



Université Lille 2  
Droit et Santé

UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Accueil de l'urgence en psychiatrie : de l'impasse à l'ouverture ?**

Présentée et soutenue publiquement le 23 juin 2014 à 10h  
Au Pôle Recherche  
**Par Maxime DEHEM GAUTIER**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Pierre THOMAS**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**

**Monsieur le Docteur Guy BAILLON**

**Monsieur le Docteur Benjamin WEIL**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Benjamin WEIL**

---

## **Avertissement**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## **Liste des abréviations**

HAS	Haute Autorité de Santé
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
UNAFAM	Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques

## Table des matières

Table des matières .....	11
Résumé .....	12
Introduction .....	13
.I. La psychiatrie d'urgence .....	14
A. Tentatives de définition et aspects réglementaires .....	14
B. Spécificités de la demande de soins en urgence .....	16
1. Les motifs de la consultation .....	16
2. Le mode d'adressage .....	17
3. L'urgence ressentie .....	18
4. L'anosognosie .....	19
C. Spécificités de la prise en charge pour le psychiatre .....	21
1. L'aspect médico-légal .....	21
2. La gestion des risques pour la famille, le patient et l'équipe .....	22
3. L'éthique et le cadre de travail .....	25
4. Les difficultés nosographiques en urgence .....	27
5. La crise .....	29
.II. L'accueil et la prise en charge en urgence .....	32
A. Qui accueille-t-on ? .....	32
1. Le patient .....	32
2. Le symptôme .....	33
3. La famille .....	35
4. Type de demande, triangulation et alliance .....	39
B. Comment accueille-t-on ? Quels sont les moyens de prise en charge ? .....	42
1. Le travail d'Urgence .....	42
2. Le travail d'Accueil .....	46
3. Spécificités du travail d'Accueil familial .....	53
.III. L'accès aux prises en charge psychiatriques .....	59
A. L'absence de demande de soins spécialisés .....	59
1. Concernant le patient .....	59
2. Concernant la famille .....	60
B. Les propositions de soins actuelles .....	64
C. Perspectives de développement des capacités d'Accueil .....	71
Conclusion .....	80
Références bibliographiques .....	82

## **RESUME**

Le sentiment « urgent » précède l'arrivée aux urgences. L'urgence psychiatrique peut être envisagée comme la sensation de « mal être » ressentie par le patient ou l'accompagnant précédant la présentation aux urgences et la formulation d'un symptôme. Elle comporte des spécificités vis-à-vis d'autres types d'urgences et soulève des questionnements éthiques et des difficultés nosographiques. Les aspects médico-légaux et la gestion des risques participent à l'approche de ces situations.

Le travail d'Urgence doit s'appuyer sur le travail d'Accueil qui est éminemment contextuel et s'applique au sujet dans la situation complexe dans laquelle il se présente. De plus, l'approche sera différente selon que l'on pense accueillir le patient, le symptôme ou la famille.

L'accueil sera l'outil par lequel on tente de passer de la manifestation symptomatique créant l'urgence en une ouverture vers le soin. Il permet dans certaines situations d'allonger le temps de l'analyse et de favoriser la transformation de « l'urgence » en une demande de soins.

Mais il existe des obstacles pour accéder aux lieux d'accueil spécialisés. Ces difficultés sont en partie liées à l'absence de la demande. Des propositions de soins vont dans le sens d'augmenter la capacité d'accueil. Quelles sont-elles ? Quelles perspectives ouvrent-elles ?

## INTRODUCTION

L'urgence correspond à une situation qui peut entraîner un préjudice irréparable s'il n'y est porté remède à bref délai (1). Il s'agit d'un phénomène brutal contre lequel on ne peut se préparer.

En Psychiatrie, le sentiment « d'urgence » ressenti par le patient ou l'accompagnant précède la présentation dans le lieu de soins et la formulation d'un symptôme. Ce ressenti de l'urgence peut être vécu comme un échec pour le patient et son entourage. Le recours à l'urgence peut être perçu comme le moment de l'expression d'une souffrance.

La fréquence du recours aux urgences et les moyens thérapeutiques dont on dispose légitiment l'accueil d'urgence psychiatrique.

Qu'est l'urgence psychiatrique ? Quelles en sont ses spécificités ?

Le fait d'avoir travaillé dans des structures d'accueil de consultations d'urgence psychiatrique m'a amené à me questionner sur la dimension d'accueil de l'urgence en psychiatrie. L'accueil renvoie à la manière de recevoir quelqu'un. Selon le contexte des approches différentes peuvent être envisagées.

De quelle manière peut-on transformer cette demande urgente en une ouverture vers les soins ?

Il semble exister des difficultés d'accès aux prises en charge spécialisées principalement en lien avec l'absence de demande de soin. Quelles sont les perspectives d'accueil et de soins envisageables ?

## **.I. La psychiatrie d'urgence**

### **A. Tentatives de définition et aspects réglementaires**

Les urgences psychiatriques sont envisagées comme les urgences provoquées par les maladies mentales. La psychiatrie d'urgence intègre les urgences psychiatriques et la rencontre de personnes présentant des difficultés psychologiques. Ce constat est celui d'une diversité et d'une complexité manifestes.

La psychiatrie est une discipline médicale, il est donc nécessaire de s'intéresser aux aspects réglementaires des urgences générales :

- D'après la société de réanimation de langue française (1990), la notion d'urgence correspond à « 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'urgence lourde ou d'une urgence ressentie ».

- Le décret de Mai 1997 relatif à l'autorisation des services mobiles d'urgence et de réanimation précise que « tout patient se présentant en situation d'urgence y compris psychiatrique doit pouvoir être reçu 24h/24, tous les jours, sans sélection ni discrimination » (2).

Le cadre législatif reconnaît donc l'existence et la nécessité de lieu d'accueil de l'urgence psychiatrique.

En ce qui concerne spécifiquement la psychiatrie, la Commission des Maladies Mentales de l'Urgence en Psychiatrie en 1991, a défini l'urgence psychiatrique comme « une demande dont la réponse ne peut être différée, nécessitant une

réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique ».

La fréquence des situations d'urgence en psychiatrie légitime la place des soignants en psychiatrie aux urgences.

Par ailleurs, le code de la santé publique précise que « quand l'analyse de l'activité d'une structure des urgences fait apparaître un nombre important de passages de patients nécessitant des soins psychiatriques, la structure comprend en permanence un psychiatre. Lorsque ce psychiatre n'appartient pas à l'équipe de la structure des urgences, il intervient dans le cadre d'une convention. La convention indique les modalités selon lesquelles la structure des urgences assure ou fait assurer, s'il y a lieu, le transfert des patients » (3).

Le personnel de la structure des urgences d'un établissement de santé comprend au moins un IDE de psychiatrie (3). L'infirmier en psychiatrie représente ainsi «l'accueil» d'un point de vue législatif.

On peut considérer 4 types de cliniques de l'urgence : une clinique médicale, une clinique chirurgicale, une clinique obstétricale et une clinique psychiatrique. Ces différentes cliniques se traduisent par des fonctionnements et des organisations différentes.

L'individualisation de « l'urgence psychiatrique » met en lumière de nombreuses spécificités de la psychiatrie vis-à-vis des autres disciplines médicales.



## **B. Spécificités de la demande de soins en urgence**

### **1. Les motifs de la consultation**

D'après une circulaire du 30 juillet 1992 (4) relative à la prise en charge des urgences psychiatriques, on distingue trois grandes catégories d'états pathologiques:

- l'urgence psychiatrique pure par décompensation d'une affection psychiatrique lourde (mélancolie, accès d'agitation maniaque...), qui à l'évidence nécessite une prise en charge en milieu psychiatrique après élimination par le diagnostic d'une affection organique ;

- les urgences psychiatriques mixtes groupent les malades qui présentent des manifestations organiques et psychiatriques simultanées : tentatives de suicide, confusion, etc. ;

- les états aigus transitoires réactionnels. C'est-à-dire les réactions émotionnelles intenses survenant sur un terrain psychologique vulnérable à la suite d'événements, conflits et détresse très souvent vécus dans la solitude (tentative de suicide, ivresse, expression somatisée de la plainte).

Ces catégories regroupent différents troubles du comportement. On se rend donc compte qu'il arrive que la société demande à l'équipe des urgences et principalement au psychiatre l'évaluation d'un trouble du comportement lequel n'est pas forcément d'origine médicale a fortiori pas forcément psychiatrique ; La psychiatrie est régulièrement sollicitée pour la régulation des comportements. Les situations d'urgence psychiatrique font régulièrement entrer en collision le champ social et le

champ médical. La relation de ces 2 champs crée la complexité et la singularité de chaque situation.

Par ailleurs, la possible intrication d'une affection somatique justifie la proximité des urgences générales dans les lieux d'accueil.

## **2. Le mode d'adressage**

Il est multiple et hétérogène :

- Le patient
- La famille
- Le médecin généraliste
- Le centre médico psychologique
- Les travailleurs sociaux
- Les psychiatres libéraux
- Le centre pénitentiaire
- Les pompiers
- Le SMUR
- Les forces de l'ordre...

Cette liste n'est pas exhaustive mais témoigne bien de la diversité des situations potentielles rencontrées.

L'entourage du patient est le plus souvent à l'origine de la demande. D'après M. de Clercq, les demandes sont formulées par l'entourage du patient dans plus de 50% des cas (5).

### 3. L'urgence ressentie

Le sentiment d'urgence peut être ressenti par le patient, la famille, l'entourage ou un autre soignant. La société de réanimation de langue française précise que l'urgence peut être « lourde » ou peut être « ressentie ». Cette notion fait référence aux représentations du patient ou de l'entourage. Les représentations personnelles de la souffrance, de « la folie » vont influencer le sentiment d'urgence ressenti par le patient ou son entourage. Ces représentations ne correspondent pas toujours aux représentations médicales. A l'extrême le psychiatre peut se retrouver confronter à de « fausses urgences » ressenties et les « vraies urgences » médicales (6). C'est pour cette raison que les situations « d'urgence » nécessitent une rencontre, permettant d'échanger sur ces représentations et ces ressentis (6).

Si certains disent qu'il n'y a « pas d'urgence en psychiatrie », il est important de rappeler que l'urgence ressentie est une demande dont l'accueil ne peut être différé. L'urgence psychiatrique ou psychologique existe dès lors qu'elle est ressentie et exprimée par une personne.

Pour autant l'urgence en psychiatrie n'est pas seulement liée au ressenti d'un patient ou de son accompagnant. Ce ressenti est parfois absent alors que l'urgence est réelle d'un point de vue médical : en cas de signes de mélancolie, de délire paranoïaque avec risque hétéro agressif, de crise suicidaire grave, d'accès maniaque ou état mixte, de psychose grave et de dépression dans le cadre d'un trouble bipolaire... Cette liste n'étant pas exhaustive.

Cette vision idéologique de « l'absence d'urgence en psychiatrie » se place sans doute comme un moyen de respecter la volonté et les envies du patient. Ce respect semble évidemment primordial dans les situations permettant le temps de la création

de l'alliance. Cependant certaines situations ne permettent pas l'adéquation du ressenti avec la réalité de l'urgence, et la possibilité de soins sous contrainte illustre cette réalité.

Cette vision renvoie sans doute aussi à une différence de la temporalité des urgences psychiatriques et somatiques. L'urgentiste a une approche qui vise la recherche d'une gravité et la rapidité d'une réponse dans l'action. Le psychiatre a probablement une vision qui s'inscrit dans la durée. Certains symptômes psychiatriques ont une évolution insidieuse, ce qui allonge un peu leur rapport au temps. L'urgence vitale immédiate en psychiatrie est beaucoup moins fréquente et relative.

Par ailleurs il n'existe pas que des urgences vitales (suicide, risque hétéro agressif..). Il existe également des situations qui nécessitent une réponse rapide, sans délai comme l'attaque de panique.

D'un autre côté, dans certaines situations nécessitant une prise en charge, le patient peut ne pas ressentir l'urgence médicale.

#### **4. L'anosognosie**

L'anosognosie est une des particularités de la psychiatrie et donc de l'accueil d'urgence.

Le patient arrivant aux urgences peut n'avoir aucune idée du « pourquoi ? » il se retrouve aux urgences, le symptôme étant apporté par un tiers.

« L'accompagnant » peut avoir été interpellé par un trouble, peut souffrir d'un comportement. Ces situations amènent le sujet à se retrouver confronté à une demande qui n'est pas consciemment la sienne.

Il est toujours nécessaire d'évaluer la capacité à consentir et le souhait du patient. La Haute Autorité de Santé propose les critères suivants pour évaluer la capacité à consentir :

- Capacité à comprendre et à écouter
- Capacité à recevoir une information adaptée
- Capacité à raisonner
- Capacité à exprimer librement sa décision
- Capacité à maintenir sa décision dans le temps (7).

Comme le dit Henri Ey « on nous demande de soigner des gens non malades qui ne veulent pas être soignés » (8). Francis Descarpentries illustre la même notion dans son livre *Le Consentement aux Soins en Psychiatrie* : « ceux qui ont le plus besoin de soins, n'en veulent pas » (9).

Le psychiatre doit alors se positionner sur la nécessité du soin et la réalité de l'urgence. L'évaluation du consentement sera à réaliser dans chaque situation et selon les symptômes.

Il est important de préciser que lorsque le patient présente des éléments délirants, le jugement peut être préservé (7) . Dans le cadre de symptômes délirants, l'insight est variable. L'insight correspond au degré de conscience des troubles. D'après une étude d'A. Braitman et al., un insight de bon niveau peut favoriser l'adhésion aux soins (10).

D'un autre côté, la position du psychiatre face à l'urgence comporte des spécificités.

## **C. Spécificités de la prise en charge pour le psychiatre**

### **1. L'aspect médico-légal**

La question de l'enfermement et de la privation de liberté est une question importante en psychiatrie. Ces décisions amènent à statuer sur ce que l'on juge « le mieux » pour le patient ou son entourage.

La possibilité de décision de soins et d'hospitalisation sous contrainte est évidemment une spécificité majeure de l'urgence en psychiatrie et de la psychiatrie en général. Les lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013 régissent le cadre des soins : avec les notions de soins libres, soins psychiatriques à la demande d'un tiers et soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état (11) et (12).

Il existe une particularité, les soins psychiatriques en cas de péril imminent pour la santé de la personne peuvent se réaliser sans demande d'un tiers (Art. L. 3212-1, II, 2°). Cette situation peut exister en cas d'incapacité du tiers à signer une hospitalisation sous contrainte, mais ne peut s'appliquer si le tiers refuse (11) et (12). Au vue des modalités de prise en charge un accueil familial doit être mis en place.

Ces spécificités soulèvent des questionnements éthiques et sur la gestion des risques en situation d'urgence.

## 2. La gestion des risques pour la famille, le patient et l'équipe

La médecine ne peut pas se passer de la question de l'éthique.

Il convient de définir certaines notions. La morale tente de différencier ce qui est bien de ce qui est mal. L'éthique tente de définir le système dans lequel s'appliquent les lois morales. D'après M. J. Guedj- Bourdieu « l'éthique de l'acte médical est la résultante de quatre variables : le cadre légal, les connaissances professionnelles du moment, l'éthique personnelle et les attentes du patient » (13). En ce qui concerne la psychiatrie, la particularité réside souvent à respecter les attentes du patient en appréciant les attentes de la famille qui est le principal demandeur de soin.

### Les risques pour le patient :

Les risques pour le patient sont principalement la privation de liberté abusive, le non-respect de la confidentialité et les questionnements sur la propriété de son corps vis-à-vis du suicide.

Les moyens pour limiter ses risques sont la considération du cadre légal, des connaissances professionnelles et l'éthique personnelle et professionnelle.

En ce qui concerne le cadre légal, la Convention européenne des droits de l'homme rappelle qu'il est impossible de « détenir quelqu'un du seul fait que ses idées ou son comportement s'écartent des normes prédominantes dans la société ». Les lois du 4 mars 2002 et du 5 juillet 2011 préconisent les conduites à tenir.

En ce qui concerne les connaissances professionnelles, les conditions générales d'accueil sont décrites dans les recommandations HAS « Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement

d'une personne présentant des troubles mentaux ». Ces recommandations concernent l'examen clinique et l'évaluation de l'environnement familial et social. L'HAS conseille de favoriser l'engagement de l'entourage (7). Les recommandations de l'HAS sont principalement données en fonction de la situation (la crise suicidaire, l'évaluation d'une hospitalisation sans consentement).

L'éthique personnel mais principalement l'éthique professionnel et la déontologie guident notre pratique :

- La pertinence des soins pour le patient reste la priorité à l'encontre de l'intérêt de tiers.
- La situation économique ou administrative ne doit pas influencer l'apport de soins en urgence au patient.

De nombreuses situations rencontrées aux urgences nous font nous questionner sur le sens de nos actions :

- Si le patient manifeste ou présente un risque de comportement violent, on se doit de préserver le secret et la confidentialité mais également de protéger les tiers et le patient. Devant la décision d'hospitalisation sans consentement, le respect de l'autonomie du patient se retrouve interrogé et contrebalancé par le risque de danger pour le patient ou son entourage. Le risque pour le patient sera principalement de manquer d'information.
- Dans des situations de contact des proches afin d'obtenir plus d'éléments afin de prendre en charge le patient ou en cas de demande de tiers pour une hospitalisation sans consentement, la question du non-respect de la confidentialité intervient.
- Vis-à-vis du respect des souhaits, de la volonté du patient. On est amené à s'interroger sur la conscience des troubles, la capacité à consentir aux soins.



La question de la conduite suicidaire, soulève la question du libre choix, du droit de propriété de son corps (13).

Les risques pour la famille :

Les risques pour l'entourage sont de se sentir mis à distance et de manquer d'information sur la situation. Il faut y être attentif afin de développer une alliance et de pouvoir apporter un soutien si nécessaire. Un autre risque est de mal mesurer la responsabilité laissée à la famille. Le respect de la volonté du patient de ne pas être hospitalisé, ne doit pas laisser une responsabilité trop lourde à porter pour la famille. La dangerosité potentielle de certaines situations d'urgence doit être anticipée et réfléchie pour protéger et travailler dans de bonnes conditions avec la famille.

Les risques pour l'équipe soignante :

Ils sont liés à l'agressivité potentielle du patient. Ils sont à prendre en compte. L'équipe soignante doit connaître le fonctionnement du service (les moyens d'alerte et de surveillance). Des réunions institutionnelles programmées et non programmées doivent être organisées afin de rediscuter du fonctionnement du service et permettre la reprise des émotions.

Les conditions de travail doivent comprendre un environnement adapté et protégé. Ce lieu doit permettre de voir les patients dès leur arrivée et dans la suite de la prise en charge. La réalisation d'un accueil à plusieurs soignants semble diminuer les risques.

Pour le psychiatre, le risque dominant est le risque vital. « L'interrogation de la non-assistance à personne en danger se pose de fait » (13). Le risque suicidaire est le

point culminant de cette crainte. Mais de l'autre côté, la question de la décision abusive par privation de liberté peut se poser. Le travail de lien avec l'entourage et les équipes de secteur peut permettre de mieux appréhender ces risques.

La question de l'utilisation des protocoles se pose. Pour M-J Guedj- Bourdieu, « les protocoles internes peuvent être pratiques afin de cadrer l'impact émotionnel de bon nombre de situations et peuvent servir de référence aux pratiques du service en cas de problème médico-légal » (13).

Les protocoles peuvent aider les personnes qui ne connaissent pas le service, mais la communication entre les soignants semblent plus légitime et importante. Les protocoles ne doivent pas être un frein à la communication et à la réflexion individuelle et collective. D'autant que chaque situation est singulière. Un accueil et une réponse, le cas échéant, ne semblent pas pouvoir être standardisés. Les protocoles semblent être parfois rassurants pour les soignants car légitimeraient une décision.

### **3. L'éthique et le cadre de travail**

Chaque lieu et contexte de travail comporte un cadre particulier. En m'inspirant du sociologue Said Bouhamama (14), on peut proposer quelques coordonnées de l'urgence psychiatrique.

Il a évoqué 3 facteurs afin de repérer le cadre de son exercice professionnel : Ces coordonnées influenceront notre manière de travailler.

-Il évoque l'importance de la compréhension de «ce qui arrive». Réfléchir et ne pas sous-estimer la dimension explicative des situations. En urgence, les réactions

sont souvent exacerbées. Les manifestations cliniques peuvent être apparues brutalement ou insidieusement mais le vécu de l'urgence doit être entendu. Il convient de se demander « Qui demande une prise en charge urgente? ». C'est-à-dire qui ressent ce sentiment d'urgence. On se questionne également sur la raison de l'émergence des manifestations cliniques et du sentiment d'urgence :

«Pourquoi?» «Pourquoi maintenant ?».

- La lutte contre l'isolement professionnel permet également de repérer son cadre professionnel. L'équipe psychiatrique des urgences par son activité et sa localisation géographique peut parfois se retrouver isolée. L'urgence fait partie intégrante de la pratique psychiatrique. Les secteurs psychiatriques doivent donc se préoccuper de l'accueil d'urgence. Les différents lieux d'accueil d'urgence doivent être intégrés ou avoir des liens avec les secteurs et les médecins généralistes.

Aux urgences la spécificité de la prise en charge psychiatrique et les représentations de la psychiatrie peuvent entraîner une mise à l'écart de l'équipe psychiatrique. Les relations avec les infirmiers des urgences, les urgentistes et les autres spécialistes doivent être entretenues.

- D'après Said Bouhamama, « Il faut clarifier ce que l'on souhaite et ne pas s'ajouter de contraintes » (14). Les conditions d'urgence comportent certaines contraintes. Etre au clair avec celles-ci et ne pas s'en ajouter facilite la façon de travailler.

#### 4. Les difficultés nosographiques en urgence

La clinique psychiatrique d'urgence peut poser des difficultés nosographiques. La nosographie est principalement décrite par le DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Le but de la nosographie est de fournir des descriptions et des catégories pour faire le diagnostic de troubles mentaux et de pouvoir échanger des informations à leur sujet.

Le DSM propose la notion de diagnostic provisoire. Si le clinicien juge que les informations manquent pour faire le diagnostic mais qu'il suppose qu'elles arriveront, il peut stipuler le terme de « diagnostic provisoire ». Ce concept de diagnostic provisoire est spécifique à la psychiatrie et sous-entend qu'à un moment donné, on ne puisse pas forcément poser un diagnostic certain. Il renvoie également à la notion d'évaluation dans la durée (15).

Le DSM repose sur un système multiaxial. Ce système représente un modèle biopsychosocial (15). L'évaluation multiaxiale doit être le reflet de la période présente afin d'apporter un traitement adapté. Le DSM précise que l'attribution d'une cause ou d'une conséquence ou de l'absence de lien revient à l'appréciation du médecin.

Le critère évolutif en lien avec l'avancement des troubles et le critère étiologique sont des données importantes pour l'établissement d'un diagnostic nosographique (16). Dans les conditions de l'urgence, ces critères ne sont souvent pas analysables.

D'après le Dr Serge Tribolet, la sémiologie psychiatrique repose principalement sur « l'étude du comportement de l'individu, des fonctions intellectuelles et de l'état émotionnel » (17). Le diagnostic est une association de multiples symptômes articulés avec les intrications somatiques et les caractéristiques sociales, familiales,

culturelles. Cette approche « ne doit pas empêcher de prendre en compte les aspects subjectifs du vécu et le respect de la subjectivité du patient » (17).

La notion de durée du symptôme est à prendre en compte pour évoquer un diagnostic psychiatrique. La prise en compte de l'évolutivité des symptômes et la prise en compte du contexte (familial, culturel, socio professionnel...) sont fondamentales à l'établissement d'une prise en charge.

En psychiatrie, l'entretien clinique reste central, il permet un recueil de données utiles au diagnostic. Il n'existe pas d'examen complémentaires.

En urgence, l'un des objectifs sera de récupérer des informations cliniques et situationnelles auprès de l'entourage et d'intervenants médicaux préalables. Cependant, en urgence, nous n'avons pas forcément accès à tous les éléments et n'avons pas non plus le recul nécessaire pour affirmer un diagnostic. En pratique, dans ces situations, il peut être difficile de se référer au système multiaxial. Nous prenons en compte les éléments accessibles afin d'avoir une vision globale de l'individu dans le contexte présenté. Les critères d'évolution et étiologiques ne sont pas fréquemment évaluables en urgence. On parlera plus volontiers de « diagnostic de situation ».

Guy Baillon aborde la question du diagnostic comme « un processus se déroulant dans le temps » (18). L'accueil de l'urgence en psychiatrie serait le temps d'un échange entre le patient et le soignant et ainsi le temps de la création de l'alliance.

D'après M De Clercq, « les classifications des maladies mentales permettent de poser un diagnostic, mais qui est peu utile dans l'approche de l'urgence psychiatrique et la mise en place d'une prise en charge » (5).

En pratique, le diagnostic n'est pas l'élément majeur d'un entretien initial en situation d'urgence. Il importe d'avantage d'évaluer des risques et, comme dans les autres disciplines médicales, de poser des indications de soins et d'orientation.

Un concept s'approchant du diagnostic de situation, se montre tout à fait pertinent pour alimenter une réflexion sur l'accueil : la crise.

## **5. La crise**

La vie est marquée par différents moments, charnières et individuels, qui peuvent être source de retombées positives ou négatives. Lorsque ces moments sont vécus comme source d'angoisse, ils peuvent s'apparenter à une « crise existentielle » et peuvent entraîner différents types de réactions, symptômes...

L'approche idéologique et pratique d'Andréoli envisage ces « réactions de catastrophe » comme des situations nécessitant une réponse (19). Il envisage « la crise » comme une opportunité de changement. La crise peut être vue comme l'apparition brusque d'un état qui rompt avec l'état antérieur. Nicolas de Coulon la définit comme « une exigence de transformation et d'adaptation, imposée au sujet par un facteur externe et / ou interne qui bouleverse son équilibre psychique » (20).

Toute crise est inséparable d'une continuité dont elle représente à la fois le point de déséquilibre et également l'instrument de réorganisation.

Cette exigence de transformation comporte un ressenti négatif de risque, mais également une opportunité de changement vers un meilleur ressenti psychique et psychologique.

Antonio Andréoli a importé le concept de « crise » des Etats-Unis. Dans les années 1960 l'équipe de Paolo Alto l'utilisait pour exposer ses théories systémiques.

On observe que la théorisation de la crise entre 1970 et 1990 intègre des notions psychanalytiques. D'après Florence Quartier, le symptôme qui détermine la « crise » est un résultat complexe de conflits intrapsychiques conscients et inconscients. On va donc proposer un « travail » (21).

La crise serait déclenchée par des facteurs dits de crise :

- Les facteurs externes qui correspondent aux événements de vie.
- Les facteurs internes qui sont des événements naturels (adolescence...).

La difficulté d'adaptation du patient à une situation entraîne une majoration de la tension interne qui se traduit par une souffrance (21). C'est cette souffrance qui amènerait à une « réaction de catastrophe ».

La crise fait écho au désir de changement thérapeutique. « La crise » a déjà travaillé sans succès contre « la barrière ». Il y a donc appel à l'institution psychiatrique (19).

L'éclairage institutionnel nous permet donc d'envisager la crise comme l'occasion d'une action institutionnelle qui aborde d'une façon plus spontanée et vivante les phénomènes de passage entre éclosion aiguë et aménagement chronique.

L'intervention de crise vise à redonner au sujet et à son entourage l'occasion d'effectuer un travail psychique en transformant le symptôme en l'intégrant à une narration, à une élaboration psychique (19).

D'après J. Manzano, la notion de crise reste un terme ambigu ; il est employé selon les différents auteurs avec des significations très différentes (19).

Il existe souvent une confusion entre la notion de crise et celle de manifestation aiguë ou ouverte d'un trouble chronique latent (22). Dans ces cas l'intervention de crise est vue comme seul moyen thérapeutique et « appauvrit la psychiatrie » (19). L'approche par l'intervention de crise ne doit pas calquer le modèle manifestation aiguë - pathologie chronique mais utiliser la dynamique de la situation.

Andréoli évoque que « les transformations profondes de la société, de l'organisation familiale, les conditions de vie et de travail, la solitude, l'instabilité des relations sociales facilitent l'apparition de ces réactions de catastrophe » (19). Ces constats sont tout à fait superposables aux situations actuelles.

La crise fait appel aux ressources personnelles et de l'entourage du patient. L'approche individualisée semble supérieure à une approche standardisée. Il convient de se demander qui demande les soins et de quelle manière ils peuvent être mis en place. Lorsque qu'une personne arrive aux urgences, on accueille un sujet, un symptôme, une situation, un bout de famille.

La crise est l'exacerbation d'un processus psychopathologique en cours, qui évolue dans le temps. Elle peut être déterminée par un processus ordinaire de la vie ou un trouble psychopathologique (23).

Le concept de crise s'il concerne spécifiquement certaines situations de l'urgence psychiatrique permet néanmoins d'envisager la question de l'accueil. La suite de mon propos proposera de comprendre l'accueil d'urgence comme la transformation du sentiment d'urgence vers une poursuite de soins.



## **.II. L'accueil et la prise en charge en urgence**

### **A. Qui accueille-t-on ?**

#### **1. Le patient**

Selon Leriche, la maladie peut se définir de deux points de vue opposés : celui du patient et celui du médecin. « Le malade conçoit sa maladie du point de vue de sa propre conscience ; la maladie est alors considérée comme une dynamique en pathologie ; Il n'y a rien dans la science qui ne soit d'abord apparu dans la conscience. Le médecin en revanche considère la maladie de son malade, du point de vue de la science, comme une statique en pathologie. Il soutient que si l'on veut définir la maladie, il faut la déshumaniser » (24).

Canguilhem émet sur ce point une critique sans réserve : « il n'accepte en aucun cas la déshumanisation du malade par le médecin au nom d'une scientificité idéale » (25).

En psychiatrie, la conscience qu'a le patient de ses troubles est importante. Le ressenti et la demande du patient seront les bases de la prise en charge.

Pour valider l'importance du ressenti du patient, Antonio Andréoli explique que « l'objectivation du symptôme, qui est implicite dans la demande thérapeutique, constitue le prémisses d'une cristallisation des investissements libres, qui fige la relation avec le patient de façon malheureusement irréversible » (19). On cherchera à accueillir le ressenti et la demande du patient, à préserver la dynamique, afin de les transformer en une demande active de soins.

Les données subjectives seront à saisir avec rigueur et prudence car elles sont fragiles et influencées par les affects (19).

Pour M. De Clercq l'isolement social peut parfois être plus source de souffrance que la symptomatologie elle-même (5). Le caractère aigu semble d'abord à mettre en rapport avec l'expression de la demande de soins plutôt qu'avec la gravité de la symptomatologie ressentie par le patient (5).

L'approche subjective nécessite certaines conditions d'accueil. L'un des objectifs, en plus de l'évaluation clinique, est de « faire naître » le désir d'une poursuite de soins et de favoriser sa mise en place. Le respect de la subjectivité pourrait favoriser la poursuite des soins.

La façon dont un patient est reçu dans le milieu psychiatrique va laisser une marque indélébile. La qualité du contact de la rencontre est donc primordiale. En situation d'urgence, la charge émotionnelle amènera le patient à évoquer des éléments de son histoire qu'il ne répètera pas à posteriori, ou plus difficilement.

Ces deux points soulignent l'importance de l'accueil du sujet.

## **2. Le symptôme**

On peut se demander à qui « appartient le symptôme ? » Au patient ? A la famille ? Se demander « qui souffre » de la situation permet de débiter une compréhension de la situation et d'amorcer un lien thérapeutique.

La notion d'accueil du symptôme se retrouve dans la notion de réponse à apporter « au caractère aigu de la souffrance psychique » défini par la Commission des Maladies Mentales de l'Urgence en Psychiatrie en 1991. La définition semble

volontairement aspécifique. Le moment de crise peut se manifester de manière diverse, hétérogène et aspécifique : Manifestations anxieuses, douleurs physiques, agitation psycho motrice, signes d'intoxication aigue....

L'accueil consistera également à accueillir un suivi antérieur le cas échéant, en prenant en considération un diagnostic préalable. Cependant il peut être intéressant de se décaler du symptôme. En adoptant une vision caricaturale, la médecine somatique d'urgence tend à analyser le symptôme et à le faire disparaître. La guérison, amenée par le médecin, correspond à la disparition du symptôme. En psychiatrie la prise en charge et l'approche semblent différentes. Le symptôme psychiatrique passe par le patient mais celui-ci peut ne pas ressentir de souffrance, ni exprimer de plainte. L'évaluation du symptôme psychiatrique, peut se retrouver appréhendée par la vision médicale et par une approche psychanalytique - psychodynamique.

D'après le Dr Serge Tribolet on peut conceptualiser la psychiatrie selon l'alliance de 2 approches :

- Une approche objectivable, scientifique, avec la recherche de symptômes dans l'objectif de dégager une entité clinique et d'adapter un traitement adéquate.
- Une approche subjective, avec une analyse du ressenti de la rencontre (17).

Cette alliance permet d'appréhender la rencontre en psychiatrie.

La fonction du symptôme pourra également être interrogée. L'accueil du symptôme peut correspondre à l'analyse d'attente non conscientes du patient (26). D'après le Dr Tribolet le symptôme peut être vu comme « un langage qu'il faut

entendre » (17). Les signes cliniques sont à évaluer en fonction du contexte culturel et familial.

Cependant les critères objectifs de gravité, notamment dans le cas du risque suicidaire priment sur les aspects subjectifs. Dans le cas de pathologies avec manifestations graves d'entrée, la protection du patient ou d'autrui prédomine.

Les ressources du patient comprennent également l'environnement familial. Il arrive que la famille soit elle-même demandeuse de soins pour le patient. Les demandes en situation d'urgence seraient formulées par l'entourage du patient dans plus de 50% des cas (5).

Ces éléments justifient que l'on se penche sur l'accueil et le ressenti de la famille.

### **3. La famille**

Historiquement, la famille a subi « l'accusation » générale de la responsabilité des troubles psychiatriques des patients. Les notions de famille ou de mère « schizophrénogène » sont un exemple de ces antécédents de stigmatisation de la famille. De cette idée découlait la nécessité d'une séparation avec la famille par « l'accueil – exclusion » à l'asile (27).

La vie psychique du sujet se construit à travers ses interactions avec son entourage. Aujourd'hui, la famille est envisagée comme une ressource potentielle pour le patient.

Il arrive aussi que la souffrance engendrée par les symptômes du patient fasse naître une demande de soins de la part de la famille. L'accueil du vécu et des plaintes des familles sont donc une des bases du travail d'accueil de l'urgence. Il devra permettre leur transformation en un soutien vers le soin.

Une étude réalisée aux urgences de Saint Luc en 1993 montrait que les demandes de l'entourage et du patient apparaissaient divergentes voir opposées. L'entourage insistait sur les aspects dérangeants et anormaux de la conduite du patient, tandis que le patient verbalise une angoisse ou des plaintes somatiques (5). Les plaintes de l'entourage sont à prendre en considération afin de pouvoir travailler avec celui-ci.

La souffrance liée aux symptômes présentés par un proche au quotidien peut favoriser la demande de soins :

- L'hygiène de vie, l'agressivité et la violence sont des éléments pouvant déconcerter la famille (28). Certains troubles psychiatriques vont altérer les conduites instinctuelles et la présentation physique.
- Face à des comportements violents auto ou hétéro agressifs générés par des troubles psychiques, certaines familles peuvent ressentir une peur face à leur proche. Cette crainte peut être générée par la violence du proche dirigée contre lui-même (scarifications, tentatives de suicide) ou contre son entourage. La famille se retrouve confrontée à des angoisses nouvelles, pouvant correspondre à des angoisses de mort. La tentative de suicide d'un proche, d'un enfant peut être un traumatisme majeur.
- Les comportements des patients peuvent générer de la honte et de la culpabilité.

Serge Tisseron définit la honte comme « liée à l'impuissance et à la perte de contrôle des limites de soi, liée à une déception ou un échec, éprouvée dans des situations que l'individu n'a pas choisies, s'accompagnant d'une perception négative de soi et d'un blocage de l'expression des émotions » (29). Ce ressenti pourra être repris avec les familles.

La demande d'accueil faite par la famille, nécessite déjà une certaine acceptation des faits par celle-ci.

La famille qui accompagne le patient aux urgences, au vue de la violence des événements, souhaite parfois que l'équipe psychiatrique prenne le relais de la responsabilité. Les proches demandent un partage ou un transfert de responsabilité de la famille vers l'institution (27).

La confrontation avec les troubles d'un membre de la famille peut entraîner l'interrogation suivante : « suis-je responsable des troubles de mon proche? » (28). La culpabilité vis à vis de ce qui arrive au patient et vis-à-vis de la nécessité de soins psychiatriques est fréquente. L'UNAFAM d'une manière générale, évoque également ces notions de culpabilité et de sentiment de responsabilité.

Les troubles du proche entraînent souvent un retentissement au niveau de la vie familiale et conjugale.

Guy Baillon décrit le patient comme une « personne-en-lien-avec-l'autre » (27). Ce qui implique que la souffrance de la personne touche l'entourage. La souffrance que chaque membre ressent peut entraîner des tensions interpersonnelles, des désaccords ou des conflits familiaux.

La demande de soins des familles est souvent ambivalente car c'est une démarche difficile pour elles. Guy Baillon la résume par « *La violence de cette guerre civile, la gravité de l'annonce de la maladie et son caractère insupportable quelle qu'en soit la forme ont pour origine la blessure ressentie par la famille, blessure dans son amour, dans ses projets, dans l'idéal projeté sur l'enfant- usager. Qui peut contester que la notion de folie constitue pour la famille l'atteinte la plus grave portée contre tous ses désirs, contre tous ses espoirs, contre tous ses efforts ? Ainsi cette folie est-elle d'abord vécue à la fois comme une blessure, comme une faillite de sa responsabilité depuis si longtemps engagée. La famille se sent aussitôt indigne de son rôle humain. Tout cela d'autant plus que la folie leur paraît toujours totale*» (30).

L'arrivée dans le lieu de prise en charge de l'urgence est le plus souvent vécue comme un traumatisme par l'entourage. Les événements qui ont pu précéder l'admission aux urgences et la résistance ou le refus du contact médical par le patient peuvent être perturbants. La séparation aux urgences peut être vécue comme un choc. Les vécus des parents qui arrivent aux urgences influenceront la relation avec la psychiatrie et l'équipe psychiatrique.

La dimension d'accueil de la famille semble primordiale face à cette violence. Les difficultés qui touchent le patient-membre de la famille, se répercute donc sur les autres membres. L'accueil peut permettre de verbaliser et de donner un sens à cette demande urgente.

D'un autre coté la famille peut ne pas être demandeuse de soins. Cette caractéristique sera à prendre en compte. Une information adaptée et une possibilité

de recours aux soins devront être données. Je reviendrai sur l'absence de demande de la famille. (Cf III A. 2.)

Le type de demande influencera la prise en charge.

#### **4. Type de demande, triangulation et alliance**

Une question semble centrale : Qui accompagne le patient ? Comment est-il arrivé ? Qui adresse le patient ? En effet les réponses à cette interrogation vont nous apporter un éclairage sur la situation.

Antonio Andreoli (19) rapporte une étude de D. Petite qui cherche à caractériser « les types d'appel au psychiatre de garde » (31) :

- Le patient assume lui-même la responsabilité de l'appel. Et il axe son discours principalement sur un symptôme.
- Le thérapeute ou un tiers appelle. Cette situation reflétant l'impasse pour le patient et le tiers.
- Les symptômes sont imprécis, multiples à type de « trouble du comportement » et inquiétants la famille ou les forces de l'ordre qui demandent une prise en charge. La demande émane d'un tiers.
- Le symptôme est unique, précisé, inquiétant l'entourage.

Donc globalement 2 groupes d'appels se dessinent :

- Soit un signalement émane d'un tiers : entourage, famille, médecin traitant, psychiatre libéral, professionnel d'un Centre Médico Psychologique.



- Soit la demande provient du patient lui-même.

D'un autre côté, le type de réponse est analysé en 3 groupes :

- Un groupe reflète une action simple du médecin avec un choix thérapeutique léger dans les conséquences (modification d'un traitement, apaisement de l'angoisse, organisation d'un relais).
- Un groupe reflète la nécessité d'une analyse détaillée de la situation, avec une évaluation lente. Cela pouvant inclure une intervention de crise et la mobilisation de l'entourage. Le but sera d'évaluer la personnalité, d'évaluer un conflit familial. Cette approche pouvant éviter une hospitalisation.
- Un groupe se concentre autour de l'hospitalisation, avec la préoccupation de protéger et soigner le patient. « Dans un contexte de dangerosité potentielle, la décision d'hospitalisation amène plus de pression sur le psychiatre et donc moins de réflexion sur la complexité de la situation » (19).

Cette étude mettait en évidence l'existence d'une corrélation entre le contexte présenté, les symptômes et le type de réponse.

En fonction des symptômes et de la personne qui appelle, le psychiatre a déjà une idée de l'orientation de la réponse et de la prise en charge.

Les réponses sont différentes selon que la demande émane du patient, de la famille ou des forces de l'ordre.

Lorsque la demande vient d'un tiers, il faut être attentif à ne pas être « trop » influencé par « le demandeur ». Il faut parfois favoriser une simple évaluation de la gravité de la symptomatologie.

Le contexte de la demande a donc de l'importance. Le poids de l'histoire familiale et des contraintes juridiques ou sociales teintent l'ambiance de la situation.

Si le patient est adressé par un professionnel, cela influencera la prise en charge. Une articulation de soins en aval sera également réfléchi en fonction du professionnel d'amont. L'orientation de soins sera différente selon que le patient possède un suivi initié sur un secteur, par un psychiatre libéral, ou non.

Les soins d'amont influencent également l'orientation.

Il convient également de se demander pour quelles raisons cette situation d'urgence arrive à ce moment : « Pourquoi maintenant ? ». L'importance du « diagnostic de situation » se dévoile logiquement.

L'origine de la demande est un élément fondamental pour l'analyse de la situation, mais également pour l'amorce de la prise en charge. En effet une demande qui émane d'un tiers permet la triangulation. Ce phénomène est primordial car il permet de créer un espace thérapeutique et permet l'évaluation de la situation.

Les interlocuteurs présents (le patient, la famille) devront être accueillis. Un climat de confiance sera nécessaire. L'ébauche d'une alliance sera à créer.

Il peut exister deux types d'alliance :

- L'alliance avec le patient qui sera prioritaire.
- L'alliance avec la famille.

Michel De Clercq évoque la « double alliance » (5) qui correspond à l'alliance conjointe avec le patient et l'entourage. L'alliance avec l'entourage peut s'avérer primordiale, elle apportera un soutien à la famille et indirectement au patient.

Dans Les Urgences de la Folie, Hélène Chaigneau envisage même la notion de 3e alliance, qui correspond à l'alliance avec le soignant à venir (27).

En cas de nécessité de soins sous contrainte, l'alliance avec la famille peut aussi devenir prioritaire.

Pour Catherine Legrand S ebille : « la notion d'alliance thérapeutique, souvent contest e dans le milieu psychiatrique, repose sur le crédit qui est accordé aux parents et la place de partenaire qui leur est faite ». De plus, « les parents ont le sentiment qu'ils détiennent des informations qui pourraient aider le médecin et son équipe à soigner leur enfant » (28).

La famille a donc besoin d'être accueillie, soutenue, appuy e. (Cf II B. 3.)

Il convient également de se questionner sur la façon d'accueillir. Les prises en charge seront différentes selon le contexte de la situation et les lieux d'accueil.

## **B. Comment accueille-t-on ? Quels sont les moyens de prise en charge ?**

Guy Baillon décline l'Urgence autour de trois dimensions : le travail d'Urgence, le travail d'Accueil et le travail de Crise (27).

### **1. Le travail d'Urgence**

Le travail d'Urgence correspond en premier lieu au travail du médecin généraliste dans son bureau ou au domicile, ou au travail du psychiatre libéral. Il correspond également aux conditions des urgences générales. Mais il peut être retrouvé au cours des consultations dans des centres d'accueil. Il est principalement influencé par les conditions de travail et par la situation elle-même.

Classiquement l'urgence psychiatrique se centralisait aux urgences générales avec par la suite une hospitalisation dans les Etablissements Publics de Santé Mentale.

Au sein des urgences générales, les psychiatres interviennent principalement à la demande des médecins urgentistes. Les urgentistes interviennent en première intention réalisant une « clearance médicale » en réalisant un premier filtre avant sollicitation de l'équipe psychiatrique. Cette dernière est aux prises avec la question de la temporalité des urgences générales. L'un des objectifs du psychiatre aux urgences générales sera de permettre un accueil adapté. Cela nécessite une collaboration avec les urgentistes et les infirmiers.

L'ouverture de lieux d'hospitalisation de courte durée comme les Centre d'Accueil et de Crise et les Centres Psychiatriques d'Accueil sont apparus dans le but de favoriser le temps de l'accueil qui parfois manquait dans les lieux accueillant l'urgence psychiatrique.

La demande urgente peut émaner du patient, de l'entourage ou d'un autre soignant. Dans la plupart des situations le conduisant aux urgences générales, le patient est peu favorable à l'écoute psychiatrique proposée (ex : tentative de suicide, crise clastique...). La triangulation de la demande qui est généralement amorcée par un proche ou un autre médecin dans ce contexte, facilitera la prise en charge par l'équipe psychiatrique.

En ce qui concerne le travail aux urgences générales, Andreoli insiste sur l'importance d'un premier entretien réalisé par un infirmier (19). La rencontre du psychiatre, après l'infirmier, puis de l'entourage correspond à l'élargissement du

champ de l'investigation. La rencontre de l'entourage permet de diminuer le poids qui pèse sur le seul patient. Au sein des urgences générales, l'infirmier possède un rôle complémentaire à celui du médecin (27).

D'une manière générale, la prise en charge du corps doit toujours être pensée. Au sein des urgences un avis « somatique » par un urgentiste permettra d'écarter une atteinte organique.

En fin d'entretien aux urgences générales, la triangulation avec le médecin urgentiste est de nouveau essentielle. Cette triangulation atteste une validation de la réponse du psychiatre à la demande du médecin urgentiste (27).

Le travail d'urgence psychiatrique doit être un temps de réflexion clinique :

- Il faut savoir accueillir, apprendre à gérer les manifestations comportementales et l'anxiété du patient et son entourage.
- Il faut savoir apaiser, prescrire le traitement symptomatique adapté, afin d'améliorer le contact avec le patient.
- Il consiste en la reconnaissance d'un éventuel trouble psychiatrique et l'élimination d'un éventuel diagnostic différentiel.

Le second temps sera celui de l'élaboration de la demande de soin et du début de la prise en charge thérapeutique. Il faut savoir négocier, bâtir une prise en soin adaptée sans systématiser l'hospitalisation en service spécialisé « classique ». Il faut savoir orienter, c'est-à-dire initier la démarche de soin choisie (32) .

Pour Guy Baillon, la réponse à l'urgence se décompose en deux temps en fait intégrés :

« Comprendre de quoi il s'agit, et aussitôt, en cas de trouble psychique, installer le terrain du soin : les conditions de la continuité du soin psychique, avec le souci d'impliquer l'entourage relationnel et ses ressources ». Il compare la place d'un patient dans sa famille à celle d'une « cellule d'un tissu » (27).

L'urgence à l'hôpital général draine un plus grand territoire et nécessite une réponse souvent plus rapide. Il est donc souvent plus difficile de faire venir l'entourage. L'objectif sera l'orientation vers un travail de lien avec le secteur quand cela semble nécessaire. La réponse soignante s'adaptera en fonction des possibilités sur le secteur.

Il semble que le travail d'Urgence, principalement dans un hôpital général doit être de veiller à amorcer un désir de soins chez le patient (27). Aux urgences, du fait des conditions de travail, des infrastructures, du nombre de patients, la réponse doit être rapide. Les prises en charges correspondent souvent à un conseil donné à l'équipe médicale des urgences.

L'objectif sera la mise en place d'un lien adapté et la création d'articulations avec les acteurs de soin en amont et en aval. Dans certaines conditions, un travail d'Accueil peut être réalisé aux urgences.

Les lieux dits « d'accueil » par leur disponibilité de temps et leurs caractéristiques facilitent ces articulations.

## **2. Le travail d'Accueil**

Le travail d'Accueil se réalise principalement dans les Centres d'Accueil et de Crise et dans les Centres psychiatriques d'Accueil, mais pas uniquement. Il est parfois possible aux urgences générales, chez le médecin traitant, le psychiatre libéral ou autres quand les conditions le permettent. Les centres d'accueil, avec la possibilité d'hospitalisations de courte durée et les possibilités de consultations post urgences, sont structurés de telle sorte que le temps de l'accueil est facilité.

La réflexion est basée sur la rencontre du patient seul, en supposant que celui-ci n'est pas opposé à cette rencontre. Le travail d'Accueil se fera toujours en référence à l'élaboration de soins au long cours. Il tente de correspondre au seuil entre le sentiment de fermeture, d'impasse et l'ouverture vers le soin.

On retrouve la même logique que dans le travail de Crise qui comporte : l'interaction de crise, l'hypothèse de crise et l'intervention de crise. On essaye de travailler comme lors de l'interaction de crise : en recueillant des données et en rencontrant l'entourage. Le soin se construit sur la qualité de la rencontre et la vision du soin à long terme (27).

L'un des fondamentaux est de tenter de mettre le patient en confiance. Nous connaissons l'importance du premier contact et de l'accueil du patient. Il est important de se donner du temps pour mener le premier entretien. L'accueil nécessite des attitudes d'empathie, d'authenticité. La curiosité et la disponibilité du soignant doivent être supérieures à la défense et la contre-attitude du patient (27). La création d'un climat favorable à l'échange et à la mobilisation sera un des rôles de

l'accueil. L'objet de la rencontre est d'aider le patient à mettre des mots sur sa souffrance.

Une attention sera particulièrement portée sur le respect du symptôme et principalement sur le respect du désir du patient (27).

L'un des objectifs du travail d'Accueil est de créer les conditions d'une rencontre comme point de départ d'un soin. L'objectif sera de lever les « barrages » au traitement (33). Le travail d'Accueil sera toujours fait en référence aux soins au long cours dont pourraient avoir besoin le patient. Un article de 2003, de Damsa C. et al montre le bénéfice de l'intervention de crise vers l'hospitalisation volontaire et le suivi ambulatoire (34).

Le premier entretien engage la suite des soins (26). Il est le temps de l'expression d'émotions et de messages qui ne seront plus répétés. Ce constat doit être réfléchi en équipe. Le patient peut plus facilement s'identifier à l'infirmier, il réalisera donc le premier entretien d'accueil. Il se sentira moins jugé par l'infirmier que par le médecin qui représente la fonction « diagnostic- pronostic- traitement ». Au cours des entretiens suivant l'infirmier et le médecin seront complémentaires.

L'objectif de l'accueil sera d'établir un lien sur lequel un soin pourra se construire. Pour réaliser cette réponse on pourra s'appuyer sur le concept de crise, dans le cadre d'un travail de crise. La dimension d'accueil va s'appuyer sur les potentialités individuelles et les compétences sociales et intègre pour cela une réflexion sur « l'empowerment » (27).

D'après Guy Baillon, le travail de crise doit représenter et garder en tête qu'il est un « passage » vers les soignants d'une autre unité de soin (27). Il est important de



préparer à l'avance la fin de l'intervention. Il faut anticiper et préparer le deuil que le patient aura à faire. Il faut donc anticiper la reprise de la distance. Guy Baillon se réfère à Hélène Chaigneau en évoquant la pertinence d'un dialogue à trois dès le départ (28). Le troisième interlocuteur pouvant être le soignant suivant, le proche, l'absent... Il y a tout intérêt à ce que « le passage » se fasse le plus tôt possible dans le but du maintien de l'émotion (27).

Le travail d'Accueil se déroule généralement en plusieurs rencontres. Antonio Andreoli, l'un des précurseurs en Europe, explique que « la réponse doit être amorcée sans délai, mais qu'elle va s'étendre dans la durée » (19).

La question du diagnostic est également abordée dans le travail d'Accueil. Elle est une préoccupation à la fois du médecin, du patient et son entourage. Comme discuté précédemment, il semble qu'un diagnostic psychiatrique clinique précis en urgence ne soit pas toujours possible. On parlerait plutôt de « diagnostic de situation », et non de diagnostic à visée nosologique.

D'après Patrick Chaltiel et Guy Baillon, la notion de diagnostic peut s'appréhender comme un processus se déroulant dans le temps, justifiant d'être inclus dans un échange thérapeutique. « Le diagnostic devient un outil évolutif partagé entre le patient et les soignants » (18). Mais surtout cela montre l'importance en psychiatrie d'urgence de favoriser la dimension de l'accueil.

Plus que la formalisation d'un diagnostic, l'objectif sera la poursuite et la continuité du soin. Pour illustrer cette idée, Les Urgences de la Folie nous disent que « *l'équipe constate d'abord que les troubles psychiques n'étant pas figés, car initiaux, ils évoluent vite et de façon plus variée qu'elle avait l'habitude de le voir en*

*hospitalisation ; elle constate ensuite que de nombreux troubles pourtant impressionnants se désamorcent rapidement » (27).*

Le diagnostic de situation semble permettre d'évaluer des risques et de poser des indications de soins et d'orientation.

L'article « Les "soins hors diagnostic": de l'accueil aux soins étape par étape » explique que : au lieu de chercher à préciser un diagnostic au cours des entretiens, l'écoute montre que la plupart des patients témoignent d'une « perte » comme élément déclenchant. « L'opportunité de parler d'une rupture, d'un décès, d'un emploi, d'un idéal, d'un projet suffit souvent pour ramener le calme » (18). L'équipe du Centre d'Accueil de Bondy conçoit leur travail d'Accueil comme « l'utilisation de l'énergie, de la tension de l'urgence pour créer un lien thérapeutique » (27).

Ce travail demande d'être capable de concilier position médicale et travail psychodynamique et permet d'intégrer les questions individuelles, familiales et plus généralement contextuelles.

Ce travail d'Accueil devra être demandé par un médecin. On évoque à nouveau l'importance de la triangulation de la demande afin de créer un espace de soins (27). Cette triangulation permet d'explorer l'espace relationnel dans lequel le symptôme apparaît (19).

L'interaction de crise ne se préoccupe pas que du symptôme. Elle s'intéresse à « la situation » en prenant en considération l'entourage et les différents facteurs. L'interaction de crise permet d'aborder comme « une nouveauté venant déstabiliser la routine et troubler un mode de pensée établi » (27). Elle tente donc de développer

l'alliance avec le patient mais également de négocier le suivi à long terme (5). Par ailleurs, au cours de ce travail, l'hypothèse de crise n'est pas fixe. Guy Baillon explique que « le scénario subjectif et intersubjectif peut faire surface et trouver une occasion de transformation dans l'interaction groupale » (27).

Suite à l'interaction de crise 3 possibilités se présentent : (27)

- l'approche psychiatrique n'est pas justifiée.
- une orientation de soins à court terme est décidée.
- un travail de crise se poursuit.

Le travail de crise correspond à une introduction à des soins. Il permet également d'écarter les situations qui ne relèvent pas de la psychiatrie. Quand la poursuite de soins est nécessaire, le travail d'Accueil et de crise augmente l'acceptation et le suivi de soins ambulatoires (34). Le but principal de l'intervention de crise, n'est pas d'éteindre le symptôme, mais de transformer l'expression de l'urgence en une demande de soin. Le but final est d'aboutir à l'élaboration ou la renégociation de la demande initiale du patient (27).

Il peut s'agir d'une intervention unique ou d'un travail qui ne se poursuivra pas plus de 6 à 8 semaines. En fin de prise en charge, un retour systématique est fait en direction de ceux qui ont initié la demande.

L'utilisation de la narration, en partant du sens donné par le patient est un fondement fort du travail d'accueil et de respect de la complexité.

Pour Antonio Andreoli et Guy Baillon, l'intervention de crise est une étape pré psychothérapeutique mais peut parfois être psychothérapeutique d'emblée.

La pratique du travail d'Accueil demande à travailler en équipe. Le fait d'être plusieurs facilite le travail et crée un climat plus sécurisant. En cas d'entretien « fermé », la position de tiers peut permettre de diminuer la tension d'une relation duale. De plus, d'après Guy Baillon, « la réflexion en équipe, sur les nouvelles expressions de la pathologie psychiatrique et surtout concernant la caractéristique diagnostique de ces troubles est primordiale » (30).

Il faut penser au rôle non négligeable de l'ensemble du personnel de la structure. Chacun a un rôle. Les personnes de l'entrée représentent l'accueil initial qui doit être de bonne qualité pour le patient et l'entourage.

L'entretien d'accueil y est toujours un accueil d'équipe. Il nécessite au moins deux intervenants.

L'équipe a donc sa place du début à la fin du travail d'Accueil. Ce travail comprendra en outre un travail de reprise par toute l'équipe comprenant le psychiatre. Ce débriefing immédiat de la situation se conclut par une proposition d'orientation et une réponse toujours explicitée. Au cours du travail d'Accueil et de crise, chaque soignant exprime son ressenti et sa compréhension de la situation.

On retrouve la notion, développée par Pierre Delion, du travail de dé-hiérarchisation statutaire et de re-hiérarchisation subjectale de chaque soignant. La position du médecin et son savoir, n'est pas « supérieure » vis à vis de l'élaboration du travail d'Accueil. « Les rencontres entre un sujet malade mental et les soignants qui l'accueillent dans un service de psychiatrie ne peuvent passer que par un premier niveau, celui du sujet dont la fonction peut être soignant puisqu'il en a le statut et donc le rôle. Mais pour qu'une telle promesse soit tenue, il est incontournable que le soignant soit lui aussi respecté par « sa hiérarchie » comme un sujet » (35). La

participation à des staffs ou espaces de parole qui permettent de recueillir le ressenti des soignants et leurs difficultés semble indispensable.

Le travail d'Accueil comprend donc différents acteurs. La pluri professionnalité est très utile. Elle souligne des différences et des complémentarités. Les infirmiers créent une relation directe et simple, « autour de la vie quotidienne ». Les psychologues ont moins de contraintes décisionnelles.

Il est important de prêter attention à l'ambiance au sein de l'équipe soignante, qui témoigne de la continuité dans une équipe.

Les compétences familiales et sociales du patient peuvent être des ressources personnelles au cours de la crise. Il est important de toujours chercher à rencontrer l'entourage au premier entretien. La rencontre de l'entourage permet d'obtenir des données importantes sur le contexte de vie et permet l'évaluation du système familial. Les différents acteurs de la vie du patient, en fonction de leur place, rencontrent chacun des questions qui jouent un rôle propre pour le patient. Le rôle social de chacun vis-à-vis du patient représente un socle pour le patient (27). Les aspects sociaux du patient influencent sa vie psychique. La psychiatrie doit permettre une articulation avec les partenaires sociaux, y compris en urgence.

La façon de travailler doit refléter cette vision sociale, en commençant par favoriser l'accessibilité aux soins. Les lieux de prise en charge doivent contribuer à un accès 24h/24. La facilité et la proximité d'accès doivent être privilégiées. Il faut se mettre à la place du patient (27), et de son entourage.

Ce travail est à personnaliser selon les équipes. Il nécessite de la souplesse et une grande malléabilité. Les réflexions évoquées ne sont que des « pistes de travail ». Il ne se veut pas une approche opératoire. Le travail d'Accueil d'une manière générale devrait amener une meilleure compréhension des déterminants psychologiques et groupaux qui ont abouti à la crise et permettre de prendre la décision d'une thérapie plus approfondie (5).

L'objectif principal est que « le sujet retrouve sa capacité à penser » (27).

### **3. Spécificités du travail d'Accueil familial**

D'après la théorie des réseaux sociaux, l'objectif prioritaire de l'intervention de crise est de discuter la demande de soins avec le patient, la famille et l'entourage social significatif (33). S'intéresser à l'entourage permet au patient de réinvestir ses relations. L'objectif du travail avec les familles sera d'augmenter l'interface d'accueil. La famille est un lien possible vers le patient. La famille pourra être un interlocuteur privilégié à long terme, il est donc important de soigner son accueil. Dans le cas de pathologie au long cours, le premier contact avec la famille aura une répercussion sur la suite des soins.

Comme décrit lors du travail d'Urgence, la rencontre de la famille permet d'élargir le champ d'investigation et diminue le poids qui pèse sur le seul patient. De plus l'isolement social peut être plus source de souffrance que la symptomatologie (5).

Cependant la famille ne doit pas tout porter ou est parfois absente. C'est pourquoi il est important que des travailleurs sociaux interviennent à la demande des soignants quand cela est nécessaire.

La famille représente un véritable rôle de lien. Il faudra chercher à mobiliser les ressources psychologiques et sociales de la famille tout en respectant la subjectivité du patient.

Les tensions relationnelles dans un premier temps puis les symptômes représentent un système protecteur pour le patient. Ces tensions relationnelles et les symptômes sont « une forme de langage que l'entourage doit décrypter pour renouer le contact » (27). La crise entraîne une perte des frontières habituelles de la famille (19). La clarification des positions dans la famille est nécessaire.

Parfois la famille fait une demande de soin pour un malade sans subir de crise. C'est ce qu'Antonio Andreoli appelle la « résistance superficielle » (19). Il faudra chercher à favoriser l'engagement de la famille en diminuant les résistances. Le travail d'Accueil familial nécessite un double engagement : l'engagement personnel du soignant et de la famille.

Il arrive que le patient manifeste des réticences à ce que l'on prévienne ses proches. Ses réticences sont à prendre en compte. Les patients s'interrogent souvent au sujet de la confidentialité. Il faudra donc préciser au patient que le secret médical sera préservé mais que pour l'aider, il est important de pouvoir se renseigner au prët de son entourage (26).

Scott dit que parfois « la demande est moins de soigner la souffrance du patient que d'éteindre leurs propres angoisses, en le délivrant de celui qui, devenant seul objet de soins, les laisserait indemne de toute remise en question de leurs attitudes » (36). La rencontre de l'entourage permet de reformuler la demande de soins et l'engagement familial. L'énergie utilisée pour une demande d'hospitalisation pourra être transmise pour transformer l'approche de la situation. Les recommandations

HAS sur les modalités d'hospitalisation sans consentement précisent que de nombreuses Commissions Départementales d'Hospitalisations Psychiatriques ont établi que la désocialisation, un soutien familial et social moindre semblaient augmenter le recours aux hospitalisations sous contraintes. C'est-à-dire que ces paramètres influeraient sur la demande de soins, le recours aux soins et la qualité du suivi (7). La prise en considération de la famille et du tissu social dès le début de la prise en soin semble primordiale. La famille est le plus souvent ambivalente et non rejetante. Elle aide souvent à trouver des solutions transitoires (37).

Il semble important que la famille ne se sente pas mise à l'écart. Sous couvert du secret médical, la famille est parfois mise à distance. Le réflexe général en situation d'urgence étant de s'occuper du seul malade en isolant la famille de toute décision peut être vécu violemment et être culpabilisant.

Les familles ont tendance à rapporter un manque d'information. « Ils demandent à comprendre les manifestations de la maladie pour pouvoir « être avec » leur enfant de manière plus juste. Les mieux placés pour leur donner ces informations, leur semble-t-il, sont les personnes qui soignent leur proche » (28).

On sait que les familles se renseignent sur internet. La brutalité des informations reçues nécessite l'étayage par des professionnels. Lorsque les proches n'ont pas accès à cette information, ils risquent de rompre l'alliance avec l'équipe soignante.

Les proches ne comprennent pas forcément les raisons du mal être dont souffre le patient, et ont tendance à répondre de façon inadéquate. Pour M de Clercq, l'accueil familial et l'interaction donnent un caractère moins factuel au symptôme aigu, favorisant ainsi la mise en place d'un soutien (5).



La violence de certaines situations telles que la tentative de suicide peuvent générer une souffrance majeure pour l'entourage. Une étude publiée en 2010, sur la confrontation à la tentative de suicide d'un proche et sa violence, encourage l'accueil de cette souffrance. Au moment de la tentative de suicide, 40% des proches « allaient mal » (en cotant leur état sur une échelle de morosité) (38). Les difficultés de l'entourage et du contexte devront être abordées au cours du travail d'Accueil.

Les familles évoquent que certaines situations peuvent générer de la culpabilité. La principale est de devoir demander ou consentir à une hospitalisation à la demande d'un tiers (28). Les proches rapportent le poids des reproches adressés par le patient qui ne comprend pas leur démarche et qui renforce le sentiment de culpabilité. Notre travail sera de répondre aux questions des parents. Le soutien est primordial dans ces conditions. L'hospitalisation sous contrainte peut être le moment de l'évocation de la responsabilité partagée entre le médecin, les autres soignants et l'entourage, et d'expliquer à la famille que la contrainte peut permettre un accès aux soins. Le travail du soignant sera principalement d'échanger autour de la demande de la famille et d'apporter le soutien nécessaire le cas échéant.

Par ailleurs la question de la temporalité est vécue différemment par le soignant et l'entourage. Le sentiment urgent déborde souvent la famille. Le soignant aura une vision plus diachronique tandis que l'entourage aura une perception synchronique. La communication entre les proches et les soignants peut permettre d'expliquer le point de vue soignant. L'évocation de la notion de « diagnostic de situation » semble adaptée. Ce concept devra être expliqué au patient et à son entourage. Un éclairage sur les éventuelles conduites à tenir sera à apporter.

On note également que « le dogme de l'autonomie » est un point d'équilibre complexe (28). D'un côté la famille souhaite souvent une délégation de la responsabilité vers les soignants. Les proches se retrouvent dans une position ambivalente, accompagnée d'un sentiment de culpabilité. De l'autre le soignant souhaite un respect de la subjectivité du patient tout en envisageant la famille comme un soutien.

Dans tous les cas, il est primordial d'évaluer la souffrance et l'épuisement de l'entourage. Cette caractéristique peut justifier une modification de prise en charge voire une hospitalisation (7).

La recherche d'un facteur déclenchant devant s'intégrer dans l'évaluation de la situation. Antonio Andreoli conseille « d'accepter la première version de la compréhension familiale » dans le but de favoriser le climat de confiance et l'alliance (19). La reformulation systémique pourra être ensuite utilisée comme par exemple :

« Les symptômes traduisant un comportement agressif sont liés à la maladie et non émis par le malade qui est une victime » (39).

Dans un système familial, l'expression de la crise passe souvent par « l'agir ». Il sera intéressant de reprendre cette notion avec l'ensemble du système familial. L'objectif sera la description et la recherche d'une alternative.

Il faut être vigilant à son propre ressenti lors de la rencontre de la famille. D'éventuelles pulsions agressives ou un contre transfert contre-productif doivent être maîtrisés immédiatement. Par ailleurs, la famille peut parfois renvoyer un sentiment d'impuissance au thérapeute. Il faut savoir l'accepter (18).

D'une manière générale, le travail de crise comprend 3 axes qui consiste à interpeler chacun des intervenants (19):

- le patient lui-même. Quelle compréhension a-t-il de ses difficultés ?
- le groupe: c'est-à-dire la famille. M de Clercq conseille de faire préciser les modes de représentations des troubles chez les partenaires présents (5).
- Et l'équipe intervenant. On recueillera la perception de chaque membre du groupe thérapeutique.

Le travail d'Accueil et de crise s'appuiera sur les représentations de chacun avec l'objectif d'une transformation vers la poursuite des soins.

La rencontre de la famille questionne : comment l'accueillir, comment la connaître, comment la faire participer dès le début ? Elle amène une réflexion sur les représentations psychiatriques de la famille et de la société. Une façon de travailler pourrait être d'échanger avec les familles au sujet de ces représentations, des obstacles et des attentes. Le travail d'Accueil avec le patient et la famille semble favoriser l'interface d'accueil.

L'accueil des familles nécessiterait une formation particulière qui pourrait être mise en place à partir de l'expérience des soignants et des familles.

Les équipes soignantes peuvent transmettre leurs connaissances, ce qui peut permettre l'anticipation dans certaines situations pour les proches et favoriser leur participation.

Par ailleurs les familles rapportent régulièrement des difficultés d'accès aux prises en charges. Afin de réaliser ce travail d'Accueil, il convient de s'interroger sur les possibilités d'accès aux prises en charge psychiatriques?

### **.III. L'accès aux prises en charge psychiatriques**

Les symptômes de l'urgence peuvent arriver de manière brutale, tel « un coup d'éclair dans un ciel serein ». Le transfert aux urgences générales et l'hospitalisation sont la réponse adéquate. Cependant on peut envisager que dans certaines situations, des signes d'alerte ou des prodromes soient présents. On axera notre réflexion sur le travail d'Accueil.

On sait que la précocité de la prise en charge est un facteur essentiel des soins. Pour la favoriser, il faut que l'accès aux soins spécialisés soit rendu possible.

Quels sont alors ces facteurs influençant l'accès aux soins spécialisés ? Quels peuvent être les perspectives de développement des capacités d'Accueil ?

#### **A. L'absence de demande de soins spécialisés**

##### **1. Concernant le patient**

De multiples raisons peuvent expliquer l'absence de la demande de soins. Les raisons suivantes ne se veulent pas exhaustives.

- L'anosognosie, le déni des troubles et le refus de soins sont fréquents en psychiatrie. Ils déterminent l'absence ou l'ambivalence de la demande et peuvent retarder ou limiter l'accès aux soins. Certains sujets sollicitent à l'Urgence par leur difficulté à s'engager dans un suivi (23).

- La précarisation des personnes souffrant de troubles mentaux participe également au défaut d'accès aux soins. D'après M Joubert, celui-ci est lié aux conditions

économiques dans le cas des consultations libérales et aux résistances aux consultations médicales en dehors des hôpitaux (40).

On se rend également compte que l'isolement social influence l'absence de demande et donc l'accès aux soins. Les pathologies psychiatriques franches sont parfois banalisées lorsque les patients sont mal incérés, ils sont considérés comme des « cas sociaux » (40). On retrouve beaucoup de troubles polymorphes et intriqués. Les conduites d'errance, l'état d'incurie sont des symptômes majeurs fréquents qui peuvent être banalisés.

- L'augmentation de la précarité et le recours aux toxiques éloignent des lieux de soins de proximité (médecin traitant, centre médico psychologique).

- La méconnaissance du réseau de soins peut également expliquer ce défaut d'accès. De nombreuses personnes ne connaissent pas les dispositifs spécialisés et redoutent la psychiatrie. D'autant « que la réticence à se considérer malade est plus forte quand les difficultés sociales sont prononcées » (40).

- Dans le cas où le patient a conscience de ses troubles, l'absence d'accès aux soins peut également s'expliquer par la stigmatisation de la psychiatrie. Cette notion sera développée au sein de la demande de la famille.

## **2. Concernant la famille**

Comme dit précédemment, la personne souffrant d'un trouble psychiatrique peut présenter un déni du trouble. Ce dernier associé à la méconnaissance générale de possibilité de soins psychiatriques peut faire « tache d'huile et conduire l'entourage à s'associer à son déni » surtout lorsque le début des troubles est insidieux (41).

Le déni ou la dénégation des parents et de l'entourage sont un moyen de se protéger psychiquement contre les angoisses de la personne souffrante, malade. Les changements de comportement du malade trouvent une justification aux yeux des proches (crise d'adolescence, événement de vie). Ils ont aussi du mal à imaginer que leur proche, relève de soins en psychiatrie (18). Les troubles ont tendance à être banalisés.

Lorsque ce déni se lève, ils éprouvent alors le sentiment d'être les seuls à ressentir l'urgence de la situation. Guy Baillon, dit que la famille vit l'urgence pour le proche comme un état « d'hémorragie psychique » pour ce dernier (30). Cette hémorragie nécessite donc la mise en place de soins d'urgence en psychiatrie. Ce sont les parents qui peuvent alerter sur la survenue de cette hémorragie. La famille se sent la plus légitime, la mieux placée pour repérer les anomalies dans la conduite d'un de ses membres. Elle connaît les signes qui ne correspondent pas au comportement habituel du patient. La notion d'urgence ressentie par la famille influencera l'accès aux soins, principalement vers les urgences générales. « Il n'y a pas de dépassement du seuil de lourdeur de pathologie mais bien du seuil de tolérance du patient face à sa pathologie et davantage encore de l'entourage » (42).

Le travail d'Accueil à ce moment-là, nécessitera de se préoccuper du ressenti de la famille et pourra informer sur les symptômes et les conduites à tenir.

Certains symptômes sévères tels que l'isolement, les éléments délirants, le syndrome dissociatif pourraient alerter la famille. Les proches rationalisent souvent ces éléments (28). L'installation insidieuse de certains symptômes peut favoriser la banalisation par l'entourage. Ces réactions peuvent être des mécanismes de

défense face aux difficultés présentées par leur proche. De plus les symptômes entraînent souvent un arrêt des échanges interpersonnels.

Les représentations de la souffrance et des « malades mentaux » qu'ont les familles et les malades influencent l'accès aux prises en charge. Les représentations prennent appui sur l'identification personnelle et sociale que l'on se fait de la personne souffrant de trouble psychique. L'aliéné est socialement honteux (43). Ils peuvent devenir la cible d'attitudes négatives, de préjugés à l'encontre des malades souffrant de troubles psychiques faisant référence à des notions de violence, de dangerosité, d'inadaptation, d'incurabilité, d'absence de motivation, voire de paresse. Le sociologue Ervin Goffman définit la stigmatisation comme « une identité sociale virtuelle ». Le stigmaté représente donc « un désaccord particulier entre les identités sociales virtuelles et réelles » (44).

Les représentations sociales et les stéréotypes des maladies mentales (« les schizophrènes sont violents », « les dépressifs sont fainéants », « les bipolaires sont ingérables ») entraînent la mise à distance et les craintes de l'entourage et de la société. Cette mise à distance limite l'accès aux soins et la poursuite des prises en charge.

Henri Grivois évoque également « des fantasmes » partagés (45). La reconnaissance d'une personne souffrant psychologiquement ou atteint d'un trouble mental au sein d'une famille peut faire craindre un « fantasme de contagion de la folie ». La société d'une manière générale et d'autant plus les familles concernées peuvent présenter des « fantasmes d'internement ». Les idées d'hospitalisation abusive et de zone de non droit ne sont pas loin...

Le travail d'Accueil devra discuter les inquiétudes de l'entourage et du patient.

Une enquête sur la santé mentale en population générale a été réalisée par l'OMS en 1998 pour caractériser les représentations sociales des termes « fou » et « malade mental ». Les résultats publiés en 2004 (46) relèvent les représentations suivantes :

- L'irresponsabilité : pour près de 80% des personnes, le « fou » et le « malade mental » ne sont pas responsables de leur état et de leurs actes. La folie est considérée comme totale.
- L'incurabilité : le « fou » est difficilement guérissable (31%) et le « malade mental » également (44%).
- La dangerosité : fréquemment associée au « fou » et au « malade mental ».

Les croyances populaires attribuent également souvent un acte répréhensible à la folie.

Les médias influencent également les représentations des troubles psychiques par la société. Les malades mentaux sont souvent décrits asociales. L'étude d'Olstead réalisée en 2002 rapporte que les personnes souffrant de troubles psychiques sont considérées comme étant Sans Domicile Fixe, sans entourage, violentes, dépendantes à l'égard des autres et étant une charge économique pour la société (47).

Une étude a recherché les représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. Il est intéressant de constater que ces représentations seraient identiques dans ces 2 groupes (48).



Les exemples évoqués ci-dessus ne sont pas exhaustifs, mais les représentations sociales et la stigmatisation restent des obstacles majeurs vers l'accès aux prises en charge spécialisées. Le cercle vicieux de la stigmatisation augmente la souffrance du patient et également les tensions entre les proches. Ce constat amène à l'isolement du malade et à un non accès aux prises en charge spécialisées.

Le travail d'Accueil devra combler la méconnaissance du réseau de soins par les familles. Le travail d'Accueil devra répondre aux questionnements de l'entourage et transformer leurs craintes en soutien vers le soin.

Quelles sont les possibilités de soins non spécialisées et spécialisées actuels pour tenter d'amorcer le soin ?

## **B. Les propositions de soins actuelles**

Les possibilités de soins influencent l'accès aux soins. L'offre de soins psychiatrique actuelle comporte: les urgences générales, le médecin généraliste, le Centre Médico Psychologique, les Centres d'Accueil et de Crise, les Centres d'Accueil et d'Admission et le SAMU.

Une circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences établit « que les urgences sont souvent la première occasion de rencontrer un professionnel du soin et plus particulièrement de la psychiatrie. Ce premier contact, qui peut constituer une porte d'entrée vers la filière de soins psychiatriques, est déterminant

pour l'inscription dans la démarche de soins et leur continuité » (49). Les manifestations paroxystiques amènent le patient aux urgences générales.

On constate une augmentation du recours et des demandes aux urgences générales. Une étude réalisée par Boiteux et al. en 2004 rapporte que 10 à 30% des passages aux urgences en région parisienne correspondent à des consultations psychiatriques (50). D'autre part, d'après Vaiva et al., 20 à 30% des patients rencontrent un psychiatre pour la première fois aux urgences (23).

Quels sont les facteurs favorisant le recours aux urgences générales ?

- Les facteurs principaux sont l'accessibilité et la visibilité des urgences de l'hôpital général en cas de trouble du comportement.
- Les tentatives de suicide qui nécessitent une prise en charge hospitalière.
- Les patients atteints de pathologie mentale ont globalement un mauvais accès aux soins en général dont les soins somatiques. Les nombreuses comorbidités, principalement avec les prises de toxiques éloignent ces patients du soin. L'accumulation des comorbidités psychiatriques et somatiques entraîne des complications qui amènent finalement le patient aux urgences générales. Suite à des difficultés d'accès aux soins somatiques, une complication aiguë survient et nécessite une prise en charge en urgence. On constate le même phénomène avec les manifestations psychiatriques.
- La fragilité des liens familiaux et sociaux entraînent un isolement social pour les malades. La rupture de suivi pour des patients manquant de cadre et de soutien social oriente les soins vers les systèmes d'urgence à l'hôpital général (40).

- L'absence d'interlocuteur en amont de la situation d'urgence est aussi souvent un obstacle à l'entrée ou la poursuite de prise en charge dans une filière de soins « non-urgente ». Elle s'explique par les représentations négatives de la société vis à vis de la psychiatrie et le manque d'information des différentes structures. Les réticences vis-à-vis de la psychiatrie, amènent les urgences générales comme « seul recours aux soins » (40) car les lieux spécialisés ne sont pas investis.

- Les horaires d'ouverture des Centres Médico Psychologiques influencent l'accès aux soins. Ces lieux d'accueil ferment tôt et limitent la possibilité d'accès. Le temps d'attente avant un rendez-vous a tendance à s'allonger et ne répond pas à l'urgence ressentie ou ne répond pendant la période de crise.

- Le type de demande que l'on observe le plus fréquemment à l'heure actuelle influence également le recours aux urgences générales. La volonté d'une réponse immédiate, avec une demande de réduction ou disparition immédiate des symptômes.

- La fermeture des lits de psychiatrie de secteur entraîne l'accélération du turn-over en hospitalisation. On retrouve le phénomène de «porte tournante» décrit par B. Castro (51). Ce phénomène entraîne une augmentation des consultations aux urgences.

- L'intrication des crises psycho sociales et les nouvelles demandes médico psycho sociales convergent vers un accueil aux urgences générales. Il faut s'interroger sur la médicalisation de certaines situations de crise : en cas de deuil, perte, exclusion d'un foyer... Par ailleurs, le flou entre les intrications médicales et sociales entraîne parfois une absence d'orientation vers le soin. D'autant « que la réticence à se considérer malade est plus forte quand les difficultés sociales sont prononcées » (40).

L'urgence hospitalière est liée aux problèmes « d'exclusion sociale » (52) mais renvoie également aux conditions sociales (fragilisation des individus, injonction à la performance) et aux capacités du système d'urgence à les prendre en compte (53).

Des recommandations de protocole d'examen aux urgences psychiatriques sont développées par la Haute Autorité de Santé. Elles soulignent l'importance de rencontrer les proches. Cependant les urgences générales drainent souvent un territoire de secteurs étendu ce qui rend plus difficile la rencontre de l'entourage. La plus grande fragilité des liens familiaux et l'étendue du territoire drainé compliquent la réalisation d'un travail d'Accueil (27).

On constate que les médecins généralistes sont l'un des premiers recours en cas de symptômes psychologiques et psychiatriques.

Les médecins généralistes reçoivent de nombreux patients présentant des plaintes psychologiques. Le Dr Norton et son équipe précisent que « les consultations pour motif psychologique représentent environ 14,9% des consultations de médecine » (54). Un quart des patients dans la file active des médecins généralistes présenterait une pathologie mentale (55). 60% des patients présentant des symptômes de dépression consulteraient leur médecin traitant contre 10% un psychiatre (56). La fonction de proximité du médecin traitant lui fait être un recours en cas de demande mais peut également permettre de dépister des troubles.

Les idées suicidaires et tentatives de suicide sont des situations d'urgence fréquentes et bruyantes. Les médecins généralistes sont donc concernés par ces urgences. En Allemagne, une étude a montré qu'un médecin généraliste rencontre environ 6 tentatives de suicide dans sa patientèle par an (57). Une étude de 2004 du Dr Schulberg, montre qu'en moyenne 3% des patients en ville présentent des idées

suicidaires (56). De plus cette étude montre une prévalence de 54,3% chez les patients déprimés (56).

Les médecins traitants sont donc régulièrement confrontés aux situations d'urgence psychiatrique. Les connaissances cliniques et du réseau psychiatriques semblent parfois insuffisantes car de nombreux médecins généralistes se retrouvent en difficultés dans les situations « psychiatriques ». Le réseau de soins est souvent mal présenté aux médecins généralistes et donc mal connus par ces derniers. Les médecins généralistes n'ont souvent pas beaucoup de temps pour chaque consultation. Ces conditions ne favorisent pas l'approche par le travail d'Accueil.

L'un des recours principal semble également être l'appel téléphonique. Il peut être un moyen d'accès aux soins. Cependant dans de nombreuses situations on se retrouve impuissant au téléphone. Les réponses correspondront principalement à un travail d'Urgence.

On peut distinguer 3 catégories différentes :

- Les numéros d'écoute téléphonique comprennent SOS amitié, SOS dépression... Ils ne répondent à l'urgence que par une écoute bienveillante.
- Un autre dispositif existe en région parisienne : SOS Psychiatrie. Ce procédé est issu de SOS Médecins. (cf III. C.)
- Les numéros d'urgence généralistes : la police 17, les pompiers 18, le Samu 15 et le Samu social 115.

Le Samu semble être le recours téléphonique principal. Le Samu centre 15, les Permanenciers Assistants de Régulation Médicaux se retrouvent souvent en difficulté pour une prise de décision vis-à-vis d'une situation exposée au téléphone.

La régulation téléphonique est un exercice compliqué (6). D'après Chantal Mougin :  
« La préoccupation principale sera de transférer, toute personne nécessitant des soins, vers un service d'urgences de l'hôpital général » (58).

D'une manière générale, la réponse téléphonique est relativement complexe et correspond à un travail d'Urgence. Le travail d'Accueil semble plus complexe.

Il existe peu d'écrits sur le Samu psychiatrique. Le Samu a la possibilité de déclencher la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) mais les conditions sont limitées. Les indications restent limitées aux situations « de catastrophe » avec risque de psycho-traumatisme. Les CUMP ont été créées, par le gouvernement, au lendemain de l'attentat du métro saint Michel, 25 juillet 1995, afin de prendre en charge les blessés psychiques.

Le responsable de la CUMP a pour mission de définir les objectifs de l'urgence médico-psychologique, de préciser les méthodes d'intervention, de mettre en place une équipe pédagogique de formation (pour les membres des CUMP) et de recherche, de veiller à la cohérence de l'ensemble du dispositif et d'évaluer les actions conduites sur le terrain.

L'équipe assure également une activité de « triage-repérage ». Lors de ces événements « catastrophes », l'équipe doit repérer les sujets les plus sévèrement atteints pour les évacuer vers les hôpitaux. Elle organise la médication éventuelle et les transferts vers l'hôpital. Cette partie correspondrait à un travail d'Urgence. Il s'agit aussi de surveiller sur place des victimes moins atteintes en attendant qu'elles soient en état de rentrer à leur domicile, et de les renvoyer chez elles, après avoir relevé leur identité, leurs coordonnées et leur état de santé. L'équipe psychiatrique remet à tout blessé psychique et à sa famille une note d'information expliquant la nature

(psychique et psycho-traumatique) et la normalité des symptômes de stress immédiat, et informant sur l'apparition d'autres symptômes, avec conseil de consulter, si ceux-ci perduraient, auprès de centres spécialisés en psychotraumatologie ou, à la rigueur, auprès de leur psychiatre ou médecin traitant. Les données cliniques et thérapeutiques consignées sur la fiche d'évacuation assurent la continuité de la prise en charge (59). La CUMP réalise également des débriefings et des defusings. Cette approche correspond à un travail d'Accueil.

L'objectif est une continuité d'action. De l'immédiat au long terme.

Les CUMP permettent une orientation aux urgences pour les cas les plus graves. Le dispositif CUMP permet également une information sur le recours possible à des lieux d'accueil secondaires.

Les Centres Médico Psychologiques (CMP) correspondent à des centres de consultations ambulatoires rattachés à un secteur psychiatrique. L'offre de soin est très inégale selon le secteur. Tous les Centres Médico Psychologiques ne prennent pas en charge les urgences et l'accessibilité est limitée aux heures ouvrables du CMP.

Les centres d'accueil et de crise et les centres psychiatriques d'accueil sont des lieux dédiés à l'accueil. Ils permettent des consultations avec prise en charge de l'urgence psychiatrique. Le travail d'Accueil est facilité par l'organisation des locaux et la réflexion institutionnelle. La possibilité d'hospitalisation courte durée facilite le travail d'Accueil.

On constate qu'actuellement les urgences générales concentrent bon nombre de situations d'urgences psychiatriques. Les hôpitaux généraux sont le premier recours aux situations d'urgence. Les urgences générales présentent de nombreuses facilités d'accès aux soins. La disponibilité et l'accessibilité 24h/24 sont leurs caractéristiques principales (23). Ces lieux sont bien repérés par la population et les acteurs sociaux. L'hôpital général apporte une visibilité (23), une offre de soins immédiate et rassurante avec un plateau technique. De plus il est moins stigmatisant, ils peuvent venir cheminer dans leur questionnement vers l'accès aux prises en charge spécialisées (23). Les urgences générales peuvent également être une porte d'entrée « psychiatrique » en cas de trouble somatique associé ou de présentation psychosomatique.

Pour autant, les urgences générales ne sont pas des lieux toujours structurant ou adaptés pour la prise en charge. Tous les sites d'urgences générales ne bénéficient pas de présence d'une équipe psychiatrique. Les urgentistes n'ont pas le temps de réaliser un travail d'Accueil. En urgence, l'interaction entre le patient et son interlocuteur est souvent assez forte, elle serait alors un obstacle provisoire à l'introduction d'un tiers et donc à la projection immédiate dans un suivi à distance. L'intensité de la première rencontre serait un obstacle à un accès durable aux soins (23). L'objectif sera la mise en place d'un lien adapté et la création d'articulations avec les acteurs de soin en amont et en aval.

### **C. Perspectives de développement des capacités d'Accueil**

Le travail d'Accueil au sein des centres d'accueil et de crise et des centres d'accueil et d'admission facilite ces articulations. Le développement de ces centres améliore l'alliance thérapeutique et la poursuite des soins ambulatoires.



Quelles sont les autres perspectives pour favoriser le travail d'Accueil ?

Le défaut d'accessibilité aux soins est attesté par le désarroi des familles. En décembre 2013, l'UNAFAM a formulé les propositions suivantes:

- L'amélioration de la formation des médecins généralistes aux troubles psychiatriques pour permettre une orientation plus rapide vers des soins psychiatriques.
- L'intervention du secteur au domicile ou dans la rue « au-devant des malades », avec un souhait de privilégier et de développer les soins à domicile et en ambulatoire.
- La prise en charge de la crise et le développement des lieux de prise en charge des urgences psychiatriques.
- Eviter les ruptures de soins et prendre en compte les soins somatiques
- Le développement d'une tarification et d'une rémunération supérieure des professionnels de santé pour les interventions et consultations pouvant être plus longues (60).

Le Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 comporte un chapitre « Mieux accueillir et mieux soigner », mais pour l'UNAFAM, la question de l'attention à porter à la qualité de l'accueil aux urgences est « une lacune importante de ce document » (61).

Les perspectives suivantes semblent pouvoir favoriser la transformation d'un symptôme en une demande de soins par le travail d'Accueil.

Le médecin généraliste symbolise la proximité dans le système de soins. Il connaît des informations précieuses sur la famille et « l'ambiance » familiale qui peuvent l'aider à comprendre les situations. Par ailleurs, du fait de la proximité, « lui aussi peut être gagné par l'urgence de la famille » (5).

Le médecin généraliste, par sa proximité, peut être un recours reconnu par le patient et son entourage.

La fréquence des situations psychiatriques rencontrées encourage la formation et le soutien des médecins traitants. La connaissance du réseau de soins psychiatriques et des possibilités de recours en urgence ou non, favorise l'information du patient et facilite l'émergence d'une demande.

Par ailleurs, le rapport Robillard recommande le développement des interactions entre les généralistes et les psychiatres. L'importance d'une poursuite de formation et de présentation des dispositifs du réseau de soins psychiatriques par le secteur auprès des médecins généralistes semblent une perspective intéressante. Le renforcement de la communication du psychiatre avec le médecin traitant est fondamental.

Les numéros professionnels (SOS médecin, SOS psychiatrie, permanences téléphoniques des centres d'accueil et de crise et des centres psychiatriques d'admission) doivent « créer un espace-temps transitoire » permettant une prise en charge, une orientation. Ils peuvent également permettre l'intervention d'un professionnel au domicile.

Dans le cadre des soins de proximité, on peut citer SOS médecins et plus particulièrement SOS psychiatrie. Ce dispositif s'est développé en région parisienne. Chaque jour des psychiatres libéraux se relaient et effectuent une garde de 7h à minuit. Un standard reçoit les appels et les transfère au psychiatre de garde qui

décide ou non d'une visite. Les visites sont payantes mais les conseils donnés par téléphone sont gratuits. Toute demande reçoit une réponse, même s'il n'y a pas de visite. Cela peut être des conseils, une ouverture, ou alors la demande peut être différée. Une demande de conseil peut déboucher sur une visite. Il n'y a pas de suivi à domicile. Si certaines personnes le souhaitent une suite des soins est possible en dehors de l'urgence, sur rendez-vous au cabinet privé du psychiatre.

Les objectifs que se donnent SOS Psychiatrie sont :

- Diminuer le traumatisme des hospitalisations hâtives (faites par la police, par ex.)
- Diminuer le recours aux soins hospitaliers,
- Améliorer les conditions des hospitalisations éventuelles, en les préparant. Une consultation et une négociation au domicile pouvant amener le patient et son entourage à une meilleure acceptation de l'hospitalisation.
- Favoriser le choix de soins adaptés.
- Favoriser le maintien à domicile, chaque fois que cela est possible.
- Encourager le lien entre les familles, l'entourage, les différents intervenants et le médecin traitant. Le traitement a ainsi plus de chance d'être suivi, 50% des rechutes psychiatriques observées étant dues à des ruptures de traitement ou de suivi (56).

Ce dispositif par ces objectifs répond à l'urgence et tente de favoriser le travail d'Accueil. Son développement pourrait être intéressant.

Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 insiste sur l'importance de la coordination des généralistes avec les professionnels spécialisés, et l'intérêt de développer les réseaux en santé mentale.

Le secteur doit permettre la prise en charge de toute situation psychiatrique. Il draine le territoire de vie des personnes nécessitant des soins. Le travail de secteur est un travail contextuel (27), il permet d'appréhender le patient dans sa globalité en comprenant son environnement. Le travail d'Accueil comprendra également la dimension sociale. Le secteur doit donc permettre d'augmenter l'interface d'accueil.

La psychiatrie de secteur a un rôle important de prévention et de gestion de l'urgence. L'un des objectifs sera de dépister le plus tôt possible un trouble éventuel et d'éviter le retour de la souffrance. La proximité des Centres Médico Psychologiques (CMP) peut favoriser l'accès aux prises en charge, mais les horaires d'ouverture et la faible proportion d'accueil d'urgence des CMP limitent l'accès aux soins. Les propositions sont très disparates selon les secteurs.

La communication de proximité auprès des médecins généralistes et de la population est un rôle du secteur.

Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 prévoit la réaffirmation des principes de proximité, de continuité des soins et de maintien du patient dans son environnement. Les objectifs opérationnels visent un renforcement du dispositif ambulatoire, de l'accès au soin au sein des CMP, et une intensification de la diversification des modes de prise en charge au profit des alternatives à l'hospitalisation (62). Le secteur est un moyen reconnu pour assurer une continuité aux soins.

Les Cellules d'Urgence Médico Psychologiques sont mises en place en cas d'événement traumatogène. Les indications restent limitées aux situations « de catastrophe » avec risque de psycho-traumatisme. Sensibiliser régulièrement les médecins régulateurs à la CUMP permettrait un recours plus fréquent à ce moyen

d'intervention. Dans ce contexte le travail d'Accueil réalisé auprès des personnes favoriserait la poursuite de soins.

Les urgentistes dont ceux intervenant en Smur pourraient bénéficier de formation complémentaire concernant la prise en charge de trouble psychologique ou psychiatrique.

La régulation téléphonique est un exercice très compliqué. La proposition de régulateur spécialisé en psychiatrie favoriserait peut-être le travail d'Accueil. Les intervenants SAMU et les urgentistes qui auraient réalisé une formation spécifique se sentiraient probablement plus à l'aise lors de prise en charge psychiatrique et pourraient orienter vers des structures d'accueil quand les conditions le permettraient.

L'urgence principale de la psychiatrie, en termes de fréquence et de dangerosité, est le suicide. L'intervention d'un Smur Psychiatrique permettrait une prise en charge spécialisée. Il favoriserait également l'accès aux soins quand celui-ci n'est pas possible autrement.

Le dispositif Samu-Smur est indispensable pour la psychiatrie. Malgré la difficulté d'évaluation téléphonique, les tentatives de suicide engageant le pronostic vital, une réponse immédiate est nécessaire. Ce dispositif accompagné par du personnel psychiatrique pourrait faciliter l'approche des situations et leurs prises en charge. L'accompagnement par du personnel psychiatrique permettrait également de faciliter l'accès aux soins pour des patients ne pouvant pas y accéder d'une autre façon.

Dans le but de favoriser la capacité d'accueil, plusieurs pistes ont été mises en place.

Lorsque les patients ne souhaitent pas « aller » vers les lieux de soins, le secteur peut proposer d'aller à leur rencontre. Des équipes mobiles peuvent être mises en place :

- Pour les populations précaires, le rapport Robillard préconise l'utilisation d'équipe mobile de psychiatrie précarité. On citera l'exemple de l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité de Marseille qui « va-vers » des publics en situation de précarité sociale.

- L'exemple du groupe E.R.I.C (Equipe Rapide d'Intervention de Crise) propose une façon de travailler (63) :

C'est un groupe d'intervention intersectoriel d'urgence et de post urgence psychiatriques créé en 1994 dans les Yvelines. Il intervient 24h/24 et 7j/7 à la demande du SAMU après évaluation du médecin régulateur, ou à la demande de la police ou des services sociaux. Il n'intervient pas aux demandes directes des familles qui sont réorientées vers le réseau de soins. Le groupe ERIC « se veut une alternative à l'hospitalisation » (63). Il intervient en binôme au moment de la crise. Il évalue les ressources de la famille, la soutient et travaille avec elle. Le groupe ERIC peut intervenir au domicile. C'est une demande récurrente des familles. Il apporte une réactivité et une mobilité. Ce dispositif peut permettre une hospitalisation à domicile, promouvoir l'alliance thérapeutique avec le patient et son entourage, et permettre une réponse proportionnée selon le contexte (63). Le travail de post urgence consiste en un travail de crise d'une durée d'un mois. Le groupe ERIC favorise l'alliance avec les familles, diminue le recours à l'hospitalisation et favorise le suivi au long terme (64).

L'association du SAMU, comme recours urgent préférentiel, et du Groupe ERIC, comme membre d'un secteur favorisent donc l'accessibilité et l'accès aux soins. Ce

dispositif semble particulièrement intéressant comme articulation vers l'accueil. Il associe une intervention urgente répondant à la demande avec l'initiation d'un travail d'Accueil.

Ces dispositifs pré hospitaliers semblent pouvoir dans certaines situations permettre le soulagement de la souffrance et favoriser un travail d'Accueil.

D'après Michel Joubert, « le travail en réseau et l'intervention au plus près des personnes visent à transformer les logiques d'urgence au travers de nouvelles modalités de prise en compte des personnes » (65), et « le travail de proximité amortie l'urgence » (40).

Les services d'urgence réalisent également un rôle « d'amortisseur » (40). Le travail d'Urgence peut parfois manquer de temps. Le recours aux consultations de post urgence peut être un moyen de favoriser l'interaction avec le patient ou son entourage. Ce dispositif permet d'augmenter l'interface d'accueil dans le temps. L'objectif restera la transformation du symptôme en une demande de soins.

On sait que de nombreux patients rencontrent la psychiatrie au sein des urgences notamment lors de premiers épisodes psychotiques. Il semble important de soigner cette première rencontre. Le dialogue avec les urgentistes est primordial.

Au sein des urgences générales, le développement de lits de très courte durée au sein même des urgences semble intéressant. Il permet d'allonger le temps de l'accueil sans pour autant stigmatiser le recours aux soins psychiatriques. Cela permet d'augmenter l'interface de temps d'accueil.

La rencontre de professionnels de santé avec les travailleurs sociaux, les journalistes des différents médias et les associations de famille favoriserait la

*Maxime Dehem Gautier*

sensibilisation du grand public aux notions de la maladie mentale, et pourrait être également une piste vers l'accès aux soins.

Quelles pourraient être les autres perspectives afin de favoriser le travail d'Accueil et la poursuite d'accès aux prises en charge? Quels autres moyens peuvent augmenter la demande de soins ?



## **CONCLUSION**

L'Accueil d'urgence en psychiatrie tente d'offrir une ouverture face au « mal être » ressenti. Il convient de se demander : Que vit le patient dans ces moments d'urgence? Quelle est la place de la famille ?

En pratique, le diagnostic n'est pas l'élément majeur d'un entretien initial en situation d'urgence. Il importe d'avantage d'évaluer des risques et, comme dans les autres disciplines médicales, de poser des indications de soins et d'orientation. L'objectif de l'accueil et de son travail sera de transformer le symptôme et le sentiment d'urgence en une demande de soins, dans la continuité.

La rencontre du patient et de son entourage doit être l'occasion d'intégrer, de respecter les particularités du sujet. La rencontre de la famille s'appuie sur la reconnaissance d'un rôle envisagé comme positif et irremplaçable. Avec la famille nous pouvons éclairer les conditions de la survenue de difficultés dans l'existence du patient, et réfléchir aux appuis à mobiliser pour créer et faciliter des liens. Les proches étant souvent à l'origine de cette demande urgente, ils doivent être reconnus comme un élément indispensable à la compréhension de la situation. La recherche d'alliance avec l'entourage sera une priorité, avec l'accord du patient si possible.

La rencontre entre les équipes soignantes et la famille peut être l'occasion d'une transmission des connaissances, favorisant par la suite l'anticipation des situations d'urgence par les proches et leur participation.

L'urgence est celle de la création d'un lien vers la poursuite des soins.

Il est nécessaire de poursuivre les réflexions sur les possibilités d'accès aux prises en charge spécialisées.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Dictionnaire Larousse.fr.
2. Décret n° 97-619 et n° 97-620 relatif à l'autorisation des services mobiles d'urgence et de réanimation. 1997.
3. Article D6124-26-6 à 9. Code de la santé publique.
4. Circulaire n° 39-92 DH.PE/DGS.3C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.
5. De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. De Boeck Université; 1997.
6. Valette P. Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique. Paris: Le Monde; 2013.
7. HAS. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Recommandations pour la pratique clinique.
8. Ey H, Bernard P, Brisset C. Manuel de psychiatrie. Elsevier Masson; 2010.
9. Descarpentries F. Le consentement aux soins en psychiatrie. Editions L'Harmattan. 2007.
10. Braitman A, Guedj M-J, Dauriac- Le Masson V, de Carvalho J, Gallois E, Lana P. Critères de prise de décision aux urgences de l'hospitalisation sans le consentement. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 169:664-667.
11. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Legifrance.gouv.fr;

12. Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Legifrance.gouv.fr;
13. Guedj- Bourdieu M-J, Carpentier F, Braitman A, Gallois E. Urgences Psychiatriques. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2008.
14. Colloque 23èmes rencontres annuelles des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire. 2013.
15. American Psychiatric Association. Mini DSM-IV-TR: critères diagnostiques : version française complétée des ... Paris: Elsevier Masson; 2004.
16. Hardy- Baylé M-C. Le diagnostic en psychiatrie. Nathan. Armand Colin; 1994.
17. Tribolet S, Shahidi M. Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques. Guides professionnels de santé mentale. Paris: Heures de France; 2005.
18. Baillon G, Chaltiel P, Karavokyros D. Les « soins hors diagnostic »: de l'accueil aux soins étape par étape. Inf Psychiatr. 2013;89(2013/4):70.
19. Andreoli A, Lalive J, Garrone G. crise et intervention de crise en psychiatrie. Simep. Paris; 1986.
20. De Coulon N. La crise: stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie. Paris: Morin; 1999.
21. Quartier F, Bartolomei J. Psychiatrie : mode d'emploi: Théorie, démarche clinique, expériences. Paris: Doin; 2013.
22. Mazet P, Hochmann J, Ladame F, Landré H, Plantade A, Seydoux M, et al. Crisis situations in child and adolescent psychopathology. Specificity and diversity of possible responses. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. janv 1983;31(1):1-19.
23. Vaiva G, Ducrocq F, Cottencin O, Lestavel P, Goudemand M. De la consultation psychiatrique aux urgences générales à l'accès aux soins en santé mentale. nov 1999;(32).

24. Pellegrino ED. Philosophy of Medicine : Towards a Definition. The Journal of Medicine and Philosophy. 1986;p 9-16.
25. Coffin J-C, Daled PF, Han H-J. L'envers de la raison : alentours de Canguilhem. Bruxelles, Paris: Vrin; 2008.
26. Shea SC. La conduite de l'entretien psychiatrique : l'art de la compréhension. Paris: Masson Elsevier; 2005.
27. Baillon G. Les urgences de la folie : l'accueil en santé mentale. Gaetan Morin éditeur; 1998.
28. Le Grand-Sebille C, Ernoult Annick. Colloque "Parents de grands adoslescents et jeunes adultes hospitalisés en psychiatrie : quels vécus? Quels besoins? Quelles violences? Quels soutiens? 2010.
29. Tisseron S. La honte, psychanalyse d'un lien social. Paris: Dunod; 1992.
30. Baillon G. Accueil, urgence, crise que choisir? L'information psychiatrique. 1988;n°8:1085-1101.
31. Petite D. L'urgence en psychiatrie. Réflexions théoriques et étude statistique. [Genève: Imprimerie nationale]: Genève. Thèse n°3894; 1981.
32. Debien C, Jardron V, Bonfils C, Boss V, Williatte P, Rosenstrauch C, et al. Premiers épisodes psychotiques: les enjeux de la première rencontre. Journal Europeen des Urgences. mars 2008;21(S1):A117-A118.
33. Scott RD. The treatment barrier. J mod Psychol. 1973;45-65.
34. Damsa C, Di Clemente T, Massarczyk O, Vasilescu MC, Hauptert J, Predescu A, et al. L'intervention de crise dans un service d'urgences psychiatriques diminue le nombre d'hospitalisations volontaires en psychiatrie. Elsevier; 2003. p. 693-699.
35. Delion P. Encyclopédie Médico Chirurgicale Thérapeutiques institutionnelles. Paris: Elsevier; 2001.
36. Scott RD. The treatment barrier. Br J Med Psychol. 1980;

37. Baillon G. Les usagers au secours de la psychiatrie, La Parole retrouvée. Erès; 2009.
38. Vaiva G, Genest P, Chastang F, Brousse G, Jardron V, Garré J. Impact de la tentative de suicide sur les proches du suicidant: premiers résultats de l'étude lmtap. 42e journées du groupement d'étude et de prévention du suicide; 2010.
39. Haley J. Strategies of psychotherapy. Grune and Stratton; 1963.
40. Joubert M. Santé mentale: enquête sur l'accueil en urgence. La Santé de l'Homme. avr 2007;(388):4-6.
41. Chaltier P. La place de la famille dans le soin psychiatrique et dans la santé mentale. UNAFAM. 2009;(3):7-10.
42. Cassiers I, Degive C, Lohle- Tart L. Les urgences et hospitalisations psychiatriques de courte durée. Fondation Roi Baudoin; 1984.
43. Giordana J-Y. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Masson; 2010. 264 p.
44. Goffman E. Stigmate: Les usages sociaux des handicaps. Les éditions de minuit; 1975.
45. Grivois H, Dauchy S, Mathieu P. Urgences psychiatriques. Paris: Masson; 1997.
46. Bellamy V, Roelandt J-L, Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale: premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques; 2004.
47. Olstead R. Contesting of Health and Illness. Sociology of Health and Illness. sept 2002;24(5):621-643.
48. Castillo MC, Lannoy V, Sez nec JC, Januel D, Petitjean F. Etude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. j.evopsy. juin 2007;73(4):615-628.

49. Circulaire n°195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge aux urgences.
50. Boiteux C, Clostre M, Querel C, Gallarda C. Urgence psychiatrique. Encyclopédie Médico Chirurgicale. Elsevier; 2004. p. 87-104.
51. Castro B, Bahadori S, Tortelli A, Ailam L, Skurnik N. Syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006. Annales médico psychologiques. Elsevier Masson; 2007. p. 276-281.
52. Chauvin P, Parizot I. Santé et recours aux soins des populations vulnérables. Inserm, coll. Questions en santé publique; 2005.
53. Aubert N. le culte de l'urgence. La société malade du temps. Flammarion. 2003.
54. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P, Kitchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le Patient Health Questionnaire: adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. 2008;
55. Ustun TB, Sartorius N. Mental Illness in General Health Care: An international Study. 1995. 398 p.
56. Schulberg H, Bruce M, Lee P, Williams JJW, Dietrich A. Preventing suicide in primary care patients: the primary care physician's role. Gen Hosp Psychiatry. 2004;(26):337-345.
57. Marquet RL, Bartelds A, Kerkhof AJ, Schellevis F, Van der Zee J. The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch General Practice 1983-2003. BMC Fam Pract. 2005;
58. Mougin C. Les accès par la téléphonie aux urgences: voies et difficultés d'accès aux aides et soins en santé mentale à Paris et proche banlieue. Forum Silence, Oeil Public; 2004.
59. Ducrocq F, Vaiva G, Molenda S. Les Cellules d'Urgence Médico-Psychologique en France: A propos d'un dispositif de secours pour les attentats, de catastrophes et d'accidents collectifs. Journal International de Victimologie. 1 oct 2002;

60. Président de l'UNAFAM. concertation-accessibilité. 24-12-2013. 2013.
61. Groupe de travail UNAFAM Soins. Le soin psychiatrique : Positions et demandes des familles. 2007.
62. Ministère chargé de la Santé. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 A 050301, § 1.2.
63. UNAFAM. Le réseau ERIC. Interventions psychiatriques au domicile et équipes mobiles. Interview du Dr Kannas. 2009;(2):10-13.
64. Noirot MN, Kannas S, Robin M, Pochard F, Mauriac F, Devynck C. Les urgences psychiatriques préhospitalières et l'intervention à domicile: l'expérience de l'équipe ERIC (équipe rapide d'intervention de crise). J Eur Urgence. 1999;12(4):165-171.
65. Joubert M, Louzoun C. Répondre à la souffrance sociale. La psychiatrie et l'action sociale en cause. Ramonville-Saint-Agne: Erès; 2005. 190 p.





**AUTEUR : Nom : DEHEM-GAUTIER**

**Prénom : Maxime**

**Date de Soutenance : 23 juin 2014**

**Titre de la Thèse : Accueil de l'urgence en psychiatrie : de l'impasse à l'ouverture ?**

**Thèse - Médecine - Lille 2014**

**Cadre de classement : DES de psychiatrie**

**DES + spécialité : DES de psychiatrie**

**Mots-clés : Urgence- accueil- crise- famille- accès- accessibilité**

Le sentiment « urgent » précède l'arrivée aux urgences. L'urgence psychiatrique peut être envisagée comme la sensation de « mal être » ressentie par le patient ou l'accompagnant précédant la présentation aux urgences et la formulation d'un symptôme. Elle comporte des spécificités vis-à-vis d'autres types d'urgences et soulève des questionnements éthiques et des difficultés nosographiques. Les aspects médico-légaux et la gestion des risques participent à l'approche de ces situations.

Le travail d'Urgence doit s'appuyer sur le travail d'Accueil qui est éminemment contextuel et s'applique au sujet dans la situation complexe dans laquelle il se présente. De plus, l'approche sera différente selon que l'on pense accueillir le patient, le symptôme ou la famille.

L'accueil sera l'outil par lequel on tente de passer de la manifestation symptomatique créant l'urgence en une ouverture vers le soin. Il permet dans certaines situations d'allonger le temps de l'analyse et de favoriser la transformation de « l'urgence » en une demande de soins.

Mais il existe des obstacles pour accéder aux lieux d'accueil spécialisés. Ces difficultés sont en partie liées à l'absence de la demande. Des propositions de soins vont dans le sens d'augmenter la capacité d'accueil. Quelles sont-elles ? Quelles perspectives ouvrent-elles ?

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

**Assesseurs :** Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Guy BAILLON

Monsieur le Docteur Benjamin WEIL

**Directeur de thèse :** Monsieur le Docteur Benjamin WEIL

