociales, des solidarités, de la santé et du handicap aboutit à la nécessité d'une vraie loi sur la santé mentale en plus d'une révision de la loi du 5 juillet 2011, sans omettre une nécessaire formation pour les juges et les avocats.

Environ 60 personnes ont participé à ces rencontres.

Dans le 13^{ème} arrondissement :

3 conférences ont été organisées par l'Association de Santé Mentale



(ASM13) à la Mairie du 13^{ème} :

- Conférence sur l'unité expérimentale d'appui à la scolarité des enfants de 5 à 7 ans par le Dr Moggio et par le Dr Benneton, pédopsychiatres au Centre Alfred Binet. Il s'agit d'un dispositif à visée préventive dans la trajectoire des enfants dits « agités ». Cette unité a été créée en janvier 2013 par le rectorat en partenariat avec le Centre Alfred Binet et la Mairie de Paris. Les élèves de cycle 2 des établissements scolaires du 13^{ème} dont le comportement compromet leur adaptation en milieu scolaire sont accueillis sur le temps scolaire dans des locaux banalisés mis à disposition par la Mairie de Paris à raison de 2 demi-journées par semaine sur une période de 6 mois à 1 an. Les enfants (pas plus de 4 par séance) sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire qui procède à une évaluation. Il leur est proposé un accompagnement tant pédagogique que thérapeutique en tenant compte des besoins spécifiques. Le repérage des enfants en difficulté est effectué par les membres de l'Education Nationale et, avec l'accord des familles.

- Conférence-débat « Vie sociale et soins psychiques » animée par le Dr Salmona, Psychiatre à l'ASM13 et l'équipe de précarité de l'ASM13 en présence de plus de 50 personnes. L'insertion de personnes souffrant de troubles psychiques peut passer par de multiples biais. Des activités au sens large sont abordées, chacun devant pouvoir trouver sa place dans la cité : travail, emploi protégé, CATTP, GEM... Une discussion très intéressante a été consacrée aux mouvements d'artistes se groupant en ateliers notamment dans le domaine du théâtre et des arts plastiques.

- Conférence-débat sur le « Club des Peupliers » présentée par deux psychologues cliniciennes, H. Réglé et S. Daoudi. Elles ont évoqué au travers du fonctionnement du club au quotidien ce qui constitue son originalité tant vis-à-vis des dispositifs de soin que des autres groupes d'entraide mutuelle (GEM). C'est le seul GEM, créé il y a plus de 50 ans qui fonctionne avec des psychologues. Le club prend en charge collectivement le psychotique, l'attention à l'autre est portée par tous. Au minimum les membres du club viennent pour l'ambiance qui est la toile de fond. Naturellement ils peuvent y trouver beaucoup plus. De nombreux témoignages d'adhérents ont illustré leur attachement à leur « Club ». Actuellement il y a 72 membres.

Dans le 15^{ème} arrondissement :

En présence de plus de 120 personnes, l'assemblée plénière et une table-ronde « ville et santé mentale » ont été organisées dans le cadre du lancement du CLSM du 15^{ème}. Après une intervention de Philippe Goujon, maire du 15^{ème}, Pauline Guézennec chargée de mission CLSM à l'OMS, a expliqué ce que sont les CLSM : organisation qui associe responsables politiques locaux, services publics d'assistance et de soins, accompagnement bénévole, souvent familial, patients. Les thèmes traités le plus souvent sont : logement, intégration dans le voisinage, traitement des situations individuelles complexes,...



Puis on est passé aux expériences nouvelles de l'arrondissement en matière de santé mentale propres au 15^{ème} :

Le programme EMILI mis en place il y a 9 mois par le Dr Isabelle Andreu du CMP Tiphaine. Il s'agit d'une équipe mobile qui intervient sur signalement d'une personne de l'entourage ou de l'un des trois CMP de l'arrondissement. L'équipe prend en charge la personne en se renseignant auprès de l'entourage, visite la personne, évalue la situation et propose des soins adaptés.

Le centre de conversation thérapeutique ouvert par le Dr Dominique Vidalhet, directrice médicale de l'association Aurore. Il s'agit d'un lieu d'écoute et de parole orienté par la psychanalyse. Ce centre est ouvert à toute personne qui demande à être écoutée et soutenue.

Une expérience de Jardin thérapeutique par le Dr Annie Ruat Ferreri de la MGEN : cette activité sert à améliorer la relation entre les patients et les soignants et à améliorer la confiance en soi des patients du fait des produits du jardin.

La chorale du CMP Mathurin Régnier : à l'initiative de Françoise Lecat, assistante sociale du CMP. Se retrouvent pour chanter sous la direction d'un vrai professionnel patients et public en général ce qui permet une certaine destigmatisation.

Les réunions mensuelles du CMP Mathurin Régnier. Depuis 3 ans l'équipe soignante accueille les familles sous la responsabilité du Dr Céline Bréan. Avec le temps on note un approfondissement des échanges qui permet aux familles et aux soignants de mieux comprendre les difficultés que les uns et les autres peuvent rencontrer dans

Semaine d'information sur la santé mentale

●●●

l'accompagnement des patients. Un thème est choisi avec les participants, il s'agit de répondre aux interrogations de l'entourage sur les différents aspects de la maladie psychique et de les informer sur les stratégies thérapeutiques.

Enfin le visionnage de la bande annonce du film projeté dans un cinéma du 15^{ème} « les voix de ma sœur » et le message qu'Irène Philippin adresse après chaque projection du film : « parler et donner la parole »

Dans le 16^{ème} arrondissement :

Organisées à la Maison des Associations du 16^{ème}, 2 Tables Rondes « Gardiens d'immeubles au centre du bien vivre ensemble »



Proposée et organisée par le Groupe de travail Hébergement-Réinsertion du CLSM 16 animé par Mme Hélène Scagliola, cadre supérieur de santé secteur 18, la manifestation s'adressait aux gardiens d'immeuble de l'arrondissement. Elle avait pour but d'aider ceux-ci à gérer les situations inquiétantes auxquelles ils sont parfois confrontés dans leur immeuble émanant de personnes en souffrance psychique et de leur donner des repères pour évaluer la gravité de la situation, et des informations pratiques sur ce qu'il convient de faire.

Le Dr Limodin a expliqué comment reconnaître les signes d'un comportement inhabituel ; M. Carra a présenté les activités du centre Corot, lieu d'accueil de jeunes SDF ; Mme Breugnot a présenté les services sociaux de la mairie ; enfin Mme Feurmour et M. Trotot ont présenté les CMP et donné les coordonnées des points de contact à alerter et consulter en fonction de la dangerosité de la situation pour la personne ou pour son environnement.

Dans le 18^{ème} arrondissement :

Diverses actions furent menées pendant la semaine.

Un concours d'affiches a eu lieu sur le parvis de la mairie, cinq œuvres furent présentées, une d'elle fut mise sur le calicot géant annonçant la SISM.



Une fresque sur le thème « Ville et santé mentale », fut réalisée par différents acteurs et usagers de la santé mentale de l'arrondissement. Cette fresque resta exposée du 18 au 23 mars dans le hall d'accueil de la Mairie.

Par ailleurs un parcours urbain a eu lieu à partir de l'hôpital Bichat sur le thème « La psychiatrie en marche », l'objectif étant de mettre en lien l'ensemble des acteurs de la santé mentale de l'arrondissement, et de faire connaître le rôle et les spécificités des différentes structures, les deux groupes inscrits se déplaçant dans plusieurs structures participant à cette action d'ouverture.

Enfin une projection du film « les voix de ma sœur » suivie

Semaine d'information
SUR
la santé mentale

24^{ème} EDITION NATIONALE
DU 18 AU 24 MARS 2013



d'un débat a eu lieu au café « le petit Ney », permettant un échange nourri, grâce à la présence d'usagers, de professionnels et aussi de « grand public ».

Le bilan est extrêmement positif grâce à la forte implication et la bonne volonté de tous les participants. L'objectif de destigmatisation des troubles psychiques et mentaux avance dans l'arrondissement.

Le débriefing des points d'amélioration est en cours, et le conseil local de santé locale qui est le principal moteur de ces actions, est déjà en réflexion pour l'année 2014.

Conclusion : Ces manifestations, dont se sont saisis les CLSM, montrent l'intérêt de l'ensemble des participants à un travail commun pour permettre la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques.

Nicole de Montricher



Délégation de Paris

Les urgences, passage obligé ?



Notre état réclamerait-il l'urgence pour être reconnu comme alarmant ?

En trente cinq ans de psychiatrie, je me suis retrouvée plus d'une fois dans des situations qui m'ont conduite aux urgences. Dans ce genre de service, l'attente est interminable, l'angoisse grandit au fil des heures, la violence intérieure s'affronte avec le temps qui s'étire. L'hospitalisation qui suit est d'autant plus difficile à vivre qu'un passage par les urgences s'annonce comme ce qui deviendra un traumatisme. Très éprouvant pour soi comme pour les accompagnants. Trois hospitalisations, dues à ce qui était ressenti comme un danger imminent, restent pour moi mémorables. Je me souviens aujourd'hui encore de ces moments que je voudrais ne jamais avoir vécus. Ils m'ont permis cependant de franchir, à chaque fois, une étape dans la compréhension de la maladie. Secousses nécessaires sur le chemin de la découverte de soi ?

Le premier traumatisme fut la première hospitalisation, comme souvent pour la plupart de ceux qui passeront ensuite de longues périodes à l'hôpital. J'étais errante. On m'a cueillie entre la rue et mes nuits d'angoisse à l'hôtel. Un service de gériatrie m'a recueillie, seule façon que mes amis avaient trouvée pour me mettre à l'abri, pour se mettre à l'abri eux aussi, épuisés d'impuissance. Sous l'œil inquiet du chef de service, le staff se rendit compte, dans l'instant, que je relevais de la psychiatrie. J'avais 22 ans et des voisins qui en avaient quatre-vingts, peut-être. Ces gens se portaient mieux que moi, j'étais agonisante. Cependant, j'avais la chance d'avoir un oncle chirurgien. Il m'a mise entre les mains du psychiatre de son CHU. J'ai passé un mois dans ce service d'urgence, en sous-sol, dans une cellule avec barreaux, cellules pour femmes, cellules pour homme, donnant sur une sorte de salle commune où l'on pouvait faire quelques pas et rencontrer le psychiatre exerçant à bureau ouvert. Je passais mes nuits sans pouvoir lire, tant l'éclairage était faible. Je passais mes jours, à genoux, suppliant que l'on me laisse sortir.

Un mois sans respirer, avant de passer six mois d'isolement dans une clinique privée. Tapie dans ma chambre, j'ai vécu dans les bas-fonds de l'âme, au sommet d'une sorte de pigeonnier fermé de l'intérieur. Une prison sécurisée aux barreaux dorés. Il me fallut plusieurs années pour me réveiller de cette longue nuit. Années chaotiques entrecoupées de crises nécessitant le plus souvent un passage par les urgences. Mais l'on apprend avec le temps à les voir venir, à les enrayer avant qu'une violence dévastatrice ne s'empare de vous et qu'il n'y ait plus d'autre issue que l'inévitable.

Trente ans plus tard, j'ai vécu une urgence de taille ! A



l'acmé de mon délire, je fus transportée par les pompiers à l'hôpital de mon quartier et, de là, directement à l'hôpital psychiatrique. Le délire ne retombe pas subitement. Il vous embrase pendant plusieurs jours. Les lumières des hallucinations ne s'éteignent pas comme on le fait d'une lampe. Les flammes qui brûlent l'intérieur du corps se font braises persistantes. Les échanges électriques devenus fous brouillent les circuits corporels. Dans cet état, je me suis retrouvée au pavillon 62 au milieu de malades chroniques. Je confondais entre eux tous les personnages de ce théâtre déréglé. En ces drôles d'habitants, je croyais reconnaître d'anciens amis, terrifiée quand je me réalisais ma méprise. J'avais peur effectivement, peur de ces édentés, de l'horloge arrêtée, du Christ omniprésent dans la tête d'un certain Julien... Je cherchais à sortir par tous les moyens. De fait je n'avais qu'un seul moyen : séduire, et convaincre la psychiatre aux investigations policières que j'étais rétablie. Mes forces étaient décuplées. J'ai attendu des heures devant sa porte, jusqu'au jour où face à elle j'ai pu feindre d'être bien. Cela a marché. Enfin... cela m'arrange de le croire. Quelques jours plus tard je sortais de cet enfer. Epuisée.

Pour me consumer ensuite pendant des mois...

Le troisième passage aux urgences fut fulgurant. Il eut lieu quatre ans plus tard, en 2008. Chauffée à blanc par une bouffée délirante géante, je me suis retrouvée dans un taxi qui m'a conduite au CPOA où l'on m'a donné une potion si brûlante à la gorge qu'elle m'a refroidie d'un coup, et... Boum ! je tombais, inanimée. Dans les jours qui suivirent, je compris que ma psychiatre avait organisé l'hospitalisation au CPOA afin de m'éviter le passage par les urgences du secteur. Ainsi, elle court-circuitait l'usage, afin de pouvoir me faire hospitaliser directement dans une clinique conventionnée dont je connaissais le psychiatre qui s'était occupé de moi lors d'hospitalisations précédentes.

A chaque urgence, son scénario.

Mais, à chaque crise, nul passage obligé par les urgences. Il s'agit de se dépatouiller dans les méandres des structures psychiatriques existantes. Il s'agit donc de s'informer, rester en alerte et avoir confiance, pour éviter que les événements ne prennent une tournure nuisible pour tout le monde.

Suis-je née sous une bonne étoile ? Il me semble, oui. J'ai fait mes armes au cours de ces hospitalisations d'autant plus difficiles à vivre qu'elles s'étaient déroulées dans l'urgence. Et je m'en suis sortie, avec cet aphorisme de Nietzsche à l'esprit : « Ce qui ne te tue pas, te rend fort. »

Brigitte Hautefeuille

Témoignage d'une infirmière « psy » aux urgences d'un hôpital



Je vais essayer de vous décrire mon expérience d'infirmière psy. dans le service d'urgence d'un hôpital général. Je suis par ailleurs mère d'un enfant handicapé psychique.

Lorsque nous sommes mis en alerte pour une hospitalisation sous contrainte, c'est « la course » dans le service ! Disponibilité du médecin, préparation du brancard, appel du vigile, du personnel du service disponible... etc.

Arrivée de la Police ou Gendarmerie, des pompiers, des parents, en pleine panique : cris, mouvements divers, etc. ! Nous essayons dans un premier temps de parler avec le patient, qui, bien sûr, ne veut rien entendre et cherche à partir immédiatement.

La méthode, pour moi qui dois accueillir le patient, consiste à agir avec calme : ne doit rester sur place que du personnel des urgences (sécurité).

Afin d'apaiser la tension ambiante et compte tenu de l'anxiété très importante (et contagieuse) des parents, je leur demande de s'éloigner temporairement (café, cigarette...) tout en leur précisant le futur proche prévisible : consultation, hospitalisation, prise de sang, électro, injection.

Il faut que leur enfant se repose, dorme... Et soit sécurisé.

Enfin, j'ai constaté très souvent que, dès que le patient est allongé, il se laisse attacher : l'effectif présent, son calme et son professionnalisme, le respect du patient, la reconnaissance éventuelle par le patient de certains membres du personnel, s'il a déjà fréquenté les lieux, contribuent à créer une sorte de « cocon qui l'enrobe » et le tranquillise petit à petit .

Se sentant en sécurité, il va accepter les soins (calmants) et finir par s'endormir, ce dont il a absolument besoin.

Le dernier temps consistera à recevoir les parents, les reconforter, les aider à accomplir les formalités, les écouter... En un mot : les reconnaître.

Témoignage d'un père

Ce matin, c'est décidé, j'appelle le CMP.

Mais d'abord, il faut que je vous explique : Paul habite un appartement en banlieue, il est très perturbé, il a divorcé, abandonné son emploi et vit de plus en plus en retrait avec son chien qu'il adore. Tous les deux « vivent » dans un capharnaüm épouvantable : on y discerne en vrac, sous des strates hétéroclites, un caddie de supermarché, un chariot pour porter les poubelles, 10 carcasses d'ordinateur, un vieux vélo... Tout ça apparente la progression au milieu de son deux-pièces à la proue de Tarzan dans la jungle !

J'ai donc pris la décision unilatérale d'appeler son CMP pour demander son hospitalisation. Heureusement, je connais la musique et le psy : cela me dispense des palabres habituellement nécessaires avant qu'on vous prenne au sérieux. En plus, il sait se montrer compréhensif et accepte d'appeler lui-même le SAMU pour les convaincre d'intervenir « dans la foulée ». Ensuite, c'est l'engrenage : le SAMU



ne peut intervenir qu'accompagné d'un psychiatre et de la police. C'est eux qui se chargent de les convoquer et, fort de l'imminence de l'intervention, je me rends chez Paul.

Ensuite, c'est l'attente, à midi, je pars chercher des pizzas pour le déjeuner et, enfin, 2 heures après que je sois arrivé chez lui, mon portable sonne : c'est la police qui n'arrive pas à localiser l'appartement. Réponse : « 5° étage à droite ». Le résultat ne s'est pas fait attendre : « c'est quoi cette embrouille ? » J'ai eu beau lui expliquer que j'avais appelé un médecin, il était très remonté et, lorsque j'ai voulu sortir pour accueillir ses visiteurs, il m'a fermé la porte au nez et je me suis retrouvé seul, face à l'infirmier du SAMU, le psy de service appelé par le SAMU, deux policiers et... 6 pompiers appelés par la police !

Il refuse d'ouvrir et un certain flottement s'ensuit : les pompiers veulent défoncer la porte, je m'y oppose, le psy m'explique « qu'il n'a pas que ça à faire » et commence à descendre les escaliers. Je le rattrape « par la peau des fesses », lui explique qu'il ne peut pas faire ça, finalement il accepte de rester d'autant plus que les pompiers semblent déterminés à intervenir, au besoin en entrant par la fenêtre, en rappel !

Ce ne sera finalement pas nécessaire car une négociation s'engage et il accepte d'ouvrir aux pompiers. Nous nous sommes retrouvés à 12 dans l'appartement, sans compter le chien ! Je remplis tant bien que mal le formulaire de demande d'hospitalisation : avec toutes ses clauses à recopier à la main, il n'a certainement pas été prévu pour ces circonstances ! Je remercie les pompiers, j'abandonne le chien après avoir tenté de le rassurer et, enfin, nous voilà partis, sous l'escorte de la police, dans l'ambulance pour l'hôpital.

Là, nouvelle bouffée de stress : les urgences ont été provisoirement déménagées suite à une effraction à la voiture bélier. L'ambulance et la police repartent en nous laissant seuls. Nous nous retrouvons dans une espèce de hall d'autant plus inapproprié à l'accueil de patients fragilisés psychologiquement que le public habituel est inquiétant : ivresse, hurlements, plaintes, tout y est ! Paul m'explique qu'il va aller fumer à l'extérieur et je me retrouve à mi-temps à le surveiller tandis que l'autre mi-temps est consacré à vérifier qu'on ne me prend pas mon tour !

Je suis d'autant plus inquiet qu'une autre fois, dans des conditions similaires au CMP, alors que le psy du CMP rédigeait un long rapport en vue d'une hospitalisation, Paul en avait profité pour s'enfuir avant l'arrivée de la police, toujours sous prétexte de cigarette... Finalement, c'est son tour et cela se termine relativement bien car il est très agité et je vois passer un infirmier avec du matériel de contention, ce qui ne présage rien de bon !

Ayant utilisé l'ambulance, il ne me reste plus qu'à rentrer en bus et c'est dans un état où le soulagement le dispute à la fatigue que je franchis le pas de ma porte. Moralité : nouer autant que faire se peut une relation de confiance avec le psy de service et s'accrocher avec une absolue détermination.

Les enjeux de l'urgence : Entretien avec le Dr Philippe Nuss

L'urgence ne comporte pas que des aspects négatifs. Elle peut être aussi source d'apports positifs pour le patient... Quels sont ses enjeux ? C'est sur cette thématique que le Docteur Philippe Nuss a choisi de s'exprimer dans ce dossier.

Faut-il le présenter ? Psychiatre à l'Hôpital Saint-Antoine, chercheur, conférencier international, il excelle à exercer, dans l'état actuel des connaissances médicales, son travail de thérapeute, au sens étymologique du terme (« thérapeute » en grec signifiant soigner et servir). Notre délégation de Paris peut se réjouir de ses diverses contributions : soins des patients, formation des familles lors de Tables Rondes à Saint-Antoine, nombreux articles dans La Lettre, interventions - entre autres - dans une Conférence sur les Addictions et lors de deux Assemblées Générales, sans oublier la préparation en cours d'un projet d'accueil innovant pour les familles de patients à Saint-Antoine.



La Lettre : Quel est le sens de l'urgence dans la prise en charge du patient ?

Docteur Philippe Nuss : Soit on peut voir l'urgence comme le témoignage d'un blocage, d'une impasse - auquel cas il faut réfléchir : « Qu'est-ce qui a amené l'impasse ? » - , soit elle peut être envisagée comme la réponse à une évolution de la pathologie : en effet, la maladie n'est pas régulière. A certains moments, elle se manifeste par une crise à prendre en compte. L'urgence, par ailleurs, peut être aussi perçue comme un moment de maturation. Considérer les urgences sous différents angles est donc nécessaire. L'urgence, ce n'est pas toujours pareil !

Il est vraiment important de montrer que l'urgence n'est pas forcément un échec

Montrer que l'urgence n'est pas forcément un échec, qu'elle n'est pas obligatoirement liée à une mauvaise prise du médicament, c'est vraiment important. Il faut parfois pouvoir la considérer comme un moment très important dans le suivi du malade pour l'aider à comprendre que quelque chose doit changer.

Il paraît donc primordial d'avoir effectivement aux urgences des conditions d'accueil permettant d'identifier de quel type d'urgence il s'agit... Est-on face notamment à une urgence / impasse ou à une urgence / rechute ou à une urgence / crise ?

L. L. : Comment s'opère le contact dans l'urgence ?

Dr P. N. : Une équation assez difficile apparaît alors... Car, dans l'urgence, le patient doit être considéré de façon pleine et entière dans un espace de rencontre totale. Or, en même temps, cet espace doit déboucher sur une autre ouverture parce que ce n'est pas l'urgentiste qui va suivre le malade après...

Les urgentistes se retrouvent face à une situation délicate puisqu'ils doivent créer une relation privilégiée dans un moment où quelque chose de très fort se joue : une

rencontre particulière, unique, très authentique. Et pourtant, cette rencontre a des limites quant à sa profondeur puisque quelqu'un d'autre prendra la suite.

Il importe de jouer avec une grande subtilité pour être à la fois proche et juste un passeur...

L. L. : Comment doit s'opérer la prise de décisions ?

Dr P. N. : Dans l'urgence, on est parfois amené à faire quelque chose d'exceptionnel : par exemple attacher un malade, décider d'une hospitalisation sous contrainte. L'inverse peut se produire : là où tout le monde s'attend à ce qu'un patient soit gardé à l'hôpital, il est renvoyé, rendu à la famille.

C'est ainsi que parfois, la réponse des soignants est en quelque sorte traumatisante pour quelqu'un. Il faut alors s'expliquer : « Pourquoi faut-il hospitaliser le patient sous contrainte ? », « Pourquoi faut-il l'attacher ? », « Pourquoi pense-t-on que ce n'est pas bien qu'il reste à l'hôpital et qu'il vaut mieux qu'il rentre ? »

Quand les familles arrivent épuisées et que l'état de leur proche ne justifie pas l'hospitalisation, on est partagé car s'il faut hospitaliser le malade, ce n'est pas à cause de l'état du malade mais à cause de l'épuisement familial. Il faut éviter l'impasse du système familial avec des familles à bout ne fonctionnant que s'il y a urgence, d'où l'importance de faire de la prévention avec les familles pour éviter les situations de crises extrêmes et obtenir qu'on soit en présence de la crise du patient et non pas face à celle du système familial.

Ce n'est pas en soignant le patient qu'on va soigner la famille... L'urgence, c'est le lieu de l'extrême ! Il faudrait du temps pour expliquer... Or souvent le temps manque aux urgences ! L'ambiance n'y est pas favorable, il y a des violences, les personnes ont un fort niveau d'émotions... Résultat : on se retrouve avec des familles peu disposées à entendre que leur proche ne va pas forcément plus mal alors qu'elles sont exaspérées par le fait qu'il reste à ne rien faire, que le projet prévu n'a pu être mis en place !

Nombreuses sont les situations où il faut effectivement aider les familles à dire leur souffrance mais pas forcément les inciter à demander une hospitalisation !

L'hospitalisation sous contrainte apparaît souvent comme quelque chose de violent. En fait, elle protège tout le monde... Souvent le patient a des attitudes de défi, de rechute pour être sûr qu'on va l'hospitaliser. Paradoxalement, l'urgence se prépare aussi... L'urgence, ce n'est pas que l'urgence !

L. L. : L'urgence crée-t-elle des opportunités ?

Dr P. N. : L'urgence, c'est le moment où les choses se redistribuent pour certains patients, l'endroit où on va pouvoir dire aussi à la famille ce qui ne pouvait pas être dit auparavant.

Le patient, dans beaucoup de cas, va pouvoir être confronté à un nouvel état d'esprit. Alors qu'avant, il pensait n'être pas malade, croyant que les autres lui en voulaient, il réalise alors que ce sont des circonstances identiques qui ont présidé à toutes ses hospitalisations : circonstances d'arrêt du traitement, circonstances de méfiance, circonstances d'utilisation du cannabis. Tout à coup, il va être en mesure de prendre conscience, à l'occasion de l'urgence, de « quelque chose » qui ne lui apparaissait pas clairement auparavant...

L'urgence doit plutôt être vécue comme un moment où une décision commune peut être prise

Il convient aussi de ne pas considérer l'urgence comme une punition. L'urgence doit plutôt être vécue comme un moment où une décision commune peut être prise, décision trop difficile à prendre à un autre moment.

Pour un même patient, toutes les urgences n'ont pas la même fonction. On ne peut pas dire que c'est nécessaire d'être en urgence mais il existe beaucoup de situations bloquées pour lesquelles l'urgence est salvatrice parce qu'elle permet de libérer la parole, les blocages...

L. L. : Qu'en est-il des aspects somatiques ?

Dr P. N. : L'urgence, c'est aussi l'occasion pour le patient d'avoir une rencontre avec son corps et ce, aux urgences dans les hôpitaux généraux (prise de tension, recherche éventuelle de diabète entre autres). Souvent, passer par le corps aide beaucoup le patient. C'est pour cela qu'il est important de parler du corps même aux urgences...

Nous veillons beaucoup au fait que le patient ait un bilan somatique ce qui nous permet de lui dire : « En ce moment, vous avez un peu trop de poids... », « Là, votre peau est fragilisée. » plutôt que : « Vous manquez d'hygiène ! » .

On peut aborder beaucoup de problèmes psychologiques via le corps et montrer ainsi que la maladie mentale est une maladie comme une autre, qu'elle nécessite des soins comme dans les autres maladies. Il importe de ne pas rester seulement dans le psychologique !

L. L. : Pour terminer, comment différencier crise et urgence ?

Dr P. N. : Artificiellement, on sépare crise et urgence. La crise, c'est ce qui permet une maturation, l'urgence, elle, ne peut pas attendre. Mais il y a des urgences qui sont des crises et des crises qui ne sont pas des urgences...

L. L. : Comment définir la crise ?

Dr P. N. : Sur le plan intellectuel, la crise, c'est un état qui conduit vers une résolution, un état où les données font preuve d'une telle tension qu'elles ne peuvent plus évoluer par compromis. Elles évoluent alors par rupture.

Une crise peut être salvatrice ou aggravante mais elle conduit vers quelque chose. Dans la crise, il y a une dynamique entre un avant et un après. La crise a une temporalité qui permet une amélioration de la situation ou alors s'oriente vers une dégradation. Dans tous les cas, la crise se conçoit dans un continuum.

L. L. : Et l'urgence ?

Dr P. N. : A l'inverse, l'urgence ne se conçoit que par elle-même, c'est un état. Peu importe si c'est un état de résolution ou pas, c'est un état dans lequel il est urgent de faire quelque chose.

Parfois dans la crise, on peut décider de ne rien faire. Dans l'urgence, il faut toujours faire quelque chose, même si l'on décide que l'on ne fait rien. L'urgence nécessite une décision, la crise n'en nécessite pas forcément une.

L. L. : Crise et urgence peuvent-elles coexister ?

Dr P. N. : Très fréquemment, les patients relèvent à la fois de la crise et de l'urgence. C'est le rôle du thérapeute de faire d'abord la part des choses : « Qu'est-ce qui dans la situation présente relève de l'urgence ? ». Ensuite, il faut traiter en urgence, par exemple, protéger le malade contre lui-même. Si la famille va mal, ce n'est pas dans l'urgence que ce sera géré mais après.

Le médecin ou le thérapeute aux urgences va donc gérer l'urgence/urgence, par exemple les hallucinations trop fortes qui entraînent des angoisses. S'il conçoit par exemple qu'elles s'inscrivent dans un système familial qui, s'il perdure, va refaire exprimer plus tard la situation actuelle, il commence alors à dire des mots à la famille pour les prévenir qu'il va falloir évoluer...

Il traite donc d'un côté l'urgence en donnant un neuroleptique, un anxiolytique, ou en proposant une hospitalisation et de l'autre côté, la crise en parlant aux familles : « Peut-être qu'il faut agir différemment la prochaine fois... Comment pourrait-on faire ? Parlez-en donc au thérapeute de votre enfant. » L'urgence donne l'occasion de dire ce qui va permettre de servir à la crise.

L'urgence s'inscrit dans l'instant... La crise, elle, s'inscrit dans la durée...

Propos recueillis par Florine Vincent-Deaurville

A noter : La prochaine table ronde animée par le Docteur Philippe Nuss à l'Hôpital Saint-Antoine aura lieu le **lundi 1er juillet à 19h30**. Elle aura pour thème : « les maladies somatiques dans la psychose. »

L'urgence : un objectif phare pour la CHT parisienne.



« Une gouvernance nouvelle pour que les établissements travaillent mieux ensemble » : cette possibilité offerte par la loi Hôpital, Patients Santé, Territoire vient de se concrétiser au profit de la psychiatrie à Paris, et ce, pour la première fois en France. L'urgence est d'ores et déjà un des chantiers phares de cette toute nouvelle CHT Parisienne.

La Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) est une innovation de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire (HPST) de 2009.

Sa finalité est la recherche de la meilleure utilisation des ressources à disposition des établissements, la complémentarité entre les acteurs.

Elle permet aux établissements publics de santé, de conclure une convention afin de mettre en oeuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions.

Une « première » en psychiatrie.

C'est désormais effectif à Paris puisqu'une nouvelle structure de cette génération vient d'être validée par l'ARS (18 avril 2013). Il s'agit de la Communauté Hospitalière Territoriale Parisienne qui, à terme, doit permettre d'harmoniser et d'enrichir le travail des équipes psychiatriques de la capitale. Sa grande particularité ? Elle est la première en France à s'être organisée autour d'une même spécialité : la psychiatrie.

De portée départementale, elle met en lien les hôpitaux psychiatriques de la ville de Paris : Sainte-Anne, Perray-Vaucluse, Maison-Blanche. Deux établissements importants opérant dans la capitale y sont associés selon un statut légèrement différent : Il s'agit de l'ASM 13 (pour le 13^{ème} arrondissement) et des hôpitaux de Saint-Maurice (anciennement Esquirol) qui s'occupent du 11^{ème}, 12^{ème}, 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} arrondissements.

Le projet médical défendu par la CHT parisienne, sorte de « feuille de route » faite d'axes de travail qui ont été traduits en « fiches-projets », peut, en revanche, l'amener à dépasser les frontières du périphérique et à nouer d'autres interactions en fonction des 4 niveaux d'intervention qu'il prévoit : la proximité, le niveau intermédiaire (environ 200 000 habitants), le niveau territoire et le niveau île-de-France.

Une convention constitutive a dessiné son architecture, défini ses intervenants et leurs pouvoirs respectifs. Ses rouages de fonctionnement sont en cours de mise en place.

« L'idée c'est de rendre possible un partage des connaissances et des expériences de terrain. Les directeurs des trois hôpitaux travaillent actuellement à un projet de direction commune qui va permettre la mise en place progressive du projet médical commun » explique le docteur Nathalie Christodoulou, médecin psychiatre aujourd'hui chargée du suivi de ce projet médical commun.

L'urgence : projet phare.

Douze commissions pérennes de la CME commune ont été

misées en place.

L'urgence constitue le thème de l'une d'entre elles, avec pour objectif d'harmoniser et de doter en moyens d'action les équipes en place et souvent très démunies en la matière.

Sous la houlette du docteur Gilles Vidon (chef de pôle de psychiatrie générale du 12^{ème} arrondissement), elle s'est attelée à mettre en œuvre les fiches-projets qui lui correspondent.

Parmi elles, citons un projet phare avec la mise en place dès cette année d'un numéro vert, celui d'un centre d'appel pour orienter à la fois les familles et les professionnels de santé en cas d'urgence.

La commission s'attelle aussi à la mise en place des équipes mobiles ; il en existe quelques-unes souvent encore en expérimentation.

« Au niveau des urgences on s'aperçoit que l'offre sur Paris est très disparate. Il existe des centres d'accueil et de crise dans le nord parisien mais pas dans le sud parisien. Certains médecins des hôpitaux psychiatriques sont détachés dans les services d'urgence des hôpitaux alors que dans d'autres ce n'est pas le cas » explique Nathalie Christodoulou, précisant « qu'un état des lieux en termes de fonctionnement et de structures existantes a été effectué mais il n'y a pas de raison de dire, en l'état actuel des choses, qu'un système fonctionne mieux que l'autre. La CHT n'a ni la vocation, ni la volonté de tout uniformiser. Elle s'attache avant tout à coordonner les actions ».

Menée à son terme, l'évaluation des structures déjà en place permettra d'avancer dans la réflexion : est-ce qu'un système s'avère meilleur que l'autre ? Que faut-il développer davantage, en lien avec la spécificité de la population qui n'est pas la même d'un point à l'autre de la capitale. Quels partenariats mettre en place ?

« Il faut tenir compte de la spécificité de la population et de l'arrondissement. Du coup, énormément de critères interviennent dans cette évaluation, très au-delà des seuls critères statistiques sur le nombre de médecins ou d'infirmiers à prévoir ou encore, les espaces requis » précise le docteur Christodoulou.

D'autres projets concernant l'urgence prolongent ces travaux. Par exemple, la création d'une cellule de concertation pour la prise en charge des patients ayant un Domicile Indéterminé en Région Parisienne (DIRP), autrement dit, sans domicile fixe (SDF) et la création d'un observatoire pour les urgences.

Une réflexion sur la mise en place de la Loi du 5 juillet 2011, avec notamment une étude sur les patients en programme de soins, va aussi être instaurée par cette commission. Un domaine où elle possède toute sa légitimité.

Claire Calméjane

3 acteurs à bien avoir à l'esprit

La police

Parmi les premiers intervenants en cas de crise : la police (17). Comment les choses se passent-elles alors ? Bien des parents peuvent en témoigner : dans certains cas bien, dans d'autres moins bien.



Si, presque toujours l'arrivée des policiers constitue, au final, un soulagement car elle permet d'enclencher la résolution de la crise en rendant matériellement possible la prise en charge thérapeutique, cette opération soulève d'autant plus l'appréhension qu'elle ne semble pas devoir se dérouler toujours suivant le même schéma, ni avec le même degré de facilité comme l'attestent les témoignages de deux bénévoles dans le n° 80 de « La Lettre » :

L'une explique « Un groupe de huit policiers et policières arrivent donc et l'un d'entre eux nous explique que ce n'est absolument pas la fonction de la police de s'occuper de prendre en charge un malade pour l'amener où que ce soit et qu'il faut appeler un médecin. »

Pour une autre « Par deux fois en quelques années, la police a été appelée en renfort à notre domicile par le médecin psychiatre et les ambulanciers qui n'arrivaient pas à persuader le patient de partir au CPOA de Sainte-Anne. A leur demande, l'arrivée des policiers a été discrète pour ne pas ameuter tout l'immeuble. Leur entrée dans l'appartement a créé une surprise, mais pas de réaction brutale. Ensuite, c'est par un dialogue mesuré que tous les intervenants ont conjugué leurs efforts pour amener le patient à accepter de recevoir des soins qu'il devait confusément sentir nécessaires. Même si la police est là, je peux témoigner que le patient n'a pas été traité en délinquant, mais en personne qui a besoin d'aide. »

Concluons par cette remarque tirée du premier témoignage cité : « Il semble que les services de police n'aient pas de consignes claires et généralisées quant à la façon de gérer ce genre de situation de crise (...) On observe en effet que chaque demande d'intervention est traitée de manière différente, allant du refus pur et simple, au prétexte de prétendues consignes ou dispositions légales, à des actions claires et efficaces, en passant par les solutions improvisées... »

Les pompiers

Autre numéro incontournable, celui des pompiers de Paris (18). Son usage, bien évidemment réservé aux « situations ou accidents mettant en péril la sécurité des personnes ou des biens », semble a priori contre-indiqué pour nos proches. Il peut toutefois s'avérer parfaitement légitime si la perte de contact avec la réalité est source de péril physique ! Un jeune sapeur pompier de Paris nous a ainsi confié intervenir très régulièrement suite à des décompensations et, à titre d'exemple, s'étant vu



confronté récemment à un individu armé d'un sabre, avoir réussi sans problème à lui faire entendre raison !

Donc, ne pas hésiter à faire appel à eux... Sans faire de mystère sur la nature d'un danger certes potentiel, mais indéniable ! Le centre d'appel sera parfaitement à même de juger si la situation relève ou non de son ressort.

Urgence Psychiatrie

« Urgences Psychiatrie est une association loi 1901, fondée en 1983, par des médecins psychiatres spécialisés dans l'urgence. Une équipe de psychologues et de psychiatres se relaie 24h/24, 7j/7 au : 01 4047 0447

Ainsi se définit ce service privé d'urgence psychiatrique à domicile. La Lettre a voulu en savoir plus. Au téléphone, c'est un psychologue qui me répond. Je lui explique le contexte, je ne voudrais pas occuper la ligne trop longtemps, j'imagine trop, pour l'avoir vécu, l'angoisse d'un correspondant en attente qui serait concerné.

Le psychologue du standard me rassure : il va avertir le psychiatre de garde qui me rappellera de son portable. Je n'y crois pas trop et raccroche mais, heureuse surprise, il me rappelle effectivement un peu plus tard et prend bien son temps pour me répondre. On aborde les problèmes de fond : ne pas confondre crise et urgence. Ne pas confondre urgence et précipitation.

Il précise : en schizophrénie, par exemple, la crise s'annonce généralement, il y a une dégradation qui est constatée, on peut prévoir le RV à l'avance, mettons 48 heures, et c'est beaucoup mieux. On peut aussi, dans le même temps, alerter la police (administrative). En bref, préparer une intervention adaptée.

On aborde aussi les problèmes pratiques : qui répond au téléphone ? Un psychologue. Il doit pouvoir « trier », « proposer un début de réponse ».

Il transmet l'appel au médecin psychiatre. Ou il l'appelle sur son portable. C'est un travail en réseau : s'il y a intervention, c'est le médecin qui prévient l'ambulance.

Quel est le coût : 182 € pour une intervention sur Paris intra-muros (4,78 €/km au-delà). Plus les frais d'ambulance. La sécurité du transport est importante dans la mesure où l'on n'attache ni ne sédatise le patient. C'est bien si le fonctionnaire de police accompagne le patient dans l'ambulance.

En résumé, l'intervention d'un médecin de Urgences Psychiatrie auprès du patient, chez lui, peut favoriser son maintien à domicile. Sinon, il sera recherché le meilleur accès possible aux soins adaptés (éventuellement hospitalisation).

Catherine Bourgois, Claire Calmèjane et Luc Vave

Entretien avec le D^r Marie-Jeanne Guedj

Dans un dossier consacré à l'urgence, une place de choix revenait tout naturellement au CPOA (Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil), lequel, implanté à Sainte-Anne est en charge des urgences pour Paris et l'Île de France.

Le Docteur Marie-Jeanne Guedj, Psychiatre des Hôpitaux et Chef de pôle CPOA/Consultations Somatiques de Liaison, a bien voulu nous accorder un entretien.

La Lettre : En entrant dans le pavillon du CPOA, nous sommes frappés par la luminosité des locaux et l'impression de calme qui s'en dégage, notamment dans la salle d'attente. Ce qui est surprenant par rapport au sujet. Comment définir l'urgence ?

Dr M-J Guedj : Avant tout par le sentiment d'urgence ressenti par n'importe quel protagoniste, parce qu'il sent que ce qui se passe n'est pas comme d'habitude. La notion d'urgence n'est pas très ancienne car on a longtemps pensé que le temps de la psychiatrie, maladie chronique, n'était pas compatible avec la notion d'urgence. Mais le CPOA, qui ne s'intitule pas « urgence » mais orientation et accueil, est, depuis 46 ans maintenant, au coeur de quelque chose qui, de nos jours, s'appelle l'urgence. D'ailleurs l'intitulé « orientation et accueil », on dirait plutôt maintenant « accueil et orientation », c'est exactement le problème de l'urgence. L'idée que l'urgence est une crise qui n'aurait pas dû en arriver là est une vieille notion des années 80-85 que l'on ne peut plus retenir aujourd'hui. On ne peut considérer que l'urgence est un échec, même si elle est très difficile à vivre. Ça l'est d'autant plus si on la considère comme tel, comme une catastrophe. Alors que ce n'est pas la peine d'augmenter la culpabilité de tout le monde. Une urgence peut arriver, même si tout a été fait comme il faut : ce n'est pas une catastrophe. La question est de la prendre en compte et de la traiter quand elle se présente.

L.L. : Peut-on prévenir l'urgence ?

Dr. M-J G. : C'est très chargé en émotion pour tout le monde, c'est très coûteux en énergie. Mais si elle arrive, elle arrive. Le plus important est de s'en occuper au moment où elle arrive.

L.L. : Y a-t-il des fausses urgences ?

Dr. M-J G. : Le vieux débat : vraie urgence, fausse urgence. Déjà depuis longtemps, puisque c'est un rapport de 1989, le rapport Steg, qui a remplacé ce débat par la notion d'urgence ressentie par n'importe lequel des protagonistes du drame en train de se jouer. Ce critère du ressenti me semble beaucoup plus pertinent.

Une urgence n'est pas forcément liée à un problème de comportement, elle n'est pas forcément une urgence vitale. Une urgence c'est le sentiment ressenti par le malade, sa famille, son médecin généraliste, par n'importe quel membre de l'entourage, qui a le sentiment que quelque chose est en train de s'aggraver, qui peut conduire à une catastrophe. D'où la difficulté aussi de différencier urgence et consultation non programmée. Parce qu'une consultation non programmée rentre dans le sentiment de l'urgence

ressentie. On a des usagers qui, parfois, téléphonent en disant : « Je n'ose pas venir parce que ce n'est pas une grande urgence. » Or ce n'est pas pour autant qu'il ne faut pas obtenir une réponse. Et une réponse rapide. C'est la question qui domine autour de l'urgence, une réponse rapide pour quelque chose qui s'aggraverait sans réponse.

L.L. : Le patient peut venir avec son généraliste, éventuellement un psychiatre, la famille, et vous les recevez tous ?

Dr. M-J G. : Oui bien sûr, oui. L'urgence ce n'est pas seulement au niveau des symptômes ou du diagnostic, c'est aussi, sur le modèle de la crise, quelque chose qui concerne toute une situation, et de comprendre ce qu'il en est de cette situation. Tous les malades, toutes les pathologies n'arrivent pas en situation d'urgence mais, avec les mêmes symptômes, quelqu'un qui n'a pas de soutien, ou qui vient de perdre son travail, ou a eu un deuil, une rupture sentimentale, va faire que sa situation va s'aggraver, même si le diagnostic et les symptômes sont connus de longue date. L'idée c'est d'avoir une vue d'ensemble de la situation, et de tenter d'apporter une réponse à chaque point de la situation.

L.L. : Le patient arrive chez vous, vous l'examinez, comment cela se passe ?

Dr. M-J G. : La première chose est de faire l'évaluation de la crise, en commençant par prendre en compte la souffrance de la personne, de son entourage, toute l'atmosphère de crise, et de contacter tous les protagonistes. Si une personne est restée à domicile, et ne peut venir, on lui téléphone. Comme le médecin traitant qui, en général, ne se déplace pas. On recueille un certain nombre d'informations, en accord avec le patient bien sûr, pour comprendre le degré d'aggravation, ou si ce sont des choses qui arrivent de temps en temps. Puis après, c'est notre évaluation de l'état clinique, au niveau psychologique, bien sûr, psychiatrique, et aussi organique, s'il y a eu une aggravation de ce côté là. Il faut aussi régler cet aspect là, car il peut avoir un impact sur l'état mental.

Ensuite l'objectif va être d'obtenir une accalmie. On ne pense pas à orienter d'emblée si on n'a pas obtenu un minimum d'accalmie de la crise côté patient, et de la souffrance du côté du même patient et de son entourage. Sont importantes la question de l'évaluation, mais de la relation aussi, du lien, du temps passé : il en faut un minimum pour obtenir évaluation et un peu d'apaisement. Après, on essaie de voir quel programme de soin est en cours, ou non ? et quel programme, extérieur, il faut remettre en place. Cela peut prendre quelques heures, 24

heures, voire 3 à 4 jours d'hospitalisation de crise. Ce avant de décider d'une orientation.

L.L. : Après vous renvoyez le patient à son hôpital ?

Dr. M-J G. : Non, non, cela dépend des cas. Notre idée principale ce n'est pas le secteur mais plutôt la continuité des soins. Si quelqu'un est bien pris en charge par son généraliste, et que c'est juste un avis pour un moment de crise, ou qu'il est suivi par un psychiatre libéral, ou qu'il est habituellement hospitalisé dans une clinique, ou, dans un service non sectorisé, on va le plus possible favoriser la continuité des soins. On ne dit pas « secteur pour tout le monde », cela dépend des cas. L'essentiel étant de ne pas interrompre les soins en cours. Avant l'arrivée en urgence, il y a un mode de réponse qui est très important : l'appel téléphonique, de la personne elle-même, de sa famille, du médecin, d'un entourage social, soit pour préparer la venue ici, soit pour donner suffisamment d'éléments pour qu'on puisse dire, finalement, cela peut peut-être attendre demain, s'il va régulièrement au CMP et a un rendez-vous demain, vous voyez et vous nous rappelez. Ou bien les gens demandent des conseils pour amener quelqu'un qui ne veut pas venir. Ou bien encore appellent parce « qu'il a un médicament que je ne connais pas, je ne sais pas s'il est aussi efficace que tel autre »

L.L. : Ce sont les familles qui vous appellent ?

Dr. M-J G. : Oui, ou le patient, voire son médecin, les éducateurs, ... Mais on voit que cette partie téléphonique est très importante. Soit la personne ne vient pas mais on arrive à donner une réponse qui convienne, soit pour préparer sa venue ici.

L.L. : Si le patient ne veut pas venir ?

Dr. M-J G. : Alors là, c'est encore autre chose. Dans le dispositif général, quand on a vu les personnes ici, que l'on a proposé quelque chose, on peut aussi les revoir dans des consultations que nous appelons de « post urgence », notamment pour les gens qui n'acceptent pas une hospitalisation, et qui ne justifient pas une hospitalisation sous contrainte. Mais, pour leur proposer quelque chose qui leur convienne, une seule consultation ne suffit pas, on les revoit deux, trois fois, pour arriver à ce qu'il dise « cela va mieux, ou finalement, je vais aller voir mon généraliste, ou le psychiatre traitant dont vous m'avez parlé ». Consultations donc pour améliorer l'accès aux soins.

L.L. : Mais dans la mesure où ils acceptent de venir ?

Dr. M-J G. : Oui, souvent les gens refusent d'être hospitalisés, mais ils acceptent de revenir. En revanche le sujet des gens qui ne veulent pas venir est un sujet très compliqué, avec beaucoup de cas de figures différents. Par exemple, la mise en place, ici, des consultations « familles sans patient » répond au cas de la personne malade qui ne veut pas se déplacer. A force de leur avoir dit que sans le voir, on ne pouvait rien faire, nous avons dû constater leur nombre et on s'est dit qu'il fallait leur répondre. On reçoit la famille une fois ou plus, selon les cas, et on a constaté, après étude, que dans 70% des cas le patient vient consulter après. Ici ou dans son secteur. Donc il y a



Docteur Marie-Jeanne Guedj

une mobilisation de la famille que l'on aide à ne pas avoir honte de cette situation. Bien souvent la famille n'ose pas parler de la situation, quand elle vient la première fois et qu'on dit « oui, vous avez raison, il faut qu'il soit soigné, etc. Vous ne pouvez pas, vous, avoir toujours cette charge à domicile » cela doit provoquer un soulagement et le fait qu'on arrive à solliciter un autre proche. Ce peut être un parrain qui aèrera une relation parfois empreinte de lourdeur entre parents et enfant. C'est devenu trop chargé des deux côtés. Les parents ont peur de faire quoi que ce soit, ils ne sont plus écoutés, et parfois, un grand-père, un parrain, un ami met un peu d'ordre.

Selon la gravité, la famille peut dire, ce n'est pas la peine, il va mieux, ou il est parti à tel endroit, etc. Parfois, ce peut être la proposition d'une visite à domicile, soit à partir du CPOA, soit du secteur, car de plus en plus en font. Quand nous la faisons, ce n'est qu'en accord avec le secteur.

L.L. : Quand le patient vient, il n'est pas enfermé, et s'il refuse...

Dr. M-J G. : C'est tout le sujet. Est-ce qu'il relève d'une hospitalisation sans consentement ou non. Si oui, on le fait. Sinon cela ne servirait à rien, ou s'il apparaît qu'il est suivi, avec parfois un désaccord entre la famille et le service de suivi, on essaie quand même de privilégier le suivi en cours.

Des familles nous demandent que faire quand le psychiatre de leur enfant refuse de les recevoir, alors on essaie de faire le lien.

L.L. : Les urgences sont nombreuses ?

Dr. M-J G. : Nous recevons sur l'année 1000 familles en consultation de « famille sans patient ». Et nous traitons annuellement 10 000 cas, soit 28 à 29 cas par jour. Nous recevons les familles 24h sur 24.

L.L. : Et vous avez une équipe importante ?

Dr. M-J G. : Changeons de sujet. C'est assez difficile en ce moment, et je ne peux vous répondre. Il y a une équipe, avec un praticien hospitalier, plus ou moins dédiée aux visites à domicile. Elles ont lieu après une ou plusieurs consultations de la famille sans le patient pour préparer la visite à domicile.

L.L. : Vous recevez beaucoup de monde, quels conseils donneriez-vous aux familles ?

Dr. M-J G. : Je vous l'ai dit, je crois profondément au sentiment d'urgence. Si la famille s'inquiète, il vaut mieux qu'elle vienne ou appelle, ou qu'elle se tourne vers le service qui suit la personne, s'il y en a un. Il y a eu, en décembre 2010, la journée de l'HAS sur la dangerosité, et j'avais choisi de parler de la clinique au quotidien des familles, c'est-à-dire des éléments qui ne sont pas des signes cliniques mais qui sont un changement de comportement qui peut paraître dérisoire, et qui peut être chargé de signification. Ainsi, un jour, j'ai vu une dame qui avait eu des épisodes délirants, et cette dame me dit : « je ne comprends pas, moi je vais très bien. Ma famille s'inquiète que je ne les appelle pas. J'ai 40 ans et j'ai parfaitement le droit, et je ne vois pas pourquoi je téléphonerais à ma famille ». Et la famille, que je reçois avec la personne, bien sûr, dit que, d'habitude, elle nous appelle tous les jours, et là elle est restée une semaine sans appeler. Là il y a un changement, même si dans le cas général ce ne serait pas un problème. Et, en effet, c'était juste, c'était bien une rechute. Une famille qui s'inquiète c'est quelque chose qui doit être entendu.

L.L. : Cette inquiétude des familles fonde leur demande ?

Dr. M-J G. : Une inquiétude doit être entendue. Pour plusieurs raisons. Les petits signes du quotidien que seules les personnes de l'entourage peuvent remarquer. Autre raison, une famille qui s'inquiète fait aussi monter le niveau d'inquiétude de tout le monde et du patient lui-même. Et on part dans un cercle vicieux. Il vaut donc mieux prendre en compte cette inquiétude.

L.L. : Les familles sont donc très importantes ?

Dr. M-J G. : Leur rôle est très précieux. Il y a la nouvelle modalité, dans la loi, où quelqu'un peut être hospitalisé sans le consentement ni même l'avis de la famille. Mais nous sommes restés sur l'idée que, si la famille participe, et donne son accord pour l'hospitalisation sans consentement, c'est sans doute mieux. Maintenant, si la famille refuse, elle a le droit d'autant qu'il y a maintenant cette modalité permettant d'hospitaliser en cas de péril imminent. Il y a autre chose, les questions que se posent les familles sur ce qui a pu faire qu'il y ait décompensation, avec cette idée d'aller chercher une cause que l'on ne trouve pas, ou d'aller chercher une



cause en s'accusant : « Je n'aurais pas dû... ». On est parfois obligé de dire que l'on ne sait pas d'où vient la décompensation. C'est aussi pour préparer la suite, en parlant à la famille de ce qui se passe aujourd'hui, ce qu'il faut faire par la suite pour aider la personne. C'est presque au niveau de l'éducation à la santé, dès l'urgence, et faire une orientation en alliance avec tout le monde, avec le patient et, si on peut, avec la famille. Et aussi préparer au prochain épisode possible.

L.L. : Et la continuité des soins ?

Dr. M-J G. : Je vous en ai parlé tout à l'heure. On avait fait un travail sur le fait que l'arrivée en urgence est liée, dans 40% des cas, à une rupture de soins. La difficulté, propre sans doute à la région parisienne, ce sont les changements itératifs de soins. Aller à tel endroit, considérer que cela ne convient pas, aller à un autre endroit. Cela se voit beaucoup, notamment pour les jeunes : il y a 2/3 voire 4 services qui ont été impliqués. Cela veut dire que, chaque fois, on repart à zéro, ce qui est une perte de temps.

L.L. : Cela peut faire des dégâts...

Dr. M-J G. : Bien sûr. Il faut tenir compte aussi de cette inquiétude et de l'errance au début de l'installation de la maladie où les personnes demandent des conseils à l'un ou à l'autre. Des conseils pourquoi pas, mais changer sans arrêt cela ne mène à rien sinon à ce que le patient dise : « j'en ai assez, j'ai déjà vu 10 psychiatres, je ne vais pas en voir un 11^{ème} pour lui raconter la même histoire, ce n'est pas la peine. »

L.L. : La majorité des urgences que vous recevez, c'est plutôt en début de maladie ?

Dr. M-J G. : Non, non. À tout moment. Il y a le début mais il y a les gens soignés et qui interrompent leur traitement. Il y a un délai pour accepter la maladie au long cours, délai qui est très long. Le délai de prise en charge est lié à cela,

à une méconnaissance de la maladie, au refus de l'admettre, à une rupture (« cela allait bien, alors ce n'est pas la peine de se soigner »), puis d'autres avis que l'on peut glaner partout, sur Internet et ailleurs. C'est bien, encore faut-il qu'il y en ait une lecture avec un professionnel, qui mette un peu d'ordre. D'autant que les indices de gravité indiqués sont lourds, quand les personnes lisent cela, elles sont terrifiées. Une lecture médiatisée, c'est mieux.

L.L. : Vous préparez la sortie ?

Dr. M-J G. : La sortie, après l'hospitalisation. Oui, nous en avons parlé précédemment. Nous parlons dès l'urgence, de ce qui va se passer après. Le plus important sera de se diriger vers une recherche de logement, sans doute pas l'inciter à travailler parce que cela ne servirait à rien, ou reprendre des études.

L.L. : Comment les patients viennent vous voir ?

Dr. M-J G. : 30% des personnes viennent d'elles-mêmes, souvent accompagnées par l'entourage, à peu près 60% sont envoyés par un médecin ou par un hôpital général, et puis il reste 10% de services sociaux, police, pompiers, ...

Et les familles peuvent venir spontanément. Environ 30%. Certaines reviennent parce qu'elles sont déjà venues pour elles-mêmes. Une dame venue il y a 15 ans, et qui revient pour son fils, par exemple.

Soit aussi parce que leur médecin, à qui ils ont téléphoné, leur ont dit d'aller au CPOA.

L.L. : Vous semblez avoir de bons contacts avec les généralistes.

Dr. M-J G. : Oui, ils sont très importants dans ce dispositif. Ils sont vraiment en première ligne. Le problème est que beaucoup de gens n'ont pas de généraliste ! Quand une personne nous est envoyée par le généraliste, nous essayons toujours de le contacter.

L.L. : Comment voyez-vous l'avenir ?

Dr. M-J G. : Il y a une demande accrue vis à vis de la psychiatrie, et parfois on est dans un registre bizarre, de comportements un peu déviants, et, en même temps, on ne peut pas proposer grand-chose parce que cela ne relève pas de soins sans consentement et que ce sont des gens qui ne demandent pas à être soignés. On est amenés à dire : « on ne sait pas quoi faire ». Sinon parler avec l'entourage et voir s'il y a des aménagements possibles.

C'est souvent un cheminement de fourmi. Et, pas à pas, on voit ce que cela donne.

On est pris par la question du consentement, c'est le gros problème en psychiatrie. Ou la personne accepte de venir consulter ou elle nécessite des soins sans consentement. Entre les deux ??

L.L. : Un projet ?

Dr. M-J G. : La question des moyens est assez fondamentale, nous l'avons évoqué. En particulier, nous avons un projet en accord avec l'Unafam : nous aimerions arriver à augmenter la réponse téléphonique. Le projet

« Ariane-psy ». Aujourd'hui, nous avons 170 appels jour, c'est très important comme activité, et nous aimerions augmenter nos capacités. Il faudrait du personnel en plus (documentaliste, infirmiers, médecins). Le projet est fait depuis 4/5 ans, et on n'arrive pas à le mettre en place par défaut de moyens. Alors que la réponse au téléphone est très importante dans le traitement de l'urgence. Elle permet de dire d'aller plutôt à l'hôpital près de chez vous, ou au CMP, appelez le Samu ou venez au CPOA. Hélas !

Merci, Madame, pour cet entretien et la qualité de votre accueil.

propos recueillis par Jean-Louis Le Picard



Adresse du CPOA :
Centre Hospitalier Sainte-Anne
1 rue Cabanis
75674 Paris Cedex 14

Téléphones : 01 4565 8370
 01 4565 8110



Soins à domicile et urgence

Dans certains arrondissements, notamment les 1, 2, 3 et 4èmes, il existe un service de soins à domicile qui traite l'essentiel des urgences. Le docteur Maria-Charlès, Chef du secteur Paris-Centre, qui dirige le SPAD (Soins Psychiatriques À Domicile) de la rue du Temple a bien voulu nous accueillir dans ses locaux.

Soins
psychiatriques
à domicile

La Lettre : Où sommes-nous ?

Docteur Maria-Charlès : nous sommes ici au SPAD qui travaille particulièrement sur les urgences, aussi ai-je demandé aux membres présents de l'équipe de nous rejoindre. Aucun n'est ici à plein temps. Ainsi, outre mon cabinet, j'ai une consultation à l'Hôtel-Dieu. Nous avons aussi un partenariat avec ce même hôpital, un SAU (Service d'Accueil et d'Urgence), sans lien avec l'IPPP (Institut Psychiatrique de la Préfecture de Police) sinon qu'il y a des gardes à vue qui sont examinées, et que nous pouvons envoyer des personnes à l'IPPP, comme dans tout hôpital. Et il y a un lien plus particulier puisque les personnes en garde à vue ayant besoin d'un examen psychiatrique, ont cet examen à l'Hôtel-Dieu, dans le cadre des urgences médico-judiciaires. Les infirmières, au SAU, ne voient que les urgences médico-chirurgicales.

Quant au SPAD, il est directement rattaché à Esquirol.

Mais voici l'équipe, du moins celles qui sont présentes dans nos murs. Toutes sont confrontées directement aux urgences :

- Marion Armellino-Vallet, est psychologue au CMP et au SPAD ;
- Anne-Marie Leyreloup, cadre de santé, attachée au SPAD, s'occupe de l'hébergement ;
- Patricia Benrabah, est infirmière psychiatrique au CMP et au SAU ;
- Enfin Claire Le Philippe infirmière psychiatrique au SPAD et au SAU.

Elles représentent donc l'équipe qui intervient dans l'urgence à domicile, urgence relative puisque l'on dit qu'il n'y a pas d'urgence en psychiatrie, .

L. L. : Pour la fluidité de l'entretien, nous parlerons de l'équipe, étant entendu que chacune parle en fonction de sa spécialité. Comment s'établit le contact ?

L'équipe : Généralement, la famille appelle pour une consultation, ou pour demander que l'on passe. On ne va jamais accepter d'emblée de passer chez quelqu'un qui ne nous a rien demandé. Nous essayons de contacter le patient pour lui proposer un rendez-vous au CMP. Il peut ne pas y avoir de réponse. Il faut parfois plusieurs tentatives. Parfois il faut y aller. Un exemple, un patient présenté comme terrifiant, enfermé dans sa chambre; ce monsieur s'est levé et nous a suivis, et il est depuis très compliant. C'est rare quand même. En général, on y va, on essaie de parlementer, on essaie de proposer un rendez-vous. Nous tentons une évaluation, à plusieurs. On y participe et on peut proposer d'emblée une prise en charge relativement

intensive, c'est à dire que l'on peut venir tous les jours. Cela peut se passer très bien, comme cela peut se passer moins bien.

Parfois cela peut mener à une hospitalisation, qu'il faut préparer. Le patient peut l'accepter librement, sans police, ni pompier, ni contrainte. Nous essayons de calmer le jeu. Alors, nous l'envoyons à Saint-Maurice, ou parfois dans une clinique, sinon qu'elles n'ont jamais de place sur l'heure. Mais cela peut se faire.

Quand il sort, on peut assurer le suivi, surtout s'il était à Saint-Maurice, ce qui permet souvent une sortie plus rapide, car le suivi sera très régulier. On a vu le patient à l'hôpital et on peut l'accompagner au centre de jour, par exemple, ou au CMP.

Notre intervention peut durer trois semaines renouvelables, ou moins. Les soins à long terme sont assurés par le CMP.

L. L. : Et après, vous ne le revoyez pas, sauf nouvelle urgence ?

L' éq. : C'est cela. Mais on est aussi très proches de l'environnement. Madame Armellino donne des consultations au CMP. Moi je travaille une fois par semaine au CMP.

L. L. : Quelle est l'importance de vos équipes ?

L' éq. : Nous avons trois infirmières, une aide soignante, une psychologue, une secrétaire, et un médecin. Cela a l'air relativement important, mais je rappelle que nous sommes tous à temps partiel. Claire Le Philippe est deux jours par semaine à l'Hôtel-Dieu, par exemple. L'autre partie du temps étant affectée au CMP, au SAU, ou autre.

On peut faire 5 à 6 visites par semaine, parfois moins, parfois plus. C'est par définition extrêmement irrégulier. Le médecin voit le patient au moins une fois. L'équipe se déplace toujours à deux personnes, en veillant que l'une des deux, au moins, soit connue du patient. Ce afin d'éviter les problèmes avec l'entourage (parents, conjoint, enfants, colocataire, ...) qui peut demander le respect de modalités particulières. Ça se gère, mais pas toujours très bien. Certains entretiens se font dans des jardins, ou des cafés, mais ce n'est pas l'idéal. Notre disponibilité est grande. Les modalités (de visites, de soins, etc.) sont définies avec le patient, et revues chaque jour. D'autant que nous avons tous les cas de figure, de l'accompagnement pour une démarche, à la prise en charge psychiatrique.

On essaie de faire en sorte que le médecin voie rapidement le patient. La psychologue le verra à la demande, parfois pour expliquer simplement différents traitements.

Ces visites ont lieu en semaine seulement. Ce qui parfois casse le lien avec les urgences. Le patient peut être hospi-

talisé alors que, peut-être, nous aurions pu intervenir différemment.

L. L. : Et l'environnement ?

L' éq. : Le CMP a des moyens assez importants. Le CAPP (Centre d'Accueil et de Crise) est à l'étage au-dessus. Il dispose de 3 infirmières, autant de psychologues et d'assistantes sociales. Il est ouvert 7 jours sur 7, 24h sur 24. Il va traiter les crises.

Nous recevons l'entourage, c'est important, et nous avons les moyens de le faire. Ce n'est pas le cas de tous les secteurs.

C'est le fruit de l'histoire. Depuis 15 ans, un énorme travail a été fait pour ne pas surcharger le service hospitalier qui travaille beaucoup en ambulatoire.

Nous veillons à ne jamais fragiliser les soins ambulatoires par rapport à l'intra. Tout est fait pour éviter l'hôpital, qui dispose de deux unités de 18/20 lits. Le Centre d'Accueil fait le lien pour les patients, et suit les étapes de crise, surtout quand le CMP est fermé. Cela permet souvent d'éviter l'hôpital.

Bref les urgences sont traitées par le CMP ou le Centre d'Accueil, voire le CPOA.

Et renvoyées après évaluation.

Ceci est assez spécifique du secteur.

L. L. : Quels sont les points sur lesquels vous seriez plus attentifs ?

L' éq. : Nous essayons de fluidifier les articulations entre les différents niveaux, les différentes temporalités, pour mieux accueillir les personnes, mieux les soutenir, le faire le plus vite possible. Les nouvelles lois nous compliquent un peu la tâche. Il faut tout noter. Avant, les familles pouvaient demander une hospitalisation sous contrainte, et pouvaient toujours en demander la levée. Maintenant non. Il faut en informer les familles. Leur dire que c'est plus compliqué. Donc elles refusent souvent d'en faire la demande.

L. L. : Comment travaillez-vous ?

L' éq. : C'est plus compliqué. C'est le problème du consentement. Il nous faut travailler en parvenant à convaincre. Mais ceux qui ne relèvent pas de l'hospitalisation et ne veulent pas venir, c'est difficile. Il faut que le patient accepte de nous recevoir, qu'il accepte de déverrouiller sa porte. Il faut insister quand ils se mettent en danger. Même si la famille est d'accord, il y a parfois des refus. Ça se négocie, ou ça ne se négocie pas. Il y a des portes fermées, avec la famille qui ne peut plus rentrer. La police ? Mais elle n'intervient que s'il y a un vrai trouble de l'ordre public. C'est toute une discussion, qui est variable selon les commissariats. Et les pompiers interviennent de moins en moins.

L. L. : Parlons de vos relations avec la police ?

L' éq. : On constate une culture de commissariat. Il y a ceux



Le SPAD s'adresse :

- à des patients nécessitant une prise en charge intensive afin d'éviter une hospitalisation temps plein,
- à des patients hospitalisés dont l'état psychique s'est suffisamment amélioré pour quitter le cadre hospitalier, mais qui ne sont pas encore totalement en état de s'adapter à la vie extérieure sans une prise en charge régulière, intense et pluridisciplinaire,
- à des patients avec lesquels il est important de préparer une hospitalisation temps plein en amont.



qui sont sensibilisés à la psychiatrie, et quand bien même il y a des changements d'hommes, se transmettent les consignes, d'équipe à équipe. Ce sont de véritables partenaires. Et les autres qui ne s'y intéressent que par... accident.

L. L. : Et le SAU ?

L' éq. : Le SAU (Service d'Accueil et d'Urgence psychiatrique) de l'Hôtel-Dieu. Notons d'abord que ses équipes somatiques ont, depuis très longtemps, une culture de l'urgence psychiatrique, et sont toujours sensibles aux aspects psychiatriques. Ce qui n'est pas le cas partout. Le SAU reçoit les personnes amenées par la police. Avant que le SAU ne reçoive un patient, il y a tou-

jours un examen somatique préalable. Ensuite le SAU, ouvert 24h sur 24, avec une équipe psychiatrique de garde, reçoit le patient. C'est une unité d'hospitalisation non sectorisée, disposant de 4 places. Le SAU décide où il enverra le patient pour l'hospitaliser, sauf en cas d'urgence où il est envoyé dans son secteur. Il fait le lien avec les secteurs, ou le CPOA. Les infirmières du service peuvent prendre rendez-vous avec le CMP concerné. Ensuite, cela dépend de la compliance de la personne. Il est arrivé en ambulance, en général, mais part librement. On fait tout ce qu'il faut pour qu'il se présente. S'il ne se présente pas, il lui est envoyé un courrier, on va prévenir son entourage, !!!

L. L. : Il y a des situations limites ?

L' éq. : Oui, c'est lié au problème, déjà évoqué, du consentement. Cela peut être très anxiogène. Nous travaillons avec les familles. Une fois par semaine, il y a une consultation réservée aux familles. Plus des séances d'information sur la maladie, par exemple. On ne rejette jamais une famille. Avec ou sans le patient. Cela peut être long. Même si, globalement, cela se passe bien.

L. L. : Enfin un secteur heureux !

Il me reste à vous remercier pour votre accueil.

Propos recueillis par
Jean-Louis Le Picard



SPAD
116A rue du Temple, 75003 Paris