



---

**Filière : directeur d'hôpital**

Promotion : **2023-2024**

Date du Jury : **octobre 2024**

---

**Un corps sain ou un esprit sain ? L'influence de la perception de la psychiatrie et des relations interprofessionnelles dans la prise en charge interdisciplinaire du patient psychiatrique aux urgences.**

---

**Ysé MONOT**



**EHESP**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier d'abord Madame la docteure Chloé Bougerol, Monsieur le docteur Noto-Campanella, Monsieur le docteur Pierre-Antoine Dupain, Monsieur le docteur Etienne Ojardias, Monsieur Rodolphe Ollier et Monsieur Abed Frigui pour m'avoir accordé leur temps et avoir accepté de se prêter à l'exercice des entretiens.

Je remercie l'encadrement du pôle de psychiatrie et tous son personnel, pour leur accueil et leurs conseils, et pour m'avoir donné leurs avis précieux lors de l'écriture de ce mémoire, et particulièrement Madame la Professeure Catherine Massoubre et Monsieur Laurent Descours ; ainsi que l'ensemble des professionnels m'ayant accueillie lors de mon stage d'observation est spécifiquement ceux des urgences psychiatriques et des urgences adultes qui m'ont orientée vers le choix de mon sujet.

L'équipe de direction du CHU de Saint-Etienne et mon maître de stage, Stéphane Scalabrino m'ont permis par leur bienveillance et leur confiance de travailler dans un environnement serein et stimulant, et je les en remercie.

Je remercie mes camarades de classe et particulièrement Lina, Cloé, Julia, Jeanne, Inès et Valentine pour leur soutien indéfectible, ainsi que Rémi et Renaud.

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
Méthodologie : .....	3
1 La définition et la prise en charge du patient psychiatrique aux urgences conventionnelles.....	5
1.1 Les urgences, un espace de définition du patient psychiatrique .....	5
1.1.1 Le travail de légitimation et de catégorisation du malade aux urgences .....	5
1.1.2 Le choix d'une prise en charge psychiatrique : cas limites et priorisation des comorbidités.....	7
1.2 Être « psychiatrique » : iatrogénie de l'étiquette et regard porté sur le patient ...	10
1.2.1 L'iatrogénie intrinsèque de l'étiquette « psychiatrique ».....	10
1.2.2 La stigmatisation du patient psychiatrique par les professionnels du soin urgent	12
1.3 Les enjeux de la prise en charge de la problématique somatique chez le patient psychiatrique aux urgences .....	15
1.3.1 L'organisation de la prise en charge somatique aux urgences du patient psychiatrique .....	15
1.3.2 Les obstacles à la bonne prise en charge somatique du patient psychiatrique .....	16
2 Médecins et soignants de psychiatrie et de somatique : se comprendre pour mieux soigner .....	21
2.1 Médecine psychiatrique, médecine d'urgence : l'existence de compétences communes à l'épreuve de l'exercice .....	21
2.1.1 Des spécialistes et des infirmiers a priori capables de polyvalence .....	21
2.1.2 La friction du quotidien et l'érosion des compétences acquises.....	22
2.2 La perception de la psychiatrie et ses conséquences sur les relations entre urgentistes et psychiatres .....	25
2.2.1 La psychiatrie, une spécialité comme les autres ?.....	25
2.2.2 Les relations entre urgentistes et psychiatres dans la prise en charge du patient psychiatrique .....	28
2.3 L'exercice « exilé » : psychiatres au SAU, somaticiens en psychiatrie, agir et se définir dans une double appartenance .....	31
2.3.1 Parler les deux langues : un atout pour favoriser le dialogue.....	31
2.3.2 Faire valoir sa bi-appartenance .....	32

3	Organiser l'espace et le travail en convergence pour un meilleur soin.....	35
3.1	Bien travailler dans un service d'urgence : l'impact du bâtiment sur la qualité de vie au travail et les relations interprofessionnelles .....	35
3.1.1	Comment le bâtiment influe sur les conditions de travail ? .....	35
3.1.2	La mise en contact ou la mise à distance : facteurs opposés de bonne relations interprofessionnelles ? .....	36
3.2	Prendre en charge le patient dans un espace réservé : quels avantages et quels écueils ? .....	38
3.2.1	L'UAP : un espace à soi sans éloignement géographique.....	38
3.2.2	Une prise en charge adaptée à des besoins spécifiques, ou une prise en charge distincte pour des patients indésirables ? .....	39
3.3	Une filière intégrée de prise en charge de la psychiatrie : spécialisation et différenciation .....	41
3.3.1	Orienter en psychiatrie : un travail spécialisé avec un risque de désengagement des professionnels non-experts .....	41
3.3.2	La nécessité d'organiser la polyvalence des soins .....	42
	Conclusion .....	45
	Bibliographie .....	47
	Liste des annexes .....	I
	Annexe 1 : Grilles d'entretien.....	II
	Grille d'entretien- soignants en psychiatrie .....	II
	Eléments biographiques .....	II
	Rapport à la psychiatrie .....	II
	Point de vue sur l'organisation .....	II
	Rapport aux autres professionnels.....	III
	Rapport aux patients.....	III
	Grille d'entretien- médecins psychiatres aux urgences .....	IV
	Eléments biographiques .....	IV
	Rapport à la psychiatrie .....	IV
	Point de vue sur l'organisation .....	IV
	Rapport aux autres professionnels.....	V
	Rapport aux patients.....	V
	Grille d'entretien- médecins somaticiens en services de psychiatrie.....	VI
	Eléments biographiques .....	VI
	Rapport à la psychiatrie .....	VI
	Point de vue sur l'organisation .....	VI
	Rapport aux autres professionnels.....	VII

Rapport aux patients.....	VII
Grille d'entretien- médecins somaticiens .....	VIII
Eléments biographiques .....	VIII
Rapport à la psychiatrie .....	VIII
Point de vue sur l'organisation .....	VIII
Rapport aux autres professionnels.....	VIII
Rapport aux patients.....	IX
Annexe 2 : Retranscriptions des entretiens .....	X
Entretien- Etienne Ojardias .....	X
Entretien- Chloé Bougerol .....	XX
Entretien- Pierre-Antoine Dupain.....	XLI
Entretien- Cyril Noto-Campanella .....	LX
Entretien- Rodolphe Ollier .....	LXXIX

---

## Liste des sigles utilisés

---

CHU : centre hospitalier universitaire

UAP : unité d'attente psychiatrique

IOA : Infirmier d'orientation et d'accueil

UG : urgences graves

UF : urgences fonctionnelles

SAU : service d'accueil des urgences

CAP72 : unité de court séjour psychiatrique

## Introduction

Les services d'urgences, porte d'entrée du soin et lieu de tri et d'orientation, sont des espaces singuliers d'interactions spécifiques. Le propre de ces services est en effet d'être pour les patients s'y présentant, et relevant de prises en charges variées, le premier contact avec le monde hospitalier. Les professionnels de ces espaces ont quant à eux un exercice particulièrement marqué par un rapport au temps court et par des contacts souvent uniques avec les patients. C'est également au sein de ces services que s'effectuent, pour les patients relevant de la psychiatrie, l'orientation vers des soins spécifiques, et la « désomatisation », processus par lequel doit être écarté toute affection somatique avant qu'ils puissent être admis dans des services de psychiatrie.

Les observations effectuées en stage court ont permis de mettre en lumière les tensions liées à la présence dans ces murs de ces patients dits « psychiatriques », qu'ils soient ainsi désignés parce que relevant d'une prise en charge en psychiatrie ou parce que connus comme tels. Tensions entre patients, mais également tensions entre professionnels du soin somatique et professionnels de psychiatrie, présents dans ce même lieu.

Le CHU de Saint-Etienne, dans l'objectif de favoriser une meilleure prise en charge des patients dits « psychiatriques », est en cours de création d'une unité nommée « UAP », pour « unité d'accueil psychiatrique », située au sein des urgences, où pourront demeurer les patients avant prise en charge dans les services de psychiatrie. Si les locaux sont existants à date, et qu'une IOA « psy » y exerce, l'équipe est en cours de recrutement.

La création de cet espace intermédiaire entre les urgences adultes et l'unité de court séjour psychiatrique repose la question de la prise en charge de ces patients psychiatriques aux urgences, et plus généralement du regard qui leur est porté par les professionnels du soin somatique.

D'abord, les insuffisances de l'actuelle « désomatisation » effectuée aux urgences sont régulièrement évoquées. On constate ponctuellement l'admission dans les services de psychiatrie de patients dont les affections physiques n'ont pas été constatées lors de leur passage aux urgences. Il s'agit donc d'identifier si ce défaut de prise en charge est lié à l'organisation du service, à des difficultés de prise en charge de la santé somatique des patients de psychiatrie, ou à un éventuel regard stigmatisant qui leur serait porté, s'accompagnant d'une prise en charge hiérarchisée selon la « valeur sociale du patient <sup>1</sup> ».

---

<sup>1</sup> PAILLET Anne, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 1, vol. 236237, 2021, p. 20-39, [<https://doi.org/10.3917/arss.236.0020>].

Ensuite, si les relations entre médecins urgentistes et psychiatres ne sont pas nécessairement dégradées, il a été observé que des désaccords récurrents se posent, notamment au sujet de la désignation comme « patient psychiatrique » d'un patient donné. Ce constat invite à la réflexion quant aux rapports entre psychiatres et médecins somaticiens. Quel regard portent-ils les uns sur les autres ? Leurs connaissances de leurs domaines respectifs permettent-elles un dialogue ? Ont-ils des cultures professionnelles irréconciliables ou à l'inverse comparables ?

Enfin, l'ouverture de l'UAP pose la question plus générale de l'impact du bâtimentaire et de l'organisation des locaux dans la prise en charge du public ainsi que dans les relations entre professionnels, et ce particulièrement dans ce carrefour que constituent les urgences adultes. Elle interroge par ailleurs quant à la pertinence de la spécialisation des filières de soin.

Comment l'organisation de la prise en charge des patients psychiatriques au sein des urgences adultes du CHU de Saint-Etienne permet-elle de penser la définition du patient psychiatrique et ses impacts, ainsi que les relations entre psychiatrie et médecine d'urgence ? Quels défis organisationnels cette situation pose-t-elle et quelles en sont les éventuelles pistes d'amélioration ?

.

## **Méthodologie :**

Le travail ici présenté s'appuie principalement sur des entretiens semi-directifs réalisés avec des professionnels du CHU (grilles et retranscriptions en annexe).

Le recrutement des enquêtés s'est fait selon une méthode mixte. Des profils avaient été définis au préalable : je souhaitais pouvoir interroger au moins une personne, médecin ou paramédical, appartenant au champ de la médecine d'urgence, et une au champ de la psychiatrie, ainsi qu'un médecin somaticien des services de psychiatrie. Par la suite, la méthode dite « boule de neige » a pu être partiellement utilisée, des enquêtés en proposant d'autres. De cette façon, un médecin du dispositif « Handiconsult42 » a pu être interrogé et apporter un témoignage différent sur la question. Enfin, des entretiens ont pu être réalisés en fonction des personnes rencontrées de façon aléatoire, afin notamment d'essayer d'éviter un recrutement uniquement de personnes sensibilisées à la question, celles-ci étant les enquêtés vers lesquels j'étais le plus souvent orientée.

### **Liste des personnes interrogées :**

Dr Chloé Bougerol, médecin polyvalent en service de psychiatrie ;

M. Rodolphe Ollier, cadre de psychiatrie ;

Dr Cyril Noto-Campanella, médecin urgentiste (particulièrement sensibilisé au sujet) ;

Dr Pierre-Antoine Dupain, médecin urgentiste ;

Dr Etienne Ojardias, médecin de SMR du dispositif « handiconsult » ;

M. Abed Frigui, interne de psychiatrie.

Des observations réalisées en stage court au service des urgences sont mobilisées en soutien de ces entretiens.

Des documents internes sont également utilisés, dont les revues d'évènements indésirables ainsi que les documents de présentation de l'UAP.

### **Limites**

Certains entretiens souhaités n'ont pas pu être réalisés, en raison de l'absence de disponibilité des agents. Ainsi, il n'a pas été possible d'interroger un ou une IOA psy.

Le positionnement comme EDH au sein de l'établissement a pu poser quelques difficultés dans l'approche du sujet, les personnes enquêtées étant plus disposées à user d'un discours institutionnel ou perçu comme consensuel qu'avec un enquêteur extérieur.



# 1 La définition et la prise en charge du patient psychiatrique aux urgences conventionnelles

## 1.1 Les urgences, un espace de définition du patient psychiatrique

Les urgences participent à la catégorisation du patient comme relevant d'une prise en charge d'abord hospitalière et urgente, puis prioritaire et enfin comme spécialisée. Dans ce travail de classification, celui concernant le patient psychiatrique se heurte à la difficulté de distinguer parmi les cas limites ceux relevant de la psychiatrie et ceux d'autres spécialités.

### 1.1.1 Le travail de légitimation et de catégorisation du malade aux urgences

Les services d'urgences sont des lieux où se rencontrent deux logiques parfois en contradiction : « d'un côté, ils doivent répondre à l'obligation d'accueillir le "tout-venant" des patient·e·s dont une part croissante est constituée d'urgences qualifiées de "sociales"; et d'un autre, ils doivent composer avec le travail de "tri" »<sup>2</sup>. Ce travail de tri, entendu au sens large comme à la fois la décision d'admettre ou d'exclure une personne d'une prise en charge hospitalière, de prioriser les patients à prendre en charge d'abord, et de les orienter vers le bon parcours de soin répond à de nombreux critères, et participe à la définition même du malade et à sa légitimation comme un « bon » patient, et de son affection comme étant « une urgence vraie »<sup>3</sup>.

Le premier tri opéré aux urgences consiste à séparer les patients relevant effectivement d'une prise en charge hospitalière urgente et ceux n'en relevant pas. Celui-ci concerne principalement les personnes se présentant à pied, dont il a été observé que seulement 20 à 30% sont effectivement admis dans le service<sup>4</sup>. Il s'agit ici de définir si la personne est effectivement et suffisamment malade (ou blessée), et si l'affection dont elle souffre est effectivement et suffisamment urgente. Cette étape repose sur la sélection des patients qui doit d'abord correspondre à l'image du « vrai malade », c'est-à-dire ne relevant pas de la « bobologie »<sup>5</sup>. Ensuite, la gravité de ses symptômes doit s'accompagner de leur dimension urgente. Enfin, le patient type des urgences est par ailleurs un patient que les professionnels voient « une fois, de temps en temps, on les revoit deux ou trois fois »<sup>6</sup> selon un enquêté. Ainsi, la lassitude devant certains malades qui reviennent régulièrement dans

---

<sup>2</sup> VASSY Carine et RENARD Frédéric, « Quels malades pour l'hôpital public ? Deux stratégies de segmentation », *Annales des mines - Gérer et comprendre* -, n° 27, 1992, p. 11 p.

<sup>3</sup> DODIER Nicolas et CAMUS Agnès, « L'hospitalité de l'hôpital », , 1997.

<sup>4</sup> Notes de stage d'observation

<sup>5</sup> PENEFF Jean, *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Éditions Métailié, Paris, coll. « Sciences Humaines », 2000.

<sup>6</sup>Entretien de Pierre-Antoine Dupain (en annexe)

le service les amène à déclarer qu' « ils ne devraient pas être traités aux urgences »<sup>7</sup>. Si cette étape de tri est rendue nécessaire par l'affluence du service, elle contient une dimension performative certaine. En effet, la définition même de la personne comme « patient » ou « malade » puis comme « patient des urgences » fait de lui un patient des urgences. C'est l'accès aux urgences qui valide la légitimité de cet accès lui-même.

La seconde dimension du tri est la priorité donnée à certains patients. Au sein des patients considérés comme légitimes à l'accès aux soins urgents, certains doivent être pris en charge immédiatement lorsque d'autres peuvent l'être de façon différée. Les risques liés à l'affection du patient sont un premier critère de distinction entre ceux relevant de l'urgence grave et ceux relevant d'une urgence relative. Ce classement est par ailleurs matérialisé physiquement par l'orientation du patient vers la partie du service nommée « UG » pour « urgences graves » et l'autre nommée « UF », pour « urgences fonctionnelles ». Cette priorisation est primordiale au fonctionnement du service d'urgence. En effet, « si le degré de gravité est sous-estimé, le patient court des risques graves, voire mortels, et le personnel peut être accusé d'erreur professionnelle. Inversement, si la gravité d'un cas est surestimée, le risque est de léser les autres patients qui auraient dû être prioritaires »<sup>8</sup>. La rationalité de cette orientation est revendiquée par les professionnels des urgences, qui indiquent par exemple qu'en médecine « on raisonne en termes de probabilité »<sup>9</sup>, d'autres éléments sont pris en considération. Le même enquêté admet ainsi que certains éléments liés au profil des patients peut inconsciemment faire baisser le « score » donné à l'urgence de la prise en charge. Les concepts de valeur sociale du patient<sup>10</sup>, ou encore de valeur mobilisatrice<sup>11</sup>, éclairent ainsi le fait que des caractéristiques indépendantes de son état de santé influencent la prise en charge du patient par les professionnels.

Le troisième aspect du tri effectué au SAU relève plus précisément de l'orientation du patient vers les spécialités les plus à même de les prendre en charge. Les symptômes présentés par le patient sont attribués à une ou plusieurs pathologies, que l'on sait associer à une discipline. Cependant, deux cas de figure peuvent compliquer l'attribution du patient : les cas limites, présentant un tableau clinique pouvant correspondre à plusieurs entités nosologiques, et les cas où plusieurs pathologies sont à traiter, celles-ci devant être prises en charge par des spécialités distinctes. Le cas des patients relevant ou considérés comme

---

<sup>7</sup> VASSY Carine, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements*, n° 2, vol. 32, 2004, p. 67-74, [<https://doi.org/10.3917/mouv.032.0067>].

<sup>8</sup> *Ibid.*

<sup>9</sup> Entretien de Pierre-Antoine Dupain (en annexe)

<sup>10</sup> PAILLET Anne, « Valeur sociale des patient-e-s et différenciations des pratiques des médecins », *op. cit.*, 2021, p. 20-39.

<sup>11</sup> MOREL Sylvie, « Urgence et tri des malades. La production de files d'attente socialement stratifiées pour l'accès aux soins d'urgence », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 5, vol. 250, 2023, p. 100-117.

relevant de la psychiatrie est ici exemplaire. En effet, un certain nombre de symptômes peuvent avoir une étiologie psychiatrique, mais également somatique (gériatrique, neurologique, génétique ou liée à des intoxications diverses). Par ailleurs, les patients psychiatriques peuvent souffrir de comorbidités, et il s'agit dans ce cas de définir s'il s'agit de l'orienter prioritairement en psychiatrie ou dans un service de soin somatique en fonction de l'acuité et de la criticité des pathologies présentes

### **1.1.2 Le choix d'une prise en charge psychiatrique : cas limites et priorisation des comorbidités**

L'orientation du patient vers une hospitalisation en psychiatrie est conditionnée à l'existence de deux critères. D'abord, au moins une de ses pathologies doit être psychiatrique. Ensuite, cette pathologie doit être considérée comme prioritaire si d'autres sont présentes. Ces deux conditions semblent limitantes. On constate cependant que ponctuellement peut s'opérer un recours abusif à la qualification de « psychiatrique ». Un médecin urgentiste, lors d'un échange informel indique ainsi que pour des patients dont les symptômes incluent des troubles de l'humeur ou une perte de prise avec la réalité, il arrive que certains de ses collègues considèrent que « si on ne sait pas prendre en charge, les psychiatres s'en occuperont »<sup>12</sup>.

La juste qualification d'un malade comme psychiatrique suppose que son diagnostic principal le soit. Or, comme le soulignent la majorité des personnes interrogées, celui-ci n'est pas toujours évident. Monsieur le docteur Cyril Noto-Campanella indique ainsi qu'il « y a toujours des tableaux qui sont un peu à cheval »<sup>13</sup>, avant de citer les symptômes liés à des syndromes démentiels, des encéphalopathies hépatiques ou des ivresses comme étant à tort attribués à des causes psychiatriques. Lors d'échanges informels en période d'observation ont également été cités les troubles neurofonctionnels, certaines maladies génétiques ou neurologiques. A contrario, il peut arriver qu'une problématique psychiatrique ne soit pas identifiée en raison du profil du patient. C'est par exemple le cas de décompensations psychotiques chez le sujet âgé : si l'âge peut aggraver des troubles psychiatriques, ceux-ci peuvent être attribués à des pathologies neurodégénératives. Ainsi, Monsieur Noto-Campanella ajoute : « d'autres personnes, justement, des patients âgés, connus pour des syndromes démentiels et neurodégénératifs peuvent trop facilement être écartés de la psychiatrie alors qu'ils peuvent présenter de véritables épisodes dépressifs, des vrais syndromes de troubles de l'humeur, qui doivent être pris en charge par un

---

<sup>12</sup> Notes d'observations

<sup>13</sup> Entretien de Cyril Noto-Campanella (en annexe)

psychiatre, [...] qui ne relèvent pas à chaque fois de son syndrome démentiel ». Les interactions importantes entre problématiques gériatriques et psychiatriques<sup>14</sup> sont ainsi une des causes de confusion lors de l'orientation du patient, qui ne peut être atténuée que par la pluridisciplinarité et le dialogue entre spécialités.

Par ailleurs, certains patients relevant effectivement de la psychiatrie peuvent relever simultanément d'une autre spécialité. Madame la docteure Chloé Bougerol évoque la situation d'une patiente chez qui un diagnostic de neurolupus avait été posé mais n'expliquait pas l'ensemble de ses symptômes dont certains étaient psychiatriques. A son sujet, elle explique que « le patient c'est un tout. Et ce n'est pas parce qu'il a une pathologie A + une pathologie B que si on prend que la pathologie A en charge et que la pathologie B il ira bien, en fait il faut prendre le tout ensemble et c'est un peu plus compliqué [...] c'est un peu les écueils aussi de ce qu'on appelle maintenant la médecine d'hyper spécialité, où chacun est très bon dans son domaine mais finalement n'arrive plus à voir l'ensemble du tableau et ne voit qu'une infime partie du tableau. ». Le choix du lieu de prise en charge de ces patients, dans un service de psychiatrie ou un autre, est effectué par arbitrage en fonction de ce qui est le plus adapté au patient lui-même. Madame Bougerol cite l'exemple d'une patiente admise pour surdosage de son traitement au lithium : le surdosage lui-même relevait d'une prise en charge somatique, mais le traitement était lié à un trouble bipolaire. La patiente était prise en charge en psychiatrie. Elle considère que dans ce cas, « qu'elle ait été en médecine ou chez nous personne aurait su la prendre en charge. Que ce soit nous ou que ce soit les services de médecine en fait c'est... Elle est confuse, c'est trop compliqué ».

Le service d'urgence est confronté à la même difficulté de ces patients au tableau clinique complexe. Les professionnels des urgences décident de l'orientation des patients en fonction d'un certain nombre de critères, dont l'urgence à traiter l'une ou l'autre des pathologies, ou l'orientation la plus probable. En outre, un des éléments pris en compte dans la détermination de la spécialité est l'historique de prise en charge. Monsieur Noto-Campanella indique que parfois « il suffit qu'il y en ait un qui ait déjà pris en charge le problème, on va identifier que c'est lui. Un patient addict [...] [qui] a déjà été en gastro trois fois, la quatrième fois il y a des grandes chances qu'il soit réservé pour les gastros [...] on ne va pas dire il va basculer en psychiatrie. Le patient qui a fait deux séjours en psychiatrie même s'il y a des problématiques neurologiques sous-jacentes, [...] les neurologues ne

---

<sup>14</sup> LEBERT Florence et THOMAS-ANTERION Catherine, « Chapitre 5. Le concept de "démence vésanique" », *Neuropsychologie en psychiatrie*, De Boeck Supérieur, Louvain-la-Neuve, coll. « Neuropsychologie », 2019, p. 109-120.

vont pas le prendre [...] [et il] va refaire un aller en psychiatrie »<sup>15</sup>. Cette attribution en fonction de l'historique contribue à rigidifier les orientations : un diagnostic psychiatrique peut ainsi déterminer des diagnostics et orientations futures.

---

<sup>15</sup> Entretien Docteur Noto-Campanella

## 1.2 Être « psychiatrique » : iatrogénie de l'étiquette et regard porté sur le patient

Le simple fait, pour une personne, d'être catégorisé comme patient de psychiatrie a des effets néfastes sur son affiliation sociale, mais également sur la façon dont il est perçu par les professionnels du soin somatique.

### 1.2.1 L'iatrogénie intrinsèque de l'étiquette « psychiatrique »

On appelle iatrogène « une manifestation pathologique due à un acte médical »<sup>16</sup>.

Si le pathologique désigne non l'écart à une norme biologique<sup>17</sup> mais les conséquences sur la vie de la personne qu'a cet écart, ou autrement dit les restrictions de participation qui en découlent, on peut considérer que le pathologique en psychiatrie est lié à la désaffiliation sociale qu'un trouble psychotique ou névrotique entraîne. Ainsi, Monsieur Rodolphe Ollier explique que « la pathologie psychiatrique [...] désocialise beaucoup les gens ». De même, Madame la docteure Chloé Bougerol indique que parmi les patients psychiatriques se trouvent « des gens qui sont loin de l'emploi, loin de la vie sociale, loin de tout »<sup>18</sup>. En règle générale, les enquêtés perçoivent la pathologie psychiatrique comme une pathologie entraînant des difficultés à entrer en relation et à s'insérer dans le tissu social. André Bourguignon indique de même qu'il est largement admis que « seules les personnes souffrant de leur état psychique ou incapables de vivre en société relèvent de la psychiatrie, qu'elles s'adressent spontanément ou pas à un thérapeute »<sup>19</sup>. Monsieur Abed Frigui introduit ici une nuance, considérant que toutes les pathologies psychiatriques ne sont pas nécessairement fortement désaffiliantes. Il admet cependant que « si on considère un autre type de maladie comme la schizophrénie, elle, directement, elle désocialise le patient »<sup>20</sup>. Monsieur le docteur Cyril Noto-Campanella ajoute que « en psychiatrie, on sait bien qu'il y a beaucoup de pathologies où on ne va pas guérir la problématique [...] mais il va falloir apporter les moyens [...] aux patients de s'adapter à son milieu social, de pouvoir fonctionner ». Ainsi, l'un des rôles thérapeutiques de la psychiatrie est de permettre l'affiliation sociale du patient, comme le prône la réhabilitation psycho-sociale, ainsi que la théorie du rétablissement<sup>21</sup>. La désaffiliation sociale peut donc être entendue comme manifestation pathologique dans le champ de la psychiatrie.

---

<sup>16</sup> Le Robert

<sup>17</sup> CANGUILHEM Georges, « IV. Maladie, guérison, santé », *Le normal et le pathologique*, Presses Universitaires de France, Paris cedex 14, coll. « Quadrige », 2013, p. 155-176.

<sup>18</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

<sup>19</sup> BOURGUIGNON André, « 7 - Le sujet fou », *Questions*, 1994, p. 239-278.

<sup>20</sup> Entretien d'Abed Frigui (en annexe)

<sup>21</sup> CHAMBON Nicolas, « Reconnaître et agir sur la dimension sociale du trouble », *Rhizome*, n° 3, vol. 6566, 2017, p. 37-39, [<https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0037>].

Par ailleurs, cette désaffiliation, dans ses deux dimensions de non-intégration par le travail et de non-insertion<sup>22</sup>, a elle-même des conséquences néfastes sur la santé du patient. On sait ainsi que la précarité, liée à la non-intégration, s'accompagne d'un risque accru de morbidité<sup>23</sup>, somatiques mais également psychiatriques<sup>24</sup>. Sur cette question des conséquences en termes de souffrance psychique et de troubles psychiatriques de la non-intégration, Monsieur Rodolphe Ollier, interrogé à ce sujet, indique que « la précarité entraîne des problématiques psychiques, forcément »<sup>25</sup>. Un autre aspect de la désaffiliation est, selon Robert Castel, la non-insertion. Or, les enquêtés soulignent les risques d'isolement social qui découlent d'une pathologie psychiatrique. Ainsi, monsieur le Docteur Etienne Ojardias les décrit comme des pathologies de la relation. Cet aspect concerne essentiellement les psychoses, dont l'un des symptômes selon le *Center for Addiction and Mental Health* est précisément « la tendance à se replier sur soi, de restreindre les activités de socialisation ». Or, cette non-insertion a des effets sur la santé des patients. Monsieur le Docteur Etienne Ojardias ajoute ainsi que « l'isolement social [...] va créer l'absence de relation, l'absence de stimulation cognitive, qui va avoir des retentissements et des répercussions psychiatriques voire cognitives et notamment une maladie neurodégénérative qui va s'installer plus fréquemment ». Ainsi, si la pathologie psychiatrique est une pathologie désaffiliante et une pathologie de la désaffiliation, cette désaffiliation est un facteur de risque morbide.

En outre, on peut considérer que le diagnostic psychiatrique, au sens de l'acte médical d'apposition de l'étiquette de « patient psychiatrique » a des conséquences désaffiliante. Au-delà des conséquences en termes de socialisation de la durée des hospitalisations en psychiatrie, c'est bien la catégorisation comme patient psychiatrique qui est elle-même désaffiliante, dans la mesure où elle constitue un stigmat. La stigmatisation, selon Erving Goffman, est le processus par lequel un individu « n'étant en rien différent d'un quelconque être humain, alors même qu'il se conçoit (et que les autres le définissent) comme quelqu'un à part »<sup>26</sup>. Madame la Docteure Chloé Bougerol affirme à l'égard des patients psychiatriques « qu'ils sont stigmatisés quand même<sup>27</sup> ». La stigmatisation des patients psychiatriques est un fait admis, et si l'on distingue la figure du « fou », du « malade

---

<sup>22</sup> CASTEL Robert, *La montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu*, 2009.

<sup>23</sup> HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, « Inégalités sociales de santé et précarité ».

<sup>24</sup> FURTOS Jean, « La précarité et ses effets sur la santé mentale », *Le Carnet PSY*, n° HS2, Hors-série, 2023, p. 9-16, [<https://doi.org/10.3917/lcp.hs2.0009>].

<sup>25</sup> Entretien Rodolphe Ollier

<sup>26</sup> GOFFMAN Erving, *Stigmat. Les usages sociaux du handicap*, Les éditions de minuit, Paris, 1963.

<sup>27</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

mental » et du « dépressif »<sup>28</sup>, ces trois catégories s'accompagnent d'a priori plus ou moins importants. Or, cette stigmatisation est elle-même source de désaffiliation. On constate ainsi que « des personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques – font notamment part d'une discrimination vécue pour « se faire des amis et les garder » (47 % d'entre eux), dans les relations avec la famille (43 %) ou pour trouver un travail (29 %) »<sup>29</sup>. Cette stigmatisation est également ressentie par les patients, qui s'inquiètent de recevoir un diagnostic psychiatrique. Ainsi, selon monsieur Abed Frigui, « beaucoup de patients, par exemple qui découvrent un adultère et qui dépriment et qui passent par nous, ils ont peur de l'étiquette, parce que c'est une étiquette qui ne s'enlève pas, c'est la stigmatisation ». Ainsi, considérant que le pathologique en psychiatrie est notamment la désaffiliation même, que la désaffiliation a des conséquences en termes de morbidité, et par ailleurs que le diagnostic psychiatrique est un acte médical en lui-même stigmatisant et donc désaffiliant, on peut affirmer que le diagnostic psychiatrique répond à la définition de l'iatrogénie. Il faut toutefois noter que cette iatrogénie intrinsèque est un élément à porter à l'équilibre bénéfice-risque. En effet, un patient souffrant réellement de troubles psychiatriques et nécessitant une prise en charge de ces troubles bénéficiera largement plus de son diagnostic qu'il n'en souffrira. Cependant, cette iatrogénie n'est pas négligeable lorsqu'on envisage la prudence avec laquelle un tel diagnostic doit être porté, avec une attention importante aux diagnostics différentiels éventuels.

### **1.2.2 La stigmatisation du patient psychiatrique par les professionnels du soin urgent**

Le regard porté sur le patient par les professionnels du soin est modifié, toute chose égale par ailleurs, par son appartenance à la catégorie des « patients psychiatriques ». Ainsi, des observations effectuées dans des services d'urgences permettent de noter des différences dans la désignation même de ces patients par les professionnels. On note par exemple que pour évoquer un patient relevant d'une prise en charge en psychiatrie, on use volontiers de l'expression « un psy », plutôt que de son nom, de sa localisation (« le box X »), ou de termes affectueux locaux (« bichette »). Si l'on peut s'interroger plus généralement sur la façon dont les professionnels discutent des patients entre eux, force est de constater que les patients psychiatriques sont ramenés à une identité univoque d'appartenance à cette catégorie. Cela ne semble par ailleurs pas être le cas pour les autres spécialités : on n'entend pas aux urgences l'expression « le traumatisme » ou « le pneumo » pour désigner

---

<sup>28</sup> CARIA Aude, ARFEUILLERE Sophie, VASSEUR-BACLE Simon et LOUBIERES Céline, « Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ? », *La Santé de l'homme*, n° 419, 2012, p. 25-27.

<sup>29</sup> *Ibid.*

des patients relevant de ces spécialités. Monsieur Abed Frigui fait le parallèle avec les malades du SIDA, ainsi que les personnes en situation de handicap, que l'on désignait autrefois par « sidéen » ou « handicapé ». Il considère que le terme de « psychiatrique » pour ces patients relève de la même essentialisation du patient, qui est désigné comme sa maladie et non une personne malade<sup>30</sup>.

Cette stigmatisation est renforcée par le manque de connaissances au sujet de la psychiatrie<sup>31</sup> sans être diminuée par le contact direct avec des patients psychiatriques<sup>32</sup>. Les enquêtés indiquent ainsi qu'une des causes de la différence de traitement dont font l'objet les patients psychiatriques est lié aux désordres que certains peuvent causer aux urgences, citant ainsi « le quinzième malade de psychiatrie qui vient et qui crie<sup>33</sup> », mais également « l'absence de sensibilisation [...] [qui conduit certains urgentistes à] avoir des comportements inappropriés vis-à-vis de la prise en charge des patients <sup>34</sup>».

La différence de regard porté sur les patients psychiatriques peut prendre plusieurs formes. Ainsi, monsieur le docteur Pierre-Antoine Dupain, urgentiste, admet que « c'est des gens qui sont malades, et peut-être auxquels on n'accorde pas trop d'importance »<sup>35</sup>. A ce sujet, Monsieur Rodolphe Ollier relate qu'il y a quelques années, « quand il y avait des problèmes de brancard, c'était les patients de psychiatrie qui étaient mis sur des chaises. Régulièrement, quand il n'y avait pas assez de repas pour tous les patients en bas, c'était les patients de psychiatrie qui ne mangeaient pas. [...] pas qu'ils étaient sadisés [...] mais ils suscitent quand même des contre-attitudes fortes <sup>36</sup>» et estime que cette attitude était liée à un agacement vis-à-vis de patients se présentant régulièrement aux urgences, ayant parfois des comportements inappropriés et désordonnés. Cependant, les patients souffrant de pathologies psychiatriques ne sont pas les seuls patients chez qui on peut observer un comportement pouvant perturber le fonctionnement des urgences. Monsieur le docteur Cyril Noto-Campanella explique ainsi « qu'un patient qui est âgé, qui est dément, qui va insulter une infirmière, on va dire « bichette, il n'a plus sa tête, le pauvre ». Un patient psychiatrique qui va insulter quelqu'un, on va dire « c'est vraiment un \*\*\*\*\* , il est méchant avec nous ». Alors que c'est la même chose. C'est une altération pathologique du cours de sa pensée et de son contenu, donc ce n'est pas... ça ne doit pas être pris différemment et pour autant

---

<sup>30</sup> Entretien d'Abed Frigui (en annexe)

<sup>31</sup> CLAVOT Valérie et BIGLIETTO Jonathan, « La stigmatisation des personnes atteintes de maladies psychiatriques prise en charge par le personnel soignant : une revue de la littérature », *Hegel*, n° 4, 2023, p. 241-249.

<sup>32</sup> *Ibid.*

<sup>33</sup> Entretien d'Etienne Ojardias (en annexe)

<sup>34</sup> Entretien d'Etienne Ojardias (en annexe)

<sup>35</sup> Entretien de Pierre-Antoine Dupain (en annexe)

<sup>36</sup> Entretien de Rodolphe Ollier (en annexe)

c'est comme ça »<sup>37</sup>. Il ajoute que « chez les somaticiens [...] On a plutôt tendance à faire des raccourcis et ne pas interpréter par le biais de leur pathologie, mais les interpréter comme si c'était des gens tout à fait normaux et à dire « s'il agressif donc c'est que c'est une mauvaise personne, ce n'est pas qu'il est malade, c'est quelqu'un de néfaste, on n'a pas besoin de l'aider<sup>38</sup> ». On constate ainsi que si le patient de psychiatrie est régulièrement réduit à sa qualité de « psychiatrique », celle-ci ne provoque pas une plus grande indulgence à son égard mais au contraire renforce des comportements discriminants. A ce sujet, monsieur le docteur Cyril Noto-Campanella conclut que « le problème c'est qu'on n'arrive pas à faire la part des choses entre le caractère d'une personne et ce qui est en lien avec sa maladie ». Le point de vue porté par les professionnels de santé sur le patient psychiatrique n'est donc pas assimilable au regard porté sur une personne malade, en l'occurrence d'une pathologie psychiatrique. La pathologie psychiatrique est ainsi perçue comme une caractéristique intrinsèque du patient, comparable à un trait de caractère. L'idée selon laquelle pathologie psychiatrique est synonyme de dangerosité est également répandue parmi les soignants de somatique. Mme la docteure Chloé Bougerol explique ainsi que « quand on doit muter nos patients à côté, [...] c'est "mais est-ce qu'il est dangereux, est-ce qu'il faut le contenir ?" ». Cette défiance à l'égard des patients psychiatriques, ainsi que l'ensemble des a priori négatifs dont ils sont l'objet, contribuent à une prise en soin de moindre qualité des patients psychiatriques par les professionnels du soin somatique.

---

<sup>37</sup> Entretien de Cyril Noto-Campanella (en annexe)

<sup>38</sup> Entretien de Cyril Noto-Campanella (en annexe)

### **1.3 Les enjeux de la prise en charge de la problématique somatique chez le patient psychiatrique aux urgences**

Le patient, une fois identifié comme patient psychiatrique, peut nécessiter une prise en charge somatique. Or, on constate que cette prise en charge comporte un certain nombre de limite pour ces patients spécifiques.

#### **1.3.1 L'organisation de la prise en charge somatique aux urgences du patient psychiatrique**

La façon dont s'organise la prise en charge somatique du patient psychiatrique se présentant aux urgences conventionnelles est organisée autour de la « désomatisation ». Ce processus consiste à écarter toute cause somatique des symptômes que présente le patient, ainsi qu'à identifier tout problème somatique aigu. En effet, de nombreuses causes somatiques peuvent se traduire par des symptômes similaires à ceux d'une maladie psychiatrique. Monsieur Abed Frigui, à ce sujet, explique que « l'idée dans toutes les pathologies psychiatriques c'est qu'un patient qui prend des drogues ça simule une pathologie psychiatrique, un patient qui a une tumeur au cerveau ça simule, une petite hémorragie cérébrale ça simule, une infection encéphalique... »<sup>39</sup>

Actuellement, et avant ouverture de l' « UAP », cette prise en charge se déroule comme tel : le patient se présente à l'IOA somatique, et est orienté vers un membre du corps médical, en général un externe, qui effectue un premier filtre. S'il identifie chez le patient une problématique somatique, ou qu'une incertitude demeure, le patient est ensuite vu par un urgentiste senior, qui écarte tout doute sur l'existence d'une affection somatique ou organise sa prise en charge le cas échéant. Si le patient ne relève pas d'une prise en charge somatique, il est ensuite orienté vers les psychiatres présents aux urgences, porte d'entrée vers des soins psychiatriques. S'il doit demeurer aux urgences dans l'attente d'un transfert en unité de court séjour psychiatrique (CAP72) ou d'une hospitalisation complète en UA, il attend au sein des urgences conventionnelles, dans le même environnement que les autres patients.

Cette organisation est régulièrement jugée insatisfaisante par les professionnels. Ceux-ci évoquant notamment les éventuelles nuisances pour les autres patients que causent certains patients de psychiatrie. De même, les difficultés que posent ces patients sont considérées comme pesant sur les professionnels du soin urgent. Ainsi, Pierre-Antoine Dupain explique que « pour l'externe de psychiatrie », désignant par-là l'externe des

---

<sup>39</sup> Entretien d'Abed Frigui (en annexe)

urgences chargé de la désomatisation des patients psychiatriques pour la journée, « du moment qu'il n'y a pas une affinité particulière, c'était toute la journée la même chose ». Le patient psychiatrique est ainsi considéré comme une charge, et un facteur de désorganisation et de mauvaises conditions de travail pour les professionnels. Monsieur le docteur Pierre-Antoine Dupain ajoute ainsi qu' « après une nuit à entendre un patient hurler, c'était moi qu'il fallait attacher, hein. Franchement des fois on n'est pas loin de devenir fous aussi ».

La prise en charge du somatique pour les patients psychiatriques se présentant aux urgences est également imparfaite pour le patient lui-même. On constate ainsi que certains se présentent aux unités d'admission avec des problématiques somatiques non détectées alors même qu'ils ont été désomatisés. Madame la docteure Chloé Bougerol relate à ce sujet : « la prise en charge aux urgences, il y a des fois ça mériterait quand même que certains patients soient revus, on a quand même eu une dame qui est montée avec de multiples hématomes. [...] Mutique, donc oui pour la psychiatrie, en plus elle était connue de la psy, avec des décompensations un peu dans le même style, enfin là elle était vraiment couverte de bleus du haut du corps jusqu'aux jambes, et [...] on retrouve dans le dossier des urgences "examen strictement normal" »<sup>40</sup>

Un certain nombre de raisons peuvent expliquer l'écart entre la lettre, qui veut que pour chaque patient admis en psychiatrie toute affection somatique ait été écartée, ou qu'à minima ces problématiques aient été identifiées et notifiées aux somaticiens de psychiatrie ; et la pratique dans laquelle certaines problématiques somatiques, pourtant aisément identifiables, ne le sont pas.

### **1.3.2 Les obstacles à la bonne prise en charge somatique du patient psychiatrique**

Un premier obstacle tient à la force de l'étiquette « psychiatrique », comme exposée précédemment. En effet, bien que les patients souffrant de troubles psychiatriques soient plus exposés que la population générale à souffrir de problématiques associées, ils ne sont pas perçus comme tel. Si cette situation a été paroxystique il y a quelques décennies, époque à laquelle « qu'on avait des grands penseurs de la psychanalyse qui disaient "si le patient est schizophrène ou s'il a un trouble psychiatrique grave il est indemne de toute autre pathologie somatique" <sup>41</sup>» comme l'explique Madame la docteure Chloé Bougerol, aujourd'hui encore l'affection somatique est en partie invisibilisée chez le patient psychiatrique.

---

<sup>40</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

<sup>41</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

Monsieur le docteur Cyril Noto-Campanella indique que « c'est une identité, d'être "psy"[...] et donc il va rentrer directement dans tous les biais qu'on a vu au début, il va être moins bien vu, moins bien examiné, pas pris sur le même niveau d'objectivité et d'exhaustivité <sup>42</sup> ». Il ajoute que certains patients psychiatriques « parfaitement équilibrés, qui vont se blesser en ouvrant une boîte de conserve, on va dire "c'est un patient psy qui s'est fait une plaie", on ne va pas dire "c'est une plaie". Alors qu'un insuffisant cardiaque, il vient pour une plaie, on dit "c'est une plaie". On ne dit pas "voilà, c'est encore un insuffisant cardiaque... <sup>43</sup> ». Il conclut que l'étiquette de « patient psychiatrique » : « ça les différencie. Voilà c'est ça, exactement, ça les différencie. On ne le prend pas en charge de la même manière qu'un autre parce qu'on n'a plus la même vision objective et égalitaire entre les autres patients<sup>44</sup> ». Cette identité a pour conséquence immédiate que les professionnels du soin somatique ne se considèrent pas comme devant participer à leur prise en charge.

A ce propos, Madame la docteure Chloé Bougerol explique que « typiquement, ce monsieur avec les grosses escarres, qui je pense n'aurait pas mérité de rentrer chez lui juste d'un point de vue somatique, en dehors de la pathologie psychiatrique, si on ne le prenait pas en psychiatrie il rentrerait chez lui ce monsieur. Les urgentistes ont dit "ce n'est pas pour nous" »<sup>45</sup>. Cet exemple montre une tendance des urgentistes à se désengager de la prise en charge lorsque le patient est étiqueté comme « patient psychiatrique », avec des conséquences pouvant être défavorables au patient.

En ce qui concerne la nécessité d'écarter les causes somatiques d'un symptôme mimant une pathologie psychiatrique, Monsieur Abed Frigui évoque un de ses patients arrivé en état de confusion aux urgences. Ces confusions étaient causées par une infection, or, le patient étant connu comme patient psychiatrique, sa confusion avait été immédiatement attribuée à sa pathologie<sup>46</sup>. Cela confirme l'idée selon laquelle la maladie psychiatrique résume, pour beaucoup de professionnels de santé, l'ensemble de l'individu.

Outre l'occultation d'une orientation somatique par l'affection psychiatrique, la prise en charge insuffisante des patients psychiatriques pour leurs problématiques somatiques peut s'expliquer par un désintérêt à cette patientèle à faible valeur mobilisatrice. L'idée selon laquelle les professionnels des urgences accordent une importance moindre aux patients psychiatriques est liée pour les enquêtés au fait que ceux-ci sont perçus comme présentant d'ordinaire des problèmes d'une faible gravité. Monsieur le docteur Pierre-Antoine Dupain affirme ainsi que « c'est des gens qui sont malades, et peut-être auxquels on n'accorde pas

---

<sup>42</sup> Entretien de Cyril Noto-Campanella (en annexe)

<sup>43</sup> Entretien de Cyril Noto-Campanella (en annexe)

<sup>44</sup> Entretien Cyril Noto-Campanella

<sup>45</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

<sup>46</sup> Entretien d'Abed Frigui (en annexe)

trop d'importance. C'est rarement très grave, mais aux urgences, on a plutôt tendance à se focaliser sur les patients graves<sup>47</sup> ». La faible valeur mobilisatrice de ces patients est également une piste d'explication du fait que la personne les examinant pour le somatique est en principe un externe de quatrième année. Monsieur Abed Frigui, à cet égard, rappelle que la psychiatrie n'est abordée qu'en cinquième ou sixième année dans le cursus de médecine, et que ces externes ne sont en général pas en mesure de « vraiment explorer les étiologies » des symptômes ambigus.

Monsieur le docteur Cyril Noto-Campanella souligne que si les urgentistes sont réticents à prendre en charge les patients psychiatriques, c'est parce qu'ils ont vis-à-vis de la psychiatrie comme spécialité « de la méconnaissance par désintérêt<sup>48</sup> ». Selon lui, les urgentistes « ne s'intéressent pas à la spécialité, donc n'ont pas la même connaissance qu'ils ont sur la psychiatrie qu'ils peuvent avoir sur la cardiologie, et donc forcément, ils ne sont pas aptes à les gérer de manière aussi fine qu'ils vont gérer l'infarctus du myocarde<sup>49</sup> ». Evoquant son propre rapport à la psychiatrie, monsieur le docteur Pierre-Antoine Dupain explique par ailleurs qu'il n'aurait « par exemple pas fait de stage en psychiatrie parce qu'[il savait] que c'était inutile pour [lui] <sup>50</sup>».

Un autre aspect rendant plus compliquée la prise en charge somatique de ces patients est lié aux caractéristiques mêmes de certaines pathologies. En tant que maladie du relationnel, la pathologie psychiatrique peut en effet affecter « la relation médecin malade<sup>51</sup> ». De plus, on l'a vu, la pathologie psychiatrique est un facteur d'entrée en précarité. La précarité, à son tour, favorise l'éloignement du soin. En conséquence, « s'il y a des diagnostics ils sont beaucoup plus tardifs, s'il y a une prise en charge, généralement il n'y a pas d'adhésion au soin, [...] ils sont souvent précaires et ils ont souvent des comorbidités, ils finissent dans des addictions »<sup>52</sup>. Par ailleurs, la pathologie psychiatrique peut modifier l'importance que l'individu accorde à certains aspects de sa santé physique. Monsieur Abed Frigui considère ainsi que des patients psychiatriques pourraient retarder leur prise en charge dentaire parce qu'« ils ont moins ce reflet des choses »<sup>53</sup>.

Le discours des patients psychiatriques sur leurs propres symptômes peut être mis en doute, parce qu'on considère que leur affection est à l'origine de leurs maux somatiques. Ainsi, « les trois quarts des patients psychiatriques sont anxieux, et les trois quarts des

---

<sup>47</sup> Entretien de Pierre-Antoine Dupain (en annexe)

<sup>48</sup> Entretien Cyril Noto-Campanella

<sup>49</sup> Entretien Cyril Noto-Campanella

<sup>50</sup> Entretien Pierre-Antoine Dupain

<sup>51</sup> Entretien d'Etienne Ojardias (en annexe)

<sup>52</sup> Entretien d'Abed Frigui (en annexe)

<sup>53</sup> Entretien d'Abed Frigui (en annexe)

anxieux ont mal au thorax. Donc si on fait les calculs, ça fait la moitié des patients psychiatriques qui à un moment ou un autre se plaignent de douleurs thoraciques. Je pense qu'on les prend mal en charge, enfin, faut être honnête. [...] On va instinctivement moins y croire <sup>54</sup>». De plus, « quand ils arrivent aux urgences, on est tellement habitués à les voir souvent pour des motifs plus sociaux, il dit j'ai une douleur au thorax mais en fait il veut juste passer la nuit à l'hôpital. On est tellement habitués à ce qu'ils nous baratinent [...] à un moment donné on n'y croit pas », et « il y a une perte de crédibilité ce qui fait qu'il y a une moins bonne prise en charge, un retard de prise en charge »<sup>55</sup>.

Une autre raison donnée au manque de crédibilité de la parole de cette catégorie de patients est liée à l'idée que leur affection première les rend incapable d'exprimer et d'interpréter correctement ce dont ils souffrent. A ce sujet, monsieur le docteur Pierre-Antoine Dupain expose : « on a des informations floues. Le patient psychiatrique, s'il a donné des versions complètement différentes quinze fois, on n'aura pas de version fiable, ils ont des entourages souvent, alors il y a des exceptions, mais pas très fiable. » Madame la docteure Chloé Bougerol affirme à son tour : « c'est souvent ce que je constate, c'est qu'ils n'ont pas conscience de leur corps, ou alors ils l'attribuent à des phénomènes externes, celui qui avait la tumeur qui n'arrivait pas à manger, au niveau du médiastin, lui c'était parce qu'un curé... Enfin, c'était un délire un peu récurrent mais en tout cas ça s'intégrait dans son délire, c'était le curé qui lui envoyait des mauvaises ondes, c'est pour ça qu'il ne pouvait pas manger ».

Enfin, les patients psychiatriques sont parfois compliqués à examiner d'un point de vue somatique en raison de certains symptômes de leur pathologie. Les patients schizophrènes, par exemple, ont une tendance à se vêtir excessivement, rendant ardu l'identification d'une dénutrition ou de plaies sur le corps. Interrogée à ce sujet, madame la docteure Chloé Bougerol confirme avoir été ainsi confrontée à un patient qui en plein été portait « veste, trois pulls, trois t-shirts ».

Ainsi, la prise en charge somatique des patients psychiatriques est insuffisante, pour des raisons tenant aussi bien à l'organisation de leur dédouanement somatique, qu'au regard qui leur est porté et à des caractéristiques de leurs affections.

Il apparaît donc que les urgences conventionnelles sont le lieu d'une classification et d'une identification des patients, et ce notamment comme patient psychiatrique, et que celle-ci a des conséquences directes sur leur perception et leur prise en charge. Elles sont par

---

<sup>54</sup> Entretien de Pierre-Antoine Dupain (en annexe)

<sup>55</sup> Entretien d'Abed Frigui (en annexe)

ailleurs le lieu d'une cohabitation entre professionnels du soin somatique et psychiatrique, et peuvent nous éclairer quant aux relations qui les régissent.

## **2 Médecins et soignants de psychiatrie et de somatique : se comprendre pour mieux soigner**

### **2.1 Médecine psychiatrique, médecine d'urgence : l'existence de compétences communes à l'épreuve de l'exercice**

Si les médecins urgentistes peinent à prendre en charge les patients de psychiatrie, on constate une réticence des psychiatres à adopter un point de vue somatique. Cependant, bien que ces spécialistes soient éloignés, ils n'en demeurent pas moins formés à la prise en charge de certaines des pathologies rencontrées.

#### **2.1.1 Des spécialistes et des infirmiers a priori capables de polyvalence**

Les spécialistes de l'urgence et de la psychiatrie ont en principe une formation leur permettant de prendre en charge quelques problématiques de faible gravité appartenant aux autres champs, de par leur formation initiale.

La médecine d'urgence, principalement, a vocation à être une médecine d'une grande polyvalence. Jusqu'à la rentrée 2017 le DES de médecine d'urgence n'existait pas, et les médecins urgentistes étaient en règle générale des médecins ayant obtenu un DES de médecine polyvalente suivi d'une spécialisation complémentaire en médecine d'urgence. Monsieur le docteur Noto-Campanella considère ainsi : « en tant que médecin urgentiste, on a ce rôle, ce besoin d'être polyvalent. On doit quand même s'intéresser à toutes les spécialités, à chaque dimension urgente qu'il y a au travers de toutes les spécialités, que ce soit la cardiologie, la traumatologie. La psychiatrie étant une spécialité à part entière, on se doit de savoir gérer l'urgence psychiatrique. C'est une partie inhérente de notre fonction, de notre métier <sup>56</sup> ». Il fait le parallèle avec d'autres spécialités en ajoutant que « ça fait partie de l'urgence de détecter l'urgence suicidaire, de détecter un trouble délirant ou... voilà, ou un patient bipolaire en phase maniaque décompensée, c'est quand même trois urgences assez importantes qui sont faciles à détecter, et à mon avis c'est le rôle du médecin urgentiste somaticien d'être capable a priori d'évaluer le risque et de surveiller et d'apporter les mesures nécessaires au bon contrôle de ces patients. Ce n'est pas nécessairement au psychiatre de venir à cette phase toute initiale, de la même manière qu'à une phase initiale d'un polytraumatisé on ne va pas demander à l'orthopédiste, alors que les radios ne sont pas faites, de venir dire s'il faut hospitaliser ou pas le patient. On fait

---

<sup>56</sup> Entretien de Cyril Noto-Campanella (en annexe)

notre évaluation, on fait notre travail, on évalue les lésions post traumatiques, et on évalue le besoin du spécialiste ou pas. Donc pour le psychiatrique, c'est pareil, on fait une évaluation initiale, on fait notre travail d'argentiste et on évalue dans les suites le besoin et le recours au spécialiste <sup>57</sup> ». La psychiatrie demeure cependant une spécialité dans laquelle peu de médecins urgentistes souhaitent se former. Monsieur le docteur Pierre-Antoine Dupain explique qu'en ce qui le concerne, il a « appris tout ça pour les ECN, sur les bouquins, [...] mais sans trop [s]'y intéresser » et qu'il ne connaît « personne qui est allé passer un diplôme de psy complémentaire, même de lire des trucs<sup>58</sup> ».

A l'inverse, les médecins psychiatres doivent être en mesure de prendre en charge chez leur patient certaines problématiques somatiques liées aux thérapeutiques de psychiatrie. Ainsi, comme l'explique Madame la docteure Chloé Bougerol, « leurs traitements en fait ont aussi énormément d'effets somatiques. D'effets indésirables somatiques. Et normalement chaque prescripteur est responsable des effets indésirables des traitements qu'il prescrit. Y compris somatiques pour les psychiatres<sup>59</sup> ». Monsieur Abed Frigui explique en outre que s'il est interne en psychiatrie, il a « pratiquement tout vu » lors de son externat et que cette grande variété de stages lui permet un dialogue éclairé avec ses collègues d'autres spécialités.

De même, depuis qu'il n'existe plus de formation spécifique pour les infirmiers et infirmières de psychiatrie, ceux-ci reçoivent le même enseignement que leurs homologues de somatique, et doivent en principe être en mesure, à la sortie de l'IFSI, de produire les mêmes actes de soin. Monsieur le Docteur Pierre-Antoine Dupain le souligne en indiquant que « que l'infirmier de psy va nous demander de faire un dextro alors qu'il a le même diplôme »<sup>60</sup>, indiquant par là-même une réticence de ces infirmiers à user de ces compétences.

En effet, malgré cette capacité de principe à prendre en charges des pathologies variées, force est de constater que les professionnels de psychiatrie et de médecine d'urgence ne le font pas en ce qui concerne leurs champs respectifs.

### **2.1.2 La friction du quotidien et l'érosion des compétences acquises**

La pratique quotidienne d'une spécialité peut éloigner ses professionnels de leurs éventuels autres champs d'action. Ce mécanisme que l'on peut nommer « érosion des compétences par l'habitude », ou par le quotidien, se traduit ici par une réticence de plus en plus

---

<sup>57</sup> Entretien de Cyril Noto-Campanella (en annexe)

<sup>58</sup> Entretien de Pierre-Antoine Dupain (en annexe)

<sup>59</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

<sup>60</sup> Entretien de Pierre-Antoine Dupain (en annexe)

importante à prendre en charge des affections variées lorsqu'on se spécialise par l'expérience. Comme le résume Madame la docteure Chloé Bougerol, « ils ont plus l'habitude donc ils le font plus. Et souvent ça leur fait très peur »<sup>61</sup>. Cependant, une injonction de la part d'une personne extérieure à la spécialité peut, en affirmant la légitimité d'un acte, le réintroduire chez un professionnel ayant cessé de le pratiquer. Ainsi, au sujet de la surveillance des effets secondaires des traitements neuroleptique, Madame la docteure Chloé Bougerol explique avoir demandé à ses collègues psychiatres de se charger de la lecture des électrocardiogrammes dans les services de psychiatrie, étant donné que celle-ci est de leur responsabilité, avec un résultat favorable.

Cette érosion par le quotidien est également évoquée par Monsieur le docteur Pierre-Antoine Dupain, qui admet que « plus on bosse, avec les années, plus on s'éloigne de ce qu'on a appris ». De plus, les savoirs évoluant, il est envisageable que les connaissances acquises lors de leur formation initiale par les médecins ne soient plus actuelles, renforçant le sentiment d'illégitimité à pratiquer une médecine sur laquelle ils ne se forment plus.

De surcroît, la pratique de la psychiatrie peut amener à considérer qu'exercer des actes relevant de la prise en charge somatique est contraire à la relation établie avec le patient. Madame la docteure Chloé Bougerol ainsi considère comme erronée l'idée de certains psychiatres et infirmiers psychiatriques selon laquelle « on ne peut pas toucher le patient parce qu'on va rompre le lien qu'on a avec lui ». « Parce qu'on fait un travail psychothérapeutique, il nous raconte toute sa vie... Si on touche on risque de rompre ça <sup>62</sup>», et rappelle que les patients se confient régulièrement à elle bien qu'en sa qualité de médecin polyvalent elle soit régulièrement en contact physique avec eux.

En ce qui concerne les infirmiers travaillant en psychiatrie, Monsieur Rodolphe Ollier justifie par leur incompétence en somatique leur refus d'en traiter. Il explique que « quelqu'un a beau avoir un DE, quand il sort de son DE, il est nul. C'est parce qu'il va travailler en service, qu'il va acquérir des compétences, qu'au bout de quelques mois, quelques années, il va devenir un bon infirmier. Donc s'il a un DE et qu'il commence en psychiatrie, au bout de un an, il est nul en somatique, il sera bon en psychiatrie. » « Et puis il a tout oublié les acquis de l'école<sup>63</sup> »

Or, cette incapacité de facto des psychiatres et infirmiers de psychiatrie de prendre en charge la pathologie somatique peut avoir des conséquences délétères sur le patient, d'abord parce qu'il existe un risque qu'une pathologie somatique ne soit pas détectée, mais également parce que la crédibilité de leurs orientations peut être mise en doute. Ainsi, selon

---

<sup>61</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

<sup>62</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

<sup>63</sup> Entretien de Rodolphe Ollier (en annexe)

monsieur Rodolphe Ollier, « un psychiatre qui présente un patient à un somaticien pour muter, il n'a aucune crédibilité. Enfin aucune. Sauf si c'est le copain du copain de l'ami de la femme de voilà, autrement il n'a aucune crédibilité. [...] Alors que si c'est un médecin somaticien, il parle la même langue, et là il y aura de la crédibilité. Et puis le médecin somaticien, il aura mis en place des actions pour maintenir le patient dans le service. ». Face à ce constat, il est possible de souhaiter une meilleure formation continue au somatique des médecins psychiatres. L'autre possibilité est de disposer d'un effectif suffisant de médecins polyvalents dans les services de psychiatrie pour leur déléguer l'ensemble de cette prise en charge. A contrario, le fait que les médecins urgentistes ne se considèrent pas à même de prendre en charge l'urgence psychiatrique peut mener à des défauts de repérage précoce. La présence de psychiatres aux urgences permet d'y pallier. Ces deux situations créent ainsi des formes d' « exercice exilé », d'autant plus si l'on considère que la médecine d'urgence et la psychiatrie sont deux disciplines avec des pratiques et des langages fortement distincts. Le regard porté sur la psychiatrie par les professionnels d'autres spécialités souligne cette particularité.

## **2.2 La perception de la psychiatrie et ses conséquences sur les relations entre urgentistes et psychiatres**

La question de savoir si la psychiatrie est une médecine comme une autre fait très largement, lors des entretiens, l'objet d'une vive réponse positive. Cette réponse est cependant régulièrement suivie d'une nuance importante. Cette perception ambiguë de cette discipline a des conséquences concrètes sur la façon dont les professionnels du soin somatique collaborent avec ceux du soin psychiatrique.

### **2.2.1 La psychiatrie, une spécialité comme les autres ?**

La psychiatrie a ceci de particulier qu'elle porte un regard sur elle-même encore traversé par de forts courants de pensée quant à son rôle et à ce que signifie la maladie psychiatrique. Deux modèles différents, quasiment opposés, sont ainsi nommés par Yannis Gansel « modèle psychodynamique » et « modèle biomédical », qui diffèrent dans la représentation qu'ont les psychiatres y appartenant de leur activité<sup>64</sup>. Il s'agit principalement, selon lui, de deux conceptions de la maladie, l'une ontologique liée au modèle biomédical, l'autre fonctionnelle, liée au modèle psychodynamique : a-t-on une maladie ou sommes-nous dans un état de maladie ? <sup>65</sup>. On peut lier cette distinction aux trois « formes de santé » définies par Claudine Herzlich<sup>66</sup> : la sante-vide faisant écho au modèle biomédical et « l'équilibre » se rapprochant du modèle psychodynamique.

Caroline Guibet-Lafaye, pour sa part, différencie cinq types de psychiatres par leur façon de définir la mission de la psychiatrie et de l'interpréter. Ainsi, le psychiatre peut appartenir à un type médical, paternaliste, humaniste, de contrôle social ou de défense des droits selon ce qu'il considère être sa fonction vis-à-vis du patient et de la société. Cette classification se base ainsi en partie sur le rapport qu'entretiennent ces psychiatres avec les soins sous-contrainte (nécessaires pour protéger le patient pour le médecin paternaliste, la société pour le contrôleur social ou à proscrire pour le défenseur des droits), ainsi que de l'isolement-contention, et de la relation au patient.

---

<sup>64</sup> GANSEL Yannis, « Conceptions du statut professionnel chez les psychiatres : un regard anthropologique », *L'information psychiatrique*, n° 10, vol. 82, 2006, p. 811-815, [<https://doi.org/10.1684/ipe.2006.0053>].

<sup>65</sup> *Ibid.*

<sup>66</sup> HERZLICH Claudine, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris-La Haye, Mouton., Mouton, Paris-La Haye, 1969.

## Typologie des médecins psychiatres en fonction des missions qu'ils attribuent à la psychiatrie<sup>67</sup>

	Pathologies (q.9)	Contrainte	Missions de la psychiatrie	Modèle interprétatif de la psychiatrie
Type 1 médical	Description symptomatique identification des facteurs étiologiques	Un outil de la psychiatrie bordé par un protocole	Répondre à la souffrance du patient, et aux obligations imposées à la psychiatrie par la société	Modèle médical somatique
Type 2 paternaliste	Modèle de l'aliénation, pathologie de la liberté	Un outil de la psychiatrie utilisé pour le bien du patient et dont on ne peut se passer ; le problème réside dans la levée de la contrainte	Protéger la personne malade et assister les individus les plus en souffrance, quels que soient les moyens requis	Spécificité de la psychiatrie dans le champ de la médecine
Type 3 humaniste	Une forme d'être au monde, une solution psychique trouvée par le sujet pour se préserver	Aversion à l'égard de la contrainte en raison de la violence qu'elle implique	Non interprétées à la lumière du modèle médical mais s'inspirant des sciences humaines	La psychothérapie institutionnelle
Type 4 contrôle social	Le sujet ne perçoit pas la réalité de façon adaptée, il est détaché de la réalité anosognosie	Un outil nécessaire de la psychiatrie. La contrainte est utilisée dans la diversité de ses formes	Fonction de protection sociale et du malade	Approche médicosociale de la psychiatrie
Type 5 défense des droits	Un accident dans un parcours de vie, une souffrance	Aversion à l'égard de la contrainte du fait du souci pour les libertés individuelles des patients	Promotion de la santé publique, accès de tous à des soins de la meilleure qualité	Un modèle antithétique de celui de la médecine biologique

En ce qui concerne l'existence de courants de pensée différents en psychiatrie, monsieur Abed Frigui estime que celle-ci a évolué « de la médecine paternaliste à la médecine du patient qui choisit ». Il considère par ailleurs que la distinction entre perception neurobiologique et psychanalytique ou psychodynamique est aujourd'hui une distinction générationnelle, les plus jeunes médecins et internes étant préférentiellement des tenants de la conception neurobiologie de la psychiatrie. Il considère que les psychiatres les plus âgés, mais également le personnel paramédical de psychiatrie, sont plus volontiers convaincus par la vision psychanalytique<sup>68</sup>.

Les enquêtés expriment un point de vue sur la psychiatrie et sa ressemblance ou différence avec les autres spécialités médicales en fonction de trois axes. Le premier est un axe hiérarchique de scientificité et de rationalité médicale : considère-t-on la psychiatrie comme plus ou moins une médecine ? Le second, lié à la façon plus ou moins englobante de voir le patient, au regard clinique et à la temporalité de la prise en charge, se construit comme un spectre. Le troisième pose une différence d'essence entre la psychiatrie et les autres spécialités liée à sa culture professionnelle et à ses modèles interprétatifs.

<sup>67</sup> GUBET LAFAYE Caroline, « Pour une typologie des médecins psychiatres », *L'information psychiatrique*, n° 6, vol. 92, 2016, p. 453-465, [<https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1504>].

<sup>68</sup> Entretien d'Abed Frigui (en annexe)

L'affirmation de l'égalité en termes de scientificité de la psychiatrie avec les autres spécialités est affirmée par les enquêtés. Madame la docteur Chloé Bougerol indique ainsi « qu'il faut qu'on considère la psychiatrie comme une spécialité comme les autres. Comme un cardiologue, comme un neurologue.<sup>69</sup> ». Monsieur Abed Frigui, pour sa part, rappelle que « c'est prouvé que [leurs] traitements fonctionnent aussi bien que dans d'autres spécialités. Moins que les antibiotiques mais l'infectiologie est la seule spé où vraiment on arrive à guérir [...] » et que « quand on compare [leurs] traitements [...] et les traitements de ces autres catégories c'est à peu près pareil<sup>70</sup>.

Cependant, les personnes interrogées s'accordent pour considérer que les psychiatres exercent dans un rapport spécifique au temps et au patient. Monsieur le docteur Pierre-Antoine Dupain, compare ainsi la psychiatrie à la médecine d'urgence : « pour le coup, peut-être que les urgentistes, on est aussi vraiment à part dans ce domaine-là parce que, nous, on les voit une fois, de temps en temps, on les revoit deux ou trois fois, mais globalement on est sur du one shot avec les prises en charge. Eux, c'est des patients qu'ils suivent, même aux urgences [...] c'est toujours les mêmes qui reviennent, ils sont très souvent connus, connus, archi-connus. » et ajoute « et puis ils rentrent dans l'intimité des gens peut-être plus que nous aussi, sur l'entretien. [...] Peut-être qu'en médecine d'urgence, on se met des barrières<sup>71</sup> ». Monsieur Abed Frigui considère également qu'« en psychiatrie, il y a beaucoup de contact humain. [...] ça va moins vite. Parce que les gens ont besoin de parler, ils prennent leur temps, et pour des escalades et des tensions, gérer des émotions ça a besoin de temps. Donc c'est une spécialité qui prend le temps par patient, plus que d'autres. Il faut s'investir avec les patients.<sup>72</sup>» Ce rapport au patient et à son parcours de vie ainsi qu'au temps est ainsi considéré non comme une différence d'essence, mais bien d'intensité

Par ailleurs, la « dichotomie entre psychiatrie et tout ce qui est médecine, chirurgie, obstétrique »<sup>73</sup> est également évoquée dans les entretiens. D'abord, « parce qu'il y a toute cette dimension psychologique, sociale, qui diffère, avec des aspects physiologiques sont beaucoup plus différents que dans d'autres spécialités d'organes. »<sup>74</sup>, et que « la psychiatrie a un rôle social<sup>75</sup> ». Monsieur le docteur Cyril Noto-Campanella affirme que la

---

<sup>69</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

<sup>70</sup> Entretien d'Abed Frigui (en annexe)

<sup>71</sup> Entretien de Pierre-Antoine Dupain (en annexe)

<sup>72</sup> Entretien d'Abed Frigui (en annexe)

<sup>73</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

<sup>74</sup> Entretien de Cyril Noto-Campanella (en annexe)

<sup>75</sup> Entretien de Rodolphe Ollier (en annexe)

psychiatrie est souvent perçue comme « plus ésotérique.<sup>76</sup> ». Par ailleurs, l'objectif de la psychiatrie est également considéré comme différent de celui des autres spécialités, étant « moins de guérir que de permettre un fonctionnement social optimal en dépit de la pathologie<sup>77</sup>. ». De plus, pour Monsieur Rodolphe Ollier, la psychiatrie diffère par sa « culture du soin », et sa culture institutionnelle [...] Beaucoup basée sur la revendication et la quérulence »<sup>78</sup>. Les liens de la psychiatrie avec la justice sont également évoqués, et notamment les soins sous contraintes<sup>79</sup>.

L'affirmation selon laquelle la psychiatrie est une médecine « comme les autres » est moins une affirmation de similitude que d'égalité. En effet, si tous les enquêtés s'accordent à définir des différences fondamentales entre la psychiatrie et les autres spécialités, dans son rapport notamment au patient, au fait social, à la temporalité et à la notion de guérison, il s'agit surtout pour eux d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'une médecine inférieure. C'est en réalité la scientificité de la psychiatrie qui est mise en avant. Il convient cependant de remarquer qu'on n'affirme pas avec autant de force la scientificité des autres spécialités, et que la question de savoir si elles sont « comme les autres » n'aurait d'ailleurs pas été posée. Ce constat tend à souligner que les efforts historiques de la psychiatrie pour alternativement se distinguer et se rapprocher du reste de la médecine mènent aujourd'hui à la considérer comme un objet particulier du champ médical.

### **2.2.2 Les relations entre urgentistes et psychiatres dans la prise en charge du patient psychiatrique**

Les relations entre urgentistes et psychiatres sont analysées différemment par les personnes interrogées. Des conflits dans la prise en charge des patients ainsi qu'une distance importante sont ainsi relevés<sup>80</sup>, rejoignant les observations effectuées en stage court. Ainsi, Monsieur le docteur Etienne Ojardias estime que les urgentistes et les psychiatres des urgences interagissent peu, ou que ces interactions sont fondées uniquement sur des désaccords quant à la cause (psychiatrique ou somatique) d'un patient, les professionnels estimant en général que le patient relève de la spécialité de leur interlocuteur<sup>81</sup>. Une amélioration des relations est cependant observée, Madame la docteure Chloé Bougerol indiquant ainsi qu'« il y a quelques tensions [...] mais globalement

---

<sup>76</sup> Entretien de Cyril Noto-Campanella (en annexe)

<sup>77</sup> Entretien de Cyril Noto-Campanella (en annexe)

<sup>78</sup> Entretien de Rodolphe Ollier (en annexe)

<sup>79</sup> Entretien d'Abed Frigui (en annexe)

<sup>80</sup> Entretien de Rodolphe Ollier (en annexe)

<sup>81</sup> Entretien d'Etienne Ojardias (en annexe)

les relations depuis quelques années se sont quand même grandement améliorées<sup>82</sup> ». Elle estime que ces tensions sont essentiellement dues à la pénibilité du travail aux urgences et au fait qu' « ils ne parlent pas le même langage, la plupart du temps ils ne se comprennent pas »<sup>83</sup>. Son analyse rejoint celle de monsieur Abed Frigui, qui note qu'urgentistes et psychiatres ne se comprennent « pas forcément »<sup>84</sup>. A l'inverse, les deux urgentistes interrogés, Monsieur le docteur Pierre-Antoine Dupain et Monsieur le docteur Cyril Noto-Campanella, assurent que ces deux catégories de professionnels entretiennent des relations apaisées, de discussion et de communication « dans l'intérêt du patient.<sup>85</sup> ». Ils relèvent pourtant la même amélioration que Madame la docteure Chloé Bougerol, laissant entendre que ces échanges n'ont pas toujours été évidents.

Le point d'achoppement principal entre urgentistes et psychiatres est le sentiment de chacun de ne pas être en mesure d'intervenir dans ce qu'ils considèrent être du domaine de l'autre. Monsieur Rodolphe Ollier explique ainsi qu' « en psychiatrie on est très vite dépassé par une problématique somatique très simple, qui en tout cas serait très simple à gérer dans un service de somatique. Mais à l'enverse, nos collègues somaticiens sont aussi très vite débordés par une problématique psychiatrique finalement très simple<sup>86</sup> », et que cette situation est à l'origine d'un défaut de confiance dans la prise en charge des patients. Ainsi, pour favoriser de bons échanges, l'importance de percevoir que l'interlocuteur se préoccupe du domaine opposé est important. Monsieur le docteur Cyril Noto-Campanella salue ainsi les initiatives de certains psychiatres dans l'examen somatique de patients. Monsieur Abed Frigui a également le sentiment d'être mieux pris au sérieux par les urgentistes du fait de la justesse de ses diagnostics somatiques.

Au-delà de ce sentiment d'incompétence et d'illégitimité dans la prise en charge psychiatrique ou somatique, ce sont les patients qui sont objets de discorde quant à qui en a la responsabilité. Les psychiatres estiment ainsi que les patients étiquetés comme « psychiatriques » sont jugés comme hors du champ de responsabilité des somaticiens, et le déplorent. Afin d'y pallier, ils apportent un soutien aux somaticiens dans la prise en charge des affections somatiques des patients psychiatriques. La réassurance que permet ce soutien semble essentielle à la préservation de relations apaisées, en atténuant la crainte que peut susciter la prise en charge de cette patientèle chez les somaticiens.

---

<sup>82</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

<sup>83</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

<sup>84</sup> Entretien d'Abed Frigui (en annexe)

<sup>85</sup> Entretien Cyril Noto-Campanella

<sup>86</sup> Entretien de Rodolphe Ollier (en annexe)

Il semble donc qu'une piste d'amélioration et de maintien des relations entre urgentistes et psychiatres aux urgences, dans l'intérêt du patient, est de favoriser la légitimité perçue par un partage de compétences. Or, il a été montré dans la partie précédente que les compétences communes à la base de cet éventuel dialogue s'érodent avec la pratique d'une spécialité. Une possibilité est donc l'intervention de personnes acculturées au somatique ainsi qu'au psychiatrique, dans un rôle de pont et de liaison.

## **2.3 L'exercice « exilé » : psychiatres au SAU, somaticiens en psychiatrie, agir et se définir dans une double appartenance**

Des professionnels appartiennent par leur formation à une spécialité et par leur lieu d'exercice au champ d'une autre. Ainsi, les somaticiens des services de psychiatrie, bien que formés à la médecine polyvalente, sont également experts de la prise en charge du patient de psychiatrie. Par ailleurs, les psychiatres exerçant principalement aux urgences sont en contact avec les urgentistes et sont mieux à même de comprendre leurs contraintes. Ces positions particulières peuvent être des facteurs facilitant le dialogue inter spécialités. En outre, elles interrogent quant à ce qui fait le sentiment d'appartenance, de la formation ou de la patientèle et de l'étape de sa prise en charge.

### **2.3.1 Parler les deux langues : un atout pour favoriser le dialogue**

La place de ces professionnels « exilés » a un certain nombre d'avantages pour favoriser le dialogue entre spécialités et la prise en charge globale du patient.

D'abord, par cet exercice particulier, ils acquièrent une légitimité reconnue par les membres de leur spécialité mais également par les professionnels de leur lieu d'exercice. Monsieur Rodolphe Ollier souligne ainsi que la crédibilité de Madame la docteur Chloé Bougerol n'étant mise en doute ni par les psychiatres ni par les somaticiens, son intervention peut faciliter des mutations. Le service d'accueil du patient, conforté dans la certitude que tout a été mis en place pour maintenir le patient en psychiatrie, est en effet responsabilisé dans son rôle de recours<sup>87</sup>. De même, monsieur Abed Frigui estime que ses demandes de prise en charge somatique pour les patients psychiatriques reçoivent des réponses plus favorables parce qu'il a démontré aux urgentistes sa capacité à identifier des affections dans leur champ. Il ajoute que ses bonnes relations avec les urgentistes ont amélioré la prise en charge des patients mais également le travail conjoint et la subsidiarité dans le service, indiquant : « et maintenant ils m'appellent moins pour des trucs de type anxiété ». De plus, bien que spécialistes d'une seule discipline, ces acteurs sont en contact permanent avec d'autres compétences. Cela leur permet de développer un regard plus global sur le patient et de prendre en considération des problématiques extérieures à leur secteur premier d'expertise. Ils sont en conséquence plus en mesure d'orienter le patient vers des prises en charge pluridisciplinaires. Madame la docteur Chloé Bougerol évoque à cet égard ses relations avec les internistes. Son regard a également une plus-value en ce qui concerne la discussion des éventuels diagnostics différentiels, et facilite pour elle une vision

---

<sup>87</sup> Entretien de Rodolphe Ollier (en annexe).

plus holistique du patient, admettant l'existence concomitante de deux problématiques. Elle explique que les spécialistes ont tendance à vouloir « mettre les gens dans des grandes cases » correspondant à une discipline spécifique, et considère qu'il s'agit d'un des écueils de « la médecine d'hyper spécialité, où chacun est très bon dans son domaine mais finalement n'arrive plus à voir l'ensemble du tableau et ne voit qu'une infime partie du tableau<sup>88</sup> ». Sa formation de médecine polyvalente est à l'origine une formation permettant un point de vue global, mais sa fréquentation de psychiatres et de patients psychiatriques ajoute à son prisme de compréhension du patient le champ psychiatrique, parfois occulté par la médecine généraliste.

Enfin, ces professionnels peuvent avoir un rôle de formation des acteurs de leur service d'exercice. Monsieur Abed Frigui indique avoir convenu avec le chef de clinique des urgences de dispenser des cours au sujet de la prise en charge des patients psychiatriques. L'objectif est alors de leur apporter des informations concernant « certaines conduites à tenir » ainsi que les principales étiologies de symptômes simulant une pathologie psychiatrique. Il ajoute avoir proposé aux externes des urgences de l'accompagner lorsqu'il voyait les patients, afin de les acculturer à leur prise en charge. En parallèle, la présence de Chloé Bougerol dans les services de psychiatrie a pu responsabiliser les professionnels paramédicaux et les conforter dans leur légitimité à pratiquer certains actes de prise en charge somatique, ce que salue monsieur Rodolphe Ollier.

Le travail de « pont », de personne ressource et de traducteur des praticiens en exercice « exilé » est d'ailleurs reconnu par l'ensemble des enquêtés. Ce double positionnement conduit à s'interroger sur leur identification : se considèrent-ils comme appartenant au champ de leur discipline de formation ou à la prise en charge spécifique dans laquelle ils s'insèrent ?

### **2.3.2 Faire valoir sa bi-appartenance**

Dans la façon que ces professionnels ont de se désigner, c'est bien la discipline première qui est mise en avant. Ainsi, Madame la docteure Chloé Bougerol affirme être « somaticien<sup>89</sup> ». Monsieur Abed Frigui utilise pour évoquer son rôle aux urgences la dénomination « l'interne de psychiatrie », et en parallèle évoque « l'interne de médecine générale<sup>90</sup> » des urgences psychiatriques.

Un second élément de définition est leur patientèle. Madame le docteure Chloé Bougerol, ainsi, accole à son titre de « somaticien » l'idée qu'elle l'est « pour une catégorie de patients

---

<sup>88</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

<sup>89</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

<sup>90</sup> Entretien d'Abed Frigui (en annexe)

particulière [...] les patients psychiatriques. Par ailleurs, elle ne souhaite pas participer à un pôle de médecine polyvalente et exercer pour une autre patientèle, considérant que son expertise est spécifiquement la médecine générale des patients psychiatriques. Pour les psychiatres et internes de psychiatrie aux urgences conventionnelles, la définition par la patientèle se confond avec la définition par la discipline : en effet, ils prennent en charge les patients relevant de la psychiatrie.

L'objectif et la forme de leur action dans la prise en charge est également un critère d'appartenance. Monsieur Abed Frigui, par exemple, se définit comme « acteur des urgences », parce que son « but premier c'est de savoir si j'hospitalise ou pas<sup>91</sup> ». C'est ainsi ce rôle de tri et d'orientation, qui appartient aux champs des urgences, qu'il convoque lorsqu'interrogé sur ce qui fait son appartenance.

Ainsi, ces professionnels, sans se détacher de leur spécialité, font état d'une bi-appartenance, organisée autour des critères de formation, patientèle et mode d'action. Cette expertise mixte peut mener à souhaiter la renforcer par une acquisition et validation des connaissances et compétences appartenant au champ de leur lieu d'exercice. Madame la docteure Chloé Bougerol partage ainsi sa volonté de faire le DU de psychiatrie, « dans le but pas de faire une reconversion comme psychiatre, [...] mais [...] plutôt pour avoir une double qualification en médecine générale et en psychiatrie, et pouvoir prendre en charge les deux ». Le risque souligné par Abed Frigui d'une complète double-appartenance est de ne plus s'identifier comme acteur d'une partie de la prise en charge et donc ne plus être en mesure de participer au dialogue interdisciplinaire sur la prise en charge, parce que « quand tu négocies avec toi-même, c'est plus compliqué ». Cette remarque pointe un autre rôle des professionnels exerçant dans l'espace d'une autre discipline : celui de proposer une contradiction, ou du moins une altérité, permettant de remettre en question et de discuter les décisions.

Il apparaît ainsi que les relations interdisciplinaires, essentielles pour la bonne prise en charge du patient dans sa globalité et sa complexité, dépendent en grande partie de la capacité à dégager des similarités ou compétences communes. Si la psychiatrie conserve une image particulière parmi les spécialités médicales, elle n'en est pas moins considérée unanimement comme une, au même titre que les spécialités d'organe. Par ailleurs, la préservation de connaissances de base communes et l'intervention d'acteurs bi-appartenant peut favoriser le dialogue. Le bâtiment, l'organisation de l'espace de travail et des filières de prise en charge peut également avoir des conséquences sur le dialogue

---

<sup>91</sup> Entretien d'Abed Frigui (en annexe)

interprofessionnel, le sentiment de polyvalence et de légitimité des acteurs et donc sur la prise en charge des patients.

### **3 Organiser l'espace et le travail en convergence pour un meilleur soin**

L'influence de l'espace sur les conditions de travail et sur la qualité de celui-ci est connu, ainsi que son impact sur les relations. Les interactions entre professionnels sont d'autant plus essentielles lorsqu'il s'agit de prise en charge conjointe. Se pose alors la question de la polyvalence et de la spécialisation : quels avantages et inconvénients et comment parvenir à un équilibre satisfaisant

#### **3.1 Bien travailler dans un service d'urgence : l'impact du bâtiment sur la qualité de vie au travail et les relations interprofessionnelles**

L'organisation physique de l'espace a des impacts aussi bien sur la qualité de vie au travail que sur les relations qui s'y jouent. Les services d'accueil des urgences ne font pas exception et leur configuration est un facteur de qualité de la prise en soins.

##### **3.1.1 Comment le bâtiment influe sur les conditions de travail ?**

Les services d'urgences sont par définition des espaces risqués pour les professionnels. Les risques liés aux bruits, aux ambiances lumineuses, à la charge physique de travail, ou les risques psycho-sociaux associés à l'intensité et au temps de travail et aux exigences émotionnelles y sont d'une intensité particulière.

D'après le rapport annuel sur l'état de la fonction publique de 2022, publié par le ministère de la transformation et de la fonction publique, les principales causes d'accidents du travail dans les établissements de santé étaient les efforts liés à la manutention, les chutes de plain-pied, les contacts et projections de liquides biologiques et enfin le contact avec des malades agités<sup>92</sup>. Spécifiquement pour ce dernier point, l'exercice aux urgences en présence de patients psychiatriques en attente de désomatisation apparaît donc comme facteur de risque. Cette pénibilité au travail est évoquée par les personnes interrogées : « les collègues des urgences [...] Ils sont un peu au bout »<sup>93</sup>.

L'impact du bâtiment sur les conditions de travail est d'abord un impact physique. La distance parcourue pour examiner un patient, par exemple, est un facteur de fatigue pour les professionnels, et peut influencer sur leur santé. La configuration même du service, en carré ou en ligne influe ainsi sur les professionnels, comme le souligne Monsieur le docteur

---

<sup>92</sup> DGOS et ATIH, Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2019.

<sup>93</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

Pierre-Antoine Dupain<sup>94</sup>. De même, la capacité à voir le patient sans se déplacer a une influence sur le stress ressenti par les équipes. On sait par ailleurs que le bâtiment et l'espace ont des conséquences sur la psychologie des acteurs<sup>95</sup>. Dans le cas des services d'urgences, cette dimension est soulignée par Monsieur le docteur Cyril Noto-Campanella, qui affirme que « le bâtiment, s'il est inadapté, [...] va complètement altérer l'entrain qu'on va avoir à travailler ».

Plus généralement, « un bâtiment bien conçu, bien organisé, adapté à la typologie de patients et aux flux des patients et une bonne gestion, forcément que ça va favoriser les bonnes prises en charge, et aussi la rapidité, l'efficacité des prises en charges<sup>96</sup> »

Ainsi, l'exercice de la médecine d'urgence, comme de toute profession, peut-être facilitée ou compliquée par l'organisation physique de l'espace. Celle-ci a par ailleurs une influence directe sur les relations interprofessionnelles et interdisciplinaires.

### **3.1.2 La mise en contact ou la mise à distance : facteurs opposés de bonne relations interprofessionnelles ?**

Les relations professionnelles sont marquées par l'aisance de la communication, mais également par le besoin de calme des acteurs. Lorsqu'il s'agit d'organiser l'espace, ces deux injonctions, favoriser le dialogue et prévenir la sur sollicitation peuvent paraître opposées. Or, pour assurer la bonne prise en charge du patient, il s'agit de limiter les interruptions de tâches tout en permettant des échanges immédiats, informels et réguliers. L'espace ouvert a ceci d'intéressant qu'il facilite « des interactions régulières entre différents praticiens, et ça permet de favoriser l'échange <sup>97</sup> ». La multiplication des open space s'appuie d'ailleurs sur l'hypothèse « qu'il y a une relation de causalité entre ouverture de l'espace et communication, de même qu'entre aménagement ouvert et motivation »<sup>98</sup>. Ainsi, si la présence de la psychiatrie dans l'enceinte du CHU est considérée comme un atout pour la bonne communication entre professionnels, l'importance de lieux de contact direct est soulignée. Monsieur le docteur Cyril Noto-Campanella explique ainsi que « puisque quand on a des bureaux qui sont assez distants, on essaie de communiquer, mais... On essaie de se téléphoner, il suffit qu'on n'ait pas le numéro de téléphone, on voit plus tard, on prend du retard pour informer l'autre. Quand on est en communication permanente, les échanges se font beaucoup mieux, donc forcément que l'information se

---

<sup>94</sup> Entretien de Pierre-Antoine Dupain (en annexe).

<sup>95</sup> MOLES Abraham et ROHMER Elisabeth, *Psychologie de l'espace*, Casterman, Paris, 1972.

<sup>96</sup> Entretien de Cyril Noto-Campanella (en annexe)

<sup>97</sup> Entretien de Cyril Noto-Campanella (en annexe)

<sup>98</sup> FISCHER Gustave-Nicolas, « Les Espaces de Travail », *La Communication*, Éditions Sciences Humaines, 2016, p. 168-178, [<https://doi.org/10.3917/sh.dorti.2016.02.0168>].

distribue mieux et dans des délais plus rapides, donc forcément avec moins de risques derrière»<sup>99</sup>. Cette importance d'être en capacité de transmettre une information de façon instantanée est renforcée par les caractéristiques de la médecine d'urgence. En effet, la prise de décision y est rapide, et le contact avec le patient souvent unique, rendant peu pertinent le recours à une information différée et tardive.

En outre, les médecins urgentistes soulignent l'importance du travail d'équipe dans leur discipline. La médecine hospitalière dans son ensemble se distingue de la médecine de ville par l'importance du groupe, par la concertation, et par le colloque pluriel en opposition au colloque singulier. Monsieur le docteur Cyril Noto-Campanella affirme ainsi que ce travail en commun s'exerce entre spécialités, en affirmant qu'il « faut être en contact entre différentes corporations pour se comprendre ».

Cependant, ce besoin d'échanges réguliers ne doit pas mener à une sur sollicitation. Monsieur Abed Frigui exprime ainsi sa crainte qu'un bureau trop proche de celui des médecins somaticiens mènent à ce qu'ils ne le « laissent pas tranquille<sup>100</sup> ». Cette crainte est également liée à la particularité de la psychiatrie aux urgences. En effet, si toutes les autres spécialités impliquées dans la prise en charge de patients aux urgences peuvent s'y déplacer pour avis, la psychiatrie est la seule à y être constamment représentée. Cette situation, en facilitant l'échange avec les psychiatres, a comme effet induit de faciliter également la déresponsabilisation de la prise en charge, l'avis du psychiatre n'étant plus sollicité qu'en cas de besoin dans des cas complexes mais pour tout patient présentant une pathologie psychiatrique, même stabilisée et secondaire.

La création de l'unité d'attente psychiatrique, dans ce contexte particulier, peut favoriser une meilleure prise en charge du patient et de meilleures relations de travail mais présente le risque d'une mise à l'écart de tout ce qui a trait à la psychiatrie

---

<sup>99</sup> Entretien de Cyril Noto-Campanella (en annexe)

<sup>100</sup> Entretien d'Abed Frigui (en annexe)

## **3.2 Prendre en charge le patient dans un espace réservé : quels avantages et quels écueils ?**

La création de l'unité d'attente psychiatrique, dont l'ouverture est prévue au 2 septembre 2024, repose sur le constat d'un besoin d'amélioration des conditions de prise en charge, d'accueil et d'hébergement des patients de psychiatrie au service d'accueil des urgences, d'amélioration des conditions d'accueil des patients de somatique, de spécialisation de la prise en charge des patients de psychiatrie et d'amélioration des conditions de travail des professionnels du SAU.

Si les bénéfices attendus de cette ouverture sont importants, des risques de mise à l'écart sont également soulignés par les personnes interrogées.

### **3.2.1 L'UAP : un espace à soi sans éloignement géographique**

L'UAP, située dans les locaux du SAU, constitue un espace distinct, uniquement orienté vers la prise en charge et l'évaluation du patient psychiatrique.

L'existence d'un espace différencié induit une séparation des patients, des professionnels et des flux selon le critère de l'appartenance à une prise en charge psychiatrique et somatique. Or, favoriser des échanges interprofessionnels et permettre des échanges immédiats sont utiles à la prise en charge interdisciplinaire de ces patients, dont le motif primaire d'admission est psychiatrique mais qui peuvent également être atteints d'une affection somatique. De même, l'orientation du patient vers des soins psychiatriques est conditionnée à un examen visant à écarter toutes causes somatiques de ses symptômes. Cette « désomatisation » demeure donc nécessaire, et le premier contact du patient de psychiatrie avec l'hôpital implique obligatoirement des professionnels détenant des compétences relevant du somatique.

Le risque d'une distance entre professionnels du somatique et de la psychiatrie est ainsi relevée par Monsieur le docteur Etienne Ojardias, qui craint que l'ouverture de l'UAP ne crée « une frontière encore plus importante »<sup>101</sup>. Cependant, cette remarque est nuancée par le constat de la grande proximité de l'UAP d'avec le reste des urgences<sup>102</sup>, condition posée à la création du service<sup>103</sup>. Cette distance peut être palliée par des échanges soutenus entre les professionnels des deux champs, qui doivent veiller à maintenir des relations utiles à la bonne prise en charge des patients.

---

<sup>101</sup> Entretien d'Etienne Ojardias (en annexe).

<sup>102</sup> Entretien d'Etienne Ojardias (en annexe)

<sup>103</sup> Entretien de Pierre-Antoine Dupain (en annexe)

La séparation peut par ailleurs améliorer la qualité de ces relations. Ce « chacun chez soi <sup>104</sup> » évoqué par Monsieur Rodolphe Ollier peut « adoucir les relations <sup>105</sup> » et « créer un climat de calme, [...] apporter une sérénité <sup>106</sup> ». En effet, il est possible de considérer que la présence des patients de psychiatrie est un facteur de tension au sein du service d'accueil des urgences, tant entre professionnels du somatique, qu'entre professionnels du somatique et de la psychiatrie, et avec les patients du somatique. Dans ce cas, leur accueil dans un service dédié peut apaiser le climat général du service d'urgence et ainsi favoriser les échanges interprofessionnels. De surcroît, la prise en charge somatique du patient de psychiatrie pourra s'opérer dans des locaux dédiés à cette patientèle et plus adaptés, et donc d'améliorer ses conditions.

### **3.2.2 Une prise en charge adaptée à des besoins spécifiques, ou une prise en charge distincte pour des patients indésirables ?**

Les locaux de l'UAP, pensés pour la prise en charge des patients de psychiatrie, y sont mieux adaptés que les locaux des urgences. Cependant, si la spécialisation de l'espace en permet l'adaptation à des besoins spécifiques, elle peut renforcer un sentiment de mise à l'écart et de stigmatisation. En effet, elle contribue à renforcer la dimension essentialisante de l'étiquette « psychiatrique » de ces patients, aux yeux des professionnels et d'eux-mêmes. Madame la docteure Chloé Bougerol indique ainsi que selon elle, il s'agit dans une certaine mesure d'« encore une fois renforcer aussi la stigmatisation, c'est-à-dire que clairement on les place à part, hein, on ne les veut pas au milieu des urgences, on ne veut pas les voir<sup>107</sup> ». Elle ajoute qu'elle craint « qu'on tombe dans le travers de se dire "il est connu de la psy, hop, UAP, et on ne l'examine pas au niveau somatique" »<sup>108</sup>.

Cependant, malgré ce risque d'exclusion physique du patient psychiatrique, l'UAP, permettra une prise en charge mieux adaptée au patient psychiatrique. D'abord, le fait que des boxes soient dédiés à cette patientèle permettra de limiter les situations d'attente dans les couloirs. Or, « l'accès à un box d'examen est ressenti par les patients comme étant le début de leur prise en charge. Il permet par conséquent la diminution de leur stress »<sup>109</sup>.

Ainsi, selon les enquêtés, l'ouverture de l'UAP permettra une meilleure prise en charge

---

<sup>104</sup> Entretien de Rodolphe Ollier (en annexe)

<sup>105</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

<sup>106</sup> Entretien de Cyril Noto-Campanella (en annexe)

<sup>107</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

<sup>108</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

<sup>109</sup> OUALIDI Moulay Ali El et SAADI Janah, « Améliorer la prise en charge des urgences : apport de la modélisation et de la simulation de flux », *Santé Publique*, n° 4, vol. 25, 2013, p. 433-439, [<https://doi.org/10.3917/spub.134.0433>].

« les patients qu'on connaît, qui reviennent souvent <sup>110</sup>», « avec des infirmiers plus spécialisés qui savent [...] faire la désescalade, la réassurance, convaincre le patient de certaines choses »<sup>111</sup>, et y compris de sa prise en charge somatique. En effet, selon Monsieur le docteur Cyril Noto-Campanella, « ça permettrait vraiment de faire intervenir le somaticien sur des problématiques qui sont très particulières, à la façon d'un avis spécialisé, comme nous on demande l'avis spécialisé d'une autre spécialité. Et ça permettrait justement de, plutôt que d'envoyer, [...] un externe faire un examen rapide à tout le monde, de cibler justement les patients qui ont besoin d'un examen somatique approfondi, de faire faire par le médecin urgentiste, de manière adaptée et complète, et plus exhaustive. Je pense que ça peut même améliorer la vie, la prise en charge somatique de certains patients psychiatriques »<sup>112</sup>. Par ailleurs, la prise en charge des patients somatiques peut s'en voir améliorée. Ainsi, dans certains cas, les patients psychiatriques peuvent être « contenus, ou très agités <sup>113</sup>», et par là accentuer un climat anxigène et troublé pour les patients somatiques. Il convient cependant de rappeler que des patients non psychiatriques peuvent être dans un état de grande agitation, bien que moins fréquemment.

Afin de permettre le meilleur équilibre entre une prise en charge spécialisée et un maintien d'échanges sur la santé de ces personnes, il s'agit d'être vigilant quant au bon respect des indications d'orientation vers l'UAP, et de ne pas transiger sur l'obligation d'un dédouanement somatique en cas d'hospitalisation en psychiatrie. Ainsi, le patient bénéficiera d'une prise en charge adaptée mais également pluridisciplinaire et globale. Il en va de même en ce qui concerne l'ensemble de la filière de prise en charge du patient psychiatrique.

---

<sup>110</sup> Entretien d'Abed Frigui (en annexe)

<sup>111</sup> Entretien d'Abed Frigui (en annexe)

<sup>112</sup> Entretien de Cyril Noto-Campanella (en annexe)

<sup>113</sup> Entretien de Chloé Bougerol (en annexe)

### **3.3 Une filière intégrée de prise en charge de la psychiatrie : spécialisation et différenciation**

Au-delà de l'espace aux urgences, c'est l'ensemble de la filière de prise en charge du patient psychiatrique qui tend à se spécialiser. La création de l'unité d'attente psychiatrique s'accompagne ainsi de la création d'un poste d' « IOA psychiatrique ». Au même titre que pour l'UAP d'un point de vue physique, il s'agit de veiller à ce que spécialisation ne signifie pas exclusion, et s'accompagne d'un regard pluri disciplinaire.

#### **3.3.1 Orienter en psychiatrie : un travail spécialisé avec un risque de désengagement des professionnels non-experts**

L'orientation du patient psychiatrique vers une filière spécialisée débute à présent dès l'étape de la régulation. En effet, depuis 2021 et la création du Psy15, le tri téléphonique est différencié pour la filière psychiatrique.

Cette spécialisation est justifiée par la grande variété de motifs de consultations psychiatriques, et par la complexité de l'offre de soins. En effet, si le pivot de la prise en charge en psychiatrie est le CMP et plus largement le secteur, il existe notamment des dispositifs d'hospitalisation de crise, d'alternative à l'hospitalisation en période critique, d'équipes mobiles, de réponse spécialisée dans le risque suicidaire, ainsi qu'une constellation très diversifiée de modalités de prise en charge. La régulation et l'orientation du patient psychiatrique nécessite donc une maîtrise des indications de ces dispositifs. C'est également une compétence qui est recherchée dans la mise en place d'un IOA « psy ». Ces infirmiers d'orientation et d'accueils, recrutés parmi des infirmiers ayant une expérience importante de la psychiatrie et de l'orientation du patient psychiatrique, « ont [...] une expertise qui est meilleure sur les pathologies psychiatriques que nos infirmiers de tri généraux. » Ils s'insèrent dans l'orientation du patient aux urgences après l'intervention de l'IOA somatique. L'IOA somatique est ainsi à présent chargée d'évaluer l'existence d'un motif psychiatrique, et d'orienter les patients se présentant pour un motif somatique vers le SAU ou à l'extérieur. S'il est constaté que le patient relève d'une prise en charge psychiatrique, l'IOA psychiatrique est en mesure de prendre en charge un certain nombre de situations requérant une désescalade, et d'orienter le patient psychiatrique. Dans les cas où une admission est décidée, la désomatisation demeure une étape systématique. Ainsi, , s'il est admis que « les infirmiers somatiques vont arriver très bien à trier la gravité dans la problématique somatique, et arriver très bien à évaluer s'il y a une problématique psychiatrique », ils ne sont pas nécessairement en mesure d' « évaluer finement l'intérêt et la gravité d'une problématique psychiatrique. De la simple anxiété, entre le risque suicidaire

très élevé ou le patient schizophrène décompensé. Là, c'est beaucoup moins pertinent qu'un infirmier de tri psychiatrique qui aura vraiment des compétences pour identifier l'urgence et le besoin d'urgence pour la prise en charge de ces patients <sup>114</sup>».

Cette expertise présente donc une plus-value indéniable en ce qui concerne la qualité des soins apportée à cette patientèle. Cependant, elle présente le risque que les professionnels du somatique, n'étant plus autant exposés dès la régulation aux patients psychiatriques, perdent en compétence et en légitimité dans leur prise en charge. On assiste donc à un transfert de responsabilité vers la filière spécialisée, y compris dans des situations où son intervention n'est que peu utile. Monsieur Abed Frigui explique ainsi qu'il arrive qu'une « patiente qui est stressée pour son bac » soit orientée pour avis psychiatrique « alors que c'est de l'anxiété et qu'ils savent tous prescrire ».

### **3.3.2 La nécessité d'organiser la polyvalence des soins**

La spécialisation, au-delà du risque de perte de compétence, s'accompagne du risque de ne pas détecter correctement chez le patient ce qui relève d'une autre filière de prise en charge.

La patient, identifié comme psychiatrique, doit ne pas rencontrer dans son parcours de soin que des professionnels de la psychiatrie. Le rôle des médecins polyvalents en service d'hospitalisation est ici renforcé, mais également celui de la médecine de ville. En effet, le médecin traitant, en sa qualité de coordinateur de la prise en soin globale d'un patient donné, peut veiller à mettre en relation ses différents acteurs et à orienter le patient vers l'ensemble des soins dont il a besoin.

On considère qu'un tiers de la patientèle d'un médecin traitant donné présente des motifs de prise en charge psychiatrique. Cependant, effectuer un stage en psychiatrie n'est pas obligatoire dans le cursus des internes en médecine générale. Par ailleurs, les médecins de villes sont régulièrement confrontés à la difficulté d'orienter les patients vers la psychiatrie tant ses dispositifs sont nombreux et son organisation complexe pour qui n'en connaît pas le fonctionnement. De surcroît, les patients psychiatriques sont nombreux à n'être pas suivis par un médecin traitant en ville, même dans les cas où ils souffrent également d'une pathologie chronique somatique. L'hospitalisation en psychiatrie est en outre un facteur de fragilisation des liens du patients avec la médecine de ville<sup>115</sup>.

---

<sup>114</sup> Entretien de Cyril Noto-Campanella (en annexe)

<sup>115</sup> MONTARIOL Philippe, GUILLARD Michel, BOLLENGIER Olivier, ESCAFFRE-GROSSARD Noëlle, HALLOUCHE Nabil, PETITDEMANGE Marielle et GREACEN Tim, « Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? », *L'information psychiatrique*, n° 10, vol. 82, 2006.

L'hôpital public, et particulièrement les établissements accueillant des patients psychiatriques, a ici un rôle à jouer dans la mise en relation des patients et des médecins traitants et de l'information des médecins de ville. La participation aux dispositifs de démocratie en santé, dont le conseil local de santé mentale par exemple, peut permettre d'identifier les besoins des acteurs de la médecine libérale, mais également des établissements médico-sociaux, afin d'y apporter une réponse adaptée .



## Conclusion

Les constats apportés par cette étude s'organisent autour de trois aspects de la prise en charge du patient psychiatrique pour ses problématiques somatiques aux urgences conventionnelles.

D'abord, les services d'urgences sont des lieux de classification, d'identification et de définition du patient. Or, cette définition n'est pas sans conséquences lorsqu'elle fait entrer un individu dans le groupe des « patients psychiatriques ». Non seulement cette étiquette tend à englober l'individu tout entier, et a une dimension iatrogénique importante, mais de surcroît elle influe sur la qualité des soins somatiques qui lui sont dispensés. S'il est essentiel qu'une telle désignation soit posée pour permettre l'accès à une prise en charge psychiatrique nécessaire au patient, il convient de s'attacher à en réduire l'iatrogénie et les effets pervers entendus comme effets induits négatifs<sup>116</sup>. A cet effet, des campagnes d'information en psychiatrie à l'intention des professionnels du soin somatique peuvent permettre d'en atténuer la dimension stigmatisante. De même, l'information grand public à ce sujet peut limiter les effets désaffiliant du diagnostic. L'orientation des soins hospitaliers vers le rétablissement et la réhabilitation psycho-sociale est un moteur majeur d'une meilleure insertion du patient psychiatrique. En ce qui concerne spécifiquement les défauts de la prise en charge psychiatrique, la diffusion et la discussion avec les professionnels des évènements indésirables peut favoriser le développement d'une culture qualité, à la condition que les professionnels concernés et peu initialement sensibilisés aient accès à des ressources, documentaires mais également personnes-ressources, vers lesquels ils puissent se tourner pour approfondir le sujet s'ils le souhaitent. Le travail de prévention et de sensibilisation des professionnels de l'hôpital peut être porté par des professionnels du pôle de psychiatrie. Les équipes de liaison, en addictologie notamment, ont déjà fait preuve de leur importance non seulement en appui des prises en charge mais également pour la diffusion des bonnes pratiques et l'information aux agents.

Ensuite, la perception de la psychiatrie comme spécialité, toujours considérée comme marginale, est un obstacle au dialogue interprofessionnel et à une prise en charge conjointe, spécialisée sans être cloisonnée. Le constat que les patients psychiatriques n'ont pas systématiquement accès à une prise en charge somatique satisfaisante s'accompagne de celui des difficultés persistantes de communication entre psychiatres et somaticiens. Celles-ci sont liées en partie à des différences de conception du soin et du patient, ainsi

---

<sup>116</sup> BOUDON Raymond, *Effets pervers et ordre social*, P.U.F., Paris, 1977.

qu'à des cultures professionnelles distinctes. La discussion de cas cliniques complexes, présentant par exemple des symptômes simulant une pathologie psychiatrique mais ayant une étiologie somatique peut contribuer à un meilleur échange entre professionnels. Le maintien des connaissances de bases issues de la formation initiale des psychiatres et somaticiens peut par ailleurs favoriser une meilleure compréhension réciproque des acteurs du soin. De surcroit, certains professionnels ayant une connaissance des deux champs, tels que les somaticiens en psychiatrie, peuvent permettre une mise en relation de ceux-ci. Enfin, l'organisation de la filière et de l'espace de prise en charge des patients psychiatriques pose la question de l'ambivalence de la spécialisation, favorisant une prise en charge adaptée mais mettant à l'écart cette patientèle. Les professionnels du soin somatique, y compris ceux dont l'exercice impose la plus grande polyvalence, se dessaisissent du soin d'une certaine patientèle. Cette situation, si elle permet le développement de l'expertise des professionnels de régulation et d'orientation spécialisés, conduit à une perte du sentiment de compétence et de légitimité dans le champ psychiatrique des autres. La conservation d'espaces proches permettant la mise en relation informelle des professionnels ainsi que la discussion de cas clinique permettent un maintien des compétences et une déstigmatisation du patient.

---

## Bibliographie

---

- BOURGUIGNON André, « 7 - Le sujet fou », *Questions*, , 1994, p. 239-278.
- CANGUILHEM Georges, « IV. Maladie, guérison, santé », *Le normal et le pathologique*, Paris cedex 14, Presses Universitaires de France, coll. « Quadrige », 2013, p. 155-176.
- CARIA Aude, ARFEUILLERE Sophie, VASSEUR-BACLE Simon et LOUBIERES Céline, « Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale ? », *La Santé de l'homme*, n° 419, 2012, p. 25-27.
- CASTEL Robert, *La montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu*, 2009.
- CHAMBON Nicolas, « Reconnaître et agir sur la dimension sociale du trouble », *Rhizome*, n° 3, vol. 6566, 2017, p. 37-39, [<https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0037>].
- CLAVOT Valérie et BIGLIETTO Jonathan, « La stigmatisation des personnes atteintes de maladies psychiatriques prise en charge par le personnel soignant : une revue de la littérature », *Hegel*, n° 4, 2023, p. 241-249.
- DODIER Nicolas et CAMUS Agnès, « L'hospitalité de l'hôpital », , 1997.
- FISCHER Gustave-Nicolas, « Les Espaces de Travail », *La Communication*, Éditions Sciences Humaines, 2016, p. 168-178, [<https://doi.org/10.3917/sh.dorti.2016.02.0168>].
- FURTOS Jean, « La précarité et ses effets sur la santé mentale », *Le Carnet PSY*, n° HS2, Hors-série, 2023, p. 9-16, [<https://doi.org/10.3917/lcp.hs2.0009>].
- GANSEL Yannis, « Conceptions du statut professionnel chez les psychiatres : un regard anthropologique », *L'information psychiatrique*, n° 10, vol. 82, 2006, p. 811-815, [<https://doi.org/10.1684/ipe.2006.0053>].
- GOFFMAN Erving, *Stigmate. Les usages sociaux du handicap*, Paris, Les éditions de minuit, 1963.
- GUIBET LAFAYE Caroline, « Pour une typologie des médecins psychiatres », *L'information psychiatrique*, n° 6, vol. 92, 2016, p. 453-465, [<https://doi.org/10.1684/ipe.2016.1504>].
- HAUT CONSEIL DE LA SANTE PUBLIQUE, « Inégalités sociales de santé et précarité ».
- HERZLICH Claudine, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris-La Haye, Mouton., Paris-La Haye, Mouton, 1969.
- LEBERT Florence et THOMAS-ANTERION Catherine, « Chapitre 5. Le concept de "démence vésanique" », *Neuropsychologie en psychiatrie*, Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, coll. « Neuropsychologie », 2019, p. 109-120.
- MOLES Abraham et ROHMER Elisabeth, *Psychologie de l'espace*, Paris, Casterman, 1972.

MONTARIOL Philippe, GUILLARD Michel, BOLLENGIER Olivier, ESCAFFRE-GROUSSARD Noëlle, HALLOUCHE Nabil, PETITDEMANGE Marielle et GREACEN Tim, « Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? », *L'information psychiatrique*, n° 10, vol. 82, 2006.

MOREL Sylvie, « Urgence et tri des malades. La production de files d'attente socialement stratifiées pour l'accès aux soins d'urgence », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 5, vol. 250, 2023, p. 100-117.

QUALIDI Moulay Ali El et SAADI Janah, « Améliorer la prise en charge des urgences : apport de la modélisation et de la simulation de flux », *Santé Publique*, n° 4, vol. 25, 2013, p. 433-439, [<https://doi.org/10.3917/spub.134.0433>].

PAILLET Anne, « Valeur sociale des patient·e·s et différenciations des pratiques des médecins », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 1, vol. 236237, 2021, p. 20-39, [<https://doi.org/10.3917/arss.236.0020>].

PENEFF Jean, *Les Malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Éditions Métailié, coll. « Sciences Humaines », 2000.

VASSY Carine, « L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire », *Mouvements*, n° 2, vol. 32, 2004, p. 67-74, [<https://doi.org/10.3917/mouv.032.0067>].

VASSY Carine et RENARD Frédéric, « Quels malades pour l'hôpital public? Deux stratégies de segmentation », *Annales des mines - Gérer et comprendre* -, n° 27, 1992, p. 11 p.

---

## **Liste des annexes**

---

Annexe 1. Grilles d'entretien

Annexe 2. Retranscriptions des entretiens

## **Annexe 1 : Grilles d'entretien**

Quatre grilles d'entretien distinctes ont été élaborées selon le profil de l'enquêté.

### **Grille d'entretien- soignants en psychiatrie**

#### **Eléments biographiques**

Quelle a été votre formation ?

Avez-vous exercé dans d'autres établissements ? Sous d'autres modalités ?

Quelles sont ici vos modalités d'exercice (urgences/conventionnel/libéral/extrahospitalier)

#### **Rapport à la psychiatrie**

Pourquoi avez-vous choisi la psychiatrie ?

Quel est selon vous le rôle de la psychiatrie ?

Pensez-vous que la psychiatrie est une médecine « comme les autres » ? Pourquoi ? Quels sont les points de convergence et de divergence avec l'exercice d'une autre spécialité ?

Pensez-vous que votre opinion est partagée dans votre profession ?

La psychiatrie a-t-elle selon vous un rôle particulier ? Pourquoi ? (*Guérison du patient, préservation de la société, médecine des vulnérabilités, aide au « mieux-vivre »*)

Quel est votre opinion sur la structuration de la psychiatrie actuellement ? (Secteurs, psychiatrie institutionnelle...)

Que pensez-vous du recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie ? pourquoi ?

Que vous évoque la notion d'interaction entre troubles psychiatriques, troubles somatiques et difficultés sociales ?

Comment pensez-vous que la psychiatrie est perçue par les médecins ? Par les soignants ? par le public ?

#### **Point de vue sur l'organisation**

L'organisation actuelle de la prise en charge des patients relevant de la psychiatrie se présentant aux urgences vous semble-t-elle adaptée ? Pourquoi ? Pour le patient/pour les professionnels

Pensez-vous que la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques est satisfaisante aux urgences ? Pourquoi ?

Qu'attendez-vous de l'ouverture de l'UAP ? Quels sont vos craintes à cet égard ?

Pensez-vous que cette nouvelle organisation aura un impact sur votre pratique ?  
Comment ?

Que pensez-vous de l'opportunité de la création d'une orientation soignante en psychiatrie ? (IOA de l'UAP)

### **Rapport aux autres professionnels**

Que pensez-vous de vos relations avec les médecins/ soignants d'autres spécialités en général ? Aux urgences ?

Que pensez-vous de vos relations avec les médecins somaticiens des services de psychiatrie ? Les sollicitez-vous parfois ? Pourquoi ? Vous sollicitent-ils parfois ? Pourquoi ?

Comment travaillez-vous avec les médecins psychiatres ?

Comment pensez-vous que votre métier est perçu par les autres soignants ? Par les psychiatres ? Par les autres médecins ? par le public ?

### **Rapport aux patients**

Que pensez-vous de l'adressage des patients qui se présentent aux urgences en psychiatrie ? Est-il en général adéquat ? Pourquoi ?

Les patients que vous voyez souffrent-ils parfois de problèmes somatiques ? Que faites-vous dans ce cas ?

Avez-vous un rôle dans l'orientation des patients ? Comment décidez-vous d'une orientation en psychiatrie intra ? En psychiatrie extra ? Vers une prise en charge somatique ?

Comment pensez-vous que les autres professionnels ayant un rôle dans l'orientation des patients la décident ? Quels sont selon vous leurs critères ? (Médecins, IOA, infirmiers)

Comment pensez-vous que vos patients sont perçus par les autres médecins ? Par les soignants ? Par le public ?

## **Grille d'entretien- médecins psychiatres aux urgences**

### **Éléments biographiques**

Quelle a été votre formation ?

Avez-vous exercé dans d'autres établissements ? Sous d'autres modalités ?

Quelles sont ici vos modalités d'exercice (urgences/conventionnel/libéral/extrahospitalier)

### **Rapport à la psychiatrie**

Pourquoi avez-vous choisi la psychiatrie ?

Pensez-vous que la psychiatrie est une médecine « comme les autres » ? Pourquoi ? Quels sont les points de convergence et de divergence avec l'exercice d'une autre spécialité ?

Pensez-vous que votre opinion est partagée dans votre profession ?

La psychiatrie a-t-elle selon vous un rôle particulier ? Pourquoi ? (*Guérison du patient, préservation de la société, médecine des vulnérabilités, aide au « mieux-vivre »*)

Quel est votre opinion sur la structuration de la psychiatrie actuellement ? (Secteurs, psychiatrie institutionnelle...)

Que pensez-vous du recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie ? pourquoi ?

Que vous évoque la notion d'interaction entre troubles psychiatriques, troubles somatiques et difficultés sociales ?

Comment pensez-vous que la psychiatrie est perçue par les médecins ? Par les soignants ? par le public ?

### **Point de vue sur l'organisation**

L'organisation actuelle de la prise en charge des patients relevant de la psychiatrie se présentant aux urgences vous semble-t-elle adaptée ? Pourquoi ? Pour le patient/pour les professionnels

Pensez-vous que la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques est satisfaisante aux urgences ? Pourquoi ?

Qu'attendez-vous de l'ouverture de l'UAP ? Quels sont vos craintes à cet égard ?

Pensez-vous que cette nouvelle organisation aura un impact sur votre pratique ? Comment ?

Que pensez-vous de l'opportunité de la création d'une orientation soignante en psychiatrie ? (IOA de l'UAP)

Pensez-vous que le bâtiment a un impact sur votre exercice ? Lequel ?

Que pensez-vous de la filière de prise en charge du patient psychiatrique ? Psy15, 3114, Vigilans, CICAH, Equipes mobiles...

### **Rapport aux autres professionnels**

Que pensez-vous de vos relations avec les médecins/ soignants d'autres spécialités en général ? Aux urgences ?

Que pensez-vous de vos relations avec les médecins somaticiens des services de psychiatrie ? Les sollicitez-vous parfois ? Pourquoi ? Vous sollicitent-ils parfois ? Pourquoi ?

Comment travaillez-vous avec les soignants de psychiatrie ?

Vous considérez vous comme un professionnel du soin urgent ou de la psychiatrie ?

### **Rapport aux patients**

Que pensez-vous de l'adressage des patients qui se présentent aux urgences en psychiatrie ? Est-il en général adéquat ? Pourquoi ?

Les patients que vous voyez souffrent-ils parfois de problèmes somatiques ? Que faites-vous dans ce cas ?

Avez-vous un rôle dans l'orientation des patients ? Comment décidez-vous d'une orientation en psychiatrie intra ? En psychiatrie extra ? Vers une prise en charge somatique ?

Comment pensez-vous que les autres professionnels ayant un rôle dans l'orientation des patients la décident ? Quels sont selon vous leurs critères ? (Médecins, IOA, infirmiers)

Comment pensez-vous que vos patients sont perçus par les autres médecins ? Par les soignants ? Par le public ?

# **Grille d'entretien- médecins somaticiens en services de psychiatrie**

## **Eléments biographiques**

Quelle a été votre formation ?

Quelle est votre spécialité ?

Avez-vous exercé dans d'autres établissements ? Sous d'autres modalités ?

Quelles sont ici vos modalités d'exercice ? Avec quelles autres professions êtes-vous en lien dans l'exercice de votre métier ?

## **Rapport à la psychiatrie**

Pourquoi avez-vous choisi d'exercer dans des services de psychiatrie ?

Quel est selon vous le rôle de la psychiatrie ?

Pensez-vous que la psychiatrie est une médecine « comme les autres » ? Pourquoi ? Quels sont les points de convergence et de divergence avec l'exercice d'une autre spécialité ?

Pensez-vous que votre opinion est partagée dans votre profession ?

La psychiatrie a-t-elle selon vous un rôle particulier ? Pourquoi ? (*Guérison du patient, préservation de la société, médecine des vulnérabilités, aide au « mieux-vivre »*)

Quel est votre opinion sur la structuration de la psychiatrie actuellement ? (Secteurs, psychiatrie institutionnelle...)

Que pensez-vous du recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie ? pourquoi ?

Que vous évoque la notion d'interaction entre troubles psychiatriques, troubles somatiques et difficultés sociales ?

Comment pensez-vous que la psychiatrie est perçue par les autres médecins ? Par les soignants ? par le public ?

## **Point de vue sur l'organisation**

L'organisation actuelle de la prise en charge des patients relevant de la psychiatrie se présentant aux urgences vous semble-t-elle adaptée ? Pourquoi ? Pour le patient/pour les professionnels

Pensez-vous que la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques est satisfaisante aux urgences ? Pourquoi ?

Les problèmes somatiques dont peuvent souffrir les patients admis en psychiatrie vous semblent-ils bien pris en charge actuellement ?

Pensez-vous que cette nouvelle organisation aura un impact sur votre pratique ?  
Comment ?

Qu'attendez-vous de l'ouverture de l'UAP ? Quels sont vos craintes à cet égard ?

Que pensez-vous de l'opportunité de la création d'une orientation soignante en psychiatrie ? (IOA de l'UAP)

### **Rapport aux autres professionnels**

Que pensez-vous de vos relations avec les médecins/ soignants somaticiens en général ?  
Aux urgences ? Les sollicitez-vous parfois ? Pourquoi ? Vous sollicitent-ils parfois ?  
Pourquoi ?

Que pensez-vous de vos relations avec psychiatres ? Pourquoi ?

Comment travaillez-vous avec les soignants de psychiatrie ?

### **Rapport aux patients**

Que pensez-vous de l'adressage des patients qui se présentent aux urgences en psychiatrie ? Est-il en général adéquat ? Pourquoi ?

Avez-vous un rôle dans l'orientation des patients (même consultatif) ? Si oui comment décidez-vous d'une orientation en psychiatrie intra ? En psychiatrie extra ? Vers une prise en charge somatique ?

Comment pensez-vous que les autres professionnels ayant un rôle dans l'orientation des patients la décident ? Quels sont selon vous leurs critères ? (Médecins, IOA, infirmiers)

Comment pensez-vous que vos patients sont perçus par les autres médecins ? Par les soignants ? Par le public ?

## **Grille d'entretien- médecins somaticiens**

### **Eléments biographiques**

Quelle a été votre formation ?

Avez-vous exercé dans d'autres établissements ? Sous d'autres modalités ?

Quelles sont ici vos modalités d'exercice (urgences/conventionnel/libéral/extrahospitalier)

### **Rapport à la psychiatrie**

Portez-vous un intérêt au sujet de la psychiatrie ? (Intellectuel/ professionnel/ personnel).

Vous considérez-vous comme plus ou moins sensibilisé au sujet par rapport à vos collègues ? Pourquoi ?

Vous considérez-vous comme informé sur le sujet de la psychiatrie ?

Que vous évoque la notion d'interaction entre troubles psychiatriques, troubles somatiques et difficultés sociales ?

Pensez-vous que la psychiatrie est une médecine « comme les autres » ? Pourquoi ?

Pensez-vous que votre opinion est partagée dans votre profession ?

Comment pensez-vous que la psychiatrie est perçue par les médecins ? Par les soignants ? par le public ?

### **Point de vue sur l'organisation**

L'organisation actuelle de la prise en charge des patients relevant de la psychiatrie se présentant aux urgences vous semble-t-elle adaptée ? Pourquoi ? Pour le patient/pour les professionnels

Pensez-vous que la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques est satisfaisante aux urgences ? Pourquoi ?

Qu'attendez-vous de l'ouverture de l'UAP ? Quels sont vos craintes à cet égard ?

Pensez-vous que cette nouvelle organisation aura un impact sur votre pratique ? Comment ?

Que pensez-vous de l'opportunité de la création d'une orientation soignante en psychiatrie ? (IOA de l'UAP)

### **Rapport aux autres professionnels**

Que pensez-vous de vos relations avec les médecins/ soignants en psychiatrie en général ? Aux urgences ?

Que pensez-vous de vos relations avec les soignants des urgences ?

Que pensez-vous de vos relations avec les médecins somaticiens exerçant dans les services de psychiatrie ? Vous arrive-t-il de les solliciter ? Pourquoi ? Leur arrive-t-il de vous solliciter ? Pourquoi ?

## **Rapport aux patients**

Voyez-vous souvent dans votre exercice des patients souffrant de troubles psychiatriques ? Dans quel cadre ?

Lorsque vous êtes confrontés à un patient souffrant de troubles psychiatriques que faites-vous ? Comment qualifieriez-vous vos interactions avec ces patients ? (Lorsqu'ils souffrent également de troubles somatiques ou non).

Avez-vous un rôle dans l'orientation des patients ? Comment décidez-vous d'une orientation en psychiatrie ? Vers une prise en charge somatique intra-hospitalière ? Vers une prise en charge extrahospitalière ?

Comment pensez-vous que les autres professionnels ayant un rôle dans l'orientation des patients la décident ? Quels sont selon vous leurs critères ? (Médecins, IOA, infirmiers)

Comment pensez-vous que les patients souffrant de troubles psychiatriques sont perçus par les autres médecins ? Par les soignants ? Par le public ?

## **Annexe 2 : Retranscriptions des entretiens**

Sont présentés à la suite dans cette annexe les entretiens effectués pour ce travail.

### **Entretien- Etienne Ojardias**

Y.M : Pour commencer je souhaiterais que vous m'expliquiez votre cursus, depuis combien de temps vous exercez au CHU et de quelle manière.

EO : OK. Alors moi je suis médecin de médecine physique et réadaptation. Je suis au CHU de Saint-Étienne depuis ma première année de médecine, hein, c'est à dire il y a très longtemps, 2005, 2006, et j'ai fait tout mon cursus à Saint-Étienne. Cursus général, puis à la fin des études de médecine j'ai pris la spécialisation de médecine physique et réadaptation. Donc tout ce qui est la médecine sur la réadaptation, donc plus globalement sur la prise en charge globale du patient dans le contexte de la classification internationale du fonctionnement. Donc sans rentrer trop dans les détails, ces différentes dimensions, ça va du symptôme à la restriction de participation, donc également à la vie socioprofessionnelle, culturelle, culturelle du patient, donc c'est vraiment transversal. Et avec des spécificités, des expertises, dans le cadre de la formation, c'est surtout sur le handicap moteur. Donc avec une grosse valence handicap moteur et plus spécifiquement à Saint-Étienne sur le handicap moteur neurologique. Et au sortir de mon internat, j'ai fait une spécialisation supplémentaire en gériatrie, j'ai fait un post internat sous forme de clinicat, assistant chef de clinique des hôpitaux, de quatre ans, en gériatrie clinique, j'ai passé l'équivalence de gériatrie, et finalement au sortir de ce clinicat, je suis revenu en MPR pour prendre un poste de praticien hospitalier contractuel, puis praticien hospitalier titulaire, puis à partir de septembre un poste de maître de conférences universitaire. J'ai un peu le double cursus avec à côté du cursus clinique un cursus de recherche, et d'enseignement. Donc ça c'est la partie MPR, alors pourquoi j'ai atterri là-dedans, c'est que quand je suis revenu en MPR en fin 2021 j'ai repris l'activité naissante d'Handiconsult qui avait été financée par l'ARS. Alors je ne sais pas s'il faut que j'explique ce que c'est qu'Handiconsult ?

Y.M : Oui, si vous pouvez.

EO : Brièvement, Les dispositifs de consultation dédiés au handicap sont des dispositifs qui sont financés par les tutelles pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, quel que soit le type de handicap, quel que soit leur âge. Et en fait ça, ça intervient dans le contexte où finalement on s'est rendu compte que les patients en situation de handicap avaient une perte de chance. Et donc ils avaient, finalement, des diagnostics

tardifs de maladie, comme avoir des diagnostics de cancer au stade multi métastatique parce qu'ils n'avaient pas accès au dépistage primaire comme tout individu de la société. Et donc à partir de là ces financements-là ont financé une part pour l'accès aux soins primaires pour les patients qui sont en situation d'échec. Ça c'est... voilà. On ne se substitue pas à un parcours fonctionnel, on est là pour pallier un défaut et également un lien entre la ville et l'hôpital. On est vraiment arrivés à faire le lien pour le médecin traitant de médecine de ville avec la structure sanitaire. Et un troisième volet qui est celui de la formation, pour sensibiliser toute personne à l'accueil des patients en situation de handicap, puisque là aussi on s'est rendu compte que c'était un frein à l'accès aux soins de ces patients. Donc c'est une mission assez générale que je coordonne en tant que responsable médical, mais j'ai une infirmière coordinatrice à mi-temps, et une secrétaire. Et donc par ce biais-là, je fais maintenant aussi beaucoup plus que le handicap moteur, puisque je fais tout type de handicap : déficit sensoriel, déficience intellectuelle, trouble du développement intellectuel, handicap psychique, handicap mental, et cetera, et cetera. Donc j'ai élargi mon panel sur le handicap récemment, finalement.

Y.M : En ce qui concerne vos modalités d'exercice, vous exercez au sein du service de MPR et à Handiconsult, est-ce que vous avez un exercice extrahospitalier ?

EO : Non, non, non. Je suis sur un temps complet hospitalier et une activité à 0,5 ETP sur chaque service, qui sont dans le même service en fait. Handiconsult dépend du service de MPR, hein, donc il est rattaché finalement au service de MPR.

Y.M : Donc via votre activité à Handiconsult, vous travaillez avec des personnes souffrant de handicap mental ou psychique, est-ce que c'est un sujet qui vous intéressait particulièrement. Est-ce que c'est quelque chose sur lequel vous étiez particulièrement sensibilisé ?

EO : Alors je me suis sensibilisé, mais ce que j'ai appris c'est que je ne connaissais pas les différentes notions. Et ça, c'était parce que même pour moi, c'est un peu ce que vous dites finalement, il y a le handicap mental, mais il y a aussi le handicap psychique. Alors, le handicap psychique, c'est le handicap qui est lié à une maladie psychiatrique par exemple. Ça va donner une atteinte de fonctions, tout dépend bien sûr de la pathologie, hein, des capacités de jugement, des capacités de discernement ou uniquement des symptomatologies délirantes s'ils sont bien traités, voilà. Mais en fait, cette pathologie-là va être amenée à mettre les patients en situation de handicap de par leurs troubles relationnels, leurs syndromes anxieux vis-à-vis des individus extérieurs à leur milieu et donc du coup, ils se retrouvent en situation d'handicap par les difficultés d'accès au travail, d'accès à la santé. Et donc finalement, c'est en rentrant à Handiconsult que j'ai appris ces

notions-là, chose que je ne maîtrisais pas totalement et auxquelles jusqu'à ce moment je ne m'étais pas plus intéressé que ça.

Y.M : D'accord, donc le handicap psychique est une conséquence d'une maladie psychiatrique ?

O.J : Oui. Qui est différente du handicap mental, qui là va être plutôt secondaire à des maladies qui vont entraîner une déficience intellectuelle, par exemple, mais qui sont complètement deux choses différentes. C'est à dire qu'on peut avoir un handicap psychique sans avoir une altération ses fonctions intellectuelles.

Y.M : Est-ce qu'on pourrait évoquer la limite entre maladie psychiatrique ou autre chose, qu'il s'agisse de neurologie, gériatrie, ou autre. Comment vous-même appréhendez cette limite ?

EO : Eh bien, c'est un peu... Pour moi, je considère que c'est du cas par cas et du coup la limite, elle est très floue et justement, c'est un peu là le danger, parce qu'on a bien notion de cette notion d'« étiquette » qu'on veut coller au patient, qui va faire qu'une fois qu'il est dans ce cadre-là, ça va être difficile de lui en faire sortir. Et en tout cas, nous, il y a des... c'est des choses que maintenant les médecins connaissent bien et qu'il faut aussi prendre en compte dans la pathologie psychiatrique, c'est à dire qu'on peut avoir les symptômes d'une maladie, et puis on peut avoir aussi une recrudescence des symptômes, des pathologies, des problématiques psychiatriques, en lien avec une cause somatique, c'est à dire une cause clinique, et faire la distinction entre les choses, c'est parfois assez difficile, surtout dans une condition d'urgence où il y a beaucoup de monde, qu'il fut savoir et pouvoir faire le tri et que parfois, vous connaissez ces situations aux urgences, parfois on déborde de problématiques de patients avec des problématiques psychiatriques. Donc ça c'est le premier élément. Le deuxième élément c'est qu'une pathologie peut être psychiatrique à un moment donné, puis elle peut devenir somatique, hein. Et ça, on le sait, des malades psychiatriques qui ont une atteinte plus fréquente des maladies neurodégénératives et de mémoire. Et à ce moment-là on sort du cadre psychiatrique. Et puis il y a une autre problématique, c'est des pathologies psychiatriques qui vont décompenser à cause de situations somatiques, et ça dans toute pathologie chronique, on le sait avec les problématiques d'ordre syndrome dépressif réactionnel, syndrome anxieux, mais également des véritables maladies psychiatriques à type de syndrome bipolaire qui peuvent décompenser sur des situations somatiques initiales. Pour un médecin, il faut savoir prendre du recul sur cette situation, réévaluer éventuellement des diagnostics et se méfier du surhandicap. Ça c'est un mot que je voulais absolument placer, c'est-à-dire, hein, d'avoir

une maladie additionnelle à la situation du handicap qui va rajouter en fait une situation de handicap au handicap préexistant, ça c'est ce qu'on appelle le surhandicap.

Y.M : À propos des interactions entre troubles psychiatriques et somatiques, j'imagine que c'est quand même beaucoup plus vaste que cette question des limites, et également avec les problématiques sociales. Vous m'aviez parlé de la notion de fragilité la dernière fois que nous nous sommes rencontrés.

EO : Ouais, tout à fait. Alors ça, ça vient de mon background gériatrique où c'est des choses qui sont extrêmement bien décrites, où on a des syndromes de fragilité clinique, c'est à dire qu'on va être dans des situations où on est un peu dans des difficultés existantes mais qui sont non vues si on ne va pas les rechercher. Donc par exemple un individu qui va avoir plus de fatigue, un individu qui va marcher plus lentement. Mais marcher plus lentement, ce n'est pas une maladie. Et un sujet qui va avoir une perte de force, c'est à dire qu'il arrivait... Il arrive plus à ouvrir les bouches alors qu'avant il y arrivait. Bah ça finalement ce sont des symptômes qui sont regroupés dans un syndrome qui est le syndrome de fragilité. Et finalement si c'est dépisté avant, on est dans le cas où la pathologie est réversible, c'est à dire qu'on traite ces problèmes-là, on fait rebasculer l'individu dans un individu qui vieillit bien, non malade. Enfin, il n'est pas malade quand il est fragile, mais dans une situation où il est où il est non fragile. Et par contre quand il est dans cette conditions de fragilité, il est à risque de basculer dans la version pathologique et là on sait que la pathologie va le faire perdre en autonomie. Et par contre, une fois qu'il est installé dans le versant pathologique, là c'est plus réversible vers le côté robuste. Voilà qui est le mot que je cherchais, robuste, c'est les non-fragiles. Et en fait dans ce cette situation de fragilité, on a des symptômes cliniques que je vous ai énumérés, mais en fait, on a aussi une association, finalement, une corrélation entre les symptômes de fragilité cliniques et les symptômes de vulnérabilité sociale, et donc bah c'est l'exemple type, c'est l'isolement social qui va créer l'absence de relation, l'absence de stimulation cognitive qui va avoir des retentissements et des répercussions psychiatriques voire cognitives et une notamment une maladie neurodégénérative qui va s'installer plus fréquemment.

Y.M : Vous pensez que cette notion peut être applicable, dans une certaine mesure du moins, à la psychiatrie ?

EO : Bah tout à fait, c'est à dire qu'on peut avoir des pathologies, des malades avec maladies psychiatriques qui vont avoir un vieillissement, et potentiellement un vieillissement accéléré. De par leur maladie, de par leur traitement, de par leur modification d'habitudes de vie liées à la maladie ou au traitement. Et on en parlait avec d'autres spécialistes de la question au CHU de Saint-Étienne et qui connaissent bien ça, hein, c'est à dire les difficultés

de vieillissement un peu précoce de ces patients, avec la difficulté de pouvoir faire de la prévention.

Y.M : Et en ce qui concerne votre relation à la psychiatrie, est-ce que pour vous il s'agit d'une spécialité comme une autre, ou est-ce qu'elle doit être différente ?

EO : Dans la pratique courante, on voit bien que ça reste une expertise médicale qui est celle de la psychiatrie et que les psychiatres, finalement, ils sont des spécialistes des maladies psychiatriques. Alors je ne sais pas très bien m'exprimer sur ce sujet-là. En tout cas, c'est vrai que leur expertise leur fait délaissé fréquemment la possibilité de pouvoir faire un suivi général de leurs patients. On est tous pareils, je veux dire moi je suis médecin MPR, mon patient je sais bien suivre ses maladies de MPR, mais finalement parfois je délaissé la prévention primaire chez le malade. Donc finalement est ce qu'un psychiatre est un médecin comme un autre ? Non, c'est un médecin d'une médecine spécialiste de psychiatrie, et donc il n'est pas différent de tout médecin, néanmoins il a une spécialité qui est différente et de par cela il se différencie des autres médecins. Je ne sais pas si c'est très clair, mais c'est un peu comme ça que je le définirais.

Y.M : Et vous pensez que cet avis est partagé par votre profession ?

EO : Je pense qu'on n'est pas forcément tous du même avis et que voilà, il n'y a pas forcément... Il peut y avoir encore des gens qui pensent un petit peu différemment de cette vision là, mais c'est difficile pour moi de vous dire si c'est si c'est plus répandu ce que je pense, ou si c'est plus répandu ce que pensent les autres, quoi.

Y.M : Le fait d'être très spécialisé et de délaissé un peu ce qui sort du champ de cette spécialité, c'est comme pour les spécialités d'organe finalement ? Il n'y a pas de différence de langage ou d'incompréhension structurelle ?

EO : Ouais. Il peut y avoir des langages différents parce qu'ils parlent de manière parfois assez difficile, mais comme tout un chacun finalement, quand on rentre très loin dans les pathologies, on a vite nos propres jargons de spécialistes. Après, la question, j'ai perdu le fil de la question, c'était ?

Y.M : C'est est-ce que cette différence est comparable à celle qui existe entre deux médecines d'organes ou s'il s'agit d'encore autre chose.

EO : Non, non. Enfin moi, finalement, je le relie assez là-dedans. Après, ce que je pense qui les différencie des autres spécialités d'organes, c'est qu'ils sont encore plus loin de la clinique que certaines spécialités. C'est à dire qu'une spécialité cardiologique, ils sont ultra spécialistes, comme les psychiatres, mais finalement ils restent encore dans la clinique, à gérer des situations d'urgence clinique somatiques, alors que les psychiatres ils sont vraiment très dans une spécialité qui est éloignée de la clinique. Mais il y en a d'autres hein,

il y a d'autres spécialités, par exemple la biologie, qui sont très éloignées de la clinique. Mais voilà, ça fait partie pour moi de ces spécialités médicales où finalement ils sont dans une surspécialité avec un internat surspécialisé, et ils délaissent très vite la médecine somatique, et qui sont vraiment très éloignés par rapport à d'autres spécialités d'organes qui sont au cœur, même s'ils sont spécialités d'organes, qui sont au cœur quand même de la clinique. C'est ce qui les différencie un peu.

Y.M : Et qu'est-ce que ça a comme conséquences sur la prise en charge des patients, notamment aux urgences conventionnelles, où en fait ils sont accueillis par des médecins somaticiens ?

EO : En fait c'est quand même hyper différent. C'est-à-dire que le médecin somaticien doit dédouaner de la problématique somatique, ça veut dire qu'après il n'y a aucune réévaluation somatique qui est faite durant l'hospitalisation, sauf s'il y a un problème aigu qui vient se greffer. Et là c'est géré par des médecins somaticiens en psychiatrie, qui sont globalement des médecins de médecine polyvalente, qui savent à peu près tout faire. Mais voilà, c'est pour ça que ça a une importance, ça, c'est qu'ils sont tellement éloignés de la clinique que ça rend difficile la réévaluation clinique somatique des patients une fois qu'ils ont passé le cut du balayage somatique.

Y.M : Et vous pensez qu'il y a une perte de chance pour ces patients de ce fait là, au-delà du fait qu'ils peuvent être dans un état de fragilité ?

EO : Alors ça faudra demander aux urgentistes parce qu'eux doivent voir les chiffres de patients qu'ils voient qui sont dédouanés sur le plan somatique et qui finalement posent un problème a posteriori. Je pense que c'est possible, quoi. Alors il y a des protocoles quand même, hein, parce que c'est protocolisé, donc ils sont vus il y a au moins constante et examen. Et c'est régulièrement que l'urgentiste va réévaluer la situation en disant « bah là il me faut des examens complémentaires quand même pour m'assurer que ce ne soit pas une cause somatique ». Malgré tout, des fois il y a tellement de monde et les choses vont tellement vite que oui, si le patient, de prime abord, si le patient vient pour une problématique psychiatrique et que de prime abord il n'y a pas de de questions somatiques, ça ne va pas passer au premier plan et ça va passer à travers les grilles, il ne sera pas forcément réévalué. Ça pour moi je pense que c'est indéniable qu'il se passe probablement des choses de ce point de vue-là.

Y.M : Et parmi les patients que vous voyez avec Handiconsult, avec plusieurs types de handicaps différents, est-ce que vous constatez qu'il y a une un traitement différent des patients dont le handicap est psychique par rapport aux autres, lorsque vous les adressez

vers quelqu'un ? Est-ce qu'il y a un rapport différent aux patients psychiatriques, une réticence différente à les prendre en charge ?

EO : Complètement, complètement. Pour moi, globalement, tout patient en situation de handicap ça fait peur, et donc du coup personne n'est à l'aise avec ça et donc du coup il y a une réelle sensibilisation. En fait, faut bien se dire que les professionnels de santé sont complètement acculturés au handicap et ce quelle que soit la cause. Donc le handicap psychique fait partie de l'acculturation des gens, et donc forcément ça change les relations, et à partir de là ça crée un certain mal-être, malaise, et donc la relation médecin malade – moi je parle pour le médecin- va être modifiée et du coup il y a forcément une prise en charge qui va être différente et voilà il faut du coup une adaptation de la prise en charge de ces patients. D'une part parce que si on ne le fait pas ils ne sont pas pris en charge, et deuxièmement parce que même si on essaye, ça va mal se passer et ça ne se fait pas ou ça se fait mal. Et même si on adapte et qu'on essaie de bien faire les choses parfois ça reste compliqué. Donc pour moi là les réponses c'est oui.

Y.M : Et selon vous c'est la même chose pour tout handicap ou est-ce qu'il y a une différence selon le type de handicap, est-ce qu'un patient avec un handicap moteur est plus ou moins bien accueilli qu'un patient qu'un handicap psychique ?

EO : Ouais je pense que là il y a clairement un enjeu dans la manière d'avoir la relation, hein, voilà tous les handicaps qui vont toucher possiblement à la relation médecin malade, elle peut être impactée différemment, je trouve que le patient en situation de handicap. Un patient en situation de handicap moteur pur, bah ouais, c'est pénible parce que ça prend de la place, parfois on ne va pas l'examiner parce qu'on n'a pas le matériel pour l'allonger, donc du coup on l'examine rapidement ou pas, parce qu'on ne peut pas le faire ou parce que ça prend trop de temps. C'est différent d'un malade avec des difficultés psychiques où, là, l'interrogatoire va être complexe, les comportements vont être modifiés, très vite la situation peut se tendre, et donc on va écourter ou ne pas faire parce que, en fait, dans la salle d'attente, ça s'est mal passé et que du coup on va renvoyer le malade plutôt que de le voir parce que ce n'est pas possible, il est trop agité... Donc ça pour moi oui, il y a quand même une différence en fonction de la nature du handicap mais qui est plus lié aux potentielles difficultés relationnelles qu'autre chose.

Y.M : Vous, lorsque vous envoyez des patients en situation de handicap psychiques vers d'autres professionnels, ou plus généralement des patients avec des maladies psychiatriques, est-ce que vous vous appuyez sur des professionnels de psychiatrie ?

EO : Alors nous, on est finalement assez peu sollicités par la psychiatrie quand un patient est hospitalisé parce qu'ils ont fait un Handiconsult, les psychiatres. La psychiatrie, pour

avoir des examens somatiques, ils font de l'Handiconsult. Ça veut dire qu'ils accompagnent le patient, ils le préparent, ils restent avec eux, ils le rassurent, si besoin ils vont voir, donc ils vont assurer le tampon avec un accompagnement physique qui est indispensable à la réussite de la consultation. Donc finalement on a assez peu de problèmes avec ça. Par contre, on a plein de difficultés, et c'est surtout possiblement les médecins généralistes, ou les médecins de ville ou le suivi ambulatoire de ces patients, où quand on a besoin de réaliser des actes complémentaires, là on va être de ressources. Et il y a plein d'exemples en tête. Des exemples simples : il faut avoir une prise de sang à jeun, tôt le matin chez une patiente schizophrène, et du coup on la convoque, elle ne vient jamais, on la convoque, elle ne vient jamais, et en fait on ne se pose pas la question qu'en fait elle ne viendra jamais si on n'adapte pas la possibilité, et là en fait on résout le problème, on hospitalise la malade la veille, elle fait la place de sang le matin, elle part et là il n'y a pas de difficulté. Voilà. Après ça peut être plus compliqué chez des gens qui sont très agités où là, pour faire des examens il faut passer par des sédations et à ce moment-là on passe outre. Mais voilà, il y a la solution intermédiaire qui est d'habituer, faire des consultations d'habitude, où on va venir montrer aux malades l'environnement, comment se déroulent les choses, pour qu'ils soient familiarisés avant la consultation. Et ça c'est des moyens intermédiaires pour y arriver qui peuvent être intéressants.

Y.M : Pour revenir sur le sujet des diagnostics un peu limite, il y a des étiquettes plus stigmatisantes que d'autres, dont la psychiatrie, est-ce que vous souhaitez me parler de ce sujet ?

EO : Oh, je ne peux que confirmer ce que vous dites. On le voit. Moi, je fais des gardes aux urgences donc je le vois on va dire régulièrement. Quand c'est à 03h00 du matin, le quinzième malade de psychiatrie qui vient et qui crie, alors qu'il y a un service d'urgence qui est bondé, et cetera, le truc que vous allez faire le plus rapidement c'est de dédouaner une cause somatique pour qu'il soit vu par les psychiatres et qu'ils viennent gérer le problème, et en attendant être obligé de mettre en place des thérapeutiques de contention chimique et physique. Encore une fois, les conditions telles qu'elles sont dans des services d'urgence voilà forcent à peut-être, à malheureusement, progressivement, en l'absence de sensibilisation encore une fois, à ne pas modifier les comportements que peuvent avoir certains urgentistes. Ou qui, au fil des années, peuvent avoir des comportements inappropriés vis-à-vis de la prise en charge des patients, voilà. Après, encore une fois, resituons le contexte, ils sont là pour dédouaner une cause urgente et voilà, ils font leur travail en dédouanant une cause urgente. Mais voilà ils ne vont pas s'approfondir plus que ça dans la prise en charge, alors que peut être, parfois, il faudrait.

Y.M : Et dans ce contexte, que pensez-vous de l'ouverture de l'UAP ?

EO : Alors, c'est difficile, j'ai eu les deux sons de cloche, en me disant « voilà, ça va être un endroit plus approprié, de façon à ce que ces malades puissent avoir un endroit dédié aux urgences et finalement peut être avoir moins de répercussions sur le fonctionnement des urgences en général », et puis l'autre son de cloche est de dire « c'est surtout pour ne pas qu'ils s'en occupent, les mettre dans un coin et pas s'en occuper ». C'est difficile pour moi d'avoir un avis, ça dépend encore une fois de qu'est-ce qu'on met en œuvre pour les prendre en charge. C'est à dire que si c'est un médecin dédié qui a plus de temps et de moyens pour les voir, oui, ça peut être intéressant. Si c'est finalement un endroit où on peut les mettre pour pas qu'ils dérangent les autres... Ce qui ne sera pas le cas, mais. C'est un peu les deux extrêmes qui font que pour l'instant je n'ai pas forcément d'avis personnel. Je pense que ça a le mérite d'essayer d'un peu changer ce fonctionnement actuel qui pour moi n'est pas satisfaisant, et donc je trouve bien qu'on se pose la question d'améliorer le parcours. Encore une fois, si cela permet une meilleure prise en charge de ces patients d'un point de vue psychiatrique mais aussi d'un point de vue somatique.

Y.M : En ce qui concerne les relations entre les psychiatres qui exercent aux urgences et les urgentistes, qu'est-ce que vous constatez, et est-ce que l'UAP va avoir un impact là-dessus, que ce soit les faciliter ou les distendre ?

EO : Moi je pense que ça risque de créer encore plus de distance. Parce que moi, là où je suis étonné, c'est qu'il y a quand même une assez grande distance entre les urgentistes et les psychiatres d'urgence. Ça c'est une vision extérieure qui est assez... C'est à dire que pour moi l'urgentiste il fait le somatique, voire il parle uniquement à l'étudiant et après c'est les psychiatres qui prennent le relai, et le débrief n'est pas systématique de la part de l'urgentiste. Et du coup il y a vraiment une distance qui se crée, et on voit bien aussi du point de vue des malades, ... Après je suis assez jeune dans le fonctionnement, dans ma participation au tour de garde des urgences, mais c'est quelque chose qui est assez choquant quand on voit ça. Et après on va plutôt avoir des interactions avec le psychiatre quand le psychiatre estime que c'est une cause somatique, que l'urgentiste n'est pas d'accord, et là il va y avoir des points d'achoppement qui vont faire un contact direct entre eux. Mais en dehors de ces situations, la conversation va surtout tourner autour de « je n'ai pas besoin de le voir parce qu'il vient d'un autre », « je ne suis pas d'accord que ce soit somatique », ou au contraire « moi je ne le verrai pas parce que c'est somatique », « il faut faire un bilan sinon je ne le vois pas » ...

Y.M : Donc c'est soit conflictuel, soit il n'y a pas de relation ?

EO : Ouais, c'est ça, c'est ça. Je trouve que c'est quand même... On voit rarement... Alors la dernière garde, on a quand même vu le psychiatre discuter avec nous, il est venu nous parler, donc ça arrive. Mais ça reste pour moi la minorité des cas. Donc, à voir comment l'UAP va venir se positionner là-dedans. Moi ce dont j'ai peur c'est que ça crée encore, vraiment, une frontière encore plus importante pour les patients de psychiatrie et je pense que dans la mise en place du fonctionnement, il faut veiller justement à voir ce qu'il en est. La seule chose, et moi j'ai beaucoup travaillé sur le sujet avec Handiconsult, c'est la proximité qu'aura ce service avec le service des urgences, et ça c'est vraiment confortable parce que en cas de complication, c'est quand même juste à côté et ça rebascule. Donc c'est quand même vraiment satisfaisant de pouvoir avoir cette proximité-là. Ce n'est pas donné à tout le monde. Nous on a cherché avec Handiconsult à se rapprocher d'un service d'urgence en cas de difficultés somatiques avec certains de nos patients, et actuellement il n'y a pas d'équivalent. Et ça c'est vraiment quand même un vrai plus, de l'avoir positionné à ce niveau-là.

Y.M : Par rapport à ce qu'on évoquait concernant les similitudes et différences entre la psychiatrie et les spécialités d'organes, la psychiatrie est la seule spécialité qui est physiquement présente aux urgences ?

EO : Oui, oui, après... toute spécialité vient donner des avis aux urgences donc oui, mais en fait c'est la fréquence des situations d'urgence de ces patients qui fait qu'il y a besoin d'un service des urgences qui est juste au-dessus<sup>117</sup>, un peu comme il y a un service de réa pour les urgences graves.

Y.M : Donc on revient à cette imbrication entre problèmes psychiatriques et somatiques qui s'aggravent les uns les autres.

EO : C'est ça, totalement ouais. Donc... Mais voilà, il y a quand même des soins intensifs cardiologiques des unités de neurovasculaire, et... On a même des spécialités... C'est une organisation stéphanoise, il y a d'autres CH où par exemple sur des urgences cardio ou des urgences neuro, le patient va directement dans le service sans passer par les urgences.

Fin de l'entretien

---

## Entretien- Chloé Bougerol

Y.M : Pouvez-vous me donner quelques éléments de votre biographie ? Quelle est votre formation, comment en êtes-vous venu à travailler au CHU ?

C.B : Moi j'étais externe sur Lyon. Quand j'ai commencé mon cursus médical j'étais externe sur Lyon. J'avoue que je suis arrivée dans la médecine un peu par hasard : après le BAC, j'ai été refusée d'une formation sur du droit français et allemand entre la Sorbonne et l'Allemagne, sur un double cursus, et je me suis un peu inscrite en médecine par dépit. J'ai fait ma première année, ça m'a bien plu, j'ai redoublé ma première année comme beaucoup de monde, ensuite j'ai fait tout mon externat à Lyon. Je suis passée en stage au Vinatier sur mon externat en je sais plus quelle année, 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup>... Quatrième année. Et dans ces services-là, enfin dans le service dans lequel j'étais au Vinatier il y avait un médecin généraliste qui faisait des permanences deux fois par semaine, deux demi-journées par semaines, et j'allais souvent avec elle, je trouvais que c'était sympa comme boulot. Ensuite, je suis arrivée pour faire mon internat à Saint-Etienne de médecine générale, et en deuxième stage, c'est vrai que ça c'était chouette aussi, sur les internats de médecine G on pouvait faire un stage en psychiatrie en tant que médecin somaticien en psychiatrie.

Y.M : C'est toujours le cas ?

C.B : Oui. Je l'ai fait en deuxième semestre et ça m'a confirmé que j'aimais bien ça, et que c'était plutôt ça que je voulais faire dans ma vie après. Parce que c'était le seul stage où je ne me suis pas ennuyée pendant six mois. Souvent les quatre premiers mois ça va, puis les deux derniers sont longs, sur les stages. Ensuite j'ai fini, enfin je me suis décalée parce que j'ai eu une grossesse entre temps pendant mon internat. J'ai fini mon deuxième semestre de médecine générale, je n'étais pas thésée, je suis revenue en tant que faisant fonction d'interne sur le CHU de Saint Etienne en psychiatrie, où j'étais déjà passée en tant qu'interne. J'ai fait de mai à décembre comme ça, j'ai passé ma thèse en décembre 2018 et après j'ai été embauchée en tant qu'assistante spécialiste. Bon je suis partie en congé mat tout de suite après mais...

Y.M : Donc vous avez essentiellement travaillé au CHUSE ?

C.B : Je n'ai travaillé qu'au CHUSE en post internat.

Y.M : Donc votre spécialité est la médecine générale.

C.B : C'est ça. Ma spécialité d'origine c'est la médecine générale, sachant que maintenant c'est un peu plus compliqué parce que comme ça fait plus de cinq ans que je suis médecin hospitalier je n'ai techniquement plus le droit d'ouvrir un cabinet.

Y.M : Et vous en aviez l'intention ?

C.B : Pas du tout. Donc ça ne me perturbe absolument pas.

Y.M : Avec quels professionnels est-ce que vous travaillez régulièrement ?

C.B : Bah les psychiatres. Régulièrement, avec quels professionnels je travaille ? Bah les psychiatres beaucoup, les infirmiers, les infirmières de psychiatrie, les internes de médecine générale, les internes de psychiatrie forcément, les assistantes sociales aussi, beaucoup, sur le pôle. Et de temps en temps ça nous arrive aussi de travailler avec les psychos, et les neuropsychos.

Y.M : Vous travaillez parfois aux urgences ?

C.B : Oui. Je m'occupe des urgences psychiatriques et des urgences pédopsychiatriques.

Y.M : Quelle est la raison pour laquelle vous avez choisi d'exercer dans les services de psychiatrie ? ça vous intéressait intellectuellement... ?

C.B : Alors oui, ça m'intéressait intellectuellement, le côté, de toute façon même si j'avais fait médecine générale moi j'aime beaucoup le travail en équipe donc je ne voulais pas ne pas travailler en équipe.

Y.M : Donc il s'agit d'abord d'un attrait pour l'exercice hospitalier ?

C.B : Pour le travail en équipe en tant que tel. Après, moi j'aime bien les vieilles valeurs de l'hospitalier, maintenant c'est un peu en train de se modifier donc c'est un peu plus compliqué, mais ça c'est un autre débat [*elle rit*]. Mais, non, le travail en hospitalier. Et après au cours des cinq dernières années, parce que ça fait un peu plus de cinq ans maintenant que je suis thésée, et que je travaille au CHU, y'a eu des hauts et des bas. Mais je sais que le type de patient en tout cas, atteint de pathologies psychiatriques, je n'aurais pas les mêmes patients si je vais en clinique. Pour le coup la fracture elle est vraiment nette entre la patientèle du privé et la patientèle du public. Et moi ce qui me plaît le plus c'est la patientèle du public.

Y.M : Pourquoi ?

C.B : Parce que c'est des gens qui sont quand même compliqués à soigner, c'est souvent des schizophrènes, en décompensation ou pas, hein, parce que j'en ai un petit peu sur l'ambulatorio. Mais voilà, travailler avec un schizophrène ce n'est pas la même chose que travailler avec une dame dépressive de 60 ans un peu névrosée, et... Enfin, je ne fais pas le même travail.

Y.M : Vous avez dit être attirée par les valeurs du service hospitalier. Est-ce que c'est quelque chose autour de la médecine des vulnérabilités ?

C.B : Oui, c'est le côté... A l'hôpital on est censés accepter tout le monde, peu importe d'où il vient, peu importe sa situation financière, on va dire, alors que dans le privé ce n'est pas foncièrement le cas, on le sait. (*Elle rit*).

Y.M : Donc c'est quelque chose qui a trait au rôle social ?

C.B : Oui.

Y.M : A ce propos, est-ce que vous pourriez me parler de ce que vous considérez être le rôle de la psychiatrie, et particulièrement de celle de l'hôpital public ?

C.B : Alors, le rôle de la psychiatrie, c'est très compliqué, parce que... Y'a un interne de psychiatrie, qui est thésé maintenant, qui avait fait sa thèse là-dessus, où il y avait de points de vue de médecins généralistes et de psychiatres. Et en fait dans la discussion de sa thèse, on s'est rendu compte que la psychiatrie n'avait pas la même définition selon les acteurs, y compris même les psychiatres.

Y.M : Mais selon vous ?

C.B : La psychiatrie, pour moi, c'est beaucoup les patients atteints soit de schizophrénie, soit de troubles bipolaires ou de dépressions graves, type mélancolie, ce genre de choses. Les troubles de la personnalité sont un peu à la limite, les déficiences intellectuelles elles sont chez nous, je le sais, malheureusement je ne pense pas que ce soit de la psychiatrie, en tant que spécialité en tant que tel. Mais ça c'est mon avis tout à fait personnel.

Y.M : Et le rôle selon vous du psychiatre ? C'est de guérir, de réhabiliter, de prendre en charge...

C.B : Alors, guérir c'est compliqué chez nous pour être honnête. C'est en tout cas de prendre en charge, d'accompagner et d'améliorer la qualité des patients pris en charge. Et puis de réhabilitation, oui, clairement, parce qu'il y a des gens qui sont loin de l'emploi, loin de la vie sociale, loin de tout.

Y.M : Pour vous, la psychiatrie est une médecine comme les autres ? une spécialité parmi tant d'autre ? Ou est-ce qu'elle a un rôle spécifique ?

C.B : Alors pour moi, je pense qu'il faut qu'on considère la psychiatrie comme une spécialité comme les autres. Comme un cardiologue, comme un neurologue. Il faut... Alors, le problème c'est que la psychiatrie, alors ça c'est un sujet de ma thèse, de discussion, c'est qu'on a une énorme dichotomie entre psychiatrie et tout ce qui est médecine, chirurgie, obstétrique en face. La psychiatrie, y'a un peu cette impression qu'une fois que les patients sont psychiatriques, on les a happés et on ne les laisse plus jamais sortir nulle part. C'est nos patients, et quelque part, on peut trouver ça un peu moche, mais on ne les partage pas avec les autres.

Y.M : Et pour vous quel est le risque ?

C.B : Ce n'est pas que le risque, c'est déjà le cas, c'est qu'ils sont stigmatisés quand même. Dès qu'il y a un patient qui a un trouble psychiatrique sur un service de médecine, c'est extrêmement compliqué pour les équipes, qu'il soit décompensé ou pas, hein, d'ailleurs.

Mais ça leur pose énormément de soucis parce qu'ils ne savent pas comment faire, ils ne savent pas comment le prendre en charge, et... ça les met vraiment en difficulté. Parfois sur des choses qui sont fondées et parfois sur des choses qui sont totalement infondées. J'ai des expériences... « il est totalement suicidaire il va se suicider », oui, mais ce n'est pas pour autant qu'il va se suicider tout de suite si son schéma c'est de faire ça chez lui avec plein de médicaments, il ne va pas sauter par la fenêtre en hospit, enfin il y a un moment où il faut un peu relativiser les choses. Mais du coup les équipes sont paniquées et...

Y.M : vous diriez qu'il y a une réticence à la prise en charge ?

C.B : Oui.

Y.M : Et est-ce que vous diriez qu'il s'agit juste d'une réticence à la prise en charge, ou peut-être aussi d'une invisibilisation des troubles somatiques...

C.B : Oui, si, si. Le nombre de patients psy qui vont consulter parce qu'ils ont, je ne sais pas, une entorse de cheville, et on leur demande « ah bah, vous êtes bipolaire, vous prenez bien votre traitement ? », ce n'est pas le propos de la consultation pour le patient, donc en fait comme ça ne se rencontre pas ils viendront plus voir les médecins, et comme ils vont plus voir les médecins bah on loupe plein de choses... Et après c'est le serpent qui se mord la queue.

Y.M : La psychiatrie comme contrôle sociale de la déviance ou comme prise en charge de la précarité, qu'est-ce que vous en pensez ?

C.B : (Elle rit). Alors, le contrôle social de la déviance, ça c'est un sujet hautement épineux. Je ne pense pas que... Enfin, on a des gens qui peuvent être atteints de troubles psychiatriques, on pense surtout aux schizophrènes, c'est ceux qui défraient un peu la chronique... Y'a des choses qui sont plus ou moins prévisibles pour mes collègues psychiatres, y'a des choses qui sont hautement imprévisibles. Mais si on prend... J'avais regardé, un peu, les faits de violences pour les patients souffrant de pathologies psychiatriques, et en fait on n'est pas plus élevés que la population générale, donc... On met des gros projecteurs sur la psychiatrie, mais en vrai la psychiatrie ne peut pas tout résoudre. Enfin les gens qui se sont fait embrigader dans Daesh, je ne suis pas sûre qu'ils souffrent d'une pathologie psychiatrique particulière. Je pense qu'il y a un concours de circonstances qui fait que, mais ce n'est pas de la psychiatrie.

Y.M : Vous pensez que c'est quand même perçu comme tel ?

C.B : Oui.

Y.M : On attend de la psychiatrie un contrôle de la déviance ?

C.B : Oui. Et puis après, c'est lié au fait qu'on soit aussi intimement liés, enfin, intimement..., quand même très intriqués avec le système judiciaire. Avec nos soins sous contrainte, c'est vrai que c'est quand même compliqué des fois de faire la part des choses. Même pour mes collègues de médecine, hein. On avait une patiente qui avalait des lames de rasoir ils disaient « mais pourquoi vous ne la contenez pas ? » Bah parce qu'en fait on n'a pas le droit, c'est interdit par la loi. Ce n'est pas comme ça qu'on peut faire.

Y.M : D'ailleurs, plus généralement, sur l'isolement et la contention, est-ce que vous avez une opinion ?

C.B : Bah tant qu'on peut l'éviter c'est bien. Après, y'a des fois, c'est horrible, hein, mais on ne peut pas l'éviter. On n'est pas là pour... C'est ce que je disais à mes collègues, on n'est pas là pour prendre des coups, on est là pour soigner... ; Enfin, prendre soin des gens, soigner des gens au sens premier du terme. On n'est pas là pour se faire taper dessus non plus.

Y.M : Vous avez dit que la psychiatrie devrait être considérée comme une spécialité comme une autre. Est-ce que vous pensez que cet avis est partagé ?

C.B : Par un certain nombre de collègues, pas par tous. Ça dépend, parce qu'ils sont... Les psychiatres sont souvent très ambivalents quand même sur le sujet.

Y.M : Eux-mêmes...

C.B : Eux-mêmes ont déjà du mal à définir ce qu'est leur spécialité en tant que telle, et quels patients ils doivent prendre en charge, donc eux-mêmes ils sont déjà en difficulté pour savoir comment ils veulent se positionner.

Y.M : Et sur la sectorisation, est-ce que vous...

C.B : Moi, la sectorisation, c'est ancien alors après pourquoi pas, d'un autre côté je ne suis pas sûre que ça serve à bien grand-chose. Après, c'est lié aussi... La sectorisation c'est aussi en lien avec des parts de budget. Selon le bassin de population, les secteurs n'ont pas le même budget, ce qui peut être entendable. C'est incompréhensible pour nos collègues d'à côté, très sincèrement. Et c'est... En fait, c'est... J'ai été à une réunion avec la ville de Saint-Etienne y'a pas longtemps parce qu'ils veulent faire un livret sur la santé mentale en règle générale, mais c'est un sujet qui est beaucoup trop vaste, et en fait, la ville... Enfin, le découpage de la sectorisation de psychiatrie n'est pas le même par exemple que saint Etienne métropole. C'est-à-dire qu'il y a des communes de Saint-Etienne métropole qui font partie de la sectorisation du CHU mais il y a d'autres communes qui font partie de la sectorisation de Feurs-Montbrison. Donc en fait on ne peut pas donner les mêmes infos à tout le monde et c'est un peu compliqué *[elle rit]*.

Y.M : Et vous pensez que ça participe à une incompréhension, même du corps médical, de...

C.B : Oui.

Y.M : Vous avez parlé de « santé mentale ». Qu'est-ce que cela signifie pour vous, psychiatrie, santé mentale...

C.B : Alors, psychiatrie, c'est.... Santé mentale c'est vaste, c'est un peu à la mode aussi, la psychiatrie est comprise dans la santé mentale mais la santé mentale est bien plus vaste, c'est la santé ... Enfin, comme la santé physique, c'est la santé mentale de tout un chacun, donc après on peut avoir des périodes où on est plus ou moins bien, plus ou moins angoissé... Et ça pour moi c'est plus de la santé mentale que de la psychiatrie.

Y.M : Pour évoquer un autre sujet, vous m'avez parlé de ce que vous considérez être à la limite, les troubles de la personnalité, les déficiences intellectuelles, est-ce que vous voyez d'autres choses « limites », les troubles addictifs, neurofonctionnels...

C.B : Alors l'addiction c'est un peu compliqué, ça fait partie de la psychiatrie un peu mais pas trop, c'est souvent une comorbidité chez des patients qui ont une pathologie psychiatrique. Moi, que l'addiction fasse partie de la psychiatrie ça ne me choque pas plus que ça, de toute façon on utilise à peu près les mêmes thérapeutiques en addicto qu'en psychiatrie, psychothérapie et médicamenteuse, donc pour le coup ça se recoupe un peu.

Y.M : Donc en termes de prise en charge c'est à peu près similaire ?

C.B Ce n'est pas exactement les mêmes choses, il y a quand même des subtilités, mais on n'est pas... On ne fait pas de la chirurgie cardiaque non plus quoi, enfin, y'a un moment...

Y.M : la gériatrie, les TNF...

C.B Alors, les troubles neurologiques fonctionnels, c'est... ils ont quand même pas mal de comorbidités psychiatriques donc ça peut être pas mal, et de toute façon c'est frontière. C'est des troubles un peu frontières, il faut qu'on les prenne en charge. C'est beaucoup de psycho souvent les troubles neurologiques fonctionnels. Donc comme la psycho est plutôt affiliée à la psychiatrie... Mais ça pour le coup, ça fait partie les TNF des pathologies où on arrive à faire du lien avec nos collègues de médecine, et ça pour le coup ça facilite grandement les échanges. Et les populations vieillissantes, enfin la population vieillissante, alors c'est un double problème. D'une part il y a nos patients qui vieillissent à nous, parce que même s'ils ont moins d'espérance de vie ils arrivent à vieillir un peu, avec des troubles psychiatriques qui souvent se transforment en troubles cognitifs, et après c'est un mélange des deux et on sait plus trop comment prendre ça en charge, ni les psychiatres ni les gériatres ni même moi, c'est un peu à tâtons. Après il y a les troubles du comportement des personnes âgées qui ont des troubles cognitifs, ça c'est pareil, les troubles du

comportement échouent souvent en psychiatrie, mais... ça on ne sait pas faire, enfin les troubles cognitifs on ne sait pas faire. Ouais, la gériatrie c'est compliqué, les patients psychiatriques sont...

Y.M : Il y a des aggravations d'état gériatriques...

C.B : Oui, c'est ça. Et puis il peut y avoir des dépressions qui arrivent tardivement, ce n'est pas les mêmes prises en charge non plus, enfin c'est un peu compliqué.

Y.M : J'avais rencontré en stage court une interne qui avait évoqué les maladies génétiques et qui disait que la présence de somaticiens en services de psychiatrie ça pouvait aussi permettre de détecter. Plus généralement, pouvez-vous m'expliquer ce qu'est selon-vous votre rôle ? Prendre en charge les problèmes somatiques des patients de psychiatrie ou détecter...

C.B : C'est un peu tout. Sur le CHU de Saint-Etienne, c'est assez... Enfin moi c'est aussi ce qui m'a intéressé dans mon poste, c'est qu'en fait je fais un peu le poste comme j'ai envie [*elle rit*]. Je fais un peu mon poste à la carte, vu qu'on était... Enfin y'avait que mon collègue XXX XXX à l'époque, donc je faisais un peu ce que je voulais comme je voulais, et je prenais un peu la place que je voulais avoir dans les services. Donc, oui, y'a une part de m'occuper de tout ce qui est physique, un patient qui a la grippe, une angine, une gastro dans les services, enfin hospitalisé en service de psychiatrie, mais il y a aussi toute la partie qui est quand même bien plus intéressante de discussion de diagnostics différentiels, qui est à la limite avec notamment de la médecine interne, souvent, avec mes collègues psychiatres, et ça c'est vraiment la partie la plus intéressante du travail, enfin, il faut quand même être honnête.

Y.M. Et est-ce que vous avez aussi un rôle, peut-être, d'orientation ? Si vous détectez un trouble somatique ?

C.B : Alors, on travaille beaucoup, beaucoup, avec les collègues internistes du CHU. Avec eux on a... Enfin, on se connaît bien et on travaille bien ensemble. On en découvre... Alors c'est ce que je dis souvent, souvent on fait des grands bilans et on ne trouve pas grand-chose, mais une fois par an il y en a un qui va sortir et pour lequel il y aura quelque chose d'autre, et les prises en charge... Alors c'est toujours pareil, on veut mettre les gens dans des grandes cases, on se dit « ah bah c'est bon, c'est forcément... » la dernière qu'on a trouvée c'était un neurolupus « ah bah c'est le neurolupus c'est pour ça qu'elle est malade », ce n'est jamais tout noir ou tout blanc. Oui, y'a une partie du neurolupus mais il y a aussi une partie de psychiatrie en tant que telle. Les patients en fait sont pas dissociables de... Enfin, je ne sais pas comment le dire mais en fait le patient c'est un tout. Et ce n'est pas parce qu'il a une pathologie A + une pathologie B que si on prend que la

pathologie A en charge et que la pathologie B il ira bien, en fait il faut prendre le tout ensemble et c'est un peu plus compliqué. Et ça, c'est... A la frontière. C'est un peu les... Enfin, c'est un peu les écueils aussi de ce qu'on appelle maintenant la médecine d'hyper spécialité, ou chacun est très, très bon dans son domaine mais finalement n'arrive plus à voir l'ensemble du tableau et ne voit qu'une infime partie du tableau.

Y.M : Cette interne dont je vous parlais m'expliquait que c'était intéressant de faire des diagnostics différentiels parce qu'être hospitalisé en psychiatrie sans en avoir forcément besoin, ou moins besoin, c'est stigmatisant aussi...

C.B : Alors il y a la stigmatisation, mais c'est surtout que ce n'est pas adapté. Je pense à certains patients historiques sur le pôle, qu'on a pas dépistés, qui sont là depuis plus de vingt ans, qu'on a psychiatrisé depuis plus de vingt ans, qu'on a arrosé de neuroleptiques depuis plus de vingt ans, qu'on a détérioré avec les effets indésirables des traitements psychiatriques, qui auraient pu avoir peut-être un parcours différent si on avait juste eu les moyens à l'époque, parce qu'il y a ça aussi à rappeler, eu les moyens à l'époque de pouvoir prendre en charge ces patients correctement. En tout cas les diagnostiquer correctement. Typiquement la jeune... C'était une jeune fille en plus, avec le neurolupus, elle avait 17 ans, donc...

Y.M : Oui, ça lui a peut-être évité...

C.B : C'est ça, soit elle partait sur un parcours de schizophrénie, et des années et des années de neuroleptiques et de sédation, parce que le comportement était inadapté, parce que tout ça, soit on arrivait à lui offrir peut-être quelque chose un peu mieux. Ce n'est pas forcément dit, mais en tout cas on a quand même espoir de se dire elle va pouvoir travailler, elle va pouvoir faire des choses de sa vie plutôt que d'être hospitalisée en long cours dans une unité de psy.

Y.M : Et est-ce que vous pensez que le fait que les médecins psychiatres et non psychiatres aient du mal à se parler, à se comprendre, ça peut favoriser cette errance diagnostique ?

C.B : Oui.

Y.M : A propos de ces interactions entre la psychiatrie et le somatique, j'ai eu le sentiment en visitant les urgences que comme vous l'avez dit, on décrète que si un patient est connu de la psychiatrie alors il doit aller en psychiatrie, comme si on ne pouvait pas avoir un trouble somatique quand on a un trouble psychiatrique, alors que c'est plutôt l'inverse en fait.

C.B : Exactement. Oui, ils sont souvent plus malades que les autres les nôtres [elle rit] c'est bien ça le problème. Non, alors c'est une vieille histoire un, c'était un ami qui était de garde quand il était interne, alors ça doit remonter à pas loin de 10 ans maintenant, mais typiquement un patient qui était connu de la psychiatrie, qui était suivi en ambulatoire, qui

était schizophrène, parfaitement stabilisé en ambulatoire, hein, qui fonctionnait totalement correctement, qui vient aux urgences parce qu'il a du mal à respirer. Les urgentistes ont d'abord demandé à ce qu'il voit le psychiatre parce qu'il paraissait angoissé, le psychiatre a dit « Euh, bah, oui, enfin surtout là il a une saturation qui est toute pourrie, il faut lui mettre de l'oxygène, enfin il y a un truc qui ne va pas autre que juste de l'angoisse ! ». Donc après les urgentistes ont fait le bilan, il s'est trouvé qu'il avait une embolie pulmonaire, ce patient ! Et c'est souvent ce que je dis, nos patients ils sont souvent stigmatisés : « ah bah c'est de l'angoisse ! ». Ok très bien, c'est de l'angoisse, enfin il a le droit de faire son embolie pulmonaire et je pense que n'importe qui, sans antécédent psychiatrique majeur, en ayant du mal à respirer et en n'arrivant pas à respirer serait angoissé aussi ! donc au bout d'un moment, en fait, on loupe des choses justes parce qu'on est focalisés sur un truc.

Y.M/ Et j'imagine qu'il est possible qu'on loupe des choses pas parce qu'on est focalisé sur le trouble psychiatrique, mais à cause du trouble psychiatrique.

C.B : Oui ! alors oui, un patient, ça faisait plusieurs... un des derniers, parce que la communication est difficile... C'était lequel ?

*[Le téléphone sonne, elle prend l'appel]*

Euh... la pathologie psy masque la pathologie somatique, hein, on en était là. Oui, oui, parce que nous on avait un patient, alors le problème c'est qu'il a été diagnostiqué un peu tard, un patient qui est passé en médecine polyvalente parce qu'il avait des troubles de la déglutition, depuis un certain temps, on s'est dit « ah il va un peu moins bien », et puis lui il n'était pas très... Enfin, même avec le traitement, il avait une stabilité mais on ne peut pas dire qu'il était équilibré, hein, il n'aurait jamais pu, enfin, il faisait sa petite vie dans son coin, mais il n'aurait jamais pu faire autre chose. Une cinquantaine d'année, et au final à force d'avoir des troubles de la déglutition ils ont réussi à lui faire passer un scanner, il avait surtout une immense tumeur au niveau médiastinal, de 14 centimètres, qui l'empêchait du coup de manger, qui comprimait tout, donc oui, souvent on a tendance à... Ils peuvent nous rapporter des choses, et à passer un peu à côté, de se dire « ah, c'est encore un truc... »

Y.M : Oui, alors j'ai par exemple lu que certains patients schizophrènes ont une tendance à porter plusieurs couches de vêtements et qu'il est donc difficile de voir la dénutrition, des choses comme ça...

C.B : C'est ça. Alors moi il y avait un patient, c'est quand j'étais interne, un patient qui est toujours suivi actuellement, mais qui n'est pas très... Enfin, qui est stabilisé du mieux qu'on peut parce que des fois on n'arrive pas à les stabiliser mieux qu'un fonctionnement à peu près de base, je pense que j'ai mis... trois semaines ? Alors on était en plein été parce que j'ai fait mon stage en plein semestre d'été, plein été, trente degrés, il avait une veste, trois

pulls, trois t-shirts, et j'ai bien dû mettre trois semaines avant qu'il accepte d'enlever à peu près toutes les couches sauf un t-shirt pour pouvoir l'examiner.

Y.M : Vous m'avez dit que les patients psychiatriques étaient souvent plus malades que les autres.

C.B : Ben souvent, comme ils errent... Enfin... Ils vont moins voir le médecin, alors que... Souvent par déni quand même de ce qui peut leur arriver, hein, leur trouble, euh... Typiquement c'est pareil, j'avais un patient qui avait un cancer colique stade multi métastatique, je l'ai suivi pendant trois ans, tout au long des trois ans il était ravi de me voir parce que je lui avais très bien soigné sa gastro, j'ai fait « non, toujours pas » ! « Je n'ai toujours pas soigné la gastro, vous avez toujours un cancer, je suis désolée mais... ».

Y.M : Et en ce qui concerne les interactions avec la précarité ? Est-ce que c'est un facteur aggravant pour les troubles somatiques ?

C.B : Oui, oui. Alors, toujours pareil, on ne sait pas, il y a plein d'études hein je pense que vous le savez, mais on ne sait pas qui était là en premier, hein. Est-ce que c'est la précarité et après le trouble psychiatrique ou est-ce que c'est le trouble psychiatrique et après la précarité ? On n'a jamais bien su lequel des deux entraînait l'autre, mais en tout cas c'est... Ouais.

Y.M : La mauvaise déclaration des troubles quand il y a un problème, ça me rappelle quelque chose que j'ai lu à propos de « troubles de la disparition », qui seraient d'après un psychiatre un état de telle précarité que la personne se nie soi-même, enfin je ne sais pas...

C.B : Alors qu'est-ce que c'est que ça ? Après, moi, c'est souvent ce que je constate, c'est qu'ils n'ont pas conscience de leur corps, ou alors ils l'attribuent à des phénomènes externes, celui qui avait la tumeur qui n'arrivait pas à manger, au niveau du médiastin, lui c'était parce qu'un curé... Enfin, c'était un délire un peu récurrent mais en tout cas ça s'intégrait dans son délire, c'était le curé qui lui envoyait des mauvaises ondes, c'est pour ça qu'il ne pouvait pas manger, et que du coup ça allait se rétablir, il fallait qu'il entre en communication avec je sais plus... Enfin, bon, après, des choses très délirantes mais...

Y.M : Donc c'est aussi un peu ça qui...

C.B : Donc c'est un peu compliqué, quand le patient vient dire « non mais je ne mange pas parce que c'est le curé qui m'empêche de manger » ...

Y.M : C'est difficile de répondre « oui, je vais quand même vous examiner pour voir ».

C.B : C'est ça.

Y.M : A propos du parcours patient, vous avez évoqué une situation où un patient avait été orienté directement chez le psychiatre au lieu d'être désomatisé, c'est ça ?

C.B : C'est ça.

Y.M : Donc actuellement, vous observez un écart entre la théorie et la pratique, qu'est-ce que vous en pensez, aux urgences ?

C.B : Aux urgences en bas du CHU, ça s'est quand même grandement amélioré avec les années, je ne vais pas leur jeter la pierre pour tout, même si parfois on a quand même quelques petits loupés, ou quelques gros loupés, on ne sait pas trop. Non, le très gros point négatif pour moi c'est qu'ils sont quand même vus que par des externes, les chefs ou les internes n'y vont quasiment jamais, c'est rarissime sur les urgences en bas.

Y.M : Ils ne vont jamais voir les patients...

C.B : les patients psychiatriques, ils ne vont jamais examiner somatiquement les patients psychiatriques. Alors, pour tout un tas ça ne pose pas de soucis, il y en a quelques-uns où ça mériterait qu'on s'arrête un peu plus. Après c'est des patients qui de toute manière vont être compliqués, tant au niveau psychiatrique que somatique. Enfin dans les derniers en date qu'on a eu c'était un monsieur qui était resté dans son lit pendant six mois, probablement psychotique, diagnostiqué longtemps avant à sa sortie de prison et puis plus jamais de suivi après derrière au niveau psy, euh... Très délirant, il est resté six mois alités, il était dans un état catastrophique, il était amaigri, enfin... Comme on en a rarement vu, il avait des escarres, avec une ostéite, il n'a même pas eu une prise de sang aux urgences, et il avait des trous gros comme ça, profonds comme ça au niveau des hanches.

Y.M : Et pourquoi ? C'est parce que ce n'est pas « noble » de s'en occuper, ou c'est parce que c'est compliqué, parce que ça n'intéresse personne... ?

C.B : Je ne sais pas. Je pense que foncièrement ils n'aiment pas nos patients. Oui, c'est plus compliqué, on ne va pas se leurrer. Moi, une grosse partie de mon travail c'est de la coordination, c'est d'aller revoir les patients, c'est de les convaincre d'aller faire les choses, il faut qu'on les accompagne les trois quarts du temps, pour faire les examens... Déjà quand ils sont stables c'est compliqué : le monsieur que j'ai suivi pendant trois ans, je l'ai accompagné pendant quasiment six mois à toutes ses consultations, chez le cardiologue, chez la gastro-entérologue, pour ses chimiothérapies... Pour aller poser le petit appareil pour qu'on puisse faire la chimiothérapie au bloc... Non, c'est... Enfin... Ça demande beaucoup de réassurance pour les patients et ça demande du temps. Ce que mes collègues aux urgences n'ont pas, hein, pour le coup je ne peux pas leur jeter la pierre. Quand ils ont 70 patients en attente sur la main courante, enfin 70 patients sur la main courante, je peux comprendre que... Ceux-là, ils passent un peu plus à travers.

Y.M : Et c'est plus facile pour vous parce que vous êtes formée spécifiquement à la prise en charge des patients psychiatriques ou c'est une question d'habitude ?

C.B : Alors, je ne me suis pas formée spécifiquement, je me suis formée sur le tas, et après parce que j'aime bien ça, déjà, euh... Faut savoir quand même que, malgré tout, être schizophrène ça reste.... Enfin il y a plein de... Dans les premières questions qu'on nous pose quand on doit muter nos patients à côté, alors moins maintenant parce qu'on travaille avec des équipes qui ont plus l'habitude, c'est « mais est-ce qu'il est dangereux, est-ce qu'il faut le contenir ? ». Non, il est juste schizophrène, il délire, ce n'est pas grave en fait... Vous le laissez délirer, il n'est pas opposant, ça va bien se passer.

Y.M : Donc pour vous c'est surtout parce que c'est compliqué à prendre en charge.

C.B : Oui.

Y.M : Est-ce que ça vous parle la notion de « valeur sociale du patient » ?

C.B : Oui, ça me parle. Après, je ne sais pas si mes collègues ont... Enfin, ça, faudrait leur demander à eux si ça a vraiment un impact... Je pense que oui. Mais... Non, et puis parce que c'est plus difficile de communiquer avec eux, enfin... Pour entrer en communication avec un patient schizophrène qui délire c'est quand même...

Y.M : Oui, donc c'est plutôt ça que...

C.B : Oui, ou même un maniaque qui passe son temps à parler... C'est compliqué, parfois de les couper. Ça prend du temps.

Y.M : Donc, actuellement, le schéma c'est qu'ils arrivent aux urgences, ils voient l'IOA, ils voient un externe, toujours, jamais un interne...

C.B : *[Elle acquiesce à plusieurs reprises pendant la question]*

Qui pose l'indication d'avis psychiatrique, il voit les psychiatres, et après les psychiatres décident si le monsieur, enfin si la personne repart chez lui, avec un suivi, pas de suivi, enfin, voilà, ils décident ce qu'ils mettent en place, est-ce qu'il rentre à la maison ou est-ce qu'il monte dans les services de psychiatrie.

Y.M : Donc le psychiatre fait l'orientation psychiatrique...

C.B : Oui.

Y.M : Bon, et j'ai l'impression que parfois la désomatisation ne se fait pas parfaitement, est-ce qu'il peut arriver qu'il y ait un aller-retour ?

C.B : Alors, avec les urgentistes non. Ils nous disent clairement : « nous on fait des urgences, donc à partir du moment où il a mis un pied à l'hôpital, qu'il est sur un lit quelque part, c'est plus nous. »

Y.M : Et s'il est encore au PU, aux urgences...

C.B : S'il est encore en bas... *[elle souffle]*. Typiquement, ce monsieur avec les grosses escarres, qui je pense n'aurait pas mérité de rentrer chez lui juste d'un point de vue

somatique, en dehors de la pathologie psychiatrique, si on ne le prenait pas en psychiatrie il rentrait chez lui ce monsieur. Les urgentistes ont dit « ce n'est pas pour nous ».

Y.M : D'accord. Et dans le cas où un psychiatre détecterait aux urgences qu'il y a un problème somatique, quand même, qui n'a pas été pris en considération, c'est vous qu'ils appellent ?

C.B : En fait, moi, comme je travaille aux urgences psychiatriques, c'est les mêmes collègues qui descendent donc ils me connaissent bien, souvent c'est moi qu'ils appellent et ils disent « on a ça, qu'est-ce que t'en penses ». Mais c'est officieux, techniquement je ne suis pas censée faire ce travail-là.

Y.M : Donc plutôt pour de l'orientation que de la prise en charge dans ces cas-là ?

C.B : Oui, ça peut être de la prise en charge aussi, si vraiment... Ça pourrait arriver, hein, quelqu'un qui rentre chez lui, de dire « bah qu'est-ce qu'on fait comme bilan, qu'est-ce qu'on fait comme suivi, est-ce qu'on prévoit une consultation ailleurs... Mais c'est les psychiatres qui coordonnent.

Y.M : En stage court, quelque chose qui m'avait beaucoup étonné, c'était les patients qui ne souffraient pas de troubles psychiatriques mais qui étaient déments, ou qui déliraient pour une raison où un autre, qui étaient orientés vers le psychiatre parce qu'ils déliraient et les psychiatres qui répondaient que ça ne relevait pas d'eux... C'est quelque chose que vous constatez ?

C.B : Ouais, après... Alors, les urgences c'est... Les urgentistes je pense qu'alors... J'ai fait quelques gardes aux urgences, de nuit, pour dépanner, à un moment où il y avait, enfin il n'y a toujours pas...il manque toujours des effectifs d'urgentistes, mais à l'époque encore plus, c'est quand on est aux urgences c'est compliqué. J'adore mon métier, j'adore les patients que je prends en charge, ne serait-ce qu'un soir je me suis retrouvée en garde avec une patiente qu'on connaît hyper bien qui hurlait dans un box, qui avait réussi à déplacer son brancard en étant contenue pour jeter des trucs sur un autre patient, avec un autre patient qui était à côté qui hurlait, c'était une première hospit, pour ce monsieur, qui a réussi tellement il était agité et contenu à retourner son brancard, et au milieu de tout ça j'avais une petite mamie en fin de vie sur un cancer multi métastatique qui allait vraiment pas bien... Alors au bout d'un moment on a juste envie... Alors je comprends mes collègues urgentistes qui ont juste envie de les tuer et de les voir disparaître, parce que c'est pas du tout agréable de travailler dans ces conditions. Je ne peux pas forcément leur jeter la pierre dessus, enfin, là-dessus, hmmm, j'en était où là-dessus ? C'était quoi la question, je me suis perdue.

Y.M : c'était au sujet de ces prises en charges qui ne relèvent ni de l'un ni de l'autre...

C.B : Après, le boulot aux urgences, en gros, c'est de vider les urgences et d'orienter les patients. Donc ils font un peu au mieux avec ce qu'ils ont. Pour l'instant, c'est ce qu'on disait, c'est aussi parfois avec mes collègues de psychiatrie ce qu'on ne comprend pas bien avec la création de l'UAP, c'est ce qu'on disait, c'est que... Finalement, nous, nos patients psychiatriques, autant à une époque ils restaient 4, 5 jours en bas, autant maintenant c'est rarissime et souvent ils restent une nuit, vraiment grand maximum, quand vraiment il n'y a pas de lit sur le pôle, mais souvent ceux qui restent la nuit aux urgences c'est ceux qui doivent être réévalués le lendemain. Donc en fait on ne comprend pas bien pourquoi des fois... Enfin, pourquoi on a créé l'UAP. Parce que finalement ce n'est pas tant nous, quand on regarde surtout l'hiver, ce n'est pas tant les patients psychiatriques qui embolisaient les urgences mais plutôt tout le reste qui n'arrivait pas à muter.

Y.M : donc pour vous, ce n'est pas si pertinent que ça, ou bien ça peut avoir un impact sur les relations... ?

C.B : ça peut adoucir les relations, après c'est encore une fois renforcer aussi la stigmatisation, c'est-à-dire que clairement on les place à part, hein, on ne les veut pas au milieu des urgences, là on ne veut pas les voir. D'un autre côté, c'est aussi bien pour les patients, notamment quand ils sont contenus ou très agités, qu'ils aient aussi un lieu... Enfin où ils n'emmerdent pas tous les autres patients qui sont là pour plein d'autres raisons...

Y.M : Est-ce que selon vous il y a des choses auxquelles on doit particulièrement faire attention dans la création de cette UAP ?

C.B : Il faut quand même faire attention... Enfin, il ne faudrait pas qu'on tombe dans le travers de se dire « il est connu de la psy, hop, UAP, et on ne l'examine pas au niveau somatique ».

Y.M : Oui, en fait le problème aujourd'hui c'est moins la présence des patients psychiatriques que le défaut d'examen ?

C.B : C'est ça.

Y.M : Et en ce qui concerne les relations entre les psychiatres qui exercent aux urgences et les urgentistes, est-ce que vous constatez que la situation actuelle est créatrice de tensions ?

C.B : Il y a quelques tensions, après, les collègues des urgences ils sont tellement... Ils sont un peu au bout, on va le dire clairement, ils sont au bout du bout, ils en ont un peu marre aussi, euh... ça crée des tensions, mais globalement les relations depuis quelques années se sont quand même grandement améliorées.

Y.M : Et est-ce que vous pensez qu'un des facteurs de ces tensions puisse être l'impression de faire quelque chose de très différent ?

C.B : Il y a de ça. Ils ne parlent pas le même langage, la plupart du temps ils ne se comprennent pas.

Y.M : Et en termes de rapport aux patients ? Est-ce qu'ils ont des rapports aux patients un peu différents, avec une dimension plus globale, ou plus sociale par exemple ?

C.B : *[Elle souffle]* Ça dépend des psychiatres. Et puis, comme je pense ça dépend des urgentistes, en fait. Des affinités qu'a chacun par rapport à telle ou telle chose. Je pense que ça dépend grandement des psychiatres. Après, on a tous choisi des spécialités différentes au niveau médical, un urgentiste, je pense que s'il fait de l'urgence, ce n'est pas pour réfléchir au niveau social, c'est pour faire de l'urgence. Et la plupart d'entre eux font du SAMU, c'est pour faire du SAMU. Enfin, faire du SAMU ce n'est pas la même chose que de tenir un service de médecine. Il y a un moment, voilà.

Y.M : Oui, c'est pas du tout les même...

C.B : Sur des personnalités, voilà, où ils ont...

Y.M : On a fait à peu près le tour de mes questions, est-ce que vous souhaitez me faire part plus globalement de votre opinion sur la prise en charge aux urgences, la prise en charge du somatique...

C.B : La prise en charge aux urgences, il y a des fois ça mériterait quand même que certains patients soient revus, on a quand même eu une dame qui est montée avec de multiples hématomes, euh... Mutique, donc oui pour la psychiatrie, en plus elle était connue de la psy, avec des décompensations un peu dans le même style, enfin là elle était vraiment couverte de bleus du haut du corps jusqu'aux jambes, et quand on retrouve dans le dossier des urgences « examen strictement normal » ... voilà. Ça fait un peu suer. Après, non, c'est... Maintenant c'est de plus en plus rare qu'on ait des patients cata, mais des fois ils mériteraient quand même de se pencher un tout petit peu plus sur ce qu'il se passe, sans dire qu'ils fassent tout le travail, moi je m'en fiche d'avoir à faire le travail en haut, mais juste de nous dire : « attention, elle est pleine de bleus, faites gaffe il y a peut-être eu quelque chose ». On n'en fera peut-être rien, on en fera peut-être quelque chose. Je ne leur demande même pas de le prendre en charge, je leur demande juste de le voir en fait. Et d'informer mes collègues psychiatres.

Y.M : J'ai déjà entendu l'idée selon laquelle il faudrait que les patients voient d'abord les psychiatres, est-ce qu'eux pourraient détecter un problème somatique ?

C.B : Bah techniquement ils sont censés être médecins, ça c'est toujours le... ça c'est... La boucle qui tourne. Non, j'en discutais avec un collègue qui me disait « ah, mais si le patient il fait un arrêt, moi je suis psychiatre je ne saurais rien faire », euh...ouais, enfin, on a tous eu la même formation... On n'a pas tous eu la même formation médicale mais on est tous

médecins, on a tous eu une formation aux gestes d'urgences au moins au cours de notre externat, il y a un moment en fait où aller masser quelqu'un et aller attraper un défibrillateur c'est à la portée de n'importe qui, psychiatre ou pas psychiatre.

Y.M : Est-ce que ça relève d'une forme de distanciation de la psychiatrie d'avec le reste de la médecine ? Ils se disent qu'ils font un autre métier ?

C.B : C'est ça. Après... Sur le somatique... Sur les patients psychiatriques en somatiques... [Le téléphone sonne]. Excusez-moi, je rappellerai. C'est compliqué. Autant il y a des collègues psychiatres qui ne font vraiment que la psychiatrie, notamment des vieux collègues, mais avec qui on peut avoir un très bon dialogue au niveau somatique. Moi ça m'est arrivé qu'un de mes collègues réhospitalise un patient pour qu'on puisse faire des bilans, pour qu'on puisse l'accompagner, pour qu'on puisse le prendre en charge au niveau somatique alors qu'il était pas du tout décompensé au niveau somatique et qu'il allait parfaitement bien, enfin voilà, on arrive... ça dépend. Ça dépend des collègues en fait.

Y.M : On a évoqué le fait que les somaticiens prennent moins en charge les troubles somatiques des patients psychiatriques, mais est-ce que les psychiatres, selon vous, en général, considèrent parfois le trouble somatique comme moins important, est-ce qu'il y a une hiérarchisation... ?

C.B : Alors, je ne pense pas qu'ils le considèrent comme moins important, mais comme c'est loin pour eux, en fait, ils ont plus l'habitude donc ils le font plus. Et souvent ça leur fait très peur alors ils essaient quand même... Je ne pense pas qu'il y ait un désintérêt, ils essaient quand même d'orienter les patients du mieux qu'ils peuvent pour qu'ils aient une prise en charge somatique, des fois ça fonctionne, des fois ça ne fonctionne pas, mais en tout cas ils essaient quand même de l'avoir en tête. Après, les collègues psychiatres ils ont un peu le cul entre deux chaises, à des moments, parce que leurs traitements en fait ont aussi énormément d'effets somatiques. D'effets indésirables somatiques. Et normalement chaque prescripteur est responsable des effets indésirables des traitements qu'il prescrit. Y compris somatiques pour les psychiatres. Donc ils sont quand même un petit peu obligé des fois de se mettre dedans. Toute la question était... Là ça commence à entrer un peu plus dans les mœurs avec mes collègues psychiatres parce que les générations se renouvellent, sur les lectures d'ECG. Parce qu'il y a un paramètre à vérifier sur l'ECG pour les patients qui ont un neuroleptique, et pendant longtemps c'était au somaticien de lire ces ECG. Moi j'ai dit mais en fait ce n'est pas moi qui prescris ces neuroleptiques ! Moi je ne leur demande pas de dépister quand le patient il fait un arrêt cardiaque, donc en fait chacun son travail. Et je ne vais pas passer mon temps à lire des tonnes et des tonnes d'ECG. Après, je veux bien, mais ce n'est pas le...

Y.M : Est-ce que selon les générations de psychiatres vous constatez des différences de positionnement sur ce sujet ?

C.B : Oui, y'a un changement de positionnement de mes collègues psychiatres, et même sur la façon de voir le patient. Enfin, de plus en plus de mes collègues m'appellent pour avoir des avis... Enfin, y'a vraiment un changement, ils prennent plus en compte aussi la santé somatique de leurs patients, de toute façon ils en sont obligés. Et puis... Puis après c'est pareil, c'est ce que je dis parfois aux internes, il ne faut pas oublier que dans les années 90 on était encore très fortement psychanalytiques sur la psychiatrie, et qu'on avait des grands penseurs de la psychanalyse qui disaient « si le patient est schizophrène ou s'il a un trouble psychiatrique grave il est indemne de toute autre pathologie somatique », ce qui est absolument très faux hein.

Y.M. Comment ça ?

C.B : Ah bah pour eux si on avait la schizophrénie on ne pouvait pas avoir un cancer.

Y.M : Pourquoi ?

C.B : Je ne sais pas, les psychanalystes parfois sont un peu étranges.

Y.M : Mais c'est qu'ils ne considéraient pas important qu'il puisse avoir un cancer ou...

C.B : Non ! C'est qu'il était... Immunisé contre le cancer. Ce qui est complètement très, très faux. Les trois derniers que j'ai vu en l'espace de deux ans...

Y.M : Il y a des écoles en psychiatrie, parfois irréconciliables ? vous le sentez ?

C.B : Oui, c'est ça. Oui, parfois il y a des petites choses qui font un peu grincer des dents, mais après ce n'est pas grave. Enfin voilà, typiquement les psychiatres ou même certains infirmiers psychiatriques qui disent « nous on ne peut pas toucher le patient parce qu'on va rompre le lien qu'on a avec lui ». Non. « Parce qu'on fait un travail psychothérapeutique, il nous raconte toute sa vie... Si on touche on risque de rompre ça ».

Y.M : Est-ce que vous ne trouvez pas ça un peu dogmatique ?

C.B : Oui, c'est très, très faux, les patients ne nous racontent jamais plus de choses qu'à nous somaticiens. D'autant plus que nous on n'a pas toutes les contraintes, les contentions, les isolements, les soins sous contrainte tout ça. Souvent, les patients nous racontent d'autant plus de choses à nous que ce qu'ils racontent au psychiatre. Et ça arrive de temps en temps que les patients nous parlent à nous de tout ce qu'ils ont au niveau psychiatrique et à leur psychiatre de leur entorse à la cheville.

Y.M : Etes-vous identifiée par les patients psychiatriques comme quelqu'un qui fait partie de leur...

C.B : Oui !

Y.M : Vous-même, vous vous considérez comme une professionnelle de psychiatrie qui fait de la médecine somatique ou comme une professionnelle du somatique « exilée » en psychiatrie ?

C.B : Moi je me considère... Moi ça va être un peu bizarre parce que j'ai un autre projet en parallèle là maintenant, où je fais le DU de psychiatrie, dans le but pas de faire une reconversion comme psychiatre, j'aime trop ce que je fais en somatique, donc je serais plutôt somaticien pour une catégorie de patients particulière, du coup les patients psychiatriques, mais je fais le DU de psychiatrie plutôt pour avoir une double qualification en médecine générale et en psychiatrie, et pouvoir prendre en charge les deux.

Y.M : Oui, parce que vous disiez être dépositaire de beaucoup d'informations de la part des patients psychiatriques, donc je suppose que vous avez envie de...

C.B : C'est ça. De pouvoir prendre en charge les deux, et en tout cas... Dans tous les cas, même si je n'arrive pas à avoir le diplôme, ce qu'on appelle le DES, si je n'arrive pas à avoir le double DES, je garde de toute manière mon diplôme de médecine générale, ou de médecin polyvalent maintenant comme on veut nous appeler... Oui, on a changé, en hospitalier maintenant on est « médecins polyvalents » *[elle rit]*

Y.M : c'est vrai que « médecin généraliste » ça sonne « libéral »

C.B : C'est ça, donc médecin polyvalent, mais de toute façon vu les patients que j'ai c'est intéressant d'avoir une meilleure compréhension des traitements qu'ils prennent, même si au bout de 5 ans je commence un peu à avoir l'habitude, de leur pathologie, et puis de... voilà. De toute manière pour faire mon travail je ne peux pas occulter la partie psychiatrique du patient.

Y.M : Donc vous vous considérez comme un acteur de la prise en charge psychiatrique.

C.B : Oui.

Y.M : pas comme un somaticien « exilé » *[elle rit]*, enfin, je ne trouve pas de meilleur terme

C.B : Non, non. Ça a été la question, enfin on a revu les effectifs de somaticiens en psychiatrie, et en directoire ça a été une question d'un ancien président de CME, qui disait qu'il voulait créer un pôle de médecine polyvalente qui regrouperait à la fois les médecins somaticiens de psychiatrie, des médecins généralistes en chirurgie, la médecine polyvalente, la médecine carcérale avec la Talaudière... Voilà, il demandait un peu ce que j'en pensais, enfin lui c'était un peu son projet à l'époque, maintenant la présidence de CME a changée. Moi c'est ce que je lui dis, je lui dis « moi c'est mon travail au quotidien je sais le faire, maintenant aller gérer un service de médecine polyvalente, pour bien connaître le Dr Goutte, j'en serais strictement incapable ». Enfin je réapprendrais mais je commencerais de très bas. Aller faire de la médecine générale en chirurgie, ça ne m'intéresse absolument

pas, en toute honnêteté, et la médecine générale en prison, j'y ai été trois quatre fois en prison en tant que chef, je... C'est encore un autre monde. Oui, on a beaucoup de nos patients qui sont...

Y.M : Oui parce qu'il y a des liens entre la médecine carcérale et psychiatrique

C.B : Mais c'est tellement différent que en fait non, c'est encore autre chose. Ce n'est même pas encore le même travail.

Y.M : Alors pardon, on arrive à la fin de l'entretien donc je vais revenir à des thèmes abordés plus tôt. J'ai entendu un médecin me dire « souvent on oriente les patients en psychiatrie quand on ne sait pas quoi en faire ».

C.B : C'est souvent le cas.

Y.M : il disait que c'est un peu la poubelle, « si on ne sait pas prendre en charge les psychiatres s'en occuperont ».

C.B : *[elle rit]* c'est ça.

Y.M : Est-ce que vous pensez que dans ces situations-là, ou on oriente en psychiatrie alors que ça n'en relève pas complètement, l'IOA psychiatrique saura orienter ?

C.B : Non, parce que en fait... C'est encore une patiente qui est passée il n'y a pas longtemps, une mamie de 86 ans qui avait surdosé son traitement par lithium, donc oui clairement elle était bipolaire, elle avait un traitement, elle était stabilisée, ça faisait 15 jours qu'elle allait moins bien, qu'elle était très confuse. Effectivement, ils l'ont orientée chez nous parce que c'était un surdosage par lithium. Le problème c'est que c'est des patients où c'est tellement tout mélangé qu'il n'y a pas de bonne ou de... La qualité m'avait appelée pour savoir s'il n'y avait pas eu une erreur d'orientation pour cette patiente, est-ce qu'elle n'aurait pas mérité d'être dans un service de médecine... je fais, mais moi très sincèrement, qu'elle ait été en médecine ou chez nous personne aurait su la prendre en charge. Que ce soit nous ou que ce soit les services de médecine en fait c'est... Elle est confuse, c'est trop compliqué. Le seul intérêt d'un service de médecine, enfin le seul truc un peu moins embêtant dans un service de médecine c'est que comme ils n'ont pas le CGLPL... Enfin je ne sais jamais l'acronyme mais le truc des libertés, comme eux ils n'ont pas le CGLPL eux ils ne sont pas soumis à faire 4 certificats par 24h parce qu'elle est contenue. C'est tout.

Y.M : Ah bon ? Eux ils peuvent la contenir comme ils veulent ?

C.B : Oui, ah bah en gériatrie ils contiennent comme ils veulent ! il y a aucun souci là-dessus !

Y.M : Ah je n'y avais jamais pensé.

C.B : Si vous allez aux urgences vous verrez le nombre de personnes âgées à qui ils ont mis des contentions, alors effectivement plus discrètes que nos grosses contentions à nous

avec les machins les bidules, mais avec ce qu'on appelle « les menottes », les menottes à scratch, pour éviter que les patients bougent les mains.

Y.M : Et pour votre patiente qui pouvait être aussi bien en psychiatrie qu'en médecine polyvalente, est-ce qu'il aurait fallu ce n'est pas justement quelque chose de moins en silo ?

C.B : Si c'est quelque chose de moins... Mais après ça c'est...

Y.M : Est-ce que vous avez par exemple des sortes de RCP ?

C.B : Non... pas spécialement, enfin si entre nous on fait des petites RCP. Après c'est compliqué, c'est comme le monsieur qui était à la fois très psychotique mais avec des énormes escarres. Oui, il aurait pu être pris en charge en dermato mais sur le plan psychiatrique il était mieux en psy. Enfin, c'est...

Y.M : Donc ce n'est pas un mauvais adressage, c'est un adressage comme on peut.

C.B : C'est ça, c'est parfois des adressages par défaut. Si, qu'est-ce qu'on a eu d'autre... Autant il y a eu des mauvais adressages, autant maintenant on est plutôt sur des adressages comme on peut sur les lits qui sont disponibles aussi, sur... Enfin...

Y.M : Et dans ces cas-là, vous avez de bonnes relations avec les médecins des autres services ? Au-delà de la crainte de prendre en charge un patient psy ?

C.B : Alors souvent, moi je trouve que... En tout cas de ce que j'ai pu voir, par exemple le monsieur qui avait le cancer colique multi métastatique, qui était très schizophrène aussi, il a été pris en charge en gastro et en fait ça se passait plutôt bien parce qu'ils savaient qu'il y avait l'équipe de psychiatrie derrière, moi je passais souvent aussi, et en fait ça les rassure. Et du coup ça accroche moins. Parce que quand ils viennent de chez nous et qu'ils vont après chez eux, enfin c'est souvent ce qu'on leur dit parce qu'ils sont souvent réticents, « mais ne vous inquiétez pas, on repassera si y'a besoin, vous n'hésitez pas à nous appeler, on se rendra disponibles, on fera les choses... » et du coup ça se passe plutôt bien comme ça.

Y.M : donc vous n'avez pas de difficulté... si vous avez un patient psychiatrique qui a un problème somatique que vous ne pouvez pas traiter ici, quelque chose de très grave...

C.B : Alors moi pour les muter j'ai quasiment aucun souci maintenant.

Y.M : Et ce n'était pas le cas avant ?

C.B : Avant c'était plus compliqué. Maintenant il y a beaucoup de choses qui se sont améliorées. Les internistes sont plutôt... quand ils ont de la place, ils les prennent très volontiers, ils connaissent très bien nos limites. Euh, le service de médecine polyvalente, parce que je connais très bien le... Je connais bien la médecin qui s'en occupe, qui est cheffe de service, donc voilà, on a conclu sur des patients qui au niveau somatique étaient limites, qui relevaient d'un service de médecins, comme elle c'est toujours un peu

compliqué, souvent la veille je l'appelle et je sais que j'ai une place dans les 24h là-bas. Et moi j'ai juste besoin de tenir 24h. En réanimation, ils ne nous disent jamais rien, de toute façon si c'est de la réa c'est de la réa, ils n'ont pas le... Ils ont un peu l'habitude de nous voir aussi, de voir certains de nos patients, mais ils savent bien que si c'est de la réa c'est de la réa, ils savent très bien que à part eux, il n'y a personne d'autre sur le CHU qui a les possibilités de les prendre en charge, au moins c'est vite vu. Les vasculaires et thérapeutiques aussi nous en prenaient pas mal, on travaillait bien avec eux. Les infectios aussi, quand on a besoin du service d'infectio ils sont plutôt coopérants ; les pneumos ça va... Après il y a une seule spécialité sur le CHU, et ce n'est pas nous la psychiatrie c'est tout le CHU qui est en difficulté, c'est la gastro.

Y.M : Ils ne veulent pas prendre de patients d'autre part ?

C.B : Ils ne veulent prendre de patients de nulle part, les gastros. C'est un concept. Au début on pensait que c'était nous, la psychiatrie, mais en fait tous nos collègues du CHU ont un souci avec la gastro-entéro. Je ne sais pas pourquoi, mais en tout cas on sait que les gastros c'est toujours plus compliqué pour tout le monde.

Y.M : Et vous, est-ce que vous avez un rôle de lien entre les médecins MCO et psychiatres ?

C.B : Oui, ils ne se parlent jamais sinon.

Y.M : Parce que vous parlez les deux langages ?

C.B : Oui. Il y a la psychiatrie de liaison qui passe mais c'est parfois un peu compliqué. La psychiatrie de liaison aussi essaie un peu de fluidifier mais c'est vrai que... Alors les réa je pense que ça les aide beaucoup parce que la psychiatrie de liaison va beaucoup en réa, les ortho les connaissent bien aussi... Non, ça commence à se fluidifier un petit peu.

Fin de l'entretien.

## Entretien- Pierre-Antoine Dupain.

Y.M : Bonjour, merci d'avoir bien voulu vous prêter à l'exercice. Pour commencer je vais vous demander quelques éléments biographiques : quelle est votre formation, est-ce que vous avez toujours exercé au CHU de Saint-Étienne ?

PA.D : Moi oui, j'ai tout fait au CHU, je suis thésé depuis 2019, j'avais fait mon stage d'externe déjà au CHU, les stages d'interne aussi, enfin, tout ce qui était en rapport avec les urgences j'ai tout fait ici, et thésé en 2019. Je suis de la dernière promo de DESC de médecine d'urgence, du coup j'avais un DES de médecine générale sans jamais avoir trop pratiqué quand même, mais c'est la dernière année, c'est l'année où on a switché... Et voilà. Après, j'ai des diplômes complémentaires dans plein de domaines, mais pas en psychiatrie, ça c'est sûr [*il rit*] ... En traumatologie, en médecine de catastrophe, des choses comme ça.

Y.M : D'accord, donc le DESC, ça veut dire que pour faire de la médecine d'urgence vous aviez à l'origine une base de médecine générale ?

PA.D : Voilà, on était médecins... ouais, c'était ça. Jusqu'à 2019.

Y.M : Maintenant c'est une spécialité à part ?

PA.D : Maintenant, c'est un DES donc ils sont spécialistes de médecine d'urgence avec théoriquement la possibilité de revenir en médecine générale.

Y.M : Très bien. Et comment est-ce que vous exercez ici est-ce que vous n'exercez qu'au SAU ?

PA.D : Alors j'ai un profil, enfin... Un exercice particulier, je fais 20% aux urgences adultes, 20% au SAMU, 20% aux urgences et au SAMU du Puy et de la maison médicale, là où on s'était rencontrés, à l'accueil des urgences depuis avril dernier.

Y.M : Est-ce que vous vous portez un intérêt spécifique à la psychiatrie ou pas du tout ?

PA.D : Pas du tout. Pas du tout parce que... peut-être parce qu'on n'a jamais été formés et qu'on ne s'intéresse pas trop... Alors, après, on n'a pas le temps d'accorder je pense... Je pense que c'est des prises en charge qui prennent du temps et effectivement on ne s'incrute pas trop dans les dossiers, on ne va pas trop discuter avec les gens, d'autant que l'habitude des services c'est que les externes voient les patients et on ne va les voir que s'il y a une problématique somatique qui est associée. En gros on les voit très peu, on n'a pas trop le temps de s'y intéresser, on va dire, et puis... On n'y connaît rien.

Y.M : Et en ce qui vous concerne vous, personnellement ?

PA.D : Bah ça ne me touche pas... je n'ai pas trop de problématiques comme ça autour de moi. Après peut être qu'effectivement si j'avais des problématiques comme ça dans la famille, je m'y intéresserais plus mais non, ce n'est pas le cas.

Y.M : Et comparativement à vos collègues médecins urgentistes, est-ce que vous vous estimez plutôt plus, autant ou moins informé ?

PA.D : Difficile à dire. Je sais que vous avez rencontré Cyril qui lui, bon, sa femme est psychiatre donc effectivement, quand je l'entends discuter à côté de moi avec les externes de patients psychiatriques, il leur explique des pathologies psychiatriques, ce dont je suis complètement incapable... Mais en dehors de lui, je n'ai pas l'impression que les autres... Alors forcément ceux qui ont plus d'expérience, on va dire « les anciens », ont forcément plus d'expérience dans tous les domaines, y compris là-dedans. Mais non, on n'est globalement pas très formés là-dessus, avec peut-être la petite différence avec les urgences du Puy, où... Alors, encore, le Puy c'est un peu particulier, parce qu'ils ont sainte Marie, donc l'hôpital psychiatrique, qui reçoit les patients, la plupart du temps, je crois au moins la journée, en direct, même s'ils ont des problématiques somatiques légères, on va dire. Donc ils voient très peu de patients psychiatriques, mais ceux qu'ils voient, effectivement, il n'y a pas de psychiatre sur place, donc ils sont obligés un peu d'au moins faire une première évaluation pour au moins en parler au psychiatre. Après, avec la spécificité qu'ils ont quand même un hôpital psychiatrique assez proche, donc... Mais on voit qu'ils en connaissent forcément un peu plus.

Y.M : Est-ce que ça vous parle la notion d'interaction entre troubles psychiatriques et troubles somatiques, difficultés sociales, est-ce que c'est quelque chose que vous constatez dans votre exercice ?

PA.D : Oui, alors il y a plusieurs points. Je pense que, déjà, la population des patients psychiatriques elle est exposée à être mal suivie sur le plan somatique, avec des problématiques toxico et d'addictions qui du coup deviennent somatiques avec le temps, avec ce qui peut être contamination par les injections, overdose, tentative de suicide, qu'est-ce qu'il y a d'autre ? Toutes les intoxications que nous, ça par contre on sait les prendre en charge. Mais effectivement ça s'intrique tout. Et puis, ouais, c'est des patients qui sont mal suivis. Puis il y a aussi les effets secondaires quand ils ont des traitements importants, quand ils ont des grandes quantités de traitement, effectivement il peut y avoir des complications de leur traitement. Donc ça c'est plutôt les trucs qu'on a l'habitude de traiter, parce que finalement ça reste du somatique. Mais effectivement c'est des gens qui sont malades, et peut-être auxquels on n'accorde pas trop d'importance. C'est rarement très grave, mais aux urgences, on a plutôt tendance à se focaliser sur les patients graves.

Mais oui, oui, il y a forcément beaucoup d'interactions, hein. C'est des gens qui sont malades je pense quand même.

Y.M : Pour vous la différence de prise en charge des urgences des patients psychiatriques est surtout liée au fait que leurs affections somatiques sont en général moins graves ?

PA.D : Moins grave, ou en tout cas secondaire, et qui ne relève pas de l'urgence. On sait qu'ils sont suivis par ailleurs, et que globalement ça va être traité. Alors quand il y a une problématique somatique, on traite, je ne dis pas le contraire, mais... Mais comme ce n'est pas leur motif d'admission principal, c'est comme... J'ai une comparaison : c'est comme le monsieur qui fait une crise d'épilepsie qui se présente aux urgences, s'il me parle de sa douleur d'orteil depuis 6 mois, je vais essayer de lui donner des conseils, mais voilà. Après c'est peut-être une erreur dans le sens où peut être que ces patients ont besoin, et que c'est peut-être leur seul recours mais dans le... En tout cas dans un flux de CHU, avec la quantité de travail qu'on a, on n'a pas trop le temps malheureusement de s'attarder.

Y.M : Vous disiez que ces patients sont mal suivis, vous parlez de la médecine de ville ?

PA.D : Je pense, en ville, et aussi parce qu'ils ont tendance à louper des rendez-vous. On voit leurs dossiers, où il y a souvent des rendez-vous non honorés, donc je pense que c'est des patients qui font pareil sur le somatique, c'est à dire d'être, ouais, un peu absent des fois.

Y.M : Ils ont des difficultés à... ?

PA.D : Des difficultés à atteindre les soins et puis en même temps, parfois, ils n'y vont pas parce qu'ils n'y pensent pas ou ils sont dans un autre...

Y.M : Ils ont du mal à y aller ?

Y.M : Et en ce qui concerne votre rapport à la psychiatrie en tant, que telle, comme spécialité, est-ce que pour vous c'est une médecine comme une autre ? Est-ce que vous compareriez ça à des spécialités d'organes par exemple ?

PA.D : *[Il rit]*, il va falloir m'anonymiser alors. Non, c'est une spécialité qui est un peu plus éloignée en fait des autres. Je pense qu'un cardiologue s'y connaît plus en gastro entérologie qu'un psychiatre peut s'y connaître dans une autre spécialité. Mais parce qu'ils ont leurs spécificités, parce qu'ils ne pratiquent pas tout le reste, qu'ils ont l'habitude aussi d'avoir aussi des somaticiens qui font tout le reste. Non, je pense quand même que c'est... ça reste une spécialité médicale, hein, il ne faut pas dire le contraire, mais je pense que c'est un petit peu à part effectivement.

Y.M : Est-ce que c'est à part uniquement parce qu'ils traitent peu de problèmes d'autres spécialités, ou est-ce que vous diriez qu'il y a aussi une construction, enfin une culture

différente ? Les psychiatres ont-ils des relations différentes avec les autres spécialités que...

PA.D : Ils ont des relations différentes avec tout le monde, déjà, avec les patients, ils ne sont pas du tout dans le même rapport que nous. Et puis avec les...non, parce que je pense qu'on discute de la même manière avec un psychiatre d'un patient, parce que des fois ils viennent en disant « qu'est-ce que tu en penses ? Est-ce que ça peut être somatique ? » On discute de la même manière qu'avec un cardiologue sur un problème de douleur thoracique, on arrive à échanger, et non je trouve qu'on communique bien, et de mieux en mieux je trouve. Après je n'ai pas beaucoup de recul, hein, je n'ai pas beaucoup d'expérience mais je trouve qu'on en discute bien. Il y a même certains psychiatres, bon, souvent les jeunes qui font un peu de somatique, on se rend compte- enfin, c'est plutôt rare – mais qui arrivent à nous dire « j'ai fait tel examen, je l'ai examiné, je n'ai rien trouvé, qu'est-ce que tu en penses ? » L'examen neurologique... souvent la neurologie et la psychiatrie ça se croise. Ça m'est arrivé récemment, mais ce n'est pas tous les psychiatres, quoi.

Y.M : Vous parlez des jeunes, est-ce que vous voyez une différence entre les générations de psychiatres sur leur façon d'aborder...

PA.D : Après, j'ai eu un ou deux cas de psychiatres jeunes où effectivement on voit qu'ils s'intéressent au somatique, mais un petit peu, peut-être parce qu'ils sont encore proches de leurs études et qu'ils ont des restes. Après, quand on ne fait pas d'examen neurologique pendant 10 ans, je trouve ça assez légitime de ne pas en faire, parce qu'effectivement... on a peur de le faire et on a peur de rater quelque chose, après, ce qui est normal, comme moi je ne m'amuse pas à faire des entretiens psychiatriques d'une heure parce que je ferais des bêtises, quoi. Je ne sais pas, j'ai senti ça une fois, est-ce que c'est vraiment...

Y.M : Vous disiez qu'ils ont un rapport différent au patient, dans quelle mesure

PA.D : Pour le coup, peut-être que les urgentistes, on est aussi vraiment à part dans ce domaine-là parce que, nous, on les voit une fois, de temps en temps, on les revoit deux ou trois fois, mais globalement on est sur du one shot avec les prises en charge. Eux, c'est des patients qu'ils suivent, même aux urgences, parce qu'aux urgences psychiatriques, globalement... Je n'ai pas les chiffres, mais c'est toujours les mêmes qui reviennent, ils sont très souvent connus, connus, archi-connus. Des fois. L'entretien il dure deux minutes parce qu'en fait ils connaissent déjà toute l'histoire, c'est juste le problème aigu. Déjà, ils les suivent, ouais je pense que ça c'est... Mais bon comme toutes les spécialités finalement.

Y.M : Ce serait plutôt que les urgences et la psychiatrie sont les deux extrêmes d'un spectre ?

PA.D : C'est peut-être plutôt nous qui sommes un peu différent sur ça. Et puis ils rentrent dans l'intimité des gens peut-être plus que nous aussi, sur l'entretien. Pas l'intimité physique parce que nous, finalement, voilà, on voit les gens à poil et compagnie, mais... sur le... Ouais, ils vont chercher dans leur histoire assez... C'est... Alors, nous, peut-être qu'en médecine d'urgence, on se met des barrières, vraiment, parce qu'on voit beaucoup de gens qui ne vont pas bien, on voit beaucoup de gens qui meurent, on ne va pas demander leur histoire, on ne va pas demander, on ne va pas lire les lettres de suicidants quand on retrouve des gens pendus... Je l'ai fait au début, hein, lire les lettres. Voilà, enfin bon, on arrive à se mettre des barrières, mais ça nous ronge. Donc moi je le fais plus. Et eux, dans les entretiens psychiatriques, des fois je lis les dossiers des patients que je prends en charge, et ils vont très, très loin, dans des histoires très antérieures où il y a des traumatismes, et puis du coup ils sont un peu... Forcément, la relation elle est différente quand on connaît toutes ces... Tous ces pans de l'histoire du patient. Mais pour le coup on est... Je pense qu'on est vraiment des spécialités qui sont en contact, et pour le coup on est très différents sur ça, parce nous c'est « quel est le problème du jour, et puis... »

Y.M : Vous évoquez les patients qui reviennent souvent, en ce qui concerne les difficultés sociales associées, est-ce que vous constatez que les patients psychiatriques en sont plus touchés que les autres patients que vous voyez aux urgences ?

PA.D : Bah il y a une énorme intrication globale de toute façon entre les problématiques sociales et psychiatriques, puisque les patients psychiatriques un jour ou l'autre se retrouvent sur des problématiques sociales diverses, mais entre autres se retrouvent dans la rue, dans des squats, parce que.... Avec des problématiques de toxico, ils consomment, ils dépensent tout dans la came, et après il se retrouve effectivement dans des situations compliquées. Et finalement, les gens qui ont des grosses, grosses problématiques sociales, quand on creuse un peu, ils sont... Pas tous, hein, heureusement ils ne sont pas tous étiquetés psychiatriques, mais ils ont tous des personnalités qui sont limites. Quand on se retrouve à la marge de la société au point d'être dans la rue.... Alors il y a des vraies problématiques financières qui peuvent tomber sur n'importe qui, on est d'accord, mais je pense qu'effectivement il y a toujours des personnalités un peu particulières. Soit parce qu'ils l'étaient avant et que c'est ça qui a causé leur désinsertion, soit parce que le fait d'être désinsérer, ben ça les a fait un peu vriller, je pense.

Y.M : Vous me parliez des liens entre la neurologie et la psychiatrie. Est-ce que vous constatez des situations de tension entre les psychiatres qui travaillent aux urgences et les urgentistes somatiques sur les situations limites, par exemple un patient qui pour vous pourrait relever de la psychiatrie, mais qui pour les psychiatres n'en relève pas... ?

PA.D : Bah alors... Nous, on a toujours les mêmes... ça dépend du moment de la garde et comment est le service parce quand on a... *[il rit]* Ça on en parle assez avec Monsieur Laroze, mais quand on a dix ou quinze patients aux urgences, on a le temps effectivement de creuser, de faire un examen neurologique, de discuter avec le psychiatre, de faire les examens... Moi je suis d'accord, de faire une prise de sang... pour éliminer une problématique neurologique. C'est vrai que quand c'est borderline et qu'au final on sait que ça va être psychiatrique à la fin, et qu'effectivement ça nous rajoute un patient, on a tendance à râler. Mais ce n'est jamais...c'est des petites... On en discute, mais il n'y a jamais de tension. Je trouve que la frontière... Alors, entre neurologie et psychiatrie, c'est finalement assez rare, il y a des petits cas où effectivement, on hésite. Mais par contre c'est plus la gérontopsy, là les psy... Les démences de patients très jeunes, un patient de 60 ans qui commence... Alors des fois, les frontières sont extrêmement minces. On a peu de recours, je trouve aux urgences, sur la gérontopsy. C'est à dire que le vrai patient dément de 85 ans, quand ça tient plus à la maison, bah il y a le NPG, la neuro-psycho-gériatrie à la charité, où là vraiment on arrive à hospitaliser, mais sur ses patients un peu limite qui sont plutôt jeunes, qui n'ont jamais été étiquetés « psychiatrie » .... Alors les psychiatres vont nous dire qu'on ne devient pas schizophrène à 60 ans, ce qui est vrai globalement, mais est-ce que c'est quelqu'un qui n'a jamais été suivi ou est-ce que c'est un début de démence ? Enfin souvent on est sur des cas où... Moi je suis plus embêté sur ces patients-là finalement. Parce que là aussi il y a de la problématique sociale et que souvent le moment où ils consultent aux urgences, c'est que ça tient plus à la maison, et qu'effectivement ceux-là, les psychiatres nous disent « ce n'est pas psychiatrique » et les gériatres nous disent « 60 ans ce n'est pas de la gériatrie ».

Y.M : Donc vous ne savez pas quoi en faire, en fait ? Parce qu'aux urgences, votre travail, c'est beaucoup de trier, d'une certaine manière ?

PA.D : C'est de trier et d'orienter, et ces patients-là, on les met par défaut en neurologie, mais ce n'est pas neurologique non plus. Souvent c'est de la démence, c'est plutôt... Je trouve qu'il y a un trou dans la raquette à ce niveau-là, en disant « on les oriente où ? » Et souvent, c'est les fameux bedblockers, hein, c'est ceux qui restent en neuro pendant plusieurs mois. Ouais, ces trucs frontières un peu.

Y.M : Et puis sur les questions d'addicto aussi, une situation dont j'ai été témoin, il s'agissait de patients qui étaient par exemple très délirants, mais parce qu'ils avaient bu, en fait, et ça provoquait une sorte de ping-pong entre la psy et le somatique.

PA.D : Ouais, alors... *[il soupire]*. On a les addictos qui passent tous les jours, déjà, bon, c'est de la consultation, ils discutent. J'avais cette problématique, moi, les nuits et les

weekends, avant, je trouvais... Alors les sevrages, hein, les gens qui se pointent en disant « je veux arrêter », bon il y a une problématique somatique, parce que ça fait des vrais symptômes et qu'effectivement des fois ça peut être même grave. Et ceux-là, on avait un peu de mal avant, mais je trouve que les psychiatres, maintenant, ils les voient un peu plus facilement. Parce qu'ils ont effectivement beaucoup plus l'habitude que nous sur l'addicto, mais... Après, à partir du moment où un patient est intoxiqué, c'est pour nous, ça en est plutôt honnête là-dessus en général.

Y.M : Pour revenir sur ce que vous m'avez dit en ce qui concerne les rapports entre la psychiatrie et les autres spécialités, est-ce que c'est partagé par les autres médecins de votre spécialité selon vous ?

PA.D : Alors, on n'en discute pas trop... Je pense qu'on a à peu près tous le même avis, je pense, après, à différentes échelles. Peut-être à part Cyril, mais il est biaisé [*il rit*]. Non, je ne sais pas. Non, on est un peu tous.... Je n'ai pas beaucoup de collègues qui s'intéressent vraiment aux dossiers des patients psy.

Y.M : C'est un peu un monde à part la psychiatrie ?

PA.D : Après c'est hyper intéressant quand on en discute, hein, c'est... Non mais c'est sûr, hein, c'est... Enfin après, petit à petit j'apprends des trucs mais effectivement faudrait le temps de se former. Par contre on n'a personne typiquement qui passe de diplôme... Je ne connais personne qui est allé passer un diplôme de psy complémentaire, même de lire des trucs, enfin, globalement. On a assez à faire sur le somatique, certes, mais...

Y.M : Est-ce que vous pensez qu'il peut y avoir aussi un fort coût d'entrée pour s'intéresser à la psychiatrie, parce qu'il y a peut-être une autre culture du soin, enfin est-ce que ça peut constituer une barrière ?

PA.D : Après, c'est comme tout, on s'intéresse des fois... Petit à petit. Moi je m'intéresse petit à petit, hein, en lisant effectivement les dossiers de temps en temps. Quand on a le temps, on lit les dossiers des patients. On apprend des choses, après on n'est jamais... Je serais incapable de traiter un patient... Enfin si, les trucs de médecine générale, les dépressions, les crises d'angoisse, vraiment la base, mais globalement....

Y.M : Vous m'avez beaucoup parlé du temps et c'est sûr que c'est un peu le nerf de la guerre aux urgences, je suppose, mais, la prise en charge de la passion psychiatrique pour un problème somatique, ça prend plus de temps ?

PA.D : Ou pas. Ou pas. Ben soit, effectivement, ça va être très compliqué de comprendre, on va... Alors les externes discutent longuement en général avec eux, et donc on a déjà un peu toute l'histoire, au moins l'interrogatoire. C'est vrai que s'ils ne sont pas coopérants, quand ils ne vont pas bien, on ne comprend pas pourquoi... Ou alors c'est des

problématiques... Alors souvent c'est très simple comme problématique. Non, ça va plutôt vite je trouve. Après... Même les intoxications, c'est des choses qui vont vite. Enfin, globalement, non. C'est plutôt rapide en général. Peut-être parce que les externes nous aident bien, aussi. Parce que souvent, ils reviennent, et ça fait une demi-heure qu'ils discutent et ils ont mis du temps à avoir les infos, et si tant est que les infos qu'on ait soient justes bien orientées quoi.

Y.M : C'est systématiquement des externes qui font donc ce premier filtre ?

PA.D : Alors, c'est l'habitude du service que ce soit fait par un externe qui est d'ailleurs désigné, hein, sur cette journée-là, il fait tous les patients psychiatriques, avec un électrocardiogramme. Soit il y a aucun problème somatique, bah on dit « parles en au psychiatre », soit effectivement il soulève un problème, comme il nous en parle à nous, on y va, on ne va pas envoyer un interne, souvent, c'est nous qui y allons direct, pour lever le doute. Et puis comme je l'ai dit, la plupart du temps c'est des bricoles donc... mais parfois il y a des trucs un peu plus...

Y.M : Est-ce que vous pensez que c'est satisfaisant la façon dont c'est fait aujourd'hui, il n'y a pas trop de trous dans la raquette, pas trop de patients psychiatriques qui se retrouvent avec des problèmes somatiques qu'on n'a pas identifiés....

PA.D : Alors, ils sont effectivement examinés que par un externe, mais à partir du moment où il y a une problématique qui est soulevée à l'interrogatoire, on y va. Il y a aussi le coup d'œil de l'infirmier d'accueil, mine de rien, qui ont beaucoup d'expérience. Quand il y a un problème somatique, que le patient ne semble pas aller bien, ils nous en parlent, donc on a quand même deux barrières, mais effectivement, sur le papier ça reste des patients qui ne sont vus que par un étudiant, quoi, sur le plan somatique. Mais bon ce n'est pas leur motif d'admission donc...

Y.M : Peut-être également est-ce plus difficile de savoir ce qui ne va pas chez un patient psychiatrique ?

PA.D : Souvent, oui, c'est plus difficile. Par contre, quand on identifie quelque chose, ils font aussi partie de ces patients, comme les jeunes déments, là, où pour les hospitaliser, c'est... Parce que nos services conventionnels ils vont mettre le bazar, parce qu'en psychiatrie ils ne traitent pas les problèmes somatiques et qu'ils ne savent pas quoi faire... Malheureusement, ouais, nous on les voit entre autres en régulation, aussi, au SAMU, ils appellent souvent. Ils sont infirmiers mais ils ça fait vingt ans qu'ils font de la psychiatrie donc... Après c'est normal, hein, Ils font autre chose, ils font un autre métier, et du coup effectivement c'est des patients durs à hospitaliser. Souvent on les garde un peu.

Y.M : Et au-delà d'être satisfaisante pour les patients, est-ce que vous pensez que l'organisation telle qu'elle est en place aux urgences aujourd'hui, donc avec désomatisation puis après ils voient les psychiatres, tout ça, c'est satisfaisant pour les professionnels ? Qu'il s'agisse des externes, des infirmiers, des psychiatres, ou pour vous ?

PA.D : Pour l'externe de psychiatrie, je l'ai fait il y a quelques années, je me rappelle, du moment qu'il n'y a pas une affinité particulière, c'était toute la journée la même chose, enfin, mais... Ah bah non, dans l'idéal il faudrait qu'on les voie. Enfin je pense. Après c'est vrai que je n'ai jamais trop réfléchi à ça, parce que je suis dans le système depuis que je suis externe et que ça a toujours marché comme ça, mais se satisfaire qu'il n'y ait qu'un étudiant qui voit un patient, effectivement, je ne suis pas certain...

Y.M : Et pour vos conditions de travail, pour vous ?

PA.D : Ah nous, oui, qu'on ne les voit pas nous ça nous satisfait.

Y.M : Et qu'ils soient physiquement dans les urgences conventionnelles...

PA.D : Avec le système de l'UHCD psy, là...

Y.M : Ce n'est pas encore mis en place.

PA.D : Oui, oui, mais ça, ça va être... Après, ils vont être vraiment à proximité. C'était une des conditions exigées, entre guillemets, par Madame Massoubre, ce qui est tout à fait compréhensible, hein, parce qu'effectivement on est sur des patients aigus, qui peuvent se dégrader vite, avec des intoxications qui peuvent... qui ont pu passer à travers... Donc non, le fait qu'ils soient à proximité. Je pense que globalement ça ne va pas changer grand-chose, parce qu'ils vont venir nous en parler.

Y.M : Mais vous pensez que c'est quand même une amélioration positive, l'ouverture de l'UAP ?

PA.D : Oui, ouh là, oui. Bah oui, oui parce qu'effectivement ces patients, alors... Pour nous, alors, il y a eu deux phases. Avant on avait les banques face au couloir, je ne sais pas si on vous a expliqué, il y avait le couloir de chaque côté et il y avait une banque ouverte, on avait juste un petit bar devant les yeux, derrière on voyait le couloir. Donc tous les patients qui criaient... On travaillait dans le bruit permanent, y compris les patients psychiatriques. Donc pour nous depuis qu'on a un bureau qui a été déporté, bon, là qui est maintenant au fond des urgences... Ça ne change pas grand-chose parce que... Déjà on les entend plus, parce que je vous jure qu'une nuit entière à essayer de travailler en entendant quelqu'un hurler, c'était assez horrible. Et par contre, pour les autres patients, somatiques, qui déjà subissent une nuit ou deux sur un brancard, ce n'était globalement pas vivable. Des gens qui ne dormaient pas... Enfin, je pense qu'on dégradait nos patients somatiques à cause de ça. Donc, déjà le fait que ces patients un peu agités dorment ailleurs, c'est bien. Et puis

c'est des patients qui font des allers-retours, qui sortent fumer qui... Ouais non, ça c'est sûr que c'est une vraie avancée.

*[Son téléphone sonne, il prend l'appel]*

PA.D : Désolé, c'était le SAMU, il y a un arrêt de travail, en juillet... Bon, on disait quoi... ?

Y.M : Que c'était mieux pour les autres patients.

PA.D : Ah oui, et puis même pour eux. Ils dormiront dans un vrai lit. Enfin, je crois qu'ils ont des... Ils ont des brancards ? non, c'est des vraies chambres, hein.

Y.M : Donc pour vous c'est juste du positif, l'UAP, vous n'avez pas de sujet de crainte ?

PA.D : Bah après on a toujours la crainte de la tentative de suicide, mais ils peuvent aussi bien se pendre avec la sonnette dans un box que dans... alors, je pense que les box là-bas seront mieux sécurisés du coup, finalement, que nos box à nous, mais... J'en ai quand même eu deux ou trois qu'on a retrouvés tous bleus...

Y.M : Et en ce qui concerne la communication des psychiatres, les urgentistes ?

PA.D : Non, puisqu'on discute assez peu. Il n'y a que les fameux cas un peu limites où ils viennent discuter avec nous. Le reste se fait par téléphone... Les autres spécialités, on ne les croise pas particulièrement... Donc non, non je pense que ça ne va pas changer grand-chose sur la communication. Tant que tout le monde était d'accord pour créer ce... Voilà, après il faut que tout le monde y mette du sien, nous on jouera le jeu sur la désomatisation, après eux ils prennent leurs patients, ils s'en chargent mais.... Mais depuis qu'il y a le 3114, le Psy 15, c'est vrai qu'il y a une vraie filière psychiatrique d'urgence qu'il n'y avait pas avant. Avant ils étaient aux urgences pendant des jours et des jours, là, déjà, en bossant au Samu on les voit, au téléphone, ils en orientent plein ailleurs, il y aura l'IOA psychiatrique qui va aussi... Alors ça on ne l'a pas encore fait donc on ne sait pas.

Y.M : Mais pour vous c'est une vraie avancée ?

PA.D : Ah pour moi, oui, oui, parce qu'effectivement, enfin, une fois qu'on les a vus rapidement je ne pense pas qu'ils aient à faire... Alors, dans le meilleur des mondes on aurait que des gens dans des box, et quelques box sécurisés, ça ne me dérangerait pas de les avoir ces patients. Mais dans les conditions en tout cas actuelles, ça va être une vraie amélioration pour tout le monde.

Y.M : Est-ce que vous avez le sentiment de bien connaître les dispositifs de psychiatrie qui existent, de prise en charge post-urgence ? Vous orientez au CAP 72 ?

PA.D : Bah en gros oui. C'est vrai qu'on ne les régule même plus. Avant, au téléphone, on en voyait passer des gens en détresse psychiatrique. Au tout début de régulation, j'ai dû en faire un peu, depuis plus. C'est vrai qu'il y a une vraie filière, quoi, ce qui finalement est peut-être pas plus mal, parce que la plus-value que j'apportais au téléphone sur un patient

psy... « Est-ce que vous avez pris des médicaments ? Non ? Vous voulez vous suicider ? Oui ? Ah bah faut venir ». Non, mais ils ont des questions plus précises, ils arrivent à dire « Oh, on vous connaît » - souvent, ils les connaissent, en plus- « on vous connaît, vous voulez vraiment vous suicider ? Non, allez au CMP, on vous donne un rendez-vous dans 2h ou demain... ». Voilà, après, je pense que c'est comme la médecine un peu ambulatoire, je pense qu'on a... En psychiatrie aussi, ils peuvent le faire très bien puisqu'effectivement, ils les connaissent souvent aussi très bien. Ils savent s'ils vont passer à l'acte ou pas... Alors des fois ils se trompent, mais comme tout le monde. Mais non, je pense que c'est bien que ça soit des gens qui savent faire. Après, on aurait pu apprendre, aussi...

Y.M : Et sans parler de savoir prendre en charge ces patients, est-ce que vous considérez avoir été sensibilisé pendant vos études de médecine générale, par exemple la stigmatisation des patients psychiatriques...

PA.D : Oui. Oui, on nous en parle, j'ai mémoire de ça. Après, moi je suis parti très tôt dans l'idée de faire de la médecine d'urgence, donc effectivement je ne me suis pas... Je n'aurais par exemple pas fait de stage en psychiatrie parce que je savais que c'était inutile pour moi. C'est vrai que si j'étais parti sur de la médecine libérale en cabinet... Parce que mine de rien, ils en font quand même plus, quoi. Ils renouvellent les traitements... Oui, je pense que je m'y serais plus intéressé. Après, on se forme comme on veut exercer aussi. Donc je pense qu'effectivement c'est peut-être plus notre profil et nos affinités... Mais non, non, on l'a vu, globalement, hein. Après je n'étais pas très assidu en cours... mais toute la fac, c'est vrai qu'on avait tendance à pas trop aller en cours, enfin pas tout le monde, mais... Du coup c'est peut-être les premiers cours que je séchais. Alors, j'apprenais. J'ai appris tout ça pour les ECN, sur les bouquins, hein mais... mais sans trop m'y intéresser donc... C'est plus ça, oui.

Y.M : Donc vous disiez qu'aux urgences, les relations entre les médecins somatiques, les médecins psychiatres et entre les soignants somatiques et soignants de psychiatrie, les relations sont bonnes ?

PA.D : Oui, alors il y aura toujours des piques parce que l'infirmier de psy va nous demander de faire un dextro alors qu'il a le même diplôme... C'est des habitudes, on se charrie. Mais non, ça, les relations sont très bonnes, je trouve qu'on travaille bien ensemble. Heureusement parce qu'on se voit tous les jours *[il rit]*

Y.M : Et en ce qui concerne les médecins somatiques et les infirmiers somatiques, comment ça se passe ? est-ce que vous constatez l'existence d'une hiérarchie informelle ?

PA.D : Non, la plupart du temps c'est... Enfin non, parce qu'on a chacun notre boulot. Alors forcément il y a des ordres, entre guillemets, des prescriptions, parce qu'on prescrit,

beaucoup de choses à l'oral, beaucoup de choses à l'écrit, donc forcément... Non, ce n'est pas une hiérarchie parce que... C'est difficile parce qu'en fait on donne et en même temps on dit qu'il n'y a pas de hiérarchie mais... Non, la plupart des infirmiers des urgences, c'est des copains, on s'entend très bien, on se voit en dehors, il y a pas du tout de barrière, non. Non, au contraire les soirées de service maintenant, c'est... Bon, avant aussi je pense, tout le monde est mélangé. On travaille ensemble, ils nous sauvent la mise souvent, il ne faut pas l'oublier, hein, sur des trucs, sur des erreurs de prescription, sur... Non, non il ne faut pas...

Y.M : Et ça c'est un fonctionnement propre aux urgences ou vous pensez que c'est le cas pour la majorité des médecins et des infirmiers, de se considérer comme deux corps parallèles et pas imperméables...

PA.D : Non... C'est dur, parce qu'alors les services de somatique, je n'y ai pas travaillé depuis longtemps. Au SAMU, parfois c'est... Enfin j'ai eu des infirmiers qui prenaient le lead parce qu'au SAMU on a des fois des infirmiers qui ont deux fois notre expérience. Enfin, deux fois, pas en âge, qui ont des fois notre âge mais deux fois notre expérience. Ouais, j'ai déjà vu... Alors pas sur le plan médical mais sur toute l'intervention globale, diriger l'intervention. Parce qu'ils disaient « on fait ça, on fait comme ça, on fait comme ça », je les laisse faire, ils ont plus de boutique. Donc non, non, il n'y a pas de hiérarchie. Effectivement sur tout ce qui est décision médicale, mais ils nous conseillent. « T'as oublié ça, machin » Non, moi je ne vois pas vraiment de barrière. Non, non pas du tout.

Y.M : Et avec les médecins somaticiens des services de psychiatrie, je ne sais pas si vous avez des relations ?

PA.D : Très peu. Alors j'avais un peu des échos, parce que j'avais un copain de fac qui avait fait du coup le stage de médecine générale, il faisait trois mois aux urgences, trois mois en psy, et il m'expliquait un peu comment ça marche, et globalement, c'était de la bobologie, ils ont rarement besoin de nous. Même au SAMU en régulation on intervient assez peu, quand même, en psychiatrie. C'est des populations qui sont jeunes, qui ont comme on disait beaucoup de problématiques somatiques je pense, mais jamais très grave, quoi. Parce que les très graves, souvent c'est les patients plus âgés et en psychiatrie ils n'en ont pas beaucoup. On y va parfois au SAMU, hein, on régule parfois, mais... Je ne sais pas exactement. Enfin en tout cas, les somaticiens on ne discute jamais avec eux là-bas.

Y.M : Si par exemple vous constatez qu'un patient psychiatrique qui va être hospitalisé en psychiatrie, qui en a besoin, a un problème somatique, est-ce que vous en parlez au médecin somaticien, pour dire « Attention... »

PA.D : On en parle au psychiatre, pour dire « il a ça, ça ne te choque pas qu'on l'hospitalise ? » Mais de toute façon ils sont hyper réticents, dès qu'il y a un litre d'oxygène... Enfin des trucs qui pour nous ne paraissent pas grave, pour eux c'est le bout du monde. Enfin ce qui est compréhensible. Mais on leur dit « il y a tel problème ». Moi ça m'est arrivé récemment, « il a une infection pulmonaire, je mets des antibiotiques, ça ne te choque pas ? Oui, très bien », mais pas au somaticien. Le somaticien il le voit, et puis s'il y a un problème... alors après je pense que lui aussi est en difficultés, si jamais le patient s'aggrave, faut le remettre dans un autre service, quoi. C'est la même problématique que nous hein. Mais ce patient effectivement qui est pour moi pas grave, est mieux pour moi en psychiatrie que dans un autre service, après....

Y.M : Vous me dites que les services de psychiatrie sont parfois réticents à prendre des patients avec des problèmes somatiques, que vous ne considérez pourtant pas comme grave, mais j'ai également entendu l'inverse, que les services de spécialités somatiques refusent des patients avec des troubles psychiatriques même si les psychiatres ne les considèrent pas comme très instables. Ça revient à penser qu'un patient a soit un corps sain soit un esprit sain ?

PA.D : Oui, oui, oui. Parce qu'en psychiatrie ils n'ont pas l'habitude de faire du somatique aigu, avec des équipes pas habituées, des surveillances qui ne sont pas très rapprochées non plus, en tout cas sur le plan somatique. Et inversement, un patient psychiatrique dans les étages, c'est compliqué à gérer. Ça peut être compliqué à gérer. Alors des fois ils sont stables, mais nous, on a le cas des patients suicidants, du patient qui a essayé de... Non, je dis n'importe quoi, le patient par exemple... Plutôt le patient qui a essayé de sauter d'une fenêtre, il tombe de deux étages, il va se casser une cheville, alors c'est de la chirurgie. On va prendre cet exemple, mais il arrive dans... Enfin, pour l'hospitaliser en l'orthopédie, même si le psychiatre a dit qu'il y a peu de risques de récurrence, c'est le fameux patient qu'on va retrouver pendu à sa sonnette. L'orthopédiste il va dire « ouais, je n'ai pas trop envie de le prendre », c'est quand même assez fréquent que ces gens-là on les garde la nuit en disant on va temporiser. C'est peut-être un mauvais exemple la fracture, parce que s'il est hospitalisé c'est qu'il va passer au bloc, donc souvent il suit la filière. Mais il y a des fois des cas comme ça où effectivement on se dit « on va le surveiller un peu », et là où on surveille mine de rien le mieux les patients, je pense, quand on n'en a pas soixante-dix, c'est aux urgences quand même, parce qu'on a toujours un œil dessus quoi. Effectivement, il y a des fois où on n'a pas trop envie de...

Y.M : Donc pour vous la réticence dans les services des étages c'est plus le risque que le patient se fasse du mal à lui-même, ils n'ont pas peur du patient agité ?

PA.D : Les deux. Aussi, il y a les deux. Alors, les patients agités dans les services, c'est ingérable, souvent très compliqué, à moins de les sédaté, enfin, de les charger sur les médicaments. Les suicidaires... Alors, les suicidaires c'est à part, parce qu'en général les psychiatres nous disent non c'est bon, il n'y a pas d'indication d'hospitalisation psychiatrique. Voilà. Alors ils ont leur évaluation à eux. Des fois, ils laissent partir des gens qui se sont pendus deux heures avant en disant « il n'y a pas de risque suicidaire ». Je ne vais pas me brouiller avec eux, ce serait bien de me mettre anonyme finalement. Non je rigole, j'exagère, mais des fois nous ça nous paraît bizarre, mais en même temps sur leur spécialité c'est leur responsabilité, parce qu'ils prennent des sacrées responsabilités en laissant partir de ces patients. Donc ils les ont évalués et je ne juge pas ça, hein, mais par contre typiquement ce patient qui a essayé de se pendre, aller dire au somaticien de tel service « on l'hospitalise » ... D'accord, les psychiatres ont dit qu'ils n'allaient rien faire, mais moi, est-ce que je prends la responsabilité de l'hospitaliser ? Donc on se repose sur les psychiatres pour ça, en leur disant « c'est votre décision », mais on se fait peur un peu des fois. Enfin, on se fait peur...

Y.M : ça vous est arrivé une situation de ce type ? Un patient qui aurait tenté de se suicider dans votre service ?

PA.D : Ah mais en dehors, nous, au SAMU, on fait beaucoup de suicidés. Et c'est assez fréquent que, quand on va chercher un pendu, on regarde le dossier, il est passé la veille. Mais bon, c'est des patients qui passent aussi tous les trois jours, toutes les semaines aux urgences, alors effectivement... Et puis il y a des patients que les psychiatres ne peuvent pas hospitaliser, qu'il faudrait hospitaliser toute leur vie, ou ils n'en sortent pas, donc... Mais effectivement, quand on regarde le dossier, souvent il a été vu dans les... Enfin, souvent... Mais ça arrive qu'il ait été vu dans les jours. Mais comme nous, somaticiens, il y a des patients qui meurent quand on les a vus deux jours avant, aussi, parce qu'on rate des choses, ça il ne faut pas se leurrer, mais c'est vrai que ça arrive. Dans le service, j'en ai déjà vu au moins au moins trois, moi, des pendus dans un qui est mort, quand même, en quelques années, quoi. Avec les sonnettes, souvent. Ils se pendent avec la sonnette. La sonnette elle se décroche du mur, elle s'arrache quand on tire fort, c'est fait exprès, mais ils arrivent à faire un nœud quelque part et... Et puis des fois, c'est des patients somatiques qui font ça aussi. Des patients douloureux, des lombalgies, des... J'en ai déjà vu, ouais, ont trop mal, ils en ont marre. Ça nous arrive aussi ?

Y.M : À propos de ces patients que vous voyez-vous dans votre exercice et qui souffrent par ailleurs de troubles psychiatriques, en plus de troubles somatiques, est-ce que vous

pouvez me parler plus généralement de la perception que vous en avez, au-delà de l'éventuelle difficulté pratique de prise en charge ??

PA.D : Alors... Enfin, les trois quarts des patients psychiatriques sont anxieux, et les trois quarts des anxieux ont mal au thorax. Donc si on fait les calculs, ça fait la moitié des patients psychiatriques qui à un moment ou un autre se plaignent de douleurs thoraciques. Je pense qu'on les prend mal en charge, enfin, faut être honnête. C'est que... le patient de trente ans qui vient parce qu'il est angoissé et déprimé et qui se plaint d'une douleur au thorax, ... On fait l'ECG, on les examine, hein, je ne dis pas qu'on ne fait pas le taf, mais on va moins... On va instinctivement moins y croire. Alors que... Alors, je le répète aux externes tout le temps, mais c'est de l'inconscient. Parce que la conclusion de dire « c'est psychosomatique », une douleur ou n'importe quel symptôme, c'est le dernier truc, c'est... On doit éliminer tout le reste. Et des fois on fait peut-être des raccourcis, parce qu'on sait très bien qu'ils n'ont rien. Peut-être qu'on se trompe parfois effectivement, mais il faut être prudent. Enfin, surtout quand on... En tout cas on a un regard qui je pense est complètement biaisé.

Y.M : Parce que ce serait comme si l'indication psychiatrique écartait la possibilité d'une autre indication, somatique celle-ci ?

PA.D : Non, parce que la médecine on raisonne en termes de probabilité, c'est à dire que... C'est une douleur thoracique, il a soixante ans, il fume, il a de la tension, la probabilité qu'il fasse un infarctus elle est de je ne sais pas, 20%. Celui de trente ans qui est anxieux, elle est déjà de 2% au départ, si en plus il est anxieux, il perd 1,5 point. Enfin, souvent... Enfin Surtout en médecine d'urgence, je pense que c'est des algorithmes, avec une part d'inconscient, d'expérience qui s'ajoute à tout ça. Mais c'est toujours un truc de probabilité. On perd des points de pourcentage de probabilité de trucs graves quand effectivement le patient est anxieux. Après, il y a aussi certaines douleurs et certains trucs graves qui créent de l'anxiété, donc... Par contre, quand il y a un vrai terrain psy dessous qu'il est connu pour ça, alors forcément, on se fait... Je pense qu'on se fait avoir. Mais ça, on ne pourra jamais... Enfin, on peut essayer de le corriger, mais c'est très compliqué.

Y.M : ça vous parle l'idée de « friction du quotidien » ? C'est l'idée que les bonnes pratiques sont érodées par l'habitude.

PA.D : Mais on prend de l'expérience donc ça compense. Non, mais j'ai déjà entendu. Plus on bosse, avec les années, plus on s'éloigne de ce qu'on a appris. Déjà, les choses qu'on a appris, elles changent, et puis en plus, on s'en éloigne effectivement avec l'expérience et peut être pas qu'en bien des fois, mais parfois potentiellement c'est positif aussi.

Y.M : Est-ce que vous pensez que les autres médecins se posent la même question quant à leurs éventuels biais, au sujet des patients psychiatriques et en général ?

PA.D : Il faudrait leur poser la question. On n'en discute pas trop, c'est vrai. Mais si, si, quand même. Parce que... Alors là où se pose la question, souvent, c'est les infirmières d'accueil qui viennent nous voir en disant « j'ai vu un patient qui a ça, ça et ça ». Parce qu'on a les moyens de réorienter souvent, vous avez vu l'autre fois à la maison médicale de garde le soir, on oriente un peu les gens ailleurs. Et le patient de vingt ans qu'on connaît comme le loup blanc parce qu'il est suivi par les psychiatres, qui vient à minuit ou à deux heures du mat' parce qu'il a mal dans le thorax, quand il arrive en disant « c'est Monsieur Untel, il a mal au thorax, Alors je sais qu'il n'a pas d'autres antécédents, qu'il a peu de risques... D'ailleurs, moi mes collègues, ils ont tendance effectivement, enfin on entend quand ils discutent avec l'infirmier, je pense qu'on est tous biaisé là-dessus. On a tous la même perception.

Y.M : Vous pensez qu'ils sont conscients de l'existence d'un biais ?

PA.D : Oui, bah oui. Oui, on sait qu'on ne doit pas se faire avoir sur ce genre de trucs. Enfin... on s'est tous fait avoir par un patient anxieux un jour ou presque, on a rattrapé souvent le coup mais... Il y a certaines pathologies extrêmement graves qui donnent des grosses anxiétés quand on sent qu'on va mourir, souvent, les patients sont extrêmement anxieux. Le problème, c'est peut-être plus effectivement ceux qui sont chroniques, quoi. Parce qu'on se dit « bon ils ne sont pas plus anxieux que d'habitude il a juste mal au thorax en plus. Je prends la douleur thoracique, parce que c'est vraiment un symptôme qu'on voit tous les jours et qui effectivement est très biaisé. Ouais, c'est assez typique quoi, ils ont tous mal au thorax. Puis souvent, les douleurs thoraciques quand on va les voir effectivement, au final, c'est de l'anxiété, en partie. Mais je pense que tout le monde en a un peu conscience

Y.M : Et en ce qui concerne les biais, est-ce qu'on vous en parle dans votre formation ?

PA.D : Les biais cognitifs, ouais.

Y.M : Et ceux liés à de la stigmatisation, je pense par exemple à ce qu'on a appelé le syndrome méditerranéen, les choses comme ça, est-ce que vous avez eu des cours là-dessus ?

PA.D : Si, si, ils en parlent du syndrome méditerranéen, alors il y a ceux qui croient, ceux qui n'y croient pas. Il y a de la politique derrière, enfin de la politique, de l'idéologie on va dire. Effectivement, moi je sais qu'un patient maghrébin face à un patient de l'Est, enfin... Dans une autre vie, je suis... enfin, je voyage beaucoup, et c'est des populations qui expriment complètement différemment. En Bulgarie, on ne voit pas l'expression des gens

sur leur visage alors que, à l'inverse, effectivement, les populations du Sud de la Méditerranée sont très expressives. Je pense que c'est des habitudes, faut qu'on le prenne en compte, mais ce n'est pas un biais, c'est un piège, moi je pense, plus qu'autre chose, c'est effectivement. Et puis il y a une barrière de langue par-dessus la patiente, très expressive, qui voilà on va effectivement baisser dans notre autre esprit la probabilité. Peut-être ça. Pour le coup, il ne faudrait pas, parce qu'effectivement... Mais oui, je pense qu'on peut faire la comparaison effectivement. Enfin c'est le même biais hein, c'est le... comment ils appellent ça en statistiques, alors je suis nul... Le post... Enfin il y a le score avant et puis après une information il y a le score après, et cette information-là, je pense qu'on ne va pas y accorder autant d'importance, soit l'origine effectivement, soit les antécédents psychiatriques, mais forcément avec l'expérience on se fait avoir, comme sur tout, mais c'est un peu comparable effectivement, la réaction qu'on peut avoir.

Y.M : Et c'est quelque chose dont la plupart des urgentistes sont conscients ?

PA.D : Oui, tout le monde en est conscient, il y en a qui n'y croient même pas, au syndrome méditerranéen, peut-être par idéologie, mais après on appelle ça comme on veut. Ce n'est peut-être pas bien de le dire comme ça, parce que y a des gens qui peuvent exagérer une douleur de n'importe quelle origine, on est bien d'accord. Mais ouais, tout le monde en est conscient, on en parle.

Y.M : Vous m'avez parlé des patients allophones, je me demandais si on pouvait tirer un parallèle avec certains patients psychiatriques qui pourraient avoir des difficultés à communiquer leur symptôme, dans la prise en charge ?

PA.D : Alors, on peut trouver des traducteurs. Ce qui est compliqué dans certaines situations... On a de la famille des fois. Après on appelle le 15, du moment qu'ils ont eu à l'appel c'est parce que forcément à un moment donné ils ont eu quelqu'un qui parlait français. On a des informations floues. Le patient psychiatrique, s'il a donné des versions complètement différentes quinze fois, on n'aura pas de version fiable, ils ont des entourages souvent, alors il y a des exceptions, mais pas très fiable. S'ils vivent dans un squat, s'il vit avec d'autres patients psychiatriques on n'aura de toute façon pas d'information très fiable. Ça dépend des situations. Mais oui des fois c'est compliqué d'avoir des infos. Après des fois on ne sait rien de rien quoi. Donc c'est l'examen, on va dire... on appelle ça « l'examen vétérinaire », sans... Mais voilà c'est parce qu'en fait on n'a que l'examen clinique, comme avec un animal qui ne communique rien, et des fois c'est compliqué.

Y.M : Est-ce que vous avez des choses à ajouter sur le sujet ?

PA.D : Non, c'est intéressant d'en discuter, on se rend compte de nos pratiques, on ne se questionne pas trop là-dessus parce qu'effectivement, il y a les habitudes, quoi. Les

externes ils viennent me voir : « il y a une problématique somatique ? Non ? D'accord. » Enfin, ça va hyper vite et effectivement...

Y.M : Enfin ça va vite aux urgences dans tous les cas non ?

PA.D : Dans tous les cas, on va vite, enfin on essaye.

Y.M : Autre point, pour revenir sur l'UAP, est-ce que vous pensez que le bâtiminaire a un impact en général sur les relations de travail ? Par exemple, vous disiez que votre bureau maintenant était un peu plus fermé, est-ce que ça change quelque chose à vos relations ?

PA.D : Oui. Alors, enfin, je ne sais pas si y a un lien mais les spécialités du bâtiment AB on ne les voit pas souvent venir aux urgences mais peut-être parce que c'est hyper loin aussi, quoi. Si on leur demande trois ou quatre fois de faire l'aller-retour, ça fait une trotte. Peut-être aussi parce que c'est les spécialités dont on a moins besoin, mais... Ouais, après, de toute façon, il n'y a pas d'architecture idéale on va dire. Nous, le bâtiminaire dans le sens, le bureau, là où il est, effectivement c'est... Mais ça faisait vingt ans que tout le monde en parlait et que ça n'avait pas été fait. Ça a été effectivement une avancée monstrueuse dans les conditions de travail.

Y.M : Y compris en termes de relations de travail ? Je suppose que travailler dans un cadre moins stressant réduit aussi les tensions entre vous ?

PA.D : Oui, bah déjà oui, après une nuit à entendre un patient hurler, c'était moi qu'il fallait attacher, hein. Franchement des fois on n'est pas loin de devenir fous aussi. Après avec les autres, bah avec les infirmiers effectivement, c'est beaucoup mieux là. Puis en plus maintenant on va avoir une grande salle de soins. Après, j'ai la chance de pouvoir comparer, je travaille au Puy qui est un service carré où on est tous au milieu, il y a des ilots infirmiers et puis des ilots et des ordis, ça n'a rien à voir. Après, le flux n'est pas le même.

Y.M : Vous pensez que c'est plus confortable là-bas ?

PA.D : Ah non, c'est mieux là-bas. Et pourtant on est en plein milieu du service tout ouvert. Alors, il y a peu de patients psychiatriques, mais il y a un box sécurisé, on voit tout quasiment en permanence, on voit tous les patients, on voit tout ce qui se passe, on sait où est le patient. Je pense que le service d'ici est très mal fait, un service tout en longueur. Pourtant il est récent.

Y.M : Oui, ça vous donne un sentiment de sécurité de pouvoir voir les patients ?

PA.D : Ouais et puis on fait des kilomètres aussi, parce que quand on fait UF et UG, on fait le box 10 puis le box 17, il y a quoi, 200, 150 mètres ? Non mais c'est un détail, mais sur vingt-quatre ça peut changer aussi notre fatigue et clairement... Enfin je ne sais pas, parce que maintenant tous les services sont soit ronds soit carrés, je ne sais pas pourquoi ici...

Pourtant ça fait quoi, quinze ans que ça a déménagé, un peu moins, ça devait être 2008, 2009, quelque chose comme ça. Je ne sais pas pourquoi ici le service a été fait en longueur là où, globalement, quand on regarde ailleurs... Après il y avait sûrement des raisons. Et puis service sous dimensionné, qui dans sa configuration actuelle est très difficile à étendre. On ne peut pas rajouter de box de, alors qu'effectivement, il en manque, au moins des box. Alors le mieux ça serait de plus avoir de patients, enfin, en tout cas, de pouvoir les mettre dans les services, on peut les voir mais faut pouvoir les virer. Ouais, non, je pense que c'est hyper important, c'est même quasiment... Je pense que ça joue énormément, sur tout.

Y.M : J'ai l'impression qu'il y a deux dimensions, d'abord celle de l'efficacité et de la fatigue, est-ce que votre service rend votre tâche plus facile, mais aussi est-ce que vous êtes enclavé ou pas enclavé par rapport aux autres disciplines.

PA.D : Ouais, après, enclavés, si les spés ne viennent pas... Enfin il y a certaines spés qui jouent le jeu, qui viennent voir leurs patients. Mais quand les spécialistes ne viennent pas... Même si on est en plein centre de l'hôpital, à deux pas de leur service, il y en a qui ne viendront pas, ça c'est comme ça.

Y.M : Vous pensez que les dispositifs type UTM, cellule d'ordonnancement, ça vous facilite la tâche ?

PA.D : Bah non, parce que les patients changent de service deux fois, enfin pour les patients, non je crois que ça a servi à rien. Je pense que le mieux aurait été d'avoir des lits directs dans les services, mais ça suppose des lits vides, et des lits vides ça coûte de l'argent. J'ai déjà discuté pas mal de ça avec la direction à des reportings, j'ai un avis là-dessus, je vais me retenir, parce qu'en fait c'est un pansement sur une jambe des bois, hein ce n'est pas suffisant. Non, ça ne suffit pas. Il vaudrait mieux des lits dans les services, là les patients ils changent deux fois, ils changent trois fois... J'imagine que les durées d'hospitalisation sont allongées, forcément parce qu'ils voient le spé au bout de 3 jours.

*[Le téléphone sonne, il prend l'appel]*

Fin de l'entretien

## Entretien- Cyril Noto-Campanella

Y.M : Pour commencer pourriez-vous me donner quelques éléments biographiques, votre formation, votre spécialité.

C.NC : Alors moi, j'ai fait mes études à la faculté de médecine de Saint-Étienne. À partir de 2012. J'ai fait donc mon externat ici, puis à l'issue des ECN, donc j'ai choisi la spécialité médecine d'urgence, le DES. D'ailleurs, la première année où il a été créé parce qu'auparavant c'était un diplôme d'études spécialisées complémentaires sur la médecine générale, et à partir de mon année, c'est devenu une spécialité médicale à part entière. Et donc j'ai passé ma thèse en 2020. Et donc je pratique la médecine d'urgence sur le CHU depuis ce moment-là. J'ai fait donc un clinicat, j'ai été chef de clinique pendant deux ans et là actuellement je suis praticien hospitalier contractuel. Je vais passer le concours de PH prochainement. Et puis à côté de ça, je fais une activité hospitalo-universitaire où j'ai travaillé une thèse de science dans le... Voilà pour éventuellement devenir PUPH après, parce que c'est ce qui m'intéresse en particulier l'enseignement et puis voilà, après c'est des activités de recherche aussi, qui sont intéressantes dans la spécialité. Voilà, en ce qui me concerne.

Y.M : Vous n'avez donc jamais exercé dans un autre établissement que Saint Étienne ?

C.NC : Non.

Y.M : Vous travaillez essentiellement aux urgences ?

C.NC : Oui c'est ça, urgences, UHCD et je fais des gardes épisodiques au SAMU.

Y.M : Vous n'avez pas d'activité extra hospitalière ?

C.NC : Non.

Y.M : Est-ce que vous portez un intérêt spécifique au sujet de la psychiatrie par rapport à d'autres collègues urgentistes, que ce soit un intérêt intellectuel ou professionnel ?

C.NC : Ouais, bien sûr. Oui, tout à fait. Effectivement, moi je pense que c'est quelque chose qui est assez intéressant. D'une part parce que bon, en tant que médecin urgentiste, on a ce rôle, ce besoin d'être polyvalent. On doit quand même s'intéresser à toutes les spécialités, à chaque dimension urgente qu'il y a au travers de toutes les spécialités, que ce soit la cardiologie, la traumatologie. La psychiatrie étant une spécialité à part entière, on se doit de savoir gérer l'urgence psychiatrique. C'est une partie inhérente de notre fonction, de notre métier. Et malgré tout, on se rend compte, de mon point de vue personnel, qu'il y a très souvent une... Que la spécialité de la psychiatrie est très souvent délaissée par les urgentistes du fait de son caractère considéré toujours comme un peu différent, un peu à la marge des autres spécialités, ce n'est souvent pas considéré et mis au même pied

d'égalité que d'autres spécialités somatiques, qu'elles soient médicales ou chirurgicales. Et c'est vrai que souvent on a tendance à... Les médecins urgentistes, et autres somaticiens, il n'y a pas que les urgentistes, toutes les spécialités médicales somatiques. Ont tendance à considérer que ce n'est pas... Voilà que c'est à la marge, que c'est une médecine à part, et qu'ils n'ont pas à s'en occuper du tout. Alors qu'au final, bon voilà, c'est une spécialité à part entière, et tout le monde devrait avoir les bases et devrait s'intéresser, et s'inquiéter du coup du patient avec une problématique psychiatrique puisqu'il y a des vrais enjeux de santé avec des pronostics vitaux qui peut être engagés et un impact social important pour leur entourage pour les autres et pour eux-mêmes.

Y.M : Vous dites que la plupart de vos collègues ont tendance à considérer la psychiatrie comme étant à la marge, est ce que vous pensez qu'il y a une notion de hiérarchie entre les spécialités qui est en jeu ?

C.NC : Non je pense qu'il n'y a pas de notion de hiérarchie. En revanche, je pense que c'est juste qu'il y a un manque d'intérêt. Ça doit être, je pense... Je pense que ça s'éloigne, ce n'est pas les mêmes concepts de physiologie que les autres spécialités d'organes. C'est quand même à part dans son intégration, dans sa réflexion, même si ça a tendance à de plus en plus devenir biologique et expliqué d'un point de vue neuro, ce qui est dans le courant conceptuel. C'est quelque chose qui est quand même très différent, qui fait appel aussi à de la psychologie et c'est autre chose que l'organe, quelque chose de physique et détachable. Ça fait appel en fait à la dimension de la vie intérieure de l'être humain, quelque chose qui devient assez métaphysique. Il y a toujours une dimension dans la psychologie, qui n'est plus organique et dur, ça devient un peu... Voilà, quelque chose de psychologique et du coup un peu plus métaphysique, pas tout à fait pareil. Et je pense qu'il y a certains médecins, ce n'est pas quelque chose du tout qu'ils intègrent ou qu'ils considèrent comme important ou même qu'ils ne considèrent pas comme concret et réel, quoi.

Y.M : Pensez-vous que cette particularité de la psychiatrie a un impact sur la culture professionnelle des psychiatres par rapport à celle des autres médecins ?

C.NC : Ah, je pense, oui, c'est sûr que le médecin psychiatre a une façon d'envisager son métier, son patient, à juste titre, à part entière, avec beaucoup de sérieux et au contraire beaucoup de pragmatisme et en apportant beaucoup de rationalité par tous les travaux qui sont faits en psychiatrie, qui sont quand même majeurs, et donc... Forcément ils ont une vision très médicale du patient qui a des problèmes psychiatriques. Ils ne vont pas s'arrêter à son comportement en l'interprétant comme on interpréterait le comportement d'une tierce personne dans la rue, en cherchant à identifier si le comportement vient de telle ou telle problématique, il relève de telle pathologie. Et malheureusement, chez les somaticiens on

va dire, on a plutôt tendance à faire des raccourcis et ne pas interpréter par le biais de leur pathologie, mais les interpréter comme si c'était des gens tout à fait normaux et à dire « s'il agressif donc c'est que c'est une mauvaise personne, ce n'est pas qu'il est malade, c'est quelqu'un de néfaste, on n'a pas besoin de l'aider ». Enfin, on va dans ces biais -là, quoi.

Y.M : Je souhaitais aborder la notion de valeur sociale du patient. Je ne sais pas si ça vous parle, le fait qu'on prenne en charge un patient plus ou moins bien si on leur attribue une valeur sociale plus ou moins importante, par exemple quelqu'un qui est en situation de précarité sociale peut être inconsciemment moins bien traité. Pensez-vous que cela peut s'appliquer à la psychiatrie ?

C.NC : Oui ! Et bien dans la psychiatrie, il y a forcément un biais de ce type puisque les patients psychiatriques étant plus favorablement en difficulté d'intégration sociale, c'est des gens qui ont des difficultés à trouver du travail, à s'intégrer à la société et aux autres personnes qu'on qualifie de... On va dire « normales » alors que ce n'est pas vraiment le terme qu'il faudrait employer, mais en tout cas qui n'ont pas de problématique psychiatrique, c'est des gens qui sont souvent... Socialement défavorisés, qui ont des conduites addictives, plusieurs facteurs de risque, des comorbidités... Et qui du coup, d'ailleurs ont un mauvais suivi somatique la plupart du temps, parce que d'une part les somaticiens ne veulent pas s'embêter avec des patients à la prise en charge particulière, et d'autre part que ces patients psychiatriques souvent vont se retrouver renfermés sur eux-mêmes, sur leurs problèmes, et ne vont pas non plus eux-mêmes forcément faire l'effort de bien se faire suivre. Donc ça crée un cercle vicieux, qui fait que c'est des gens toujours très défavorisés, physiquement et socialement. Et forcément oui, on va rentrer dans ce biais social, parce que c'est des gens qui sont plus précaires. Alors enfin bon, je pense que plus facilement on va aller à l'essentiel, se dire que ce qui va être entrepris, à quoi ça va servir finalement, puisqu'il ne va pas bien suivre son traitement et on ne va pas faire ci... Donc effectivement, cette problématique-là est évidente.

Y.M : Alors ce que vous évoquez concerne les médecins, est-ce que pour les autres soignants on retrouve le même point de vue ?

C.NC : Oui. Tout à fait. Oui, oui, les paramédicaux ont le même point de vue, avec des sensibilités différentes, de la même manière que chez les médecins. Les médecins qui ont quand même une sensibilité particulière à la patientèle psychiatrique, chez les infirmiers c'est la même chose, ils ne sont pas plus ou moins distants, voilà, il y a la même proportion d'individus qui a plus ou moins ce manque d'affinité avec la problématique.

Y.M : Et d'un point de vue organisationnel, la façon dont les patients psychiatriques sont pris en charge aux urgences conventionnelles vous semble-t-elle satisfaisante, que ce soit

pour les patients ou que ce soit pour les professionnels actuellement ? Avant ouverture de l'UAP ?

C.NC : Non, elle ne l'est pas. Elle ne l'est pas. Pour plusieurs raisons. Déjà le fait que les patients psychiatriques sont localisés dans une unité, donc les UF. Donc ils sont mis dans les mêmes structures, dans le même couloir que d'autres patients qui n'ont pas de problématique psychiatrique. C'est des patients qui sont forcément, d'autant plus quand il y a une urgence donc des problématiques aiguës, qui vont être agitées, anxieux, agressifs. Donc c'est des gens qui peuvent être perturbants et envahissants, et éventuellement parfois peuvent devenir dangereux pour des patients qui n'ont pas ces problématiques et qui sont alités avec d'autres problématiques, que ce soit gériatrique, traumatologique, douleur, ce que vous voulez. Donc déjà, là, il y a une certaine incompatibilité entre des patients des patients avec des problèmes psychiatriques et les patients somatiques, pour certains. Et d'autre part, du fait de ces caractéristiques, c'est des patients qui sont très chronophages. Qui demandent beaucoup de temps, il faut de l'attention, et il n'y a pas d'autre moyen. On ne peut pas leur dire d'attendre, les mettre dans un coin, et on est obligé de prendre ce temps de discuter, d'apaiser, de montrer qu'on est à l'écoute. C'est des gens qui nécessitent beaucoup plus d'écoute. Globalement, c'est des gens qui sont plus anxieux, en fait, qui sont dans l'inquiétude du fait de leur problématique psychiatrique. Donc c'est des gens qui nécessitent encore plus d'investissement personnel et de et de soins, au sens... du terme. Et dans un environnement comme les urgences, où l'effectif on va dire est adapté à gérer un flux de patients important mais somatique, les personnels des urgences adultes ne peuvent pas leur accorder ce temps-là. Donc c'est compliqué, il y a une insuffisance de soins pour ces patients-là, en termes d'accompagnement et d'écoute, pas en terme bien sûr d'administration de traitement et de bon comportement. Mais en tout cas, du fait et pour la problématique psychiatrique, c'est sûr qu'il y a une insuffisance de soins quand ils sont mélangés et qu'on les considère de manière numérique comme d'autres patients, quoi. Alors que relativement ils prennent beaucoup plus de de temps et ils en ont besoin. Donc forcément ce n'est pas adapté. Parce que ça a tendance à créer des situations qui peuvent s'envenimer, où justement ils ne vont pas s'apaiser, ça va continuer à accélérer leurs anxiétés et leurs problématiques, et donc c'est de pire en pire.

Y.M : Et vous pensez que ça crée des tensions entre les médecins psychiatres et...

C.NC : Bien sûr. Eh bien oui, ça crée des tensions, hein. Déjà en premier avec les paramédicaux. Parce que c'est eux qui sont en première ligne avec les demandes des patients, avec le soin, avec la répétition des demandes, l'insistance, bah souvent, après... Voilà, des manières de faire qui sont très... C'est des patients qui sont facilement

envahissants, qui peuvent être plus ou moins agressifs, ils n'ont pas les mêmes codes d'interactions sociales que les autres patients... Encore qu'il y ait beaucoup de patients qui ne sont pas psychiatriques qui ont des gros troubles d'interaction sociale. Mais bon, en tout cas, voilà, ça favorise la vision négative qu'on a du patient psychiatrique. Donc forcément dans ce sens-là...

Y.M : Et donc l'incompréhension entre les professionnels...

C.NC : Et derrière, forcément c'est des gens, après... Les problématiques vont revenir aussi au médecin de l'unité qui va se retrouver, on va dire, encombré dans son temps, qui est déjà précieux pour gérer la file de patients, par des patients pour lesquels lui il considère qu'il n'a pas de réponse à apporter, qu'ils ne relèvent pas de sa spécialité. Et donc tout ça participe à un climat qui a tendance à créer des tensions et les envenimer entre les différentes spécialités.

Y.M : Et en ce qui concerne le diagnostic d'un trouble somatique chez les patients psychiatriques, en plus des éventuelles difficultés liées directement à leur pathologie psychiatrique, est-ce que vous pensez qu'il y a un défaut de diagnostic ?

C.NC : Oui, oui, oui. Très probablement. De toute manière, d'une manière générale, encore une fois, le patient psychiatrique il est comme on l'a dit tout à l'heure, il est plus à risque, il est moins observant, il a plus d'addiction. Donc c'est des gens qui ont plus de comorbidité, donc ils sont d'autant plus fragiles que le patient somatique classique. Et derrière, le fait que des fois c'est difficile d'accéder à l'interrogatoire, disons classique, rapide. C'est ce besoin qu'il y a, ce temps d'écoute indispensable, le fait de composer avec leurs humeurs, qu'elles soient agressives ou tristes ou fermées, fait qu'il faut prendre beaucoup plus de temps, ce qui n'est pas souvent fait par défaut de temps, par manque de patience et souvent je pense qu'on peut manquer de creuser et on peut facilement justement négliger certaines problématiques qu'on pourrait dépister si on prenait plus le temps, et qu'on avait plus le temps surtout, de les voir. Donc très certainement que des gens qui viennent pour des troubles de l'humeur, des problématiques d'anxiété, des gens tabagiques. Enfin voilà, qui disent « et puis je ne me sens pas bien, j'ai mal à la poitrine », très probablement que le niveau d'investissement en termes d'examen cliniques et complémentaires, il est diminué par rapport à un patient somatique classique, plus accessible, on va dire.

Y.M : Est-ce que dans le cadre de votre exercice vous avez des relations avec les médecins somaticiens de psychiatrie ?

C.NC : Non. Aux urgences...

Y.M : Parce qu'ils pourraient peut-être faire le lien... ?

C.NC : En fait l'organisations, là, sur le CHU, les médecins somaticiens en psychiatrie s'occupent des problèmes somatiques des patients hospitalisés en psychiatrie. Donc du moment qu'ils sont dans les urgences, ils ne sont pas considérés comme hospitalisés dans les UA, dans les unités, donc ils n'interviennent pas du tout.

Y.M : Donc vous ne faites pas appel à eux si vous avez une interrogation ?

C.NC : Non, non, en fait ils seront pris en charge par ces médecins si jamais les problématiques somatiques se présentent ou se poursuivent lors de leur hospitalisation de psychiatrie, mais sinon non.

Y.M : Au sujet de l'ouverture de l'UAP : qu'est-ce que vous en attendez ?

C.NC : Je pense qu'on en attend surtout une bonne sectorisation qui permet, non pas de s'en débarrasser, mais justement de créer un climat plus adapté à la prise en charge dédiée et spécifique de ces patients. Améliorer les conditions de prise en charge de nos patients somatiques qui ne seront plus en lien du coup avec des patients qui peuvent être problématiques, parce qu'ils peuvent l'être souvent, pas forcément systématiquement mais ils peuvent l'être souvent et de ce fait diminuer les tensions qui peuvent exister inter-corporation et du coup peut être tendre dans un meilleur climat. Optimiser, justement, le dépistage somatique de ces patients, qui actuellement est assez fait de manière systématique par une première vision par un externe qui en réfère à un médecin en l'absence de problématique, bon, et tous les patients sont screenés, même ceux qui à l'évidence ne présentent pas de problématique somatique et ne s'en plaignent pas. Ça a montré quelque chose d'assez systématique et très pauvre à moins voilà, le truc très grave, sur un électrocardiogramme on prend la tension on cherche des gros signes de gravité, à part ça on ne va pas du tout plus loin. Et ce qui n'est pas forcément pertinent. Et là ce qui peut être bien, c'est qu'on espère qu'il y ait une prise en charge, on va dire psychiatrique initiale immédiate, et ça peut tout à fait être le rôle du médecin psychiatre de demander s'il y a un problème somatique au patient. De la même manière que nous, on est capable d'estimer rapidement des pratiques psychiatriques dans les grandes lignes, le médecin psychiatrique est très bien capable de voir si le patient se plaint d'une douleur à la poitrine, si il a des troubles du transit ou que sais-je, et de s'affranchir d'un examen systématique par le somaticien pour se concentrer sur vraiment des problématiques plus particulières qui interrogeraient, qui poseraient problème aux psychiatres, face à par exemple, l'hypothèse d'une participation d'un problème neurologique, septique, d'une confusion. Ça permettrait vraiment de faire intervenir le somaticien sur des problématiques qui sont très particulières, à la façon d'un avis spécialisé, comme nous on demande l'avis spécialisé d'une autre spécialité. Et ça permettrait justement de, plutôt que d'envoyer, pour faire simple, un externe

faire un examen rapide à tout le monde, de cibler justement les patients qui ont besoin d'un examen somatique approfondi, de faire faire par le médecin urgentiste, de manière adaptée et complète, et plus exhaustive. Je pense que ça peut même améliorer la vie, la prise en charge somatique de certains patients psychiatriques.

Y.M : Est-ce que vous pensez que ça aura un impact direct sur votre pratique ?

C.NC : Bah rien que déjà dans le fait qu'ils soient... Ce qu'on disait hein, le fait qu'ils ne soient plus... Qu'on ne soit plus tous mélangés, que les types de patients ne soient pas mélangés, ça va créer un climat de de calme, ça va apporter une sérénité. Ça ne va pas régler tous les problèmes. Il y a des gens qui ne sont pas psychiatriques qui posent plein de problèmes, mais pour tous ces gens qui peuvent être agités, qui créent de la tension, ça va forcément améliorer la qualité de travail au quotidien dans l'unité où ils ne seront plus. Et ça permettra de les voir plus sereinement et moins à la va vite lorsqu'on est demandés, et parce qu'on sait pourquoi on y va, dans l'unité dédiée de psychiatrie.

Y.M : Est-ce que vous avez connaissance de situations où des personnes étaient orientés en psychiatrie parce que par exemple ils étaient délirants alors que peut-être que ça relevait plutôt d'une autre prise en charge ? Où l'orientation psychiatrique est discutable ?

C.NC : Eh bien, il y a ... ça, c'est le rôle de l'infirmier de tri de toute manière, c'est d'identifier les problématiques. Après l'infirmier de tri, lui, il fait son analyse première et bien sûr qu'il n'a pas le diagnostic tout de suite, sinon il n'y aurait pas de médecine d'urgence. Mais c'est toujours l'infirmier de tri qui va identifier le symptôme, la plainte du patient, qui va identifier si ça relève d'un problème psychiatrique a priori, ou psychologique, ou alors d'une problématique somatique. Et il y a toujours des tableaux qui sont un peu à cheval, en fait, sur toutes les thématiques. C'est à dire qu'effectivement les problématiques psychologiques d'agressivité, de repli sur soi, de tristesse, ça peut se retrouver chez le patient âgé qui est dément, qui a un syndrome démentiel avéré donc quelque chose de neurodégénératif, qui ne relève pas de la psychiatrie et qui va se manifester par des symptômes, par des troubles psychologiques. Et pour autant ça ne relève pas de la problématique psychiatrique. Donc on peut faire des erreurs un peu de placement comme ça. Un patient qui a, pareil, des problématiques d'addiction en contexte d'hépatopathie, enfin voilà, un patient cirrhotique, il peut très bien avoir une encéphalopathie hépatique ou alors des... Voilà un syndrome de sevrage avec de l'agressivité, qui peuvent être catalogués psychiatriques alors que ça ne relève pas du tout d'eux... Les ivresses c'est l'exemple classique, ce sont des gens qui sont agressifs, machin, mais ça ne relève pas de la pathologie psychiatrique. C'est une problématique somatique d'intoxication à l'alcool, mais qui donne des manifestations de comportement qu'on peut faussement cataloguer. Et voilà, à contrario d'autres personnes,

justement, des patients âgés, connus pour des syndromes démentiels et neurodégénératifs peuvent trop facilement être écartés de la psychiatrie alors qu'ils peuvent présenter de véritables épisodes dépressifs, des vrais syndromes de troubles de l'humeur, qui doivent être pris en charge par un psychiatre, par l'introduction d'un traitement d'antidépresseurs et qui ne relèvent pas à chaque fois de son syndrome démentiel. Tous ces patients doivent être réévalués, chacun, par un spécialiste. Chacun doit sérieusement et correctement évaluer de manière objective la part psychiatrique ou somatique que ces pathologies à cheval peuvent présenter en fait.

Y.M : Sur cette question du tri, l'UAP va s'accompagner de la création d'un poste d'IOA « psychiatrique ». Qu'en pensez-vous ?

C.NC : Nous on se dit que ça peut être bien, parce qu'ils ont quand même une expertise qui est meilleure sur les pathologies psychiatriques que nos infirmiers de tri généraux. Parce que, autant nos infirmiers somatiques vont arriver très bien à trier la gravité dans la problématique somatique, et arriver très bien à évaluer s'il y a une problématique psychiatrique, mais ils ne vont pas évaluer finement l'intérêt et la gravité d'une problématique psychiatrique. De la simple anxiété, entre le risque suicidaire très élevé ou le patient schizophrène décompensé. Là, c'est beaucoup moins pertinent qu'un infirmier de tri psychiatrique qui aura vraiment des compétences pour identifier l'urgence et le besoin d'urgence pour la prise en charge de ces patients. Donc il y a l'intérêt à mon avis qu'il y ait un tri psychiatrique qui se rajoute au tri somatique. Alors d'entrée de jeu, soit parce que l'infirmier somatique a dit « bon ça a l'air d'être psy », et il est vu par le l'infirmier de tri psychiatrique qui évalue la gravité, l'urgence, ou alors la capacité à réorienter sur des structures extérieures, comme des CMP. Ou alors d'entrée de jeu, à l'accueil, le patient exprime lui-même qu'il vient parce qu'il veut voir un psychiatre, il peut directement être vu par le tri psychiatrique, et dans l'UAP, il peut très bien avoir une évaluation de débrouillage somatique par le psychiatre, qui peut requérir uniquement si besoin une autre évaluation plus poussée somatique. Il peut y avoir différent parcours.

Y.M : Vous avez évoqué le fait qu'une pathologie psychiatrique peut masquer une pathologie somatique

C.NC : Oui, tout à fait.

Y.M : J'ai entendu une situation qui concernait un patient alcoolisé qui exprimait des idées suicidaires mais qui ne pouvaient pas être vu par le psychiatre tant qu'il n'était pas dégrisé. Est-ce qu'on peut considérer qu'il s'agit d'une situation inverse, qu'un problème somatique peut masquer une problématique psychiatrique ?

C.NC : Après, alors ça, on a le même problème avec les intoxications médicamenteuse volontaire par exemple. C'est à dire qu'on priorise parce que le risque vital est plus lié à ça dans un premier temps. On priorise la prise en charge de la problématique somatique avant la psychiatrie. Ça n'a pas forcément de... ce n'est pas forcément négatif d'ailleurs, hein, parce qu'une intoxication à des médicaments ce n'est pas sûr qu'elle va entraîner le décès rapidement, alors qu'une pathologie psychiatrique, s'il est dans un cadre surveillé, de manière adaptée à sa problématique, normalement ça devrait pouvoir patienter. Donc bon, on fait dans cet ordre-là. Après tout le truc ça réside dans le fait qu'il ne faut pas négliger la seconde partie du jeu de la prise en charge. C'est à dire qu'une fois que la problématique somatique est réglée, il ne faut pas se dire que globalement tout problème est réglé, il ne faut pas oublier de régler secondairement le problème psychiatrique. Et effectivement après il y a d'autres soucis, c'est que les problèmes des patients alcooliques, les toxiques en fait altèrent le jugement et un peu le cours de la pensée, on peut dire. Du coup on n'a pas affaire à la psychologie et à la pensée avérée du patient dans son état de base. Donc pour le psychiatre, c'est essentiel qu'il puisse le voir dans son état normal et pas dans un état où ses émotions sont exacerbées ou altérées ou énervées. Faut qu'il le voie dans un état de base pour voir vraiment ce qu'il en est de sa psychologie, de ses idées, de ses projets. Et voilà. Et puis après aussi pour la partie du coup, certificat, qui prend une grande place dans la psychiatrie, c'est quand même des choses qui vont influencer sur les libertés des patients et c'est impératif que les évaluations soient faites dans des contextes stricts pour s'assurer que le cours de la pensée usuel du patient ne soit pas altéré par tel ou tel toxique. Donc c'est pour ça que souvent ils ne voient pas, ils ne rentrent pas d'avis sur des patients encore imprégnés de toxiques ou d'alcool tout simplement.

Y.M : Il s'agissait en l'occurrence d'une patiente sortie à l'institut du service, dont l'état n'avait pas permis qu'elle soit vue par un psychiatre, et donc il n'était pas possible de déterminer le risque suicidaire, et donc s'il s'agissait d'une sortie inquiétante. Ça pose la question de la relation entre la sécurité du patient et ses libertés individuelles. Comment cette relation est-elle gérée aux urgences conventionnelles ? Est-ce que les contraintes bâtementaires provoquent un plus fort recours à la contention par exemple ?

C.NC : Alors on essaie de moins en moins. Il y a eu différentes phases, mais là actuellement on a quand même de moins en moins recours à la contention. Parce qu'on fait un travail plus long, et entre autres avec les équipes de psychiatrie, sur l'adhésion avec le patient à son traitement, éventuellement anxiolytique à la prise en charge initiale. Donc voilà, on insiste beaucoup plus là-dessus, sur de la... En fait pas forcément de la sédation chimique mais au moins de l'anxiolyse importante pour éviter d'avoir recours à de la

contention physique. Après il y a toujours des cas où c'est nécessaire, des patients qui sont très agressifs dans un contexte de SPDRE, ou amenés par les forces de l'ordre. S'il y a un danger pour les autres ou pour lui-même on est obligés d'arriver à la contention. Mais ça c'est les indications de la contention physique. Mais tout ce qui peut être évité, en gros, on diffère, on essaye justement par des traitements médicamenteux, d'apaiser tout ça. Après le... Pour revenir là sur les problématiques des patients qui fuguent, alors oui, effectivement, on peut dire « il faudrait qu'il y ait un appui psychiatrique plus important », pour évaluer et déterminer en amont est-ce qu'il va falloir prendre des mesures ou pas. Après, dans une circonstance comme ça d'ivresse, on est dans une problématique somatique initiale. Donc c'est à la charge à mon avis du médecin urgentiste d'être apte en fait à savoir... ça fait partie de l'urgence de détecter l'urgence suicidaire, de détecter un trouble délirant ou... voilà, ou un patient bipolaire en phase maniaque décompensée, c'est quand même trois urgences assez importantes qui sont faciles à détecter, et à mon avis c'est le rôle du médecin urgentiste somaticien d'être capable a priori d'évaluer le risque et de surveiller et d'apporter les mesures nécessaires au bon contrôle de ces patients. Ce n'est pas nécessairement au psychiatre de venir à cette phase toute initiale, de la même manière qu'à une phase initiale d'un polytraumatisé on ne va pas demander à l'orthopédiste, alors que les radios ne sont pas faites, de venir dire s'il faut hospitaliser ou pas le patient. On fait notre évaluation, on fait notre travail, on évalue les lésions post traumatiques, et on évalue le besoin du spécialiste ou pas. Donc pour le psychiatrique, c'est pareil, on fait une évaluation initiale, on fait notre travail d'urgentiste et on évalue dans les suites le besoin et le recours au spécialiste.

Y.M : Et si c'est moins le cas pour la psychiatrie que pour l'orthopédie, vous pensez que c'est toujours lié...

C.NC : Oh toujours pareil [*il rit*]. On ne considère pas la psychiatrie de la même manière que les pathologies somatiques.

Y.M : Donc pas comme une « médecine comme les autres ».

C.NC : C'est ça, exactement, plus ésotérique.

Y.M : Pour revenir à cette question d'isolements-contentions aux urgences lors de mon observation on m'avait expliqué que c'était aussi lié au fait que c'est un service ouvert, donc qu'il était plus difficile de contrôler les sorties. Dans ce contexte, dans quelle mesure la création de l'UAP pourrait avoir un impact positif pour limiter ces mesures selon-vous ?

C.NC : Oui. Ah bah c'est tout l'intérêt, oui. Comme ça a été dit, c'est de créer donc une unité, déjà, qui est fermée. Donc qu'on ne peut pas ouvrir comme ça, avec éventuellement, en plus des box de consultation et des salles d'attente, des box qu'on pourrait sécuriser

type chambre d'isolement. Alors ce n'est pas vraiment des chambres d'isolement parce qu'une unité d'urgence, tout ça, il y a sûrement un cadre réglementaire particulier, mais ça permettrait en tout cas de sécuriser des gens qui auraient un risque suicidaire très élevé, ou des patients éventuellement agressifs. Ça permettrait justement de les isoler dans une pièce sans avoir recours à vraiment la contention physique cinq points, qui est quand même assez... qui a un impact certain sur le vécu quand même du patient qui est très anxiogène, donc ce n'est pas anodin. Et de créer des unités dédiées qu'on peut fermer, ça permettrait justement de garantir un bon isolement et une bonne sécurité sans arriver à des mesures de contention trop strictes. Je pense que ça peut vraiment être bien.

Y.M : On a évoqué les interactions entre la psychiatrie et le somatique, entre la psychiatrie et une dimension sociale, mais il y a également la question des interactions entre soins psychiatriques et justice, des mesures, des évaluations faites pour des patients en garde à vue... Est-ce que cela a des impacts sur votre pratique ? L'éventualité par exemple d'une présence policière ?

C.NC : Là pour le coup, c'est des choses qui sont... Alors nous de toute façon, on a affaire aux forces de l'ordre régulièrement, pour plein d'autres problématiques somatiques, avec des patients qui seront ivres, des patients qui sont violents en dehors d'une problématique psychiatrique, des gens qui sont soit des délinquants, soit criminels, et qui ne sont pas malades d'un point de vue psychiatrique. Donc forcément on a affaire à la police, aux forces de l'ordre, de manière pas plus présente qu'avec les patients psy. Enfin, presque. Et après non, ces sujets-là effectivement, ça c'est une... Enfin ça j'allais dire une spécialité du psychiatre. C'est vrai que c'est une spécialité qui est vraiment très en lien avec le système judiciaire, du fait de l'impact d'interventions sur les libertés et de détention des gens. Mais ça, je dirais que ça relève de leur pratique à eux, et nous on n'a pas ces capacités-là, et on n'a pas du tout le même impact et le même rôle là-dessus. Donc c'est... Non. Je dirais que leur lien avec le système judiciaire, c'est quelque chose qui relève vraiment de leur spécialité, duquel on est très éloignés. Voilà, on n'est pas concernés plus que ça.

Y.M : Pour revenir sur cette question de l'arbitrage entre liberté et sécurité, je constate qu'il est plus régulier que les professionnels du somatique déclarent une sortie à l'insu du service comme inquiétante alors qu'elle ne devrait pas l'être que les professionnels de psychiatrie. Pensez-vous qu'il puisse y avoir une méconnaissance de ces éléments, par exemple de ce qu'est une mesure de SSC, que celles-ci ne concernent pas tous les patients...

C.NC : Ouais, tout à fait, mais alors je pense qu'il y a un besoin de se décharger. Dès qu'il y a un patient qui relève d'une problématique psychiatrique qui fuit, on a envie de dire : « c'est aux psychiatres de l'évaluer, c'est au psychiatre d'estimer si c'est grave ou pas, il

fallait qu'il vienne le voir », enfin, il y a vraiment un besoin de se décharger de ces patients qu'on ressent. Après, encore une fois, c'est... Non, non, un somaticien peut très bien être apte à savoir si une fugue d'un patient psychiatrique qui est inquiétante de la même manière qu'aux urgences pédiatriques, la fugue d'un enfant on sait très bien si c'est inquiétant ou pas, on sait très bien qu'un patient qui a une pathologie septique particulière qui fait un refus de soin on va s'en inquiéter, on va tout faire pour qu'il reste, on va le sécuriser. Bon voilà, on ne s'en décharge pas forcément de la même manière. Et pour autant on pourrait très bien savoir qu'un patient qui est anxieux et qui en a marre, qui ne présente pas d'idée suicidaire avéré, bah c'est une fugue non inquiétante. Il n'y a pas besoin d'un psychiatre qui a fait une évaluation pour le savoir, et de la même manière quelqu'un qui a fait des menaces de suicide avec un vrai moyen établi, qu'on sait qu'il veut récidiver, qu'il a accès à ça, avec plein de facteurs aggravants et non protecteurs, on est capable de dire que c'est une fugue inquiétante. Et on va être capable a priori d'ailleurs de faire tout ce qui est possible pour le sécuriser.

Y.M : Pour vous, c'est de la méconnaissance ou du désintérêt ?

C.NC : Les deux. De la méconnaissance par désintérêt.

Y.M : Oui ils n'ont pas envie de savoir pour ne pas pouvoir s'en occuper ?

C.NC : Ouais. Les gens ne sont pas... Mais, les gens, encore une fois je ne veux pas donner l'impression que tout le monde est pareil, mais il y a une proportion, hein, de de personnes qui sont comme ça. Encore une fois ce caractère... ce n'est pas le cas, mais qui peut paraître être ésotérique, le fait que les gens ne s'intéressent pas à la spécialité, donc n'ont pas la même connaissance qu'ils ont sur la psychiatrie qu'ils peuvent avoir sur la cardiologie. Et donc forcément, ils ne sont pas aptes à les gérer de manière aussi fine qu'ils vont gérer l'infarctus du myocarde.

Y.M : Est-ce qu'il y a une dimension de stigmatisation des patients psychiatriques ?

C.NC : Ouais ! C'est toujours pareil. C'est le problème qu'on n'arrive pas à faire la part des choses entre le caractère d'une personne et ce qui est en lien avec sa maladie. C'est à dire qu'un patient qui est âgé, qui est dément, qui va insulter une infirmière, on va dire « bichette, il n'a plus sa tête, le pauvre ». Un patient psychiatrique qui va insulter quelqu'un, on va dire « c'est vraiment un connard, il est méchant avec nous ». Alors que c'est la même chose. C'est une altération pathologique du cours de sa pensée et de son contenu, donc ce n'est pas... ça doit être pas être pris différemment et pour autant c'est comme ça. Mais ça c'est social, ce n'est même pas que médical, c'est dans la société en général. Mais de la même manière, mais parce que c'est particulier aussi, il y a quand même un continuum entre, finalement... Enfin, un criminel, qui a violé des enfants. On ne le considère pas psy, s'il est

en prison, on ne peut pas quand même pas dire que son fonctionnement psychologique est normal. Et donc en fait entre ça et tout le cheminement de qu'est ce qui est de la responsabilité de l'individu, de sa morale et de sa pleine conscience, et qu'est-ce qui ne l'est pas du fait d'un problème pathologique, ce n'est quand même pas si évident que ça, même, voilà, en psychiatrie. Donc forcément que c'est difficile à percevoir pour les gens, et en particulier pour les personnels médicaux et paramédicaux. Et ça, ça crée complètement du biais dans la prise en charge. Parce que pour autant ce n'est pas parce qu'un patient a une problématique psychiatrique qu'on peut tout expliquer par ça. Il y a des gens qui n'ont pas de problématique psychiatrique qui vont être agressifs, et cette agressivité ou les gestes de délinquance qu'ils pourraient avoir ne relèveront pas, n'ont pas à relever de la psychiatrie mais vont relever des problèmes judiciaires des forces de l'ordre. Et c'est là tout le truc qui est un peu compliqué, c'est de d'arriver à savoir où on se situe entre le pathologique et le volontaire de l'individu<sup>118</sup>.

Y.M : Et peut être de pas essentialiser non plus, un patient psychiatrique, mais pas qu'un patient psychiatrique.

C.NC : Bah oui bien sûr, mais complètement. Ah oui mais ça, c'est clair. Mais bon, après voilà c'est... ça crée des tensions et des difficultés d'interprétation à chaque fois de ce qui se passe. Un patient qui est schizophrène, complètement délirant, qui va hurler, parler du diable et insulter tout le monde, bien évidemment qu'on ne peut pas le prendre de la même manière qu'un autre qui va être je ne sais pas moi, dépressif, et qui en a marre, et comme on le saoule il va taper quelqu'un. Enfin, le geste agressif peut être complètement détaché de sa problématique... alors quelqu'un de très délirant... Et pour autant on a l'impression que ça va être tout pris de la même manière. Et que ça ne va pas être bien interprété, alors qu'encore une fois le patient très âgé qui est dément on sait que c'est parce qu'il est dément, on ne se dit pas que c'est une mauvaise personne.

Y.M : Une chose que j'ai observée et qui m'a étonnée est le fait que des patients, pour peu qu'ils soient connus pour des problèmes psychiatriques, étaient qualifiés de « patients psy » aux urgences » même si leur présence était due à un problème somatique, comme si l'étiquette de « psychiatrique » qualifiait la personne dans son ensemble.

C.NC : C'est ça. C'est un qualificatif, ouais, c'est une identité, d'être « psy ». Enfin en tout cas ce n'est pas une identité qui est choisie par les patients, comme un genre ou autre chose, mais c'est vrai que c'est un biais. Un biais grave et dangereux, hein, mais qui a

---

<sup>118</sup> Le normal et le pathologique ? Le volontaire et le pathologique ? + distinction entre le normal pathologique et l'anormal pathologique.

pleinement cours, de cataloguer les gens dans une problématique, et donc il va rentrer directement dans tous les biais qu'on a vu au début, il va être moins bien vu, moins bien examiné, pas pris sur le même niveau d'objectivité et d'exhaustivité donc forcément, bah ouais.

Y.M : Alors que certains ne décompensaient pas du tout, qu'ils venaient uniquement pour un problème somatique.

C.NC : Et puis il y en a qui sont psy, parfaitement équilibrés, qui vont se blesser en ouvrant une boîte de conserve, on va dire « c'est un patient psy qui s'est fait une plaie », on ne va pas dire « c'est une plaie ». Alors qu'un insuffisant cardiaque, il vient pour une plaie, on dit « c'est une plaie ». On ne dit pas « voilà, c'est encore un insuffisant cardiaque... » *[il rit]*

Y.M : Oui, j'ai l'impression que ça qualifie beaucoup plus l'individu que les autres pathologies.

C.NC : Oui on qualifie... Ah oui, ce n'est pas le sectoriser, mais c'est... ça le rentre dans un groupe un peu. Ça les différencie. Voilà c'est ça, exactement, ça les différencie. On ne le prend pas en charge de la même manière qu'un autre parce qu'on n'a plus la même vision objective et égalitaire entre les autres patients.

Y.M : Est-ce que les médecins sont bons pour évaluer leurs propres biais ? Est-ce que c'est quelque chose qui est abordé pendant votre formation ?

C.NC : Vous voulez dire par rapport au fait que le soignant lui-même peut avoir des problématiques psychologiques ?

Y.M : Non, plutôt que le soignant peut être biaisé dans sa prise en charge du patient, en fonction de critères de genre, de race...

C.NC : Oui, de tout ce qu'on dit, voilà. Oui qu'il n'y a pas de critique par rapport à ça.

Y.M : Oui, est-ce qu'il y a un recul sur sa pratique ou bien est-ce qu'on se dit « comme je fais quelque chose d'objectif et de scientifique je le fais forcément objectivement ».

C.NC : Oui, oui. Non, je pense qu'effectivement il n'y a pas beaucoup d'autocritiques parce que ce n'est pas dans... Encore assez dans l'air du temps, c'est dans l'air du temps mais ce n'est pas assez enseigné, on n'insiste pas assez là-dessus, et on ne remet pas assez les choses en question. On va faire plein de débriefings sur une réanimation, un arrêt cardiaque qui s'est mal passée, on ne va jamais faire débriefing sur une présentation d'un psychiatre qui a peut-être été mal interprétée par tout le monde dans un regard extérieur. Où justement, on a eu ces..., on l'a jugé avec, en fait, méchanceté et il n'y a pas du tout, d'un point de vue médical comme on prendra en charge quelqu'un d'autre. Et ça, jamais on ne fait de retours. Les gens, voilà, se disent « oh, là, là, lui il était... lui il était con, il m'a insulté, méchant, je ne sais pas pourquoi on s'en occupe blablabla ». Et jamais on ne va

prendre un temps pour se dire « bah voilà, typiquement, ce patient était problématique, dans quelle mesure vous trouvez que c'est normal d'avoir ce jugement-là alors que c'est identifiable du fait de sa pathologie. Mais oui, c'est sûr, ce n'est pas dans la culture.

Y.M : Et ce n'est pas du tout évoqué, même pendant vos études ? Parce que j'ai l'impression qu'on en parle de plus en plus, par exemple du prétendu syndrome méditerranéen, pas forcément en ce qui concerne les patients psy.

C.NC : Ouais, Ouais, après, non, mais alors nous, dans nos études, quand on est externe, on a une unité, une matière qui est la psychiatrie qui est enseignée au même niveau que les autres, hein quand même. Donc on a une formation, une base.

Y.M : Sur la psychiatrie, d'accord. Et sur tous les biais que vous pourriez avoir ?

C.NC : Non, c'est pas du tout évoqué. L'enseignement en médecine, il reste très universitaire, très évidence based, basé sur les études, basé sur ça, et d'autant plus que la psychiatrie, je pense, a le souci de vouloir être considérée comme toutes les autres spécialités, on ne va surtout pas déroger à cette façon de faire.

Y.M : Ne surtout pas faire de la socio ou de la psycho à côté donc.

C.NC : Eh non, voilà, pour justement ne pas se faire voir comme quelque chose d'encore plus... Je pense qu'il y a un complexe comme ça. Et c'est malheureux parce qu'en fait, du coup, on n'en parle pas, et on ne parle que des pathologies de manière voilà, clinique, les symptômes, les traitements, et effectivement on n'en parle pas plus que ça. À part de dire que c'est des patients qui sont plus à risque parce que mauvais suivi médical et addiction. Mais on ne va pas parler plus que ça de leurs problèmes sociaux et puis de leur prise en charge, qui peut être différente, impactée par des visions des personnels médicaux et paramédicaux spécifiques, quoi. Non c'est sûr, ce n'est pas abordé hein. Non on s'en rend compte en pratiquant après, qu'il y a des grandes différences de prise en charge et qu'il y a de la stigmatisation, en fait, de ces patients-là.

Y.M : Et ça vous le voyez parce que ça vous intéresse, ou est-ce c'est quelque chose dont on vous a parlé par exemple durant votre internat, est-ce qu'il y a une sorte de transmission à ce sujet ?

C.NC : Bah non, je crois que j'ai une sensibilité peut être un peu plus... Voilà. Je ne dis pas pour autant que c'est plus facile pour moi que pour mes collègues de m'occuper de patients psychiatriques, hein. Voilà, quand on n'a pas ni la patience, ni forcément aussi la connaissance, on n'est pas très pertinent, mais en tout cas moi je pense qu'on peut toujours faire un peu mieux pour essayer de ne pas stigmatiser. Enfin, ça me paraît juste une évidence. C'est un constat personnel en fait, on voit bien qu'il y a quelque chose de différent et ça, ça interroge spontanément, sans que personne n'en parle particulièrement.

Bon, après j'ai un biais, ma femme est psychiatre, je le dis direct. Donc c'est sûr, après j'ai beaucoup d'amis psychiatres, donc forcément. Eh oui, oui, la thématique m'intéresse quand même un peu donc c'est peut-être pour ça aussi que j'y suis un peu plus sensible. Mais à part ça, non, ça m'intéresse vraiment et je pense que c'est juste ça. Je n'ai pas eu quelqu'un qui m'a particulièrement fait me rendre compte de quelque chose. Mais je pense que c'est important dans la formation du coup des étudiants qu'on insiste là-dessus pour a priori, et anticiper justement ces biais d'interprétations-là.

Y.M : Au début de l'entretien, vous me disiez estimer que la psychiatrie est une spécialité comme les autres. Pensez-vous qu'il y a de surcroît dans la psychiatrie un rôle particulier, qu'il s'agisse de gérer la déviance, d'opérer un contrôle social, d'exercer une prise en charge plus holistique du patient ?

C.NC : Mais oui, non mais en fait alors, quand je dis « la psychiatrie est une spécialité comme les autres », c'est qu'elle doit être considérée au même titre que les autres. Mais enfin déjà, dire qu'elle est comme les autres, c'est se mentir, enfin elle ne l'est pas. Elle n'est pas comme les autres. Parce qu'il y a toute cette dimension psychologique, sociale, qui diffère, avec des aspects physiologiques sont beaucoup plus différents que dans d'autres spécialités d'organes. Donc voilà, il ne faut pas se mentir, c'est une spécialité différente. Qui doit être prise à sa juste valeur et au même titre que les autres. Mais c'est vrai qu'elle est différente, et effectivement, il y a toute une part sociale, d'intégration qui est complètement différente par rapport aux autres spécialités. Les autres spécialités, quand la problématique d'organe est résolue, ça s'arrête. En psychiatrie, on sait bien qu'il y a beaucoup de pathologies où on ne va pas guérir la problématique, comme on va déboucher une artère, mais il va falloir apporter les moyens médicamenteux et thérapeutiques aux patients de s'adapter à son milieu social, de pouvoir fonctionner. Voilà, c'est exactement ça. Et donc forcément, ça en fait quelque chose de complètement différent. Qui peut être peut se rapprocher d'autres spécialités comme les soins palliatifs où on ne cherche pas forcément... L'objectif ce n'est pas forcément de guérir, c'est d'adapter, et d'optimiser les conditions et la qualité de vie du patient à la société dans laquelle il se trouve en fait. Pour qu'il puisse avoir des interactions agréables et qu'il puisse être épanoui dans les meilleures possibilités. Et intégré dans les meilleures circonstances.

Y.M : Et est-ce que vous pensez qu'il y a une perception extérieure qui est que la psychiatrie doit protéger le reste de la société ?

C.NC : Alors je pense que la société imagine que la psychiatrie est là pour les protéger, et je pense que la psychiatrie pense qu'elle est là pour protéger ses patients, et faire en sorte qu'ils soient bien intégrés par cette société. Voilà.

Y.M : Est-ce que vous, lorsque vous êtes face à un patient psychiatrique vous adoptez une façon de le prendre en charge différente, des réflexes différents ?

C.NC : Qu'avec d'autres patients ? C'est dur à dire. Je dirais que non, j'ai des réflexes, on va dire, de la spécialité. C'est à dire qu'un patient qui a une problématique psychiatrique, je vais me concentrer sur des questions que je ne vais pas poser à un patient qui est insuffisant cardiaque. Je ne vais pas trop lui demander s'il est essoufflé mais je vais quand même m'attacher à rechercher des signes de gravité en lien avec sa pathologie, à savoir est ce qu'il est triste et qu'il a des idées suicidaires, envie de mourir. Parler quelques minutes pour voir s'il a des propos délirants et incohérents, voir si son humeur est complètement inadaptée, voir s'il dort bien, s'il mange bien. Enfin voilà en fait, les choses qu'on nous enseigne, nous externes et internes, de l'évaluation de base. Et après, effectivement, j'essaie toujours d'avoir un... je ne pense pas arriver à le faire tout le temps, mais j'essaie de le prendre avec toujours plus de de gravité qu'il n'y paraît parce qu'on sait qu'on est toujours dans la sous-évaluation. Il vaut mieux se forcer à craindre le pire parce qu'à mon avis il y a plus de risque de passer à côté de choses chez ces patients-là. Parce qu'ils sont tabagiques et machin, donc la douleur qui est anxieuse, je préfère en faire plus que je ne le ferai avec quelqu'un d'autre. En me disant, bon, l'ECG, on va peut-être lui faire une biologie ou va lui faire une troponine, machin. Mais malheureusement, après on a tendance à aller vite et à faire parce qu'on ne prend pas le temps et voilà ce n'est pas optimal. Mais parce qu'on veut peut-être pallier un défaut de suivi chronique et ambulatoire. Et je ne pense pas que ce soit la place urgences de faire le bon suivi des facteurs de risque cardio-vasculaires par exemple d'un patient psychiatrique. C'est à un bon médecin traitant de de le faire et d'être apte lui aussi à gérer des patients psychiatriques, parce que les patients psychiatriques sous suivis par un psychiatre, un psychologue, et ils ont très peu de suivi somatique, et je ne pense pas que ce sont aux urgences de pallier ce défaut de surveillance somatique de manière chronique.

Y.M : C'est plutôt un défaut de la médecine de ville. Est-ce que ça vous arrive d'orienter des patients vers la psychiatrie ?

C.NC : Oui, oui, quand on nous en parle, on peut très bien... Oui, oui, quelqu'un qui est anxieux, machin, ou qui a ... je ne sais pas. On peut très bien, oui, intervenir là-dessus. Après c'est souvent déjà fait par l'infirmier parce que c'est assez évident. Là par contre où il y a un risque c'est les patients qui ont une problématique somatique, une confusion, une dyspnée, la prise en charge, quand on fait un examen général, en UHCD par exemple, on va se rendre compte que le patient est très triste qu'il est socialement... Et là, on peut creuser et se dire « ah mais il a peut-être quelque chose dessous », et là on fait appel à un

collège psychiatre de la même manière qu'on demande un avis autre. Et un patient qui est parfaitement somatique, et qui sera toujours éligible à une hospitalisation somatique. Et c'est là qu'intervient la psychiatrie de liaison.

Y.M : Et pour ce qu'on pourrait appeler les « cas frontières », quand on ne sait pas bien s'il s'agit d'une problématique psychiatrique ou bien une démence, un trouble neurofonctionnel, quels sont les critères d'orientation ? Le fait qu'il ait déjà été hospitalisé en psychiatrie, par exemple ? Qu'est-ce que vous ou vos collègues prenez en compte pour faire le tri ?

C.NC : Ah je pense que oui, par les autres spécialités, il suffit qu'il y en ait un qui ait déjà pris en charge le problème, on va identifier que c'est lui. Un patient addict, enfin imaginons qu'il a des problèmes et a déjà été en gastro trois fois, la quatrième fois il y a des grandes chances qu'il soit réservé pour les gastros parce qu'il est suivi des gastros, on ne va pas dire il va basculer en psychiatrie. Le patient qui a fait deux séjours en psychiatrie même s'il y a des problématiques neurologiques sous-jacentes, il y a de grandes chances que... les neurologues ne vont pas le prendre cette fois-là et qu'on va refaire un aller en psychiatrie.

Y.M : Vous pensez que ça peut participer à une errance diagnostique ?

C.NC : Alors après, non, non. J'ai envie de croire quand même qu'on arrive à avoir de très bonnes communications et relations interprofessionnelles quand même. Et on arrive toujours à communiquer entre avis. Enfin, rien que des patients qui sont en médecine interne, on accède facilement à l'avis neuro, à des discussions pluridisciplinaires. Je pense que la psychiatrie aussi, ils ont accès à des bonnes relations et des concertations pluridisciplinaires, ils arrivent à se faire entendre quand même avec les autres spécialistes, qui les considèrent quand même tout à fait normalement.

Y.M : Vous pensez que c'est facilité par la présence de la psychiatrie au sein du CHU ?

C.NC : Oui, je pense, oui. Oui, parce que ça crée des interactions régulières entre différents praticiens, et ça permet de favoriser l'échange. Et on y arrive très bien. Nous aux urgences c'est favorisé parce que c'est notre travail d'interagir avec tout le monde. Mais on voit bien qu'il y a des interactions et des échanges entre la psychiatrie, la neurologie, la médecine interne, tout ça. Et du coup, ça marche quand même. Et tout le monde échange et s'intéresse quand même au patient in fine hein, c'est quand même l'essentiel. Voilà, il y a des biais, on l'a assez dit, mais dans le fond quand même, je pense que tous les praticiens dans l'immense majorité œuvrent à la bonne entente et aux bonnes relations interdisciplinaires dans l'intérêt du patient.

Y.M : En ce qui concerne le bâtimentaire, est ce que vous pensez que le bâtiment a beaucoup d'impact sur votre pratique ?

C.NC : Alors si, si, parce que le bien-être au travail, ce qui fait la capacité, la qualité de son travail, elle dépend de son environnement de travail et de ses collègues de travail. Donc forcément que le bâtiment, s'il est inadapté, il va complètement altérer l'entrain qu'on va avoir à travailler et la qualité de travail, ça c'est sûr. Donc forcément qu'un bâtiment bien conçu, bien organisé, adapté à la typologie de patients et aux flux des patients et une bonne gestion, forcément que ça va favoriser les bonnes prises en charge, et aussi la rapidité, l'efficacité des prises en charges

Y.M : Et au-delà du fait que ce soit un bon ou un mauvais bâtiment, est-ce que la proximité physique entre des professions, par exemple entre le bureau infirmier et le bureau médical a un impact sur les relations ?

C.NC : Oui, on le voit bien puisque quand on a des bureaux qui sont assez distants, on essaie de communiquer, mais... On essaie de se téléphoner, il suffit qu'on n'ait pas le numéro de téléphone, on voit plus tard, on prend du retard pour informer l'autre. Quand on est en communication permanente, les échanges se font beaucoup mieux, donc forcément que l'information se distribue mieux et dans des délais plus rapides, donc forcément avec moins de risques derrière.

Y.M : Est-ce que ça permet aussi une meilleure compréhension des métiers les uns des autres ?

C.NC : Oui, oui, probablement, oui. De toute façon, il faut être en contact entre différentes corporations pour se comprendre, il n'y a pas pire que de travailler juste dans son coin sans les autres. Et d'ailleurs la médecine, c'est quand même, surtout en médecine d'urgence, c'est un travail d'équipe.

Y.M : Et mieux se comprendre pour mieux se respecter peut-être.

C.NC : Oui.

Y.M : Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

C.NC : Non, en tout cas moi je pense que... Au total, l'intérêt d'une structure dédiée à la prise en charge des patients psychiatriques, je pense, ne doit pas être perçu comme un besoin justement de s'éloigner, de rejeter la spécialité, mais au contraire d'améliorer la prise en charge de toutes les typologies, les typologies de patients et d'optimiser les relations interprofessionnelles du fait de conditions de travail optimisées.

Fin de l'entretien.

## Entretien- Rodolphe Ollier

Y.M : D'abord, est-ce que vous pourriez un peu vous présenter, m'expliquer votre formation, comment vous en êtes arrivé à travailler ici et dans cette spécialité...

R.O : Donc moi je m'appelle Rodolphe Ollier, je suis... Au départ, je suis infirmier de secteur psychiatrique, j'ai fait partie de l'avant dernier voyage en 1992 avant que le diplôme soit réuni. J'ai été infirmier pendant 7 ans dans des services d'entrée de... dans un service d'entrée de psychiatrie et en service de pédopsychiatrie. Bon en fait j'ai une expérience de psychiatrie. J'ai fait l'école des cadres en 2000, 1999-2000. Après j'ai fait un an de nuit sur l'hôpital Nord. C'était un peu le deal quand on était de psychiatrie, l'école des cadres ok, mais après c'est un an de nuit, et il y avait un engagement de la DRH à nous faciliter une mutation au-delà de l'année. Donc moi je voulais travailler aux urgences psychiatriques et j'ai eu de la chance, le poste de cadre s'est libéré aux urgences psychiatriques quand j'ai fini mon année de nuit, la DRH a tenu ses engagements et a favorisé ma candidature et j'ai été retenu, et j'y suis resté 19 ans. Donc j'ai été cadre 19 ans aux urgences psychiatriques, là où est Amandine Réocreux aujourd'hui, je ne sais pas si vous la connaissez. Donc on a fait plein de projets avec Catherine Massoubre, notre cheffe de service et cheffe de pôle, on a créé des lits ados, créé des lits de flux. On a ouvert, fermé, enfin c'était vraiment intéressant. Je parle de ça parce que 19 ans, on peut se dire, « mais qu'est-ce qu'il a fait pendant 19 ans ? C'est long, trop long », mais en fait, quand on travaille avec Catherine Massoubre, il y a toujours plein de projets. Elle a cent mille idées à la minute et c'est super intéressant parce que...Bah voilà, on est toujours dans les projets, dans l'avancée, dans la transcription, et moi c'est ce que j'aime dans mon boulot de cadre. Faire des plannings, tout ça, je le fais parce qu'il faut le faire, mais ce n'est pas ce qui me passionne. Ce qui me passionne, c'est construire des projets. C'est pour ça que je me régale dans ce qu'on est en train de faire en ce moment, sur l'UAP, sur l'IOA, moi c'est ça qui me plaît. Pendant 19 ans, je me suis régalé aux agences psychiatriques parce qu'on était dans la construction de projets. Il a bien fallu quand même à un moment donné en partir, et j'en suis parti sur l'opportunité de l'ouverture donc du CICAH, en 2020, en octobre 2020. Donc ça va faire bientôt... ça fait 3 ans et demi, bientôt 4 ans. Donc, l'ouverture du CICAH. Donc je vous parle du CICAH peut être, pour vous expliquer ce que c'est ?

Y.M : Oui, je veux bien, oui.

R.O : Le CICAH, ici dans les murs, on a 4 missions. On a une mission de liaison, donc c'est assurer la prise en charge des patients qui sont hospitalisés initialement sur les services de MCO pour une problématique somatique, mais qui au décours de cette hospitalisation

décompensent une pathologie psychiatrique. C'est une grosse activité, hein, c'est 1500... entre 1400 et 1500 consultations-années. On fait aussi de la consultation ambulatoire de crise. Donc c'est tous ces patients qui sont un peu limite entre l'hospitalisation et le retour à domicile. Nous, on propose un rendez-vous, dans la semaine, en règle générale avec un binôme, alors soit IPA, soit médecin, soit un binôme médecin-infirmier, enfin, toutes les combinaisons sont possibles, et dans la semaine on reçoit le patient et on peut l'étayer pour éviter une hospitalisation. On porte aussi le dispositif vigilanS, je ne sais pas si ça vous parle ? VigilanS, c'est un dispositif de prévention de la réitération suicidaire, donc on inclut les patients suicidaires de 3 départements, la Loire, la Haute Loire et l'Ardèche, et puis le psy15 que vous connaissez j'imagine, avec une permanence d'une infirmière au SAMU, pour l'instant de 09h00 à 17h30 du lundi au vendredi, mais peut-être sur le deuxième semestre, 7 jours sur 7, 09h00- 21h00. En tout cas, le projet est en cours et on a un financement one shot de l'ARS pour cette année.

Y.M : Donc vous avez toujours exercé à Saint-Etienne ?

R.O : Quelques mois à Privas parce que je suis privadois d'origine, en Ardèche et j'ai été formé à Sainte Marie de Privas et j'ai exercé quelques mois à Privas. Mais bon ça ne compte pas sur la durée de mon exercice professionnel.

Y.M : Et donc vous avez été formé à l'époque où il y avait une formation spécifique pour les infirmiers en psychiatrie

R.O : C'est ça, c'est ça.

Y.M : Pourquoi est-ce que vous vous êtes orienté vers la psychiatrie à l'origine ?

R.O : J'étais un élève moyen à l'école, bien, bien moyen, je ne savais pas trop ce que je voulais faire. J'étais en terminale, et puis mes deux parents étaient infirmiers psychiatriques et ils m'ont dit, comme je ne savais pas ce que je voulais faire, ils m'ont dit « passe le concours d'entrée à l'IFSI ». A l'époque ce n'était même pas un IFSI, c'était l'école d'infirmiers de psychiatrie de Privas. Je l'ai passé, j'ai eu de la chance, je l'ai réussi, et puis voilà. Enfin vraiment c'est... il y avait aucune voie qui se déroulait devant moi, c'était une opportunité et un concours de circonstances. Mais finalement, très content de cette chance-là. Enfin, oui, j'ai suivi la voie de mes parents quelque part, mais j'en suis super content parce que je m'y retrouve bien et je suis heureux, quoi.

Y.M : En ce qui concerne votre rapport à la psychiatrie en règle générale, quel est selon vous le rôle de la psychiatrie, est-ce que c'est une médecine comme une autre qui doit soigner ou est-ce qu'il y a un rapport différent au contrôle social, au soin de la précarité ?

R.O : En première intention, je vous répondrai que c'est une médecine comme une autre qui doit soigner et prendre en charge les patients. Bien sûr, bien sûr. Après que de manière

punctuelle, et ça on le vivait bien aux urgences psychiatriques, elle ait un rôle de maintien de la paix sociale, de la sécurité, oui, parfois, évidemment. Oui, oui. Je ne m'attendais pas une question comme ça.

Y.M : C'est vraiment votre opinion qui m'intéresse.

R.O : Mais la psychiatrie a un rôle social évidemment, oui. Mais avant tout, encore une fois, c'est le maintien de... c'est la prise en charge des patients. Et les soins, comme les autres pathologies. D'ailleurs à Saint Étienne, c'est organisé comme ça hein ? Quand vous avez un problème psychiatrique, vous allez aux urgences, comme si vous aviez une jambe cassée. Donc on est bien dans le cadre d'une médecine, quelque part, entre guillemets, classique.

Y.M : Dans le cadre de votre exercice actuel du coup vous êtes très au fait des relations entre médecine somatique et psychiatrique ?

R.O : Oui, oui. C'est très clivé. C'est très clivé, il y a beaucoup de conflits sur les prises en charge des patients. Moi j'ai beaucoup œuvré, mais c'est compliqué, hein, à ce qu'on se comprenne et à ce qu'on se parle. C'est à dire que nous, en psychiatrie on est très vite dépassé par une problématique somatique très simple, qui en tout cas serait très simple à gérer dans un service de somatique. Mais à l'envers, nos collègues somaticiens sont aussi très vite débordés par une problématique psychiatrique finalement très simple. Donc les relations ne sont pas très simples entre le somatique et la psychiatrie parce que... Je pense que déjà on ne se comprend pas parce qu'on n'a pas la même culture. On n'a pas la même culture du soin, on n'a pas la même culture institutionnelle. Institutionnelle surtout. Vous savez, alors, Saint Étienne, en plus c'est un peu récent hein ? Saint Étienne a longtemps été un CHS avec Saint-Jean de Bonnefond. Alors moi je peux en parler parce que je l'ai connue, hein. Je ne l'ai pas partagée mais je l'ai connue, et je ne l'ai pas validée non plus, mais une culture qui était beaucoup basée sur la revendication et la quérulence. Des directeurs qui ont été pris en otage pendant 3 jours dans leurs bureaux.... Ah ouais, ouais, on avait la CNT, là, ouais et puis... Un no man's land, un peu, vous voyez, enfin Saint-Jean de Bonnefond, le site, les gens faisaient ce qu'ils voulaient quoi, enfin c'était... Il y avait des abus, des exagérations de tous les côtés. Donc les... Beaucoup de gens... Alors maintenant les générations sont en train de partir pour les derniers à la retraite, ils sont partis, donc cette culture de la quérulence et de la revendication, on l'a moins, beaucoup moins. Moi, je l'ai connue et quand on arrive jeune diplômé, on ne comprend pas trop ce qui se passe. Moi je venais de Sainte Marie de Privas où pour le coup, c'était très cadré, très contenant. J'avoue que pendant quelques mois, quelques années, même, j'étais très déstabilisé par ce que je pouvais voir, ce qui se passait autour de moi. Des exemples, par

exemple c'est des gens qui amenaient leur repassage au boulot, qui lavaient leurs voitures, qui avec la copine de travail allaient faire leurs affaires dans le secteur... Enfin des trucs de dingue quoi, des trucs de dingue.

Y.M : Pour vous c'était lié à l'établissement ou à la psychiatrie ?

R.O : Alors, j'ai envie de... enfin je ne veux pas faire une réponse de gascon, mais je pense que c'était lié à l'établissement, mais je n'ai pas de mal à penser, pour avoir entendu aussi d'autres choses ailleurs, que c'était quand même une culture nationale de la psychiatrie. Mais ça je ne peux pas le dire parce que je ne l'ai pas vécu, mais en tout cas c'était une culture de l'établissement. Et les choses se sont beaucoup structurées, et heureusement, quand le CHU a englobé l'activité, le pôle. Ça ne s'appelait pas un pôle, mais on pourrait l'appeler comme ça, le pôle psychiatrique. Les choses se sont structurées, c'est devenu contenant et voilà, on savait pourquoi on allait au travail quoi. Quand j'ai commencé à Saint Jean, on ne savait pas trop pourquoi on allait au travail, vous voyez ? Moi j'ai des exemples en tête ou la cadre du service, quand moi j'étais jeune infirmier, venait nous chercher pour nous dire « Allez, on fait la relève », et mes collègues qui avaient une quarantaine d'années qui le regardaient, qui faisaient « pff » et ils faisaient leurs mots croisés sur leur journal, quoi. Vous voyez, la culture, c'était ça, quoi. On est au boulot pour ne pas faire grand-chose et moins on en faisait mieux on se portait.

Y.M : Et une relation à l'autorité un peu...

R.O : Ah bah il n'y avait pas de lien à l'autorité [*il rit*] aucun lien à l'autorité. Je vous dis, moi j'ai vu, je ne vous raconte pas de bêtises, monsieur XXXX, qui était le directeur du site de Bellevue à l'époque, séquestré trois jours dans son bureau. Trois jours. Il a fallu que ce soit les forces de l'ordre qui viennent le libérer. Et j'emploie le terme de libérer parce que je crois qu'il était vraiment prisonnier. Alors il a été bien traité, il a mangé, il n'a pas été persécuté ni, comment on dit, il n'a pas été maltraité mais n'empêche que pendant trois jours il n'est pas rentré chez lui quoi. C'était des revendications, enfin voilà, c'est... Enfin voilà. Je ne sais plus quelle était la question initiale ?

Y.M : Au sujet de la culture...

R.O : La culture psy, oui...Si, je sais pourquoi je vous dis ça, parce que malgré tout, même si aujourd'hui on est très loin de ça, et heureusement, n'empêche que même les jeunes, je trouve que dans le positionnement ils restent quand même parfois bercés par ça. Parce qu'ils ont connu les anciens qui leur ont parlé de tout ça et ils restent quand même... Enfin je veux dire être cadre quand j'en parle avec des collègues, être cadre en psychiatrie et être cadre en somatique ce n'est pas la même chose. Les cultures, les gens qu'on en cadre, ils n'ont pas le même positionnement, ils n'ont pas la même façon de voir les choses, ils

n'ont pas les mêmes valeurs, le même rapport au travail, on ne parle pas de la même chose. Alors je pense que dans quelques décennies, ou même quelques années tout ça, ça va se niveler. Mais moi je trouve qu'aujourd'hui on est encore un peu, même si c'est loin d'être ce que c'était, mais on est encore un peu là-dedans.

Y.M : Est-ce que vous pensez que ça peut être lié à une certaine histoire militante de la psychiatrie, au fait aussi qu'elle soit composées d'écoles parfois opposées... ?

R.O : Ah mais complètement. Ah oui, bien sûr. Mais c'est ça, bien sûr, c'est complètement... Oui et puis à la souffrance des gens, hein. Parce que moi je parle des collègues qui faisaient ce qu'ils avaient à faire pendant qu'ils travaillaient et qui n'en avaient rien à faire à l'autorité, mais ces mêmes collègues ont vécu la période de l'antipsychiatrie. La période de l'antipsychiatrie, je ne sais pas si ça vous parle, voilà, c'est la période où les patients étaient les maîtres des services. Moi j'ai connu des infirmiers qui m'expliquaient avoir été menacés avec un couteau toute une nuit dans un service. Donc des gens qui ont souffert aussi, hein. Oui, ça c'est important de le spécifier. Donc la revendication, ou la quérulence, elle était aussi agie par cette souffrance antérieure, ça ne tombait pas comme ça.

Y.M : Parce que longtemps la psychiatrie a été très enfermante et que par réaction, il y a eu un mouvement inverse ?

R.O : Ouais, je pense. Alors, ça, là, on est dans l'histoire. Mais moi, je vous dis, je ne l'ai pas connu, moi je suis arrivé ça se terminait donc c'est des gens qui me parlaient de ça, je ne l'ai pas connu. Donc je serais un peu en difficulté parce que, vous parler du vécu de chacun, c'est de l'interprétation que je fais, ce n'est pas....

Y.M : Et la structuration de la psychiatrie actuellement en secteurs... ?

R.O : Ça n'a plus de sens. Pour moi, ça n'a plus de sens. Moi, j'ai connu la psychiatrie sectorisée avec un secteur qui avait du sens. Le secteur, la sectorisation... Alors tout dépend de ce dont on parle, la sectorisation... Je vais vous expliquer comment je vois les choses. Moi, j'ai connu la sectorisation où il y avait un service d'entrée qui était le pivot. C'est à dire que le patient...

De manière à ce qu'on puisse accompagner les patients sur les actes de la vie quotidienne, ne serait-ce que reprendre possession d'un appartement, aller au marché, faire ses courses, voilà. Sauf que ça, ça a du sens quand c'est les mêmes professionnels qui à la fois se sont occupés du patient en intra et en extra. Et moi j'ai connu ça, c'est à dire que quand je m'occupais d'un patient, j'étais référent de Monsieur X sur l'hospitalisation complète, et puis après on assurait le suivi sur l'extérieur. On l'accompagnait au marché, on allait faire ses courses avec lui, on faisait des repas thérapeutiques et ça, ça avait du sens, parce que les soignants, ils les avaient repérés. Aujourd'hui il y a des professionnels

qui sont sur les hospit complètes, des professionnels différents qui sont sur les CMP... Donc ça veut dire que Monsieur X, qu'il soit hospitalisé à l'UA2, à l'UA4 ou à l'UA5, ça n'a pas d'importance, de toute façon ce n'est pas les mêmes soignants qui vont le prendre en charge à côté de chez lui. Donc la sectorisation pour moi, en hospit complète- en hospit complète, hein- elle a plus lieu d'être. C'est à dire Monsieur X, il faut qu'il aille dans un service où il y a de la place, quand je trouve le service qui a de la place, il part.

Y.M : Donc pour vous, la sectorisation avait initialement quelque chose de vertueux mais...

R.O : Eh bien elle avait quelque chose de vertueux dans l'exemple que je viens de vous donner, enfin dans la structuration que je viens de vous donner. Aujourd'hui, moi je ne vois pas le sens que la sectorisation a.

Y.M : Et en ce qui concerne Saint Étienne, le fait que la psychiatrie fasse partie d'un établissement qui a également une offre de MCO, qu'en pensez-vous ?

R.O : Tout à l'heure ça rejoint, ce que je vous ai dit, c'est qu'il y a quelques années, ça a permis de structurer la... Je veux dire déchéance, c'est exagéré, mais en tout cas quelque chose qui pour moi ne fonctionnait, pas du tout, ce n'était pas opérant, il y avait de l'argent qui était gaspillé, il y avait des postes qu'on ne comptait pas, enfin, c'était hallucinant. Si aujourd'hui on compte trop, à l'époque on ne comptait pas. Ça ne peut pas fonctionner comme ça. Après, je pense qu'aujourd'hui, la psychiatrie en souffre, de ça, d'être rattachée à une gouvernance du CHU. Parce que parfois on ne se comprend pas. Je veux dire la prise en charge des patients elle ne reste pas la même. La notion de sécurité vous voyez, par exemple ? Là on est en train de refaire les maquettes, et on ne réfléchit pas de la même façon. Enfin les maquettes en psychiatrie par exemple, ce n'est pas que tant de patients pour tant d'infirmiers, y a aussi une notion sécuritaire. Il y a un effectif en dessous duquel on ne peut pas tomber dans un service, on ne peut pas être, à mon sens – j'ai travaillé vingt ans aux urgences psy, j'ai la prétention de penser que je sais de quoi je parle- mais on ne peut pas travailler à moins de trois dans un service de psychiatrie, pour des raisons de sécurité. Bien sûr que quand on est trois dans un service et qu'il n'y a que dix patients, c'est trop en termes de rapport maquette. Mais en termes de sécurité, c'est le minimum, c'est le minimum. Et j'ai envie de dire, qu'il y ait six patients ou vingt patients, l'effectif ne peut pas tomber en dessous de trois. Ce n'est pas possible. C'est ma façon de voir les choses. Mais c'est parce que... Enfin, s'il y a un patient qui s'agite, il en faut une qui aille au téléphone pour appeler les collègues, la sécurité, et puis deux dessus. Ça ne peut pas faire quoi, ça ne peut pas faire. C'est là où on n'est pas en sécurité. Et ça je trouve que voilà, ce rapprochement avec le somatique a entraîné une homogénéisation du mode de calcul, des professionnels, mais de plein de choses, je prends les professionnels en exemple mais il

n'y aurait pas que ça. Qui fait que du coup on n'est pas bien dans les clous, quoi. Mais quand on parle de PMSI par exemple, bon, ça ce n'est pas le CHU hein, c'est partout, c'est national mais enfin... Autant ça me semble assez cartésien de pouvoir dire combien coûte une appendicite, sauf les complications, machin, mais bon ce n'est pas compliqué, on sait que comment on fait, autant, combien va coûter une schizophrénie, une dépression, une décompensation maniaque...

Y.M : Ce n'est pas le même système de financement...

R.O : Pour l'instant, mais n'empêche qu'on veut y aller vers un PMSI, vers une facturation à l'acte, mais on ne sait pas. Enfin une dépression, elle peut se soigner en une semaine comme elle peut se soigner en une année quoi. Enfin, on ne sait pas, il y a tellement de facteurs associés, de facteurs sociaux, de facteurs environnementaux...

Y.M : À propos des facteurs sociaux, j'aimerais que vous évoquiez ce que vous pensez des liens entre la psychiatrie et la précarité.

R.O : L'œuf et la poule, oui, oui, l'œuf et la poule. Clairement, je serais incapable de vous dire... il y a... La précarité entraîne des problématiques psychiques, forcément, hein, quand vous n'avez pas de toit, pas d'argent, rien, forcément c'est dépressions... Mais la pathologie psychiatrique entraîne aussi la précarité. Alors quand on parle de psychoses, surtout. Quand on parle de névroses peut-être moins, il y a moins de causes à effet. Mais quand vous avez quelqu'un de psychotique, on parlait de désocialisation tout à l'heure, désocialisation ça rime un peu avec précarité hein. Donc oui il y a un lien. D'ailleurs ce n'est pas pour rien qu'il y a des équipes de précarité. Nous on appelle ça Interface sur le CHU, ailleurs ça s'appelle équipe précarité. Ce n'est pas pour rien qu'il y a ces interfaces entre la précarité et l'hôpital.

Y.M : ça a impact dans votre travail quotidien, c'est quelque chose que vous voyez, que vous constatez ?

R.O : Au CICAH pas trop, parce que on est en deuxième ligne, mais aux urgences psychiatriques c'est quelque chose qu'on voit beaucoup, oui, avec des problèmes sociaux associés, ou faire repartir un patient, via les assistantes sociales, vous avez souvent un appel aux 115. Oui, je pense que oui, il y a un lien étroit entre précarité et psychiatrie, même si ce n'est pas quelque chose de systématique, mais il y a un lien étroit.

Y.M : Et sur les liens avec les troubles somatiques, j'ai beaucoup entendu qu'il y avait plus de risques d'avoir des problèmes de santé somatiques quand on a aussi des troubles psychiatriques, pour plein de raisons, mais que par ailleurs les patients psychiatriques sont peut-être moins bien traités ou moins bien pris en charge parce qu'il y a peut-être une réticence, ou une invisibilisation...

R.O : Pour ça, on peut parler des urgences par exemple. Aux urgences, effectivement, quelqu'un qui est étiqueté psychiatrique, je pense... Alors c'est un peu dur ce que je vais dire, mais tant pis, c'est enregistré, j'assumerai, je pense que quelqu'un qui a une étiquette psychiatrique aux urgences est moins bien pris en charge que vous ou moi si on s'y rend, oui. C'est des gens pénibles, OK, donc ils suscitent des contre-attitudes, déjà. Leurs symptômes font beaucoup de bruit. C'est des gens qu'on connaît beaucoup, parce qu'ils passent souvent, parce que je vous l'ai dit c'est des maladies qui sont compliquées, on parlait du PMSI, mais des maladies qui sont compliquées à soigner, on fait partir les gens, et puis 2 jours après ils redécompensent donc les soignants ne comprennent pas : « Il était là il y a deux jours, il est de nouveau là, mais il nous fait chier... ». Au PU, par exemple, il y a une époque, alors je sais plus où ça en est maintenant, mais en tout cas, moi, quand j'étais aux urgences, régulièrement, quand il y avait des problèmes de brancard, c'étaient les patients de psychiatrie qui étaient mis sur des chaises. Régulièrement, quand il n'y avait pas assez de repas pour tous les patients en bas, c'était les patients de psychiatrie qui ne mangeaient pas. Je ne dis pas qu'ils étaient sadisés, hein, ce n'est pas ce que je veux dire hein, je ne veux pas aller jusque-là mais ils suscitent quand même des contre-attitudes fortes.

Y.M : Parce qu'on suppose qu'ils ont moins de problèmes somatiques ?

R.O : Parce qu'ils nous emmerdent, parce qu'ils nous emmerdent ! Et qu'on est moins touché par le patient psychiatrique qu'on voit tous les jours que par le papi... Et puis c'est humain, hein, ce n'est pas une critique parce que peut être que j'aurais réagi de la même façon, c'est des réactions humaines, ce patient il nous emmerde, quoi. Et tant pis, j'ai deux repas, j'ai trois patients, bah lui, ma foi, il a mangé, il s'est gavé hier, il ne mangera pas. Et puis il est là tous les jours, il peut attendre sur une chaise. Je ne dis pas que c'est normal, mais c'est humain.

Y.M : Vous pensez que ça provoque des tensions entre les personnels de psychiatrie et somatiques qui travaillent aux urgences ?

R.O : Ah je ne pense pas, je sais. Mais bien sûr ça provoque des tensions, pas plus tard que ce matin, mais bien sûr que ça provoque des tensions tout ça, bien sûr. Mais ce matin, parce qu'il y a cette histoire d'ouverture de notre consult, ou le PU déjà, voulait... En fait, ce matin je vais vous refaire l'histoire. Ça fait des mois qu'on fait des réunions pour préparer l'ouverture de l'UAP de la consult, de l'IOA, très bien. La semaine dernière, mon équipe m'alerte sur le fait que les infirmiers des urgences pensent qu'à partir de ce matin, donc aujourd'hui, l'UAP ouvre et que les patients de psychiatrie seront poussés dans les locaux de l'UAP. Donc moi je dis « non, ce n'est pas comme ça que ça a été prévu, on ouvre juste

les deux bureaux de consult avec un infirmier, on n'ouvre pas du tout les locaux de l'UAP avec les quatorze infirmières recrutées, ça n'a rien à voir ». Et puis quand même ça m'interroge, je fais un mail à Alain Viallon le chef de service, au directeur, à monsieur Scalabrino- Monsieur Scalabrino est en vacances je crois. Et en fait je n'ai qu'une réponse à ce mail, c'est Alain Viallon qui me dit que, je ne sais pas moi, mon mail, je dis ce que j'ai compris et je demande aux gens de le valider. Je ne me positionne pas de manière claire, je demande juste aux gens de valider ce que j'ai compris. Et Alain Viallon, pas comme ça, plus sympathiquement, mais que je n'ai pas compris, et qu'à partir de mardi, le service le service de l'UAP ouvre et qu'on poussera les patients. Donc moi j'appelle ma cheffe de service qui me dit « mais pas du tout, Rodolphe, on a bien dit comme tu le dis, moi je valide et je vais refaire un mail pour renchérir », machin, voilà Laurent Descours pareil refait un mail pour renchérir sur ce que je disais, et pas de réponse. Et ce matin, alors ça n'a été conflictuel parce que je m'entends bien avec Anne Vacher, la cadre d'en bas, mais on sentait bien qu'ils étaient tous prêts de pousser les patients. Pour eux, ça ouvre, alors que non ! Mais ce serait un service de cardio, la question ne se poserait pas. Là où c'est beaucoup et on continue, alors avec l'UAP, ça, ça va se finir, mais là où on s'engueule beaucoup avec les collègues du PU, c'est qui s'occupe des patients de psychiatrie en bas ? Moi, j'ai une équipe de consultation en bas. Je n'ai pas une équipe de prise en charge des patients. Alors depuis dix-neuf ans aux urgences et trois ans ici, parce que je suis cadre du CICAH mais je suis aussi le cadre du 3114 et de l'équipe de consultation d'en bas. Mon discours c'est : votre priorité c'est d'assurer les consultations, et bien sûr que si vous avez le temps, vous aidez vos collègues de somatiques aux urgences à s'occuper des patients de psychiatrie. Sauf qu'on s'engueule avec les collègues des urgences depuis vingt ans, vingt-cinq ans là-dessus. Parce que pour eux un patient de psychiatrie ce n'est pas à eux de s'en occuper, c'est à l'infirmier de psychiatrie.

Y.M : Même s'il souffre aussi d'une pathologie somatique en même temps ?

R.O : Bien sûr, bien sûr. Alors qu'il y a une équipe mobile de gériatrie qui passe aux urgences, à aucun moment on n'a jamais demandé à cette équipe mobile de gériatrie de s'occuper des patients de gériatrie. Les patients cardio, on ne demande pas aux cardiologues de s'occuper des patients de cardio, enfin vous voyez ? Alors que... Parce que je pense que c'est des patients difficiles, compliqués, on n'a pas envie de s'en occuper, quand on travaille aux urgences, on n'a pas envie de prendre en charge des patients en psychiatrie, on est là pour les accidents cardio-respiratoires, les AVC, les choses qui nous excitent, un peu, quoi. Les choses urgentes. Les choses de psychiatrie, ce n'est pas très

excitant, c'est des patients souvent un peu incuriques, qui font du bruit, qui insultent, qui menacent. Voilà, ce n'est pas facile.

Y.M : Est-ce qu'il y a aussi de la part des médecins et soignants une perception de la psychiatrie selon laquelle il s'agirait d'une discipline à part, justement pas d'une médecine comme les autres ?

R.O : Ah oui, bien sûr. Les soignants des urgences et même des étages. Oui, oui bien sûr. Pour eux c'est un truc à part.

Y.M : Quelque chose qui n'aurait rien à voir, qui ne serait pas vraiment de la médecine...

R.O : Clairement, clairement. Non, moi je ne pense pas ça, mais je pense qu'à contrario, les collègues en face peuvent penser ça. Et puis il n'y a qu'à voir leurs réactions enfin qui poussent à penser qu'ils pensent ça.

Y.M : Et est-ce que vous faites parfois appel aux somaticiens de psychiatrie ?

R.O : Alors nous au CICAH non, parce qu'on n'est pas une hospit complète ici. Par contre, Chloé Bougerol, en l'occurrence, Chloé, oui ... Aux urgences elle a un sacré boulot, Chloé, oui. Alors là, pour le coup ça a apporté une sacrée plus-value hein. Moi j'ai connu avant et après. Avant, alors, ce n'était pas Chloé, c'était... comment il s'appelle... un monsieur, très sympa ? Bon, peu importe. Donc avant il venait mais il venait un peu ponctuellement, quand on avait besoin de vie. Et puis à un moment donné on n'avait personne et là oui, on avait souvent des phlébites, des gens qui faisaient des embolies derrière... La présence du somaticien a apporté une vraie prise en charge, une vraie plus-value à la prise en charge des patients de psychiatrie clairement.

Y.M : Parce que vous ne saviez peut-être pas les traiter, les repérer ?

R.O : On ne savait pas les voir, on ne savait pas les diagnostiquer.

Y.M : Est-ce que vous pensez qu'à ce sujet, le fait que les IDE de psychiatries n'aient plus une formation à part peut faciliter cette prise en charge somatique ?

R.O : Non. Moi n'y crois pas, à ça. Et puis je suis bien placé, là aussi parce que j'avais un diplôme de psy, enfin moi, mon métier de psychiatrique, je ne l'ai pas appris à l'école, je l'ai appris avec mes collègues. Enfin, on m'a appris le métier dans les services. Donc là c'est pareil. Enfin quelqu'un a beau avoir un DE, quand il sort de son DE, il est nul. C'est parce qu'il va travailler en service, qu'il va acquérir des compétences, qu'au bout de quelques mois, quelques années, il va devenir un bon infirmier. Donc s'il a un DE et qu'il commence en psychiatrie, au bout de un an, il est nul en somatique, il sera bon en psychiatrie.

Y.M : Il y a quand même une spécialisation sur le tas.

R.O : Bien sûr. Et puis il a tout oublié les acquis de l'école, enfin. Ah mais non, quand je travaillais aux urgences, avant qu'on ait des médecins généralistes, on avait souvent des

embolies, hein, liés à des phlébites, des gens alités. Et depuis, on n'a plus ce genre de problématiques. C'est une vraie plus-value ça. Oui bien sûr

Y.M : Est-ce que vous pensez que leur présence facilite aussi le lien avec les services de somatique.

R.O : Bien sûr, quand il faut muter bien sûr ! *[Il rit]* Parce qu'un psychiatre qui présente un patient à un somaticien pour muter, il n'a aucune crédibilité. Enfin aucune. Sauf si c'est le copain du copain de l'ami de la femme de voilà, autrement il n'a aucune crédibilité. Alors que si c'est un médecin somaticien, il parle la même langue, et là il y aura de la crédibilité. Et puis le médecin somaticien, il aura mis en place des actions pour maintenir le patient dans le service. Donc il va pouvoir décrire ces actions au somaticien à qui il va essayer de le vendre, entre guillemets, il va dire : « voilà, j'ai essayé ça, ça, ça n'a pas marché », donc le médecin somaticien va dire « bah oui ils ont tout tenté, ça ne marche pas, on va le récupérer ». Alors que le psychiatre n'a pas les compétences pour mettre en place des actions pour soigner le patient dans le service et faire en sorte qu'il y reste. Mais bien sûr, moi, les somaticiens dans le service... Alors les infirmiers ne sont pas contents, hein. Parce que ça crée une surcharge de travail pour faire les prises de sang, les surveillances, les évaluations somatiques. Les infirmiers, ça rouspète, hein, parce que ça crée une charge de travail. Mais tant pis, enfin ça a une vraie plus-value dans la prise en charge du patient, bien sûr.

Y.M : Vous m'avez parlé de l'organisation aux urgences, pour vous est-ce que c'est satisfaisant, le fait qu'il y ai d'abord une désomatisation... ?

R.O : Alors, c'était... Moi, j'ai connu ça pendant vingt-quatre ans, encore une fois. Et effectivement, la prise en charge des patients aux urgences était catastrophique, super. Des patients en général, mais surtout de psychiatrie. Je veux dire on attachait les gens pour rien, pour un défaut de surveillance. Il faut quand même savoir qu'avant, sous prétexte que le patient arrivait en placement sous contrainte, peu importe son état clinique, il était contenu. Sur un brancard, au milieu du couloir. Tout ça parce que... Moi, je peux entendre, un patient sous contrainte, qui avaient fugué, qui s'étaient retrouvés, qui était monté au sommet d'une grue et qui s'était défenestré de la grue. Il n'était pas... mais bon il était mal en point. Donc à partir de là, les soignants ont dit : « clac, toutes les contraintes » et après il y a une question de responsabilité, aussi, donc on peut entendre. Donc non, la prise en charge des patients de psychiatrie au PU, pendant vingt-quatre ans, elle a été la lamentable. Mais ce n'est pas lié aux collègues du PU, attention, je ne jette pas la pierre aux gens du PU. C'est l'organisation qui faisait que. Et nous, on est responsable aussi, ce n'est pas les somaticiens, on est tous responsables de ça. Parce qu'ils faisaient le maximum

mais avec les moyens qu'ils avaient. Et quand vous avez deux infirmières pour trente patients, des AVC, des arrêts cardiaques et un patient psychiatrique au milieu, forcément on ne peut pas surveiller le patient psychiatrique qui a un risque suicidaire, ce n'est pas possible. Donc moi c'est pour ça, je suis super content de ce projet de l'UAP, l'IOA, je que c'est une vraie plus-value qu'on va apporter au patient en bas.

Y.M : Vous n'avez pas de crainte ? Par exemple que ça sépare encore...

R.O : Non.

*[Le téléphone sonne, il prend l'appel]*

Y.M : Qu'est-ce que vous pensez que ça va apporter, l'UAP et l'IOA ?

R.O : Ce que je vais dire, c'est terrible, mais ça va apporter chacun chez soi. Et avec les patients adaptés dans chacun des services. C'est à dire que nous on aura des patients de psychiatrie, on sait s'en occuper, et eux ils vont rester avec leurs patients de somatique dont ils savent très bien s'occuper. Voilà. Et il y aura beaucoup moins d'interactions. Enfin je veux dire, le maillage il est quasi parfait. Le patient il arrive, il va être vu par l'IOA de somatique, qui va évaluer si c'est un problème somatique ou un problème psy ; si c'est un problème psy il va l'adresser à l'IOA de psychiatrie qui lui va dire « on garde » ou « on ne garde pas » ; si on garde c'est pas on le renvoie côté UF ou côté UG, c'est on le renvoie à l'UAP, auprès d'autres professionnels de psychiatrie qui vont savoir s'occuper de ce de ce patient, plus de contention ou très peu parce qu'il sera isolé dans une chambre dans un endroit contenant. C'est top.

Y.M : Et dans le cas où un patient arrive avec un problème psychiatrique décompensé mais simultanément un problème somatique, par exemple qu'il est tombé...

R.O : ça, ça va être le job de l'IOA de somatique, d'évaluer en première intention ce qui prime. Est-ce qu'il est tombé, il a une jambe cassée, là il ira côté UF, UG, au bloc, et nous on le verra après. Où est ce qu'il a juste une plaie et sa plaie sera traitée à l'UAP quand on le gardera. Ça, ça va être le boulot des somaticiens en première intention, pas à nous. Première intention, c'est les somaticiens qui vont devoir déterminer si ce qui prime c'est la prise en charge psychiatrique ou somatique.

Y.M : Et donc dans le cas où il y a une prise en charge somatique à faire, un médecin somaticien pourra aller le voir... ?

R.O : Tout dépend ce qu'il prime. Mais c'est comme les gens qui sont en somatiques, qui décompensent une problématique psychiatrique. Qu'est ce qui prime ? Est-ce que ce qui prime c'est que le patient soit pris en charge dans un service de somatique ? Et nous on mettra les moyens, on peut aller jusqu'à une surveillance infirmière tous les jours, un passage, donner les traitements, enfin voilà on peut aller jusqu'à mettre un peu des moyens

pour qu'il. Ou est-ce que finalement, le somatique c'est un peu plus léger, dans ce cas il part en psychiatrie et c'est la somatique, les gens de somatique, qui viennent faire les pansements, qui viennent faire quelques gestes techniques chez nous. Vous voyez ? Et ce qui prime c'est la détermination de ce qui est aigu chez le patient ? Qu'est ce qui est le plus aigu chez le patient ?

Y.M : Pour l'instant c'est un peu le cas, les patients sont orientés vers une prise en charge psychiatrique ou somatique par l'IOA Vous pensez que ce tri est fait de façon satisfaisante ? Est-ce qu'il n'y a pas des situations où un patient a quelque chose d'assez grave d'un point de vue somatique, mais que comme le patient est connu de la psy, il est orienté en psychiatrie sans plus de questions ?

R.O : À Saint Étienne, comme partout. La médecine, ce n'est pas une situation... Ce n'est pas cartésien, on peut passer à côté, on peut se tromper, on connaît tous la surcharge de travail, les sous-effectifs, les conditions de travail, enfin tout. Moi je ne leur jette pas la pierre, demain ça peut m'arriver, ou ils peuvent ne pas voir une embolie que je suis en train de faire, ou... mais ça, il ne faut pas que l'arbre cache la forêt non plus. Enfin je pense que 99,99% des situations sont bien gérées, sauf que les médias parlent que du 0, 01% qui ne va pas. Donc il ne faut pas que l'arbre cache la forêt, derrière l'arbre qui va cacher la forêt, il y a une forêt où les gens sont bien pris en charge. De manière globale.

Y.M : Je ne dis pas que les IOA font mal leur travail, c'est plutôt de demander si vous pensez que à partir du moment où un patient est étiqueté psy, on prête peut-être moins attention au reste de ses symptômes.

R.O : Oui, oui, clairement, bien sûr. Vous avez raison bien sûr. Et puis il y a des exemples à la pelle comme ça. Des patients de psychiatrie, leurs symptômes de psy sont tellement prégnants qu'on passe à côté de problématiques somatiques. Mais c'est humain, encore une fois, la médecine ce n'est pas cartésien, enfin ce n'est pas... Ce n'est pas simple, on peut passer à côté de diagnostics vitaux.

Y.M : Est-ce qu'il pourrait y avoir quelque chose qui est de l'ordre d'une perception différente de la folie ?

R.O : Il faudrait que cet échange vous l'ayez avec des collègues du PU pour voir leur perception à eux.

Y.M : Vous, dans le cadre de votre travail, avec qui êtes-vous en relation, des médecins psychiatres, des IDE de psychiatrie, d'autres professionnels ?

R.O : Une IPA, Marion, depuis deux ans et demi, maintenant, c'est chouette, en plus on s'entend bien avec Marion. C'est plutôt chouette. Une secrétaire, un cadre Sup, un directeur. L'environnement habituel d'un professionnel de santé.

Y.M : Comment est-ce que vous qualifieriez par exemple vos relations avec les médecins ou avec les membres d'administration ?

R.O : Moi, j'ai de bonnes relations avec les gens., alors bon, il n'y a pas aucun de problème, avec mon directeur on s'est déjà engueulés une fois ou deux, il tient les cordons de la bourse, et moi j'ai envie qu'il les desserre un peu. Mais bon, après, moi, j'entends les contraintes de chacun et... Non, moi j'ai des bonnes relations avec les gens. Et avec les médecins, aussi avec les médecins, chacun a sa place, moi je pense que je suis à la mienne. La chance que j'ai c'est que ça fait vingt-cinq ans que je suis sur le circuit, que je connais bien les gens, que les ai connus internes, et je pense qu'ils ont confiance en moi. Je m'entends très bien avec ma cheffe de service, Catherine Massoubre, donc j'ai son appui, donc les gens savent aussi que j'ai son appui, donc ça les force quelque part, même s'ils ne peuvent pas me blairer à avoir une bonne relation avec moi [*il rit*]. Non mais globalement, j'ai une bonne relation avec les gens.

Y.M : Qui est-ce qui vous oriente des patients ? Des médecins du somatique ?

R.O : Nous, on va les voir dans le cadre de la liaison, on va dans les services pour les voir.

Y.M : Et ça se passe bien ce lien, vous trouvez que vous êtes sollicité de façon pertinente ?

R.O : Alors moi, la liaison... vous savez, j'ai beaucoup de missions, j'ai huit missions en tout, je vous ai parlé de quatre, mais j'en ai quatre à côté. Donc j'ai beaucoup de missions, et la liaison c'est une des missions... La chance que j'ai, c'est d'avoir des supers équipes, souvent les cadres ont des mistigris dans leurs équipes, moi je n'en ai pas. Je n'ai que des gens chouettes. Ah j'ai de la chance, mais vraiment, hein. J'ai que des gens chouettes qui ont envie de bosser, qui sont sympas, qui sont bienveillants avec moi, bienveillants entre eux... Moi je suis très heureux en fait, je ne suis pas... Quand j'entends parler des collègues... Enfin je pense qu'ils doivent se tirer des balles. Moi je suis heureux, je n'ai pas de souci particulier à part mon travail quotidien. Surcharge de travail, peut-être parce que j'ai beaucoup de missions et c'est compliqué. C'est compliqué à assumer, intellectuellement c'est compliqué. Plus on vieillit plus c'est difficile en plus. Et puis en termes de gestion du temps aussi, parce qu'il faut être partout à la fois. Et puis j'ai des missions qui sont prenantes, le 3114, la CUMP aussi.

*[Le téléphone sonne, il prend l'appel]*

R.O : Oui, du coup la liaison, c'est une des missions que je délaisse un peu, quoi, parce que je peux compter sur l'équipe, ils font le job, et ça roule sans que j'y mette trop mon nez.

Y.M : Est-ce que vous pensez que les patients dont vous vous occupez, les patients psychiatriques, il y a un regard différent qui est porté sur eux ?

R.O : Alors, avec Marion, ma collègue IPA, là, on travaille, on essaie, on va beaucoup à l'extérieur. Le 3114, ça vous parle évidemment, donc on va... Le 3114 ce n'est pas que de la réponse téléphonique pour les centres répondeurs. C'est aussi du réseautage. Donc avec Marion, on va beaucoup à l'extérieur, sur les six départements, pour parler du 3114 et parler de la psychiatrie en général. Vigilans, Papageno, enfin, tout ce qui se fait en psychiatrie aujourd'hui au niveau national et transversal. Et on essaie beaucoup de travailler sur la déstigmatisation. Et ça c'est important. Parce que... Alors, quand on parle de problématiques psychotiques, c'est un peu plus compliqué, mais nous on parle quand même plus de problématiques dépressives et suicidaires... Je ne sais plus, ça, c'est la partie de Marion, mais je crois que sur quatre personnes qu'on est-il y en a une qui fera une dépression un jour. Donc voilà, ça, ça déstigmatise quand même aussi le milieu de la pathologie mentale.

Y.M : Vous pensez que les gens ont peur des patients psychiatriques ?

R.O : ça dépend de quoi on parle aussi. Vous savez, la psychiatrie c'est quand même, il faut cliver un petit peu le côté psychotique avec des gens qui sont plus en phase avec la réalité, et le côté plus névrotique, déprimé, où les gens restent aux prises avec la réalité. Donc quand on parle des gens qui sont dans la réalité, ce n'est pas forcément de la peur. Quand effectivement des gens qui ne sont plus pris avec la réalité, oui je pense que ça peut faire peur. Oui, oui. Oui, quand je parle de stigmatisation, je parle de ça.

Y.M : Pour revenir sur quelque chose que vous avez évoqué, l'isolement-contention : est-ce que vous avez une opinion personnelle à ce sujet ?

R.O : Ah oui. Moi j'ai une opinion très claire sur le sujet. Moi je suis très en colère sur le courant d'aujourd'hui, alors je sais que ce n'est pas bien ce que je vais dire, mais je l'assume bien volontiers. Je me suis engueulé avec pas mal de gens là-dessus, d'ailleurs, à cause de ça. Moi pendant vingt ans, on a attaché des gens pour les aider, pour les soigner. À aucun moment ça n'a été pour les sadiser ou pour les maltraiter, ça a toujours été pour les soigner ou pour les aider. Quand le patient, on le contient, dans la seconde qui suit, quand on quitte sa chambre, la question de la décontention doit se poser, bien sûr, on ne doit pas s'en satisfaire, ce n'est pas satisfaisant. Mais c'est un moment donné la seule solution qu'on a pour mettre en sécurité un patient, nous mettre en sécurité nous, et le soigner. Alors c'est peut-être du chinois ce que je vais vous dire, mais quand on parle de dysmorphophobie, des gens qui ont cette sensation que leurs membres... moi j'ai vu des gens sourire, des gens qui étaient tendus, figés, délirants, j'ai vu des gens de mes yeux se détendre, une fois qu'ils étaient contenus. Parce que la contention, ça rassemble. Quand le patient est contenu, ça le rassemble. D'une minute à l'autre, il se met à reprendre possession de ses

extrémités, quoi. Il faut le voir parce que je vous parle chinois, là, il faut le voir pour le croire quoi. On parle de pathologies psychotiques. Donc moi je suis contre-courant et je pense que c'est une grosse erreur que le courant d'aujourd'hui de vouloir ne plus contenir les gens. Non ça ne marche pas. Vous savez, je me dis, j'ai été cadre dix-neuf des urgences psychiatriques. On a fait, je pense, on a mis du sens dans notre travail pendant seize ans. Avec une équipe qui tournait peu, j'avais un, deux départs par an, ce qui est la règle. Les gens étaient contents de venir travailler le matin, je n'avais pas de souci. Et puis le CGLPL est passé un jour, la première fois qu'ils sont venus. Il y a eu un article dans Le Monde... Moi, je les ai vus dans mon service le CGLPL. Ils ont maltraité les gens qu'ils ont vu. Ils les ont maltraités. Quand vous restez une heure en entretien avec un patient qui est complètement délirant et que vous alimentez son délire, moi je suis désolé, ça s'appelle de la maltraitance, je n'appelle pas ça autrement. Et ils ont mis le service à feu et à sang. Et dans l'année qui a suivi, j'avais la moitié de mon équipe qui voulait partir. Parce qu'on prenait des coups, on ne pouvait plus contenir nos patients, on ne pouvait plus les soigner, on ne mettait plus de sens sur le travail qu'on faisait auprès d'eux. La moitié de l'équipe est partie et moi j'ai mis trois ans pour partir derrière, parce que je voulais quand même trouver un poste qui m'intéressait avant de partir. Mais voilà. Non, non, moi je suis un fervent défenseur de la maltraitance des patients. Parce que c'est comme ça qu'on le dit aujourd'hui, hein ? Contenir, c'est de la maltraitance, donc je suis un fervent défenseur de la maltraitance des patients. Non, j'exagère mais la contention c'est de la bienveillance de patients.

Y.M : Pour vous, elle a un rôle thérapeutique ?

R.O : Elle a un rôle thérapeutique. De sécurité et thérapeutique. Mais par contre, mais par contre je le répète, quand un patient est contenu, quand on est sorti de la chambre, à la seconde où on sort de la chambre, on doit se poser la question de sa décontenance. On ne se satisfait pas de ça, ce n'est pas satisfaisant. Mais c'est à un moment donné, la seule solution qu'on avait pour l'aider.

Y.M : Et en ce qui concerne l'hospitalisation, êtes-vous de l'avis qu'il faut hospitaliser le moins possible ? Et que pensez-vous de la réhabilitation psycho-sociale... ?

R.O : Oui, je pense que ça pour le coup ça fonctionne. Et puis les molécules aussi. La chimiothérapie a fait quand même des progrès, on n'en est plus à l'époque de l'Haldol, le Nozinan, avec ces patients qui bavaient dans les couloirs, et qu'à part gérer un peu le symptôme on ne faisait pas grand-chose. Aujourd'hui, on a quand même des antipsychotiques qui sont aidants pour les patients, et qui permettent aussi cette réhabilitation plus rapidement. Mais de la même manière que je vous dis que quand un

patient est contenu, il faut tendre le plus vite possible vers la décontention, quand un patient est hospitalisé, il faut tendre le plus vite possible vers un retour à la vraie vie. Clairement. On ne peut pas se satisfaire de garder un patient à l'asile comme on le faisait il y a quelques années. Et puis ça fonctionne parce que, globalement, on a de moins en moins de lits. On voit bien quand même, enfin je trouve que sur le CHU, c'est un bel exemple. On voit bien comment les initiatives depuis dix ans commencent à porter leurs fruits. Moi quand j'étais aux urgences psy il y a dix ans de ça, on avait régulièrement quinze patients en bas sur des brancards à prendre. Aujourd'hui on a ouvert le CICAH, on a ouvert le psy15, avec le psy15, on a réduit de moitié les hospits, même des deux tiers, les hospits en psychiatrie quand les gens appelaient au 15. Avec notre consultation de crise, on diminue aussi les hospits, il y a les équipes mobiles... Sur chaque secteur, il y a une équipe mobile... Oui, ça pour le coup ça a du sens et c'est des équipes qui permettent de maintenir les patients à domicile sans qu'ils soient hospitalisés. Et ça marche, parce qu'on n'a pas diminué la problématique psychiatrique, le monde va de plus en plus mal, la société va très mal, mais n'empêche qu'il y a beaucoup moins de patients en attente aux urgences aujourd'hui qu'il y en avait avant et malgré tout on a fermé des lits. Donc c'est bien quand même que les alternatives ambulatoires, elles fonctionnent.

Fin de l'entretien



MONOT	Ysé	2024
<b>Directeur d'hôpital</b> <b>2023-2024</b>		
<b>Un corps sain ou un esprit sain ?</b> <b>L'influence de la perception de la psychiatrie et des relations interprofessionnelles dans la prise en charge interdisciplinaire du patient psychiatrique aux urgences.</b>		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : EHESP		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Les services d'accueil des urgences sont des lieux de dispensation de soin, mais également de tri et d'orientation des patients. Parmi ceux-ci, les patients psychiatriques y sont identifiés comme tels, et sont examinés afin d'écarter toute origine somatique de leurs symptômes.</p> <p>L'observation de cette « désomatisation » permet de mettre en lumière la force de l'étiquette « psychiatrique » et l'influence qu'elle exerce sur les professionnels du soin somatique dans leur prise en charge de ces patients.</p> <p>Cette prise en charge est également le théâtre des relations entre urgentistes et psychiatres. La perception de la psychiatrie par les professionnels du somatique a un impact sur le soin apporté au patient.</p> <p>Le CHU de Saint-Etienne est à l'heure de l'écriture de ce travail en cours de mise en place d'une prise en charge différenciée aux urgences pour les patients psychiatriques, organisée autour de l'unité d'attente psychiatrique (UAP). La différenciation des filières invite à une réflexion quant à l'équilibre entre spécialisation et polyvalence.</p>		
<p><b>Mots clés :</b>  Psychiatrie, urgences, relations interdisciplinaires, stigmatisation, spécialisation, valeur sociale du patient</p>		

***L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.***