

PRATIQUE & RECHERCHES

*En Santé
Mentale*

N° 28

ISSN 1157-5135

JOURNÉE
DE FLERS



**REVUE DE L'ASSOCIATION
CROIX-MARINE
DE BASSE-NORMANDIE**

30 F

sommaire

- 1**Éditorial
- 2**Introduction à la journée
Elisabeth OURY, psychiatre
- 4**La rapidité d'intervention comme critère de qualité de soins
M. OWCZARZA, directeur des Services Techniques au CHG Jacques-Monod, Flers
- 5**Il faut réinterroger le sens et l'évolution du travail social en psychiatrie
*Annie PLAISANT, assistante sociale, Barbara PRUNIER, assistante sociale,
participation de Samuel LELONG, psychologue - CHG Jacques-Monod, Flers*
- 9**Intérêt d'une intervention par l'équipe P.E.P.S.
L'équipe P.E.P.S.
- 12**Les urgences sociales du CHU de Caen
Claudie TORRALBA, sociologue, laboratoire d'analyse socio-anthropologique du risque
- 14**Place du débriefing dans la cellule d'urgence médico-psychologique
Dr VASSE, P.H. CHU de Caen

PRATIQUE ET RECHERCHES

REVUE DE L'ASSOCIATION CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation du Bon-Sauveur, 50360 PICAUVILLE
Tél. 02 33 21 84 00 (poste 8466) - Fax 02 33 21 85 14

Directeur de la publication : Jean-François GOLSE
Responsable de la rédaction : Philippe LAMOTTE
Secrétaire de rédaction : Maryse CORBET
Secrétaire adjointe : Marie-Line LAMARE-HAMELIN
Comité de rédaction : J.- N. LETELLIER
J. ANDERSON, M. PITON,
G. BOITTIAUX, B. NOUHAUD
T. JEGARD

Composition et impression :

Photos :

Secrétariat :

Dépôt légal :

LOCOMOTIVE
02 33 07 54 09
COURCY
P. LAMOTTE
PICAUVILLE
02 33 21 84 66

1^{er} trimestre 2001

La psychiatrie à l'heure des urgences

Vite, vite, vite, plus vite... la modernité où la post-modernité pour être plus précis, nous entraîne dans le tourbillon d'une valse à mille temps sans que l'on sache très bien qui tient la baguette. La situation de la psychiatrie n'est en effet que l'illustration particulière d'une sorte d'accélération du monde dont on ne connaît guère les causes. « *Adieu voyages lents, bruits lointains qu'on écoute, les détours imprévus des pentes variées* », disait déjà Vigny dans ces quelques vers qui pourraient être aussi une description métaphorique de notre travail en psychiatrie.

Les exemples de cette accélération en ce qui concerne la psychiatrie sont nombreux : la psychiatrie de catastrophe avec l'imprécision de ses limites en est un dernier avatar, mais c'est aussi ce goût immodéré pour les D.M.S. (Durées Moyennes de Séjour) les plus courtes, cet attachement à sans cesse raccourcir le temps entre la demande et la réponse, la part sans cesse plus grande du travail effectué dans les services d'urgence, etc.

Bien sûr ce travail en urgence a une légitimité et un intérêt qu'il n'est pas question de nier ; mais notre travail en psychiatrie est aussi de s'interroger sur les effets inattendus ou pervers des meilleures intentions (les effets pervers sont-ils consécutifs aux bonnes intentions ou sont-ils contenus dans ces bonnes intentions ?). L'exemple de l'urgence administrative est à méditer : depuis quelques années on observe une tendance inflationniste à la demande de rapports urgents, auxquels il faut répondre dans un court laps de temps ; mais ceci est à rapprocher de la formidable incapacité des pouvoirs publics à anticiper les évolutions les plus simples (démographie médicale et maintenant aussi démographie infirmière). Réponse à l'urgence et incapacité à anticiper ne seraient-elles pas les deux faces opposées d'une même médaille ?

L'urgence, cette exaspération du présent, est maintenant partout en psychiatrie, au point qu'il nous a paru légitime de nous arrêter une journée pour y réfléchir, ce qui n'est pas antinomique : « *doucement, je suis pressé* », disait Talleyrand.

Docteur J.-F. GOLSE

la psychiatrie à l'heure des urgences



Le Dr Lai, urgentiste, président de la séance

Introduction à la journée

Par Elisabeth OURY
Psychiatre



La Psychiatrie à l'heure des urgences, c'est la figure imposée par Croix-Marine pour cette journée à Flers.

Depuis 1992, les secteurs de psychiatrie générale se rapprochent peu à peu des services d'urgence des hôpitaux généraux. Il n'y a pas eu de textes réglementaires relatifs aux urgences en psychiatrie entre 79 et 92; mais la circulaire du 30 juillet 92, relative à la prise en charge des urgences psychiatriques, a ensuite été complétée par deux décrets en 95 et quatre en 97 sur le même sujet.

L'urgence psychiatrique est longtemps restée cantonnée à un moment particulier de la trajectoire du patient, celui de la décision d'internement; celui de l'éva-

luation de la dangerosité potentielle pour lui-même ou pour autrui.

La pratique sectorielle a progressivement modifié le regard de la population sur la maladie mentale; elle nous a permis de développer des structures hors des murs de l'hôpital qui nous permettent d'accueillir les situations de crise, de détresse. L'urgence en psychiatrie reste en effet plus situationnelle que diagnostique. Certaines situations vont relever de « l'urgence à faire », mais il ne s'agit pas non plus de passer à l'acte. Le cadre de nos institutions permet peut-être de nous préserver du passage à l'acte.

Malgré tout, la psychiatrie n'est pas exclue de l'évolution socio-

logique de la médecine. La mutation des urgences hospitalières touche également la psychiatrie; Anne Golse pourra certainement nous éclairer sur cette inflation du concept d'urgence qui touche les soins en général.

La plupart des patients s'adressant au S.A.U. des hôpitaux ne sont pas des urgences sévères. Ils viennent directement à l'hôpital parce que c'est plus proche, qu'ils n'ont pas le choix, que c'est plus pratique. Selon les statistiques, 20 à 30 % des patients qui se présentent aux urgences d'un hôpital général ont un besoin psychiatrique. Est-ce qu'à terme le S.A.U. de l'hôpital remplacera les centres de crise ou le C.M.P. comme pivot du dispositif sectoriel?

Nous pensons nécessaire de différencier les équipes de psychiatrie dans les S.A.U.:

- parce qu'une complémentarité est à terme plus riche qu'une assimilation.
- Parce qu'il faut maintenir un lien culturel avec le dispositif sectoriel de santé mentale.
- Parce que le savoir-faire d'un infirmier de secteur psychiatrique peut modifier l'appréciation et la résolution de certaines situations.



C'est dans un contexte de crise que nous avons commencé à réfléchir aux interventions de cette journée... Crise identitaire, maturative? Questionnement sur la place de chacun dans le dispositif.

- Place que les soignants en psychiatrie réservent aux assistantes sociales lorsqu'ils réclament une « solution sociale » immédiate...
- Place des assistantes sociales du secteur de psychiatrie au sein de l'établissement, lorsque leurs collègues les oublient pour la réflexion sur la prise en charge des urgences sociales à l'hôpital.
- Identité du psychiatre lorsque les médecins urgentistes ne réclament son intervention que pour rester dans la réglementation, dégager sa responsabilité ou se débarrasser...

- Place de l'infirmier de secteur psychiatrique lorsque les équipes des S.A.U. auraient bien besoin de les assimiler pour faire face à leurs pénuries d'effectifs, lorsque la reconnaissance du savoir-faire infirmier passe par le geste technique (ponction, lavage, massage...).

La réponse à l'urgence pose la question de la demande, du patient, de l'entourage, mais aussi des autres soignants; elle renvoie au modèle psychiatrique auquel nous nous référons: psychodynamique, communautaire, biologique ou médical. Elle est le reflet du fonctionnement du secteur. C'est ainsi que les différentes équipes de la région ont une histoire et une pratique différente dans leur approche des urgences hospitalières, dans leur définition de l'urgence médico-psychologique.

Si nous voulons maintenir une complémentarité entre les équipes des urgences générales et les équipes de psychiatrie, il est indispensable de faire ques-

tionner nos pratiques et d'entendre ce qu'on attend de nous, pas obligatoirement pour donner la réponse attendue.

Je remercie Charles Lai d'avoir accepté d'être un témoin et un partenaire pour les travaux de cette journée. Si besoin, il pourra nous éclairer

sur l'évolution démographique des urgences hospitalières, sur leurs critères d'évaluation clinique des malades aux urgences, sur la place réservée à la psychiatrie dans les travaux du SROSS urgence en Basse-Normandie... Nous attendons aussi de lui quelques questions pertinentes pour nous sortir de notre « ronronnement psy ».

Enfin, Charles Lai a une longue expérience de médecin de SAMU, il a également participé à quelques missions humanitaires avec M.S.F.; il pourra ainsi peut-être compléter l'intervention de Thierry Vasse à propos de l'intérêt du débriefing en cas de catastrophe.

L'organisation des journées Croix-Marine dans un hôpital général n'est pas simple. J'aimerais que vous soyez attentifs au petit comité de pilotage qui a dépensé beaucoup d'énergie pour vous accueillir le mieux possible, en particulier: Francine Fabas, Josiane Lambert, Patricia Leroy, Simone Jacqueline et Jérôme Orange.

La rapidité d'intervention comme critère de qualité de soins

Par M. OWCZARZAK

Directeur des Services Techniques au CH Jacques-Monod de Flers

Je voudrais au préalable excuser Madame Lucina, Responsable au C.H. de la Cellule Qualité qui n'a pu être présente à cette rencontre mais qui a collaboré à l'élaboration de cet écrit.

C'est en tant que directeur responsable de la **Démarche Qualité** que j'interviens ce jour. À la base de notre réflexion ? Le Manuel d'Accréditation édité par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation).

Ce sera donc à partir de référentiels et de critères qui en découlent que je tâcherai de faire passer la notion de **rapidité**

d'intervention comme critère de qualité de soins.

Les délais d'intervention peuvent être abordés sous plusieurs angles :

- 1•la réactivité du ou des soignants face à l'urgence ;
- 2•les textes législatifs ;
- 3•les obligations que se fixe un établissement de santé.

1) Urgence ▶ Rapidité d'intervention ▶ Réactivité

- a•La notion du type d'urgence.



- b•La notion de degré d'urgence (vitale ou non vitale).

- c•La notion de lieux d'intervention.

- d•L'intervention de plusieurs acteurs de santé sur des temps courts.

Qu'entendre par réactivité face à l'urgence ? C'est apporter une ou plusieurs réponses en termes **d'efficacité, de sécurité, à moindre risque.**

2) Les textes législatifs :

Des lois-décrets, des circulaires régissent déjà des organisations de travail en ce qui concerne l'accueil et le traitement des urgences.

▶ Concernant donc l'accueil et le traitement des urgences, il doit être mis en place :

- * des structures,
- * des équipements,
- * des moyens humains (qualification, quantité),
- * des permanences,
- * des moyens de communication,
- * des rapprochements (fédération).



3) Les obligations que se fixe un établissement de santé :

Je vais donc vous présenter les critères les plus « marquants » car je ne passerai pas en revue :

- les 10 référentiels,
- les 86 références, (référence : énoncé d'une attente ou d'une exigence permettant de satisfaire la délivrance de soins ou de prestations de qualité),
- les 298 critères, (critère : énoncé d'un moyen ou d'un élément plus précis permettant de satisfaire la référence d'accréditation),
- l'identification des besoins et des attentes, définition de

l'offre de soins (évolutive),

- la mise en place des modalités organisationnelles en amont de la prise en charge,
- la prise en charge du patient en urgence, actes en présence du patient,
- et avec quels partenaires extérieurs et internes à l'établissement, je collabore pendant et à la sortie du patient.

En exemple :

- Référence DIP 2 : l'établissement assure à tous l'accès aux soins.

- Critère DIP 2a : en cas d'urgence, l'établissement accueille toutes les personnes sans distinction et quelles que

soient leurs conditions de couverture sociale.

Le patient arrive avec ses besoins et ses attentes : La réponse devra être alors **immédiate, rapide ou différée** en fonction de la problématique rencontrée (flux entrant-sortant) afin d'amener une réponse **la plus appropriée** dans des conditions optimales de **qualité et de sécurité**.

Des indicateurs de qualité devront être proposés en concertation afin d'apporter régulièrement une réponse à ce critère de qualité.

Cette démarche facilitera **également une meilleure compréhension de l'autre dans le respect de ses pratiques**.



Il faut réinterroger le sens et l'évolution du travail social en psychiatrie

Par Annie PLAISANT, assistante sociale - Barbara PRUNIER, assistante sociale - Participation de Samuel LELONG, psychologue
CHG Jacques-Monod de Flers



Introduction

Réinterroger le sens et l'évolution du travail social en psychiatrie ? Pourquoi une telle question dans un colloque sur l'urgence en psychiatrie ? Pour cela, il me semble nécessaire de repartir de l'étymologie du mot « urgence ». Il vient du participe présent du verbe *urgere* qui signifie « pousser ». Cette poussée, cette

pression que nous ressentons comme étant de plus en plus forte me semble devoir être réinterrogée pour éviter que nous nous perdions, nous essouffions, nous épuisions. Je reçois souvent des dossiers avec un post-it « URGENT ».

La première urgence est parfois celle de dire qu'il n'y a pas et de rassurer les « prescripteurs » de cette fameuse urgence qu'ils

ont été entendus. Rappelons-nous cette fameuse phrase galvaudée dans tous les services de psychiatrie: « *il n'y a pas d'urgence en psychiatrie* ». Pour réinterroger le sens, il faut repartir sur le contenu du travail social et sur son histoire. C'est ce que j'exposerai brièvement dans une première partie en me limitant volontairement aux spécificités de la psychiatrie et en m'appuyant sur un article paru dans les A.S.H. en 1995. Dans un deuxième temps, j'aborderai la question de la pression, de l'urgence réelle ou ressentie comme telle à travers les trois grandes composantes de notre travail, à savoir: l'interne, l'externe et le patient.

Avant de conclure, j'essaierai de questionner très brièvement la place possible de l'A.S. de psychiatrie dans le service même des urgences.

I — Le contenu du travail social et son histoire dans le secteur de psychiatrie

L'assistant social en psychiatrie fait partie de ceux que l'on appelle aujourd'hui les travailleurs sociaux (assistant socio-éducatifs dans la fonction publique hospitalière).

Ce qui différencie les métiers du social, ce sont moins les titres et diplômes que les lieux où ils sont exercés. Cela signifie que le contenu concret des tâches professionnelles dépendra d'abord du lieu dans lequel elles seront



accomplies, c'est-à-dire de la population qui sera concernée et des caractéristiques de l'emploi.

Aujourd'hui — et depuis les lois du 30 et 31 décembre 1985 — le service social de psychiatrie est rattaché entièrement à la fonction hospitalière. La circulaire du 14 mars 1990 sur les orientations de la politique de santé mentale et celle du 11 décembre 1992 mettent ensuite l'accent sur la nécessité pour le secteur psychiatrique de développer les actions de prévention, de soins et de réinsertion.

Ce mouvement législatif et réglementaire s'est accompagné d'une révolution des modes d'hospitalisation avec la réduction du nombre de lits en psychiatrie et le développement de la prise en charge ambulatoire en extra-hospitalier.

On peut entendre qu'avec la montée de l'exclusion, d'une modification de la population « traditionnelle » élargie

aujourd'hui aux chômeurs de longue durée, titulaires du RMI., etc. tout un public marqué par la précarité, et la désinsertion sociale et professionnelle, a pu modifier l'activité du service social.

Pourtant le travail direct et individuel auprès des personnes et des familles n'a pas profondément changé. Cependant, l'implication des assistants sociaux dans un travail plus collectif par le biais d'actions menées en interne avec des groupes ou d'interventions partenariales hors des murs de l'hôpital a augmenté. Par ailleurs, l'activité directe ou indirecte liée au travail de concertation au sein de l'équipe soignante ou avec les instances médico-sociales non hospitalières prend une part de plus en plus importante (A.S.H. 1995).

Une assistante sociale en psychiatrie est confrontée aux mêmes demandes sociales qu'une A.S. en polyvalence de secteur, aux mêmes difficultés à cette différence près que l'on suit exclu-

sivement des personnes présentant des troubles psychiques plus ou moins importants, d'où un cadre d'intervention spécifique. De ce fait, le regard que porte l'extérieur n'est plus le même et il faut faire avec ou le faire évoluer : peur, incompréhension, méconnaissance, manques de solutions sociales adaptées ou de volontés politiques. Les réponses extérieures en seront de ce fait modifiées. D'où travail de négociation, information hors des murs mais aussi à l'intérieur des murs de l'hôpital.

Le travail avec les réseaux de proximité est essentiel pour que la personne retrouve une place. C'est un droit qu'elle a au même titre qu'un autre citoyen mais qu'elle ne pourra exercer qu'avec la volonté et l'étayage des autres réseaux tels que services bailleurs, aide à domicile, services tutélaires...

II — Les pressions et les urgences, réelles ou vécues comme telles

L'A.S. intervient rarement dans l'urgence au sens où on l'entend généralement, à savoir le risque vital. Dans le cas de patients que nous connaissons déjà, il arrive que des situations où le danger réel est présent et où se pose la question de l'intervention : qui ? comment ? pourquoi ? Maintien des liens par l'intermédiaire du social lorsqu'il y a rupture d'une part avec le soin mais aussi parfois avec la famille. L'A.S. tient alors une place de relais, au car-

refour du patient, de sa famille et de l'institution. L'A.S. devient un point de repère mais aussi une aide pour la famille à accepter la pathologie. La première urgence est certainement celle d'écouter la famille afin de l'aider à garder le contact avec le patient lorsque cela est encore possible. Le travail consiste à aider, en particulier les parents, à trouver des repères et des limites.

La pression interne

Il existe un report de l'angoisse renvoyée par le patient aux équipes. Le « déversement » vers le social permet, peut-être, aux équipes, de continuer à travailler, de penser un ailleurs possible. Il faut alors pour l'A.S. mettre en place une réflexion sur ce que cela va permettre d'élaborer pour l'équipe elle-même. Urgence il y a dans le soulagement de quelque chose porté depuis trop longtemps et avec difficulté par cette dernière. Si l'on veut que l'équipe continue à être contenante pour le patient, à donner du sens aux symptômes qu'il présente, il faut qu'elle soit dégagée d'une partie de la question posée par le concret et le matériel. L'urgence pour l'A.S. est d'entendre, non seulement le sens mais aussi la fonction de cette pression de l'équipe et d'en parler, restituer, reformuler les choses.

L'urgence dans ces situations est de comprendre et de saisir les fonctions de chaque professionnel qui travaillent à des niveaux différents.

Sans doute que l'urgence pour l'A.S. est de réfléchir sur la manière dont elle reçoit cette pression interne.

La pression externe

La psychiatrie, tout comme les services de soins généraux, est prise dans le mouvement global sociétal du « toujours plus vite, du toujours plus ». Cela nous amène à nous questionner sur la problématique des limites dans notre société. L'urgence est peut-être de tenter de les rétablir, pointer ce sentiment de « perte » des limites qui est aussi une source de pression externe car cela nous renvoie à un sentiment d'impuissance qui peut se transformer en une pression angoissante.

La psychiatrie a parfois une position paradoxale : nécessité d'avoir du temps et impossibilité ou difficulté à l'avoir parce que pris dans ce mouvement social.

La pression du social, l'urgence du social, c'est tout ce qui interpelle hors des murs de l'hôpital, ce peut être un bailleur, le service des tutelles, les mairies, services sociaux... L'assistante sociale est perçue comme premier contact avec les différents réseaux, devient une « personne-repère », celui ou celle que l'on va interpellier à nouveau en cas de difficultés. Cela renvoie au travail de partenariat. Il faut bien comprendre que cette interpellation de l'extérieur n'est pas nécessairement une volonté d'exclusion de la personne. La recherche d'une solution en commun, même si les choses ne



sont pas formulées clairement, est patente. L'urgence dans ce cas est certainement celle d'entendre la « souffrance » exprimée. Se fermer à cette écoute ne fera qu'aggraver la situation. Nos partenaires sont aussi des maillons indispensables au maintien des personnes dans leur cadre de vie. Chercher ensemble une solution et entendre leur questionnement est toujours une source à notre propre réflexion. Chacun est dépositaire d'une « partie » de la réalité du patient. Il est important de reconnaître que l'on peut renforcer l'exclusion en la déniait, en faisant en sorte qu'elle n'existe pas, peut-être parce qu'elle est souvent dérangeante.

L'urgence est parfois celle de rétablir un dialogue lorsque la communication avec les autres institutions partenaires est rompue. Cette situation est susceptible d'engendrer des passages à l'acte de part et d'autre, autrement dit des actes non réfléchis, quasi pulsionnels en réponse aux frustrations et à l'anxiété res-

senties. Ceci nous oblige dans l'urgence à réfléchir à nouveau à nos positions, à nous questionner et remettre en cause des situations dans lesquelles le patient a pu être mis. Cela empêche peut-être que les choses se figent et soient, par la suite, peu mobilisables.

L'urgence est aussi d'institutionnaliser les liens du réseau, élargir le rapport de personne à personne, l'étendre à celui d'institution à institution. Cela peut aussi permettre d'atténuer le sentiment de solitude professionnel parfois ressenti.

La pression du patient

Le patient, qu'il soit hospitalisé ou non, tend à renvoyer à l'A.S. une pression quasi permanente. La difficulté est celle de résister au sentiment nécessaire de frustration que l'on suscite en différant les choses.

Pour nous permettre aussi de résister à la pression du patient, l'urgence est de trouver chez lui ce sur quoi nous allons nous

appuyer, réintroduire ou introduire chez lui la notion de réalité externe lorsque celle-ci est mise à mal. Ceci nécessite de trouver, de repérer sur quelle partie « saine », « positive » et valorisante nous pourrions nous appuyer.

Nous réintroduisons du temps, nous lui permettons de se poser et de différer ses demandes. C'est dans la frustration et dans le fait de différer les choses dans le temps que la personnalité se construit, s'affirme et se reconnaît. Il y a donc urgence à empêcher qu'il y en ait.

III — L'A.S. de psychiatrie absente du service des urgences

La notion d'urgence est aussi à interroger dans le sens de « passage » par les urgences. Nous remarquons que c'est souvent l'urgence d'être écouté. Beaucoup de demandes sociales émanent des urgences. Aller aux urgences relève d'un droit voire d'un devoir à être écouté et le lieu même des urgences devient un lieu possible d'expression, d'existence et de reconnaissance. Est-ce que cela veut dire qu'il n'y a pas d'autres endroits pour cela et que l'urgence est de réfléchir sur ce sujet? Redonner une communication qui va permettre à une demande de s'exprimer.

Sur Flers, les A.S. de psychiatrie n'ont pas d'expérience de travail au service des urgences. Peut-être que l'urgence est de tra-

vailler le décloisonnement des pratiques. La rencontre avec une A.S. est vécue comme moins « représentative » de la maladie mentale et permet un accrochage aux soins à travers la demande sociale.

IV — Conclusion

La complexité du travail de l'A.S. en psychiatrie consiste sans doute à tenir compte des réalités extérieures tout en gardant parfois une relative utopie, une certaine folie qui fait que les choses sont peut-être possibles à l'extérieur

si elles sont accompagnées et que cet accompagnement soit suffisamment long pour être efficace. Il faut peut-être en prendre le « risque » avec la personne. Cette « prise de risque » renvoie souvent l'assistant social aux questionnements de l'extérieur et des autres partenaires. Cette folie, cette utopie est nécessaire : elle maintient la vie psychique des patients mais aussi celle des soignants. Ne tenir compte que des réalités extérieures est, à terme, mortifère. Ne pas en tenir compte l'est aussi. L'A.S. en psychiatrie est en permanence

plongée dans ces incessants dilemmes.

Finalement, il nous faut donner du sens aux pressions reçues de part et d'autre, pressions qui sont aussi de plus en plus importantes. Si urgence il y a, c'est celle de ne pas percevoir les choses dans le registre de l'agression, toujours se poser, en urgence, la question du sens que cela a. Lorsque le sens est compris, les choses sont acceptées et ne deviennent plus persécutives. On est toujours agressé par ce que l'on ne comprend pas.



Intérêt d'une intervention par l'équipe P.E.P.S.

Par l'équipe P.E.P.S.

Nous nous occupons de la prévention et de l'écoute des primo-suicidants de 12 à 25 ans.

La création de notre équipe, en janvier 2000, dans le cadre du PRS suicide s'est faite par convention de partenariat entre la pédiatrie du CH de Flers, la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte. Notre équipe se compose de : deux infirmières : Catherine Courivaud et Christine Lefaucœur, d'un faisant fonction de cadre infirmier : Francine Fabas, et d'une psychologue clinicienne : Sophie Beaudinet.

Notre médecin psychiatre référent est le Docteur Ben Jelloun. Nous dépendons du Centre Hospitalier Jacques-Monod de Flers et plus particulièrement de l'équipe de psychiatrie de liaison.

Protocole de prise en charge du jeune suicidant ou en menace suicidaire

Arrivée au S.A.U.
Sortie contre avis médical la nuit

♦ Rendez-vous P.E.P.S. le lendemain.

Hospitalisation

♦ Bilan somatique/médecin urgentiste.

♦ Équipe de psychiatrie de liaison qui effectue un premier recueil de données.

Aux urgences pédiatriques

♦ L'équipe de pédiatrie évalue la nécessité de notre intervention
Intervention de l'équipe P.E.P.S. dans les 24 heures suivant l'admission au CHG.

Protocole de suivi de quatre semaines par l'équipe P.E.P.S.

♦ Des entretiens sont proposés pendant l'hospitalisation avec deux intervenants. Entretiens

journaliers pour le patient/entretiens avec la famille (avec accord du jeune majeur).

◆ Entretiens CMP adultes avec les mêmes intervenants.

◆ Bilan d'évaluation de la problématique du jeune et de sa famille + orientation suivi.

Chloé

Chloé est une jeune fille de 16 ans, 3^e d'une fratrie de 5 enfants :
◆ une sœur, 24 ans, enseignante à Paris, revient tous les week-ends chez sa mère. Chloé dit qu'elle est tout pour sa mère. Doit bientôt se mettre en ménage.

◆ Un frère, 21 ans, ouvrier. A quitté le domicile familial où il vivait avec sa copine il y a un mois. D'après Chloé, « pour la mère, lui c'est n'importe quoi ». On ne lui dit rien. On a un peu peur de lui. Confident de Chloé.

◆ Un demi-frère de 3 ans (du côté de la mère).

◆ Une demi-sœur de 1 an et demi (du côté de la mère).

Ses parents sont séparés depuis 6 ans. Séparation difficile, violence du père...

Le père était VRP, absent toute

la semaine. Remarié. Travaille et vit à 200 km. Il est décrit comme quelqu'un qui aime les femmes, joueur, qui a fait beaucoup de dettes.

La mère est remariée depuis 5 ans. Le beau-père travaille sur Paris comme dessinateur industriel.

Chloé a été hospitalisée une journée pour une T.S. médicale (suite à une dispute avec son copain) dans un hôpital qui ne dispose pas de service « accueil ados ».

De l'entretien avec un pédo psy en présence de sa mère, elle a retenu que son père avait attenté à ses jours mais « aurait fait comme si » avait dit sa mère. La famille (mère, sœur, frère) désigne le père comme responsable du PAA de Chloé.

Une consultation psycho lui a été proposée 15 jours après sa sortie de l'hôpital. Elle s'y rendra « pour faire plaisir à sa mère ». Un second rendez-vous 15 jours plus tard n'aura pas lieu, Chloé a fait une nouvelle T.S. Elle laisse un courrier adressé à sa mère dans lequel elle explique qu'elle a l'impression que tout le monde « se fout de sa gueule » que tout le monde

croit qu'elle va mieux mais en fait c'est faux. Elle parle de la loi qui est trop nulle..., de sa difficulté à vivre. « Faux, juste se dire une chose, c'est pas votre faute. »

Après un passage aux urgences qui l'avait accueillie la première fois, Chloé est adressée au service de pédiatrie de Flers.

C'est là que nous la rencontrons. Elle dit avoir des idées noires depuis environ 6 mois. Depuis quelque temps, elle s'isolait, ne parlait plus avec son entourage, son frère n'était pas disponible pris par les préparatifs de son déménagement.

Le passage à l'acte suicidaire survient au moment de la rupture avec son copain et du départ du frère du domicile familial.

Chloé parle de ses problèmes avec son père qu'elle n'a pas vu depuis deux mois. Elle lui reproche de ne pas s'occuper d'elle, de ne pas payer la pension alimentaire... Elle n'arrive pas à parler avec lui.

Elle se pose des questions sur ses origines. Depuis toute petite, son père lui renvoie qu'elle n'est pas sa fille. Une démarche pour une carte d'identité réactive son questionnement par rapport à sa filiation. Chloé se renseigne pour savoir si son père peut être déchu de ses droits parentaux.

Le père a été informé de la 1^{re} T.S., 3 jours après. D'après Chloé, les parents ne s'étaient pas téléphonés depuis le divorce. Le père s'est déplacé pour voir sa fille mais celle-ci ne le voulait pas. Il a donc essayé de forcer la porte et il y a eu intervention de la police et des pompiers.

Pour la seconde hospitalisation,



la mère a demandé à Chloé si elle devait en informer quelqu'un. Chloé a répondu « *personne* ». C'est le frère qui a prévenu le père dans les premiers jours d'hospitalisation.

Chloé a accepté que l'on rencontre son père, tout en précisant qu'elle ne le verrait pas. Régulièrement, elle demandait si on avait réussi à le joindre. Le père n'a pas pu se déplacer. Il était en arrêt maladie.

Par téléphone, il a évoqué une période il y a 2 ans où Chloé voulait vivre avec lui car elle avait des problèmes relationnels avec sa mère.

Chloé l'appelait régulièrement. En début d'année, elle lui a réclamé plusieurs fois de l'argent. Face à son refus, elle a cessé de l'appeler.

Chloé parle de cette période conflictuelle avec sa mère, elle fréquentait des jeunes plus âgés, voulait faire la fête mais sa mère s'y opposait. Elle dit qu'elle avait arrêté de manger au moment où cela n'allait pas avec sa mère.

La période d'évaluation a permis à la mère de reparler avec sa fille de son histoire. Elle a révélé une liaison avec un homme qu'elle avait eue au début de son mariage, affirmant à Chloé qu'elle était bien la fille de son père.

Nous avons demandé à la mère de préparer le retour de Chloé à son collège, pour éviter de remettre Chloé en situation difficile. En effet, après sa première hospitalisation, Chloé n'avait pas supporté de répondre aux différents intervenants de son école

sur les motifs de son absence (C.P.E., infirmière scolaire, assistante sociale scolaire, professeur principal qui lui a dit qu'elle était égoïste, sa tutrice de stage).

Conclusion

Le concours de circonstance de départ, à savoir l'absence du lieu « d'accueil ado » au sein de l'hôpital et le rendez-vous tardif auprès de la psychologue, ont mis en avant la nécessité de l'établissement d'un cadre précis dans la prise en charge du jeune suicidant.

La mobilisation de la mère (entretiens familiaux pour P.E.P.S. + travail thérapeutique individuel) a permis de rattraper l'impression « d'échec » du démarrage de la prise en charge du suicidant.

Le relais avec l'extérieur (école) a pu également s'effectuer par le biais de la mère.

Ce cas montre l'intérêt d'introduire la dimension familiale dans la prise en charge du suicidant et de la nécessité d'une équipe ressource spécialisée.

Dans le cas exposé, ce qui nous paraît indispensable, est la rapidité d'intervention dans les premières 24 heures qui permet d'emblée de poser un cadre.

✦ Énonciation du protocole dès la 1^{re} rencontre avec le jeune et sa famille.

Comme dit Marcelli :

« *L'adolescent a le sentiment justifié qu'il garde la maîtrise de la situation et qu'il pourra interrompre la relation au terme de l'évaluation* ».

✦ Prise en charge bifocale :

Selon Jeammet, l'adolescent oblige ceux qui s'occupent de lui à un effort constant d'adaptation pour trouver la bonne distance relationnelle

De ce fait, il nous semblait intéressant de donner à notre prise en charge un axe bifocal qui permettrait une facilitation des échanges sans induire une dépendance.

Par dépendance, nous entendons transfert massif que l'on pourrait craindre s'il n'y avait qu'un seul intervenant.

L'axe bifocal se définit par une proposition d'un espace d'échange pour la famille et d'un autre espace pour le jeune

Ce double axe donne une ouverture aux « *deux protagonistes* » de l'histoire de la crise suicidaire à savoir l'ado et sa famille.

La notion de crise suicidaire prend tout son sens. Elle permet de regarder la tentative de suicide sous forme de phase grave dans une évolution d'événements de vie. En conclusion, il nous semble que cet axe bifocal conduit à une possible mentalisation de la crise suicidaire et à une reprise du cours de l'histoire.

Docteur Marcelli :

Ces entretiens d'évaluation font office de véritables « *consultations thérapeutiques* » (Winnicott) ou encore de « *psychothérapies brèves* » quand les difficultés de l'adolescent sont minimales quand elles sont liées essentiellement à l'actualité du processus d'adolescence.

Cette stratégie évite toute désignation pathologique tout en ayant un effet thérapeutique certain (30 à 40 % des évaluations se concluent de cette façon).

Les urgences sociales du CHU de Caen

Par Claudie TORRALBA

Sociologue – Laboratoire d'analyse socio-anthropologique du risque



Évoquer l'urgence sociale renoue avec les questions politiques relatives à l'exclusion sociale. Plus précisément, la question de l'urgence sociale inscrite en milieu hospitalier montre comment face à la pérennité de la fracture sociale contemporaine, les pouvoirs publics sont tenus d'apporter expressément une, voire des réponses à ce problème de société.

Ceci est d'autant plus vrai pour l'ensemble des politiques que celles-ci concernent l'emploi, le logement et la santé. Le texte que nous proposons concerne l'interrogation des pouvoirs publics en matière d'accès aux soins de santé des personnes démunies.

Un élément clé de ce questionnement repose sur le texte de loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions qui date de juillet 1998.

Ce texte mentionne, dans son chapitre III, la mise en place de Permanences d'Accès aux Soins (P.A.S.S.). Les P.A.S.S. sont des cellules médico-sociales qui ont pour mission l'accompagnement social des personnes en situation précaire. Afin de rendre compte de la situation locale, la

Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) ainsi que la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) m'ont confié en août 1999 une étude afin de rendre compte des urgences sociales du CHU de Caen. L'étude était encadrée par Monsieur Beynier, maître de conférence en sociologie à l'université de Caen et Monsieur Le Coutour, professeur de santé publique au CHU de Caen. L'objet exact était « l'identification et l'évaluation des urgences sociales au CHU de Caen ainsi que la qualité des réponses apportées ».

Ce travail a été mené du mois d'août 1999 au mois d'octobre 2000.

La méthode de travail basée sur un travail a été menée à partir d'un questionnaire. Le questionnaire bâti comprenait vingt-quatre items. Les données liées à l'environnement social de la personne ainsi que les indicateurs relatifs au degré clinique de l'urgence ont été recueillies.

Huit cent quarante-neuf questionnaires ont été réalisés. Que conclure de cette étude?



Dans un premier temps, la question de l'urgence apporte quelques éléments sur la manière dont les comportements des individus se sont modifiés à l'égard de la médecine. Le Centre Hospitalier Universitaire représente chez les personnes le fréquentant, un pôle technologique par excellence, caractérisé par sa disponibilité (24 heures/24) et son appareillage technique et technologique.

Les urgences dites vraies, c'est-à-dire les urgences qui risquent de mettre en jeu le pronostic vital de la personne, représentent 11,3 % de notre étude. En revanche, 50 % des personnes qui se présentent au service des

urgences ont des diagnostics qui relèvent de situations médicales qui ne nécessitent que des soins courants.

L'urgence sociale est davantage représentée sur la tranche horaire 17h-24h avec 36 % d'actes sociaux qui seraient nécessaires. Néanmoins, la tranche 0h-6h, bien que faiblement représentée statistiquement (6,2 %) laisse entrevoir des problèmes sociaux liés majoritairement à l'alcool (20,8 %).

Notons à cet égard que l'urgence sociale n'a ni heure ni journée privilégiée. Dans notre étude, le jour qui nécessitait le plus d'actes sociaux est le mardi.

Par ailleurs, 24 % des personnes accueillies au Département d'Accueil et Traitement des Urgences (DATU), présentent des problèmes sociaux. Le problème majeur est l'alcoolisme.

Toutefois, les problèmes sociaux concernent également l'hébergement, les conditions de transport.

La population étudiée fait également ressortir les mutations sociales relatives à la précarité. En effet, les grandes figures de la pauvreté incarnée par le Sans Domicile Fixe (SDF), ont laissé la place à des situations d'entre-deux caractérisées par la vulnérabilité et la précarité. L'intégration conjugale et familiale sont les modes de vie qui préservent de l'isolement social.

Ainsi, l'intégration conjugale est la plus représentée (33,5 %) suivie par l'intégration familiale (28,3 %). Toutefois, l'isolement est présent pour 25,4 % de notre population. Parmi ces personnes, il y a celles qui ont connu une rupture conjugale (14,6 %) et celles qui vivent seules avec des enfants à charge (2,4 %).

Enfin, 8,4 % des personnes sont célibataires. En ce qui concerne

le logement et l'habitat, les situations intermédiaires, celles qui cumulent l'alternance (famille, amis, foyers, hôtel, prison et enfin l'errance). La précarité des revenus est atténuée par le nécessaire cumul des ressources. Celui-ci concerne 7,1 % des individus que ceux-ci soient salariés, retraités, allocataires ou chômeurs.

En ce qui concerne la qualité des réponses apportées par le DATU, l'étude démontre l'inadéquation de la structure hospitalière par rapport à la demande sociale réelle. Entre autres, la place du travail social dans le monde hospitalier et le cloisonnement institutionnel des équipes sanitaires, sociales et administratives.

Le problème de fond réside sur l'échange interpersonnel des équipes qui n'existe qu'à l'état embryonnaire. Échange auquel

s'est substitué un langage communicationnel caractérisé par une information technicisée.

Le discours actuel sur la crise du lien social porte également en lui la crise du langage en tant qu'institution du sujet. Aussi, est-il urgent de se questionner sur ce que soigner veut dire.



Place du débriefing dans la cellule d'urgence médico-psychologique

Par le Dr VASSE, P.H. CHU de Caen



Cela devient maintenant habituel d'associer à l'occasion de catastrophes fortement médiatisées les notions de débriefing ou d'intervention médico-psychologique en urgence.

Le thème de cette journée et les différentes communications pointent une évolution des pratiques psychiatriques vers des interventions de plus en plus rapides. Pourquoi intervenir ? Comment intervenir ?

On estime que 25 % des victimes confrontées à une catastrophe et que jusqu'à 10 % des sauveteurs peuvent développer des troubles symptomatiques au décours d'un événement hors du commun à caractère funeste.

Ces troubles ont été qualifiés de névrose traumatique, d'état de stress post-traumatique ou de syndrome psychotraumatique.

Ces termes font tous référence au traumatisme psychique provoqué par la survenue brutale et violente d'un événement surprenant le sujet et provoquant l'effraction de l'idée de la mort ou de sa représentation.

Pour certains auteurs, c'est l'événement en lui-même qui est la cause du traumatisme. Pour

d'autres, il s'agirait des conséquences d'une réponse biologique inadaptée et prolongée face au stress provoqué par l'événement.

Face à une agression ou à une menace, l'individu réagit immédiatement par une réaction au stress qui de façon normale ou adaptative focalise l'attention, mobilise les capacités mentales et incite l'action.

Dans certains cas, l'individu peut présenter des réactions de stress dépassé sous forme de sidération, d'agitation désordonnée, de fuite panique ou d'activité automatique. Ce dernier mode de réaction encore appelé dissociation péri-traumatique pourrait constituer un facteur prédictif de gravité dans l'évolution.

Au décours de l'événement traumatique et après une phase de latence correspondant à une sorte d'incubation d'une durée variable entre 24 heures et 6 mois, voire 2 ans, certaines victimes développent un état de stress post-traumatique.

Ce tableau est caractérisé par un syndrome de répétition traumatique associant :

- des réminiscences diurnes ;
- des reviviscences nocturnes ;

- une hyperactivité neurovégétative avec réactions psychomotrices ;
- une anticipation anxieuse avec conduites d'évitement.

D'autres troubles non spécifiques souvent au premier plan sont associés :

- troubles névrotiques (mécanismes de défense), TOC, conversions, phobies, psychosomatiques ;
- troubles thymiques ;
- troubles du caractère ;
- troubles des conduites ;
- asthénie physique et intellectuelle.

De tels troubles ont été décrits depuis l'antiquité chez des combattants engagés dans des conflits guerriers. Lors de la première guerre mondiale, particulièrement meurtrière et traumatogène, les psychiatres militaires, motivés par des impératifs stratégiques, plutôt que de favoriser des évacuations vers l'arrière au risque d'une chronicisation des symptômes consciente ou non, ont développé la psychiatrie de l'avant définie par Salmon (USA) en 1917 selon 5 principes qui ont été élargis par Sokol (USA) en 1986 :

- **B : brièveté**
- **I : immédiateté**
- **C : centralité**
- **E : espérance**
- **P : proximité**
- **S : simplicité**

Les psychiatres militaires se sont interrogés sur des modalités d'intervention permettant :

- une récupération rapide ;
- une prévention des séquelles tardives.

Ils se sont aperçus que l'évocation, la verbalisation émotionnelle de l'événement détenait une valeur cathartique et que l'amélioration obtenue était supérieure dans une approche collective tout en renforçant la cohésion du groupe.

L'ébauche de cette modalité de prise en charge a été mise en application lors de la seconde guerre mondiale. Mais ce n'est qu'après les années soixante-dix, au décours de la guerre du Vietnam que des modalités précises ont été élaborées reprenant le terme militaire de débriefing en associant la dimension psychologique.

Briefing : préparation des interventions militaires aériennes.

Débriefing : bilan technique au retour de la mission.

C'est Mitchell (USA), psychologue et ancien pompier qui a repris, en 1983, ces procédures pour les proposer à des sauveteurs confrontés à un incident critique.

Le débriefing ou bilan psychologique d'événement est l'activité au cours de laquelle le psychiatre et son équipe invitent un sujet ou un groupe de sujets rescapés ou

impliqués dans un événement potentiellement psychotraumatisant à verbaliser leur expérience de cet événement afin d'être en mesure de le maîtriser et d'éviter une évolution pathologique.

Débriefing psychologique - soins

Définition

Ensemble des actions effectuées au niveau collectif ou individuel après un événement qui a confronté un groupe de sujets à des situations qui mettent en jeu la question de la mort ou qui menacent gravement la cohésion du groupe.

Objectifs

Favoriser l'élaboration d'un récit individuel ou collectif adressé à des animateurs détenteurs d'un savoir supposé sur les bouleversements douloureusement ressentis. Les représentations de l'événement doivent pouvoir prendre place dans l'histoire personnelle de chacun et permettre

d'éviter les dérives imaginaires et leurs conséquences émotionnelles.

Le débriefing s'adresse à des gens normaux qui ont vécu une situation anormale.

Buts

- Dépasser la période de stress ;
- repérer les personnes les plus fragilisées (dépistage) ;
- prévention de la survenue ultérieure d'une névrose traumatique ;
- action collective : restaurer la cohésion du groupe.

Efficacité

- Évaluation difficile, au minimum, le débriefing permet une prise en charge ultérieure plus rapide ;
- technique débutante en cours d'élaboration.

Pour qui

- Le débriefing ne regroupe que les gens directement intéressés ni plus ni moins ;
- collectif souvent plus difficile qu'individuel.



Par qui

En duo avec un animateur et un co-animateur, installés côte à côte afin de repérer les sujets les plus en difficulté. Il est fondamental de favoriser l'instauration d'une relation de confiance.



vous ressenti, psychologiquement comment l'avez-vous vécu ;

- conclusion, proposition d'une nouvelle rencontre ou de suivis individuels.

rôle de contrôle pour ne permettre l'expression que de ce qui peut servir l'ensemble ;

- sans délivrer une version officielle, il ne faut pas permettre le développement de « rumeurs » surtout chez les sauveteurs ;
- lors d'accidents de la voie publique privilégier une approche individuelle.
- Il faut, au minimum, séparer les endeuillés (victimes ou impliqués) des autres ;
- en cas de faute manifeste le débriefing risque de dérapier (désignation des responsables) sans permettre l'élaboration d'un récit individuel ou collectif.

Où

Lieu confortable plutôt salle de réunion, autour d'une table.

Quand

- Dans l'idéal : décalé mais précoce 48-72 heures, permet un accès au récit ;
- si immédiat en situation de crise, sous la pression sociale ou médiatique. Envahissement de l'émotion sans accès au récit.

Comment

Dans l'idéal, groupe de 10 (en pratique 15 à 20) plus le groupe est important plus il faut être attentif aux personnes silencieuses.

- Présentation des animateurs et la raison de leur présence ;
- règle absolue de confidentialité ;
- tour de table rapide ;
- récit de l'événement ;
- qu'avez-vous pensé, qu'avez-

Durée

- De 1 h 30 à 2 h 30, sans limite initiale ni interruption ;
- un débriefing qui ne fonctionne pas dure peu (armée, pompiers, police...).

Recommandations

- Rester professionnel en gardant de la distance, du tact, ne pas s'immerger dans la situation ;
- répartir et distribuer la parole, il ne faut pas grand-chose pour faire taire la parole ;
- concernant la réassurance et la déculpabilisation : ces aspects importants se produisent plus par la dynamique de groupe (écoute de l'autre) que par les efforts volontaires ou énergiques des animateurs ;
- prudence dans l'expression par les personnes de leur histoire personnelle source de dérapage, l'animateur exerce un

Débriefing des débriefeurs

- De façon formelle ;
- de façon ponctuelle ;
- surtout les plus fragiles et les moins formés.

Principes du débriefing

- Relativiser l'événement et réinsérer dans le temps et dans l'espace ;
- informer des symptômes ;
- favoriser un processus d'abréaction, de verbalisation sur ce qui a été ressenti plutôt que sur ce qui a été vu ;
- atténuer le sentiment d'impuissance, d'échec et de culpabilité ;
- permettre une prise de conscience de leur normalité en entendant le récit des autres ;
- permettre une mise à plat des tensions du groupe ;

- repérer les sujets fragiles et leur proposer un suivi;
- mettre un point final et relativiser l'événement, apprendre à relativiser le souvenir;
- mettre en garde contre les propos inconsidérés devant les médias;
- les orienter vers l'avenir.

Présentation des CUMP

À la suite des attentats meurtriers survenus à Paris durant l'été 1995, une cellule d'urgences médico-psychologique a été constituée rapidement sur demande du Président de la République.

Cette cellule rattachée au SAMU de Paris sous la direction du médecin général Crocq, avait pour mission d'assurer des interventions dans la région parisienne mais aussi de réfléchir à la création d'un dispositif national.

Cette réflexion a abouti à la publication d'une circulaire le 28 mai 1997 relative à la création

d'un réseau national de cellules d'urgence médico-psychologiques.

Ce réseau est constitué de 7 cellules permanentes :

- Bouches-du-Rhône;
- Haute-Garonne (Toulouse);
- Loire-Atlantique;
- Nord;
- Rhône;
- Meurthe-et-Moselle (Nancy);
- Paris.

Chaque cellule permanente est composée d'un mi-temps de psychiatre et de psychologue.

Chaque référent permanent assure la coordination d'une inter-région composée de plusieurs départements.

Dans chaque département est créée une Cellule d'Urgence Médico-Psychologique animée par un médecin psychiatre volontaire avec pour mission :

- de constituer une liste des psychiatres, psychologues et infirmiers susceptibles d'intervenir lors d'une catastrophe;
- de définir un schéma type d'intervention;

- d'organiser des formations spécifiques.

Dans le Calvados, la CUMP a été constituée durant l'année 1998 pour être opérationnelle en 1999.

Le déclenchement de la cellule constituée de 15 psychiatres, 8 psychologues et de 50 infirmiers peut survenir selon 3 modalités :

- systématiquement lors d'un plan rouge;
- à la demande du préfet;
- sur demande du médecin régulateur du SAMU.

Conclusion

Le débriefing psychologique est un élément important dans l'aide apportée aux victimes d'une catastrophe. L'aide apportée ne peut néanmoins se résumer uniquement à cette intervention. Il est indispensable de pouvoir proposer la possibilité d'un accompagnement individuel, parfois prolongé, pour les victimes souffrant d'un trouble psychotraumatique.

Flers - Hôtel de ville

