



LES DOSSIERS CROIX-MARINE

■ L'URGENCE ET APRÈS...

Que se passe-t-il

après l'urgence ? ■

TOURS, 5 AVRIL 2005



SOMMAIRE

	PAGES
<u>EXPOSÉ</u>	
■ L'HÔPITAL, LE SECTEUR ET LA QUESTION DE L'URGENCE, Bernard RAYNAL.....	1
<u>EXPOSÉ</u>	
■ AUTOUR DE L'URGENCE, LE TRAVAIL AVEC L'ENFANT ET LA FAMILLE, Didier PETIT	3
<u>EXPOSÉ</u>	
■ URGENCES À L'ADOLESCENCE : PARADOXES OU RÉALITÉS, Jean-Yves LE FOURN..	6
<u>EXPOSÉ</u>	
■ DE LA LOGIQUE DU TOUT OU RIEN À CELLE DE LA PORTE TOURNANTE. UTILITÉ DES HOSPITALISATIONS ITÉRATIVES EN PSYCHIATRIE DE L'ADOLESCENT, Michel BOTBOL.....	8
<u>EXPOSÉ</u>	
■ LA CHRONICITÉ A SES URGENCES QUE LES URGENCES IGNORENT, Alain BUZARÉ.....	13
<u>EXPOSÉ</u>	
■ CRISE ET INTERVENTION DE CRISE AUPRÈS DES PERSONNES AGÉES, Vincent CAMUS.....	15
<u>TABLE RONDE</u> : PRÉVENIR ET ACCOMPAGNER LES RISQUES DE RUPTURE EXISTENTIELLE	
■ ÇA DEVIENT URGENT, Lise GAINARD.....	20
■ RELATIONS ENTRE LE TRAVAIL ET LES RISQUES DE RUPTURE EXISTENTIELLE, Bernard ARNAUDO.....	24
■ DE L'URGENCE À L'ACCOMPAGNEMENT AU QUOTIDIEN, UN MAILLAGE - ASSOCIATIONS ET DISPOSITIF DE SECTEUR À MARSEILLE, Dolorès Lina TORRÈS.....	26
■ COORDINATION ET MÉDIATION DES SOINS CHEZ LES PERSONNES EN EXCLUSION DE L'AGGLOMÉRATION TOURANGELLE, Guy-Noël TEINTURIER.....	28
<u>TABLE RONDE</u> : LA PLACE DES ASSOCIATIONS	
■ FASM CROIX-MARINE, Guy BAILLON.....	30
■ ASSOCIATION D'INSERTION PLÉYADES, Caroline LARPENT.....	35
■ UNAFAM CENTRE, Monique TISSIER.....	37
<u>CONCLUSION</u> , Bernard DURAND.....	39

ARGUMENT

L'URGENCE ET APRÈS... Que se passe-t-il après l'urgence ?

Les urgences psychiatriques sont devenues un phénomène de société comme le sont aussi les urgences sociales et certaines urgences médicales.

Elles se présentent souvent comme des symptômes d'une organisation sanitaire privilégiant les réponses immédiates et ponctuelles en lieu et place de la continuité des soins actifs.

Le phénomène de la "porte tournante", que connaissent et pratiquent de nombreux patients, ne serait-il pas plus réactionnel à une forme trop restreinte de l'offre de soin compromettant la continuité, qu'à la pathologie, même avérée ?

En psychiatrie, les pathologies les plus complexes obéissent à d'autres modalités évolutives que la crise. Comment anticiper leur décompensation et agir au moment opportun ? Comment ménager une continuité du processus thérapeutique quand, trop souvent, le champ s'organise en se cloisonnant ? Comment être là, entrer ou demeurer en contact avant qu'il ne soit trop tard, avant les ruptures de thérapeutique, avant la sédimentation, avant la rue ? Quelles sont les modalités collectives concrètes d'action sanitaire et sociale, nécessairement articulées pour infléchir de telles perspectives ?

L'importance des Médecins du travail, des médecins conseil de la sécurité sociale, des délégués à la tutelle, des assistantes sociales est considérable, pour ne pas compromettre l'équilibre socio-économique quand l'urgence initie des soins actifs de moyenne ou longue durée.

Quand l'équilibre économique ou familial est touché, le risque d'une déstabilisation plus durable est encore renforcé. Le forfait consultation et le forfait hospitalier ne font-ils pas prendre le risque de renoncer à des soins dans un tel contexte ?

Pour les adolescents, quelles vigilances spécifiques doivent être mises en œuvre ? De même pour les personnes âgées ?

Le champ associatif, en particulier celui défini par le code de la Santé Publique à l'initiative de la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine, ne pourrait-il pas offrir une possibilité d'inscription personnelle dans une histoire partagée collectivement et améliorer le pronostic évolutif après l'urgence ? Il permet d'assurer une "vigilance par sympathie" et une prévention active réciproque où "le potentiel soignant" des usagers peut se mettre efficacement en œuvre comme le prouvent de nombreuses expériences, en particulier dans la Région Centre qui accueille cette journée nationale de formation continue.



L'HÔPITAL, LE SECTEUR ET LA QUESTION DE L'URGENCE

L' HISTOIRE des Établissements Psychiatriques traduit une longue évolution des conceptions que l'on s'est faites de la meilleure prise en charge en psychiatrie et, bien sûr aussi, des progrès médicaux.

C'est ainsi que l'extra-hospitalier fut rattaché aux établissements.

C'est ainsi que le Secteur fut légalisé. C'est ainsi qu'on aboutit à une unité du financement de l'intra- et de l'extra-hospitalier.

Le Secteur a rempli sa mission, il la remplit toujours et il n'est pas remis en cause.

Mais nous avons conscience que la Souffrance Psychique et la Santé Mentale sont le symbole des bouleversements qu'a connus la psychiatrie dans les années 70 : quand bien même resteraient des conditions asilaires, voire des internements abusifs, la psychiatrie n'est plus assimilée à eux.

Ces deux expressions ont, d'abord, considérablement élargi le périmètre d'action de la psychiatrie. Elles ont ensuite accru l'hétérogénéité des problèmes que les cliniciens traitent et ont, au final, donné à ces "problèmes", une importance économique, sociale, politique et culturelle inédite.

Un nouveau "jardin des espèces" a été planté au cours des 30 dernières années dans les sociétés libérales : dépression, stress, post-traumatismes, abus sexuels, troubles obsessionnels compulsifs, attaques de panique, consommations massives de médicaments psychotropes et de drogues multiples, addictions s'investissant dans les objets les plus divers, anxiété généralisée, impulsions suicidaires et violentes, syndromes de fatigue chronique, "pathologies de l'exclusion", souffrances "psycho-sociales", conduites à risque, psychopathies, etc.

Les murs de l'asile sont bien tombés mais, parallèlement, une plainte sans fin s'est progressivement mise à sourdre de partout, une plainte qui trouve sa réponse dans la quête de Santé Mentale et ceci... dans l'URGENCE.

Et ce furent... les Cellules d'Urgence Médico Psychologiques et interventions psychiatriques humanitaires.

Au cours des deux dernières décennies, une nouvelle entité clinique s'est rapidement diffusée

dans la nosographie psychiatrique : le traumatisme psychique.

Ici, les Cellules d'Urgence Médico Psychologiques sont sollicitées pour prendre en charge, ou souvent prévenir, les traumatismes psychiques aussi bien dans les suites d'un attentat meurtrier, d'une prise d'otages ou de l'inondation d'un quartier, dans les collèges après le suicide d'un camarade ou même de professeurs à la suite de l'inscription de graffitis injurieux sur un mur de lycée. Là, les grandes organisations humanitaires tiennent de plus en plus à déployer des équipes de psychiatres et de psychologues, en complément des autres professionnels de santé ou parfois seules, sur les lieux de leurs interventions, qu'il s'agisse de situations de catastrophe naturelle, de conflits armés, de camps de réfugiés ou de déplacés.

Il ne faut pas oublier que l'URGENCE, c'est aussi la loi de 1990 :

- les Hospitalisations d'Office,
- les Hospitalisations à la Demande d'un Tiers.

Il faudra, là aussi, réfléchir et anticiper les conséquences de la réforme annoncée de la loi de 1990.

Hormis ces points, on demande à l'hôpital :

- En amont du dispositif de l'urgence, de porter l'accent sur la prévention des situations d'urgence et de crise et le développement des réponses dans la communauté en :

- renforçant le travail en réseau et de liaison,
- améliorant la réponse des équipes de secteur aux demandes de soins non programmées en ambulatoire dans les délais rapides.

- On demande à l'hôpital de répondre aux urgences dites hospitalières, qui sont très importantes en particulier du fait de ce phénomène de recours systématique aux urgences en substitution, notamment du recours aux médecins généralistes, urgences qui devraient permettre un accueil et une prise en charge graduée et de qualité.

- La prise en charge graduée doit comporter :

- une fonction d'accueil et d'orientation par des équipes de psychiatrie,
- une fonction de prise en charge de très courte durée dans des lits individualisés au suivi ou à proximité des urgences.

BERNARD RAYNAL
Directeur
*du C.H. G. Régnier **
Président de l'ADESM,
Rennes

**Établissement*
Associé à la
EASM Croix-Marine

L'URGENCE ET APRÈS... Que se passe-t-il après l'urgence ?

- une réponse coordonnée,
- une meilleure formation des personnels des urgences.

Mais on demande aussi à l'Hôpital de renforcer les actions en "aval".

N'oublions pas également qu'un mode d'intervention à domicile en cas de crise et/ou d'urgence est fortement souhaité, notamment par les familles.

Vous le comprendrez, ces demandes posent :

- la question des systèmes de prise en charge en psychiatrie,
- un problème d'organisation.

Au niveau de la prise en charge en psychiatrie, il convient de rappeler que c'est dans la prévention, dans la connaissance d'un contexte, dans le suivi, dans la durée que l'on peut, au mieux, éviter les difficultés. C'est la raison d'être du Secteur.

Il faut se poser les questions :

- Qu'est une urgence en psychiatrie ?
- Quelle est la place de la psychiatrie dans l'urgence sociale ?

Au niveau de l'organisation :

- Quelle place et à quel niveau des psychiatres et autres professionnels au service des urgences ?
- Est-ce au détriment d'autres besoins ?

Et puis... puisque ce sont les Urgences... ne conviendrait-il pas d'y faire participer d'autres professionnels tels que les "libéraux" et à quel niveau ?

Sans compter que le médecin généraliste a sûrement un rôle à jouer dans cette organisation.

Alors Hôpital, Secteur et Question de l'Urgence... Oui... L'Hôpital ne doit pas se désintéresser des demandes de la société. Certainement, des organisations sont à mettre en place nécessitant à coup sûr des choix à opérer... d'autant plus que les réponses ne peuvent être uniformes sur l'ensemble du territoire, le dispositif devant être souple et adaptable à des contextes différents.

En tout état de cause, il est essentiel de définir un programme coordonné entre les équipes sectorisées et les autres professionnels, spécialisés ou non, organisant l'assistance en cas de crise, en fonction de l'ensemble de l'offre sanitaire et médico-sociale existante sur un territoire donné. □