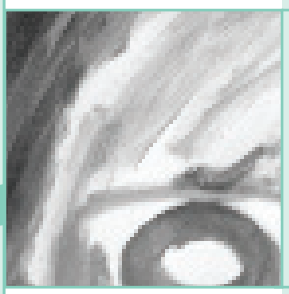
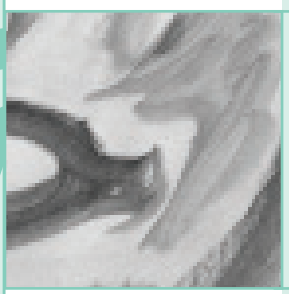
sommaire



- **La santé mentale, une matière transversale** 2
  Rencontre avec la Ministre Christiane Vienne
- **Les groupes thérapeutiques en réseau** 6
  Benoît Bourguignon
- **La prise en charge des mineurs en difficulté** 8
  Virginie Olivier
- **La loi de défense sociale : 75 ans d'application** 10
  Pierre Titeca
- **Temps(s) et traitement psychiatrique : quelques articulations...** 11
  Edith Stillemans et Christophe Herman
- **Journée européenne de la Dépression** 12
  Journée mondiale de la Santé mentale
- **In-Folio Infos : nouveautés** 13

DOSSIER : Urgences psychiatriques et interventions de crise

- **Préface** 14
  Denis Henrard
- **Les urgences : mise en perspective** 15
  Philippe Hoyois
- **D'une urgence à l'autre** 18
  Damien
- **Urgences psychiatriques : des proches dans le désarroi** 20
  Francine Lejeune
- **La solitude du généraliste face aux urgences en santé mentale** 22
  Yves Delforge
- **La notion d'urgence dans un centre d'écoute téléphonique** 23
  Alain Gontier
- **Profession : urgentiste** 24
  Albert Fox
- **L'urgence psycho-sociale dans le champ hospitalier et psychiatrique** 25
  Henry Dupont
- **Penser l'urgence** 28
  Éric Adam
- **De la clinique de la souffrance à la clinique du sens** 32
  Danièle Zucker
- **Les urgences en hôpital psychiatrique** 34
  Henri Boon
- **Personnes âgées : l'urgence plus urgente** 35
  Françoise Duesberg
- **La valse des urgences : témoignage en trois temps** 37
  Sophie Maes
- **Qu'est-ce que l'urgence pour un psychiatre privé ?** 39
  Paul Lievens et Alexandre van Acker
- **L'urgence dans un service de santé mentale** 41
  Paul Jacques
- **Crises, situations d'urgence et services d'urgence** 43
  Quelques pistes de réflexions
  Jacques Moriau
- **Existe-t-il des fausses urgences ?** 45
  Jean-Michel Longneaux
- **Du temps de l'urgence au temps du sujet** 47
  Francis Turine
- **Repères et références bibliographiques** 48



La santé mentale, une matière transversale

Rencontre avec Christiane Vienne,

Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances de la Région wallonne

A la tête du Cabinet de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances depuis un an, Christiane Vienne a 'la santé mentale' parmi ses nombreux champs de compétences. Nous l'avons rencontrée pour connaître son évaluation et ses projets dans notre secteur. C'est une Ministre consciente de ses responsabilités et de ses contraintes qui nous a reçues, mais aussi une femme sensible qui tire parti de son expérience et de son parcours de vie. Nous avons eu l'occasion d'échanger librement avec elle autour de son analyse de la situation, de ses questions et de ses intentions.

Une interview réalisée par **Sylvie Gérard** et **Christiane Bontemps**, IWSM
avec la participation de **Emmanuelle Demarteau** et **Delphine Jarosinski**,
Cabinet de Madame Vienne

*Comment définir **la santé mentale**? C'est encore un sujet tabou. Y travailler, n'est-ce pas d'abord aider les personnes à accepter de franchir la porte…?*

En effet, plus que toute autre matière, la santé mentale soulève la question de la normalité. Il y a une sorte de soulagement de pouvoir dire : « moi, je suis normal ». Mais les mots renvoient à une conception de la norme dont les conséquences peuvent être bien lourdes au niveau social.

*Pour poser le cadre, pouvez-vous situer la place de **la santé mentale dans le champ des compétences de votre Cabinet ?***

Je voudrais traiter la question d'une manière globale. Dans mes compétences, il y a à la fois la santé, les affaires sociales, et l'égalité des chances. Les thématiques qui y sont abordées traitent toutes de l'Humain. Elles sont transversales et complexes. Et, pour répondre à la question de la place du secteur dans mes matières, je ne peux l'aborder que **d'une manière transversale**, sur une voie médiane entre deux extrêmes qui vont du « tout au social » au « tout au psy ». On ne peut en effet « psychologiser » les problèmes sociaux. Je suis convaincue que les inégalités sont les produits de mécanismes structurels et, si l'on considère que toute personne en décrochage social est un malade par nature, je pense que l'on va vers une dérive très grave. Si l'on n'est pas bien parce qu'on est au chômage, parce qu'on a un logement pourri, parce qu'on ne trouve pas de solution à ses problèmes, c'est normal ! Ce n'est pas une maladie ! Ce qu'il faut résoudre, c'est l'emploi, le logement et l'image de soi dans la société. Le travail d'un département comme le mien sera donc aussi de travailler les causes structurelles qui amènent ces difficultés. Il faut par ailleurs bien garder à l'esprit que **la Région wallonne est un opérateur de deuxième ligne**. Son travail, dans ses différents départements, va consister à « réparer les dégâts » ; pas à les prévenir car c'est le rôle de la Communauté française. Il ne faut toutefois pas se tromper sur ce qui provoque les dégâts. Il est clair qu'il y a, aujourd'hui, une dégradation globale de ce que l'on va appeler la santé mentale, mais en même temps, et c'est lié, il y a une dégradation des conditions sociales dans lesquelles vivent nos concitoyens. Il y a, là, une réflexion à mener sur le travail des services de santé mentale et sur le rôle des autres acteurs sociaux. D'un côté, on pourrait imaginer qu'on ne fait plus que de la santé mentale et qu'on arrête tous les projets sociaux parce qu'une grande partie de la Wallonie n'est pas « bien dans sa tête ». Et d'un autre côté, on peut se dire que « se préoccuper de la santé mentale, finalement, c'est du luxe, il suffit d'augmenter le minimex ! ». La réalité n'est évidemment pas celle-là parce que les choses s'imbriquent fortement les unes dans les autres.

Effectivement, rien n'est simple quand on s'intéresse à la complexité de l'être humain… Comment pouvez-vous en tenir compte dans les différentes facettes du travail de votre département ?

Je suis tout à fait consciente que tout ce qui touche **à la santé mentale** est devenu aujourd'hui incontournable. Mais c'est aussi le cas dans les différents secteurs dont je m'occupe : **le secteur des personnes âgées** notamment, à domicile ou en maisons de repos. Aujourd'hui, la dépression chez les personnes âgées est en hausse, en lien avec la solitude, le manque de moyens, la diminution des échanges avec les autres, l'absence de projets. Et c'est pareil pour l'ensemble des thématiques sociales. Si je prends tout ce qui est lié au décrochage, tout ce que l'on va travailler via les **CPAS**, les **relais sociaux**, les **services d'insertion sociale**, les **maisons maternelles**, les **centres de planning**, … il y a, là-derrière, d'importants problèmes qui touchent à la santé mentale. Il y a aussi tout le **secteur des assuétudes**. Il y a encore le **secteur de l'AWIPH**. Dans certains cas, le handicap mental est bien clair, mais - et c'est aussi pour moi une dérive - on a tendance à considérer de plus

en plus que tout mal-être chez l'enfant quand il s'exprime à travers des comportements agressifs devient un handicap. Avec l'insertion de la problématique des « 140 » dans le secteur de la personne handicapée, on va très vite qualifier de « handicapé » un enfant qui, par exemple, vit une situation familiale difficile à gérer. Et le champ de la santé mentale prend de l'extension parce que finalement « tout se passe comme si » tout ce que l'on ne sait résoudre ailleurs devait se retrouver dans le champ de la santé mentale.

Vous touchez donc différents aspects essentiels de la vie des gens…. Qu'est-ce que cela signifie en termes de priorités et en termes budgétaires ?

Vu du côté des allocations budgétaires, dans mon département, la santé mentale va concerner à la fois les services de santé mentale, les initiatives spécifiques, les deux hôpitaux psychiatriques de la Région, les services spécialisés en assuétudes. En outre, on accorde les agréments pour les structures subsidiées par le fédéral. En termes de moyens au budget 2005, cela représente 22.577.600 € pour les services de santé mentale et 2.022.000 € en subventions facultatives. Je suis consciente que les moyens ne sont pas suffisants mais étant donné l'ampleur des problèmes sociaux multidimensionnels, il est évident qu'**il faut faire des choix** et ces choix s'opèrent entre des priorités. Les arbitrages se font sur des matières dont la légitimité est incontestable. Dans le cadre budgétaire imposé actuellement au niveau wallon, il faut fixer des priorités là où on ne devrait pas avoir à en fixer. Dans le secteur de la santé mentale où on a mené des expériences pilotes tout à fait passionnantes et novatrices, qui méritent, chacune, d'être pérennisées, il faudra toutefois, dans le contexte budgétaire qui est le nôtre, faire des choix, et ce ne sont jamais des choix faciles. Pour l'exercice budgétaire 2006, comme votre secteur est concerné par les accords du non-marchand, il va y avoir un peu de souplesse avec quelques moyens complémentaires. Cela ne sera pas suffisant pour répondre à l'ensemble de la demande. Je crois que l'on va pouvoir consolider certains projets qui étaient novateurs et qui ont fait leurs preuves, mais il faudra opérer des choix et je compte bien sur le secteur pour m'aider à les opérer.

Pierre Scholtissen, Atelier du CRF, du Club André Baillon

Cette imbrication entre problèmes sociaux, de santé mentale et/ou physique et de handicap est bien réelle et vous dites qu'il est important d'envisager les orientations dans un ensemble. Très concrètement, comment y arriver ?

Je pense qu'il faut **encourager le réseau**. C'est un élément tout à fait essentiel pour assurer cette transversalité. Il faut à la fois encourager le réseau et transmettre les informations au public. Le patient est un « client » du service, un usager et un bénéficiaire, mais pas seulement, il est aussi un acteur. S'il ne devient pas acteur, on entre dans des logiques où il n'y a pas de porte de sortie. Le réseau, c'est une manière d'ouvrir des portes vers autre chose et d'amener des complémentarités. L'accessibilité est liée au réseau. S'il n'y a pas une prise en charge avec des portes qui s'ouvrent vers une formation professionnelle, vers un contact social, vers une meilleure relation avec les autres, … alors on crée des mécanismes qui s'auto-alimentent et on ne rend pas un vrai service. Et l'accessibilité, pour moi, c'est la possibilité de passer d'un service à l'autre avec souplesse compte tenu du prix, des horaires... C'est la plus value du réseau. Il y a, qu'on le veuille ou non, aujourd'hui,

Pierre Scholtissen, Atelier du CRF, du Club André Baillon

une espèce de hiérarchisation des acteurs. Ce n'est plus trop difficile actuellement d'aller au Forem s'inscrire comme demandeur d'emploi. C'est une autre démarche d'aller vers un CPAS. C'est une autre démarche encore, à un moment donné, de se dire : « si je ne trouve pas ma place dans la société, c'est peut-être parce que je ne suis pas bien dans la tête » et je dois aller voir un psychologue. Et pourtant… Cette fluidité pour moi, c'est l'enjeu du réseau. On est au début...

Vous envisagez donc la question de ***l'accessibilité*** *telle que vous posez le concept de santé mentale, c'est-à-dire bien au delà de ce qui se passe dans la tête… Et donc bien plus largement que le recours aux seuls services de soins en santé mentale.*

Tout à fait.

J'insisterais aussi sur les outils dont chacun dispose pour être lui-même acteur de sa propre évolution. Cela suppose que chacun puisse intégrer l'idée qu'***il y a un début et une fin*** et qu'on va s'en sortir. Si on a l'impression qu'on n'en sortira jamais, alors, aller vers un service de santé mentale, c'est entreprendre une démarche vouée à l'échec. Si on se dit qu'il y a un début et une fin, on traverse une étape d'un parcours. C'est important de montrer comment on peut être acteur, quel que soit le milieu auquel on appartient.

On revient ici à la question de la représentation de la maladie mentale. Les personnes qui vont mieux n'osent pas dire qu'elles ont eu un problème de santé mentale. Les « psys » ne montrent pas suffisamment le résultat de leur travail. C'est vrai que, en santé mentale, comme vous le disiez tout à l'heure, il est difficile de mettre une frontière entre ce qui est normal et ce qui ne l'est pas, ce qui est plus fragile ou moins fragile,… On peut difficilement dire que tout est terminé et que la personne est « guérie ». Et pourtant, nombreux sont ceux qui ont bénéficié d'une aide appropriée et qui vont mieux, qui se sont stabilisés et qui ont retrouvé une place dans la société. Il faudrait en parler davantage. Aujourd'hui, tout cela est encore tabou.

A l'inverse, il y a aussi des milieux où ne pas avoir de « psy », est un peu une « lacune intellectuelle ». Cela renvoie à la question de la norme. Beaucoup de gens traversent des périodes difficiles. C'est normal. On n'est pas heureux tout le temps. Le mal-être fait partie de la vie. On est dans un monde d'insécurité et tout le monde n'est pas égal par rapport à ses capacités à gérer cette incertitude. Moins on a de capacités à gérer l'insécurité, plus on est en difficulté. Je me demande, moi, aujourd'hui, si être fort, ce n'est pas accepter ses faiblesses. Le **service de santé mentale** peut aider la personne face à cette insécurité, mais le recours à ce type de prise en charge n'est pas encore considéré comme quelque chose de normal. Parfois, même les CPAS ou d'autres acteurs sociaux ont du mal à orienter vers un service de santé mentale.

Comment pensez-vous que l'on pourrait soutenir le secteur dans cette dynamique ? On se rend compte que même les médecins généralistes qui sont souvent confrontés à ces situations n'ont pas une bonne image du secteur de la santé

mentale. Il y a encore un réel clivage entre santé physique et santé mentale et une ***méconnaissance*** *du service de santé mentale.*

Il y a beaucoup d'idées préconçues et de clichés. L'information ne circule pas suffisamment. Je trouve parfois très surprenant de voir à quel point on oriente peu vers un service de santé mentale alors qu'en même temps, on va donner facilement des anti-dépresseurs. Et pourtant, souvent, un accompagnement thérapeutique même léger peut suffire à dépasser une période de crise. On vit dans une société de grandes solitudes où il est plus facile de régler le problème en prenant une pilule que par un dialogue. Je crois que la **seule manière de dépasser les tabous, c'est de communiquer et d'encourager le réseau**. A partir du moment où les acteurs de terrain se connaissent sur une entité, ils travaillent mieux ensemble. Des expériences sont menées à certains endroits pour essayer de mieux connaître la façon dont fonctionne l'équipe voisine. Ce sont des projets qui donnent de bons résultats et qui débouchent sur des expériences positives qui se renouvellent plus facilement. Un exemple serait la collaboration entre un service d'urgences d'un hôpital et un service de santé mentale. Comment arriver à ce que la personne qui se présente aux urgences puisse bénéficier d'une aide et d'un soutien suffisant ? Dans certains endroits, les travailleurs du service de santé mentale vont une journée au service des urgences et mettent en place des techniques de tuilages pour arriver à ce que la personne continue à être aidée à la sortie. La personne va rarement faire elle-même le choix d'aller en service de santé mentale parce qu'elle est mal informée sur ce qu'elle vit et sur les aides dont elle peut bénéficier.

Le cadastre *que vous avez réalisé s'inscrit aussi, sans doute, dans cette dynamique d'information ?*

Il y a plusieurs aspects à votre question. Si j'ai voulu avoir un cadastre complet de l'offre de soins en Région wallonne, c'était aussi un peu en réponse à l'interpellation de mon collègue du fédéral dans un cadre de restructuration. Je n'avais pas d'idée précise de l'offre de soins. J'ai voulu avoir une vue d'ensemble et j'ai rassemblé les informations sur toute l'offre de soins : généraliste et spécialisée, ambulatoire et hospitalière. Le cadastre est presque terminé mais il n'est pas finalisé. Il devrait constituer un bon outil de pilotage et mettre en avant les questions d'accessibilité en interrogeant notamment la couverture des services. Il y a des zones qui ne sont pas couvertes et d'autres où il y a des superpositions…

Par rapport à ce que vous disiez tout à l'heure, est-ce que l'idée est d'élargir ce cadastre aux autres structures psychosociales ?

Pour le moment la première étape porte sur tout ce qui est santé. Après, on pourra l'enrichir au niveau social. Ce sera effectivement tout à fait intéressant de disposer d'une carte qui va permettre de visualiser l'ensemble de l'action menée dans mon département et de poser une série de questions qui alimenteront la réflexion sur les orientations, sur la couverture assurée par l'offre actuelle, sur les zones qui ont besoin d'être renforcées…

Vous avez évoqué les orientations prises au fédéral. Le secteur dépend effectivement de ***politiques différentes*** *et il a souvent l'impression qu'au sommet, les choses doivent encore s'articuler … Alors, sur le terrain, comment faire pour soutenir cette* ***articulation*** *qui se dessine ?*

C'est une question importante. En principe, l'articulation se fait dans les conférences interministérielles. Maintenant les choses sont parfois compliquées. Les intérêts des uns et des autres ne sont pas toujours compatibles et les solutions sont difficiles à trouver. Il en va ainsi, par exemple, de tout ce qui touche aux lits K ou de la pénurie de psychiatres et de pédopsychiatres. J'ai écrit à mon collègue pour attirer son attention sur les difficultés que cela posait en Région wallonne. Ce ne sont pas des débats simples, mais les débats ont lieu. L'adaptation aux besoins du terrain se fait beaucoup trop lentement et parfois il faut attendre que la situation soit plus que critique pour initier du changement... Quoi qu'il en soit, le dialogue est là. Il en va de même, entre autres pour le secteur de l'enfance, à la Communauté française. Personnellement, je suis très fréquemment interpellée sur des questions relatives à l'aide à la jeunesse. Là aussi, à mon avis, on aurait intérêt à structurer les choses différemment, parce que quand il y a 4 ou 5 prises en charge différentes dans des cadres différents pour des problèmes comparables, il est évident qu'on ne rend service à personne.

Comment envisager l'avenir ?

Il faut faire avec la situation telle qu'elle est, et aussi avec des sensibilités très différentes. Je me rends compte à quel point il est important que la Région wallonne se situe comme un opérateur « réparateur ». Cette conception réparatrice des politiques en matière de santé mentale ne correspond pas du tout à une approche préventive comme à la Communauté française, ou à une approche judiciarisée qui sera parfois celle de l'aide à la jeunesse, … On se retrouve devant des cultures très différentes avec, parfois, des définitions de champs qui restent nébuleuses. Comment se situer notamment par rapport à l'AWIPH où, par exemple, l'enfant victime de violence familiale reçoit une étiquette de « handicap » ? Il faut lui assurer une prise en charge, mais le problème n'est pas de l'ordre du handicap. La définition des champs est en cours.

Si vous pouviez « effacer le tableau », y aurait-il ***une priorité*** *que vous voudriez soutenir en santé mentale ?*

D'abord sortir de la « culture du mépris », changer le regard condescendant que l'on a parfois envers ceux qui sont en difficultés, notamment en matière de santé mentale, et donc considérer chaque individu comme un vrai acteur. ●

« Groupes thérapeutiques en réseau »

Depuis février 2003, le projet « Groupes Thérapeutiques en Réseau » (GTR) rassemble des professionnels de quatre services de santé mentale[1] dans un groupe de travail qui a pour objectifs de penser, mettre sur pied et superviser des dispositifs thérapeutiques de groupe.
Le projet a germé, voici cinq ans, dans le cadre du Service de Santé Mentale (SSM) « L'Accueil » à Huy, suite à des difficultés rencontrées avec les prises en charge thérapeutiques classiques et suite au désir d'explorer et de développer d'autres modalités de soin. Il se réfère à des expériences menées ailleurs, en service public, à Bruxelles et à l'étranger, parfois depuis plus de vingt ans, comme c'est le cas en France dans des CMP et CMPP (l'équivalent de nos SSM). Il se fonde sur la possibilité de réaliser à plusieurs ce qui serait hors de la portée d'un seul.

Benoît Bourguignon,
Coordinateur du projet « Groupes Thérapeutiques en Réseau »[2]

Ce constat ne surprendra personne : par leurs compétences et leurs différences, quatre SSM peuvent générer ensemble une dynamique inaccessible à un seul d'entre eux. Concrètement, le partenariat transversal entre ces quatre services a d'abord pris la forme d'un groupe de huit professionnels – deux par SSM – intéressés et plus ou moins formés au travail de groupe. Ce groupe nommé "cellule" s'est réuni pour la première fois le 4 février 2003, dans les locaux du Ministère de la Région Wallonne à Jambes, en présence de l'inspectrice du secteur. Il s'est choisi un nom – projet « Groupes Thérapeutiques en Réseau » – , s'est structuré et a défini ses objectifs, ses moyens et ses priorités pour le travail à développer au fil de ses réunions mensuelles.

Pourquoi créer des dispositifs de groupes ?

Parce que, mis dans une situation de petit groupe (de 5 à 10 personnes), nous ne sommes pas les mêmes que dans une interaction à deux. Nous sommes toujours nous, bien sûr, mais les registres que nous mobilisons et les modalités de leur mise en jeu dans le groupe se présentent de façon très différente. Dans un groupe il se passe toujours quelque chose, et certaines personnes ne supportent pas quand il ne se passe rien, ça les bloque. Comme on y est à plusieurs, l'attention de l'un peut toujours se détourner vers quelqu'un d'autre, on peut s'y sentir moins exposé.

Se retrouver en relation avec d'autres, pour du vrai, renvoie autant à soi-même – sa problématique, sa similitude, sa différence – qu'à sa relation aux autres – peur, rivalité, agressivité, inhibition, intolérance… Mais, direz-vous, ce renvoi à soi-même se met aussi en jeu dans une relation à deux ! Bien entendu sauf pour des personnes – enfants, adolescents, adultes – qui, pour rencontrer ce qu'ils ressentent, vivent, éprouvent ; ont besoin que quelque chose de concret se passe, dans une réalité plurielle qui les met dans un palais des glaces sans les rendre chiens de faïence. Après deux entretiens, certains adultes se taisent parce qu'ils pensent avoir tout dit. Au bout de trois séances un enfant reste impassible au milieu de tous ces jeux qui l'entourent.

Ainsi, dans leur travail, les cliniciens buttent parfois sur une inadéquation entre l'offre et la demande de soins. Or, comme nous venons de l'évoquer, toute une série de paramètres jouent et se modulent différemment dans un face à face individuel ou dans une situation de groupe : l'inhibition, la gestion de l'excitation, le regard, le silence, la parole de l'autre, la mise en scène, la prise de distance. Les cliniciens qui ont une pratique de groupe sentent parfois d'emblée qu'une proposition de groupe serait bien indiquée pour tel enfant, tel adulte ou pour tel adolescent.

Quels groupes et pour qui ?

'Il suffit de mettre des gens ensemble pour que quelque chose se passe', c'est vrai, et cet aphorisme dénote bien l'une des bases des T-Group qui étaient en vogue il y a plus de trente ans. Notre visée est différente, elle s'éloigne de l'expérimentation. Elle part de ce constat : dans un groupe, chaque individu vit une rencontre privilégiée avec lui-même et avec les autres, avec son monde interne, son monde externe, et leurs intrications. Mais, selon ses caractéristiques propres, chaque groupe va mettre en avant, va mettre au travail, certains aspects de cette rencontre plutôt que d'autres : l'imaginaire de chacun, sa capacité de collaboration à une tâche, sa capacité de penser et vivre la différence, ses éruptions émotionnelles, ses impulsions à agir, son inhibition, ses craintes, son agressivité, son contrôle de lui-même, sa jalousie, sa constellation familiale, son lien à son corps, sa tolérance à la régression, sa capacité et ses niveaux de symbolisation, son rapport à la règle, etc.

Depuis une trentaine d'années se sont créés et développés des dispositifs de groupe qu'on peut différencier et regrouper selon deux axes :

- Celui de la théorie qui les sous-tend : psychanalyse (groupe analytique, psychodrame, …), systémique (groupe de généalogie, de système familial, …), bio-énergie, gestalt, pour n'en citer que quelques-uns.

- Celui de la visée poursuivie : thérapeutique (groupe de développement personnel, émotionnel, de diagnostic, …) ou de formation (groupe de sensibilisation, de supervision, …).

Si un groupe de formation peut utiliser le même support (le psychodrame par ex.) et avoir des effets proches de ceux d'un groupe thérapeutique, mettre sur pied l'un ou l'autre de ces groupes implique des objectifs et des préalables fort différents.

Nous n'avons pas voulu organiser dans chacun des quatre SSM une des formes de groupe thérapeutique "clé sur porte". Au contraire, nous sommes partis de la situation propre à chaque centre, des patients et des problématiques qui, là-bas préoccupantes, étaient susceptibles d'un abord groupal et, bien entendu, du niveau de réalisation possible, utile et souhaitable pour chacune des équipes. C'est à huit personnes, puis à dix, que nous avons pu ainsi penser cinq formes de travail thérapeutique de groupe, réalisant par notre propre travail de groupe ce qui n'aurait pu venir d'un seul centre. Par ailleurs, la diversité de nos formations a permis qu'approches analytique, systémique et corporelle s'enrichissent mutuellement.

Pour Violette par exemple…

Violette a 13 ans quand ses parents consultent une pédopsychiatre au Centre de Guidance.

En septembre, elle est entrée dans le secondaire. Récemment, elle a caché ses résultats à ses parents. « Elle m'a menti ! » dit sa maman fâchée. D'habitude, elle est très sage, très obéissante et fait tout ce qu'on attend d'elle. Ses « dissimulations » les étonnent donc très fort. Dans l'entretien, la pédopsychiatre apprend également qu'avec Violette « on ne sait jamais ce qu'elle pense : elle ne veut plus aller au patro mais on ne sait pas pourquoi ! ». Ils ajoutent que, d'une manière générale, leur fille éprouve des difficultés à exprimer son agressivité. Ils signalent également que Violette ne sait pas bien se défendre par rapport à ses sœurs plus jeunes, fort envahissantes, qui sont décrites comme de vrais « démons ». Les parents souhaitent aider leur fille à surmonter ses difficultés.

Un bilan instrumental est réalisé afin de vérifier qu'il n'y ait pas de problème à ce niveau. Les résultats sont rassurants.

La pédopsychiatre décide alors de l'orienter vers le groupe de psychodrame pour adolescents qui existe au Centre de Guidance. Bien que très timide, Violette se montre d'emblée intéressée par ce dispositif. En séance, elle participe bien. Entraînée par le climat émotionnel et le jeu du groupe, elle amène lors d'une séance un fantasme très agressif qui la surprend, l'effraie et dont, au départ, elle se défend. Tout ce matériel est contenu par le dispositif du psychodrame de groupe et est élaboré ensuite dans le transfert par rapport aux animateurs dans les séances. Violette participe également à d'autres jeux qui sont sous-tendus par des mouvements émotionnels très forts. Le groupe de psychodrame a constitué, pour Violette, un espace médiateur identificatoire et un étayage narcissique sur lequel elle a pu s'appuyer pour s'exprimer et se faire davantage confiance. Le cycle de séances terminé, la maman de Violette confirme les progrès de sa fille. En effet, celle-ci peut beaucoup mieux s'affirmer dans ses choix personnels, les expliciter davantage, voire parfois s'opposer à ses parents et à d'autres adultes, mettre des limites à ses soeurs et réussir à l'école.

Ou pour Kévin…

Bien droit sur sa chaise à la première séance de groupe, Kévin observe les cinq autres et ne dit rien. Il scrute aussi ce monsieur et cette madame qu'il a rencontrés trois semaines plus tôt avec sa maman.

Sa mère nous avait parlé de ce qui la préoccupait. Son fils est toujours seul, il ne joue pas avec les autres dans la cour de l'école, il ne veut jamais inviter un copain à la maison. Il a toujours la tête ailleurs et la réussite de sa troisième primaire est compromise. Derrière son regard craintif, très attentif pourtant, Kévin n'a pas desserré les dents.

Conduit par ses deux parents, il arrive complètement crispé pour la première des dix séances. Sous la poussée des encouragements de sa mère, il nous dit en quelques mots bredouillés qu'il ne voulait pas venir. Nous avons accusé réception. Il n'a pas ouvert la bouche cette fois-là.

Etre dans un groupe avec deux adultes ; c'est d'abord comme si on était à l'école. Puis, au-delà des consignes de départ – créer un jeu ensemble –, la mise en groupe fait son œuvre. Des liens se tissent et les personnes se mettent à bouger, à parler, à vouloir courir, sauter, grimper sur leur siège, et les deux thérapeutes tentent, pas toujours avec succès, de maintenir cette vitalité débordante en intervenant sur l'acte, la parole et le sens.

A la deuxième séance, lors du rituel de présentation en cercle, Kévin arrive à bégayer son prénom malgré son corps parcouru de tremblements. Il redit devant tous qu'il n'avait pas envie de venir. Après quelques fois, il sort de sa réserve, pris dans les sollicitations des autres et du groupe. Avait-il le choix ? Il aurait pu ne plus venir sans doute. Le voilà qui, lui aussi, se risque à tenter de dépasser les limites, à lancer une injure ou à crier comme un putois au cour d'un jeu. Très attentif à nos réactions, il embraye pourtant dans le mouvement d'ensemble qui cherche de plus en plus à mettre les limites du groupe – les nôtres aussi – à l'épreuve. Sollicité par les autres et le jeu identificatoire interne au groupe, Kévin rencontre peu à peu l'agressivité paralysée dans tout son corps. Il lui faut un espace transitionnel suffisamment exposé et protégé à la fois. « Et quoi, vous n'allez pas raconter tout cela à ma mère ? » « Non, mais on parlera de toi avec tes parents quand on se verra après la fin du groupe. »

L'entretien bilan fait partie du processus. En jetant des ponts entre le quotidien et le groupe, sans en faire le rapport mais en ayant pour visée ce que l'enfant a pu y montrer de lui, il constitue un temps essentiel d'échange élaboratif dans l'après-coup.

Après notre entretien, Kévin se rendait au goûter d'anniversaire d'un copain.

Et à présent ?

Cinq groupes ont été construits : trois pour des enfants (l'un s'organisant autour de la création d'une œuvre commune, l'autre axé sur le jeu et le travail de l'inhibition, le troisième sur la symbolisation médiatisée et l'individuation), un pour des adolescents (psychodrame de groupe), un pour adultes (expression verbale). Actuellement tous ces groupes sont en cours ou ont terminé leur premier cycle. Il est donc à ce stade encore prématuré de dresser un bilan définitif de la situation mais quelques éléments d'évaluation laissent à penser qu'il serait intéressant de poursuivre l'action entamée, de créer de nouveaux groupes thérapeutiques voire, pourquoi pas, d'intégrer ultérieurement d'autres SSM au projet.

1 Les SSM de Charleroi (rue L. Bernus), Ottignies (rue des Fusillés), Huy (rue de la Fortune) et le CSMU de Liège (rue Lambert-le-bègue).

2 Article co-signé par D. Huon, J-M. Warichet, L. Balthazar, X. Mulkens, A. d'Haeyère, M. Blust, V. Liesens, F. Bouchat, F. Dispas.

La prise en charge des mineurs en difficulté.
Eléments d'analyse dans la région de Namur

Le paysage de la prise en charge des enfants souffrant d'un handicap physique, mental ou psychique s'est diversifié au fil du temps pour adapter progressivement les réponses aux multiples situations de détresse existantes. Résultat : nombreuses sont aujourd'hui les institutions qui se complètent et s'articulent dans différents secteurs pour aider les enfants en difficultés, au bénéfice des enfants mais au détriment peut-être d'une bonne lisibilité des ressources. De là à vouloir mettre de l'ordre… il n'y a qu'un pas … bien légitime certes ! Pour autant que l'on puisse se donner les garanties que le secteur pourra suivre et qu'aucun enfant ne restera sur le carreau. Il faut dire qu'aujourd'hui, les situations sont de plus en plus complexes et mêlent très souvent des paramètres individuels, sociaux, familiaux, économiques, … ce qui ne facilite en rien l'analyse.
C'est dans ce cadre, après une première phase de restructuration, que la Commission Jeunes de la Commission subrégionale de l'AWIPH – Namur a interpellé l'Institut Wallon pour la Santé Mentale pour faire son bilan des premiers changements. L'étude tente de donner un aperçu de l'actuelle prise en charge des mineurs en difficultés ainsi qu'une idée précise des conséquences de la réforme, tout en faisant écho des inquiétudes formulées par les acteurs concernés dans les différents secteurs.

Virginie Olivier, chargée de recherche, IWSM

La réforme en question

L'étude a pour contexte l'arrêté du Gouvernement wallon du 26 juin 2002, « modifiant celui du 9 octobre 1997, relatif aux conditions d'agrément et de subventionnement des services résidentiels, d'accueil de jour et de placement familial pour personnes handicapées ».

Il organise la fermeture progressive des Services d'Accueil de Jour pour Jeunes - SAJJ dépendant de l'AWIPH. L'objectif de cet arrêté était d'une part d'augmenter à la fois le nombre de places pour personnes handicapées adultes et celui pour enfants et adultes polyhandicapés, et d'autre part d'ouvrir des Services d'Aide à l'Intégration – SAI, prenant en charge davantage d'enfants selon une autre formule (non quotidienne). Il s'agissait aussi de réformer des services aux pratiques fort différentes, certains étant, aux yeux du politique, assimilés à des 'semi-internats scolaires'. Chaque SAJJ pouvait effectuer cette transformation en deux phases, l'une effective en 2003, l'autre devant l'être en 2006. Notons que ceux qui ont décidé d'opter pour cette fermeture en deux temps espèrent toujours pouvoir, avec les places dont ils disposent encore, poursuivre le travail spécifique qu'ils mènent en SAJJ, basée notamment sur la fonction d'accueil.

Parallèlement, des diminutions de 10 % des lits étaient annoncées dans les Services Résidentiels pour Jeunes - SRJ dont la capacité était supérieure à 75 lits, dans l'optique de réhabiliter ces places pour des adultes.

L'étude en question

L'IWSM a choisi d'approcher cette mutation transectorielle de manière qualitative, par le biais d'entretiens avec différents services du Namurois concernés directement ou indirectement par la réforme. Transectorielle car, si seuls certains services bien définis ont été directement touchés par cette restructuration, c'est toute une panoplie de services, issus de divers secteurs (AWIPH, Santé mentale, Enseignement, Aide à la jeunesse, etc.), qui s'est sentie concernée par le même souci de continuer à trouver une aide appropriée pour des jeunes qui en montrent le besoin.

Il a aussi choisi de centrer son approche sur les enfants et leurs trajectoires de vie. Car un enfant pris en charge dans un service vient de quelque part (parfois d'un autre service) et poursuit son chemin par la suite. L'étude se voulait particulièrement vigilante par rapport au devenir des enfants qui avaient dû quitter une structure SAJJ ou SRJ suite à la restructuration : des jeunes avaient-ils perdu leur place en se retrouvant sans solution ?

Les conséquences au niveau des enfants...

La réponse à cette question s'est avérée heureusement négative pour la majorité des cas. En SRJ, les places perdues correspondent à des fins de prise en charge et, en SAJJ, mis à part pour un seul des services qui a transformé toutes ses places en places pour adultes, les bénéficiaires étaient soit en fin de prise en charge, soit orientés -généralement les plus âgés- vers le SAI créé suite à la restructuration. Des contacts avec les partenaires scolaires laissent toutefois entendre les risques de décrochage pour les enfants issus du seul SAJJ qui a fermé ses portes.

... et des institutions

L'étude s'est aussi intéressée aux fonctions redéfinies des SAI, SAJJ et des SRJ. Il s'est avéré que chacun de ces services offrait bien une prise en charge spécifique adaptée à des besoins particuliers d'enfants, en fonction tantôt de l'âge (par exemple les enfants plus jeunes se retrouvent plus souvent en SAJJ), tantôt de la problématique (les problématiques doivent être plus limitées pour être suivies en SAI) ou des ressources familiales (on pourra plus facilement éviter une prise en charge résidentielle en SRJ si on peut compter sur la collaboration de la famille), etc. On ne peut donc remplacer un service par un autre mais la diversité des réponses permet de mieux rencontrer la diversité des besoins.

L'orientation des situations…

Le profil des demandes concernant des enfants en difficulté est en mutation depuis quelques années. On peut notamment pointer de plus en plus de situations de polyhandicaps, l'amplification des problèmes psychiatriques, l'abandon plus fréquent des familles, une augmentation des enfants qui ne suivent plus l'enseignement ordinaire, un accroissement de situations complexes issues du secteur de l'Aide à la Jeunesse, etc. L'investigation s'est portée sur l'origine de ces demandes, puis sur leur parcours, souvent semé d'embûches.

… ses difficultés

Parmi les principaux obstacles, on recense le manque de places disponibles, les listes d'attente subséquentes et les lacunes au niveau de la répartition géographique. Certains profils posent particulièrement problème : en cas de cumul des problématiques par exemple, ou de troubles pédopsychiatriques avérés. Parallèlement, certaines exigences institutionnelles sont parfois difficiles à rencontrer : que se passe-t-il, par exemple, quand une famille n'a pas la disponibilité ou les moyens d'assurer le relais le week-end et les vacances, quand un jeune ou son entourage n'adhère pas au projet, quand les déplacements sont conséquents ? Enfin, d'autres difficultés sont encore évoquées, comme la sélection des situations par les institutions (effectuée notamment pour maintenir l'équilibre du groupe), les parents qu'il faut convaincre de l'intérêt de l'orientation établie, la prise en compte des besoins de logopédie et de psychomotricité, les intervenants qu'il faut trouver (dans certaines régions) et les situations urgentes, entre autres.

… et ses impasses

Enfin, nous avons répertorié les demandes qui sont orientées vers des services de l'AWIPH sans qu'une réponse n'ait pu être apportée dans ce cadre. La question des autres relais possibles s'est alors posée. Il en ressort que, malgré les efforts de chacun, c'est la disponibilité de places qui semble primer sur la réelle adéquation de la prise en charge et nombre d'enfants se retrouvent bien souvent avec une prise en charge inappropriée à leur situation voire sans solution du tout. L'orientation des mineurs en difficulté dépasse donc largement le cadre de l'AWIPH puisque des relais sont trouvés, pour autant qu'ils le soient, dans TOUS les secteurs liés à l'enfance.

Si la restructuration se poursuivait…

Cette étude pointe également les risques liés à la poursuite du mouvement de restructuration dans le secteur AWIPH qui risque, si l'on y prend garde, d'accentuer encore ces difficultés. Ainsi, trois menaces planent suite à la transformation des SAJJ : la disparition du travail thérapeutique particulier qui y est mené et qui ne pas sera remplacé ; le risque de déscolarisation lié à l'impossibilité dorénavant de soutenir le jeune dans sa scolarité et une exclusion de certains enfants nécessitant des soins. Pour les SRJ, les témoignages font ressortir le risque de sélection des problématiques ; la crainte de devoir accepter des cas trop lourds ; l'obligation de placements loin du domicile ; la peur d'absence de post-cure après passage en pédopsychiatrie. A cela s'ajoutent encore d'autres pierres d'achoppement qui rendent le travail de plus en plus compliqué dans le secteur comme, la diminution de l'équipe médicale en SRJ.

En conclusion

La recherche se clôture par l'avis des professionnels sur les restructurations dans le secteur de l'AWIPH, avec ses apports positifs et négatifs et propose des pistes concrètes à creuser. Parmi elles, citons : laisser la possibilité de combiner plusieurs types d'aides tous secteurs confondus ; valoriser le travail de prévention ; repenser le travail avec la famille ; passer le relais en douceur ; prendre ses responsabilités ; travailler avec des listes d'attente ; tenir compte des enfants momentanément déscolarisés ; miser sur la polyvalence et la flexibilité des services.

In fine, la conclusion générale n'est pas nouvelle mais les faits montrent qu'elle n'est pas encore vraiment assimilée. Cette analyse de la situation des mineurs en difficulté confirme que toute restructuration -voire, plus loin, toute offre de service - ne peut s'articuler qu'autour de la question des besoins, en tenant compte avant tout de l'intérêt du bénéficiaire et des ressources des autres services existants, quel que soit leur pouvoir de tutelle. ●

SAJJ : Service d'Accueil de Jour pour Jeunes
SRJ : Service Résidentiel pour Jeunes (anciennement IMP – Institut médico-pédagogique)
SAI : Service d'Aide à l'Intégration

Pour en savoir plus : rapport et synthèse disponibles sur www.iwsm.be

La loi de Défense Sociale : 75 ans d'application

Voilà 75 ans que la loi de Défense Sociale a été adoptée en Belgique ; un moment clé pour dresser un bilan de son application et des éventuelles difficultés qui sont, au quotidien, rencontrées sur le terrain.
Un colloque sera également consacré à cette question en novembre prochain[1]

Pour le « Groupe de Travail Francophone Défense Sociale »,
Pierre Titeca, Psychiatre
Centre Hospitalier Jean Titeca - Bruxelles

A la suite du mouvement de Défense Sociale né à la fin du 19ème siècle en Europe Occidentale, une première loi belge, dite de défense sociale, a vu le jour le 9 avril 1930. Cette loi prévoit que les personnes responsables de délits ou de crimes soient internées si, au moment des faits, elles sont considérées comme ayant été en état de démence ou dans un état grave de déséquilibre mental ou de débilité mentale les rendant incapables du contrôle de leurs actes. L'internement a pour fonction non seulement de protéger la société mais aussi de permettre à ces personnes de bénéficier d'un traitement approprié dans un établissement de défense sociale (EDS) sous le contrôle d'une commission de défense sociale (CDS). En cas d'évolution positive, elles pourront être libérées à l'essai moyennant le respect d'une série de conditions dont une tutelle médicale et sociale. Cette dernière peut s'exercer en ambulatoire ou, si la situation le nécessite, dans un hôpital psychiatrique ou tout autre lieu de vie protégé. Enfin, la CDS peut libérer définitivement l'interné si elle l'estime apte à réintégrer la société sans suivi médico-judiciaire obligatoire.

Après 75 ans d'application, et bien que réformée en 1964, cette loi pose encore aujourd'hui un grand nombre de difficultés dans sa mise en pratique comportant trois étapes. Chacune d'elles soulève en effet des écueils bien spécifiques.

La première phase qui conduit au statut d'interné est celle de l'instruction et de l'expertise. L'autorité judiciaire compétente peut ordonner qu'il soit procédé à l'expertise psychiatrique d'un délinquant poursuivi du chef d'un crime ou d'un délit. Dès lors, le magistrat sollicite de plus en plus le psychiatre et le psychologue, attendant d'eux un avis éclairé. La décision prise à l'analyse des conclusions de l'expert n'est pas, bien entendu, sans conséquence sur le devenir de la personne inculpée. Cette dernière reste incarcérée et attend durant de nombreux mois dans une annexe psychiatrique (AP) d'un établissement pénitentiaire que son sort soit déterminé par la justice. Par ailleurs, de nombreuses questions se posent encore en ce qui concerne la formation des experts, leur statut scientifique, leur rémunération, et un consensus éventuel sur les critères de références (notamment les délais de remise des rapports d'expertise) et les méthodologies à utiliser.

La deuxième phase est celle de l'internement et du traitement. Selon le rapport Cosyns[2], la Belgique compte plus de 3300 personnes internées. Parmi celles-ci, 40% environ relèvent d'une mesure effective (article 14 de la loi). Certaines sont incarcérées dans un établissement du Service Public Fédéral (SPF) de la Justice (AP des prisons, complexe pénitentiaire de Bruges, EDS de Paifve, Merksplas, Turnhout) ne pouvant y bénéficier que d'un traitement limité faute de moyens. D'autres sont placées dans des établissements de soins pour y être soignées (EDS de Tournai et Mons, hôpitaux psychiatriques, homes, habitations protégées, maisons de soins psychiatriques, ...). Il existe d'importantes différences entre les parties francophone et néerlandophone du pays. Par exemple, la quasi totalité (99%) des patients néerlandophones est incarcérée dans un établissement du SPF de la Justice à défaut de structures spécifiques pour leur accueil. Cette phase pose également toute une série de problèmes : les spécificités des prises en charge (en particulier celles des délinquants sexuels et handicapés mentaux), les modalités de réintégration d'un patient sorti à l'essai, les contraintes financières pour les patients et les établissements qui les accueillent, les difficultés de trouver des alternatives à l'internement ...

La troisième phase est celle de la réinsertion et du suivi socio-médico-judiciaire. Elle implique l'intervention de différents acteurs tant du domaine de la justice (assistants de justice, CDS) que de celui de la santé (hôpitaux psychiatriques, initiatives d'habitations protégées, centres de santé mentale ...). Chacun de ceux-ci a un angle d'approche qui lui est propre. Cette situation complexe nécessite une collaboration étroite entre les intervenants afin de faciliter, le cas échéant, le parcours des patients au sein des réseaux socio-médico-judiciaires. Ceci concerne les 60% des patients internés "libérés à l'essai" (article 18 de la loi).

Les mondes politique et judiciaire sont parfaitement conscients de toutes ces difficultés. Ainsi des débats parlementaires et des travaux de commission sont en cours depuis de nombreuses années, sans pour autant avoir abouti jusqu' à présent à une révision de la loi. Néanmoins, un changement important a déjà vu le jour cette année : le financement des soins n'est plus à charge du SPF de la Justice mais de l'INAMI. De plus, le Conseil des ministres a avalisé en juin dernier les recommandations du rapport Cosyns ce qui pourrait ouvrir de nouvelles perspectives dans le champ de la défense sociale.

[1] Le « Groupe de Travail Défense Sociale » organise les 24 et 25 novembre un colloque : « 75 ans de Défense Sociale : du droit au soin ! » à Bruxelles. Informations : 02/ 738 09 46 – www.colloquium2005.be.
[2] Groupe de travail Circuit de soins Psychiatrie Légale. Rapport de synthèse mai 2005. Prof. Paul Cosyns (président).

Temps(s) et traitement psychiatrique : quelques articulations...

Autre thème de réflexion mis en débat, celui du temps consacré au traitement. Peut-on évaluer quelle sera la durée d'un traitement psychiatrique ? Comment réagir face aux pressions d'immédiateté et de rentabilité ? Est-il possible de croire que les liens peuvent se créer, hors temporalité, de manière presque virtuelle ? Le temps n'est-il pas un élément essentiel du traitement ? Comment être sûr de ne pas s'enliser dans un processus de soins sans fin ? En guise d'introduction à cette journée d'étude[1], voici quelques pistes de réflexions...

Edith Stillemans, Médecin-chef
Christophe Herman, Psychologue
Centre Hospitalier Jean Titeca, Bruxelles

Déjà, dans l'antiquité grecque, les temples d'Asclépios offraient différentes approches thérapeutiques spécifiques des états qualifiés, à l'époque, « d'aveuglements ». Ces thérapeutiques comprenant jeûne, processions, longues heures de suggestions verbales, … mettaient en jeu, dans sa durée, le temps qui apparaissait déjà indissociable du traitement.

Plus près de nous, au cours des derniers siècles et jusqu'à il y a peu, les représentations sociales ont parfois qualifié l'asile de lieu de soins mais, plus souvent, de lieu d'enfermement à vie. En effet, faisant écho à la maladie mentale considérée comme « chronique » voire incurable, le temps du traitement a été lui aussi supposé interminable, se confondant ainsi avec une durée « d'hospitalisation » illimitée.

Dans les faits, pourtant, il semble que la réalité ait été bien différente. C'est ce que nous constatons notamment au travers de l'examen de la population accueillie au Centre Hospitalier Jean Titeca (CHJT) à Bruxelles durant la seconde moitié du XIXème siècle[2]. 87,3% des personnes hospitalisées y séjournaient moins d'une année. Les courts séjours y constituaient véritablement la règle.

Néanmoins, il faut souligner le taux important de décès relevé dans cette population (un tiers des personnes hospitalisées). Celui-ci a certainement contribué à soutenir certaines représentations sociales confirmant dramatiquement la formulation : « lorsqu'on entre à l'asile, on n'en ressort pas ».

Depuis plus de trente ans, dans les suites de la découverte des psychotropes et dans la mouvance du courant antipsychiatrique et de désinstitutionnalisation ainsi que du développement des psychothérapies, les alternatives thérapeutiques se sont vues croître de manière exponentielle.

Actuellement, la réorganisation en réseaux et circuits du champ de la santé mentale et de la psychiatrie vise à concilier de manière optimale ces offres thérapeutiques avec le bien-être de la personne tout en tenant compte des impératifs budgétaires. Ces dernières contraintes introduisent au cœur même des soins la nécessité de rendement et d'efficacité. Ainsi, la performance d'un traitement s'apprécie-t-elle, entre autres, à la brièveté de la prise en charge.

Si nous nous rapportons à une lecture descriptive des troubles mentaux, il s'avère que le traitement contrôle rapidement les symptômes de certaines personnes, les atténue chez d'autres ou reste sans effet, même au fil du temps. « Chroniquement » aiguës, ces dernières personnes ne sont pas, à brève échéance, candidates aux structures ambulatoires et séjournent parfois durant de longues périodes à l'hôpital. De plus, une même personne peut, à divers moments de son histoire, passer de l'une à l'autre de ces situations en fonction de ce à quoi elle est aux prises dans son existence. Dès lors, nous le voyons, point de solution définitive ou de règle invariable en ce qui concerne l'efficacité des traitements et leur durée.

Au-delà de l'abord descriptif des symptômes, de la diversité des approches thérapeutiques et de leurs modes opératoires, relevons un enracinement commun, à savoir l'accompagnement du patient dans la recherche d'une qualité de vie optimale au sein de la société ; ceci, quels que soient le dispositif thérapeutique et la modélisation sur laquelle ils s'appuient. Ainsi des notions telles que l'accueil, l'hospitalité, l'engagement des professionnels et la qualité des échanges humains, restent donc des pierres angulaires de nos pratiques. Et, de par leur nature, le temps imparti à ces notions ne peut être fixé à l'avance. Comment, en effet, imaginer réduire ce temps existentiel et subjectif, ce temps de la rencontre dans ses dimensions transférentielles à un temps métrique parfaitement contrôlé et « rentabilisé » ?

Les spécificités d'un hôpital psychiatrique comme le CHJT résident, notamment, dans une efficacité se voulant incisive sur la souffrance et les symptômes, souvent résistants, particulièrement incompatibles avec la vie en société. En outre, la réalité clinique que nous accueillons nous enseigne que si les troubles psychiques peuvent s'apaiser, nous ne parlerons pas, pour autant, de leur « guérison ». En outre, l'apaisement est souvent transitoire, fragile et la psychose, en particulier, reste invalidante sur le plan relationnel.

Les modalités et la durée du traitement à l'hôpital psychiatrique s'inscrivent, pour nous, dans un processus pouvant aider la personne à s'approprier – se réapproprier ce dont elle a besoin pour renouer avec une existence qui lui soit plus supportable. Différents niveaux sont concernés : traitements, volet affectif et relationnel, aspects sociaux et économiques,… Tous participent à ce que la vie à l'extérieur soit à nouveau praticable, ce qui ne signifie pas qu'elle soit asymptomatique. Bien souvent, la sortie ne s'avère compatible qu'avec la poursuite d'un accompagnement individualisé et pacifiant. Les modalités en prennent les formes variées qu'offrent aujourd'hui les structures extra hospitalières.

A chaque fois, dans la rencontre, soignants et patients construisent ensemble un temps de prise en charge. Temps qui est source de surprises. Parfois il se suspend... mais il connaît aussi ses ellipses.

Les récits d'une prise en charge que se donnent patient et soignants ne sont habituellement pas superposables. Chacun a ses enjeux propres, son rythme, ses effets... Ainsi, en va-t-il des répercussions potentielles, de la réinscription par un sujet d'éléments significatifs dans son histoire.

Aujourd'hui, les notions de progrès, d'efficacité et de rendement sont omniprésentes dans notre société. Nous permettra-t-on encore de prendre le temps nécessaire à l'accompagnement du sujet ?

Là où les réponses à court terme restent insuffisantes ou sans effets, nous laissera-t-on encore le temps de susciter des instants « différents » ? Quelles seraient à l'avenir les alternatives opérantes à ces traversées thérapeutiques au long cours ?

[1] Le Centre thérapeutique et culturel « Le Gué » et le Centre Hospitalier Jean Titeca organisent, le 11 octobre, à Bruxelles, une journée de réflexion intitulée : « Quand le temps devient traitement ». Informations : 02/ 738 09 58 – www.chjt.be/colloque 2005.

[2] Schellekens A., Herman C., *Brèves chroniques des longs séjours*. Centre Hospitalier Jean Titeca- Bruxelles, nov 2004. Disponible en ligne. http://www.chjt.be/colloque2005/docs/CHJTiteca-Schellekens-Herman.pdf

A vos agendas !

Exposés, rencontres et débats seront au programme de ce mois d'octobre dans le cadre de la Journée européenne de la Dépression et, quelques jours plus tard, de la Journée mondiale de la Santé mentale.
L'Institut Wallon pour la Santé Mentale est partenaire de ces 2 campagnes d'information et de sensibilisation.
Rendez-vous est pris du 6 au 12 octobre… Nous vous attendons nombreux !

Journée européenne de la Dépression

La dépression est devenue un véritable problème de santé publique.
Selon l'OMS, elle sera, en 2020, la première cause mondiale d'invalidité après les maladies cardio-vasculaires.

L'EDDA (European Depression Day Association) est une association non gouvernementale qui a pour objectif d'organiser, dans tous les pays d'Europe, une journée commune consacrée à l'importance des troubles dépressifs. La Belgique en sera partie prenante avec l'organisation, à l'Arsenal à Namur, d'une journée de réflexions, d'animations et d'échanges : « La dépression ; qu'est ce qui marche ? »[1]. Il s'agira de mieux informer tout un chacun de l'importance de la prévention, du diagnostic précoce, des traitements adéquats, mais également de promouvoir une recherche de qualité, de déstigmatiser le patient dépressif, d'encourager une répartition adéquate des ressources ainsi que de contribuer à améliorer la qualité de vie des patients en soutenant leur réinsertion dans la société, dans le milieu professionnel, dans leur culture.

En 2004, la première Journée européenne de la Dépression avait pour thème : « La dépression, le compte à rebours pour 2020 a commencé ». Cette année, nous traiterons donc, tant en Wallonie qu'en Flandre[2], de la dépression à travers différents exposés, centrés, entre autres, sur ce qui se passe réellement dans cette pathologie, sur les résultats des différents traitements, sur le fonctionnement et les capacités d'adaptation du cerveau humain, …
Cette initiative concerne à la fois les médecins généralistes, les psychiatres et tous les autres professionnels de la santé, les organisations nationales, les associations de patients et le grand public.
Grâce aux efforts de tous, nous pourrons peut-être vaincre la dépression mais pour cela, nous avons besoin de votre participation, venez nous rejoindre !

Dr. Carine Lambot
Service Psychosomatique
Clinique Universitaire de Mont-Godinne

Renseignements : IWSM - 081/ 23 50 15

[1] Deux modules sont proposés au public dans le cadre de cette journée : « Adolescence et dépression » (de 13H30 à 16H00) et « Plasticité neuronale et dépression » de 19H30 à un peu plus de 22h00. Entrée gratuite.
[2] N. Zdanowicz représente la Belgique au sein de l'EDA. La coordination est assurée en Wallonie par le Dr. P. Schepens et en Flandre par le Dr. P. Beusen. Le Comité scientifique belge est représenté par F. Bartholomé, L. Beusen, K. Demyttenaere, P. Flroris, P. Meesters, P. Nijs, par les Prof. D. Pardoen et H. Vandenameele.
L'Institut Wallon pour la Santé Mentale, Pensées de Psychiatrie asbl, la Société Scientifique de Médecine Générale et Newton 21 sont membres du C.O. de cette journée.

Journée mondiale de la Santé mentale

Ca se passe près de chez vous les 7, 10, 11 et 12 octobre. Que vous habitiez Namur, Ciney, Mons, Mouscron ou les environs (la Wallonie n'est pas si grande !), nous vous convions à une soirée ciné-débat sur la santé mentale.
Quatre films sont à l'affiche : « La Moustache » d'Emmanuel Carrère ; « Wilbur wants to kill himself » de Lone Scherfig ; « Les Mots bleus » d'Alain Corneau et « Gabrielle » de Patrice Chéreau qui explorent, tour à tour, la confusion des sentiments, le doute, la culpabilité, l'amour, la vie, la mort, l'intime, l'incommunicabilité, la découverte de soi…
Quatre longs métrages, graves ou légers, parfois décalés, souvent filmés avec pudeur qui nous parlent tantôt de la difficulté d'un homme à donner sens à sa vie ; tantôt du silence tendre et meurtri de l'enfant face au monde ou encore d'un être qui voit son identité vaciller ; d'un couple que tout semble désormais séparer…
Quatre coups de projecteurs sur des acteurs qui ont su jouer de leur talent pour rendre compte de la complexité des sentiments, des peurs, des émotions, des désirs, des doutes.
Des films qui, nous l'espérons, auront une résonance suffisante que pour vous donner l'envie, au terme de la projection, de débattre, discuter, échanger vos points de vue, vos questions, vos tentatives de réponses en matière de santé mentale.
A qui s'adresser quand cela ne va plus ? Quel relais préconiser lorsque l'on ne se sent plus les compétences suffisantes que pour pouvoir aider une personne en souffrance ? Quels sont les services existants dans la région ? Quels types d'aides proposent-ils ? Quelles sont les expériences des uns et des autres ? Du « tout public », des intervenants de première ligne, des professionnels en santé mentale ? Leurs vécus ? Leurs « expertises » ?
Usagers, familles, professionnels se sentent encore trop souvent seuls, démunis ou peu informés face aux questions de santé mentale.
Cet événement, coordonné par l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, est organisé en partenariat avec les Plates-formes picarde et namuroise de concertation en santé mentale, avec le Centre de jour Laurent Maréchal à Mouscron, avec les cinémas Forum à Namur, Plaza Art à Mons et les ciné-clubs de Ciney et de Mouscron.
Le Fonds Reine Fabiola pour la Santé Mentale, géré par la Fondation Roi Baudouin, soutient l'initiative et profitera de l'occasion pour lancer officiellement la publication de son livre « La santé mentale au plus près des gens ». (www.kbs-frb.be)

Sylvie Gérard - IWSM

Renseignements : IWSM : 081/ 23 50 15
N'hésitez pas à nous demander le programme et à l'afficher !
Ces informations sont disponibles sur le site www.iwsm.be

In-Folio - Infos

A pointer parmi les nouveautés du centre de documentation :

Côté revues :

■ La Parentalité à l'épreuve de la précarité
Dans :
L'Observatoire,
n° 45, août 2005

■ Douleur en santé mentale
Dans :
Santé mentale,
n° 99, juin 2005

■ Psychologues en tension
Dans : Rhizome, n° 19, juin 2005

■ *Suicide par précipitation*
Dans : Santé mentale, n° 98, mai 2005

■ *Politique de la ville et santé mentale*
Dans : Pratiques en santé mentale, n° 3, août 2005

■ *Les Famillles des patients (2ème partie)*
Dans : Ethica clinica, n° 38, juin 2005

■ *La Résidence alternée : quel choix pour l'enfant*
Dans : Le Journal des Psychologues, n° 228, juin 2005

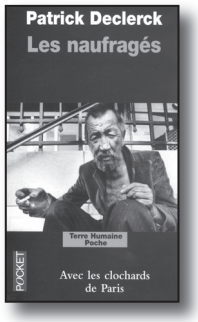
■ *L'Examen psychologique : intérêt et renouveau*
Dans : Le Journal des Psychologues, n° 230, septembre 2005

■ Etre infirmier en psychiatrie, d'hier à aujourd'hui
Dans : Soins psychiatrie, n° 239, juillet/août 2005

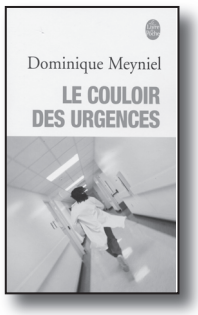
■ *Les Psychoses réfractaires : modèles de traitement québécois et canadiens*
Dans : Santé mentale au Québec, vol. XXX, n° 1

■ *Approche centrée sur la personne : pratique et recherche*
Le premier numéro (juin 2005) de la revue francophone internationale

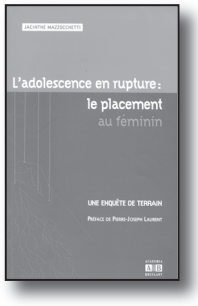
Côté livres :



■ *Les Naufragés avec les clochards de Paris*
Patrick Declerck, Paris,
Editions Plon, 2001, 475 p.
(coll. Terre humaine/Poche)



■ *Le Couloir des urgences*
Dominique Meyniel, Paris,
Le Cherche midi, 2002,
185 p. (Le Livre de poche)



■ *L'Adolescence en rupture : le placement au féminin : une enquête de terrain*
Jacinthe Mazzocchetti,
Louvain-La-Neuve, Bruylant-Academia, 2005, 170 p.

Envie d'en savoir plus sur l'actualité en santé mentale en Wallonie ? Confluenciel !

Vous pouvez, gratuitement, vous abonner à *Confluenciel*, le bulletin électronique de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale.
Ce nouveau support complète la revue Confluences en vous communiquant, une fois par mois, les informations qui traversent le secteur, les questions soulevées par les Membres de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, les projets et initiatives en perspective, les nouvelles de partenaires en Wallonie ou ailleurs et les communications officielles.

Infos : Delphine Doucet - in.folio@iwsm.be - ✆ 081/23.50.12

dossier

Urgences psychiatriques et interventions de crise

Ce troisième dossier de l'année 2005 aborde lui aussi un aspect de l'accessibilité en santé mentale. Dans ce numéro, l'Institut se penche sur l'épineuse question de l'urgence. Epineuse car le terme « urgence » nous renvoie à la question du temps ; au sens qu'on lui attribue, à la perception du monde qu'il reflète, aux actions qui en découlent…

Notre perception du temps est intrinsèquement lié à notre culture, notre vécu, nos angoisses, notre milieu social... En santé mentale plus particulièrement, le temps, par nature introspectif, est aussi perçu à travers la souffrance psychique. La nécessité de recourir à l'urgence pose question. Qui nécessite l'urgence et dans quelles circonstances ? Comment est-elle accueillie et… « traitée » ?

Dans ce numéro, les témoignages recueillis auprès de différents intervenants montrent que l'urgence peut se déposer partout. Des professionnels, de première et seconde ligne, y font part de leurs pratiques ; de leurs questions aussi. Certains services d'urgence semblent, à première vue, des modèles d'accessibilité : ils sont ouverts 24h sur 24h, accueillent toutes les demandes, proposent un bilan médical complet… Or, vous lirez, notamment à travers le témoignage de familles, qu'il règne une forme d'incompréhension réciproque autour de l'urgence. Les professionnels se disent submergés d'urgences « toutes relatives ». Quant aux familles, elles regrettent parfois le peu de considération dont elles font l'objet : leur demande n'est pas entendue, le délai d'attente est trop long, le temps d'intervention qui leur est réellement consacré, en définitive, bien court ...

Dans une société qui se modernise et se complexifie, les réponses de plus en plus rapides apportées à nos questions nous font bien souvent perdre le sens du temps. Aujourd'hui, l'insoumission à l'attente s'accompagne d'une frustration toujours plus grande. Le temps du malade n'est pas celui de la famille, encore moins celui du prestataire de soins. En santé mentale, la famille a souvent vécu son urgence dans la tension… elle demande donc que les prestataires agissent rapidement pour désamorcer les problèmes, mais qu'ils prennent le temps de les entendre. C'est bien là le paradoxe. Comment agir rapidement et prendre le temps nécessaire à l'écoute, pour des problèmes parfois très complexes, sans augmenter la longueur de la file d'attente ?

Dans les pages qui suivent, certains auteurs lancent des pistes pour une meilleure prise en charge aux urgences. Le côté préventif pourrait remplir un rôle important : responsabiliser certains patients qui encombrent les services d'urgences, intervenir directement au domicile des patients psychiatriques, dégager les moyens qui permettent aux professionnels de prendre le temps de l'écoute au sein même des urgences… et surtout assurer le suivi du patient au-delà de l'urgence.

C'est dans cet esprit que l'Institut wallon pour la santé mentale vous propose de prendre le temps de lire ce dossier… afin de réfléchir au sens de l'urgence en santé mentale, de repenser l'accueil des malades et des familles.

Denis Henrard
Comité de rédaction de Confluences

Les urgences : mise en perspective

Lorsque l'on souhaite appréhender un phénomène comme celui des « urgences », mises en contexte et en perspective historique paraissent indispensable à une pleine compréhension. Le court espace de cet article ne permet pas une analyse détaillée mais quelques points de repères sont envisagés. La problématique des urgences abordée sera, essentiellement, celle des services des urgences des hôpitaux généraux qui est la mieux connue. Les urgences rencontrées en médecine générale, pour nombreuses qu'elles soient, ont fait l'objet de peu d'études et les généralistes les gèrent le plus souvent seuls[1]. Comparativement à ces deux grands récepteurs des urgences, hôpitaux psychiatriques et services de santé mentale occupent une place numériquement beaucoup moins importante et, à la différence des hôpitaux généraux et des médecins généralistes, les urgences qu'ils reçoivent résultent d'une orientation préalable, implicite ou explicite, vers l'univers spécialisé qu'ils représentent.

Philippe Hoyois,
Sociologue, chercheur
Service de Santé Mentale de l'ULB et
Unité de Psychologie Médicale, UCL.

L'histoire des hôpitaux de Paris permet de se faire une rapide idée de l'évolution de ce type particulier d'interaction entre des patients nécessitant des interventions très diversifiées et un dispositif de soins.

Dès 1666, un « grand règlement » médico-chirurgical organise l'accueil de ceux – enfants, adultes, détenus, aliénés, blessés, accouchées, "scorbutaires", victimes de la peste ou de la "contagion" - qui, à toute heure, se présentent à la porte de l'Hôtel-Dieu[2]. Après 1801, trois modes d'admissions différents y sont reconnus : se présenter le matin à la consultation gratuite, solliciter une admission en urgence en dehors des heures de consultation - impliquant la mise en place d'une liste de garde pour les médecins – ou s'adresser au bureau central des admissions qui statuera. La notion d'urgence n'apparaît véritablement que dans la seconde moitié du 19ème siècle. En 1876, un service de nuit est organisé qui d'emblée interviendra près de 10 fois quotidiennement. Craintes de suffoquer, affections nerveuses, convulsions, névralgies, névroses, suicides font partie des troubles traités. La fin du 19ème siècle voit la multiplication des postes de secours et l'apparition des premières ambulances urbaines. Au début du 20ème siècle, les systèmes de garde sont encore organisés de façon désinvolte et l'expression médicale "il n'y a pas d'urgence, il n'y a que des gens pressés", traduisant bien cette désinvolture, date de cette époque[3]. A partir des années 20, des « services portes » s'ouvrent progressivement dans la plupart des hôpitaux pour recevoir, traiter et opérer les malades amenés à toute heure de l'après-midi et de la nuit, sans perturber le fonctionnement des autres services. Le système sera progressivement amélioré pour aboutir à l'institution de véritables services d'urgence au début des années 70[4]. Enfin, pour rendre compte des évolutions récentes, il est intéressant de comparer la définition de l'urgence donnée en 1971 par Chevallier : « Cas où le malade ou l'accidenté qui se présente hors des heures de fonctionnement des consultations ou qui arrive sans rendez-vous à une consultation et qu'on doit examiner et traiter sans délai »[5], à celle de Clément, en 1995, qui indique que la mission des services d'urgence est « l'accueil de tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée, qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou d'une urgence ressentie »[6].

En Belgique, la première loi relative à l'aide médicale urgente est publiée le 8 juillet 1964[7]. Le service 900, destiné d'abord à secourir les accidentés et les blessés sur la voie publique, débute son activité en juillet 1965. Les normes minimales pour l'agréation d'un hôpital dans la chaîne 900, établies en 1966, ne seront cependant jamais ratifiées par les autorités. Malgré cela, 196 hôpitaux seront agréés mais, en 1977, seuls 60 disposent d'une permanence médicale organisée à l'intérieur de l'institution. En 1977 toujours, le constat est fait que le public fait de plus en plus appel aux salles d'urgence, sans recourir au 900. Un directeur d'hôpital plaide pour l'ouverture de salles d'urgence dans tout hôpital régional, considérant que « lorsque l'accueil des cas urgents ou des cas urgents supposés ne s'effectue pas correctement [dans l'hôpital auquel les patients ont l'habitude de s'adresser -NDLR], la relation de confiance hinterland-hôpital est brisée … Tout hôpital pour maladies aiguës doit assurer par conséquent un service de garde en permanence ». Cette même année 1977, des normes architecturales et fonctionnelles sont fixées, déterminant deux types de services, organisés en ensembles spécifiques correspondant à une hiérarchie des moyens humains et techniques. L'organisation hospitalière des urgences ne cesse ensuite de s'améliorer[8]. Les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR) sont fondés en 1998. En mai 2005, on compte, dans les hôpitaux généraux, 140 services de soins urgents spécialisés (dont 100 participent à un des 80 SMUR) et 24 services de premier accueil des urgences[9].

Si, en Belgique, les données sur l'offre sont facilement accessibles, elles s'avèrent beaucoup plus fragmentaires du point de vue de l'activité. Les plus anciennes montrent que sur 23 ans, entre 1964 et 1987, le nombre des appels pour ambulance au 900 passe de 63.195 à 200.945, soit une augmentation moyenne de près de 9,5 % par an. En 1984, une enquête du Conseil National des Etablissements Hospitaliers portant sur les urgences arrivées aux hôpitaux de janvier à juin, les chiffrait à 579.892 ; 63 % des patients retournant à domicile ensuite. En 2003, pour les mois d'octobre à décembre, sur base des données du Résumé Clinique Minimum complétées par 110 services d'urgence sur 113, le nombre total de séjours avait été de 574.255 dont 71 % ambulatoires. S'appuyant sur ces chiffres, on peut estimer que le nombre d'urgences arrivées dans les hôpitaux généraux était de plus de 2,35 millions en 2003, soit environ le double de 1984 ou, en près de 20 ans, une augmentation moyenne annuelle d'environ 5 %. Mais la forme de cette croissance, continue ou par paliers, reste inconnue.

Ainsi, depuis 40 ans, le recours aux services des urgences hospitaliers n'a cessé de croître : ces services sont un symbôle-phare des systèmes de soins modernes. Leurs taux de fréquentation connaissent des augmentations largement supérieures à celles de la plupart des services hospitaliers comme de la majorité des prestations ambulatoires[10]. Ces services prodiguent des soins immédiats 24 heures sur 24 et offrent une facilité d'accès à des plateaux techniques parfois extrêmement sophistiqués. Cette évolution de l'offre médicale, visant d'abord les situations les plus critiques, s'est traduite par une augmentation des demandes de soins qui y sont adressées, y compris pour des situations qui, selon les critères médicaux qui présidaient à leur création, ne présentent pas un caractère urgent[11]. Les services d'urgence se sont adaptés à cette demande nouvelle et le réflexe d'y recourir pour les situations les plus diverses s'est largement implanté dans le public.

Cette tendance se retrouve dans la plupart des pays, y compris ceux en développement. En Europe, elle se manifeste alors même que les médecins généralistes continuent à assurer des interventions urgentes dans le cadre de gardes organisées ou au bénéfice de leur patientèle[12].

Cette croissance n'est pas non plus liée à un changement démographique dans la population et ce ne sont pas les patients utilisateurs plus ou moins réguliers des dispositifs de soins urgents – de 5 à près de 50 % selon les services étudiés - qui suffisent à l'expliquer.

L'augmentation prononcée des actes médicaux réalisés sans programmation traduit donc une évolution indéniable dans les modes de recours aux soins. Les causes en sont multiples. Globalement peuvent être envisagés : la sensibilité croissante de la population aux problèmes de santé, souvent vécus, de plus, sur un mode émotionnel ; le consumérisme médical de certains patients ; l'incapacité d'anticipation ou le déni débouchant sur un état critique pour un individu ou une famille ; l'exacerbation ponctuelle de pathologies chroniques chez des patients vivant à domicile ; des aménagements instables des modes de vie, liés notamment aux pressions professionnelles et familiales, à l'individualisme ou à la diminution des solidarités... Plus spécifiquement, pour les services d'urgence, on retiendra notamment la facilité d'accès de services qui accueillent sans conditions et 24 heures sur 24 les situations médico-chirurgicales les plus variées; l'anticipation par le patient - fondée dans 80 % des cas - du besoin d'examens complémentaires nécessaires, effectués dans la continuité, même au prix du temps d'attente[13] ; l'impression de gratuité[14] ; la possibilité d'accès aux soins qu'ils offrent à des personnes marginalisées ; la qualité perçue des soins… et probablement une image faite de compétence et de technicité mais aussi et surtout d'humanité dont les séries télévisées « Urgences » et « New York 911 » seraient un reflet.

Pour nombre de ces visites portant sur des problèmes a priori mineurs, deux groupes d'utilisateurs tendraient à se distinguer sociologiquement : une population de milieu social défavorisé qui souvent consulte à bon escient et pour qui l'hôpital est fréquemment la seule source de soins disponibles et une population relativement aisée, consumériste et sécuritaire, cherchant une réponse immédiate et la plus efficace possible à son problème[15].

Dans ce contexte de demande toujours croissante de soins urgents[16], il n'y avait aucune raison que les problématiques psychiatriques ou psychologiques échappent au mouvement. D'autant que ces demandes s'adressent dans leur presque totalité à des services d'urgence ou à des médecins généralistes dont la représentation que peut en avoir le public ne les associe pas à la folie, à la psychiatrie ou à la santé mentale, encore stigmatisées aux yeux de beaucoup.

Lorsque l'on sait qu'au Canada, aux Pays-Bas et aux Etats-Unis, 68 à 78 % des personnes qui ont souffert d'un trouble mental[17] au cours des douze derniers mois n'ont reçu aucun traitement[18] et qu'un constat similaire est fait en Belgique, dans la province de Luxembourg[19], on conçoit qu'une partie d'entre elles soit susceptible de consulter en urgence.

D'autant qu'en termes cliniques, les évolutions paraissent aussi sensibles. Déjà en 1982, Samitca[20] relevait des changements significatifs dans le profil de la demande d'aide psychiatrique, notant l'augmentation des patients présentant des troubles du caractère et de la personnalité ; l'apparition de nouvelles catégories de demandeurs de soins pour des troubles émotionnels liés au passage d'une classe d'âge à une autre et un nouveau type de demande liée à une déstabilisation, à une mise en échec de la capacité d'adaptation autrement dit, liée à des états de crise. Les transformations sociétales et le contexte socio-économique n'y sont pas étrangers. Insécurité d'emploi, exclusion du marché du travail, obligation de performance mais aussi conflits relationnels, difficultés à se projeter et à se construire une identité sont sources d'un mal-être qui peut apparaître « flou ». La demande oscille alors, pour reprendre l'expression de Donnet[21], entre le « tout » d'un besoin très global de complétude, d'identité, de tout-savoir et le « rien » d'un bien de consommation.

Si l'on met en rapport ces situations cliniques avec trois temps possibles d'évolution pour une situation particulière, ceux de **l'émergence**, de **la crise** ou de **l'urgence** (voir encart ci-joint), on concevra que nombre de personnes souffrant de ces troubles sont plus que susceptibles de consulter en crise, voire en urgence, à un moment ou un autre de leur existence.

Les situations de crise et d'urgence psychiatriques représentent selon les auteurs et les hôpitaux, de 10 à 30 % du total des urgences[22]. Pour les plus grandes salles d'urgence du pays, généralement associées aux plus grands hôpitaux, cela peut représenter entre 10 et 15 situations de crise ou d'urgence psychiatrique par jour[23]. Il n'y a rien d'étonnant alors à ce que, depuis longtemps, certains de ces hôpitaux – surtout lorsqu'ils ne disposaient pas d'un département de psychiatrie important – aient mis en place des équipes psychiatriques spécialisées, intégrées à la garde générale[24] [25]. Il s'agit le plus souvent d'initiatives internes spontanées qui ont trouvé ensuite, tant bien que mal, des financements (auto-financement, financement interne, contrats de sécurité, projets pilotes) assurant leur pérennité.

Dans ces unités spécialisées, en général, 20 à 30 % des cas sont des décompensations de pathologies psychiatriques avérées et 70 à 80 % des situations de crise, qui concernent essentiellement des problématiques relationnelles (famille, couple, problème de l'adolescence…) ou psycho-sociales, certaines s'avérant parfois particulièrement complexes. Compte tenu des caractéristiques cliniques des situations rencontrées dans ces services, des modes de prise en charge spécifiques ont été peu à peu élaborés qui trouvent, pour la plupart, leur référence initiale dans les travaux sur les thérapies brèves. En fonction des personnes, des situations, de la présence ou de l'absence d'entourage soutenant… les stratégies de soins varient, allant de la mise à jour des mouvements inconscients qui ont conduit à la crise – ouvrant une interrogation susceptible de soutenir une démarche thérapeutique – à la création d'un espace de négociation du soin, impliquant patient, entourage et professionnels[26].

Ce contexte très particulier de la salle d'urgence comme « lieu de transition » implique inévitablement – sous peine d'épuisement professionnel – la mise en place d'un travail en réseau. Il s'agit, d'une part, d'appréhender les différentes facettes d'une situation souvent confuse et complexe, que le contexte de crise rend cependant parfois plus aisé à élucider et, d'autre part, d'organiser, lorsque nécessaire, la poursuite des soins en aval. Cela implique nécessairement l'intégration de l'équipe psychiatrique de crise et d'urgence à un dispositif plus large, à même d'offrir la plupart des ressources nécessaires tant à la résolution de la crise ou de l'urgence qu'à la mise en place d'un suivi thérapeutique ultérieur. La plupart des auteurs qui se sont penchés sur les problèmes d'organisation des soins en psychiatrie, reconnaissent que les équipes de crise et d'urgence représentent un élément essentiel d'un dispositif de soins cohérent. Beaucoup dépend alors de la nature et de la gamme de services offerts par le dispositif existant[27], de son étendue géographique et de la taille de la population couverte. ●

Emergence : Apparition d'une situation problématique pour laquelle différentes issues sont possibles.

Crise : Situation problématique dans laquelle la (les) personne(s) impliquée(s) est (sont) dans l'impossibilité d'arrêter un choix parmi ceux possibles.

Urgence : Situation problématique à laquelle une solution ne peut être apportée que par un tiers extérieur (le plus souvent spécialisé mais il peut aussi être profane).

[1] Hoyois et al., réf. bibliographique 23
[2] Chapelin J., Essai sur la médecine hospitalière avant la Révolution. Paris, 1945.
[3] Martineaud J.-P., Une histoire de l'hôpital Lariboisière; le Versailles de la misère. L'Harmattan, 1998. (Coll. Histoire de Paris).
[4] Copel D., réf. bibliographique 9
[5] Chevallier J.-F., réf. bibliographique 6
[6] Clément J., réf. bibliographique 7
[7] Cette même loi instaure le service A (service neuro-psychiatrique d'observation et de traitement) d'un hôpital général fonctionnant dans le cadre de l'aide médicale urgente.
[8] Hoyois Ph., réf. bibliographique 22
[9] Source: Service Public Fédéral Santé : Direction générale de l'Organisation des Etablissements de Soins.
[10] D'après l'Enquête de Santé de 2001, 48 % de la population rapporte avoir déjà eu un contact avec un service d'urgence et 12 % en 2000. Ce phénomène est plus fréquent dans les grandes villes.
[11] Fineberg et Stewart, 1977 ; Murat et al, 1980 ; Delvaux, 1987.
[12] Ainsi, en France, en 1999, à côté de 12,34 millions de visites dans les services des urgences, les médecins libéraux ont posé 41 millions d'actes urgents (actes réels et non des conseils téléphoniques) dont 15 ont été traités sans attendre, 13 traités en temps différé, 12 reprogrammés; soit au total, pour les services d'urgences et les médecins libéraux, 53 millions d'actes demandés en urgence dont 80 % ont été réalisés sans programmation INPH : Rapport des groupes de travail sur les urgences. Paris , 2002.
[13] Ces deux motifs figurent en tête des motifs de recours aux urgences. Enquête de Santé, Belgique, 2001.
[14] Remise un moment en cause par la création d'honoraires supplémentaires pour les urgences non justifiées.
[15] Rieffe C. et al., Reasons why patients bypass their GP to visit a hospital emergency department. Accid. Emerg. Nurs., 7 (4), 1999, 217-25 ; Bertolotto F., Congrès de la Société Française de Pédiatrie, Tours, 1999.
[16] Il faut cependant nuancer : à Bruxelles, les plaintes, les maladies ou d'autres motifs représentent, aux dires des personnes interrogées, 61 % des recours aux urgences pour 38 % en Flandre et 46 % en Wallonie. Dans les autres cas, il s'agit d'accidents. Enquête de Santé, Belgique, 2001.
[17] Selon la Classification Internationale des Maladies.
[18] OMS, 2000.
[19] Ansseau et al., Epidémiologie des troubles psychiatriques dans la province de Luxembourg. Plate-forme de concertation psychiatrique de la province de Luxembourg, Bertrix, 1999.
[20] Samitca D., L'influence des facteurs socio-culturels sur la demande en soins psychiatriques. Arch. Suisses Neurol., Neurochir. Psychiat., 130 (2), 1982, 159-77.
[21] Donnet J.L., A propos de « l'indication d'analyste ». L'Evolution Psychiatrique, 59 (3), 1994, 443-53.
[22] A notre connaissance, cette proportion ne semble pas avoir été sérieusement documentée pour la médecine générale.
[23] Dans les hôpitaux plus petits, à vocation essentiellement locale, le nombre quotidien de ces urgences serait aux alentours de 3 par jour. Il faut toutefois tenir compte de la richesse du dispositif hospitalier dans une région et de l'extension plus ou moins importante des gardes de médecine générale.
[24] L'organisation des services psychiatriques de crise et d'urgence commence à être envisagée dès les années 65-70 aux Etats-Unis, dans le courant des années 70 en Europe.
[25] Lorsqu'un grand département de psychiatrie existe dans l'hôpital général ou lorsqu'un hôpital psychiatrique est associé à plusieurs hôpitaux généraux, la tendance est à la création d'un centre de crise et d'urgence extérieur au service des urgences générales.
[26] Par ailleurs, il est utile de s'arrêter sur les demandes de mises en observation. On sait, depuis longtemps, que la procédure d'exception en matière de mise en observation est la règle et que près de 80% ont lieu en urgence. Les seules données récentes disponibles concernent la région flamande : en 2003 : 2.234 mises en observation y ont eu lieu, ce qui représente une augmentation de 21 % par rapport à 2001. Il n'existe pas de données pour la Région wallonne ni pour Bruxelles, mais une croissance des mises en observation y est aussi constatée par plusieurs observateurs.
[27] Et des tensions qui peuvent le traverser.

D'une urgence à l'autre

Témoignage

Après quatre ans de maladie, à 22 ans, je me sens un peu mieux. La souffrance schizophrénique s'est quelque peu tassée. Un traitement chimiothérapique et deux ans de psychanalyse ont en partie dissipé les délires et atténué les angoisses. Je me retrouve à Lyon pour y suivre une préparation au concours de conservateur de bibliothèque. Mais là, la solitude et le retour à la réalité faisant, je décompense. Très vite, je suis submergé par des pulsions suicidaires. Au terme d'une ultime crise, je fais une TS (tentative de suicide) et me retrouve aux urgences psychiatriques de l'hôpital Edouard-Herriot.

TS

- T'es là pour quoi ?
- J'ai essayé de me foutre en l'air. Et toi ?
- Même chose. TS.

TS. Pendant la semaine passée aux urgences psychiatriques de l'hôpital Edouard-Herriot, le mot TS fonctionne comme un passe, deux lettres qui figurent une expérience commune, un lit de souffrances. Et autour de ces lits de souffrance, des liens entre les patients se tissent, une solidarité s'établit. Moi qui, quatre années durant, n'avais vu en autrui que de l'étrange, trouve dès lors du familier, du même, de l'identique.

TS. Abréger est important. Deux lettres pour résumer un acte. Bien souvent, nul besoin d'aller plus avant. On s'arrête là. Le pourquoi et le comment semblent inutiles. L'important réside dans l'instauration d'une identité commune, car de l'identité, pour tous aux urgences psys, il y en a à récupérer. Des plâtres d'identité même ! Des façons de pyjamas synthétiques bleu clair sur le dos, des chaussons en plastique aux pieds, nous portons déjà l'uniforme, et à l'uniforme nous nous reconnaissons. Se reconnaître... Nous qui savons à peine ce qu'être veut dire.

Des soignants tout-puissants

Aux urgences, deux mondes cohabitent : les soignants et les soignés. De temps en temps, je discute avec l'infirmière. Elle est bienveillante et douce. Tous les midis, j'ai rendez-vous avec la psychiatre : c'est une femme intelligente, je ne m'en méfie pas. Très vite, je constate que les ponts que je peux établir avec les soignants sont fragiles, qu'un rien suffit pour qu'ils se rompent. En effet, un soir, je me rends dans la chambre de deux filles avec lesquelles j'ai sympathisé pour regarder la télé. Ensemble nous rions, nous nous sentons en famille. Au bout d'une vingtaine de minutes, un infirmier fait irruption dans la chambre et, me voyant, me somme de sortir. Comme je tarde un peu à m'exécuter, il m'attrape par le col, me projette dans le couloir, me bouscule. Je bous intérieurement mais ne réplique pas. Si j'avais réagi à la violence de l'infirmier à ce moment-là, on aurait attribué ma colère à la maladie. La violence de l'infirmier n'aurait pas été remise en cause car sa fonction la lui autorise : de la légitimation de la violence par l'institution à la violence du patient considérée comme symptôme.

Interdit, je t'aime

Aux urgences, je romps avec la solitude et le sentiment de solitude. Toute une vie s'y organise, avec discussions, rencontres, drames, petits et grands bonheurs. Pas un instant je ne m'ennuie. Je me sens avide de communication.

Des lieux stratégiques ponctuent ce service. Il en est un de la plus haute importance pour les patients : la machine à café. Là, fumant clope sur clope, on discute à bâtons rompus. Dès six heures du matin, je m'y précipite, engageant la discussion avec le premier venu, avec une préférence pour un premier venu de sexe féminin. Pour la première fois depuis quatre ans, je retrouve le plaisir d'aborder, d'essayer de nouer une discussion, voire d'obtenir un numéro de téléphone. P. et moi sympathisons dès le deuxième jour. Nous sommes arrivés à l'hôpital le même jour et pour les mêmes raisons. P. est au premier étage et moi au rez-de-chaussée. P. me plaît et, pour la première fois depuis longtemps, je ne crains pas mon désir. P. m'invite un soir dans sa chambre. Nous discutons longuement. Comme moi, c'est un être cassé, démoli. Nous poursuivons la soirée jusqu'à une heure du matin, assis près de la machine à café. Nous nous plaisons, nous flirtons. A ma grande surprise, je ne me sens pas menacé par ce contact physique. Je me sens protégé par mon statut de malade qui est aussi le sien et qu'elle sait être le mien. Là, aux urgences, une sexualité est possible, une sexualité qu'il faut cacher car désapprouvée par le personnel soignant, une sexualité heurtée, apanage des désespérés. Nous ne ferons que flirter avec P., mais ce retour du désir sans la peur sera un gage de résorption de ma schizoïdie, un retour du désir alimenté par la promiscuité entre les êtres propres à l'hôpital.

A l'envie de rester à l'hôpital, s'oppose le désir de retrouver la liberté. L'enfermement (relatif) des urgences me rassure, agit comme une protection contre ma bête intérieure. Mais les urgences ne peuvent être qu'un passage transitoire, et la question de la sortie se posera bientôt.

Séquences éclairs

Les urgences psychiatriques sont un théâtre. Etres hauts en couleurs, situations paroxystiques, sentiments exacerbés des naufragés de l'âme. Je prends plaisir à ces embolies des êtres et des situations, y trouve ma place, là où, dans la vie courante, dans le « trop normal », je me sens étranger. Dans les dérapages, je me glisse pour, petite souris, regarder la grande tragédie du monde. Le troisième jour de mon séjour à l'hôpital, une jeune fille de 16 ans arrive dans le service. Elle est à moitié abasourdie, suite à l'ingestion d'une forte quantité de médicaments. Là, au premier étage, devant nous, nous la voyons entourée de sa famille, pleurant, gémissant. Les parents semblent désemparés. Je l'interpelle : « Tu est là pour quoi ? - J'ai avalé des médicaments, et toi ? - J'ai fait une TS. » Elle fond alors en larmes et répète « Toi tu me comprends au moins » et se jette dans mes bras.

Le lendemain, à onze heures du matin, je me rends au premier étage pour y chercher compagnie. Je trouve la jeune fille de la veille étendue sur le lino du salon. Affaiblie par les barbituriques, elle a perdu l'équilibre pendant sa promenade. Je l'aide à se relever et la raccompagne jusqu'à sa chambre, animal humain trop humain qui dans sa chute m'a ému, figure du tragique qui flatte mon penchant romantique pour la folie et le désespoir.

Une étrange nostalgie

Je sors des urgences au bout d'une semaine. Je me retrouve ainsi seul dans mon appartement, dans cette ville où je ne connais pratiquement personne. Je suis comme jeté dans l'arène avec les lions, dans une situation similaire à celle qui a précédé ma tentative de suicide. Seul le traitement neuroleptique que l'on m'a donné m'aide à me sentir plus chez moi (dans mon corps et dans ma tête). Je vais à la faculté deux fois par semaine, bouquine, me fais une overdose de cinéma. Très vite, je me surprends à attendre le soir, à attendre le moment où je vais me mettre au lit. Et peu à peu, c'est une sorte de rituel qui s'instaure, ce moment où, blotti sous les draps, la lumière éteinte, je me remémore l'hôpital Edouard-Herriot avec délectation, comme s'il s'agissait d'un lieu féerique. Je me passe et me repasse les mêmes scènes, des dizaines de fois. Mon passage aux urgences surgit dans mon esprit comme un souvenir merveilleux, à tel point que cela devient une obsession. Alors, un après-midi, je pénètre dans l'hôpital, comme pour vérifier que tout cela a bel et bien existé. J'espère trouver quelqu'un près de la machine à café ou au salon au premier étage. Mais... personne ! Je m'en retourne déçu de ne pas avoir retrouvé les choses intactes, telles qu'elles apparaissaient dans mes souvenirs.

Fanette Bruel

Avec du recul, je suis frappé par l'intensité de cette nostalgie que j'avais de mon bref séjour à l'hôpital. Je pense aujourd'hui que l'extrême solitude dans laquelle je me trouvais m'incitait à vivre avec mes souvenirs. D'une urgence à l'autre, je préfère vivre dans le présent, me tenir droit, le dos raide, être de ceux qui ont choisi leur destin. ●

Damien[1]

[1] Témoignage publié sur le site : www.schizosedire.com dans la rubrique : Paroles de Patients.

Urgences psychiatriques :

des proches dans le désarroi

Francine Lejeune,
Similes Wallonie

Quelques cas vécus

- Un fils vit depuis un an dans la salle de séjour de la maison familiale, « squattant » en permanence le divan, y dormant, y mangeant, refusant d'en bouger et de se laver.

- Une personne hésite à suivre son conjoint dans sa démarche de demande de mise en observation de leur fille, qui présente des troubles psychiques, des hallucinations, des délires à tendance mystique. La personne malade refuse de se reconnaître comme telle ; elle ne fait de tort à personne mais le certificat du psychiatre est formel. La mise sous protection est, hélas, la seule possibilité existante de traiter au mieux et au plus tôt ce qui est peut-être un épisode unique de troubles schizophréniques qui pourrait être suivi d'une rémission complète.

- Un mari a dû quitter sa femme après 14 ans de vie commune, vu l'impossibilité pour ses enfants encore jeunes et lui de vivre avec son épouse, malade psychique. Celle-ci ne faisait plus rien à la maison, négligeait ses enfants et refusait de voir un médecin. L'aide d'un administrateur provisoire de biens et d'une assistante sociale du CPAS n'y a rien changé. Cet homme se demande que faire pour que son épouse consulte un médecin. *« La loi est mal faite, dit-il. C'est en quelque sorte non-assistance à personne en danger que de ne pas intervenir, sous prétexte qu'elle ne constitue pas un risque pour elle-même et pour les autres ».*

- Un couple âgé, dont le mari souffrait d'une grave maladie, avait un fils schizophrène qui saccageait régulièrement l'appartement familial et en était venu à jeter ses parents dehors, la nuit, en exerçant sur eux des violences. Les essais d'hospitalisation ne servaient à rien car, devant le juge et le psychiatre, le malade donnait l'impression d'être « normal », les trompant ainsi sur son état. Il était donc chaque fois renvoyé chez ses parents. Ce sont les services sociaux qui, s'étant aperçus du véritable calvaire vécu par le couple, se sont résolus à hospitaliser en gériatrie ces deux parents épuisés, afin de les protéger. Ce n'est que bien plus tard que le fils a enfin accepté de se faire hospitaliser.

Quand on parle d'urgences en psychiatrie, nous les voyons sous deux aspects, selon l'état de nos malades. En effet, une caractéristique typique des psychoses est le manque de reconnaissance de sa maladie par la personne qui en est atteinte.

S'il tombe sous le sens qu'une personne qui ne se sent pas bien du tout demande à voir un médecin d'urgence, c'est une autre affaire que de faire admettre à une personne en proie à une phase maniaque, à des hallucinations, ou à un délire, qu'elle doit être prise en charge d'urgence par un service approprié, vu les difficultés qu'elle cause à son entourage ou les situations dangereuses dans lesquelles elle se met.

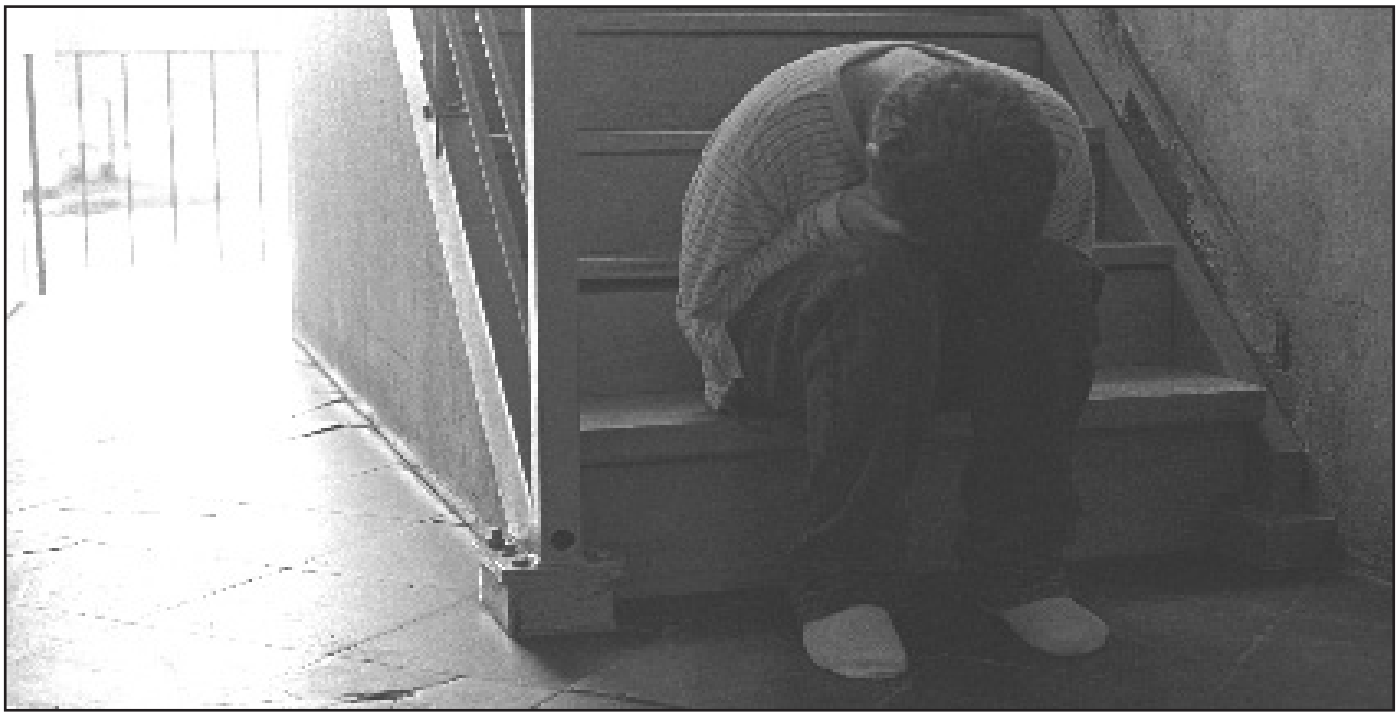
Dans le premier cas, avec de la chance, la personne se présentera d'elle-même aux urgences d'un hôpital général et sera, au besoin, orientée vers un C.H.P. ou vers des soins ambulatoires. Malheureusement, de tels exemples sont rares parmi les cas évoqués par les membres de Similes lors de nos groupes de parole. La majorité des familles en difficulté se trouve confrontée à une première poussée de psychose ou à une rechute accompagnées d'hallucinations et de délires parfois violents. Souvent, les familles, qui vivent avec leur proche malade 24h/24 ont pressenti la gravité de leur état bien avant les médecins. Or, quand, par chance, on parvient à leur faire consulter un généraliste ou un psychiatre, ils se présentent tout différents de ce qu'ils sont en famille et « trompent leur monde ». Comme la communication entre entourage et professionnel de la psychiatrie est encore souvent bien difficile, la situation du malade s'aggrave devant ses proches consternés et impuissants. Il faut alors attendre la « catastrophe » (violences, tentatives de suicide, perturbations de l'ordre public, etc.) pour qu'enfin soit mise en route la seule solution possible : la mise sous protection. (Je ne parlerai pas des cas où le malade commet un délit et se voit passer sous le régime de la défense sociale).

Ainsi s'explique pourquoi cette mesure de protection, dans plus de 90 % des cas, a lieu selon la procédure d'urgence et, trop souvent, dans des circonstances très pénibles pour le malade et ses proches qui l'aiment et se sentent coupables de le voir ainsi emmené de force. Une fois calmé par de puissants sédatifs, il arrive souvent qu'au terme du 7ème jour d'hospitalisation, sa sortie soit décidée sans qu'un traitement et un suivi adéquats aient pu être mis en place.

En effet, le juge, les avocats, les psychiatres même, se laissent souvent impressionnés par les dénégations empreintes de bonne foi et les arguments pertinents du malade, qui apparaît alors comme victime d'un entourage borné ou hostile. Bien souvent, on est reparti pour un autre cycle qui aboutira de nouveau à une hospitalisation sous contrainte.

Proches et usagers commencent à prendre conscience des préjudices, voire des traumatismes réels accompagnant ce « remue-ménage » médico-juridico-policier, cause de tensions, d'angoisses et de violences parfois subies par l'entourage et le malade lui-même.

Tout en étant conscients de la nécessité d'une loi visant à prévenir les abus qui ont pu se produire dans le passé et à protéger la personne malade en premier lieu, nous



Fanette Bruel

déplorons le fait que cette mise sous protection doive, dans la majorité des cas, être décidée dans l'urgence.

Lorsque quelqu'un est amené à l'hôpital en état de crise délirante, c'est que son entourage n'a pas trouvé d'autre moyen de l'aider à se reprendre en main. L'hospitalisation sous contrainte peut donc être considérée a priori, comme un échec des dispositifs d'encadrement et de soins dont les parents et les proches devraient faire partie.

Pour alimenter la réflexion, j'évoquerai un numéro du périodique de l'association EUFAMI (Fédération Européenne des Associations des Familles des Malades Psychiques[1]). Un article comparait les différentes législations de 6 pays de ce qui était encore la C.E. Au-delà des lois propres à chaque pays, c'est la volonté de traiter le problème de façon plus humaine qui m'avait impressionnée.

L'accent est mis sur les divergences d'opinions. Patients, familles, professionnels de la psychiatrie et des soins de santé, assistants sociaux, policiers, journalistes et membres du public ont souvent des opinions très tranchées qu'ils défendent avec véhémence.

Il s'agit en effet d'une question complexe touchant aux droits de l'homme, à la philosophie, à l'éthique, à l'autonomie du patient, à la responsabilité professionnelle et à la sécurité des personnes, etc. L'agressivité non contrôlée d'un malade psychique, sa violence et sa peur concernent aussi la société. Quant aux familles, elles se retrouvent piégées entre leur affection pour leur membre souffrant et leur crainte, comparable à celle du public, face à une maladie qu'elles ne comprennent pas bien.

A Vienne, un groupe de travail composé d'usagers, de proches et de professionnels (infirmiers psychiatriques, psychiatres, juges, avocats de patients) s'est rencontré régulièrement pendant plus d'un an. Un des participants, usager de longue date de la psychiatrie, a fait forte impression en déclarant en son nom propre et au nom d'autres usagers, que le traitement sous contrainte, parfois accompagné de violence, avait nui gravement et plus longtemps à sa santé mentale que sa psychose elle-même.

La première conclusion des discussions a été qu'il était parfois aussi mauvais d'agir que de ne pas agir.

Une deuxième conclusion est apparue : **la meilleure façon de traiter le malade et de maintenir la sécurité et l'ordre public était de créer des services mobiles d'intervention urgente fonctionnant 24h/24.** (En 2001, il en existait dans une seule des neuf régions d'Autriche, la Carinthie).

Quand on considère les quelques cas vécus ci-dessus, repris avec les précautions de confidentialité d'usage, parmi tant d'autres dans les comptes rendus de nos groupes de parole, tout être doué de bon sens ne peut que constater le vide à combler dans les dispositifs de soins psychiatriques.

Des équipes de soins d'urgence mobiles existent déjà dans certaines régions du pays. Mais leur utilité n'est sans doute pas encore reconnue, puisqu'elles sont encore trop rares. Pourtant, elles éviteraient bien des retards dans le traitement des maladies mentales. Les milieux psychiatriques ne s'accordent-ils pas à reconnaître que plus tôt on traite celles-ci, meilleures sont les perspectives de guérison ou, du moins, de stabilisation ? Bien sûr, il faut des budgets importants pour les créer, former et payer un personnel spécialisé, efficace et motivé. Mais ne vaudrait-il pas la peine d'évaluer et de comparer les frais et les pertes de temps énormes occasionnés par les mises sous protection inefficaces, avec ceux qu'occasionnerait l'organisation d'équipes d'intervention d'urgence à domicile ? ●

[1] Working Together, issue 8. EUFAMI, Spring 2002.

La solitude du médecin généraliste face aux urgences en santé mentale

Comment le médecin traitant vit-il les situations de crise et d'urgence en santé mentale ?
Y est-il régulièrement confronté et que peut-il ou… que souhaiterait - il… mettre en place ?
Un généraliste témoigne de sa dernière urgence à domicile…
Il nous livre son profond sentiment de solitude lors de ces interventions.

Yves Delforge
Médecin généraliste

Depuis mes premières années de pratique de médecine générale, il y a plus de 30 années, j'entends les psychiatres répéter qu'il n'y a pas d'urgence en santé mentale, qu'il n'y a que l'évolution d'une situation et qu'il est donc indispensable de faire de la prévention et d'anticiper l'urgence… La belle affaire que voilà !

Lors de mes 2 dernières gardes de week-end, la réalité de l'urgence en santé mentale m'a explosé une nouvelle fois à la figure en me laissant un goût amer et beaucoup de tristesse.

Le premier appel fut celui d'une maman en détresse parce que son fils de 17 ans, en rupture scolaire et familiale mais en affection pour la drogue, pétait les plombs, grimpait aux murs et démolissait tout ce qui lui tombait entre les mains. Ce jeune homme, moi, je ne le connaissais pas, j'étais le médecin de garde et d'autres appels m'attendaient. J'ai quand même consacré du temps à essayer de lui parler et de comprendre sa détresse. Périlleux exercice lorsque l'on ne connaît rien du souffrant ni de sa famille ni de l'ensemble de son milieu de vie …. Beaucoup de refus de sa part parce qu'il dit se sentir très bien. Par contre, beaucoup de demande de sa famille qui le voit « très mal » et qui ne supporte plus ses crises, ses colères, ses dégâts et son agressivité (il est allé jusqu'à bousculer violement sa mère…). En crise depuis des semaines, ce jeune a toujours refusé de voir un quelconque thérapeute, que ce soit son médecin généraliste, un psychiatre ou un psychologue.

Quelques instants après, la police, appelée en même temps que moi, arrive sur les lieux. Ces policiers sont calmes et patients. Me sachant sur place, ils restent en attente, discrets afin de me laisser travailler en espérant que je puisse arriver à le calmer et à l'amener à la raison. Mais, ce jeune se braque et refuse tout traitement. J'essaye de lui faire comprendre qu'il risque une mise sous protection, il n'en démord pas : lui, il va très bien et il n'a pas besoin de mon aide. Un des policiers se présente alors à lui et, calmement, essaye aussi de l'apaiser. Il ne veut rien entendre et redouble de colère, refusant toute aide. Les parents sont exaspérés et, à bout, ils me réclament une intervention plus ferme vu l'échec de toutes leurs entreprises depuis des mois. Comme tous les critères sont présents, je demande sa mise sous protection. Comme il refuse de partir calmement, les policiers l'emmènent, menottes aux poings, vers le poste de police pour y passer la nuit en attendant la décision du juge de paix.

Moi, c'est avec une profonde tristesse et beaucoup de frustration que je m'en retourne vers d'autres appels où je suis attendu.

Lors de ma seconde garde, l'autre appel fut celui d'une autre maman, divorcée et en détresse profonde parce que son fils de 15 ans, en rupture scolaire et familiale, mais sans affection pour la drogue, venait de péter les plombs parce que sa moto ne voulait pas démarrer… A mon arrivée, ce jeune que je ne connais pas non plus est accroupi au fond de ce qui a dû être un garage mais qui n'est plus qu'un champ de bataille. A ma vue, sa colère reprend...

Me souvenant de l'expérience désastreuse précédente, j'emmène sa maman dans la cuisine et je m'attache à écouter sa détresse et ses inquiétudes vis-à-vis de son fils. Vingt minutes plus tard, son père qui vient ramener 2 autres enfants qu'il avait en garde, arrive et se joint à notre réflexion. J'apprends un peu plus tard que le jeune s'est calmé et entreprend de remettre de l'ordre dans le garage. Il refuse toujours de me voir, mais comme il est calme, je poursuis ma route, un peu plus serein que dans l'autre exemple.

Dans les deux situations, j'ai souri, jaune, à l'idée que « l'urgence en santé mentale » n'existe pas et j'ai regretté de ne pas pouvoir faire appel à une seconde ligne comme il en existe pour les soins palliatifs : conseil, soutien, référence, aide pratique si besoin. J'en rêve... !

La notion d'urgence dans un centre d'écoute téléphonique

Les hôpitaux ne sont pas les seuls témoins des situations de crise et d'urgence. Le Samu, les pompiers, la police ou encore les services de téléphonie comme le Centre de Prévention du Suicide sont eux aussi sollicités. Comment, ce dernier, réagit-il aux appels aux secours qui lui sont formulés et quel est précisément son champ d'intervention ? Le Groupe Belge d'Etude et de Prévention du Suicide nous fait part de sa réflexion en la matière.

Alain Gontier,
Psychologue, formateur des répondants bénévoles
au Centre de Prévention du Suicide

« L'urgence » ne figure pas au rang des questions travaillées lors de la formation des bénévoles amenés à assurer l'écoute de la ligne d'appel téléphonique du Centre de Prévention du Suicide. Pourtant, cette « urgence » va se retrouver au cœur de la relation que les répondants seront amenés à nouer avec les appelants. Il n'y a toutefois là ni paradoxe ni contradiction mais bien, au contraire, une conséquence logique du traitement réservé ici à ladite urgence.

La spécificité de l'action menée à travers notre ligne d'écoute est de deux ordres : d'une part, l'urgence à prendre en charge n'est pas matérialisée (à l'exception des tentatives de suicide en cours) mais s'exprime à travers la parole ; d'autre part, la réponse à cette urgence ne passe pas par des actes mais par la reconstruction d'un espace de pensée là où il n'existait plus.

Cette approche originale de l'urgence, en rupture avec le modèle traditionnel dans lequel un acte/solution vient répondre à une situation/problème, peut être déstabilisante aussi bien pour l'appelant que pour le répondant. En effet, le premier moteur de l'appel reste la quête d'une parole ou d'un acte qui serait LA solution, la posologie permettant de guérir du mal-être : « J'ai un problème… Qu'est-ce que je dois faire ? » Face à cette demande, le rôle du répondant va être de déplacer progressivement le focus pour sortir de l'immédiateté et amener l'appelant à récupérer du jeu, de l'espace et du temps, dans une situation qui apparaissait totalement crispée.

Si cette démarche est parfois difficilement acceptée par les personnes en crise, elle peut également s'avérer problématique pour celles et ceux qui les écoutent. L'expérience démontre en effet la difficulté pour le répondant de ne pas se laisser emporter par le sentiment d'urgence qui habite l'appelant, de résister au désir de se lancer dans une recherche un peu affolée de « l'issue de secours » … et de se précipiter par là même dans un cul de sac. Car, en s'engageant dans cette voie, le répondant s'enfermerait dans un entonnoir où la perspective se réduit progressivement à zéro. *« Je vais me suicider. » - « Non, ne faites pas çà. » - « Et pourquoi pas ? Dites-moi une chose qui pourrait m'empêcher de le faire ! » - « Je ne sais pas quoi vous dire… ».*

Le travail de formation veille donc à détacher le répondant de cette notion d'urgence en s'attachant à un travail en profondeur de l'appel. Le cadre de travail constitue à cet égard un allié précieux. Le contact s'opérant par l'intermédiaire du téléphone, qui plus est dans l'anonymat, il existe, de fait, une impossibilité d'agir … autrement que par la parole. Contrairement à un médecin qui est dans l'action et peut poser un geste thérapeutique, le répondant doit tenter avec l'appelant de restaurer un espace/temps relationnel qui échappe à la spirale autodestructrice. Certain(e)s nous disent d'ailleurs leur frustration face à cette situation, leur envie - impossible à assouvir… - de prendre leur veste et de courir au secours de la personne en ligne. Ce traitement particulier de l'urgence implique donc pour ceux qui le mettent en œuvre un sentiment spécifique d'angoisse et d'impuissance qu'il importe de gérer à travers des supervisions.

Signalons pour terminer que ce type de travail a ses limites et ne peut s'opérer lorsque l'appelant est dans un état d'angoisse et de confusion émotionnelle trop important. Il s'agit alors de l'orienter vers les urgences psychiatriques et une prise en charge thérapeutique. De même, dans le cas d'un suicide en cours, la priorité réside dans un dialogue permettant de briser l'anonymat et d'envoyer des secours. ●

Le Groupe Belge d'Etude et de Prévention du Suicide a créé une **Cellule d'Intervention Psychologique** (CIP) qui assure un relais entre le milieu médical et les intervenants thérapeutiques. Relais qui, souvent, fait défaut. On sait, de fait, que 90% des patients orientés vers des consultations psy par les urgences psychiatriques ne s'y rendent pas[1]. Le taux de récidive suicidaire serait pourtant de 15% après une première tentative de suicide et de 80% après la troisième tentative[2].
Les intervenants médicaux n'ayant pas toujours les moyens d'assurer cette transition, la *CIP* propose, gratuitement, un accompagnement qui porte sur l'émergence de la demande et sur le suivi qu'il convient d'y donner (quelles sont les attentes et besoins de la personne fragilisée et qui, dans le champ de la santé mentale, peut y répondre au mieux ?).

Renseignements : 02/ 650 08 65 - 02/ 650 08 66 - www.preventionsuicide.be - cps@preventionsuicide.be

[1] Cassiers L. : réf. bibliographique 4
De Clercq M. : réf. bibliographique 10
[2] Zomers P. : réf. bibliographique 44

Profession : urgentiste

Les situations de crise sont souvent rencontrées dans un contexte d'urgence, quand, du point de vue d'un patient ou de ses proches, une intervention immédiate est attendue. Le service d'urgence de l'hôpital général reste en la matière, y compris pour les urgences psychiatriques, une des portes d'entrée principales des soins en santé mentale, même si le personnel n'y est pas spécifiquement formé. Un relais s'impose alors entre l'urgentiste et le psy. Quand et comment s'effectue ce passage et quel est le premier accueil réservé aux urgences psychiatriques en hôpital général ? Témoignage d'un urgentiste sur sa pratique quotidienne…

Albert Fox,
Interniste - Urgentiste
Chef du Service des urgences au CHR de Namur

La plupart des hôpitaux habilités à recevoir des urgences soit en tant que SUS (service d'urgence spécialisé) soit en tant que service de premiers soins ne disposent pas d'un service d'urgence psychiatrique. Quelques hôpitaux seulement assurent une permanence psychiatrique, ce qui signifie que la plupart des urgences, dites psychiatriques, sont accueillies dans des services généraux au milieu des autres urgences et sont accueillies et prises en charge au départ par du personnel médical et paramédical non spécialisé en psychiatrie.

Il est d'ailleurs difficile de qualifier précisément ce qu'est une urgence psychiatrique… S'agit-il de tout ce qui n'est pas somatique et intéresse le comportement ou s'agit-il de ce qui intéresse principalement le psychisme ? L'expérience montre qu' aux urgences générales, les situations sont fréquemment intriquées et que la séquence chronologique de l'aspect psychiatrique peut être très variable comme lors d'une décompensation psychotique avec trouble du comportement aigu voire dangereux ou, à l'inverse, lors d'une tentative de suicide demandant des soins somatiques plus ou moins sophistiqués. De même, l'identité du demandeur de soins psychiatriques n'est pas toujours très claire : est-ce le patient qui demande de l'aide ou la famille excédée voire le médecin traitant qui ne sait plus à quel saint se vouer et envoie son patient aux urgences ?

Cette situation ne permet pas une prise en charge spécialisée d'emblée, c'est-à-dire au moment de la « crise », mais offre quand même une première réponse à ce type d'urgence. Le rôle de l'urgentiste sera alors de faire la part des choses entre somatique et psychique, idéalement sans a priori, et de répondre à ce qui constitue l'urgence.

Cette réponse pourra donc être d'abord technique : perfusion, sédation ou simplement offrir un accueil et une écoute voire un lit qui permet une soustraction temporaire du milieu originel.

Cette première rencontre est importante car elle se situe au moment critique, celui où l'hôpital apparaît indispensable et que les circonstances aiguës de l'admission peuvent apporter certains renseignements importants mais fugaces comme les raisons immédiates et le moyen d'admission, les accompagnants, l'identité du demandeur, le besoin temporaire d'exprimer des choses et d'être écouté. Ces divers éléments font partie du dossier et peuvent avoir une certaine importance pour décoder, par la suite, la demande réelle du patient.

Une fois le moment critique passé, le rôle de l'urgentiste, ou plus exactement du service d'urgence, est d'accompagner le patient dans sa demande ou son refus de soins spécialisés.

Il n'est pas rare qu'une personne qui recourt aux urgences psychiatriques, une fois la crise passée, ne demande qu'à quitter l'hôpital au plus vite, en refusant de voir le psychiatre ou le psychologue. Dans ce cas, sauf circonstance particulière de la mise en observation forcée, il importe de respecter le souhait du patient après lui avoir présenté les possibilités de prise en charge internes ou externes à l'institution. Cette attitude permet de laisser entrouvertes les portes même si elle n'apporte rien en temps réel et semble préférable à la demande d'une décharge, pourtant parfois indispensable pour autant qu'elle soit circonstanciée.

En pratique, l'accueil des urgences « générales » et psychiatriques est réalisé par le même personnel qui essaye d'apporter écoute et empathie, à défaut d'un accueil spécialisé d'emblée et va proposer, dans un second temps, le recours au psychiatre, soit selon la demande spontanée du patient, soit selon la proposition acceptée. Dans la mesure du possible, cet avis sera donné dans les meilleurs délais par rapport à l'admission pour profiter, si c'est encore possible, du moment de crise qui est sans doute celui où le mot « urgence » à un sens.

Chaque urgentiste garde, dans sa démarche, la notion qu'une urgence d'apparence psychiatrique peut parfois masquer voire simuler une urgence somatique ; qu'un comportement étiqueté hystérique peut être la traduction clinique d'une urgence organique sérieuse. Son rôle est alors d'affiner le plus précisément possible un diagnostic pour réaliser un « tri » efficace.

L'urgence psycho-sociale dans le champ hospitalier et psychiatrique

Cela fait à peine 33 ans que la Belgique, passablement à la traîne, a décidé de rattacher les asiles à la Loi sur les Hôpitaux. Jusque là, l'hospitalisation psychiatrique s'effectuait essentiellement dans les asiles d'aliénés devenus hôpitaux psychiatriques, ainsi que dans quelques cliniques psychiatriques privées.
Les choses ont bien changé depuis. Les urgences psychiatriques ont suivi la montée générale des urgences médicales.
Aujourd'hui, près de 80% des urgences psychiatriques arrivent dans les hôpitaux généraux, qu'ils soient ou non pourvus d'un service de psychiatrie spécifique.
Concrètement, comment cela se traduit-il sur le terrain ? Pour l'usager ? Le soignant ? Et quelles réflexions peut-on en tirer en terme d'accessibilités aux soins en santé mentale ?
Tentative de réponse au départ d'une infrastructure de « petite » taille dans la cité des 5 clochers.

Henry DUPONT
Psychiatre au CHR de Tournai

Les services d'urgence des hôpitaux sont confrontés quotidiennement aux urgences psychiatriques et ce n'est pas seulement le fait des grandes métropoles, qui sont cependant au premier chef concernées : les villes de toutes tailles n'y échappent pas ou n'y échappent plus. De ces urgences psychiatriques, 30 % environ représentent des décompensations de pathologies psychiatriques évoluant au long cours : états maniaques, dépressions mélancoliques, épisodes délirants aigus chez les psychotiques, acting-out de personnalités border-line… Cela, c'est le domaine de la psychiatrie en urgence. Les 70 autres %, sont l'expression clinique de situations de crise individuelles liées à des réalités psycho-sociales ou des situations de crise au sein des couples ou au sein des familles[1]. On se trouve ici dans le champ très vaste de la psychiatrie sociale ou encore dans ce que certains appellent la détresse psycho-sociale.

Beaucoup de ces situations, en particulier les crises de couple ou les crises de famille, correspondent à des troubles de la communication à l'intérieur d'un système et c'est le système qui, à un moment déterminé, ne trouve plus le moyen ou l'énergie pour s'adapter à un conflit et « éjecte » en quelque sorte le plus faible, c'est-à-dire celui qui supporte le plus mal la situation de crise et qui ne trouve plus l'aide dans la cellule familiale ou dans la famille élargie (celle-ci, souvent, n'existe plus qu'en simple façade). Le patient-entrant est alors celui qui est passé à l'acte (tentative de suicide, acte de violence, crise éthylique aiguë, consommation de drogues) parce qu'il ne peut plus croire ou faire confiance aux possibilités de la parole dans le cercle familial. En filigrane, c'est la problématique de nombreuses familles fonctionnant en cellule monoparentale ou sous forme de famille recomposée et fragilisée.

Il est souvent très malaisé, lorsque l'on aborde une urgence psychiatrique, de poser un diagnostic nosologique précis. C'est qu'il y a en effet une multitude de motifs indirects qui ont précipité la demande : on doit même souvent constater que ce n'est pas en soi la pathologie du sujet–entrant qui a dépassé un seuil mais plutôt que le seuil de tolérance de l'entourage, y compris parfois l'entourage médical, a été franchi face au mal-être du patient, du couple ou de la famille. Il n'est donc pas inexact de dire que, dans un certain nombre de cas, la crise du patient-entrant est en fait la crise du contexte.

Solutionner, tout, tout de suite ?

Les crises psycho-sociales renvoient à une multitude de facteurs On peut, à ce sujet, s'interroger sur le rôle, aujourd'hui moins déterminant, du médecin de famille. Ce n'est pas par pur hasard si quelqu'un, ou un couple, ou une famille, choisit d'aller aux urgences d'un hôpital plutôt que chez le généraliste et, a fortiori, plutôt que chez le psychothérapeute ou le thérapeute de couple.

Le développement des services de garde hospitaliers ouverts 24h/24, prolongeant en quelque sorte les services d'aide médicale urgente, et leur médiatisation spectaculaire ont contribué à imposer dans le grand public l'idée de l'hôpital comme lieu susceptible d'une prise en charge immédiate du problème, sans délai d'attente, avec l'appoint obligé d'une technicité sans faille. Tout cela correspond bien à nos schémas de pensée, volontiers réducteurs, et à l'incapacité de notre temps à pouvoir différer la frustration.

Dans les grandes villes, l'orientation de personnes immigrées vers des zones systématiques ou vers des quartiers repoussoirs, avec la conséquence de véritables ghettos urbains,

crée des situations anarchiques échappant aux pouvoirs publics, et cela, malgré les discours officiels souvent lénifiants. Pour les populations de ces zones urbaines, les services d'urgence des centres hospitaliers représentent les seuls véritables points de référence, bien loin de la fidélisation à un médecin de famille et à des années-lumière des réseaux psychiatriques.

S'acquitter des trop plein ?

Il faut bien en convenir : les urgences des hôpitaux sont de plus en plus sollicitées pour panser les plaies de nos sociétés : toxicomanes, SDF, perturbateurs en tout genre de l'ordre public… Les services de police ont pris l'habitude d'y déposer ces gens étiquetés « malades » parce qu'ils ne savent pas trop que faire d'eux. Pas assez perturbants pour aller en prison, pas assez bien pour rester auprès des bons citoyens … Alors, pourquoi pas la garde de l'hôpital ? L'ambiguïté du rôle des urgences commence ici…

Il faut d'abord que les urgences ne soient pas, par excellence, le lieu « **où la pensée ne se pense plus et où l'exhortation à agir est constante** ». Il faudrait que les urgences ne soient pas le simple vidoir, l'évacuateur mécanique des trop-pleins :

- de la **police** : vis-à-vis des personnes dérangeantes et simplement bizarres.

- des **juges** : qui tiennent la garde de l'hôpital pour un dépôt transitoire quand ils somment des toxicomanes d'entreprendre un traitement psychiatrique s'ils ne veulent pas terminer leur course à l'ombre.

- des **familles** : qui souhaitent annuler leur souffrance et qui exigent des urgences d'admettre le patient-désigné dans un hôpital promu au rang de liquidateur des tensions…

Quelqu'un a écrit, avec pas mal de justesse : « **dans l'imaginaire collectif, seule la taille de l'énorme machine hospitalière autorise à pouvoir lui confier en dépôt les énergies destructrices dont on cherche à se débarrasser** »…

Il faut pouvoir se positionner à contre-courant de la dynamique trop souvent présente aux urgences qui est une logique du vide. Une bonne garde serait une garde vide. Vide dans le sens où le plein est toujours à venir…

Le face à face : usager/soignant

Bref, voilà donc des gens en crise qui arrivent aux urgences…

Le médecin qui les reçoit est généralement urgentiste, interniste, ou résident (BMA). Il n'est pas de mon propos de dire que ces médecins ne se sentent pas concernés où sont hostiles à ce type de pathologie, bien que de telles attitudes ne soient pas vraiment exceptionnelles. Il faut convenir que, sauf exception, ils y sont peu formés et que coulés dans le moule d'une médecine technicienne triomphante, ils ont peu de goût pour les hurlements, la violence, la puanteur, la sexualité débridée… La question fondamentale de l'institution hospitalière est souvent linéaire, répondant à un souci d'ordre médico-légal : **peut-on prendre le risque de laisser repartir le patient ou doit-il être hospitalisé ?** Dans cette logique, le recours au psychiatre s'impose donc, ou devrait-on dire, devrait s'imposer. Ce n'est pas toujours le cas et ce n'est pas toujours possible ; soit l'hôpital a un service de psychiatrie et, dès lors, il a un psychiatre appelable, soit l'hôpital n'a pas de service de psychiatrie et il a alors peut-être un psychiatre appelable…

Le délai d'intervention du psychiatre de garde est souvent long : non seulement le patient ou le groupe qui accompagne le patient le vit très mal, mais aussi le personnel du service d'urgence dont la tolérance à ce type de problème est inversement proportionnelle aux nombres de cas somatiques qui le mobilisent dans le même temps. Le psychiatre de garde n'est pas que rivé à son téléphone : généralement, il est en consultation et il n'est pas aisé de tout planter là pour s'encourir au chevet des appelés de la dernière heure… Résultat : le psychiatre n'arrive, quand il arrive, qu'avec un certain délai. Le patient et les éventuels accompagnants doivent refaire le tour du problème avec le psy, dans une tension ou une irritation accrue par l'attente. Pour certaines urgences, qui ne sont pas de nature désespérée, quand le psychiatre arrive, le patient a déjà quitté la clinique… S'il est toujours là, le risque est grand que, pris par la hâte, par l'obligation, le psychiatre hospitalise un peu vite ou alors renvoie le problème à un hypothétique suivi ambulatoire. Tout démontre que l'hospitalisation faite après une anamnèse rapide, voire bâclée, est bien moins fructueuse que celle qui a été correctement balisée et bien délimitée.

De toute façon, l'image du psychiatre sort le plus souvent écornée des salles d'urgence. Apparition tardive, légèreté, dilettantisme sont les qualifications les plus acceptables… Ce n'est pas toujours faux, mais le personnel de l'urgence ne doit pas non plus s'exonérer trop aisément de sa propre réflexion, d'une introspection vis-à-vis de l'urgence psychiatrique et surtout psycho-sociale. Il ne doit pas non plus négliger cette idée sous-jacente chez quelques-uns d'entre eux que le psychiatre est avant tout l'élément capital de la fonction de vidange de l'urgence…

Le scénario peut être pire parfois : la psychiatrie sans psychiatre. L'hôpital sans psychiatre appelable : il y a bien un ou plusieurs psychiatres consultants, mais qui ne sont pas authentiquement intégrés à la garde. Les décisions prises face aux urgences psychiatriques sont alors le fait de non-psychiatres, un peu comme si une décision opératoire était prise par un non-chirurgien…

Ce n'est pas tout. Psychiatre présent ou pas, on n'est pas tout à fait au bout de ses peines quand l'hospitalisation ne peut se réaliser.

- Il y a le patient qui ne consent pas à son hospitalisation et veut s'en aller alors qu'il serait logique qu'il soit hospitalisé.

- Il y a le patient pour qui il n'y a plus de place en psychiatrie et qui doit dès lors être admis dans un autre service. Avec l'évidente mauvaise humeur, voire le rejet des médecins du service appelés à la rescousse.

- Il y a le patient en état d'agitation, voire de fureur, et dont l'état s'accorde mal à l'hôpital général, qui devrait donc être admis dans un service réputé plus fermé. Un hôpital psychiatrique par exemple… La suspicion, pas forcément illégitime, d'être mis en présence d'un cas difficile, voire foireux, dissuade très généralement l'hôpital sollicité de donner son aval à la demande, tout au moins dans le délai rapide qui est implicitement souhaité. Si c'est un hôpital psychiatrique qui est sollicité, il est préférable que le psychiatre demandeur ait noué de longue date de bons contacts personnels avec le psychiatre de garde à l'hôpital psychiatrique, faute de quoi, ce dernier risque de n'avoir qu'une médiocre sollicitude vis-à-vis de son confrère, à qui, le cas échéant, il ne se fera pas faute de rappeler qu'il est aussi « service A »…

- Il y a le patient pour qui, tout bien pesé, on estime qu'une mesure de mise en observation, c'est-à-dire un placement d'office, s'imposerait. La compréhension des situations psychiatriques par les juristes est éminemment variable d'un juriste à l'autre, d'un substitut à l'autre. Sauf notable exception, cette compréhension est de caractère minimaliste. Un juriste peut avoir le sens de l'urgence, encore faut-il arriver à le convaincre qu'il s'agit de maladie mentale. La situation peut devenir kafkaïenne hors des heures ouvrables ou encore durant les week-ends. Elle l'est encore un peu plus si le médecin dépêché sur les lieux par le Procureur du Roi entreprend d'avoir, sur la situation psychiatrique, des états d'âme peu en phase avec ceux du psychiatre demandeur…

- Il y a bien sûr l'arrivée généralement impromptue, toujours dans le malaise, des toxicomanes de toutes natures. Les urgences, même réelles, posées par les toxicomanes sont souvent celles qui sont les plus mal abordées par les urgences, tout personnel confondu. Même aussi par les psychiatres… Il n'est pas exceptionnel que le simple vocable de toxicomanie signifie le refus d'hospitalisation et, force est d'admettre que les toxicomanes, eux-mêmes, désorganisés, imprévisibles, voire manipulateurs, contribuent par leur comportement aux rejets dont ils sont finalement victimes.

- Il y a les patients à malentendus, c'est-à-dire ceux pour qui l'attitude de l'hôpital va constituer un malentendu. Un malentendu qui concernera soit le patient, soit son entourage, soit encore le médecin-traitant vexé par l'attitude hospitalière. Exemple : l'alcoolique qui n'a pas d'envie personnelle de sevrage mais qui est amené par sa famille excédée. L'entourage ne comprend guère que la clinique n'accepte pas illico celui qu'il a eu tant de peine à amener jusque là. La famille fait si mal le partage entre la crise éthylique aiguë et la motivation au sevrage…

Améliorer l'offre en santé mentale ?

Tout cela n'est pas propre à Tournai, à Mouscron ou à Ath. Les mêmes problèmes se retrouvent sans doute en bien d'autres lieux, avec de simples nuances de déclinaison.

Est-il logique aujourd'hui que trois cliniques à Tournai, sans même compter l'hôpital psychiatrique, accueillent des urgences psychiatriques en agissant chacune pour son propre compte, avec ses moyens et ses lacunes propres, sans la possibilité d'une garde psychiatrique intégrée ? Une telle garde est sans doute difficile à mettre sur pied comme il est utopique d'avoir en permanence un psychiatre sur place dans chacune des cliniques. Mais est-il logique que, sur le même espace carré, chacun tire sa petite couverture à soi, avec si peu d'interconnexion avec ceux d'à côté parce que précisément ils sont d'à côté ? Est-il logique que les liens de l'hospitalier et de l'extra-hospitalier soient si lâches qu'il faut des journées de colloque pour leur rendre vie avant d'être remis en veilleuse jusqu'à l'occasion suivante ? La notion de réseau, qui évoque si fortement la maille et la trame, a-t-elle un sens autrement qu'à travers un concept de philosophie psychiatrique ?

Il est clair que l'hospitalocentrisme existe. Mais certaines structures extra-hospitalières, si promptes à dénoncer cet hospitalocentrisme et les démesures qu'il suscite, ne doivent-elles pas aussi s'interroger sans complaisance sur leur lenteur et parfois leur inconséquence ? L'assistance sociale qui refait parfois son unité lézardée dans une dénonciation anecdotique des errements médicaux, donne-t-elle toujours la pleine mesure de son temps et surtout de son efficacité ?

Utopie ou absence de volonté ?

Nous n'arriverons à rien de mieux que ce qui est aujourd'hui si nous persistons à rester chacun dans notre coin et à fonctionner en vase clos, n'ouvrant le vase qu'en cas de débordement aigu… Si nous pensons vraiment que les situations de crise psychiatrique peuvent et doivent être mieux gérées, il faut changer les choses. Ces urgences psychiatriques un peu bâclées, un peu trop vite conclues en hospitalisation, cette dimension polymorphe de la crise qui nous échappe dès l'entrée parce que nous n'avons pas simplement le temps de l'entretien, ces renvois à un aléatoire suivi ambulatoire, ce temps « social » de la crise qui ne sera pris en compte qu'avec une latence souvent bien trop grande, tout cela fait un travail dont nous mesurons bien, profondément, l'insuffisance.

Il y a pourtant une faisabilité à l'urgence psychiatrique si l'hôpital consent à lui donner plus de sens et si le dialogue s'étoffe entre psychiatres et urgentistes. Bien sûr, cela a un coût et ne sera peut-être pas toujours facile. Est-ce pour autant pure utopie que de concevoir une garde psychiatrique intégrée au départ des compétences et des bonnes volontés de chacun ? ●

[1] Ces chiffres sont extraits de la littérature : réf. bibliographiques 3, 10, 11, 33

Penser l'urgence

La plupart des services d'urgence sont tentés de réduire l'état de crise des usagers qui ont recours à l'urgence de manière à renvoyer, chez eux, des patients « stabilisés ». Stabilisés ?
Peu à peu, des initiatives nouvelles se mettent en place pour accorder une autre attention à ces situations, leur accorder le temps nécessaire, leur donner sens.
Inscrire aussi, si nécessaire, un début de prise en charge dans une perspective à plus long terme.
Exemple à Liège, au Centre Hospitalier Régional La Citadelle et au Sicup, au Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi.

Rencontre avec
Eric Adam,
Psychologue, Coordinateur du service d'urgences psycho-médico-sociales
CHR La Citadelle à Liège

Propos recueillis par Sylvie Gérard, IWSM

Qu'est-ce qui fait la spécificité de votre service d'urgences ?

Le Centre Hospitalier Régional La Citadelle comprend un service d'urgences générales qui accueille en moyenne, chaque jour, 220 urgences mais aussi un service d'urgences psycho-médico-sociales qui dépend à la fois du service de psychiatrie et du service d'urgences dans lequel il est intégré pour une question d'accessibilité aux soins. 13 à 14 % des urgences y sont traitées, cela représente en moyenne 25 urgences psychiatriques par jour, ce qui fait de nous l'un des plus gros services d'urgences psychiatriques d'Europe.

Vous dites être à la pointe des services d'urgences sur le plan belge et même européen. Qu'est -ce qui vous différencie des autres services ?

L'offre est différente tant en termes d'infrastructure que de personnel. Nos services sont assez comparables en Belgique à ceux de Saint - Luc et de Saint - Pierre à Bruxelles.

L'équipe du service d'urgences psycho-médico-sociales se compose, en équivalents temps pleins : de six psychologues, d'un coordinateur et, en équivalent mi-temps, d'un assistant social et d'un éducateur de rue. Cela nous permet d'assurer la permanence d'un psychologue 24h sur 24, en plus d'un psychiatre de garde[1], présent de 8h à 18h, cinq jours sur sept, et rappelable 24h sur 24.

Quand je reviens d'un colloque à Montréal et que j'entends les américains donner leurs critères de qualités des services d'urgence, on est pile poil dedans.

C'est-à-dire ?

Le fait de travailler en équipe pluridisciplinaire nous permet de garantir une approche médico-psycho-sociale professionnelle.

Cela se traduit comment pour l'usager ?

La personne en demande d'aide est d'abord reçue par le psychologue qui fait tout un travail d'analyse de la demande. Nous cherchons à mettre en lumière ce qui a contextualisé le passage aux urgences. Le travail est également axé sur la thérapie de crise où l'on apaise la souffrance tout en se servant de ce moment comme levier thérapeutique pour initier des processus de changements qui amèneront la personne à une meilleure gestion de la crise.

Dans un deuxième temps, le psychiatre intervient et complète l'approche diagnostique et thérapeutique. Commence alors un travail de concertation avec l'usager, le psychiatre et le psychologue sur le devenir de sa problématique et de sa demande.

Ce travail de concertation repose sur un principe de triangulation qui est inhérent à toute notre approche (la triangulation entre le patient, l'interniste et le psychologue pour les urgences somatiques dans le cadre notamment de tentatives de suicide ; avec le patient, le psy et le réseau extérieur pour préparer le retour à domicile, …).

Nous avons aussi développé 3 types d'outils pour effectuer ce travail d'urgence.

Le premier outil, c'est ce que l'on appelle **le suivi de crise**. C'est un service que l'on rencontre peu dans les services d'urgences « classiques » et qui offre la possibilité à l'usager de revenir quelques jours après son passage aux urgences, pour un suivi dans nos locaux. C'est assez important en terme d'adhérence aux soins.

Ces consultations sur rendez-vous sont généralement assurées par le psychologue qui a réalisé le premier entretien avec le patient, en partenariat avec le psychiatre. Cela permet d'affiner le diagnostic, d'évaluer s'il a été possible d'aider concrètement la personne en urgence et de mettre en exergue tous les mécanismes sous-jacents à la crise afin d'établir ce qu'il y a lieu de mettre en place.

Le second outil, c'est **l'unité de crise**. C'est une unité spéciale de 4 lits qui permet une hospitalisation de courte durée (5 jours maximum). Pour le moment, c'est un projet pilote du Ministère de la Santé qui concerne

essentiellement les problématiques liées aux assuétudes. Très prochainement, vraisemblablement en 2006 ou 2007, nous allons pouvoir étoffer ce service et passer à 10 lits (issus de la reconversion de lits C et D) qui seront proposés aux personnes qui évoluent dans un environnement qui n'est pas suffisamment soutenant que pour envisager d'emblée un travail en ambulatoire mais suffisamment présent ou pas assez dégradé que pour envisager une hospitalisation de longue durée. Le fait d'avoir une unité de crise est pour nous un critère de qualité. Ce service fonctionne avec une équipe composée d'un psychologue, de 6 infirmières et d'un case manager. Cette personne s'assure que la trajectoire de soins négociée dans le service d'urgences tienne la route ; que le retour à domicile et le suivi en ambulatoire soit possible. Cet agent de suivi fait donc le lien, là où généralement l'usager est livré à lui-même. Il pourra notamment questionner le refus d'un accompagnement extrahospitalier ; interroger le problème rencontré dans le service, lui donner sens ; accompagner les personnes qui présentent de plus grandes pathologies psychiatriques et qui ont plus de difficultés à s'intégrer.

Il y a 2 psychologues qui occupent cette fonction chez nous. Il ne s'agit donc pas de s'assurer que le patient a un hypothétique rendez-vous hors hôpital mais de mener tout un travail sur le lien.

Nous avions également mis en place un groupe de crise qui poursuit le même principe que le suivi de crise individuel mais sur le mode de thérapie de groupe. Cet outil n'est plus, pour l'heure, fonctionnel mais il pourrait être ré-actionné si nos ressources, notamment en terme de personnel, nous le permettent. Ma priorité, actuellement, est de pouvoir asseoir correctement le projet de base en assurant un service de garde, 24h sur 24, par nos psychologues. C'est le cas depuis le 1er avril et nous souhaitons maintenir cette permanence.

Enfin, dernier outil mis en place, c'est **le travail de réseau**. Nous avons créé récemment une plate-forme de services d'urgences qui regroupe 3 centres hospitaliers : universitaire, chrétien et régional, qui partagent les mêmes outils réseau.

C'est un outil à part entière car le travail en réseau a été très formalisé. Moi, ce que je voulais éviter, c'est la logique du « bottin social ». Une personne se présente et, en fonction de l'intervenant qu'elle a en face d'elle, se voit préconiser un type d'orientation qui aurait été peut-être tout autre si elle avait été chez un autre intervenant. En matière d'accessibilité aux soins, cela pose question. Je suis d'ailleurs interpellé face au fait que des patients qui ont des maladies psychiatriques graves, des psychoses notamment, se retrouvent dans des abris de nuit alors que des patients qui ont des pathologies dites plus psycho-sociales se retrouvent dans les hôpitaux psychiatriques. C'est assez particulier !

Comment se traduit ce travail de réseau ?

Il est axé sur 3 principes particuliers :

Un principe de territorialité qui n'est pas celui de secteur de la psychiatrie française mais qui se base sur la notion de territoire virtuel qui englobe l'ensemble des liens sociaux qu'un patient a pu tisser sur un territoire donné, qui est souvent celui lié à son domicile mais pas forcément.

Pourquoi cette notion ? Parce que l'on va travailler, au travers de nos entretiens, sur la revalorisation des liens résiduels.

Ce travail de réseau se base aussi sur un **principe de pluri-orientation** pour dépasser le face à face soignant-soigné et proposer une approche beaucoup plus pragmatique par rapport aux difficultés vécues par l'usager. Approche qui ne relève peut-être pas spécifiquement du soin ou de la thérapie mais qui peut être liée à une difficulté de réinsertion qui ne trouvera pas réponse dans le cabinet d'un psy privé. Il nous arrive parfois de travailler, au départ des urgences et dans le cadre de ce travail de réseau, directement avec des Centres de Réadaptation Fonctionnelle. Il s'agit donc de veiller à ce que tous les professionnels et/ou services qui sont approchés répondent réellement aux besoins de la personne et de pointer ce qui parfois, dans une dynamique institutionnelle, a fait défaut au point d'amener la personne aux urgences. Car le recours aux urgences peut être l'illustration de défaillance du système de soins. Certains services sont parfois mis a mal par les patients qui ne trouvent pas leur « compte » dans ce qui leur est proposé, ce qui soulève la question plus large de l'offre et de l'accessibilité aux soins en santé mentale.

Nous avons donc choisi, et c'est le 3ème principe de notre approche en réseau, de travailler essentiellement avec des **partenaires** avec lesquels nous sommes **conventionnés**, de manière à affiner notre procédure selon un mode opératoire précis.

Pour prendre un exemple : qui est responsable du patient résident à Flémalle qui se présente aux urgences un vendredi à 19h30 ? Le Service de Santé Mentale de la région peut se présenter comme tel mais dire : « je ne serai « responsable » que lundi parce que je n'ai pas les moyens de travailler le week-end ». Notre service d'urgence qui est accessible le week-end peut assurer le relais mais ne serait-il pas nécessaire qu'un professionnel de ce SSM s'assure préalablement de la pertinence de cette approche ; fasse lien entre l'hôpital et l'ambulatoire et assure en quelque sorte la triangulation indispensable à une bonne prise en charge et à un suivi effectif ?

Ce mode de fonctionnement est-il opératoire aujourd'hui ?

Il l'est avec le SSM de Flémalle, avec le Siajef qui a une unité disponible pour nous tous les jours, avec les centres de réadaptation fonctionnelle de l'AIGS qui se présentent régulièrement ici en entretien de triangulation, avec des services sociaux qui, finalement, gèrent une patientèle psychiatrique lourde avec très peu de moyens. Nous travaillons avec les partenaires qui sont preneurs. Tous ne le sont pas.

Y a- t- il un partenariat avec d'autres services de santé mentale ?

Quasiment pas. Nous travaillons avec quelques centres qui ne sont pas tous agréés par la Région wallonne et qui, paradoxalement, n'ont pas l'obligation de travailler en réseau avec l'urgence comme le Siajef par exemple. Nous collaborons aussi avec le centre Alpha ou le Clips[2].

Est-ce que cela veut dire qu'il y a un chaînon manquant de ce côté-là ?

Non, car cette logique laisse sous-entendre qu'il faut mettre de l'argent pour créer un nouveau centre qui fait lien avec les autres et, plus on en crée, moins il y a de liens, donc …

Peut-être ne faut-il pas créer mais améliorer ?

Personnellement, je pense qu'il y a une disproportion entre les moyens alloués au secteur hospitalier et les moyens alloués au secteur ambulatoire. On ferait sans doute mieux de fermer une partie des lits pour développer l'offre dans le secteur ambulatoire. Mais je pense aussi qu'il y a un très gros problème dans les SSM sur leur manière de fonctionner, notamment en matière d'urgence.

L'urgence met le réseau sous tension et il y a, selon moi, deux manières possibles de la gérer.

Soit on la gère dans une logique d'exclure le plus poliment possible le patient, avec un vigile ou un psy ; soit on gère l'urgence en se disant : « Ce patient nous interpelle par rapport à une problématique de réseau, pourquoi vient-il chez moi aujourd'hui alors qu'il a un psychiatre, un médecin traitant ; qu'il sort d'une longue hospitalisation dans un Centre Hospitalier Psychiatrique » ? Comment le travail est-il organisé dans le secteur ambulatoire et hospitalier ? Comment envisage-t-on la notion de continuité de soins en psychiatrie ?

Si l'on considère ce questionnement et que l'on interpelle les personnes concernées, on met le réseau sous tension. Apparaissent alors ceux qui ont une politique de prise en charge des urgences dans une optique de continuité des soins et ceux qui n'ont pas du tout envie d'être dérangés. A cela s'ajoutent des divergences d'intérêts, des guerres d'école toujours d'actualité en psychiatrie. Je pense que quand on est gestionnaire d'un hôpital psychiatrique ou directeur médical d'un CHP par exemple, on peut très bien se dire : « oui, je conçois qu'il ne faut pas garder des troubles psycho-sociaux pendant six mois au CHP mais, en même temps, il faut absolument que je remplisse mes lits car si je n'ai pas assez de « clients », je suis en déficit ». Comment concilier ces deux logiques ?

Cette tendance aussi que l'on a d'exclure des patients « dérangeants » : dans nos services, nous devons tous les jours veiller à ne pas contribuer à cette exclusion !

Ce travail de réseau peut aussi, bien sûr, se développer en amont et avoir une visée plus préventive en encourageant un partenariat avec des généralistes ou d'autres structures d'urgences comme l'urgence sociale,…

Le travail des urgences à la Citadelle est d'ailleurs rendu possible par la subvention qui est octroyée dans le cadre de Contrats de sécurité de la ville et avec le relais social du CPAS de Liège qui finance une grosse partie de l'équipe de psychologues mise en place.

Est-ce que cela encourage une politique concertée des soins de manière à rendre chaque intervenant complémentaire ?

Oui, et cela nous permet aussi de sensibiliser le politique à ces problématiques. On a ainsi pu créer l'Observatoire liégeois qui est une plate-forme de concertation transdisciplinaire et transectorielle sur les assuétudes. Nous sommes aussi partenaires du développement d'une polyclinique à Lantin avec la mise en place d'une série d'initiatives qui sensibilisent à la santé mentale des détenus.

Est-ce que vous savez ce que deviennent les personnes qui sont passées aux urgences chez vous ?

On a mis en place, dans notre pratique de réseau et toujours dans le cadre de conventions, un système d'évaluation qui nous permet d'estimer, périodiquement, si les partenariats mis en place sont opérants. Est-ce que l'on a fait un bon travail diagnostic ; un bon travail d'orientation ? Notre objectif n'est pas atteint si la personne arrive à la porte d'un autre service. Il est atteint si la personne bénéficie réellement des soins dont elle a besoin ce qui suppose préalablement, et c'est de notre responsabilité, un bon accueil, un bon diagnostic, un bon travail de crise et une bonne triangulation. Ce sont les ingrédients pour réussir le transfert du transfert.

Quels sont les résultats de ces évaluations ?

Ils sont très variables. Un de nos meilleurs résultats, c'est le partenariat mis en place avec le Centre de Réadaptation Fonctionnelle. Depuis que l'on travaille en réseau et que l'on assure un lien et un suivi entre nos deux services, 100 % des personnes à qui l'on a conseillé cette orientation arrivent à la porte du CRF et sur ces 100 %, 2/3 entrent en programme et 1/3 le terminent. Cela peut vous paraître très peu comme résultat mais comparé à la moyenne statistique (à peine 1 personne sur 10 arrive à la porte des CRF), c'est vraiment positif. Il y a aussi des services avec lesquels ça ne va pas car on n'a pas tous les ingrédients qui font une bonne collaboration. Par exemple, les services qui ne travaillent pas vraiment dans une optique pluridisciplinaire. Peut être parce que ces services n'ont pas les moyens de travailler avec les urgences ? Peut-être parce que c'est très compliqué pour eux ?

Il y a aussi un paradoxe entre la conception du travailleur ambulatoire qui encourage le travail analytique au long cours et la demande du patient en attente d'une solution rapide. Je pense que l'un comme l'autre se trompe et que c'est la rencontre de ces deux points de vue qu'il faut encourager pour arriver à un terrain d'entente. Peut-être est-ce à nous à l'organiser ?

Y a-t-il un autre élément que vous souhaiteriez mettre en avant dans le cadre de cette réflexion sur l'urgence et l'accessibilité aux soins en santé mentale ?

Deux choses importantes : des aspects organisationnels, structurels, la manière dont est répartie l'offre de soins et la possibilité d'y

accéder.

Faites un test : téléphonez dans un SSM de Liège, dites que votre médecin traitant vous recommande un entretien…, vous verrez les délais. Téléphonez en polyclinique pour rencontrer un psychiatre, vous n'aurez pas un rendez-vous rapidement.

Cet aspect n'est pas propre à l'urgence, il est lié à l'organisation des soins.

Je viens de terminer une grosse étude sur le suicide avec le CHR sur 600 patients. 80% des patients qui ont fait une tentative de suicide ont vu un intervenant en santé dans le mois qui précédait, en moyenne 8 jours avant leur tentative de suicide. 60 % ont vu un médecin traitant, 30 à 40 % un médecin-psychiatre, 10 % sortaient d'une hospitalisation psychiatrique dans le mois.

Qu'est-ce que vous en tirez comme conclusions ?

Indéniablement, que l'accessibilité aux soins pose question. Je pense que l'on est dans une organisation des soins qui ne correspond plus aux problèmes et aux pathologies des gens, mais je ne suis peut-être pas assez neutre pour élaborer une théorie sur le sujet…

Je dirais, de manière générale, que dans le cadre d'un processus de désinstitutionalisation de la psychiatrie, on est passé de la dictature asilaire où l'on hospitalise et médicalise à tour de bras à la dictature du projet où, au bout de 3 jours, on renvoie la personne chez elle en lui demandant : quel est ton projet ?

Il ne faut pas s'étonner que les personnes en souffrance se retrouvent dans les interstices de l'offre de soins, c'est-à-dire, les services des urgences et les services sociaux. Il faut sortir d'une logique psychothérapeutique pure. On est dans une approche très linéaire où chacun travaille de façon très individuelle sur un créneau et pourtant, on est de plus en plus confrontés à des troubles dépressifs, anxieux qui sont directement liés au contexte, au marasme socio-économique et culturel. Nous devons aujourd'hui développer une visée commune qui tienne compte de ces questions de santé mentale et développer une approche qui aide réellement la population ●

[1] Le service d'urgences psychiatrique travaille aussi avec un équivalent temps plein psychiatre et avec un équivalent temps plein assistant psychiatre.
[2] Le Centre Alpha et le Clips sont deux services de santé mentale.

En 1992, l'Hôpital Vincent Van Gogh a été choisi par le Ministère de la Santé avec Brughman (Bruxelles) et Stuyvenberg (Anvers) pour participer à une étude pilote d'urgences psychiatriques et d'unité de crise (Sicup)[1]. Ici, contrairement au CHR La Citadelle, le service d'urgences psycho-médico-sociales est distinct du service d'urgences générales, tout en étant également accessible 24H sur 24. Les infirmiers y tiennent un rôle de première ligne : ils sont appelés à examiner la demande, à la décoder si nécessaire, à faire un bilan de la situation du patient et de ses ressources potentielles. Un référent urgentiste est chargé de l'évaluation médicale ; quant au psychiatre, il finalise l'anamnèse, pose un diagnostic et propose des pistes de suivi.

Il s'agit donc, prioritairement, de s'assurer que la personne ne présente aucun danger pour elle ou son entourage. S'il n'y a pas un réel état de crise, dans le cas de demandes de sevrage par exemple, la personne est invitée à rencontrer un ergothérapeute ou un assistant social qui regardera comment orienter au mieux sa demande vers une aide adaptée.

Le Sicup a été mis en place pour réduire le nombre d'hospitalisations notamment dans le cas de souffrances psycho-sociales.
L'objectif semble atteint. En moyenne, chaque année, 3.600 personnes ont recours à ce service.
60 à 70% d'entre elles repartent sans avoir fait l'objet d'une hospitalisation. Elles ont toutefois la possibilité, en situation réelle de crise, de séjourner dans le service à concurrence d'un maximum de 72h[2], le temps de se « poser », de mettre en mots leurs difficultés, de pouvoir prendre du recul, d'être entendues, apaisées.

Outre un diagnostic psycho-médico-social réalisé par une équipe pluridisciplinaire, il est donc proposé à la personne en souffrance d'avoir un point d'ancrage qui lui permette d'instaurer ou de restaurer un dialogue et d'impulser un suivi avec les professionnels extérieurs pour qu'ils assurent le relais. Reste à savoir si ce relais est effectif, adéquat ; si la personne se présente à la porte d'autres services, si elle y est accueillie et si cela correspond réellement à ses besoins. Aucune évaluation ne permet à ce stade de le confirmer. Une lacune à combler ? « Le nombre de consultants est en augmentation. Notre service, en raison de l'offre particulière qu'il offre, est confronté à des problèmes de place. Cela laisse peu de temps pour s'enquérir du devenir des patients », nous répondent personnel et direction. Une évaluation n'est donc pas à ce jour envisagée, à moins de bénéficier d'un budget spécifique. Elle s'effectue de manière informelle précise-t-on encore, dans le cadre de réunions de coordinations qui rassemblent, périodiquement, les différents partenaires hospitaliers et extrahospitaliers du territoire sur le travail réalisé en « toxicomanie » ou en « pédopsychiatrie » par exemple.

[1] Voir à ce sujet l'article en pages 40 et 41 du dossier « Adolescence et conduites à risques » publié en septembre 2004 dans Confluences n°7.
[2] Le Sicup a un potentiel de 4 chambres individuelles, 2 chambres de contention (sous surveillance caméra pour les personnes présentant des états de confusion, d'agitation ou qui sont sous l'emprise d'un taux élevé d'alcoolémie), et 2 lits monitorisés (pour les personnes présentant un surdosage aux médicaments). Une salle de séjour et une salle d'attente complètent l'infrastructure de cette unité.

De la clinique de la souffrance à la clinique du sens

Danièle Zucker[1],
Docteur en psychologie,
licenciée en philosophie.
Responsable pendant 15 ans du Service de l'Unité de crise et d'urgence psychiatrique au CHU Saint-Pierre à Bruxelles

Interview réalisée par Sylvie Gérard, IWSM

Qui sont les patients en crise qui arrivent au service d'urgence psychiatrique et qu'est-ce qui fait crise chez eux ?

Aux urgences, on rencontre tout public et toute problématique.
Le service des urgences est un excellent baromètre des problèmes de société. Il se fait le reflet de toutes les problématiques actuelles : l'exclusion sociale face à une soudaine flambée des prix dans l'immobilier, des problèmes d'assuétudes avec l'arrivée, sur le marché, de nouveaux produits toxiques, …

La tâche première de l'urgentiste est de faire la part des choses entre les urgences « vitales » et « secondaires ». D'un point de vue médical, on conçoit assez aisément cette distinction mais d'un point de vue psychiatrique, comment opérer le « bon » choix ?

Il est impératif de gérer son temps et de différencier ce qui ressort de la crise et de l'urgence. En urgence psychiatrique, il y a une grande part de subjectivité.
Il y a ce que j'appelle les urgences simples : ce sont les personnes qui ne nécessitent pas, dans l'immédiat, une approche psychothérapeutique. Un alcoolique qui arrive à 3h00 du matin avec une demande de sevrage ne nécessite pas une prise en charge immédiate : cela peut très bien attendre le lendemain.
Il y a les urgences psychiatriques, les décompensations dans le cadre de pathologies chroniques comme la maniaco-dépression. La personne qui se présente sur un mode délirant nécessitera très certainement l'intervention du psychiatre.

Et puis, il y a une troisième catégorie, celle des gens en crise. Tout le monde peut être en crise un jour mais tout le monde ne fait pas la démarche d'aller aux urgences. Certaines personnes ont les ressources psychiques suffisantes pour prendre rendez-vous et patienter 3 semaines si nécessaire. D'autres n'ont pas ces ressources et arrivent aux urgences à bout de souffle. Pour moi, ces personnes signent un comportement psychique particulier et il est important de pouvoir leur proposer une intervention psychothérapeutique.

Quel comportement ?

Je pense que les personnes qui ont peu de ressources intérieures et un réseau peu soutenant ont, le plus souvent, un fonctionnement en « faux-self » pour reprendre le concept développé par Winnicott. Très schématiquement, on peut dire que ces personnes ont pour moteur le regard des autres. Et finalement, à être toujours préoccupé à correspondre à ce que l'on croit que l'autre attend de soi, on ne construit rien à l'intérieur. On se soumet alors à l'exigence de ce que l'on pense détecter chez l'autre. C'est un fonctionnement qui remonte à la petite enfance avec un environnement qui a demandé à l'enfant une adaptation totale qui annihile la construction propre de l'enfant. L'enfant, puis l'adulte qu'il devient, n'a de cesse de s'adapter. Cependant cette adaptation massive peut voler en éclats un jour et amener la personne à craquer très durement. Tout le travail psychothérapeutique consiste alors à ce que le sujet puisse d'abord prendre conscience de ce vide intérieur pour pouvoir petit à petit s'approprier sa propre pensée, ses propres désirs, … C'est un travail qui peut être amorcé aux urgences au travers de quelques rencontres et être poursuivi à l'extérieur dans une consultation. C'est ce que l'on espère mais cela suppose que l'on ait une solide formation de base pour pouvoir faire face à la brutalité des émotions exprimées par le patient. Il faut rester calme et contenant pour que cette phase de détresse aigue laisse la place à quelque chose qui puisse s'élaborer. Cette dimension psychothérapeutique ne rejette pas en bloc toute médication. Elle s'avère parfois nécessaire mais jamais sans réflexion préalable car le risque est d'endormir ce qui fait précisément crise..

Comment s'effectue l'accueil aux urgences ?

L'équipe de l'accueil décrypte la demande et les besoins du patient. Si c'est une personne en crise, on travaille ce moment de crise en prenant tout le temps nécessaire. D'où la nécessité de bien distinguer ce qui fait crise et urgence, car l'entretien peut durer 2 – 3 heures au risque de voir d'autres patients s'accumuler dans la salle d'attente.

Prendre son temps aux urgences, cela révolutionne l'idée que l'on se fait généralement d'un tel service…

Cela permet de ne pas étouffer la crise, mais au contraire, de tirer profit de ce moment propice au changement. Trop souvent, le patient aux urgences est écouté quelques minutes, hospitalisé, mis sous médication, stabilisé puis renvoyé chez lui. Tout est fait pour le ramener à un état d'avant-crise, pour le calmer. Mais en définitive, c'est le thérapeute que l'on calme, que l'on « préserve ». C'est vrai qu'une personne en crise, bruyante, déstructurée peut « déranger » dans la mesure où elle ne correspond en rien à la nosographie classique. Il ne suffit pas ici de sortir son manuel. On reçoit la crise de façon très abrupte et il faut des épaules solides pour pouvoir se dire : prenons le temps de s'asseoir, de dépasser les symptômes et d'accéder réellement à la personne.

Il s'agit donc, avant tout, de lutter contre les hospitalisations et les médications abusives et de donner à la personne toute son ampleur pour qu'elle puisse retrouver les ressources nécessaires en elle. Et pour cela, c'est clair qu'il faut pouvoir être à même de comprendre dans ses moindres détails la situation actuelle et passée de la personne.

Que permet le moment de crise, en quoi est-il bénéfique ?

La crise laisse émerger l'essence même du sujet. En situation de crise, les gens ont leur système de défense fragilisé. Ils sont dans un tel état qu'on a accès très vite à ce qui fait problème, là où, en entretien classique, il faudrait parfois des années pour y arriver. Et puis, il faut savoir rêver son patient. Parce que quand on le rêve, on est vraiment en contact avec lui, en formulant des hypothèses sur ce qu'il a vécu, sur ce qu'il vit. L'entretien offre cette occasion de rechercher les séquences de vie qui se répètent et de les décrypter. Généralement, les gens pensent que ce qui les amène aux urgences est nouveau, alors que ça n'a rien de nouveau. Il faut alors arriver à mettre en perspective tout un cheminement ; amener la personne à prendre conscience de la part active qu'elle a joué et mettre en évidence les scenarii qui se répètent dans sa vie. Cette introspection et le besoin urgent de changement pour ne plus souffrir, nous donne parfois l'occasion d'assister à de véritables renaissances.

C'est la raison pour laquelle on a trouvé intéressant de travailler la crise jusqu'au bout en proposant 3, 4, parfois 5 entretiens à la personne. Un psy aux urgences ne peut pas se contenter de parler de l'enfance de la personne qu'il a en face de lui. Il lui faut travailler le passé mais aussi le présent et le futur de cette personne.

Dans le cas d'une crise de couple, le conjoint est invité à un entretien. Mais cela peut être aussi la famille, le propriétaire de l'immeuble, le responsable des ressources humaines d'une entreprise. Je pense que la crise est une chance. Quand on ne la saisit pas, quand on tente d'enterrer ce qui se dit à cette occasion, non seulement on ne résout pas le problème mais il y a de fortes chances que la personne se représente plus tard à l'hôpital en vivant, plus difficilement encore, un autre moment de crise.

Ici, on parle des personnes qui se présentent d'elles-mêmes aux urgences, mais il y a aussi toutes les situations où le demandeur est autre, on pense notamment à la famille démunie ou à bout de souffle, aux services de l'ordre, aux intervenants de première ligne dont le seuil de tolérance ou de compétence est dépassé et qui envoient le patient aux urgences.

Le plus difficile ici, ce sont les personnes pour lesquelles l'équipe est réquisitionnée pour donner un avis sur une éventuelle mise en observation. C'est une très lourde responsabilité que de priver de liberté quelqu'un. Passer quelques jours en observation, par erreur, je trouve que c'est très grave et cela peut même être traumatisant d'où l'importance de prendre tous les renseignements possibles. Si vous avez face à vous quelqu'un de délirant, vous n'avez aucune information sur ce qui lui arrive et surtout sur ce qu'il y a lieu de faire. Il y a des renseignements à prendre auprès de la famille, du médecin, des voisins, etc.

Pourquoi, selon vous, l'urgence se dépose-t-elle à l'hôpital ? Pourquoi là et pas ailleurs ?

Le service d'urgence est un entre-deux. Pas tout à fait à l'hôpital mais pas vraiment à l'extérieur non plus. Il est à la porte de l'hôpital. C'est un espace qui comprend un paradoxe, tout comme la crise : les gens ne savent plus fonctionner comme avant, l'antérieur est impossible et le futur incertain.
Probablement que c'est un endroit idéal pour se débarrasser de ce qui dérange : ce qui dérange la société, le magistrat, la police, la famille ou le patient lui-même. Les usagers viennent parfois avec leur valise en nous disant : occupez-vous de moi, prenez-moi en charge mais surtout, ne me parlez pas de moi. Et je pense que c'est parce que c'est un entre-deux que l'on se permet un peu plus.

Le service d'urgence est-il une porte d'entrée aux soins psychiatriques ? Questionne-t-il un problème d'accessibilité aux soins en santé mentale ?

Oui, je pense. Il faut être vigilant à ce que l'urgence ne soit pas le moyen de s'installer dans un système, dans une « carrière » psychiatrique. Les hôpitaux doivent pour cela, à minima, s'informer du parcours des usagers. Cela suppose d'assurer un certain suivi des demandes d'hospitalisation et de médication.

Il faut avoir le courage de ne pas accepter d'hospitaliser des patients simplement parce que ceux-ci le souhaitent. Nous ne sommes pas là pour encourager la chronicité. J'ai toujours considéré les personnes face à moi comme des adultes responsables dotés de ressources, même si pour cela, il est nécessaire de les bousculer et de recevoir parfois en retour leurs réactions de mécontentement.
Et si des patients se refusent à cette réflexion et privilégient la médication abusive, l'hospitalisation à répétition ; je ne veux pas entretenir une carrière sur cela et agir par facilité.

Il est aussi regrettable que les ministres n'aient pas compris que cette approche permet de réduire les coûts de santé. Pendant près de 10 ans, nous sommes parvenus dans l'unité de crise et d'urgence psychiatrique à réduire de moitié les hospitalisations. Je trouve dommage qu'il n'y ait pas plus d'équipes réellement formées et expérimentées, qui développent cette approche en Belgique.

Danièle Zucker est l'auteur de : Penser la crise. L'émergence du soi dans un service d'urgence psychiatrique, publié aux éditions De Boek Université dans la collection Oxalis.

[1] Danièle Zucker est également à l'origine d'un groupe multidisciplinaire (formé de magistrats, policiers, criminologues, …) qui travaille la question des agressions sexuelles. L'objectif est de proposer une série de réformes législatives, d'encourager une meilleure prise en charge psycho-médico-légale des victimes et d'utiliser les méthodes d'investigation les plus pointues pour augmenter les chances d'identifier les agresseurs sexuels. Un ouvrage : Viol, approches judiciaire, policière, médicale et psychologique, reprenant les actes d'un colloque international sur le sujet, est en voie de publication.

Les urgences en hôpital psychiatrique

L'urgence[1], ou du moins son vécu, appartient à la personne en souffrance psychique et à elle seule, même si elle concerne souvent, aussi, l'entourage familial ou institutionnel et le médecin traitant… Dans une région où l'offre de soins reste limitée, l'hôpital psychiatrique est un point de chute pour nombre de situations en crise. Comment de part et d'autre vit-on cette situation ?

Henri Boon
Professeur de l'UMH, Psychiatre,
Coordinateur au Centre Universitaire Provincial[2] La Clairière à Bertrix

En hôpital psychiatrique, la notion d'urgence va de soi. Elle concerne une situation sur trois environ, adressée le plus souvent par un médecin généraliste qui, dans une région encore rurale, joue un rôle essentiel en santé mentale. Ces situations d'urgence recouvrent une multitude de cas de figure, correspondant tantôt à des problèmes psychopathologiques, tantôt à des troubles organiques, tantôt encore à des fragilités liées à des évènements de vie auxquelles s'ajoutent des situations familiales, sociales ou économiques complexes et dramatiques.

L'accueil de la demande

A Bertrix, une **permanence** est assurée 24h sur 24 par un médecin de garde ou, en journée, par une équipe comprenant psychiatre, infirmier, intervenant social et psychologue. Celle-ci rencontre les besoins internes de l'hôpital mais répond également aux demandes urgentes de la région. Un partenariat est notamment établi pour assurer le relais des urgences de l'hôpital général de Libramont. Un nouveau système de **consultation d'accès rapide** est en outre à l'essai, conjuguant réponse rapide au téléphone avec possibilité quotidienne (dans la tranche horaire de 12 à 15h) de rendez-vous d'urgence pour toute personne en difficulté.

L'urgence n'implique toutefois **pas automatiquement l'hospitalisation**. Elle suppose la mise en place d'un dialogue pour faire la part des choses entre la demande et la réponse. Une demande d'hospitalisation peut en effet cacher une demande d'aide ou de soins qui n'a pas pu s'exprimer ou qui n'a pas été entendue auparavant. Elle peut aussi correspondre à une demande de l'entourage à laquelle le patient ne souscrit pas.
Une rencontre s'impose donc pour réfléchir avec la personne à l'aide qui lui conviendra le mieux : en privé, dans un service de santé mentale ou à l'hôpital ? La consultation mise en place à cette fin à Bertrix, avec le regard pluriel qu'elle porte, permet d'ouvrir ce dialogue dans une perspective qui permet de se décaler de l'urgence. Même si l'intérêt de l'hospitalisation se confirme, celle-ci pourra, parfois, être postposée de quelques jours et ainsi être mieux acceptée par la personne qui aura - peut-être - pu en faire son projet. Encore faudra-t-il aussi, dans cette hypothèse, faire la différence entre milieu psychiatrique et section psychiatrique d'hôpital général plus apte, par ailleurs, à intervenir sur l'aspect organique et somatique de certaines urgences.

La décision d'hospitalisation

Une décision d'hospitalisation est toujours difficile, qu'elle soit prise par le patient lui-même, ses proches ou son médecin. Face à l'ambivalence, qu'est-ce qui permettra de faire le bon choix ? La rencontre avec l'usager et ses proches sera décisive. Deux questions guideront la réflexion :

1. Quelle est la demande du patient et a-t-on les moyens d'y répondre ?
2. N'y a-t-il pas moyen de faire autrement ?

De cette relation et du dialogue qui s'établit découle la négociation qui engage l'accès aux prises en charge **adéquates**, ambulatoires ou hospitalières. La décision reposera sur une série de critères généraux qui viennent alimenter la réflexion de chacun :

- La souffrance psychique exacerbée de la personne ;
- Ses motivations ;
- Ses antécédents psychiatriques ;
- La notion de danger pour le patient ou pour autrui ;
- L'impossibilité ou l'échec de toute prise en charge ambulatoire ;
- Le contexte et la qualité du soutien social ;
- La possibilité pour l'hôpital d'offrir les services et les moyens adéquats ;
- La disponibilité des lits appropriés ;
- La surcharge de l'équipe ;
- Ou l'obligation légale (Mise en Observation).

L'hospitalisation

L'hospitalisation psychiatrique est donc soit volontaire soit imposée mais toujours **transitoire**. Son objectif principal est de permettre une mise au point diagnostique et un projet thérapeutique. Elle vise à poser un cadre permettant au patient de se restructurer et de prendre ses repères. Ici aussi, s'impose un dialogue permanent avec tout qui est concerné par ce projet. Pour le patient, il s'agira de poser un acte de soins, d'engager une prise en charge intensive dont la durée est limitée dans le temps, mais surtout de permettre un temps d'élaboration. Pour les professionnels, le temps d'hospitalisation sera celui du projet thérapeutique ; pour l'entourage, un temps de concertation et pour les intervenants de première ligne, un temps de collaboration…
L'hospitalisation est avant tout un **lieu de vie** ; un lieu de vie transitoire où, dès l'entrée, on pense à la sortie en utilisant les possibilités du réseau interne (hospitalisations séquentielles de semaine et de jour, voire transfert d'unité) et du réseau externe (structures alternatives, HP, médecin généraliste ou spécialiste, autres…).
Autant que ce soit bien pensé…
Autant exploiter l'urgence pour mettre en place de quoi garantir le long terme ! ●

[1] La notion d'urgence se réfère ici à la définition du groupe de travail de la commission des maladies mentales (1991) : « L'urgence en psychiatrie est une demande dont la réponse ne peut être différée : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique ».
[2] Le CUP est un hôpital psychiatrique général de 200 lits. Il accueille des personnes en souffrance psychique aiguë et chronique

Personnes âgées : l'urgence plus urgente

Est-ce l'image de lenteur associée au vieillissement qui déteint sur les pratiques des professionnels ?
Trop souvent, les intervenants du secteur de la santé sous-évaluent la crise et l'urgence chez les personnes âgées, travaillent dans une perspective de chronicité, font preuve d'attentisme (« ça va passer »), de passivité (« c'est normal, c'est l'âge »), de défaitisme voire de cynisme (quand on annonce l'âge du patient, il n'y a plus de place…).
Or, s'il est important à tout âge de prendre au sérieux les situations de crise et de ne pas les laisser se dégrader, chez les personnes très âgées, généralement plus fragiles, tout déséquilibre psychique non traité est susceptible d'entraîner rapidement des conséquences catastrophiques.

Françoise Duesberg,
Sociologue,
Coordinatrice de la Plate-forme de concertation en santé mentale du Brabant wallon

Ce thème de l'« urgence souvent plus urgente » en gériatrie est traité dans l'ouvrage collectif : « Quand le temps s'accélère. Urgence et crise chez la personne âgée »[1]. Cet article s'en inspire largement. Il s'appuie également sur l'expérience acquise par la Plate-forme de concertation en santé mentale du Brabant wallon au cours de deux projets-pilotes, l'un consacré à la santé mentale des personnes âgées, l'autre à la prise en charge des situations de crise dans un hôpital général.

Grand âge, fragilité, théorie des dominos

Si l'on considère la crise comme « une rupture d'équilibre du système homéostatique du patient, aux niveaux physiologique, relationnel ou intra-psychique »[2], les personnes âgées sont particulièrement exposées : non seulement elles vivent d'importantes modifications biologiques, mais elles sont aussi confrontées à des changements de l'image de soi, du rôle social ; à des pertes matérielles, affectives ou symboliques, à l'angoisse de mort…

Face à ces multiples menaces, la personne âgée est plus vulnérable, a plus de difficultés à répondre de façon adaptée aux ruptures d'équilibre, la « mauvaise » réponse entraînant rapidement en cascade d'autres déséquilibres de plus en plus dramatiques.

L'image de chronicité associée au vieillissement ne doit pas occulter la fréquence des situations de crise et particulièrement de deux pathologies :

- *les crises anxieuses :* phobies ; anxiété généralisée ; stress post-traumatique après une agression, une chute… ; troubles de l'adaptation face à un décès, un déménagement…[3]
- *les crises de confusion aiguë*, à distinguer d'un début de démence : elles apparaissent brutalement, sont souvent réversibles si elles sont soignées, ne résultent pas d'une lésion mais de causes multiples – somatiques, médicamenteuses, émotionnelles…[4]

Une petite cause peut avoir de grands effets et très vite, une personne âgée bien portante, sans antécédents psychiatriques, risque de réagir par un crise de confusion spectaculaire à la benzodiazépine administrée pour une gastroscopie de routine, ou aux médicaments prescrits pour une infection urinaire.

Troubles psychiatriques non identifiés, urgence sous-estimée

Plus encore que dans d'autres groupes d'âge, les troubles psychiatriques des personnes âgées ne sont souvent diagnostiqués que beaucoup trop tard, alors que l'état du patient est déjà fortement dégradé. « Chez la personne âgée, l'urgence est en premier lieu diagnostique »[5].

Mais le diagnostic n'est pas simple. Les troubles de la santé mentale chez les personnes âgées sont fréquemment masqués par des symptômes somatiques : une agoraphobie attribuée à des troubles moteurs, une anorexie jugée normale étant donné la diminution d'activité due à des douleurs rhumatismales… Ou bien, ils sont « expliqués » ou « excusés » par le vieillissement : tristesse, repli sur soi, désintérêt… considérés comme faisant partie des « choses de la vie » ; et la vieille dame qui boit, « pourquoi lui enlever ce plaisir, la pauvre, elle n'a plus que ça… ».
Si le trouble mental est identifié, les proches et/ou les professionnels tardent souvent à intervenir… comme si le grand âge justifiait de prendre son temps… ou de ne rien faire.
Dans le cas de la maladie d'Alzheimer, notamment, le délai entre les premiers signes et le diagnostic est souvent important et varie suivant les pratiques (par exemple, d'une moyenne de dix mois en Allemagne et de deux ans en France). Or, les médicaments actuels, même si leur efficacité est controversée, sembleraient mieux agir s'ils sont administrés très tôt. Inversement, il est fréquent qu'une personne soit étiquetée « Alzheimer » sans réel diagnostic différentiel.

Illustration :[6]

Madame X, 91 ans, veuve et vivant seule, est hospitalisée après une chute à son domicile. Depuis quelque temps, elle ne mangeait plus beaucoup, ne s'intéressait plus aux nouvelles de son pays d'origine. A l'hôpital, elle refuse de s'alimenter, provoquant l'inquiétude de sa fille et des soignants. Le médecin de l'hôpital diagnostique un syndrome de « glissement dépressif » - cas de la personne qui se laisse glisser vers la mort suite à un stress ; il décide de ne pas poser de sonde gastrique et de mettre seulement en place des soins palliatifs. A ce moment, la psychiatre intervient ; elle parle à Mme X de l'inquiétude de l'équipe et de sa fille, l'interroge sur son désir de vivre. Mme X répond qu'elle veut vivre et voir le mariage de son petit-fils. A quelques jours près, Mme X aurait été placée en soins palliatifs, la confusion se serait installée, le réseau relationnel se serait démobilisé et l'issue aurait sans doute été fatale. Une intervention rapide a permis de travailler avec la famille, de chercher des alliés pour soutenir le désir de vivre de la patiente, de comprendre le sens de son anorexie, comme signal d'appel par rapport, par exemple, à un conflit familial, une angoisse, une dépression ; et enfin, de prendre rapidement et en équipe des décisions sur le traitement.

Passivité, défaitisme, négligence… et puis l'urgence

Les responsabilités de ces situations qu'on laisse se détériorer peuvent se situer à plusieurs niveaux.

- La famille a honte, n'ose pas signaler au médecin ce qui ne va pas ; ou elle culpabilise à l'idée d'hospitaliser ou de placer ; ou elle craint des coûts excessifs… Bref, elle « tient » le plus longtemps possible jusqu'à ce qu'elle n'en puisse plus. Le personnel des maisons de repos, les aides familiales… essaient parfois aussi de « tenir » jusqu'au point de craquer.

- Mais bien souvent, les appels à l'aide des proches et des intervenants de première ligne ne sont pas entendus : le médecin généraliste se veut rassurant ou se concentre sur les aspects somatiques ; le service de santé mentale n'a pas de place, est trop loin, ne vient pas au domicile… ; et de toutes façons, la personne âgée ne veut pas voir de « psy »…

- Et puis, une goutte d'eau fait déborder le vase, une nouvelle chute plus sérieuse, l'agressivité devenue insupportable, la fugue, le gaz oublié… : il faut trouver une solution dans les 24 heures, on appelle la police, on « dépose » la personne âgée aux urgences… Ca se passe souvent très mal : l'hospitalisation provoque un stress supplémentaire, les transferts vers d'autres services – de l'hôpital général à l'hôpital psychiatrique, à une maison de repos, avec retours à l'hôpital – multiplient les risques d'aggravation de la confusion ou de l'angoisse. L'hospitalisation est parfois trop courte par manque de lits, ou trop longue par manque de place dans des structures moins lourdes.

« Le responsable des urgences porte souvent le poids des dysfonctionnements du système de santé en amont et en aval du service des urgences ».[7]

La crise, une chance à saisir

Il n'est pas dans la culture de la génération actuelle des personnes très âgées de consulter un « psy », même et peut-être surtout quand elles vont mal.

Les proches et les professionnels de première ligne ont encore souvent tendance à banaliser, sous-estimer, ignorer, occulter ou vouloir assumer seuls les maladies mentales des personnes âgées. Et quand ils font appel aux professionnels de la santé mentale, la réponse n'est pas toujours adaptée ou suffisante.

Dans ces conditions, quand la crise éclate, que la personne âgée ou l'entourage n'en peuvent plus, il faut considérer que c'est une chance, un moment à saisir pour mettre en place les collaborations qui éviteront de décider n'importe quoi dans la panique.

Contrairement à l'urgence vitale, qui exige une réponse immédiate, la crise demande d'agir sans traîner mais en se donnant le temps – quelques jours – de rechercher le sens de ce qui se passe et de prendre les meilleures décisions. C'est un travail d'équipe, associant psychiatre, psychologue, services sociaux, médecin traitant, soins à domicile, etc.

Des *entretiens familiaux* dès la survenue de la crise permettront par exemple de décoder le sens d'une demande d'hospitalisation ou de placement en urgence, d'éviter peut-être une institutionnalisation douloureuse et si celle-ci s'avère indispensable, de diminuer la culpabilité de la famille, source d'agressivité envers le personnel. Il ne s'agit pas de s'opposer à tout prix à la décision de la famille mais d'éviter le non-dit (« on va hospitaliser quelques jours pour un petit bilan de santé »… alors que l'entrée en institution est déjà programmée), de refaire circuler la parole, de comprendre les souffrances de la personne âgée, du conjoint, des enfants[8].

Il est donc primordial, pour les personnes âgées comme pour les autres publics-cibles[9], de créer des lieux d'accueil de crise, pluridisciplinaires et facilement accessibles.

Travailler la crise, c'est aussi rechercher des alternatives à l'hospitalisation ou au « placement »[10], c'est aussi préparer la sortie dès le début d'une hospitalisation. Commence alors le parcours du combattant pour trouver des ressources adaptées : centres de jour, centres d'accueil de nuit, courts séjours en maison de repos, soins – y compris psychologiques ou psychiatriques – à domicile, soutien aux aidants proches, etc.

Les carences du réseau, qui sont en amont facteur de crise et de recours aux urgences, contraignent bien souvent les familles à des choix, en aval de la crise, plus coûteux pour elles-mêmes et pour la société, et plus traumatisants pour les patients.

La question de la crise nous oblige à réfléchir à la pertinence des choix politiques dans le financement des soins en santé mentale. ●

---

[1] Voir réf. bibliographique 28
[2] Voir réf. bibliographique 30 , op cit., p.97
[3] Voir réf. bibliographique 29, pp 15-28
[4] Réf. bibliographique 42, pp 29 - 43,
[5] Réf. bibliographique 42, op cit p 40
[6] Présenté par le Docteur Josette Massart, dans le cadre des formations « Personnes âgées et santé mentale » de la Plate-forme de concertation en santé mentale du Brabant wallon en 2000 et 2001.
[7] Meyniel D., « Il vaut mieux mourir un peu trop tôt qu'un peu trop tard ». In : Ethica Clinica, réf. biblio. 19
[8] Meire Ph., Mortreu B., Plaquet B., réf. bibiolgraphique 31, op cit, pp. 97-106.
[9] En particulier les adolescents, dont les conduites à risque témoignent également d'une fragilité et d'une difficulté à répondre aux changements multiples (physiologiques, affectifs, image de soi, place dans la société…) qui menacent leur équilibre.
[10] Terme que l'on devrait proscrire, car il transforme les sujets en objets.

La valse des urgences : témoignage en trois temps

L'urgence se décline selon le contexte au sein duquel elle se manifeste. Ainsi, les conceptions de l'urgence et de la crise, leur gestion, leurs inconvénients et bénéfices éventuels varient selon que l'on se situe en consultation de pédopsychiatrie classique, dans une unité d'hospitalisation de post-crise pour adolescents, ou dans un service de suivis d'enfants et adolescents à domicile dans le cadre des projets-pilote d'outreaching.

Sophie Maes
Pédopsychiatre
Hôpital le Domaine à Braine l'Alleud

L'urgence en unité d'hospitalisation pour adolescents

Dans le cadre d'une demande d'hospitalisation, nous proposons rapidement un premier rendez-vous. Dans notre expérience, la demande d'hospitalisation d'un adolescent est plus souvent liée à une crise familiale, sociétale ou institutionnelle qu'à une véritable urgence psychiatrique. Fréquemment, la situation se dégrade depuis des semaines voire des mois et la demande d'admission survient lorsque l'entourage ou le jeune sont épuisés. Une rencontre endéans la semaine permet de redonner espoir en une nouvelle solution et le réseau retrouve l'énergie nécessaire pour tenir jusqu'au moment de l'admission. Ce temps est extrêmement précieux car il nous permet de mettre en place le cadre hospitalier en collaboration avec le jeune, sa famille et d'éventuels autres intervenants. Lorsque nous sommes pris par le caractère urgent d'une situation et que nous ne prenons pas le temps de préparer la future hospitalisation, il se peut que nous nous retrouvions en difficulté durant le séjour.

Angélique nous a été adressée en urgence par son médecin traitant suite à d'importants conflits avec sa mère. Toutes deux demandaient une admission pour trouver un espace au sein duquel elles pourraient travailler à l'amélioration de leurs relations passionnelles. Rapidement, nous les avions rencontrées en entretien de pré-admission. A l'évocation du père d'Angélique, toutes deux nous l'avaient présenté comme étant absent depuis plusieurs années et s'étaient opposées à ce que nous le rencontrions, le reléguant à un rôle de figurant dans leur histoire familiale. Ce n'est qu'au cours de la réunion d'équipe que la nécessité de rencontrer le papa fut rappelé comme faisant partie de notre cadre de travail. Nous l'avons donc rencontré et de fait, alors qu'il avait été décrit comme n'étant pas mobilisable, il se montra immédiatement disponible en nous disant toute sa satisfaction d'être contacté pour la première fois par une équipe soignante. Sa collaboration se révéla même très fructueuse, permettant à la patiente d'échapper à une nouvelle situation de conflit de loyauté entre ses parents, à l'origine de l'échec de deux séjours hospitaliers précédents. Si nous avions tenté trop précipitamment de répondre aux attentes de la famille et de leur médecin face à une situation effectivement explosive à la maison, nous nous serions mis en échec sans le savoir.

L'urgence d'une admission peut contribuer au caractère délétère d'une hospitalisation lorsque celle-ci se prolonge dans le temps. Par exemple, le jeune se révèle opposé à l'hospitalisation une fois dans l'unité, le projet hospitalier s'avère irréaliste et le séjour perd de son sens, ou il apparaît que le réseau ou la famille s'autorise à désinvestir le jeune une fois celui-ci admis. Ce dernier point est le plus problématique. En effet, lorsqu'un jeune se retrouve en situation d'hébergement à l'hôpital, le risque principal est notre participation bien involontaire à la création d'une situation de désappartenance. C'est un des dangers des hospitalisations effectuées dans l'urgence, et qui se prolongent, sans que les intervenants aient pris le temps de poser un cadre qui garantisse le sens du futur travail psychothérapeutique.

Ceci plaide en faveur d'une spécialisation des services hospitaliers entre des services de crise qui gèrent la situation sur une courte durée, ce qui limite les risques d'une perversion du cadre, et des services qui peuvent s'engager dans des prises en charge plus longues si nécessaires, mais où le travail effectué en pré-admission s'assure d'un cadre pré-établi qui fixe les conditions du séjour avec le jeune, sa famille et son réseau.

L'urgence en consultation de pédopsychiatrie

En ambulatoire, l'attente d'une résolution magique du problème est moindre que dans le milieu hospitalier, bien que les attentes face au psychiatre restent importantes. La demande d'aide est particulièrement fluctuante et fugace chez un enfant et un adolescent. L'urgence favorise souvent l'accès à une part du problème avant que les défenses ne se remettent en place une fois le chaos et la surprise de la crise passés. Il est souvent profitable de rencontrer rapidement le jeune et sa famille tout en se donnant le temps de poser le cadre en fonction de la demande et de la dynamique en action. C'est ainsi qu'une proposition de travail dans la durée peut être proposée à l'issue de plusieurs séances et faire l'objet d'un contrat tacite entre le théra-

peute, le patient et son entourage éventuel.

Mais nous ne pouvons ici que regretter le nombre insuffisant de pédopsychiatres pour répondre à la demande, et les listes d'attente fort longues auquel tout psychiatre infanto-juvénile se trouve confronté. Il est également regrettable de limiter l'accès aux psychothérapeutes par l'absence de remboursement de ces soins et le nombre insuffisant de Services de Santé mentale.

Enfin, la création de services de consultation de crise, sans possibilité de suivre le patient dans la continuité du travail amorcé au moment de l'urgence, ne fait que déplacer le problème vers une autre liste d'attente et ne permet pas un travail de qualité. Ceci pose une vraie question de politique de santé mentale et un choix entre le financement de services de qualité pouvant répondre dans l'urgence et la continuité en renforçant le secteur de l'ambulatoire, ou la mise en place de services d'urgence très coûteux et peu rentables s'ils ne servent qu'à dépasser une crise en attendant la suivante. **La santé mentale est une question de continuité, de processus et de temps. Une réponse dans l'urgence n'a de sens que si elle s'inscrit dans ce processus. Elle ne peut être un but en soi.**

L'urgence pédopsychiatrique à domicile

Le projet-pilote de suivi à domicile via l'outreaching a été initialisé par le Ministère fédéral de la Santé publique en décembre 2002 afin de fournir des soins aux jeunes sur leur lieu de vie lorsque ces soins ne peuvent être réalisés au sein des structures traditionnelles. Nous sommes ainsi amenés à suivre des familles précarisées qui ne consultent qu'en urgence et ne poursuivent pas les soins une fois la crise passée, jusqu'à la suivante. Nos principaux envoyeurs sont des intervenants du secteur de l'Aide à la jeunesse ou des PMS qui rencontrent des jeunes en souffrance pour lesquels l'indication d'une prise en charge psychothérapeutique ou psychiatrique ne débouche pas sur l'instauration d'un suivi, pour de multiples raisons : méfiance de la famille à l'encontre des intervenants psycho-sociaux, familles chaotiques qui se perdent dans le dédale des structures d'aide, parents souffrant eux-mêmes de pathologies psychologiques ou psychiatriques. La plupart du temps, la demande émane donc du réseau, qui précise également le degré de l'urgence. Une fois de plus, ceci pose la question de la définition de cette urgence, subjective et multiple. Le degré de saturation d'une équipe ou d'un intervenant, l'inquiétude que suscite une situation, le sentiment d'impuissance sont bien plus souvent à l'œuvre qu'un fait récent. Interpellés dans l'urgence, ce contexte particulier participe alors au symptôme, son sens et sa fonction en font des éléments de compréhension majeurs dans l'abord de la situation clinique. **Ici encore, l'urgence n'est pas à négliger, mais elle doit pouvoir être décodée pour livrer toute sa richesse.**

Martine nous a été adressée par le Service d'aide à la jeunesse suite à la décision de son école de la renvoyer pour problèmes de comportement. Une rencontre avec la direction de l'école, responsable aussi de l'internat, laisse apparaître que Martine ne présente des attitudes provocatrices et oppositionnelles qu'au sein de l'internat et se révèle bonne élève. Or, c'est de l'école qu'elle risque d'être renvoyée au prix de son année. Martine a intégré l'internat suite à des conflits parentaux. Lors de notre prise en charge, elle pourra progressivement réinstaurer un dialogue avec sa mère et lui faire part de son besoin d'affection ; besoin carencé qui s'est exprimé au travers d'enjeux éducatifs. Cette dynamique s'était rejouée avec la directrice, les problèmes de comportement au sein de l'institution d'hébergement glissant vers des enjeux éducatifs et scolaires. Martine sera renvoyée de l'internat mais pourra terminer son année scolaire pendant que nous encadrons son retour à domicile et la rapide reprise des conflits familiaux.

Cet exemple montre tout l'intérêt à collaborer avec le réseau pré-existant, car rien n'aurait pu être relancé sans une collaboration avec la direction d'école. Le caractère « urgent » de la situation nous a révélé une partie de la dynamique familiale en action. Dans le cadre des activités de l'Equipe pédopsychiatrique mobile, l'urgence se révèle souvent comme une des données du symptôme qui mérite notre intérêt lorsqu'il s'agit de la décoder, et notre méfiance pour prévenir ses éventuels effets pervers sur le cadre de notre travail ultérieur.

Conclusions

La mise en place d'un cadre à l'instauration d'un travail psychothérapeutique ou à des entretiens de soutien est d'autant plus important que la rencontre avec le thérapeute touche à l'intime. L'instauration de ce cadre nécessite du temps car il s'inscrit lui-même dans le processus de la rencontre. Quel que soit le contexte dans lequel nous travaillons, l'urgence vient, si nous n'y prenons garde, perturber voire empêcher la création de ce cadre. Hormis dans certaines situations d'urgences psychiatriques véritables et plutôt rares, une réponse précipitée comporte le risque de ne pouvoir conduire à un véritable travail de fond pouvant déboucher sur un changement durable dans le fonctionnement intrapsychique et relationnel du jeune et de sa famille. Pris dans la passion du moment, l'intervenant ne se rendra compte que trop tard qu'il n'a participé qu'au tempo de l'histoire familiale, valsant d'une crise à l'autre.

Qu'est-ce que l'urgence pour un psychiatre privé ?

Peut-on parler d'urgence en psychiatrie privée ? Nous avons posé la question à Paul Lievens, ardent défenseur de la pratique privée dans l'arsenal des soins en santé mentale. En concertation avec un confrère, après avoir précisé ce que recouvre leur approche du soin, il nous livre en guise de réponse quelques scènes de la vie quotidienne au cabinet du psychiatre.

Paul Lievens
Neuropsychiatre et pédopsychiatre, Professeur honoraire à l'UCL
Alexandre Van Acker
Psychiatre

La psychiatrie privée en quelques mots

La psychiatrie privée constitue la fraction la plus importante des consultations psychiatriques. Diverses enquêtes montrent qu'un psychiatre sur cinq travaille exclusivement en cabinet privé, et que quatre sur cinq ont une activité privée, exclusive ou partielle.

Développée dans le courant d'idées de la psychiatrie extrahospitalière, elle n'a pas toujours existé avec l'ampleur qu'on lui connaît aujourd'hui. Si c'est dans ce cadre que Freud avait créé et développé la psychanalyse au début du 20ème siècle, ce n'est que bien plus tard qu'ont vu le jour des centres de traitement ambulatoires. Un mouvement soutenu en 1975 par des subsides et facilité par le développement de différentes formes de psychothérapies et l'apparition des psychotropes.

La pratique privée ne se limite pas à la consultation. Soigner et traiter le patient suppose en effet une série de préalables qui prennent du temps comme les anamnèses, antécédents, rencontres avec la famille… que le psychiatre assure tout comme l'accompagnement pour des problèmes de vie, devenant ainsi, pour certains (anciens) patients et/ou leur famille, un point de référence.

Son cabinet est aussi quasiment le seul endroit où l'on peut trouver des psychothérapies assurées par un psychiatre.

Son statut social d'indépendant lui confère par ailleurs une autonomie totale, avec son lot de responsabilités et… de solitude ! Solitude qui est en quelque sorte le garant de son indépendance. Sa fonction n'est en effet pas dictée par la société ou quelque instance, mais par le patient qui attend de lui disponibilité et écoute.

Les réponses qu'il peut apporter sont multiples. La situation des demandeurs est telle que l'éclectisme est un impératif.

Des urgences en privé ?

Les « grosses » urgences psychiatriques, telles que les reçoivent les services d'urgence des hôpitaux ou les services de police sont rarement rencontrées en psychiatrie privée. Mais il nous arrive quelquefois des patients avec des comportements aberrants, troublant le milieu, que nous devons alors confier à des services hospitaliers. C'est le cas, par exemple, du patient psychotique chronique dont la situation s'aggrave brusquement parce que la pathologie évolue ou parce qu'il a négligé de prendre sa médication, ou du patient délirant, exalté, ou déprimé profond avec des idées suicidaires que la famille nous amène plutôt que de faire appel au 100, dans l'espoir d'éviter l'intervention de la police, ou l'hospitalisation.

Les cas d'urgence auront toutefois, habituellement, un accent différent dans le cabinet du psychiatre. Il y aura davantage de problèmes psychosociaux, ressentis comme urgents qui, au fond, ne sont pas toujours urgents. C'est notamment le cas de personnalités borderline qui ne supportent pas d'attendre.

Quels types d'urgences ?

En privé, les urgences sont souvent liées à des dépressions, des paniques ou des crises d'angoisse. Plus fréquemment encore, elles concernent des problèmes familiaux ou professionnels, comme les problèmes de couples en séparation imminente ou l'abandon récent par le conjoint, des situations qui créent en général des problèmes pour les enfants. Des difficultés avec les enfants en bas âge nous arrivent ainsi tout au long de l'année, alors que les problèmes des plus grands émergent souvent en fin d'année scolaire parce que les « bulletins » ont mis en évidence des faiblesses et des insuffisances.

Collectif, l'Atelier du CRF du Club A. Baillon

Histoires de vie….

Pour les enfants en bas âge ou très jeunes, les urgences sont d'habitude liées à des problèmes parentaux. Il n'est pas facile de démêler les fils conducteurs et de rassurer les parents et les enfants en expliquant le pourquoi et le comment. L'art de simplifier, dans le bon sens du terme, pour désamorcer la crise est difficile. D'autant plus que les parents ont des préjugés, ont déjà essayé diverses méthodes et demandé divers avis non spécialisés pour finir par conclure, en désespoir de cause, à la « culpabilité » de l'enfant.

Avec l'enfant plus âgé, l'adolescent ou l'étudiant, le problème est souvent inverse. Les parents ont tendance à vouloir tout expliquer par l'adolescence difficile, les exigences « excessives » de l'école, les « mauvais » copains, l'un ou l'autre incident extérieur, … et refusent longtemps d'accepter l'idée d'un problème plus profond, par exemple une dépression malgré une automutilation ou une tentative de suicide, un trouble de la personnalité (borderline, …) ou le début d'une schizophrénie. Faire un diagnostic sûr demande du temps et de l'adresse. Il faut du doigté pour ensuite le transmettre au patient et/ou à la famille, et surtout pour convaincre l'adolescent de l'importance de son problème et de la nécessité d'un traitement.

Un autre type d'urgence est lié aux difficultés relationnelles avec querelles, parfois violentes ou menace de séparation. Il est étonnant de constater la faculté qu'ont les couples de rêver, de ne pas voir, de ne pas sentir, de ne pas se parler jusqu'au moment de la rupture fatale. Pour un regard extérieur, l'affaire paraît claire, les torts sont partagés. Malheureusement, les protagonistes eux-mêmes, aveuglés, s'accusent mutuellement. La patience, la circonspection et le tact sont nécessaires pour désamorcer la crise. A l'extrême on a vu des couples dont le récit des faits et des problèmes est tellement divergeant qu'on imagine difficilement qu'ils aient pu constituer un véritable couple.

Restaurer ou faire redémarrer un couple relève souvent de la haute voltige, surtout dans la vie sociale actuelle où tout est demandé au couple et où tout le monde rêve d'un partenaire idéal qui va combler toutes les demandes, sans effort de leur part. Là aussi, il est nécessaire de passer de l'urgence à un travail de fond, que chaque partenaire va trouver utile … pour l'autre.

Il arrive que la famille ne tolère plus un patient qui est malade depuis longtemps ou chez qui évolue une pathologie que l'entourage a supporté jusque là. Devant la durée, il commence à s'inquiéter et n'appelle pas nécessairement parce qu'il y a aggravation.

Beaucoup de nos patients se présentent encore avec des problèmes dont ils attribuent l'origine au travail ou au milieu du travail. Actuellement, le harcèlement est à la mode. Après avoir écouté l'histoire du patient nous devons avec doigté élucider l'anamnèse et le passé. Après l'étude approfondie de cette anamnèse et tenant compte des traumatismes de vie accumulés, nous devons étudier ensemble, avec le patient, sa manière habituelle de réagir aux événements de la vie, à tous les genres de stress, aux autres personnes en général et aux figures d'autorités ou vécues comme telles. Ensemble, on va chercher ce que les événements du travail ont réveillé dans le vécu et la subjectivité du patient et mettre à jour les liens avec son passé. Cela ressemble à un travail de détective dont nous devons en outre convaincre le patient.

Tout un art…

Bref, en psychiatrie privée, il y a une double difficulté dans les urgences ambulatoires. On doit d'abord faire le tri de ce qui est réellement urgent. Ensuite nous devons démonter le mécanisme des urgences, qui souvent n'en sont pas (sauf dans le vécu des patients), et amener le patient à faire un travail psychothérapeutique en profondeur.

Il s'agit aussi de rassurer le patient…. (et le psychiatre !) que tout ira bien, une préoccupation majeure dans une pratique privée : qu'est-ce qui va se passer quand le patient aura quitté le bureau ? ●

L'urgence dans un service de santé mentale

A priori, la question de l'urgence n'est pas centrale dans la pratique d'un « Service de Santé Mentale », comparativement à l'hôpital. Je souhaite ici illustrer la manière dont la question de l'urgence se pose à partir de la pratique d'un SSM dit « généraliste »[1] .

Paul Jacques,
Psychologue,
Centre provincial de guidance à Gembloux
Clinique de l'Exil à Namur

Avant tout, rappelons que le type de demandes qui sont adressées à un SSM tel que celui de Gembloux, et donc, le type de réponses apportées, est fonction de plusieurs paramètres, communs d'ailleurs à tout dispositif de soin et d'aide en santé mentale:

- dans le cadre des missions définies par le Décret sur la Santé Mentale ambulatoire de la Région Wallonne, les pratiques des SSM dépendent du modèle de référence théorique de l'équipe et de ses membres, ainsi que des outils thérapeutiques dont ils disposent, selon leur formation ;

- de la taille et la composition de l'équipe ;

- des caractéristiques sociodémographiques de la population de la région dans laquelle le service est implanté (grandes agglomérations, milieu rural, nombre de chômeurs, population immigrée, …)

- du degré d'équipement socio-saniataire, c'est-à-dire, en amont, le nombre de médecins généralistes, l'existence de services de proximité tels que, PMS, service social, AEMO, foyer d'accueil pour femmes, et, en aval, le nombre de thérapeutes en privé, la présence ou non d'un hôpital psychiatrique à proximité, d'un centre de jour, d'une IHP, ….

- de la qualité et la nature des liens de collaborations créés entre les professionnels de ce réseau local, selon que ces collaborations s'inscrivent ou non dans une perspective de continuité des soins et de santé intégrée, pluridisciplinaire et décloisonnée.

Depuis plusieurs années, une polémique est apparue autour de la question de savoir si les SSM sont des services de « première », de « deuxième », voire de « troisième » ligne. Selon moi, ils sont les trois à la fois ! La réponse à cette question n'est pas univoque et dépend, précisément, des facteurs énumérés ci-dessus. En effet, à tort ou à raison, du fait de leur fonctionnement sur rendez-vous, aux heures normales de bureau, selon un modèle qui privilégie la demande, l'engagement, le long cours, les services de première ligne tels que le CPAS, le médecin généraliste, le service d'aide aux victimes ou le service d'urgence d'un hôpital général, reprochent parfois aux SSM leur manque de souplesse, d'accessibilité, de disponibilité. C'est parfois vrai pour les équipes, saturées, qui fonctionnent avec une liste d'attente, et qui privilégient le modèle de la psychothérapie telle que pratiquée en cabinet privé. Lorsque votre agenda est déjà bien rempli pour un public motivé, pourquoi s'inquiéter des personnes que vous ne verrez jamais, parce qu'elles ne rentrent pas dans votre schéma de travail : celles qui consultent difficilement, résistent à venir, présentent des problématiques complexes, n'ont pas de support social et ratent souvent leur rendez-vous ? Mais, dans l'ensemble, beaucoup d'équipes de SSM tiennent compte du contexte socio démographique et socio sanitaire, et ont introduit une souplesse dans leur fonctionnement qui permet de répondre à des situations aigues, de crise, ou de grande détresse sociale, en adaptant leurs modalités d'interventions. Par exemple, en réservant une plage horaire pour les visites sans rendez-vous, en acceptant d'intercaler dans l'agenda des demandes urgentes, en organisant des consultations jusque 19h, en ne proposant pas systématiquement le même type d'aide pour toutes les demandes, en travaillant étroitement avec les autres services locaux offrant une aide complémentaire, (médicale, juridique, sociale, socio-éducative), en ayant recours à des interprètes pour les migrants non francophones, en organisant des activités sociales, communautaires, de groupe sans visée thérapeutique, en allant à domicile avec une assistante sociale d'un autre service pour un premier contact avec le patient, ….

Ainsi, en raison de son implantation au centre d'une petite ville de 20.000 habitants qui ne dispose pas d'un énorme équipement socio-saniataire, en raison d'un choix philosophique de l'équipe, et en raison des liens de confiance instaurés depuis plusieurs années avec d'autres professionnels, le SSM de Gembloux fonctionne, en partie, comme un service de première ligne, c'est-à-dire, un service auquel les personnes s'adressent directement, sans passer par un tiers qui prescrit une aide psychologique et ce, pour toute sorte de motifs, y compris des problèmes sociaux, sans demander spécifiquement une aide psychologique ou psychiatrique[2]. À côté des psychothérapies au long cours pour des personnes ou des familles qui n'ont pas les moyens d'aller en privé, nous acceptons de recevoir des personnes en difficulté de toute nature, le jour même si possible, ou le lendemain. Il s'agit soit, de nouvelles demandes pour des situations de crise familiale ou conjugale, (demandes spontanées ou

à la demande de la police, d'un médecin, d'un proche, d'un voisin, quasiment jamais d'un hôpital général), soit d'un rendez-vous urgent pour un patient déjà suivi, qui présente un état aigu d'anxiété. Il va de soi que pour des urgences sérieuses, la nuit ou le week-end, avec problèmes somatiques, de violence, de crise d'alcool ou de bouffée délirante, l'hôpital public de Namur reste le lieu privilégié du traitement de l'urgence.

Dans un SSM tel que celui de Gembloux, les activités cliniques se répartissent en quatre catégories, dans des proportions variables :

- les thérapies « classiques », au long cours, avec des personnes insérées socialement et professionnellement, présentant une structure névrotique, avec une symptomatologie anxieuse, dépressive ou psychosomatique. Ce sont des personnes motivées, régulières, qui payent, progressent dans un cheminement personnel qu'elles ont choisi. Patient idéal pour le psy ?

- les suivis au long cours de patients dits « psychiatriques », qu'ils soient insérés socio-profesionnellement ou non.

- les interventions de soutien, de courte durée (trois ou quatre entretiens) avec des personnes, des couples ou des familles, visant à dénouer des crises, à dédramatiser un vécu lié à un événement, à leur permettre de comprendre ce qui leur arrive dans un contexte où ils se sentent dépassés, sans pathologie avérée.

- des premiers entretiens, d'avis, d'orientation, en urgence ou non, qui ne débouchent pas sur une prise en charge. Le service étant situé en face de l'athénée, il arrive que des adolescents s'adressent à nous sans rendez-vous ; comme par exemple, une jeune fille pour une question urgente de contraception, étant donné l'absence de planning familial à Gembloux.

On voit que selon le type de problématique, un SSM se situe, soit en première, soit en deuxième, soit en troisième ligne. Notre intervention se situe le plus souvent en amont de l'hôpital. Le fait d'avoir pu dénouer une crise majeure, par exemple, pour un couple ou un adolescent en rupture, va alors éviter une dégradation de la situation et prévenir une éventuelle hospitalisation en urgence. Au cours d'un suivi, il nous arrive d'organiser nous-même une demande d'admission urgente en service psychiatrique d'un hôpital général ou d'un hôpital psychiatrique. Il est parfois difficile de trouver une place rapidement. Le SSM se situe aussi en aval du service d'urgence de l'hôpital. Dans les situations « post-urgences », le SSM peut être un relais rapide à la sortie de l'hôpital, à condition qu'il y ait une bonne collaboration entre le service d'urgence et le SSM. Une bonne collaboration suppose que ce relais soit effectif, basé sur une convention, même informelle, parce qu'il ne suffit pas que le médecin dise au patient ou à la famille qui quitte le service d'urgence : « je vous donne une adresse, prenez rendez-vous quand vous voulez ». Encore trop souvent, il n'y a pas de relais après la sortie du service. Pourquoi ? En raison, parfois d'une réponse inappropriée, lorsqu'un SSM ne prend en compte que la dimension psychique, là où le problème à la base de l'urgence est à la fois psychologique, social, familial et donc, nécessiterait une approche intégrée et contextuelle ; en raison, aussi, du fonctionnement hospitalo-centré du service d'urgence, selon une approche exclusivement somatique ou biomédicale. Deux remarques concernant les obstacles à une « bonne » collaboration. La première est pratique. Il est, en effet, difficile pour le médecin ou l'infirmière qui a reçu un patient la nuit ou le week-end, de téléphoner lui-même au SSM, le lendemain ; d'autant que s'il arrivait à le faire, il tomberait sur la secrétaire qui lui demanderait de rappeler une autre fois, parce que le psychologue mi-temps n'est pas là ce jour là, ou parce que l'assistant social est en entretien, … ! L'autre remarque, d'ordre clinique, est qu'il y a une série de problématiques qui s'inscrivent dans ce que les cliniciens appellent le registre de l'agir, de la rupture, de l'impensé. Une fois la crise passée, reprendre un rendez-vous, ailleurs de surcroît, n'a plus de sens. Au SSM de Gembloux, il nous arrive de proposer des rendez-vous en urgence, et la personne ne vient pas, sans annuler son rendez-vous. Quelle que soit la bonne volonté des professionnels, il y a des situations qui échappent à toute technicité.

Il convient néanmoins de développer davantage des partenariats de collaborations entre le service d'urgence, les équipes ambulatoires, les services sociaux, les lieux d'accueil et de vie pour personnes en rupture de liens sociaux. L'organisation d'un relais permet d'assurer la continuité des soins entre l'hôpital, l'ambulatoire, la famille et l'aide sociale dans les situations où c'est nécessaire, utile et possible. Elle permet aussi d'éviter la concurrence inutile entre deux réseaux sur le même territoire, chacun avec sa « clientèle ». Une bonne collaboration en réseau local permet à la fois d'éviter le shopping thérapeutique lié à une sur-offre de soins, et d'éviter qu'une personne présentant une problématique complexe ne trouve pas l'aide adéquate. La polyvalence des SSM est à la fois un avantage et un inconvénient. On est ouvert à tout, mais on ne sait pas être spécialisé en tout. Pour pouvoir répondre aux différentes sortes de situations, il faudrait être super équipé, ce qui n'est pas le cas dans les SSM en Région Wallonne. ●

[1] Le SSM de Gembloux est une antenne de celui de Tamines, au sein de l'Institut Provincial d'Orientation et de Guidance, qui est le Pouvoir Organisateur des six centres PMS et des six SSM de la Province de Namur. Il s'agit d'une petite équipe, composée de 5 personnes.

[2] En Flandre, les demandes de type généraliste arrivent aux « CAW », Centrum algemeen welzijn (centre de bien-être général), tandis que les demandes adressées aux CGGZ (les SSM) sont spécifiquement des demandes de soins psychiques. En outre, certains SSM en Flandre ont pour PO un hôpital et sont, de facto, un prolongement de celui-ci.

Crises, situations d'urgence et services d'urgence
Quelques pistes de réflexions

Jacques Moriau
Sociologue
Chercheur au Centre de sociologie de la santé de l'Université Libre de Bruxelles [1]

Fanette Bruel

Dans notre système de soins, la notion d'urgence a ceci de problématique qu'elle recouvre deux exigences opposées. Elle suggère d'une part la capacité de répondre à toute demande de soins à n'importe quel moment et en faveur de n'importe qui. D'autre part, elle évoque une possibilité d'intervention rapide et spécialisée en cas d'affections graves. Cette ambivalence trouve son origine dans l'histoire des hôpitaux, d'abord lieux de refuge pour les indigents puis, progressivement, lieux de développement des sciences et des techniques médicales.

Les services d'urgence hospitaliers, dans leur structure, leur organisation comme dans l'esprit qui les anime sont encore aujourd'hui les héritiers de ces deux traditions. Les professionnels qui y travaillent sont en permanence confrontés à cette tension entre une logique d'accueil indifférencié et une logique de sélection qui permette de réserver aux cas les plus sérieux les moyens les plus performants[2]. Se côtoient, au sein de ces services, les situations médicalement les plus désespérées et une foule de patients pour qui les urgences constituent la porte d'accès « naturelle » aux soins, faute de pouvoir solliciter aisément la médecine de ville.

De récentes décisions des pouvoirs publics visent à réduire l'usage des urgences[3] à une médecine « d'intervention rapide ». Basées sur des critères médicaux de danger, de nécessité et d'irréversibilité, ces mesures tentent de décourager les usagers considérés comme « abusifs » de recourir aux services d'urgence. Elles ne vont pas sans poser questions, tant en termes d'accessibilité aux soins que par rapport à la construction et à l'application des critères de sélection au sein des services.

En effet, comme l'ont montré de récentes études sociologiques, renforcer une logique de tri sans l'accompagner d'une définition stricte des critères de sélection et de hiérarchisation de la gravité des situations revient à reporter toute la responsabilité de la décision de prise en charge sur le personnel hospitalier[4]. Ce dernier se voit alors systématiquement mis en demeure de juger s'il s'agit d'une « vraie » ou d'une « fausse » urgence, de distinguer urgences médicales et urgences sociales. Outre que l'on mette entre parenthèses toute une conception de l'urgence développée autour de l'idée de disponibilité, on place ainsi les professionnels de la santé dans une délicate position de juge.

En pratique, il apparaît que certains critères mobilisés par ceux-ci ressortent parfois plus du jugement moral (compliance[5] ou attitude « revendicatrice », honnêteté ou dissimulation dans le chef du patient) que de l'évaluation clinique[6]. Le refus de prise en charge, l'attente ou la réorientation peuvent ainsi sanctionner une demande de soins qui ne correspond pas à une conception stricte de l'urgence.

Le problème de la définition de l'urgence est encore plus perceptible quand il s'agit de considérer les recours pour des troubles d'ordre « psychique ». En effet, il s'avère alors très ardu d'utiliser des critères raisonnés de sélection entre « vraies » et « fausses » urgences. Hormis certains cas de décompensations sévères, menant par exemple à des tentatives de suicide, le critère de danger ou de mise en danger est de peu de secours. La plupart des demandes entrant dans la catégorie de la santé mentale concernent en fait des situations de « mal être », peu lisibles en termes strictement médicaux et peu hiérarchisables en termes d'importance à leur consacrer. Le tri est d'autant plus difficile que, à l'inverse des savoirs médicaux propres au corps, les savoirs liés au « mental » ne font preuve ni de stabilité, ni d'autorité. Les questions posées par la santé mentale sont des questions qui restent irrémédiablement ouvertes tant en ce qui concerne ce qui

caractérise l'aller-mal », que ses causes, son diagnostic, son remède et les signes de la « guérison ». Cette incertitude ne peut que se refléter sur les conditions de la prise en charge. Décider ce qui « fait urgence » dans ces cas dépend éminemment du contexte d'interprétation mobilisé.

Ces demandes obligent néanmoins à reconsidérer les missions des services d'urgence. Il s'agit ici, non pas d'éviter l'irrémédiable, mais de prodiguer des soins qui, à l'évidence, n'ont pu être sollicités ailleurs. Du point de vue des usagers, les services d'urgence ne trouvent pas leur place dans une logique de gradation des soins mais plus simplement d'accès aux soins. Le caractère anonyme de l'institution pouvant même précisément constituer une des raisons essentielles du recours à ces services[7].

Urgence pour qui ?

Il faut reconnaître que ce qui « fait urgence » peut largement différer selon que l'on envisage une médecine centrée sur le corps ou ouverte au « mental », que l'on considère l'architecture de l'ensemble du système de soins ou les conditions réelles d'accès aux soins, que l'on soit placé en situation de gérer le flux des demandes ou que l'on soit à l'origine de la demande. La réduction de l'urgence à ce qui met la vie en danger, tentation de la médecine somatique, ne permet pas d'envisager cette pluralité des modes d'existence de l'urgence. La notion ne peut recevoir un contenu unique.

A notre sens, l'urgence doit plutôt être envisagée en terme de situation. L'urgence n'est pas une caractéristique qui serait redevable du seul regard médical. Elle est le fait d'une mise en situation qui engage une pluralité de facteurs. « Il y a urgence » dans une multitude de cas et pour de nombreuses raisons. L'impossibilité de programmer son recours aux soins, d'inscrire sa démarche dans un réseau d'intervenants, de gérer les diverses réorientations ; le fait de reculer sans fin le moment de la consultation ou de connaître des difficultés financières, mais aussi la recherche désespérée de prise en charge des « problèmes sociaux » expliquent de nombreux recours aux services d'urgences. Ceux-ci peuvent paraître inadéquats d'un point de vue strictement médical ; il n'en reste pas moins qu'ils sont l'aboutissement de dynamiques sociales et individuelles qui ont produit de réelles situations d'urgence, à tout le moins pour l'usager. Il ne s'agit donc pas d'essentialiser l'urgence mais de comprendre comment se met en place un système de relations entre des demandes de soins, une structure d'offre et des outils conceptuels de qualification des situations.

L'augmentation drastique du recours aux urgences, notamment en santé mentale, ne peut donc se réduire à un mauvais usage des services hospitaliers. Il faut plutôt la considérer comme le reflet de transformations plus profondes du rapport aux soins, mais aussi du rapport à soi et aux autres. L'hôpital devient un lieu privilégié d'accueil de la détresse psycho-sociale, tout autant pour les personnes prises dans les conséquences de la précarisation croissante de nos conditions de vie, que pour une série d'intervenants (justice, police, travailleurs sociaux, autres structures de soins) qui y voient une ressource dans la gestion des situations problématiques qui échappent à leurs possibilités d'action[8].

Dans ce contexte, les notions de crise ou d'urgence ne sont pas à renvoyer uniquement à la personne concernée par la prise en charge mais à une série de conditions qui font du recours aux services d'urgence, l'action qui s'impose. Le recours aux urgences doit s'analyser d'une part, au niveau des personnes requérantes, en tenant compte d'un différentiel au niveau des protections existantes (soutien, régulation, capacité à surmonter les épreuves) et de capacité d'accès aux soins en santé mentale. La demande de soins via les services d'urgences concernant majoritairement les personnes en condition d'insécurité relationnelle autant que socio-économique[9]. D'autre part, il faut également considérer le rôle que tiennent les institutions de soins et de contrôle. Lorsque les seuils de tolérance intra-institutionnels ou sociaux sont dépassés, le recours aux « troubles psychiques » et à la notion de crise permette d'ouvrir la porte de l'hôpital qui reste, pour une série de populations « problématiques », le dernier lieu où recevoir de l'attention. L'idée de crise renvoie alors autant à l'équilibre interne de la personne qu'à l'organisation de notre société et aux façons contemporaines de traiter les laissés-pour-compte.

L'augmentation de l'usage des services d'urgence, soit l'augmentation de la production des situations d'urgence, est peut-être le signe d'une explosion des « troubles », mais celle-ci est alors à mettre en relation avec la diminution des ressources collectives qui permettent de faire face aux aléas de l'existence. La naissance d'un modèle de l'urgence pour la gestion de la détresse psycho-sociale n'est qu'un signe de plus de la déglingue de l'Etat social. Là où le recours à une interprétation en termes de santé mentale permet de « naturaliser » des dynamiques socio-politiques, il est bon de rappeler que les modes de gestion de la souffrance restent les conséquences de choix collectifs. ●

---

[1] Jacques Moriau a récemment produit une recherche portant sur les difficultés de prise en charge des adolescents à la frontière du secteur psychiatrique et judiciaire. Il travaille actuellement sur les dynamiques de « psychiatrisation » des problèmes sociaux. Voir réf. biblio. 32

[2] Carbonelle S., réf. bibliographique 2

[3] Il s'agit de l'Arrêté Royal qui autorise les hôpitaux à réclamer aux patients qui se rendent aux urgences sans raison « fondée » un ticket modérateur de 12,5 €.

[4] Dodier N., Camus A., réf. bibliographique 15

[5] Le fait que le patient réponde aux injonctions du personnel soignant , fasse ce qu'on lui demande de faire.

[6] Vassy C., réf. bibliographique 43

[7] Frisch S., Bronchart C., ref. bibliographique 16

[8] Une série de catégories spécifiques – adolescents violents, SDF, vieillards séniles – se voient ainsi rejetées de toutes les institutions spécialisées. Perpétuellement à la frontière, sans places assignées, elles constituent un public récurrent pour les services d'urgence. Pour la problématique des adolescents « psychiatrisés », voir Moriau J., réf. bibliographique 32

[9] Castel R., réf. bibliographique 5

Existe-t-il des fausses urgences ?

Une personne qui vient de se blesser superficiellement est prise d'angoisse à l'idée de n'être pas à l'heure à un rendez-vous fixé pour décrocher un emploi. N'ayant pas le temps de faire la file chez son médecin traitant – il y a urgence –, elle espère être soignée rapidement aux urgences, alors que son état médical ne l'exige pas. Evidemment, on la renvoie chez son médecin généraliste, ce qui l'amène, comme elle le craignait, à ne pas pouvoir passer l'entretien d'embauche. Quelques jours plus tard, ayant le sentiment que le sort s'acharne contre elle, elle tente de se suicider et se retrouve, comme par hasard, aux urgences. Cette fois, elle sera prise en charge.

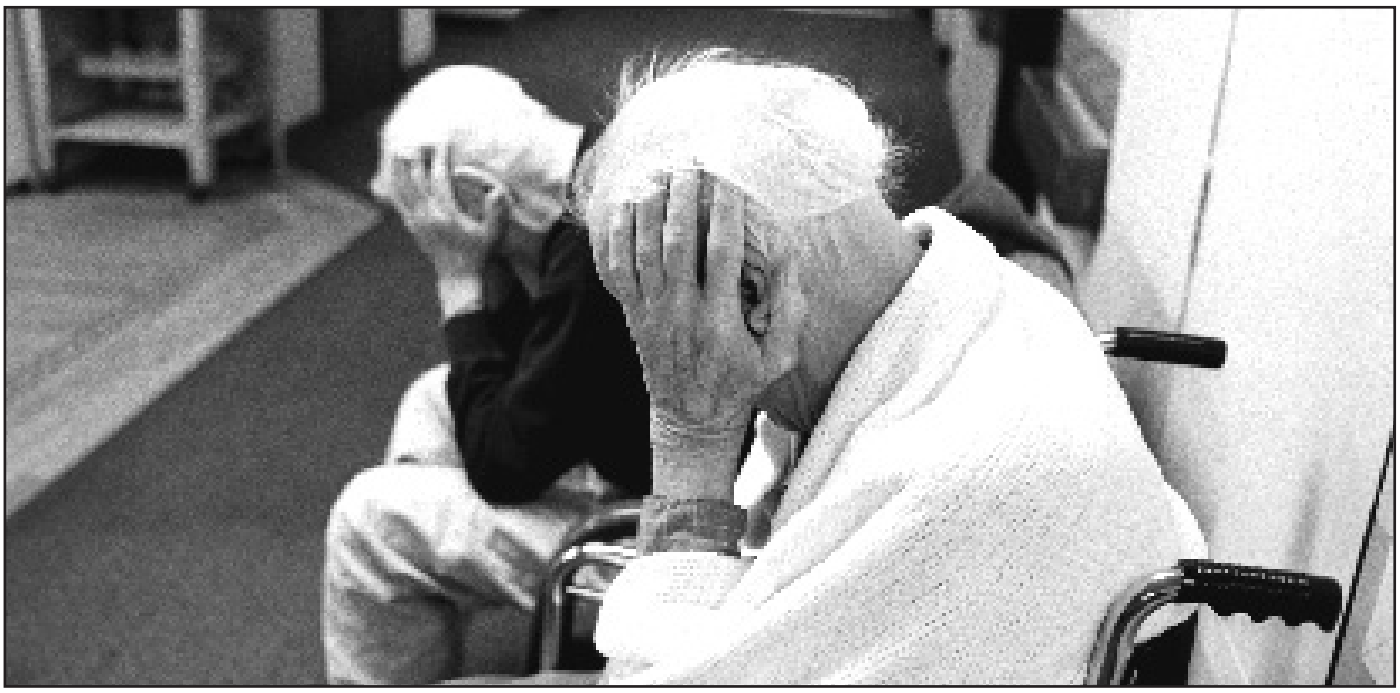
Jean-Michel Longneaux,
Philosophe, Chargé de cours aux Facultés Universitaires
Notre-Dame de la Paix à Namur
Conseiller en éthique à la Fédération des Institutions Hospitalières
Rédacteur en chef de la revue Ethica Clinica

Si on identifie les services d'urgence (sous quelque forme que ce soit) à des situations de crise, entre la vie et la mort, nécessitant une intervention lourde et surtout immédiate – soit ce que certains professionnels appellent les « beaux cas » –, alors, il faut bien le constater avec les acteurs du terrain, de telles situations sont relativement rares par comparaison au nombre d'interventions effectuées. La plupart du temps, les soignants ont à gérer des blessures légères, des problèmes sociaux ou psychologiques, des familles inquiètes et parfois violentes, en tout cas rien qui justifie le recours à leurs services. Il s'ensuit un certain malaise du côté des professionnels, déçus de ne pas faire le travail auquel ils se destinaient. La lassitude gagne, quand ce n'est pas la dépression ou la dépendance médicamenteuse, et parfois l'alcoolisme ou même la toxicomanie. Quant au monde politique, face à un tel constat, il ne pense qu'à rationaliser en revalorisant, par exemple, le métier de médecin généraliste et en pénalisant financièrement les usagers des urgences pour les dissuader d'y recourir abusivement. Car évidemment, ils abusent.

Pourtant, avant d'envisager des stratégies pour détourner des urgences les abuseurs, on pourrait essayer de comprendre le jugement que nous portons sur la situation. Où réside le problème ? Incontestablement, on parle d'abus eu égard à une définition toute faite des urgences. Celle-ci étant tenue inconditionnellement pour bonne, elle permet de juger la réalité rencontrée sur le terrain comme étant problématique ou adéquate selon qu'elle s'écarte ou non des critères fixés. Si l'écart est trop grand, la réaction ne se fait pas attendre : il faut corriger ce qui se passe sur le terrain… afin que tout rentre dans l'ordre. On réorganisera donc l'accès aux services d'urgence pour que ne s'y trouvent que les patients remplissant les conditions préalablement arrêtées.

On pourrait cependant faire l'hypothèse que c'est plutôt la définition qui doit être revue, afin de rencontrer la réalité du terrain, le quotidien des urgences. Est-il normal, en effet, que ce soit finalement au nom d'une conception arbitraire[1], que l'on s'autorise à dire que la réalité n'est pas ce qu'elle devrait être, que les patients qui s'y trouvent ne sont pas les bons ? Après tout, quels critères doit-on retenir pour définir une vraie urgence ? Ceux qu'on évoquera spontanément relèvent de l'expertise médicale ou psychiatrique ou de la loi réglementant ces pratiques : le patient doit *réellement* être en danger, ce que seul un diagnostic, réalisé par une personne compétente, peut confirmer. Mais on voit à quelle absurdité cette « évidence » nous conduit : comment reprocher aux patients et à leur famille de n'être pas médecin et, le stress aidant, de vivre des situations banales du point de vue médical ou psychiatrique comme s'il était question de vie et de mort[2] ? Eux, ils ne peuvent pas savoir à l'avance que leur cas ne relève pas des urgences. C'est d'ailleurs bien souvent pour cette raison précise, parce qu'ils se retrouvent brusquement face à l'inconnu – qui est par définition anxiogène – que la situation est vécue comme urgente. En vérité, lorsque les services d'urgence voient leur définition confisquée par le législateur ou les professionnels, c'est un pan entier de leur réalité qui est disqualifié, celui des usagers, pour qui ils font sens tout autrement.

La différence porte exclusivement sur ce qu'est une situation urgente. Ici, du côté des usagers, les critères légaux, les définitions techniques sont totalement ignorées. Dans tous les cas, ce qui prédomine, c'est un sentiment, celui selon lequel une intervention immédiate s'impose : arraché à la vie ordinaire suite à un événement quelconque, exposé à l'inconnu, peut-être à l'imminence de l'irréparable, on est plongé entre la vie et la mort, on ne sait pas quoi faire sinon appeler les urgences. Il n'y a qu'elles qui semblent être à la hauteur de ce que l'on vit en ces moments-là. Dans le quotidien de chacun d'entre nous, il faut s'y résoudre : l'urgence,



Cathy Stein Greenblat

c'est d'abord des sentiments de ce genre, un état de panique, de perte de contrôle, la conviction irraisonnée mais sûre d'elle-même que la situation est grave et qu'elle exige des moyens extraordinaires. Il n'est pas rare de voir les médecins eux-mêmes recourir à de tels services parce qu'ils sont débordés, et non point parce que l'état (objectif) de leur patient l'exige[3].

On perçoit le glissement de point de vue opéré : il s'agit à présent de comprendre les urgences non plus à partir de la théorie (textes officiels, définitions médicales ou psychiatriques) mais à partir du vécu concret de chacun d'entre nous. Pourquoi celui-ci serait-il moins important (tant sur le plan épistémologique que éthique) ? Incontestablement, dans cette nouvelle perspective, les missions de ces services doivent non seulement être élargies mais hiérarchisées autrement. Les urgences interviennent dans notre univers d'abord et avant tout pour nous permettre de dire qu'on se vit en situation de crise. Comment ne pas voir, en effet, qu'appeler les urgences ou s'y rendre, c'est une première manière pour chacun d'entre nous de ne pas se laisser submerger par la souffrance, la peur, le stress, l'angoisse (réels ou imaginaires selon la science médicale ou psychiatrique, mais toujours réellement vécus), et bien au contraire d'en faire quelque chose, en mettant ces affects en scène, en leur donnant une visibilité sociale, en quête d'une reconnaissance, pour une prise en charge[4] ? Le sentiment subjectif de l'urgence ne peut trouver à *se dire*, à se concrétiser et à se confirmer (ou non) – et donc à se vivre – qu'en s'exposant dans ce qui incarne par excellence l'urgence, à savoir les services qui en portent le nom. Il s'agit en quelque sorte de joindre le bon geste à la parole, pour libérer cette parole.

De ce point de vue, deux conclusions s'imposent : tout d'abord, un patient qui se rend aux urgences ou y fait appel a toujours raison de le faire. Le traiter d'abuseur, le faire attendre, etc. sont autant de comportements incompréhensibles au regard de son vécu. Pour lui, il y a réellement urgence ! D'un point de vue éthique, c'est ce vécu qui doit d'abord pouvoir être entendu, là où précisément il a l'impression de pouvoir l'être. Ce travail est à part entière celui des urgentistes, du moins quand ce sont eux qui sont interpellés.

Ensuite, si pour diverses raisons, les urgences ne peuvent plus remplir cette fonction, si elles ne sont plus là pour dire l'urgence mais seulement pour soigner les « beaux cas » – ce que l'on peut aussi comprendre – , alors on a encore le devoir de se demander quel autre langage crédible, socialement investi comme tel, on met à la disposition des patients pour dire qu'ils se vivent, là, maintenant, en situation de crise. A défaut de cet autre langage, au lieu de fuir, il nous reste à assumer la responsabilité d'abandonner les patients au chaos de leurs souffrances. ●

---

[1] Par conception arbitraire, nous entendons non pas une conception inventée de toute pièce, sans aucun fondement, mais une conception qui relève d'un consensus reflétant le plus souvent des rapports de force entre individus, un consensus par définition historique, donc relatif : dans tous les cas, il s'agit d'une représentation sociale ou (inter-) professionnelle de la réalité, non de la réalité elle-même.

[2] Le sentiment subjectif peut également induire en erreur dans l'autre sens : il est des situations non dramatiques en apparence qui se révèlent pourtant fatales. On n'aura pas recouru aux urgences puisqu'aucun symptôme grave n'était ressenti. Comment le reprocher aux patients ou à leur famille ?

[3] Cette situation, lorsqu'elle se produit par exemple à l'hôpital, laisse d'ailleurs le sentiment aux urgentistes (en psychiatrie) d'être la poubelle de l'hôpital.

[4] Il conviendrait de déployer ici – ce que nous ne pouvons faire – une phénoménologie du psychisme humain, pour montrer comment sa nature purement affective se met en scène (ou s'élabore) à travers des « mythes », des conceptions tenues pour vraies à juste titre par une société donnée, telle la médecine. Faute de quoi, il n'est que chaos. Pour l'expliquer en un mot, songeons aux généralistes qui reconnaissent que deux tiers de leurs consultations ne sont pas médicales au sens strict : des personnes en souffrance en appellent à eux pour dire ou élaborer leur mal-être et être reconnues de fait « en souffrance » : comme si le langage médical était le seul qui leur permette de mettre des mots sur ce qu'elles vivent.

Du temps de l'urgence au temps du sujet

Chaque trimestre, dans les pages de Confluences, un thème avec son lot de questions, de théories, d'illustrations, de réflexions, … pour y puiser des idées ou y nourrir des pensées… mais aussi pour alimenter, au sein de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, un savoir collectif lié à l'expertise de terrain.
Chaque trimestre, le billet de l'Institut relève quelques idées et lance quelques pistes dans ce sens….

Francis Turine
Président IWSM

Partons de l'exemple des disputes intrafamiliales. Que penser de ces couples qui quelquefois en arrivent à terminer leurs disputes conjugales dans le cadre d'un service d'urgences hospitalier ? Faut-il le déplorer ? Faut-il s'en réjouir ? Comment réagir à de telles situations ?

Une première réaction est bien sûr de dire combien de telles demandes risquent d'encombrer et de nuire sensiblement aux interventions sereines et efficaces pour des urgences réelles sur le plan médical. Un tel abord de la question met l'accent sur ce que l'on qualifie habituellement – et peut-être hâtivement - de fausses urgences. Cependant, il n'est pas inintéressant de relever que, dans ce type de situation, le service d'urgence est apparu comme une sorte de refuge pour des êtres en rupture d'équilibre.

Par ailleurs, la violence conjugale ne relève pas en soi d'une urgence psychiatrique mais elle peut l'être, bien sûr, dans certains cas.

Cela nous amènerait à dire que l'urgence est un concept loin d'être univoque et qu'il se compose de trois volets : l'urgence somatique, l'urgence psychiatrique et l'urgence du « désarroi du sujet » (pour reprendre une expression retenue par Jean-Pierre Lebrun comme titre d'un de ses ouvrages). Ces trois types d'urgence peuvent ou non se conjuguer dans unemême situation comme ils peuvent se présenter séparément.

Par ailleurs, il faut garder à l'esprit qu'il y a d'une part ceux qui reçoivent la situation d'urgence et d'autre part, ceux qui la présentent et qui la vivent.

Jean-Michel Longneaux, dans un article paru dans Ethica Clinica[1], notait justement que « les urgences, c'est aussi et surtout des cas sociaux, des gens paniqués, des petits « bobos », des familles à rassurer, etc. Le métier d'urgentiste, c'est-à-dire celui qu'ils sont contraints d'assumer à un rythme effréné, c'est donc tout autant un travail d'écoute, de soins plus ou moins légers, d'aiguillage vers d'autres services plus adéquats ou vers le médecin généraliste. (...) On a donc l'impression que la réalité que les soignants et les patients doivent supporter aux urgences creuse entre eux un fossé : les premiers sont surmenés et le plus souvent pour des cas qu'ils jugent finalement peu urgents, tandis que les seconds ne voient pas le temps passer, surtout s'ils sont convaincus d'être en danger de mort. ».

La complexité de l'urgence est donc grande, et délicate est la façon dont il faut l'entendre et la traiter. Une des difficultés, probablement pas la moindre, c'est que la société aurait tendance à vouloir accueillir et répondre à toutes les urgences à partir de la même structure, le service d'urgence de l'hôpital général alors qu'il y aurait peut-être tout avantage à diversifier les lieux et les modalités d'accueil. Certaines initiatives heureuses vont déjà dans ce sens.

Les différents articles et témoignages du dossier font bien apparaître cette complexité ainsi que les multiples tentatives pour offrir à la situation de crise un juste accueil. Un des apports de ces écrits est d'insister sur le fait que, si l'urgence, en tant que telle, est ponctuelle et circonstancielle, la réponse qui lui est donnée doit être mise dans une perspective, dans un processus. Celui-ci doit, à la fois, prendre en compte la dimension subjective de celui qui se trouve en situation d'urgence et se situer résolument en référence au réseau relationnel du patient et à celui des services existants et des intervenants. Ceci est d'autant plus important qu'un certain nombre de personnes s'adressent au service d'urgence parce qu'il ne leur viendrait pas à l'idée ou parce qu'ils ne souhaitent pas s'adresser directement à un psychiatre, à un psychologue ou à une consultation dans un service de psychiatrie.

La problématique du réseau et de l'organisation de soins ont été le premier thème sur lequel l'Institut s'est penché. La réflexion s'est poursuivie par les nombreuses préoccupations relatives aux droits du patient[2]. Aujourd'hui, l'attention se porte sur l'accessibilité aux soins en santé mentale, et notamment, sur le recours aux urgences comme « porte d'entrée » aux soins en santé mentale. Cette question me paraît essentielle à traiter au sein de l'Institut pour faire la jonction entre les réflexions théoriques et les réalités de terrain.

La diversité des membres de l'IWSM, de leurs missions, de leurs modes d'interventions et des réalités auxquelles ils sont confrontés font de l'Institut un lieu particulièrement approprié non seulement pour réfléchir et débattre de ces questions de santé mentale mais également pour élaborer des ébauches de réponses possibles sur le plan global et sur le plan local. La question abordée par le biais des situations d'urgence et de crise fait apparaître particulièrement la non évidence d'une réponse pratique et effective tout en tenant compte du temps du sujet, du vécu du sujet, de l'angoisse, bref en ne négligeant pas tout ce qui ne peut être objectivé. ●

[1] Voir réf. bibliographique 19
[2] Ces thèmes ont fait l'objet des deux premiers colloques annuels de l'IWSM en 2003 et 2004.

Repères et références bibliographiques

1. Adam E., Deliège E., Remacle P. & coll., ***Les Urgences psychiatriques dans une société en évolution***: *5ème Congrès Mondial International: Bruxelles, octobre 98.* Actes de l'Association Internationale des Urgences Psychiatriques, Bruxelles, 1998, 386 p.

2. Carbonnelle S., ***Les Services d'urgence hospitaliers : une tension entre logique d'accueil et logique de sélection des usagers.*** Dans : Ethica Clinica, 31, 2003, pp. 14-18.

3. Caroli F., Massé G., ***Les Situations d'urgence en psychiatrie***. Paris, Doin, 1986.

4. Cassiers L., ***Les Urgences et les hospitalisations psychiatriques de courtes durées.*** Brochure de la Fondation Roi Baudouin, 1995.

5. Castel R., ***L'Insécurité sociale.*** Paris, Le Seuil, 2003

6. Chevallier J.-F., ***La Vie hospitalière à Paris. Faire face aux urgences.*** Paris, 1971.

7. Clément J., ***Les Urgences hospitalières.*** Dans : Cahiers Hospitaliers, 108, 1995.

8. Cooper J. E., ***Services d'urgences psycho-sociales et psychiatriques.*** Copenhague, OMS, 1982, 130 p.

9. Copel D., ***Réflexions sur l'organisation des services d'urgence.*** Thèse de Médecine, Hôpital Bichat, Paris, 1975.

10. De Clercq M., ***Urgences psychiatriques et interventions de crise.*** Bruxelles, De Boeck Université, 1997.

11. De Clercq M., Ferraud I., Andreoli A., ***Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences.*** Dans : Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 1996.

12. De Clercq M., Lamarre S., Vergouwen H., ***Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale : une perspective internationale.*** Paris, Masson, 1998, 312 p.

13. De Coulon N., ***La Crise : stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie.*** Paris, Gaëtan Morin Europe, 1999.

14. ***Dépasser l'urgence.*** Dans : Rhizome, n° 15, avril 2004, pp. 1-15.

15. Dodier N., Camus A., ***L'Hospitalité de l'hôpital. L'accueil et le tri des patients aux urgences médicales.***, Communications, n° 65,1997, pp. 109-119.

16. Frisch S., Bronchart C., ***Crise, urgence,… chronicité ?*** Dans : *Le Travail de la crise à l'épreuve de l'urgence*. Actes du 3ème congrès international de psychiatrie sociale, Bruxelles, mai 1987.

17. Georges B., Dijkmans B., ***Les Prises en charge de l'urgence psychiatrique dans la Province de Namur.*** Etude, 1998, 46 p.

18. Gianetti N., Audoin G., Uzé J., ***Un groupe thérapeutique d'enfants : une réponse à la crise familiale autour d'un événement de vie traumatique.*** Dans : Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, vol. 50, n° 3, mai 2002.

19. Gillet J.-B., Zucker D., Carbonnelle S. & coll., ***Les Services d'urgence au carrefour des problèmes éthiques.*** Dans : Ethica Clinica, n° 31, sept. 2003, 47 p.

20. Hoyois Ph., ***Les Services de santé mentale : un lieu pour des urgences ?*** Cahiers de la santé, Bruxelles, CoCoF, 2003.

21. Hoyois Ph., ***Urgence et collocation.*** Bruxelles, Confédération Francophone des Ligues de Santé Mentale, 1987, 135 p.

22. Hoyois Ph., ***Urgences psychiatriques et situations de crise en Communauté Française.*** Bruxelles, CFLSMB, 1988.

23. Hoyois Ph., Vercruysse B., Cnockaert P., ***Urgences psychiatriques et psychosociales en médecine générale***. Etude, 1990, 89 p.

24. Lambrette G., ***Aux portes de l'urgence et de la crise : état des lieux et perspectives des structures hospitalières en Hainaut Occidental***. Etudes, 2001, 17 p.

25. Lambrette G., Dejonckheerre R., ***Crise et urgence sociale en Hainaut Occidental : regards croisés sur une enquête par questionnaire et ses résultats***. Etude, s.d., 18 p.

26. Marchand G., Fassin D., ***Le Travail social, entre urgence et souffrance.*** Dans : Sciences humaines, n° 159, avril 2005, pp. 18-25.

27. Mazet P., Gerardin P., Speranza M. & coll., ***Urgences et crises à l'adolescence : quelques réponses.*** Dans : Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, vol. 50, n° 8, décembre 2002, pp. 555-589.

28. Meire Ph., Gommers A. (eds), ***Quand le temps s'accélère. Urgence et crise chez la personne âgée.*** Bruxelles, C.R.I.V., U.C.L., 1990, 116 p.

29. Meire Ph., Mortreu B., ***Entre urgence et crise, l'anxiété révélatrice.*** Dans : Meire Ph., Gommers A. (eds), ***Quand le temps s'accélère***, op cit, pp. 15-28.

30. Meire Ph., Mortreu B., Plaquet B., ***Hospitalisation et placement ou l'urgence de temporiser en famille.*** Dans : Meire Ph., Gommers A. (eds), ***Quand le temps s'accélère***, op cit, pp. 97-106.

31. Meyniel D., ***Le Couloir des urgences.*** Paris, Le Cherche midi éditeur, 2002. (Paru également en édition de poche).

32. Moriau J., ***La Délinquance comme symptôme, la folie comme délit.*** Dans : Christiaens J., De Fraene D., Delens-Ravier I., (eds), ***Protection de la jeunesse. Formes et réforme.*** Bruxelles, Bruylant, 2005, pp. 137-152.

33. Pascalis G., Chauvot B., Delpech J., ***Urgence en Psychiatrie et psychiatrie des urgences.*** Dans : Annales médico-psychologiques, 1980.

34. Peneff J., ***L'Hôpital en urgence. Etude par l'observation participante.*** Paris, Métailié, 1992.

35. Pequignot V., Van Muylem S., Peters V. & coll., ***Mise en observation dans un service d'urgences psychiatriques.*** Dans : Acta Psychiatrica Belgica, vol. 108, fasc. 6, 2002, pp. 299-315.

36. Rist B., Plantade A., ***L'Hospitalisation des urgences en pédopsychiatrie : la crise de la sortie.*** Dans : Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, vol. 50, n° 2, mars 2002, pp. 150-154.

37. Schouleur M., Halkin S., ***Chambre d'isolement et moyens de contention dans les services d'urgences.*** Dans : Acta Psychiatrica Belgica, vol. 102, fasc. 3, juin 2002, pp. 116-132.

38. Tellier O., ***Urgence : une certaine conception de la sédation.*** Dans : Santé mentale, n° 90, sept. 2004, pp. 16-19.

39. ***Le Travail de la crise à l'épreuve de l'urgence*** : ***3ème Congrès International de Psychiatrie Sociale : Bruxelles, mai 87.*** Actes de la Confédération Francophone des Ligues de Santé Mentale, 1988, 480 p.

40. ***Urgence sociale 24h sur 24.*** Dans : L'Observatoire, n° 16, 1997.41.

41. ***Les Urgences médicales.*** Dans : Bruxelles Santé, n° 24, décembre 2001, pp. 10-17.

42. Van Den Haute M., ***Urgence psychiatrique à domicile : la crise de confusion***. Dans : Meire Ph., Gommers A. (eds), ***Quand le temps s'accélère***,op. cit., pp. 29-43.

43. Vassy C., ***Vraies et fausses urgences : comment trier les usagers ?*** Dans : Cresson G., Schweyer F.-X. (dirs), ***Les Usagers du système de soins.*** Rennes, Editions de l'Ecole nationale de la santé publique, 2000, pp. 193-212.

44. Zomers P., ***Le Personnel soignant travaillant au service des urgences . A propos de la prise en charge des tentatives de suicide.*** Mémoire de licence en psychologie, UCL, Louvain-la-Neuve, 2001.

45. Zucker D., ***Penser la crise. L'émergence du soi dans un service d'urgence psychiatrique.*** Bruxelles, De Boek Université, 2001 (Coll. Oxalis).

Une bibliographie plus détaillée est disponible au Centre de documentation de l'IWSM
In-Folio ✆081/ 23 50 12