LES ACCES PAR LA TELEPHONIE AUX URGENCES :
Voies et difficultés d'accès aux aides et soins en santé mentale à Paris et en proche banlieue

Chantal Mougin, CNRS-Cesames

Nous avons regroupé en trois catégories différentes les numéros de téléphone disponibles au public pour avoir accès en urgence à des soins en psychiatrie en région parisienne :

- Les numéros d'urgence « généralistes », c'est-à-dire ceux qui ne répondent pas uniquement à des demandes concernant la santé mentale, mais à diverses autres sortes d'urgences : ce sont la Police, les Pompiers, le SAMU et le SAMU social.
- Les numéros professionnels, permettant d'avoir la visite à domicile d'un psychiatre ou d'un infirmier psychiatrique : certaines permanences de Centres d'Accueil et de Crise (CAC), les visites à domicile de SOS Psychiatrie, Urgences Psychiatriques, des médecins généralistes ou des centres pour adolescents.
- Les numéros d'écoute téléphonique sont plus nombreux. Ils ne constituent une réponse à l'urgence que dans la mesure où l'écoute bienveillante qu'ils proposent peut suffire, dans un certain nombre de situations, à restaurer le calme dans un moment d'angoisse trop lourde à supporter et amener à envisager éventuellement d'entreprendre des soins hors du cadre de l'urgence qui n'est pas forcément le contexte le plus propice à une réelle prise en charge des situations de souffrance psychiques.

Nous allons tenter d'observer ce qui risque de se passer selon que l'un ou l'autre de ces numéros est appelé, et lorsqu'est formulée au téléphone, plus ou moins explicitement, à la demande du patient ou d'un tiers, une demande d'aide en urgence en psychiatrie. En étudiant les réponses apportées aux appels faits par téléphone, nous aborderons aussi le thème de l'intervention au domicile du patient, et notamment les questions qu'elle pose aujourd'hui à la psychiatrie. Nous avons choisi de laisser parfois la parole aux professionnels concernés par l'urgence : médecins et infirmiers travaillant dans divers cadres. Après quoi c'est le point de vue des usagers et de leur famille qui sera présenté.

A. LES NUMÉROS D'URGENCE « GÉNÉRALISTES »

Nous avons le plus souvent reproduit ci-dessous les termes selon lesquels les différentes structures présentées ici se définissent elles-mêmes, soit sur leurs sites respectifs, soit lors de rencontres que nous avons eues avec certaines d'entre elles.

POLICE-SECOURS : le "17"

Les premiers secours et l'assistance aux personnes font partie de la mission des quelques quarante services de police répartis dans les vingt arrondissements de Paris. Cette assistance s'effectue en étroite coordination avec la Brigade de Sapeurs-Pompiers de Paris (BSPP), le SAMU (Service d'aide médicale d'urgence) et les hôpitaux de Paris. Chaque année, quatre cent mille appels (plus de 1000 par jour en moyenne) sont reçus par la Préfecture de Police qui organise les interventions de secours. Cent trente-deux cars "Police-Secours" effectuent près de cent mille sorties annuelles, jour et nuit, les opérations étant orientées à partir d'un standard qui reçoit et répartit les appels-radio vers les services locaux[1].

Les interventions d'urgences psychiatriques pour lesquelles la police est appelée sont fréquentes et peuvent être regroupées en deux catégories :

- les passages à l'acte regroupent les tentatives de suicide (T.S.) et des crises de démence ou de violence qui peuvent aller jusqu'à des prises d'otages. La police ne peut porter atteinte au principe de respect du domicile que dans des cas très précis comme le crime ou le délit flagrant et la nécessité de porter secours à un tiers.
- les signalements, par téléphone au 17, mais aussi par courrier ou par déclaration faite à un poste de police, pour des hospitalisations d'office ou à la demande d'un tiers (HO et HDT). Les limites légales sont dans ce cas définies par le code de la santé publique.

> *« En ce qui concerne nos interventions, nous n'avons pas de schéma préétabli, lorsque nous agissons dans le cadre de l'urgence, c'est l'événement qui commande. Lorsque nous travaillons à froid, à la suite d'un signalement par exemple nous essayons de nous rendre compte du milieu autour duquel évolue le patient, de nous rendre compte éventuellement d'une dangerosité existante ou non, de prendre contact avec la famille, avec le médecin de famille également si nous arrivons à le connaître. Ce sont des cas d'espèce à étudier point par point »* [2].

Les interventions se limitent parfois à un rôle de conseil voire de soutien à d'autres services, qu'ils soient médicaux, sociaux ou autres. Le relais sera passé dès que possible avec le secteur psychiatrique géographiquement compétent : l'hôpital, un centre d'accueil et de crise ou un centre pour adolescents. Les sujets présentant des troubles du comportement, particulièrement ceux qui sont recueillis dans les lieux publics, seront éventuellement transférés à l'Infirmerie Psychiatrique de la Préfecture de Police de Paris, où sera délivré un certificat de comportement.

---

[1] http://www.prefecture-police-paris.interieur.gouv.fr/connaitre/missions/intervenir.htm

[2] Extrait de l'intervention du commissaire Joubert (Charenton 94 -Val de Marne). Actes de la journée du 11/10/1997 à l'hôpital Esquirol (94) : "La demande d'intervention d'urgence au domicile : Quelles réponses ? " in : http://www.serpsy.org.

Les personnes en état d'ivresse

Les circulaires du 16 juillet 1973 et du 9 octobre 1975 du ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale stipulent que "*tout individu en état d'ivresse manifeste sur la voie publique ou dans un lieu public doit être conduit dans les locaux de police ou des brigades de gendarmerie, mais après avoir bénéficié d'un examen médical à l'hôpital. Le médecin doit remettre aux autorités un bulletin ou certificat de non-admission*" [3]. Toute personne présumée en état d'ivresse sera ensuite conduite en détention, en salle de dégrisement au commissariat, si l'examen clinique n'a pas conduit à choisir de maintenir cette personne en observation, pour amorcer un traitement ou l'hospitaliser. L'examen clinique à l'hôpital a pour but de dégager la responsabilité des services de police ou de gendarmerie, pour le cas où surviendrait un problème médical pendant la période de dégrisement en salle de police. Le patient est présenté par les forces de police et amené jusqu'en salle d'examen. L'examen doit se faire hors de la présence des forces de police, dans la mesure où cela ne compromet pas la sécurité du patient, du médecin ou du personnel soignant.

L'assistance aux sans-abri

Avec la Brigade d'Assistance aux Personnes Sans Abri (BAPSA), la Préfecture de Police va rechercher les personnes à la rue. Surnommés les "Bleus", la centaine d'hommes - tous volontaires - qui la composent sillonnent, tout au long de l'année, les rues de Paris. Ils conduisent les SDF, rarement de leur plein gré, au Centre d'Hébergement et d'Accueil des Personnes Sans Abri (CHAPSA) de Nanterre où des soins médicaux et un hébergement provisoire sont organisés.

Les "Bleus" se trouvant de plus en plus souvent face à une population en limite d'exclusion ne relevant pas directement du CHAPSA, une section "prévention" a été créée en 1993, afin d'orienter les personnes en détresse vers des structures adaptées à leurs besoins. A cet effet, trois minibus identifiables par une bande verte sillonnent Paris avec des équipes de trois ou quatre jeunes appelés, également volontaires, encadrés par un gradé. La BAPSA travaille en étroite coordination avec la Mairie de Paris et le SAMU social.

LES POMPIERS : le "18" ou le "112"

La centrale téléphonique de la BSPP reçoit les appels en provenance de Paris et des 3 départements limitrophes, soit jusqu'à 5000 appels par jour qui, selon leur nature, sont répartis entre les Pompiers, le Samu et la Police. Si constater un décès par exemple, relève de la compétence de la Police, les Pompiers et le Samu sont plus spécialisés dans le secours à personnes (qui représente 70% des interventions des Pompiers). Ils sont en partie coordonnés pour intervenir dans les zones les plus proches de leurs casernes respectives, afin d'agir le plus rapidement possible en cas de risque vital. Si leurs secteurs sont différents, leurs objectifs et façons d'intervenir sont similaires. Une camionnette de secours avec 3 secouristes se rend sur les lieux de l'appel en moins de 10 mn, en moyenne. Ils font un bilan et appellent si nécessaire une équipe médicale qui, selon les circonstances, demandera des compléments d'informations, donnera un conseil par téléphone ou se rendra sur place (sur les lieux en

[3] Extrait du site de l'UMVF (Université médicale Virtuelle Francophone) : http://umvf.cochin.univ-paris5.fr

19 mn en moyenne). L'équipe médicale est envoyée directement si l'urgence vitale est détectée dès l'appel (arrêt cardiaque, par exemple).

Les Pompiers se donnent pour objectif de toujours fournir une réponse. Si l'appel le justifie, une intervention a lieu, et si un soin est jugé nécessaire, il est effectué un transport à l'hôpital. Les secouristes sont formés pour calmer et apaiser la ou les victimes, en plus des premiers soins d'urgence. Au-delà, le relais est passé à l'hôpital du secteur. De même, si une équipe médicale se rend sur place, le médecin va faire un diagnostic et emmener la personne à l'hôpital. Selon les cas, la victime ira directement au service nécessaire ou qui peut l'accueillir (radiologie, scanner, donc pas forcément les urgences). Par radio, une recherche peut être faite des places disponibles dans tel ou tel service d'hôpital. Il semble que ce soit plutôt le Samu qui effectue ce genre de recherche. Le souci de la BSPP est de libérer le plus vite possible l'équipe et le véhicule d'intervention pour le mettre à disposition d'autres appels. Vite et bien pourrait être la devise. Une moyenne de 1200 interventions sont faites par jour, avec 40 à 50 déplacements d'une équipe médicale par jour, Samu et Pompiers confondus.

La seule destination aujourd'hui, en cas de problème de santé – physique ou mentale, ici cela ne semble pas faire de différence - est l'hôpital, où il est manifeste qu'il n'a pas les moyens de gérer les demandes actuelles, et encore moins les problèmes de santé mentale. 280 000 personnes par an sont transportées à l'hôpital par la BSPP. Les services hospitaliers parisiens d'accueil en urgence (SAU) accueillent 2 millions de personnes par an, dont 15 à 17% sont amenées par les Pompiers, 3% par des ambulances privées, 85% des personnes se présentant d'elles-mêmes.

Pour les hospitalisations d'office (HO) et les hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT), les Pompiers réorientent vers la Police. Ils ne sont pas préparés à des démarches de contention mais plutôt à user de la force de conviction et du dialogue. Les secouristes transportent, font allonger selon le cas, calment, parlent, peuvent donner de l'oxygène. Leur mission ne dépasse pas cela. Quand l'équipe médicale se déplace, c'est en général pour de la réanimation. Un des cas de figure qui relève de l'urgence vitale est l'éthylisme aigu.

Les liens se développent entre les Pompiers et le Samu social qui assure également une amorce de soins. Les sapeurs pompiers peuvent être amenés à se déplacer lors d'appels pour des problèmes d'ordre psychologique. Après avoir évalué la situation et les causes de l'appel, s'il y a danger pour la victime ou pour son entourage, ils tentent de raisonner la personne, de la maintenir dans un local où elle ne pourra pas nuire à elle-même ni aux autres. Sinon ils font appel à la police pour qu'il y ait un constat et en même temps, ils demandent l'intervention d'ambulances de réanimation ou du SAMU pour que le médecin fasse les premiers soins pour calmer la victime.

Les Pompiers distinguent deux sortes d'interventions à caractère psychologique : les personnes très agitées, menaçantes pour leur environnement, et les personnes qui font des tentatives de suicide ou qui sont très dépressives. En ce qui concerne les interventions "médicalisées psychiatriques", c'est à dire le plus souvent des tentatives de suicide, les mêmes dispositions sont prises que pour des interventions médicales "ordinaires".[4]

[4] Entretien avec le Médecin-chef de la BSPP, et intervention de Mr Jouin, ancien pompier de Paris. Actes de la journée du 11/10/1997, *op. cit.*

LE SAMU : le "15"

Comme les Pompiers, nous l'avons vu, le SAMU intervient pour de multiples appels au secours, incluant des problèmes d'ordre psychologique, des appels à la suite de tentatives de suicide et chaque fois qu'il existe une urgence vitale, c'est à dire une menace directe pour la vie de la personne. En plus des appels qui arrivent directement au SAMU, une partie des appels au 18 (les Pompiers) est reportée sur le SAMU qui intervient très rapidement, avec du matériel et des médecins bien formés à la réanimation et donc avec un minimum de perte de temps.

Les appels au 15 sont reçus par des permanencières, auxiliaires de régulation médicale, particulièrement formées. Si elles estiment qu'il y a une urgence vitale, elles vont transférer l'appel au médecin régulateur qui va juger de l'urgence et envoyer éventuellement une équipe. S'il s'agit d'un appel d'un "patient psychiatrique", elles vont entrer en dialogue et l'orienter vers un centre spécialisé d'écoute comme SOS amitié. Un certain nombre de patients appellent ainsi régulièrement. Ils sont connus par leur prénom ou leur numéro de téléphone, identifiés très facilement parce qu'ils racontent toujours la même histoire. Le SAMU se sent très démuni face à leur détresse morale. Ces patients manquent de prise en charge, sans doute parce qu'ils ne sont pas demandeurs, mais ils révèlent une carence et ils occupent une ligne d'urgence pendant un temps prolongé. « *On ne va pas leur raccrocher au nez, on est bien sûr obligés de leur parler mais on n'a pas forcément l'impression de leur rendre service correctement. Là les psy auraient probablement une place à prendre pour qu'ils soient mieux pris en charge et mieux traités.* »[5]

LE SAMU SOCIAL : le "115"

Le Samu Social de Paris est plus spécifiquement orienté vers les sans-abri, ceux qui sont exclus du droit commun, du fait même de leur précarité. « *La souffrance consciente ou non est considérée comme le dénominateur commun que procure l'exclusion, induisant une relation profondément altérée avec les autres, qu'elle soit amoindrie ou pathologique, se traduisant parfois par de la violence, mais bien plus souvent par la solitude et la dépression. En réponse à cette souffrance, la démarche permanente du Samu social est " d'aller vers " les exclus, en cherchant à respecter et faire respecter en toute circonstance leur dignité, dans un esprit de solidarité et de citoyenneté, pour que chacun ait le droit à l'abri et à l'accès aux soins que procurent les dispositifs de droit commun, même et surtout lorsque la personne n'est plus en mesure d'en formuler la demande* »[6].

Des permanenciers téléphoniques écoutent 24 h sur 24, informent et orientent ceux qui appellent pour demander de l'aide ou un abri. Des équipes vont vers ceux qui appellent, mais aussi vers ceux pour qui on les appelle et ceux qu'ils rencontrent dans les lieux publics : " ceux qui ne demandent plus rien ". De plus, une équipe mobile psycho-sociale, en lien avec des psychiatres des secteurs, relaie l'action des équipes grâce à un partenariat avec l'hôpital Esquirol. Si l'hébergement est la première mission du Samu social, la prise en charge de la souffrance psychique y est inclue et relayée par l'hôpital Esquirol.

---

[5] Intervention du Dr Lepresle, médecin anesthésiste-réanimateur, SAMU de Créteil, Hôpital Henri Mondor - 94. Actes de la journée du 11/10/1997, *op. cit.*

[6] Dr X. Emmanuelli, http://www.samusocial-75.fr

CONCLUSION

De cette présentation des différents numéros « généralistes », il ressort qu'ils sont unanimes sur l'objectif de transférer vers l'hôpital toute personne qui nécessite des soins. Ce sera l'hôpital Esquirol, avec un service particulièrement familiarisé aux personnes plus marginalisées, pour le Samu social. Pour les autres structures, il s'agit du CPOA et plus souvent des Services d'Accueil d'Urgence des hôpitaux, dont tous s'accordent à reconnaître qu'ils n'ont pas les moyens de répondre à la demande de la souffrance psychique. Ecouter et tenter d'apaiser les personnes en détresse semble être le souci de tous ces services.

B. LES NUMÉROS PROFESSIONNELS

Ce sont les numéros par lesquels on peut obtenir la visite à domicile d'un professionnel de la santé mentale. Ils comprennent :

- des Centres d'Accueil et de Crise (CAC),
- SOS Psychiatrie et Urgences Psychiatrie qui sont deux associations parisiennes spécialisées dans la réponse aux appels d'urgences psychiatriques,
- les visites à domicile des médecins généralistes,
- les centres de consultations pour adolescents.

1 - LES CENTRES D'ACCUEIL ET DE CRISE

Travaillant en général en lien avec un CMP, un Centre d'Accueil et de Crise dispose en principe de quelques lits et fonctionne 24 h sur 24. Une équipe d'accueil répond aux appels téléphoniques, jour et nuit le plus souvent, et certains font éventuellement des visites à domicile pour évaluer une situation qui semble urgente. Dans tous les cas sont pris en compte la détresse exprimée, que ce soit celle du patient, de son entourage ou de la famille qui peut vivre une véritable détresse, confrontée à l'apparition de troubles aigus chez un des leurs. Cette attention particulière est traitée le plus souvent par téléphone, en visant à apaiser l'inquiétude et le désarroi de l'appelant et en l'informant des possibilités de règlement d'une telle situation. Certains CAC proposent des accueils temps plein (terme préféré à celui d'hospitalisation) et des accueils à temps partiels, fixés sur le mode de la contractualité entre la demande du patient et les propositions de l'équipe. La majorité de l'équipe, constituée de psychiatres et d'infirmiers psychiatriques, est formée à l'accueil dont le but est la mise en place d'une alliance thérapeutique associant le patient et son entourage dans la démarche de soin.

L'accueil temps plein n'excède théoriquement pas une semaine mais peut aller jusqu'à 3 semaines pour des patients dans certaines situations de grande acuité. Le patient peut sortir librement de la structure mais il doit en informer préalablement l'équipe. L'origine des patients est extrêmement variée. C'est souvent le patient et sa famille qui se présentent, adressés ou non par un généraliste, une assistante sociale ou venant d'eux-mêmes. Le service d'hospitalisation local peut également adresser des patients dont l'indication correspond mieux au Centre d'Accueil qu'à une prise en charge en intra-hospitalier.

Voici les réponses fournies par les CAC de Paris, sur leur activité spécifique :

- le **CAC de la rue de Nazareth** (secteur adultes des 1 et 2° arrts) répond au téléphone 24 h/24, au 01 42 77 02 00. L'équipe comprend deux psychiatres à mi-temps et 15 infirmiers psychiatriques. Ce CAC, rattaché à l'hôpital Esquirol et travaillant en lien avec lui, dispose de 5 lits où les séjours ne dépassent en principe pas une semaine, renouvelable une fois. Des exceptions sont parfois acceptées.

- Le **CAC du secteur 3** couvre les 5° et 6° arrondissements de Paris et répond aussi au téléphone en permanence (au 01 43 29 05 30). Il fait éventuellement des visites à domicile et dispose de 6 lits de soins.

- Pour le 11° arrt, le **CAC de la rue de la Roquette** n'est plus ouvert que du lundi au vendredi, avec 9 lits. Par manque de moyens, il ne peut plus assurer les visites à domicile.

- Le **Centre d'accueil Reuilly** (Paris 12°) s'était donné pour objectif le travail d'accueil et le travail spécifique des entretiens en période de crise, les visites à domicile étant organisées à partir du centre médico-psychologique. Ce centre a été fermé le 14 juin 2004.

- Le **Centre d'accueil et de thérapie brève** (Secteur XIV - Paris 12°) essaie de faire venir les patients au centre d'accueil. Ce centre fait également appel aux infirmiers du CMP du secteur, qui font des visites à domicile s'ils connaissent le patient. S'ils ne le connaissent pas, c'est eux qui jugent de leurs possibilités d'intervention.

- **l'Association de Santé Mentale du 13° arrt** est une polyclinique de 36 lits. Une écoute téléphonique permanente est assurée, avec des visites à domicile éventuelles.

Pour ceux qui appellent au téléphone en urgence, le premier travail est d'évaluer le risque vital, d'avoir un maximum de renseignements sur la famille ou les personnes présentes ou proches du patient, et sur le médecin traitant. Il y a toujours une tentative d'impliquer la famille, de joindre le médecin généraliste ou les pompiers si cela est jugé nécessaire.

Il peut arriver que l'équipe se rende au domicile des personnes. Si une HDT est nécessaire, le relais est passé à SOS Psychiatrie. Et s'il y a dans les locaux une personne trop violente, ce sera la Police qui interviendra ; s'il s'agit d'une urgence somatique de type T.S., cela peut être les Pompiers, selon la gravité. Les personnes qui appellent sont le plus souvent des personnes déjà connues des services. Dans un premier temps, les personnes qui appellent en urgence sont écoutées, en cherchant à les apaiser, les rassurer. Selon le lieu d'habitation de la personne, elle sera réorientée, si nécessaire, vers le CMP du secteur concerné. Des soins en urgence vont être organisés et il peut être proposé à la personne appelante de venir en consultation. L'objectif de cette démarche est de démédicaliser.

Mais le travail des équipes des CAC vise plutôt à prévenir l'urgence, notamment en lien avec les associations et les institutions locales concernées.

> « *Il y a, dans la plupart des cas, des prodromes qui annoncent la survenue d'un épisode aigu. Si l'ensemble des intervenants impliqués dans l'histoire du sujet en détresse n'est pas suffisamment attentif à ces signes, les troubles s'amplifient et la situation se transforme en urgence. L'élaboration d'une politique pédagogique du "vivre la maladie" est essentielle. Il ne s'agit pas d'écarter les services d'urgence " traditionnels" sous prétexte que le problème posé relève de la psychiatrie. Lorsqu'il y a trouble de l'ordre public ou urgence médicale, les services compétents pour y répondre demeurent la police, les pompiers et le SAMU. Pour autant l'équipe de secteur ne se décharge pas de ses responsabilités. Elle se pose comme un médiateur entre le signalant, le malade et les intervenants légitimes. L'urgence en psychiatrie est considérée comme la résultante d'un travail non fait : des conditions maximales d'accessibilité aux structures d'accueil permanentes permettent de réduire les situations où la question d'intervenir à domicile se pose* »[7].

[7] M. Pécorari, infirmier. Actes de la journée du 11/10/1997, *op. cit.*

La place de l'urgence dans le système de soin est ici clairement définie comme la résultante d'un travail non fait, la constatation qu'une prévention est possible à condition que soient offertes des « conditions maximales d'accessibilité aux structures d'accueil permanentes ». Si les budgets alloués aux CMP et aux CAC ne leur permettent pas de répondre aux demandes, il n'est pas surprenant que que ces demandes aboutissent de façon croissante dans les Services d'Accueil en Urgence des hôpitaux qui s'en plaignent parce qu'ils ne sont pas adaptés à y faire face et n'en ont pas non plus les moyens. Plusieurs CAC ont fermé à Paris ces dernières années ou ont réduit leurs services, faute de moyens.

> *« La fermeture des Centres d'Accueil et de Crise correspond à des difficultés liées au contexte budgétaire que traverse la psychiatrie publique. Dans le choix de restructuration, leur intérêt n'est pas remis en cause, mais ils s'avèrent être des structures " chères ". La plupart des textes légaux en psychiatrie et les orientations de ces dernières années invitent la psychiatrie à organiser ses interventions au plus proche du tissu communautaire, en réseaux et partenariat incluant la famille du patient et son entourage dans ce processus. La psychiatrie "ouverte" exige de consacrer beaucoup d'énergie à tisser du lien dans les équipes et avec l'environnement médico-social, et ces efforts sont d'autant plus difficiles depuis la survenue des contraintes énormes exercées sur les moyens des secteurs, alors que les demandes de soins sont croissantes. La tendance générale, sauf exception, risque de se replier sur le dispositif hospitalier et faire qu'on tend à ne pas trop investir la communauté de vie du patient. A ce constat un peu inquiétant s'ajoutent les problèmes rencontrés liés à la démographie médicale et l'actualité des questions autour des problèmes de violence dans les institutions psychiatriques.*
>
> *L'infirmier du Centre d'Accueil, même s'il est un maillon au sein d'une équipe, est bien souvent le premier interlocuteur, celui qui accueille le patient. Les infirmiers sont amenés régulièrement à prendre des décisions, en particulier celle d'imposer à un patient réticent de rester dans le centre de crise pour rencontrer le psychiatre, ou au contraire de respecter la démarche d'un individu se présentant spontanément. Cette responsabilisation, cette implication particulière différencie le travail d'accueil en Centre de Crise de celui effectué en service hospitalier.*
>
> *Les portes d'un centre sont ouvertes du matin au soir. L'accueil temps plein est réalisé avec le consentement du patient, même si cela est négocié après plusieurs entretiens quand il s'agit d'un patient angoissé, dissocié, méfiant ou ambivalent. Cet accueil correspond donc à une pratique à risque qui recherche la mise en place d'un lien, d'une affiliation thérapeutique. L'objectif est de conduire le patient à élaborer sa demande d'aide, en rupture avec la médecine classique qui sait ce qui est bon pour lui et décide à sa place.*
>
> *La demande exprimée peut concerner un patient sans que lui-même ne demande de l'aide. Cette demande peut être celle de l'un des proches ou venir du système social. Elle doit être entendue comme telle et prise en compte. L'entourage familial est reçu, avec l'accord du patient et en sa présence. L'objectif est de créer une alliance thérapeutique permettant d'utiliser les ressources propres de la famille ou du système social qui sollicite.*
>
> *Un exemple clinique permet d'illustrer la particularité de l'accueil en CAC :*

- Mr D. est un jeune homme connu présentant une schizophrénie paranoïde, en rupture de soins. Il se présente de lui-même sur le Centre et demande un entretien infirmier, pendant lequel il verbalise un délire. Les infirmières lui proposent de rencontrer un médecin, ce qu'il refuse. Après évaluation de la situation, il ne lui est pas imposé d'entretien médical, mais on lui propose un autre accueil infirmier le lendemain. Le patient revient effectivement le lendemain et demande à voir le psychiatre de garde, qui lui propose alors une hospitalisation sur l'hôpital (les antécédents répétés de fugues du CAC font préférer l'hospitalisation sur l'intra) ce qu'il refuse, mais il accepte de venir quotidiennement prendre son traitement sur le CAC. Quelques jours après, il réclame un accueil à temps partiel, lui permettant de rester dans la structure du matin au soir. Au bout d'une semaine de cette prise en charge, les troubles délirants s'amendent progressivement. La semaine écoulée montre que ses difficultés sont gérables en accueil temps partiel. L'histoire de Mr D. montre l'importance de l'accueil infirmier initial. Ici, l'absence de troubles du comportement majeurs ou de dangerosité laissent la possibilité aux infirmiers de travailler le lien avec le patient plutôt que de le contraindre à rencontrer le psychiatre du centre, et ce malgré l'importance du délire.

L'hospitalisation classique laisse souvent des "traces" dans le psychisme, où le "refoulement" de l'épisode est souvent associé à la violence du contexte de soins. Le but du travail en Centre d'Accueil permet parfois d'éviter au maximum une première hospitalisation. Les admissions se font ultérieurement d'autant plus facilement que la relation établie avec le patient s'est installée sur la confiance. Un des intérêts, et ce n'est pas le moindre, est d'avoir transformé la question de l'urgence qui se pose à tout service de psychiatrie en question d'accueil. Un autre aspect est la transformation de ce qui se joue dans la relation avec le patient dans le but d'installer une confiance et de sortir de l'objectivation médicale.

Les CAC n'apportent pas seulement des lits mais une pratique plus communautaire centrée sur l'accueil de la souffrance psychique dans son environnement, avec toutes ses composantes »[8].

La question de l'intervention en urgence au domicile suscite, parmi les équipes de secteur, des réflexions diverses. « *Face à des situations apparaissant identiques et à moyens équivalents, les réponses de ces équipes peuvent être diamétralement opposées* », disent Philippe Goudal et Jean-Luc Marcel, praticiens hospitaliers travaillant en CAC à Aubervilliers et à Paris. Ils ont développé, dans leur intervention dont nous reproduisons ci-dessous des extraits avec leur autorisation, les nombreuses questions que pose à la psychiatrie la demande d'intervention en urgence à domicile, et nous choisissons de leur laisser la parole[9] :

> *« Refuser de façon systématique l'intervention à domicile en urgence ou la réaliser systématiquement sont deux positions extrêmes et paradoxales, écartées de la réalité des pratiques de terrain. On ne peut pas, de fait, rester insensible à l'extraordinaire demande des familles et des patients, à un moment où la psychiatrie tente de modifier les représentations de la maladie mentale en*

[8] Extrait de l'intervention des Drs P. Bantman et M. Esvan, « De la psychiatrie de secteur à une psychiatrie de proximité », congrès de l'information psychiatrique, Vannes, sept. 2000 (avec leur autorisation). http://www.serpsy.org/cac/secteur_proximite.html

[9] Ph. Goudal et J.L. Marcel, « La demande d'intervention en urgence à domicile : Quelles réponses du secteur de psychiatrie ». Actes de la journée du 11/10/1997, *op. cit.*

oeuvrant pour plus de communications et d'informations auprès de ces mêmes familles. N'y aurait-il pas une certaine contradiction à vouloir davantage impliquer l'environnement familial et social des patients dans leurs prises en charge et notre inaccessibilité à leurs demandes pressantes ? Dès lors une question se pose : quelles craintes, quels dangers, quelles menaces envahissent les équipes de secteur face à une demande d'intervention à domicile en urgence ?

La scène de l'intervention à domicile en urgence se déroule avec ses contradictions, ses dangers, ses incertitudes et des limites souvent imprécises. En effet, le domicile est protégé par la loi (art. 184 du code pénal), les libertés individuelles également. Par ailleurs, laisser un individu en danger sans lui porter secours est répréhensible. Le code pénal dans son article 63 sur la non-assistance à personne en danger le sanctionne ; le code de déontologie par son article 4, insiste sur l'obligation de porter assistance. Cependant, le médecin se doit aussi de respecter la volonté du malade (art. 7 du code de déontologie) ; mais la loi du 27 juin 1990 régissant les hospitalisations sous contraintes, autorise en cas de danger ou de "péril imminent" à contourner cet article.

C'est donc dans une mer particulièrement agitée que doivent naviguer les équipes de psychiatrie de terrain, louvoyant entre les écueils législatifs, au risque de perdre leur lucidité et la qualité de leur compétence clinique. Alors faut-il se rendre en urgence au domicile des patients ? Cela nécessite des moyens en personnel, en infrastructure : un plateau technique approprié. Peu de secteurs en ont la possibilité actuellement. Les centres d'accueil, qu'ils soient dans la cité ou à l'hôpital général, avec quelques lits de court séjour, représentent un outil adapté à cette pratique. Mais ce sont des structures encore trop peu nombreuses. Pourtant leur permanence 24 h/24, la disponibilité, la souplesse de leur fonctionnement pourraient favoriser et justifier la mise en place de ces interventions qui reposent sur une stratégie précise qui comprend trois étapes distinctes : L'estimation de la situation d'urgence, la décision d'intervention et l'intervention proprement dite.

a) L'estimation de la situation d'urgence : l'étape la plus difficile

Elle débute par l'appel. Véritable cri d'urgence, il fixe dans l'instant une douleur morale, une souffrance, une envie suicidaire. La première étape est d'entendre ce cri et de le constituer en demande. Parfois significatives, mais toujours déterminantes, les modalités de l'appel conditionnent l'évolution des situations d'urgence psychiatrique. Les demandes d'intervention qui convergent vers une unité d'accueil sont empreintes d'angoisse et de confusion. Parfois s'y ajoute la pression exercée par le couple malade - entourage.

L'angoisse est celle du malade et de son entourage immédiat. Elle signe le caractère insoutenable d'une situation où règne l'incommunicabilité. Elle est aussi celle du signalant, qui, par ses rapports alarmistes, tente de convaincre son interlocuteur de l'intensité des troubles et de l'extrême nécessité d'intervenir dans les brefs délais. Au détriment de la tolérance, il privilégie souvent le passage à l'acte.

La confusion exprime l'ambivalence des intervenants ainsi que les mécanismes paradoxaux de leurs demandes. Il est exigé à la fois une intervention avec estimation par une équipe spécialisée et une sanction thérapeutique sous la forme d'une action passage à l'acte.

L'angoisse et la confusion rendent l'évaluation de la situation d'urgence particulièrement complexe et difficile ; il en découle dans le cadre d'un signalement une insistance pour convaincre et une pression pour une action immédiate, peu compatibles avec le compromis.

L'origine de l'appel joue aussi un rôle prépondérant. Trois cas de figures peuvent se présenter :
L'appel émane du patient lui-même :
La situation d'urgence au cours de laquelle l'appel émane du patient en personne est idéale. Il s'agit, la plupart du temps, d'un patient suivi sur le secteur et connu de l'unité d'accueil. L'appréciation de sa demande ne subit pas de déviation interprétative par un tiers. Il existe cependant des situations plus difficiles au cours desquelles se pose le problème de la latence d'une demande, d'une dépendance agie ou le risque d'une recherche de régression sécurisante. Par ailleurs, le patient peut chercher à induire une conduite d'opposition avec celle de son entourage familial.

L'appel est effectué par l'entourage du patient :
La situation est alors complexe, parfois contradictoire. Elle débute par un signalement avec une demande indirecte. L'entourage peut appeler spontanément et directement, mais également sous la pression du voisinage, d'un ami ou d'une assistante sociale.

Le patient est quelquefois averti de l'appel et de la demande effectuée ; cette démarche est alors facilitée par la reconnaissance mutuelle d'une relation insupportable. Cependant, dans la plupart des cas, le patient est tenu à l'écart de la demande ; à l'extrême, elle est faite "contre lui", soit par crainte diffuse d'une réaction violente, soit par la recherche active d'une sanction : rejet - internement. Dans de telles circonstances, l'appel peut revêtir deux aspects : soit le signalant dénie toute capacité du malade à effectuer lui même la demande ; soit il refuse la réflexion, la mise en cause personnelle. Il ne reconnaît pas, finalement, que cette demande peut-être aussi la sienne.

l'appel est effectué par un médecin généraliste, le plus souvent déjà sur place :
La situation est plus facile, l'analyse médicale en partie faite. L'urgence est évaluée et maîtrisée tout au moins dans l'immédiat. Il s'agit parfois d'une demande d'aide concrète, ou d'une intervention différée.

La pratique quotidienne sur le terrain confirme que l'évaluation du caractère urgent d'une souffrance psychique s'effectue à travers l'appel. Il doit permettre l'analyse rapide et précise de cet état de détresse aiguë, de confirmer son caractère urgent, et de prendre la décision d'intervention. Cependant cette appréciation est en pratique très difficile et aléatoire.

b) La décision de l'intervention à domicile :

La décision d'intervention au domicile par l'équipe soignante n'intervient qu'après évaluation de la réalité de l'urgence et de l'authenticité de la demande d'aide faite par le patient et/ou son entourage. Les motivations du demandeur, leurs origines, font également l'objet d'une réflexion préalable. Il faut préciser que cette intervention ne se substitue en aucun cas à celles des médiateurs officiels : police, pompiers, SAMU, dans certaines circonstances particulières (violence, tentative de suicide). Les propositions de réponses à l'urgence au domicile du patient dépendent de plusieurs facteurs : l'implication du signalant, l'existence ou non de prise en charge antérieure du patient par l'équipe de secteur, la demande du patient, la présence de l'entourage sur place, la participation active du médecin généraliste…

c) L'intervention proprement dite et les réponses thérapeutiques :

L'intervention à domicile est effectuée nécessairement par un psychiatre et au moins un infirmier. Sur place, il s'agit de pouvoir distinguer alors l'urgence médico-psychiatrique de l'urgence psychosociale ou crise de demande.

Les urgences médico-psychiatriques nécessitent une estimation immédiate. Le diagnostic repose sur une analyse clinique et doit permettre d'aboutir à une intervention rapidement résolutive. L'hospitalisation est la réponse la plus appropriée et la plus protectrice. Le recours à une mesure de placement, selon la loi du 27 juin 1990, est parfois nécessaire.

Les urgences psychosociales découlent d'une perturbation du milieu rationnel de l'individu L'évaluation de ce dysfonctionnement est complexe. Elle s'articule autour de critères psychiatriques et cliniques traditionnels, auxquels s'ajoutent les participations respectives du malade et de son entourage. La situation de détresse psychosociale repose sur une demande de soin foncièrement ambivalente. Le patient et son entourage font appel pour solliciter le soulagement d'un état symptomatique angoissant, mais qui est devenu le porteur d'affects et de conflits centraux de leur projet de vie. Ils pressentent donc confusément que la suppression pure et simple du symptôme risquerait de mettre en échec leur désir de changement. Le patient et son groupe se trouvent dans une impasse et n'ont plus à eux seuls les moyens de trouver d'autres solutions à leurs conflits. C'est précisément pour cette raison que leur appel à l'aide est aussi une possibilité d'ouverture et d'interaction avec l'équipe soignante, grâce à laquelle les forces évolutives pourraient être remises en mouvement.

La médiation des intervenants concourt dans l'immédiat à un triple but :
- une restitution de la communication verbale par un étayage et un accompagnement intensif,
- une revalorisation narcissique par une approche psychothérapique de soutien,
- la dissolution des tensions.

Une unité d'accueil et de crise offre les conditions de ce type de prise en charge. Elle permet par la souplesse de son organisation une évolution favorable et maturative de la crise. Ainsi l'existence de quelques lits d'accueil, la possibilité d'organiser des visites à domicile, sont autant de réponses

structurées et opérantes à une situation de crise, abordée à l'occasion d'une intervention en urgence. Il peut arriver, néanmoins, que la conjonction d'un refus formel de soins du patient et du débordement de l'institution familiale et sociale, amène l'équipe intervenante à prendre la décision d'une autre orientation (hospitalisation, mesure de placement).

Parmi les différentes fonctions dévolues aux équipes de santé mentale, l'intervention à domicile en urgence devrait occuper une place à part dans l'arsenal thérapeutique de secteur. En effet, sans méconnaître sa difficulté, elle représente un outil très pertinent qui peut s'intégrer aussi dans le dispositif sectoriel de soin. Véritable consultation spécialisée à domicile, elle permet dans le cadre de l'urgence, d'affronter des situations complexes, de les analyser et d'éviter ainsi des orientations brutales et des décisions d'hospitalisation pas toujours souhaitables ni bénéfiques. Cette démarche, peu habituelle au domicile du patient, ne semble pouvoir être envisagée que si elle s'intègre dans un dispositif d'accueil des urgences 24 h/24 (uni ou plurisectoriel, dans la cité ou à l'hôpital général).

Dans ces conditions, on peut constater que cette demande reste rare. L'intervention à domicile en urgence reste malgré tout un acte difficile à codifier et à définir. Le vide juridique actuel entretient volontiers des doutes, des craintes et un certain flou dans la pratique quotidienne de la psychiatrie de terrain.

Peut-on un instant imaginer, par la création des SAU, un éclaircissement, une meilleure définition de cette pratique ? Peut-on un instant imaginer le développement des interventions à domicile en urgence, au moment où une gestion toujours plus contraignante fragilise tout projet de secteur au profit d'un repli frileux hospitalo-centrique ? Ces inquiétantes questions, relayées par l'imprécision des textes, et entretenues par leur inadaptation, confortent la regrettable ambivalence selon laquelle "les équipes qui se déplacent à domicile n'ont pas forcément raison, et celles qui refusent ce type d'intervention n'ont pas forcément tort".

2. LES VISITES A DOMICILE DE SOS PSYCHIATRIE et URGENCES PSYCHIATRIE[10]

Ces deux associations peuvent être appelées au téléphone pour une visite payante au domicile des patients (à Paris et en proche banlieue uniquement).

SOS Psychiatrie est issu de SOS Médecins et rassemble 12 à 15 médecins psychiatres qui assurent chaque jour une garde à tour de rôle, entre 7 h et minuit. Un standard reçoit les appels (au 01 47 07 24 24) et les répercute au psychiatre de garde qui décide ou non d'une visite. Les visites sont payantes mais pas les conseils donnés par téléphone.

[10] Informations recueillies lors d'entretiens avec des membres de SOS Psychiatrie et Urgences Psychiatrie.

Ce sont des médecins libéraux, qui se sentent libres d'agir à leur guise, sans objectif de résultats. Toute demande reçoit une réponse, même s'il n'y a pas de visite. Cela peut être des conseils, une ouverture, ou bien la demande est différée… Une demande de conseil peut déboucher sur une visite lorsque le psychiatre estime que les personnes ont quelque chose à dire d'authentique. Ce sont aussi parfois des demandes revendicatives de visite, que le psychiatre peut alors refuser. Ce peut être quelqu'un qui se sent seul et qui demande un entretien. Le patient, dépressif ou anxieux, en sort apaisé. Le psychiatre peut remettre une ordonnance ou suggérer une hospitalisation différée. Il n'y a pas de suivi à domicile et si certaines personnes le souhaitent, une suite des soins est possible en dehors de l'urgence, sur rendez-vous au cabinet privé du psychiatre.

Urgences Psychiatrie (UP, 01 40 47 04 47) propose une écoute téléphonique 24 h/24, qui est estimée suffisante dans 80% des cas. Ce travail s'appuie sur une équipe d'une trentaine de psychologues stagiaires (en licence, maîtrise ou DESS) formés sur place et encadrés. Par équipe de deux, ils assurent cette écoute 7 jours/7. Il leur est demandé d'effectuer, non une simple écoute, mais des entretiens cliniques : ils évaluent la situation par téléphone, apportent les premiers éléments de réponse et une orientation, rassurent et, si nécessaire, transmettent les informations à l'un des 5 psychiatres de garde qui va assurer le suivi. Ce dernier rappellera le patient ou la famille pour un éventuel rendez-vous à leur domicile ou au local, pour une évaluation clinique, un diagnostic, une thérapie ou des soins ambulatoires. Le dialogue avec UP permet une évaluation ajustée des problèmes et souvent une prévention.

Depuis 2003, UP propose en outre des consultations dans ses locaux, toujours réservées à des situations d'urgence (donc sans suivi), pour servir de relais avec un médecin traitant, et en raison des difficultés croissantes de prise de rendez-vous avec un psychiatre en ville ou à l'hôpital. Ces consultations ont lieu avec un délai moyen d'une demi-journée à 3 jours. Elles s'adressent à des patients consentants et non violents, souffrant de pathologies dont l'évolution nécessite un travail de prévention, afin d'éviter une aggravation ou une hospitalisation immédiate, éviter l'engrenage hospitalier, accueillir et permettre l'expression des souffrances, y répondre rapidement et éviter qu'elles ne s'aggravent, prendre en charge certaines pathologies qui demandent une réponse immédiate (TS), préparer les proches à une hospitalisation si nécessaire, garantir le suivi de la famille.

Objectifs

Les objectifs que se donnent SOS Psychiatrie et Urgences Psychiatrie peuvent se résumer ainsi :

- ✓ diminuer le traumatisme des hospitalisations hâtives (faites par la police, par ex.),
- ✓ diminuer la spirale des 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 c'est possible et souhaitable.
- ✓ Encourager le lien entre les familles, l'entourage 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.

La demande

Les appels reçus dans ces deux associations sont de 2 sortes :

- des demandes d'informations ou de conseils pratiques, sur un changement éventuel de traitement, à propos de symptômes apparus ; des demandes d'une écoute d'un psy, pour un contact/relais avant le prochain rendez-vous prévu avec le psy habituel : on teste ce qu'on pourra dire à la prochaine séance, auprès d'une personne invisible, donc dans un contact moins risqué (vous croyez que je peux dire ça ?)…. Les patients appellent parfois pour compléter une séance intéressante. A SOS Psychiatrie, la consigne est d'éviter autant que possible toute amorce de travail thérapeutique ou tout contact relationnel par téléphone : les appelants sont orientés vers leur médecin traitant. La majeure partie d'entre eux ont déjà eu des contacts en psychiatrie de ville, à l'hôpital ou en dispensaire. Ils ont pour la plupart déjà été hospitalisés ou sont en psychothérapie.

- des demandes de visite à domicile, de la part du patient ou de son entourage, souvent en vue d'une hospitalisation. Il s'agit de situations de crise et d'urgence, par exemple au début d'un processus morbide, d'une crise intra familiale ou face à des cas lourds pour lesquels un regard spécialisé est nécessaire.

Il y a également les demandes de prescription, de la part des patients qui ne veulent pas attendre aux urgences. A SOS Psychiatrie, ils représentent 10 % des appels et le psychiatre se déplace s'ils insistent.

Public, pathologies

La clientèle a le profil type de celle qu'on peut voir dans les structures de soins. Elle concerne toutes les classes sociales, tous les âges et toutes les conditions. Les appels étant anonymes, il n'existe pas de statistiques sur ce point. Pour la plupart, les personnes qui appellent sont un public sensibilisé à la psychiatrie ; elles connaissent bien les circuits et sont très informées. Les familles connaissent la procédure d'HDT qu'elles ont souvent déjà utilisée. La même demande s'exprime partout, variant selon que l'entourage est plus ou moins contenant ou informable. L'évolution de cette demande laisse apparaître combien le rôle et le métier du psychiatre tendent à se démythifier : il est devenu pour les patients un médecin à part entière et non plus un personnage craint parce qu'il pourrait mettre à jour l'inavouable. Le public le reconnaît, lui pose des questions, surévalue parfois les problèmes (ceux d'un enfant en échec scolaire, par exemple).

Les appelants peuvent être des personnes qui ont des difficultés à demander une autre forme d'aide (en CMP, médecine de ville ou dans les services d'urgences hospitalières), ou qui souhaitent préalablement un avis ou conseil. Les pathologies rencontrées vont de la dépression à des délires aigus. Dans le registre de la névrose, le patient appelle en général de lui-même, alors que dans celui de la psychose, c'est plus fréquemment l'entourage, pour signaler une pathologie aiguë, demander une réponse psychiatrique qui pourra être une intervention à domicile et même déboucher sur une hospitalisation, parfois forcée (HDT). L'appel peut venir de la famille d'une personne qui est momentanément très agitée, mais pourra retrouver ses repères le lendemain. Dans ce cas, l'objectif est d'éviter l'hospitalisation et de prendre contact avec le médecin traitant qui prendra le relais.

L'augmentation du nombre de jeunes et d'adolescents est sensible ces dernières années, des 15-25 ans dont la pathologie est une entrée dans la maladie : repli sur soi, désinsertion progressive, rupture scolaire… C'est en général l'entourage qui s'en rend compte et appelle. Le jeune refuse le plus souvent les soins et le psychiatre doit parfois savoir s'imposer et décider l'hospitalisation à son insu. Ainsi nous est-il cité le cas d'un étudiant de 19 ans qui a des bouffées délirantes depuis 2-3 mois, plus un problème de drogues - du haschich et de la cocaïne. Il entre dans un processus morbide et violent et la famille alerte. Quand l'entretien tourne court, il faut parfois faire venir la police pour répondre à la demande de l'entourage qui n'en peut plus.

A l'origine des appels à UP, l'isolement vient majoritairement. Même si l'objectif est d'offrir une écoute ponctuelle, certaines personnes appellent plusieurs fois par jour, surtout des psychotiques et des pervers (pour avoir une femme au bout du fil). Parmi les populations rencontrées se trouvent aussi des personnes très dépendantes, handicapées, parfois par l'âge. La visite peut être demandée par un parent de province qui passe et souhaite une hospitalisation qui se fera alors pour des raisons médico-sociales : par exemple une dame âgée qui commence à délirer et ne peut plus rester seule. Le psychiatre peut se charger de contacter l'A.S. de la CAF pour obtenir une aide à domicile.

Même si certains patients sont en grande précarité et que cela demande un travail psychiatrique adapté, ce n'est, le plus souvent, pas la précarité mais l'autonomie qui pose problème. Mais n'appellent UP et SOS Psychiatrie que ceux qui ont une adresse et peuvent payer la consultation à domicile, ce qui exclut les SDF.

Une montée des pathologies sociales induites est constatée actuellement : harcèlements au travail, violence professionnelle... Les psychiatres estiment que les gens sont maltraités au travail, que les pathologies sont induites par le fonctionnement et la politique des entreprises qui repèrent les personnes fragiles et les menacent directement pour s'en débarrasser et épurer les effectifs. Il y a également une montée d'appels de personnes manipulées par des sectes. En réponse à ces maltraitances, les gens cherchent à qui se confier et s'adresser. Enfin sont également signalés parmi les causes d'appels de nombreux appels à la suite d'agressions (viols, vols, …).

Cadre, pratique, stratégies d'interventions

Quand l'évaluation le permet, un traitement ambulatoire est mis en place, perçu, ici aussi, comme un épuisement des recours aux structures psychiatriques habituelles. Lorsque la famille est présente, il est plus facile de ne pas hospitaliser et de mettre en place d'autres moyens de prise en charge.

La pratique des psychiatres, avec l'expérience, les amène à affiner la valeur prédictive du diagnostic, à partir de repérages sémiologiques, afin de permettre une meilleure prise en charge de la situation à venir et prévenir l'émergence éventuelle de pathologies. Ils tendent à éviter les cas dangereux et très pathologiques, les crises aiguës ingérables. Les réponses possibles sont alors de différer, dire de rappeler le lendemain, d'appeler la police, les pompiers, l'autre association… qui en fait autant. Un filtre est effectué, mais toujours avec une réponse constructive. A SOS Psychiatrie, 80 % des demandes débouchent sur une visite.

Le relais est parfois passé à des associations spécialisées, quand elles existent (femmes battues, par exemple). Les écoutants disposent d'un réseau d'adresses à donner aux appelants selon la demande.

Quand il y a un problème d'alcool, l'intervention ne se fera que s'il est décelé une pathologie sous-jacente. Même l'écoute téléphonique sera refusée si la consommation d'alcool est seule cause de l'appel. Les cas d'ivresse et les demandes faites par l'entourage des personnes alcooliques sont évités parce qu'en général, il y a là de la violence et des conflits. Il s'agit le plus souvent de personnes qui ont déjà appelé de nombreuses fois la police qui n'a pu que constater la situation. La famille de l'alcoolique appelle pour une hospitalisation, mais l'hôpital les connaît et les rejette. Ce sont des cas chroniques, compliqués, désespérants, nous est-il dit. L'alcool est un problème qui touche tous les âges, alors que la drogue touche davantage les jeunes. Ce n'est jamais seulement un problème d'alcool ou de drogue, mais l'addiction révèle une pathologie. L'intervention n'a lieu qu'en cas de risque vital, quand « ils ne redescendent plus ».

Une visite sur trois concerne une hospitalisation, le plus souvent à la demande de l'entourage et avec une part de culpabilité, surtout quand la demande se fait sans le consentement du patient ou à son insu. C'est souvent pour une rechute, une rupture de soins ou de traitements. Le patient devient inadapté, impossible à supporter par son entourage. Deux fois sur trois, la demande d'hospitalisation est estimée justifiée. Quand c'est la première demande de ce genre, l'entourage pose beaucoup de questions, a besoin d'être rassuré, conforté, conseillé. Il s'exprime souvent beaucoup de peur du monde psychiatrique et un déni de la nécessité de l'hospitalisation. Le travail du psychiatre sera là de montrer que si rien n'est fait à ce moment-là, une plus forte culpabilité peut alors être vécue par la suite pour n'avoir pas agi à temps, et qu'il faut protéger la personne des risques auto ou hétéro-agressifs. Cette décision médicale semble être le plus souvent la seule solution pour résoudre un certain nombre de situations où l'état du patient risque de s'aggraver. Pourtant, la question éthique de l'hospitalisation sous contrainte demeure, même si les personnes vont mieux après quelques jours de traitements. C'est une des fonctions majeures de ces deux associations, qui semblent être toutes deux un élément incontournable, un maillon indispensable dans le dispositif de soins. Les médecins généralistes et les hôpitaux eux-mêmes conseillent aux familles de les appeler quand elles se trouvent face à des états morbides qui risquent de devenir perturbants.

Il semble que c'est l'absence de possibilité d'un suivi qui engendre ces moments d'urgence. Si la sectorisation a mis en place un réseau serré de dispensaires, il faut aujourd'hui 15 jours à un mois, pour obtenir un rendez-vous en CMP, à cause du manque de places et de postes. Le psychiatre de SOS Psychiatrie rencontré estime que cela révèle la désaffection des pouvoirs publics en matière de psychiatrie, la mission publique n'étant plus ici assurée. En dehors des CAC présentés plus haut, les dispensaires ne s'occupent pas des hospitalisations mais envoient leurs patients au CPOA. Dans les cas où le patient ne veut pas d'hospitalisation, le recours à SOS Psychiatrie ou Urgences Psychiatrie semble être la seule issue pour son entourage.

Un bon nombre d'appels permettent de désamorcer une situation, de résoudre une crise, de rassurer les personnes, par exemple celles qui se demandent s'il s'agit de folie ou de maladie. Les délires et les hallucinations sont très angoissants pour la famille. Les visites permettent des soins sur place, la prescription de sédatifs (de Valium si c'est nécessaire, par exemple pour quelqu'un qui ne dort pas).

Statistiques d'UP en 2003

- Le **nombre d'appels** est en constante augmentation, passant de 6 183 par an en 1997 à 10 494 actuellement, avec une recrudescence au printemps et en décembre. Sur les 2 lignes confondues d'UP et de SOS Dépression[11], il arrive de 20 000 à 30 000 appels par an, soit 43 appels par jour en moyenne (dont 28 pour UP, soit 19% de plus qu'en 2002).
- 15% des appels sont une demande d'intervention (5% de moins qu'en 2002).
- 1326 appels sont des **demandes de visites à domicile** (VAD), soit 4 par jour dont la moitié sont réellement effectuées : 609 VAD effectuées en 2003, 569 en 2002 (20% de moins), avec un pic en avril-mai et sept-oct-nov. 30% des annulations de VAD se font pour changement d'avis du demandeur, 23% par décision d'UP.

L'augmentation particulièrement forte d'**actes effectués** en 2003 (35% de plus qu'en 2002) s'explique en partie par la mise en place des consultations psychiatriques en urgence (les CUP, dans les locaux d'UP). 158 CUP en 2003, soit 13 par mois en moyenne. Quelques exemples de consultations psychiatriques en urgence :
- appel d'une femme âgée qui se sent persécutée par ses voisins, s'isole et s'enferme : la consultation va l'amener à accepter un suivi par son généraliste ;
- appel d'une femme qui boit et n'ose avouer à personne de son entourage, pas même son médecin, son alcoolisme ;
- une personne s'enfonce dans une dépression qu'elle ne s'explique pas : la consultation l'orientera vers un suivi par un psychiatre de ville.

Délais d'intervention en 2002 :

Moins de 2 h :	13%	10-15 h :	4%
2-5 h :	17%	+ d'une journée :	12%
5-10 h :	8%	nsp :	47%

En 2002, **mesures prises** par les psychiatres (plusieurs possibles) :

Hospitalisation :	45%		
Ecoute/conseil :	23%	Traitement administré :	11%
Ordonnance :	9%	Non communiqué :	20%

Un tableau présente la façon dont est gérée l'urgence :

* Si risque vital -> SAMU
  Si TS -> centre anti-poison & Pompiers
  Si Violence -> police
* pas de risque vital : -> évaluer les possibilités de déplacement du patient :
  - si oui : -> évaluation si violence & agitation
    . si agitation : CPOA ou CAC, …
    . pas d'agitation :
      pas ok pour payer consultation -> CPOA, CAC
      ok pour payer -> CUP
  - déplacement impossible -> psychiatre ou psychologue en VAD, si zone ok.

[11] SOS Dépression, faisant partie des numéros d'écoute, sera présenté plus bas.

Si hors zone : ERIC, SOS médecins

* Si pas d'urgence, évaluation de la demande : exploration, hypothèse, bilan. Puis évaluation de la nécessité d'une orientation psy ou non.

Quelques exemples d'appels

- Les voisins de Madame X demandent d'intervenir car le fils psychotique de cette dernière la poursuit pour la violer.
- Un jeune homme demande de l'aide car il manifeste tous les effets secondaires des neuroleptiques qu'il ne prenait plus. Après enquête, on s'aperçoit que sa mère avait un peu forcé sur la dose d'Haldol qu'elle lui administrait dans son yaourt du soir.
- Tel autre appelle pour interner la voisine qui lui envoie des ondes négatives par les tuyaux du chauffage.
- Telle famille demande l'intervention d'un psychiatre de toute urgence car leur employée hurle des cantiques dans l'arrière cuisine depuis 4 heures du matin...

Le choix d'intervenir au domicile

Les exemples un peu caricaturaux cités plus haut ont en commun une demande d'intervention rapide souhaitée par des personnes en détresse. Ici aussi, comme l'exprimaient plus haut les psychiatres travaillant en CAC, le choix d'intervenir ou non est un phénomène complexe, qui peut varier selon les références théoriques des psychiatres :

> « *ceux qui considèrent que le symptôme prend sa source dans la génétique, la biologie et éventuellement les événements de vie, auront tendance à répondre au plus vite et au plus près du symptôme. Ceux-là se déplacent volontiers et imaginent la psychiatrie organisée sous forme de prise en charge de l'urgence. Pour eux, le symptôme est la maladie, plus vite on la fait disparaître, plus on est efficace, donc curatif. Les autres considèrent qu'il y a un lien entre le symptôme, l'histoire du sujet et les traumatismes parfois minimes qui ont jalonné son parcours. Ceux-là n'ont que faire du symptôme qu'ils jugent quantité négligeable et à l'extrême, ils attendent que le patient soit en état de faire des liens entre son histoire et son symptôme avant de le recevoir. Les uns sont interventionnistes, adeptes du passage à l'acte. Les autres sont attentistes, adeptes de la demande différée. La question n'est pas de choisir entre interventionnisme et attentisme, mais de composer entre intervention immédiate pour "faire quelque chose à tout prix", évaluation et élaboration d'une demande surdéterminée. Au sein de l'urgence psychiatrique, il y a intrication entre les champs médical, social et psychiatrique. Au sein même du champ psychiatrique, il y a un télescopage de plusieurs temps réduisant une causalité linéaire en un phénomène complexe* » [12].

Ici aussi, les différents articles du code pénal concernant la violation de domicile, les séquestrations illégales, la violation du secret professionnel et l'abstention délictueuse d'intervention constituent un imbroglio qui ne simplifie pas les décisions.

> « *C'est quand les certitudes vacillent et que le doute envahit le psychiatre qui intervient dans l'urgence, qu'il commence à effectuer du bon travail en s'opposant au*

[12] Extrait de l'intervention de Dr Catherine Weisbrot (SOS Psychiatrie) à la journée du 11/10/1997, *op. cit.*

raisonnement simplificateur et rigidifié par l'angoisse de ceux qui lui demandent de l'aide. Une intervention est parfois nécessaire, mais elle aura des conséquences sur les soins au long cours mis en place, et les psychiatres appelés en urgence ne sont pas, le plus souvent, les mieux placés pour l'effectuer, ne connaissant pas du tout le malade. L'expérience montre que quand la relation est mal engagée, les conséquences sur les soins ultérieurs sont lourdes et favorisent la répétition des mêmes symptômes et sont donc facteurs de chronicité. La visite du psychiatre chez quelqu'un qui ne l'a pas demandé, dans le cas d'un appel de la famille, est toujours une intrusion traumatique. Le traumatisme est alors traité par un autre traumatisme. Mais dans certain cas, au contraire, le risque est grand de mettre en place une relation transférentielle trop intense surtout quand il n'y a pas de support logistique suffisant. Que dire d'une intervention rapide s'il n'y a pas de lit pour accueillir le patient ou une longue attente avant consultation. Avant de mettre en place un service d'urgence à domicile, il faut que l'accueil des patients soit effectué avec toute la sécurité et l'efficacité nécessaires. Or, en ces périodes de "vaches maigres", il serait préférable de privilégier l'accueil pour éviter l'urgence. Avant d'intervenir ou pour éviter l'intervention urgente, la constitution d'un réseau servira de filet de protection. Il peut se faire très vite. Un rendez-vous avec la famille, quelques coups de fil suffisent à rassembler des éléments historiques qui déjà reconstruiront l'étiologie des troubles, en attendant que le sujet le fasse lui-même. Cela évite souvent l'intervention à domicile, mais ce travail préliminaire ne doit en rien remplacer le travail psychiatrique. Paradoxalement, la prévention de l'urgence commence par le souci de la qualité des soins au long cours »[13].

Cette conclusion reprend l'idée exprimée plus haut : plus tôt peut se mettre en place un accueil et un suivi, moins on court le risque d'en arriver à une crise et à la situation d'urgence.

3. LES VISITES A DOMICILE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES[14]

Elles sont en principe réservées aux personnes qui ne peuvent pas se déplacer, en général qui ont de la fièvre. Elles concernent rarement la santé mentale, même si l'on intègre les notions de contexte dépressif ou d'anxiété dont les interventions se font plutôt au cabinet du médecin.

En visite à domicile, le médecin de garde peut intervenir pour des diagnostics psychiatriques de gravité variable, des états d'agitation psychomotrice, des épisodes délirants... C'est souvent dans un climat d'urgence, en tout cas ressentie par l'entourage qui appelle. La demande vient moins souvent de l'intéressé lui même.

Les réponses apportées sont variées, personnalisées, se situant plus dans l'intervention ponctuelle que dans le cadre d'un suivi du patient. Le maintien à domicile est toujours préféré, avec éventuellement charge pour la famille ou l'entourage de reprendre contact avec l'équipe psychiatrique qui suit le patient, et éventuellement prise de contact le lendemain avec le médecin généraliste ou le confrère qui le voit habituellement.

[13] id.
[14] intervention du Dr Lecocq, médecin généraliste (94 - Saint Maur), Actes de la journée du 11/10/1997, *op. cit.*

Si la situation est jugée urgente ou dangereuse pour l'intéressé ou son entourage, se pose la question de l'hospitalisation en urgence. Il faut passer alors par le biais du service des urgences d'un hôpital général, et non pas directement par le secteur psychiatrique.

Intervenir ainsi de manière ponctuelle n'est pas satisfaisant, dans ce cadre, pour les médecins généralistes qui reconnaissent que les réponses ne sont souvent pas très adaptées. Connaissant mal le patient, il est difficile d'avoir un entretien à caractère "psychologique". De plus, pendant les périodes de garde, d'autres urgences attendent le médecin généraliste, ce qui ne crée pas non plus un climat favorable à un entretien psychologique.

4. LES CENTRES DE CONSULTATIONS POUR ADOLESCENTS

Les difficultés d'accès aux soins des adolescents constituent aujourd'hui un souci politique de santé publique. L'unique CIAPA (centre interhospitalier d'accueil permanent pour adolescents) de Paris est rue Simplon et couvre le nord de Paris, avec 10 lits de soins. Une écoute y est organisée de 8 à 19 h, sans possibilité de visites à domicile. En cas de violence, les adolescents sont renvoyés vers Ste-Anne. L'ouverture à Cochin d'un centre comparable est annoncée prochainement.

La réflexion présentée ci-dessous, nourrie d'une expérience de travail dans des centres de consultations pour adolescents en région parisienne[15], montre à quel point la prise en charge des adolescents est un domaine bien spécifique, y compris en ce qui concerne la demande d'intervention au domicile en urgence qui soulève, là aussi, des questions particulières :

Les demandes d'intervention en urgence

> « *Si les demandes spécifiques d'intervention au domicile sont plutôt rares, les appels téléphoniques de parents, de substituts parentaux ou de professionnels de la santé pour évoquer une situation jugée critique, sont plus habituels. Ils sont surtout motivés par des troubles du comportement que nous interprétons comme des tentatives de résolution d'une souffrance psychique. Ces situations sont très variables, agitation, violence, prise de toxique, tentative de suicide ou menaces suicidaires, mais aussi troubles des conduites alimentaires, crises névropathiques, fugues. Parfois un intervenant est déjà sur place ou vient d'intervenir sur le lieu de la crise. Ces intervenants sont aussi multiples que le sont les différents lieux de vie possibles d'un adolescent dans la société d'aujourd'hui, de l'assistante sociale à la police en passant par le gardien de l'immeuble.*
>
> *Très souvent se trouve en filigrane de la demande d'intervention (qu'elle soit ou non au domicile) la volonté de faire intervenir une loi qui serait défaillante, une loi qui enfin remettrait un peu d'ordre en posant les limites nécessaires, une loi en réponse à des troubles du comportement mettant en danger le groupe social. Ces demandes ne sont sans doute pas tant le souhait d'un déplacement physique immédiat que d'assurer que*

[15] Dr. Girardon, assistant spécialiste au CMP, Service du Dr Boucier, II° intersecteur du Val de Marne ; Dr. Peyraud, praticien hospitalier CAMPA, Service du Dr Beauroy, IV° intersecteur du Val de Marne. Extrait de leur intervention à la journée du 11/10/1997 (*op. cit.)*, avec l'autorisation des auteurs.

nous sommes garants de quelque chose qui a trait au savoir, à la loi. Néanmoins, avoir été mis dans cette position de garant peut se retourner aussi vite contre nous. Ainsi cette mère, très contrariée par la disparition de sa fille, qui veut porter plainte contre le psychiatre qui la suit car elle accuse ce dernier de l'avoir incitée à fuguer. Par contre, dans le même temps, elle ne souhaite pas aller au commissariat pour signaler la fugue.

Il y a souvent en amont de la consultation, un certain nombre d'intermédiaires déjà impliqués dans la prise en charge des troubles et susceptibles de jalonner un peu le chemin qui pourrait mener vers un parcours thérapeutique. Ce type d'intermédiation dans un travail de crise reste la situation la plus courante, ce d'autant que le jeune n'est pas déjà connu par l'équipe psychiatrique de secteur. Les acteurs admettent tous que cette intermédiation est capitale dans l'approche vers une consultation spécialisée, qu'il y ait urgence pas, et l'expérience empirique le confirme tous les jours.

Le temps passé au téléphone peut parfois suffire à désamorcer les choses. Dans la majorité des cas, une consultation au centre pour adolescents est proposée, accompagné ou non, dans la mesure du possible ou si nécessaire le jour même. De fait, la demande se solde exceptionnellement par une intervention au domicile, qui ne se justifie que dans une situation de non-assistance à personne en danger et réclame en outre une disponibilité et des moyens conséquents. Il nous paraît aussi plus adapté d'intervenir au domicile d'un jeune déjà bien connu et pour lequel il est plus facile d'apprécier le bien fondé d'un tel acte. L'intrusion sur les lieux permet certes de réaliser une collecte d'informations utiles à la compréhension des circonstances d'apparition des troubles. Elle aide à mieux capter l'ambiance environnementale. Mais on s'expose toujours aussi au risque de venir trahir par le regard des secrets que l'adolescent tenait cachés. On connaît en terme économique, les enjeux affectifs de ces secrets dans le cadre d'une relation thérapeutique ; l'habitat de son intimité dévoilée, l'adolescent risque de se sentir traîtreusement mis à nu. De plus, devenir acteur dans une scène familiale, ce que l'entourage tente parfois de nous faire jouer, même par téléphone interposé, compromet le travail de reconstruction que nous avons l'habitude de faire quand nous n'assistons pas aux événements.

Ce travail réclame une neutralité suffisante, celle de ne pas avoir été trop partie prenante aux faits, permettant d'intégrer à l'histoire du sujet une succession d'événements et de passages à l'acte présentés de façon factuelle par les témoins directs, et ainsi de pouvoir y injecter du sens, du symbolique.

Encore une fois, l'intervention ponctuelle d'autres tiers non impliqués dans le possible suivi ultérieur amène une ouverture et de la diversité qui peuvent s'intégrer parfaitement à une approche thérapeutique plurifocale que certains acteurs préconisent dans la prise en charge des adolescents difficiles.

De même, la décision de venir consulter (ou de refuser de le faire) permet à l'adolescent d'exprimer son ambivalence, aux adultes responsables d'engager leur propre désir et ainsi de soutenir le désir du jeune. Une intervention au domicile par l'équipe de secteur engagée dans le soin ne le prive-t-elle pas de ce mode d'expression qui ouvre vers une amorce de relation, ne la court-circuite-t-elle pas ? Les alliances tacites avec l'entourage, induites par une intervention de ce type, risquent également de compromettre une relation de confiance avec l'adolescent.

En revanche, quand nous avons le droit de ne pas intervenir au domicile, il nous appartient bien de tout mettre en œuvre en aval pour que les troubles du comportement en question ne soient plus le mode d'expression privilégié de la souffrance morale car ils risquent alors de s'auto-renforcer dans une escalade dangereuse.

L'adolescence est bien difficile à définir en terme de tranche d'âge, la majorité civile ne fixant bien entendu pas la limite supérieure. Ce qui caractérise peut-être le statut adolescent, contrairement à la plupart des adultes, est que l'adolescent ne s'appartient pas encore complètement. Dans les diverses situations évoquées, il n'est pas envisageable de penser en terme de dualité "soignant-soigné" mais toujours en terme trinitaire "soignant-parents-soigné". Et les frères et sœurs quand il y en a, ainsi que les pairs, sont également à prendre en compte dans la triangulation. Tout ceci a plusieurs conséquences :

Pour qui est l'urgence *tout d'abord ? Dans pratiquement tous les cas, c'est l'entourage immédiat du jeune, ses parents en l'occurrence, qui estime qu'il y a urgence alors que bien souvent d'autres troubles sont apparus bien avant. De même, l'urgence qui nous convoque au chevet de ces jeunes patients entre étrangement en résonance avec les grandes urgences sociales actuelles, la violence, la délinquance, la drogue. Ces urgences médiatisées ne viennent-elles pas faire de l'ombre à l'urgence plus silencieuse qui fait qu'un jour l'adolescent tente de se suicider, se suicide ou fugue, contre toute attente ?*

Ensuite ***sur la notion de domicile à l'adolescence****, l'adolescent n'a-t-il qu'un seul domicile et où est le sien s'il existe vraiment ? On sait que la chambre à coucher par exemple, représente son territoire gardé, par lequel passent tant de conflits de territorialité, de retrouvailles, d'enjeux affectifs. Ce lieu canalise, concentre, fait le nœud du conflit et on peut d'ailleurs se demander si ce domicile n'est pas un endroit privilégié de l'expression de la crise. Dans les entretiens on voit bien à quel point leur espace de vie intime est investi de manière tout à fait spéculaire, leur domicile, c'est une partie d'eux-mêmes. Et puis, il y a des multiples de l'habitat et les déclinaisons de ces multiples. Hors de l'espace privé, l'adolescent envahit tous les espaces publics. Il se structure en habitant ces espaces et peut-être qu'en venant consulter dans un lieu neutre de lui, il apprend à faire de sa parole un domicile, il commence à s'habiter un peu plus.*

En conclusion, ne pas intervenir au domicile en urgence ne semble pas être un obstacle à la prise en charge ultérieure ; bien au contraire, nous pensons que dans la plupart des cas cela est souhaitable, de même qu'il est indispensable que ceux qui se déplacent au domicile aient la possibilité d'articuler leur intervention avec la notre secondairement. Le deuxième point, qui fait écho au premier et qui est sous forme de question posée à nos collègues urgentistes, pourrait se formuler ainsi : à quel moment de leur intervention au domicile estiment-ils nécessaire l'existence d'une équipe pédopsychiatrique de secteur : dans l'idéal avant, dans le devoir après, ou pendant ? La question reste ouverte. »

C. LES NUMEROS D'ÉCOUTE

Dans l'étude du système des urgences en santé mentale, et plus particulièrement de celles qui s'expriment en premier lieu par téléphone, les numéros d'écoute tiennent une place dont il est difficile de mesurer l'impact, certainement un rôle de prévention et de prise en charge d'une part non négligeable de la souffrance psychique. L'impact de cette prise en charge est difficile à évaluer. Les statistiques de ces divers numéros d'écoute, quand elles existent, ne permettent pas de se rendre compte de ce qui émergerait en leur absence.

SOS DÉPRESSION

SOS Dépression a été ouvert dans les mêmes locaux qu'Urgences Psychiatrie pour proposer une ligne d'écoute et des entretiens téléphoniques qui suffisent souvent à rassurer.

L'écoute téléphonique est disponible 7 jours/7, 24 h/24 (au 01 40 47 95 95), par les deux mêmes psychologues stagiaires de garde d'UP. Ces stagiaires sont formés et encadrés par l'équipe d'UP. Ils assurent cette écoute sur deux postes différents des deux postes d'UP, mais disposés côte à côte. Ils conseillent ou orientent éventuellement vers d'autres associations. Là s'expriment davantage des troubles de la personnalité ne relevant pas forcément de la pathologie mentale ou psychiatrique, mais pouvant aussi relever de pathologies schizophrènes par exemple. C'est une réponse plus psychologique que psychiatrique. Il semble que les usagers fassent assez bien la différence entre ces deux lignes.

Depuis peu a démarré ISARD, écoute plus spécialisée dans les problèmes de couples, qui se fait également dans le même lieu, ainsi que la Note bleue, plus dirigée vers les adolescents et leurs troubles alimentaires.

SOS AMITIÉS

L'écoute est assurée exclusivement par des bénévoles formés, 7 jours/7, 24 h/24. Il existe 43 associations S.O.S Amitié réparties sur le territoire métropolitain. Chacune recrute, forme et soutient ses bénévoles. Elle fait fonctionner un ou plusieurs postes d'écoute. Dans chaque poste, une équipe de 30 à 70 bénévoles assure la permanence. Au total, près de 2 000 bénévoles servent 48 postes d'écoute (cinq en région parisienne, dont un poste anglophone). Le premier poste d'écoute a été créé en 1960, le plus récent en 1986. Un service d'écoute web, par courrier électronique est également proposé.

CROIX-ROUGE ÉCOUTE

Au 0 800 858 858, Croix-Rouge Ecoute propose une aide et un soutien psychologique par téléphone, du lundi au vendredi de 10 à 22 h (12 à 18 h le samedi et dimanche). Ce service généraliste - anonyme et gratuit - propose un travail d'accompagnement de toutes formes de détresse : conflits familiaux, états de dépendance, solitudes, violences… Une équipe

pluridisciplinaire de 40 bénévoles formés est à l'écoute de toute personne en difficulté pour entendre, aider à comprendre, dédramatiser une situation conflictuelle, renouer le dialogue, orienter vers une solution, une institution ou un service spécialisé.

Plus de 20 000 appels ont été reçus en 2002 (40% de femmes, 37% d'hommes, 5% de mineurs, 18% d'appels muets). Parmi les motifs d'appels, les problèmes psychiatriques sont en tête, puis les difficultés relationnelles, sexuelles (homosexualité, inceste), la dépression, la solitude, les problèmes de santé, de couple, sociaux, financiers, sentimentaux, d'alcool…

Le nombre d'appels de personnes souffrant de troubles psychiques s'accroît et prédomine, reflétant une réalité sociale aggravée par le chômage, la précarité, l'exclusion, l'isolement. L'entretien peut être poursuivi et approfondi au cours de plusieurs appels. Le nombre de "rappelants" est en hausse constante, témoignant de ce besoin de relations "suivies".

Croix-Rouge Ecoute Détenus : depuis 2000, une ligne d'écoute à destination de la population carcérale a été mise en place progressivement dans certains établissements pénitentiaires.

Il existe aussi les lignes d'écoute suivantes :

Suicide Ecoute, 01 45 39 40 00 : écoute permanente et anonyme, par 70 bénévoles formés et testés. Plus de 15 000 appels par an (des femmes pour plus de la moitié des appels). L'écoute se fait dans un souci du respect des différences, d'une écoute non-directive, aconfessionnelle et apolitique, solidaire, désintéressée et humaine, sans jugement moral sur le suicide, par exemple.

SOS help, en anglais, au 01 46 21 46 46, de 15 à 23 h.

SOS Suicide Phénix : ligne d'écoute permanente au 01 40 44 46 45, et accueil individuel de jeunes sur rendez-vous le samedi après-midi.

SOS Chrétiens à l'écoute : écoute permanente au 01 5 35 55 56.

Vivre son deuil : écoute téléphonique au 01 42 38 08 08.

Fil Santé Jeunes, au 0 800 235 236.

Des services d'écoute et d'accompagnement psychologique payants ou réservés à un public particulier existent également. En voici un exemple : la CFE-CGC réserve à ses adhérents ainsi qu'aux membres de leur famille (conjoint, enfant(s)) un service de soutien psychologique pour tous ceux qui vivent des difficultés d'adaptation au travail, un harcèlement professionnel, de l'anxiété, une dépression ou de l'épuisement professionnel, des problèmes de dépendance (drogues, alcool, médicaments...), des difficultés de communication, des difficultés familiales ou conjugales, de la violence, un deuil, une maladie, ou autres... Ce service est proposé par le biais de la société PSYA, spécialisée dans le soutien psychologique par téléphone et par Internet, qui offre la possibilité de dialoguer en total anonymat avec un psychologue diplômé (DESS). Modalités d'accès : 24 h/24, 7 j/7 sur une ligne téléphonique dédiée ou sur le site Internet www.psya.fr pour une conversation en temps réel et un échange de questions-réponses. Le numéro de téléphone spécifique et les mots de passe du site web ont été

communiqués aux seuls adhérents de la CFE-CGC qui prend financièrement en charge ces servies, ainsi que des consultations, si nécessaire, auprès de psychologues proches du domicile.

La Porte Ouverte propose aux personnes en difficulté un accueil anonyme et gratuit, sans rendez-vous, par des bénévoles formés et supervisés. Une écoute téléphonique est possible également, quand les bénévoles n'ont personne à l'accueil.

D. LE POINT DE VUE DES USAGERS

L'association France-Dépression[16]

La prise en charge en urgence, et particulièrement lorsque celle-ci est vécue pour la toute première fois en psychiatrie, conditionnera par la suite le pronostic, la "compliance" et même la vie du malade. C'est pourquoi la disparité de mise en œuvre de la loi et de l'accès aux soins est un problème majeur : selon que l'on habite tel ou tel arrondissement, telle banlieue, voire telle région, l'expérience qu'on fera de l'accueil en psychiatrie sera aussi différente que la nuit et le jour.

En ce qui concerne les structures, les mesures suivantes sont réclamées par les adhérents de l'association France-Dépression :

- le développement de Centres d'Accueil et de Crise avec la possibilité d'une hospitalisation de courte durée. Ces centres pourraient notamment être utilisés pour instaurer une période d'observation de 48 à 72 heures avant toute hospitalisation sans consentement,

- le développement de structures d'accueil intermédiaires recevant sans rendez-vous ou avec peu d'attente pour "dédramatiser les choses",

- le développement de visites de psychiatres à domicile,

- l'accès à un psychologue remboursé par la Sécurité Sociale,

- le droit de faire un « testament vivant » décrivant le traitement approprié choisi par le patient d'avance en cas d'hospitalisation ; le droit d'avoir son « consentement éclairé » exercé par un représentant que le patient aura désigné lui-même,

- une information claire, loyale et accessible sur le diagnostic et la thérapeutique proposée, les avantages et les risques du traitement, le droit d'obtenir un deuxième, voire un troisième avis médical, la proposition de choix, y compris un choix de thérapies non médicamenteuses. Il s'agirait de proposer plutôt que d'imposer.

Ce sont des mesures qui pourraient aider en amont les personnes en détresse et peut-être éviter les rechutes et des hospitalisations plus longues.

[16] D'après l'intervention de Stéphanie Wooley, Présidente, au Forum *Urgences : voies et difficultés d'accès aux aides et soins en santé mentale*, Paris, Maison des Métallos, 20 mars 2004.

L’association Schizo Oui[17]

L’objectif de cette association est de permettre l’accès aux soins pour les malades.

En cas de crise, lorsque les parents appellent SOS Psychiatrie, ils disent tomber sur une secrétaire désagréable qui leur dit « on vous appellera demain ». Le lendemain, pas de rappel. Les parents rappellent eux-mêmes et obtiennent, dans le meilleur des cas, le passage (onéreux) d’un médecin pour le surlendemain. L’hospitalisation sera très difficile à mettre en place car le malade ne sait pas qu’il délire et refuse les soins. Les ambulances ne veulent pas emmener quelqu’un sous contrainte. La police et les pompiers n’acceptent pas d’intervenir. Les CMP ne font plus d’HDT.

Ces parents insistent sur l’importance d’une prise en charge rapide, avant d’en arriver à une crise grave pendant laquelle les cas de suicides sont nombreux.

La schizophrénie se déclare à partir de 15-16 ans. Il est rare qu’on obtienne un diagnostic : on le déduit soi-même dans la plupart des cas. Elle concerne 1% de la population mondiale, soit 600 000 personnes en France, parmi lesquelles il se produit 4 fois ½ plus de suicides que dans la population générale (20% de suicides chez les personnes schizophrènes). La prison est une autre alternative : 1/3 de la population carcérale sont des malades mentaux, 14% des schizophrènes. Par sa prévalence, cette pathologie est classée 9ème en France, après la dépression et l’alcoolisme.

Les neuroleptiques et un traitement approprié, à initier pendant une hospitalisation, permettent de diminuer le risque de crises. Mais ces traitements ont des effets secondaires désagréables qui les rendent difficiles à accepter (tremblements, impuissance…). Obtenir des soins appropriés demande aux parents des mois d’efforts pour dépasser la masse des réponses négatives qui leur sont faites.

Les CAC ne sont pas forcément des structures qui conviennent à cette pathologie : il faudrait des structures qui suivent ces patients dans leur vie quotidienne et sur le long terme, des services d’accompagnement en ville, incluant des curatelles ou tutelles. Dans tous les cas, ces formes de prises en charges seraient financièrement moins onéreuses que des séjours répétés en hospitalisation.

L'UNAFAM PARIS[18]

le vécu de l’urgence

Toutes les familles de l'UNAFAM ont connu l'urgence : familles en détresse qui vivent dramatiquement dans leurs lieux de vie ces situations de crises répétitives. Puis vient un jour

[17] D’après un entretien avec deux parents d’adultes schizophrènes, dirigeants de l’association.
[18] Intervention de Martine Gouze, Présidente : « La demande d'intervention d'urgence au domicile : quelles réponses ». Actes de la journée du 11/10/1997, *op. cit.*

où la crise se fait plus grave, celle qui transgresse les normes établies, celle qui fait basculer dans le drame. Car il s'agit bien d'un drame, comparable au drame grec, nous devenons les acteurs d'une tragédie, avec ses plaintes, ses cris, ses silences et sa violence, le tout vécu dans une angoisse extrême, où seule la mort semble être la réponse.

Drame familial qui se cristallise sur l'un de ses membres. C'est sur lui que se fixe le malaise existentiel, malaise se traduisant par des réactions émotionnelles intenses. Réactions qui vont du délire à la prostration complète, de la violence à la tentative de suicide.

Toutes négociations devenant impossibles, les familles effrayées et bouleversées, tiraillées entre la fermeté et le laxisme se sentent impuissantes à résoudre leur propre crise. Nous entrons alors dans l'urgence. L'urgence, c'est l'appel au secours de l'autre. On appelle le médecin de famille ou le psychiatre et ceux-ci peuvent, par l'effet de leurs médiations, calmer le malade et son entourage.

Mais généralement la crise survient le week-end ou tard le soir et quelquefois la nuit. Les appels restent alors sans réponse. Il faut appeler la police, les pompiers ou le SAMU. La rapidité prime mais la confusion est grande et cette ingérence nécessaire est très mal vécue. Nous perdons pour un moment toute dignité, les voisins, la rue, tous deviennent spectateurs. Nos enfants se sentent trahis, agressés, abandonnés, ils sont amenés de gré ou de force au CPOA ou dans un hôpital psychiatrique. Ils entrent dans une situation d'arbitraire : "c'est eux les malades".

Pour nous familles, la situation se renverse, notre enfant dont les réactions nous faisaient peur, nous échappe et devient leur patient. Cela après la signature de l'hospitalisation à la demande d'un tiers, décision lourde de conséquences et de responsabilité pour l'un des parents. Avons-nous vraiment voulu cette séparation ? Nous sommes déchirés entre le soulagement de cette prise en charge et la peur d'un retour "à la maison" qui nous met en péril.

Les demandes

Elles sont complexes et paradoxales, différentes pour chaque famille, différentes pour chaque individu. Le patient ou la patiente a besoin d'être entendu, a besoin de séparation, et de soins. Ses demandes formulées dans la plus grande souffrance sont des demandes existentielles dans la recherche d'un lieu et d'une parole perdue. Ses demandes ne sont plus perçues par son entourage et ce nouvel espace qu'est l'hôpital psychiatrique peut devenir pour eux le temps de l'ouverture.

Les demandes des familles pourraient se résumer par le désir d'un retour à l'ordre et celui de dénouer la crise avec des réponses immédiates, les délivrant de leur angoisse. Leurs interrogations se portent généralement sur leur enfant et peu sur eux-mêmes. Ils demandent des soins et des lieux appropriés aux malaises de leur enfant, ils posent aussi de nombreuses questions sur cette maladie qu'ils ne comprennent pas.

Réflexions et demandes de l'UNAFAM

De nombreuses expériences montrent que ce temps de l'urgence et ce nouveau lieu qu'est l'hôpital psychiatrique peuvent devenir le lieu et le temps où tout s'explique. Il faut pour cela des interlocuteurs attentifs, qui expliquent, qui écoutent et surtout qui rassurent. Cette aide commence pour les familles lors de la décision si difficile de la prise en charge. Elle doit être

basée sur la compréhension du désarroi et la prise en compte de la situation. Cette mise en confiance devrait être le début d'un retour à la parole au cours d'entretiens réguliers, tout au long du temps de l'hospitalisation et pourrait déboucher sur un investissement personnel et la demande d'un soin thérapeutique.

Des solutions prennent corps avec l'organisation de la sectorisation. Des Centres d'Accueil et de Crise s'ouvrent et se rapprochent des lieux de vie, il faut donc multiplier ces dispensaires qui normalisent la psychiatrie et font moins peur.

L'urgence qui restera l'urgence, pourrait être mieux vécue par la famille avec les différentes aides apportées au domicile, celle de la visite médiatrice du psychiatre, celle de la police proche et concernée, et celle de la prise en charge rapide et attentive de l'équipe du secteur.

Cela peut être des mains tendues vers une famille dans son désarroi pour lui permettre de retrouver un peu plus tard dans son entité, sa dignité humaine et la confiance dans son devenir.

Extrait des revendications des familles de malades mentaux, octobre 1998

« Les familles de malades mentaux chroniques réclament la mise en place d'un service de soins psychiatriques à domicile, en coordination étroite avec les institutions psychiatriques hospitalières et les autres structures alternatives d'accueil, mais aussi avec les associations de familles de malades mentaux. Il s'agit de petites équipes thérapeutiques itinérantes qui se rendent au domicile des malades dits stabilisés et assurent ainsi le suivi thérapeutique et social après l'hospitalisation. Le nombre des ré-hospitalisations constatées dans la population des malades bénéficiant de ce système est très nettement en baisse par rapport aux chiffres dont on dispose pour le système classique des soins en institutions et ambulatoires. De même, le temps moyen des séjours en institutions psychiatriques est, lui aussi, écourté.

La charge financière de pareil système n'est certainement pas plus lourde que celle du système classique hospitalocentrique : si on peut craindre que de petites équipes thérapeutiques mobiles seraient coûteuses, l'abaissement du nombre et de la durée des hospitalisations semble contrebalancer heureusement ces coûts (expérience anglaise en région de Manchester).

Les associations regroupant les familles de malades mentaux chroniques réclament qu'il puisse être dérogé à la règle interdisant aux médecins psychiatres de se rendre au domicile des malades sauf s'ils y sont appelés en consultation par un confrère généraliste. »