



**L'UNAFAM**  
**aux urgences psychiatriques du CHU Purpan**

**48 heures d'observations**

**Septembre 2008**



Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques

## Remerciements

L'UNAFAM remercie très chaleureusement toutes les personnes qui nous ont permis de réaliser ces observations au sein du service des urgences psychiatriques de l'Hôpital Purpan.

Bien que notre présence pouvait poser problème, nous tenons à souligner la disponibilité de toutes les personnes que nous avons été amenés à rencontrer ; nous avons apprécié leur gentillesse et leur souci de nous expliquer au mieux leur travail. Nous avons pu mesurer les efforts faits pour que nos proches malades bénéficient au mieux d'une bonne qualité de soins.

Ce temps d'observation des urgences n'aurait pu avoir lieu sans le concours efficace de

- Madame TUBERY
- Messieurs LAUQUE  
RAYNAUD  
SCHMITT

que nous remercions plus particulièrement, ainsi que Mr ROMATET, Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse



Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques

## Préambule

L'UNAFAM, Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques a comme mission première d'être à l'écoute des familles confrontées à la maladie psychique d'un proche. Cet accueil est un moment fort d'échange entre pairs, un moment où la famille vient « poser son fardeau », témoigner, demander un renseignement concret, etc...

Un certain nombre de ces demandes touchant au fonctionnement des urgences psychiatriques, le bureau de la délégation Unafam de Haute-Garonne a souhaité s'intéresser au fonctionnement du service des urgences psychiatriques du CHU de Purpan pour prendre connaissance de la réalité des choses afin de répondre aux interrogations soulevées par les usagers. Une interrogation récurrente concernant la prise en charge au plan somatique des patients se posait, sachant que le désintérêt de nos proches pour leur corps favorise le cumul des pathologies. Nous verrons au cours du rapport ce qui peut engendrer des difficultés dans ce domaine.

Une demande officielle a été formulée et nous avons eu l'accord de Monsieur le Directeur général des Hôpitaux de Toulouse nous invitant à nous rapprocher des Professeurs RAYNAUD et SCHMITT pour mettre en place un temps d'observation. (cf annexe 1 )

Mise en contact avec le Professeur LAUQUE , le Docteur TUBERY et de leurs équipes, notre association d'usagers a reçu un accueil chaleureux : ensemble nous avons préparé 48 heures d'observations en collaboration avec les soignants, dans les différentes unités du service, jour et nuit. Le premier contact concret a eu lieu le 16 septembre 08 avec Mme le Docteur Tubery. Les observations se sont déroulées sur deux fois 24 heures par la présence de trois binômes couvrant 8h chacun. Ces observations ont été menées sur les deux dates suivantes : les 22 et 26 septembre. Les personnes de l'Unafam qui les ont assurées sont : Danielle Coudassot, Hélène Cabot, Geneviève Lacaze, Denise Delpont, Violette Pardillos, Sabine Iglésias, Michel Lacan.

La démarche a été appréciée par toutes les équipes rencontrées, satisfaites que des usagers viennent se rendre compte de leurs conditions de travail ! Malgré les coups de feu, elles nous ont accordé beaucoup de disponibilité et nous avons apprécié leur professionnalisme et la qualité des soins prodigués aux patients.

Malgré la difficulté d'insertion de non professionnels dans une équipe médicale, une place a été faite à des parents militants pour lesquels le cadre associatif a légitimé la démarche. Nous avons pu présenter l'UNAFAM et ses objectifs. Notamment, dans le cadre du plan d'accompagnement en six points que nous promulguons ; nous avons pu mettre en avant notre souci majeur et partagé de la nécessité de la continuité des soins .

Les soignants se sont montrés curieux des conclusions que notre petite équipe de sept personnes, tous bénévoles de l'Unafam et concernés par la maladie pourrait tirer de cette expérience.



***Les points stratégiques***

Trois temps forts se sont imposés :

- **l'arrivée** aux urgences psychiatriques
  
- **l'orientation** au sein des services de Purpan
  - la consultation
  - L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD), générale avec 4 lits réservés aux patients psychique
  - L'Accueil au service Médico Chirurgical (AMC) pour les personnes qui ont besoin en plus des soins psychiatriques d'autres soins au plan somatique.(16 lits en tout, plus des lits dans le couloir...)
  - L'Accueil des Urgences Psychiatriques (AUP), nouveau service ouvert à Purpan en juillet 2008, comprenant 8 lits dont 2 en chambres d'isolement. Il s'est substitué au SIAP, mis en place en 2001, lors du transfert des urgences psychiatriques de l'hôpital Marchant au CHU Purpan. Parallèlement, depuis avril 2008 le centre hospitalier Marchant reçoit, à l'UHCD, au pavillon DIDE des patients en urgence après le premier accueil aux urgences générales de Purpan.
  
- **la sortie** des urgences de Purpan



### L'arrivée des patients psychiques

Notre propos fera abstraction des « urgences vitales » directement orientées au service dit de « déchoquage » et ne traitera que des urgences psychiatriques.

Les patients peuvent arriver par eux-mêmes, accompagnés par la famille, par les pompiers, les ambulanciers ou autres. Ils peuvent être agités, délirants, silencieux ou même prostrés ; ils peuvent aussi être sous l'emprise de substances qui empêche tout dialogue constructif avec les soignants. Ils sont généralement adultes, du plus jeune aux troubles apparus récemment jusqu'aux anciens développant un vieillissement chaotique à travers sa pathologie.

### L'infirmière Organisatrice de l'Accueil Psychiatrique ( IOAP)

Après un temps d'attente plus ou moins long, les patients sont pris en charge au rez-de-chaussée par l'Infirmière psychiatrique (IOAP) qui vérifie que les critères d'admission aux urgences sont bien respectés. Elle peut demander l'appui d'un psychiatre.

Les patients qui sont sous l'emprise de toxiques, ou sont très agités ou délirants sont orientés directement vers le premier étage à « l'Accueil Médico-chirurgical. » (AMC) .L'aide de vigiles est parfois sollicitée. Pour les intoxications graves, il sont acheminés vers le service de « déchoquage ».

Les autres patients et notamment ceux qui n'ont pas besoin de soins somatiques (patients ambulatoires) sont orientés vers un des boxes de **consultation** où le patient est pris en charge par l'équipe constituée d'une infirmière et d'un psychiatre ou d'un interne.

L'unité « **d'Accueil des Urgences Psychiatriques** » (AUP) accueille des patients ayant des antécédents psychiatriques nécessitant une hospitalisation urgente sans qu'ils soient sous l'emprise de substances toxiques. Ne sont pas pris en AUP, les patients faisant un premier épisode délirant. Peuvent être mis en AUP, les Hospitalisation d'Office relevant du secteur 7 (en complément de Casselardit)

L'UHCD (**Unité d'Hospitalisation de Courte Durée**) accueille sur 4 lits, des patients en situation de crise (par exemple TS) pour lesquels l'évaluation nécessite l'intervention non immédiate de la famille ou d'un tiers. Pour ces personnes, une hospitalisation de 24 ou 48 h peut permettre la mise en place de soins en partenariat avec l'entourage.

Il peut arriver qu'il y ait des difficultés dans la prise en charge des malades psychiques agités par la toute première équipe d'accueil des urgences si celle-ci ne comprend pas en son sein, une personne spécialisée en psychiatrie .



### **La consultation psychiatrique**

Les patients sont reçus dans un bureau de consultation d'abord par l'infirmière qui leur pose beaucoup de questions en suivant systématiquement une grille faite à cet effet sur un imprimé (cf annexe 2) et ce d'autant plus s'il s'agit d'un malade non connu du service. Les cas de figures sont extrêmement variés. Ceci étant deux grands cas de figure peuvent être distingués :

- la personne est déjà venue et est connue du service ; son dossier est recherché
- la personne n'est pas connue (recherche vaine dans le fichier informatique des urgences, dossiers scannés permettant d'avoir l'historique des hospitalisations); un gros effort est fait pour trouver un contact à l'externe afin d'obtenir de précieux renseignements : famille, amis, médecin généraliste, psychiatre, etc...

L'infirmière cherche à créer un climat de confiance avec le patient; elle prends le temps de comprendre ce qui se passe, questionne beaucoup, consigne par écrit les réponses. Elle essaie de rechercher le consentement quant aux soins et une alliance thérapeutique pour inscrire la nécessité de soins dans la durée... Elle se fait une opinion de la situation psychique du patient qu'elle essaie de rassurer. Elle explique au psychiatre ou à l'interne, son point de vue ; le psychiatre rencontre à son tour le patient, croise éventuellement les réponses qu'il entend avec le compte rendu de l'infirmière. L'équipe soignante se réunit à nouveau pour « prendre une décision », après discussion : approche du diagnostic, orientation possible, hospitalisation ou non.

Là commencent les difficultés et c'est une véritable « course au lit » si la décision est l'hospitalisation. Le manque de lit est flagrant, y compris en faisant appel aux possibilités des cliniques . Beaucoup de temps est consacré, « perdu ? » par le tandem infirmière / psychiatre ou interne pour chercher un point de chute : téléphone, Minitel, Internet, Pages jaunes, y compris pour retrouver trace d'un médecin traitant...c'est un travail d'ordre administratif qui ne devrait pas incomber au corps médical qui doit se consacrer aux soins.

Si ce moment de consultation est très positif, force est de constater que deux types de questions se posent :

- est-ce bien le travail des soignants de participer à la « course aux lits », au risque de voir la logique même de l'organisation des urgences remise en cause, en ne consacrant pas la quasi totalité de leur temps aux soins ?
- le patient va être orienté vers un lieu de soins, choisi ou plutôt « non choisi », en fonction des opportunités de lits vacants et non en fonction du service le plus approprié à son cas. N'est-ce pas un facteur de perte d'efficacité dans le suivi de ses soins ?

Nous avons suivi également des consultations par téléphone, ce qui évite un déplacement aux urgences et un engorgement de celles-ci. En général, l'entretien téléphonique débouche sur un apaisement de la personne qui est soulagée.



**La prise en charge des malades en hospitalisation**

**Unité d'Hospitalisation de Courte durée (UHCD) et Accueil Médico-Chirurgical (AMC)**

Les patients y sont orientés directement par l'IOAP ou suite à la consultation.

- le SAS de déshabillage et « épreuve du déshabillage »

Le patient arrive de la consultation ou parfois directement amené par les pompiers ; il peut être couché sur un « lit ambulancier » ou assis sur un fauteuil roulant . Il arrive dans un sas, au premier étage, accompagné, s'il y a lieu par les pompiers. Il est déshabillé et mis en pyjama par un petit groupe d' infirmières et d'aides soignantes; les effets personnels sont inventoriés, mis dans un sac nominatif et conservés en lieu sûr.

L'équipe de déshabillage reçoit des patients parfois agités et anxieux ; le comportement des soignants participe à l'apaisement du patient, en prenant le temps de lui expliquer ce qui va se passer, où il va aller et pourquoi.

- L'hospitalisation en UHCD ou AMC

Les patients sont acheminés dans une chambre ou laissés sur un chariot ou un lit, dans le ...couloir ! Dans ce dernier cas qui n'est pas rare, puisqu'il est fait allusion à « l'infirmière couloir », on peut s'interroger sur les conditions de respect de la confidentialité des entretiens !

Des examens médicaux sont faits systématiquement sur 5 critères (formule numérique sanguine, bilan coagulation, glycémie, tests hépatiques, ECG).

Une nouvelle évaluation des patients est faite par l'équipe du service. Les termes utilisés sont : « le patient est évaluable ou il n'est pas évaluable ».

Aussitôt des données (nom, âge, date arrivée, diagnostic apparent, addiction éventuelle, soins, orientation) sont consignées sur le tableau du bureau médical. Les options de départ sont notées par souci de transferts rapides. Est noté également le cadre légal de l'hospitalisation HDT (l'infirmière devra constituer le dossier) ou HL.

Est codé aussi le niveau éthylique du patient.

L'évaluation de la personne ne peut se faire que dans de bonnes conditions. Les personnes sous l'emprise de l'alcool par exemple doivent avoir retrouvé leur esprit pour être évaluées au plan psychiatrique.

La salle des soignants est une minuscule pièce encombrée au moment de la passation des consignes au changement d'équipe. 2 bureaux, 2 tableaux de suivi, des téléphones, des ordinateurs. Au changement d'équipe, le brouhaha n'offre pas des conditions idéales pour la passation des consignes !

Le psychiatre dispose d'un petit bureau, lieu de passage vers les sanitaires !



## **L'hospitalisation en AUP**

L' AUP est située à l'extérieur des urgences dans un bâtiment très proche. Tous les patients sont en hospitalisation sans consentement en HDT ou les HO de Casselardit .

Les patients sont constamment surveillés par un système vidéo qui permet d'ajuster la surveillance notamment pour ceux qui sont dans une chambre d'isolement. Le poste de soin est fermé à clef ; c'est le lieu des soignants d'où les écrans sont vus constamment.

Tous les patients de l' AUP reçoivent la visite du psychiatre qui prescrit le traitement et évalue son effet. Pour certains s'ils le demandent une petite cigarette est offerte par l'infirmier. !

La plupart des infirmiers sont nouveaux dans les services et assez jeunes dans la profession ; ils apprennent « in situ ».

Les soignants en charge de malades en état de crise ont la lourde charge de trouver un lit d'hospitalisation à Marchant au pavillon des urgences (mais ce pavillon DIDE ne peut se libérer sur des services surchargés) à Casselardit ou dans une clinique agréée (Beaupuy) pour recevoir des hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT).

AUP est un service fermé, la salle d'attente pour les visites est située à l'extérieur.

Le personnel soignant a noté que ce nouveau cota de lits a apporté une bouffée d'oxygène dès l'ouverture mais il s'avère qu'en très peu de temps ils se sont « fondus » dans le dispositif puisque les sorties vers le pavillon DIDE UHCD au CHS G. Marchant ou les services d'hospitalisations sont bloqués !





**Points nous paraissant positifs :**

- implication forte et permanente des soignants
- bonne communication entre les soignants des différentes unités, notamment par la tenue, dans chaque unité d'un tableau permettant de suivre les patients et régulièrement mis à jour (nom, âge, date d'arrivée, diagnostic apparent, addiction éventuelle, soins, et orientation)
- bonne communication dans les deux sens entre les « « médecins du corps » et ceux de « l'esprit »
- médicaments sous clef et surveillés
- sous l'égide du psychiatre les parents sont parfois invités à venir dans la chambre pour faire les points et envisager le suivi..
- la recherche de l'orientation de sortie et un des principaux soucis des soignants pour garder au service toute sa force opérationnelle.

**Points nous paraissant perfectibles**

- des patients déambulent dans les couloirs avec perfusion, chemise ouverte dans le dos ...il n'y a plus de pyjama...pourquoi mettre à mal leur dignité !
- les lieux sont ouverts, la configuration n'en facilite pas la surveillance, la salle fumeurs est non sécurisée... (risque de fugue)
- le patient n'est pas forcément affecté au service qui correspondrait à son état, mais c'est l'opportunité de trouver un lit dans tel ou tel service qui guide les choix ; ceci n'est pas satisfaisant en terme de soins et ne facilite pas la surveillance et l'apaisement des patients par le personnel.



## **Des problèmes de fond**

\* Parle t-on de vrais urgences psychiatriques ? On peut s'interroger en voyant divers cas de figure qui ne nous paraissent pas relever de l'urgence

- les personnes sous l'emprise de substances toxiques
- la personne qui cherche « un toit pour la nuit »
- la personne qui a besoin simplement d'une consultation avec un psychiatre
- le jeune qui a un problème au sein de sa famille et qui veut être entendu

\* L'accueil des familles : le rôle social de l'hôpital est ici peu mis en avant; le cataclysme que provoque au sein d'une famille la survenue d'une crise de démence de l'un des leurs ne justifierait-il pas une prise en considération et plus d'information vis à vis des familles ?

\* Difficulté avérée de faire admettre certains patients psychiques dans un service somatique ! (cas d'un jeune avec 6 grammes de glycémie non pris en charge)

\* Des problèmes en amont et en aval des urgences !

- le rôle des CMP :

Sont-ils connus des généralistes ?

Sont-ils connus des travailleurs sociaux,

Sont-ils connus du grand public

Les heures d'ouverture des CMP couvrent-elles assez largement la demande ?

Traiter le problème en amont nous semblerait plus pertinent et probablement moins coûteux. (création d'équipes mobiles permettant d'éviter la situation d'urgence)

- Le suivi des soins ; l'accompagnement des patients

Le retour aux urgences de patients sortis d'hospitalisation, 8 à 10 jours avant doit nous interroger sur les causes de sorties soit prématurées ou soit du déficit d'accompagnement et de prise en charge dans la cité, à la sortie de l'hôpital.

\* La sortie des urgences

La sortie se fait en fonction des opportunités de lits disponibles. Par conséquent, un certain nombre de patients connus et soignés dans telle clinique vont se retrouver placés ailleurs, en dehors de leurs secteurs. C'est une perte de temps pour l'accès, le suivi des soins et l'évolution du patient ; c'est une perte d'efficacité qui rejaillit sur l'ensemble des orientations et c'est surtout un risque d'aggravation pour le patient



### *Conclusion générale*

Après tous ces constats, il semble que le problème des urgences, dans une grande majorité des cas, ne se situe pas AUX URGENCES mais dans la prise en charge de la maladie psychiatrique.

La réduction de l'hospitalisation de longue durée et la fermeture des lits qui en a découlé est sûrement une avancée pour nos proches mais la réforme qui a placé le soin en dehors de l'Hôpital, au sein de la cité n'a pas permis d'atteindre les objectifs ; elle n'est pas allée au bout de sa logique.

Aujourd'hui, nous constatons encore :

- Une méconnaissance des CMP, de leur situation, de leur rôle, de leurs missions, par des professionnels de la santé eux-mêmes !
- L'absence d'information auprès de la population sur l'organisation de la psychiatrie
- Un manque flagrant d'accompagnement sanitaire et social à la sortie de l'hôpital pour assurer la continuité des soins.
- Une aide très insuffisante pour la vie dans la cité : accès au logement, avec l'aide domestique, sociale, occupationnelle et prioritairement sanitaire pour assurer la continuité du soin qui est incontournable : Toulouse découvre avec bonheur l'émergence de quelques rares équipes d'infirmiers intervenant à domicile.
- Une absence d'information médiatique sur la maladie psychique en dehors des infos choc des médias
- le grand nombre de personnes Sans Domicile Fixe pose un réel problème de soin et d'hébergement (cette misère est très prégnante aux urgences)

Suite à cette phase d'observation des urgences sur 48 heures, nous pensons que le plan d'accompagnement que promulgue l'UNAFAM pour les proches patients est toujours d'actualité et que sa mise en œuvre globale est de nature à traiter les problèmes en amont pour faire en sorte que le service des urgences ne soit confronté qu'à des cas réellement relevant de l'urgence et non de cas peu ou mal traités en amont.

Ce plan d'accompagnement se décline selon les six points suivants :

- assurer la continuité des soins
- obtenir les ressources minimales au patient (MDPH)
- avoir un logement ou un hébergement décent
- être accompagné dans la cité d'une manière adaptée
- si nécessaire, bénéficier d'un soutien juridique
- si la santé le permet, avoir accès à des activités

Fait à Toulouse, avril 2009

L'équipe UNAFAM d'observateurs