

Les urgences psychiatriques : Phénomène spécifique Psychiatric emergencies : specific phenomenon

Henri Grivois

Volume 9, numéro 1, juin 1984

Pratique analytique et psychose

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030216ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030216ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Grivois, H. (1984). Les urgences psychiatriques : Phénomène spécifique. *Santé mentale au Québec*, 9(1), 126–132. <https://doi.org/10.7202/030216ar>

Résumé de l'article

En fonction de données nouvelles : crise, chômage, pénurie de la santé, développement et autonomisation des professions parapsychiatriques, désinstitutionnalisation, extension mal définie du champ de la psychiatrie, la pratique psychiatrique des urgences fournit un remarquable point d'observation, dans la mesure où elle est située à un carrefour. La réponse, le lieu même de cette réponse aux demandes de soins urgents, ses liens avec la médecine et avec la société posent des questions majeures. Les motifs essentiels d'assurer des soins à l'urgence en psychiatrie demeurent le raccourcissement des pathologies, la prise en charge précoce, la diminution des erreurs de diagnostic, l'enseignement de la psychiatrie en milieu médical. Ces affirmations aussi évidentes qu'elles puissent paraître, méritent de faire l'objet d'évaluations, de recherches épidémiologiques et démographiques. Partant de problèmes nouveaux posés par la crise économique et face à la situation de la médecine et de la psychiatrie, l'auteur décrit deux situations critiques concernant l'organisation actuelle des soins aux urgences : la saturation des unités transitoires et l'articulation entre les spécialités. Il ne s'agit pas de remettre en cause un système de soins qui par ailleurs paraît remarquablement bien adapté aux données locales, mais à partir de faits précis, d'amener des éléments concrets dans le débat sur l'urgence psychiatrique qui a tôt fait de dériver vers des considérations humanitaires et idéologiques.

Les urgences psychiatriques : Phénomène spécifique

*Henri Grivois**

En fonction de données nouvelles : crise, chômage, pénurie de la santé, développement et autonomisation des professions parapsychiatriques, désinstitutionnalisation, extension mal définie du champ de la psychiatrie, la pratique psychiatrique des urgences fournit un remarquable point d'observation, dans la mesure où elle est située à un carrefour. La réponse, le lieu même de cette réponse aux demandes de soins urgents, ses liens avec la médecine et avec la société posent des questions majeures.

Les motifs essentiels d'assurer des soins à l'urgence en psychiatrie demeurent le raccourcissement des pathologies, la prise en charge précoce, la diminution des erreurs de diagnostic, l'enseignement de la psychiatrie en milieu médical.

Ces affirmations aussi évidentes qu'elles puissent paraître, méritent de faire l'objet d'évaluations, de recherches épidémiologiques et démographiques.

Partant de problèmes nouveaux posés par la crise économique et face à la situation de la médecine et de la psychiatrie, l'auteur décrit deux situations critiques concernant l'organisation actuelle des soins aux urgences : la saturation des unités transitoires et l'articulation entre les spécialités.

Il ne s'agit pas de remettre en cause un système de soins qui par ailleurs paraît remarquablement bien adapté aux données locales, mais à partir de faits précis, d'amener des éléments concrets dans le débat sur l'urgence psychiatrique qui a tôt fait de dériver vers des considérations humanitaires et idéologiques.

Combien d'années faut-il au visiteur pour absorber et comprendre un pays qui n'est pas le sien? Répondre en terme de génération est se condamner au silence et refuser implicitement toute approche descriptive de la réalité. On peut dire cela à propos de la médecine, d'une spécialité mais aussi d'un hôpital et d'une équipe médicale.

Aura-t-on jamais ainsi le pourquoi, le comment du partage des activités et des soins? Arrivera-t-on à départager les domaines culturels, psychologiques ou conjoncturels? Saura-t-on juger des potentialités, des limites, des espoirs?

Entre médecins, le silence risque de masquer la vérification mutuelle et ritualisée des paroles de Candide «tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes», tout au moins hic et nunc. Ethnocentrisme rassurant, il y a peu à apprendre ailleurs, rien qui vaille l'effort de se déplacer ni même d'écouter.

N'est-ce pas cependant utile parfois de parler?

CRISE ÉCONOMIQUE ET PSYCHIATRIE D'URGENCE

Quels sont les motifs principaux d'assurer des soins psychiatriques à l'urgence générale?

- Prise en charge précoce et ambulatoire.
- Raccourcissement de la durée des pathologies.
- Enseignement clinique de la psychiatrie en milieu médical
- Diminution des erreurs d'orientation.

Aussi évidentes qu'elles puissent paraître, ces affirmations méritent de faire l'objet d'évaluations épidémiologiques et démographiques dans une perspective nouvelle.

*

Il y a quelques années en effet, le problème des urgences psychiatriques pouvait se poser dans l'absolu, c'est-à-dire à partir des faits psychopathologiques, sans tenir compte de l'environnement économique-politique.

Cette impasse n'est plus possible. Entrés comme le reste de la population dans une période de crise, les médecins ont appris à penser leur pratique en terme d'économie; beaucoup d'entre eux avaient pu y échapper jusqu'alors. Crise économique, chute

* L'auteur est psychiatre. Il est responsable de l'urgence psychiatrique à l'Hôtel-Dieu de Paris. Durant deux ans, il a travaillé à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et à l'Hôpital L.-H.-Lafontaine.

de l'emploi, évaluation des coûts et contrôle informatisé des activités, font désormais partie du contexte quotidien de la pratique médicale et psychiatrique.

*

Le système médical hospitalier est basé sur un courant qui porte le malade, de soins urgents en institutions thérapeutiques et d'institutions en lieu de réadaptation le cas échéant à plus long terme. Ce courant, plus ou moins lent selon les cas et les spécialités, s'accélère et se gonfle quand augmente le nombre des usagers, afin d'éviter des «embouteillages» et des «bouchons».

La psychiatrie d'urgence se veut une activité de soins mais également de prévention. Jusqu'alors, mais surtout depuis les années 60, il s'agissait d'intervenir de plus en plus tôt, dans un but humanitaire certes mais aussi pour éviter le passage à des pathologies plus lourdes. Déploiement et accélération du système devaient permettre à tout patient de trouver sa place. Lits d'hôpitaux, foyers ou ressources originales, postes médicaux et paramédicaux devaient assurer l'écoulement d'une cohorte de malades recueillis de plus en plus en amont, c'est-à-dire au plus près de l'émergence de leurs troubles fussent-ils mineurs ou de leur demande fut-elle encore informulée.

Ce système est tombé en panne. Dans beaucoup de pays il est bloqué par le jeu des réductions de crédits. Le flot des usagers n'a cependant pas diminué. Bien au contraire, auto-entretenu par son inertie propre, il reste alimenté par le discours rassurant des professionnels sur la psychiatrie. La crise économique et le chômage agissent dans le même sens et sont devenus de grands pourvoyeurs de recrutement.

La présence d'un psychiatre en un lieu de soins consacré aux urgences générales implique autre chose que l'écoute, l'échange de mots ou de médicaments. Tout un système de soins doit pouvoir être branché en aval sur l'entretien initial. Faute de quoi le psychiatre bricole, vend sa marchandise, c'est-à-dire lui-même, sans «service après vente», dépanneur volant et somme toute peu concerné.

N'y a-t-il donc pas désormais et pour une durée indéterminée, une certaine discordance voire une certaine malhonnêteté à être présent en amont lorsqu'en aval les capacités d'accueil et de prise en charge diminuent ou tout au moins n'augmentent

plus? La psychiatrie d'urgence reste une activité de soins mais une partie de son rôle de prévention est ainsi en passe de s'éteindre. Les urgences psychiatriques peuvent même à l'inverse devenir une activité de dissuasion auprès des usagers potentiels, moyen parmi d'autres de ralentir la lourde machine psychiatrique saturée.

Dans la frénésie de consommation des fameuses années d'après-guerre souvent dénommées les «30 glorieuses» le psychiatre prenait en charge, sans hésiter, un certain nombre de détresses qu'on lui attribuait alors qu'elles se définissaient en termes psychosociaux, aux confins de la psychopathologie.

Nous pressentons certes que ces interventions trop précoces, trop intensives, trop sociales, par des équipes psychiatriques assurant des soins gratuits risquaient de peser lourd sur les budgets et de déresponsabiliser les patients, les familles et les médecins. Sans préconiser un retour brutal à une sorte d'autorégulation des situations individuelles de crises, abandonnées alors à la loi de la jungle, il est désormais inévitable de poser autrement le problème du cadre de nos interventions.

Il a toujours été nécessaire de se fixer des limites et celles de la psychopathologie officielle paraissent trop rigides. Mais, sous prétexte de prophylaxie mentale on risque d'attirer à soi une foule de gens et de situations n'ayant plus avec la psychiatrie ou même avec l'hôpital, fut-il général, que des liens assez flous. En période de récession ou de blocage des budgets et des postes, l'enflure du recrutement psychosocial implique nécessairement un certain abandon d'autres pathologies plus graves, plus chroniques, moins gratifiantes.

La psychiatrie s'est enrichie d'un vaste réseau : services sociaux, infirmières, rééducateurs, psychologues, psychothérapeutes en tout genre qui, outre leur autonomie, revendiquent une part du marché potentiel de soins et d'aide aux divers malaises existentiels amplifiés par la crise et le chômage. Devrions-nous leur confier voire leur «abandonner» un certain nombre de situations pathologiques au nom d'une économie de la santé? Les lignes de frontières resteront toujours floues ici aussi. Il s'agit cependant d'une question fort importante.

La psychiatrie en cette fin du XX^e siècle, grâce à ses techniques de soins mais aussi dans le cadre d'un vaste mouvement de libération irréversible que l'on retrouve à tous les échelons de la vie sociale,

famille, école, milieu professionnel, justice... a participé à l'accélération de la rotation des malades. En considérant périmé tout un système de soins et en condamnant l'institution de base qu'était l'asile, les psychiatres en ont limité à l'extrême l'utilisation par le malade. Dans le cadre d'une société qui se rapprochait du plein emploi au cours des années 60 et au début des années 70, ces initiatives avaient une signification que venait renforcer la mise en place d'une psychiatrie dite communautaire. Cette psychiatrie a même prétendu fonctionner sans asile, sans point fixe. On préfère fouetter le malade comme un vieux cheval récalcitrant ou paresseux et lui faire reprendre la route en dépit des obstacles. Ce parti pris de retour à la vie normale quoiqu'il en coûte au malade, s'est avéré très rentable aux yeux des responsables économiques de la santé qui ne se le sont pas fait dire deux fois. Cela a accéléré le déclenchement de situations de crises chez des sujets particulièrement démunis, isolés et fragiles. Des institutions dites d'urgence créées à la hâte assurent une solution improvisée à ces crises dans des conditions hospitalières lamentables dont nous allons parler.

Ce changement de cap témoigne d'une vision généreuse mais idéalisée et un peu naïve de la maladie mentale. Cet optimisme aux arrières-pensées économiques à peine dissimulées, comporte une négation et peut-être un refus de l'existence d'affections psychiatriques prolongées et durables. Moins d'hypocrisie et plus de réalisme dans cet accord inattendu de gérants du budget de la santé et de psychiatres rousseauistes n'aurait-il pas été préférable?

La psychiatrie et plus particulièrement la psychiatrie des états aigus a été profondément marquée par tous ces faits. Résumons-les : crise, chômage et pénurie de la santé, développement et autonomisation des professions paramédicales constituent les aspects les plus récents de ces changements. Désinstitutionnalisation et extension du champ de la psychiatrie sont plus anciennes et contemporaines d'années économiquement plus fastes.

Il n'est pas étonnant que les urgences soient devenues un carrefour des situations psychiatriques aiguës et chroniques et constituent à ce titre un remarquable point d'observation, véritable mirador de la psychiatrie. Recrutement, réponse aux demandes les plus variées, lien avec la médecine, la

police, la justice et en fin de compte la société, se règlent là, de façon concrète.

À quoi servirait une prise de conscience des problèmes nouveaux posés par l'environnement socio-économique si elle ne devait rester, en fin de compte, qu'une simple démarche spéculative? Passons donc aux faits, c'est-à-dire aux conséquences immédiates les plus criantes de cette situation pour les malades et les psychiatres :

- la saturation des unités transitoires;
- l'articulation entre les spécialités.

*

DEUX SITUATIONS CRITIQUES

Qu'il me soit permis de parler avec franchise de quelques situations observées et vécues au cours d'une pratique hospitalière des urgences dans un hôpital général.

1. Les unités transitoires

Un choc : les urgences!

J'en avais entendu parler. Des malades aigus hospitalisés dans des couloirs cela peut se concevoir. Cela ne devait pas déborder le cadre d'un hôpital, on trouverait bientôt la solution!

Et bien non! À l'Hôtel-Dieu, à Notre-Dame et d'autres hôpitaux de Montréal, quelle ne fut pas ma stupeur de retrouver une situation suffisamment répandue, sinon généralisée pour ne plus étonner ni les médecins ni les psychiatres.

Ce qu'on lit dans les yeux des gens qui contemplent les ravages causés sur leur propres biens par une inondation ou un tremblement de terre, je le retrouvais dans les yeux de ces malades couchés ou assis sur de hautes civières, étroites et peu stables. Certains en raison de leur état de conscience devaient y être attachés. D'autres, immobiles, accablés, fixant le sol, devaient penser qu'il valait mieux pour leur «gueule» se tenir tranquilles s'ils voulaient que cela se passe bien pour eux. Cette résignation me rappelait celle des grandes foules autour des hôpitaux iraniens lors d'épidémies de choléra ou de fièvre typhoïde. Gandhi serait-il passé par là pour donner aux soignants comme aux patients des leçons de non-violence?

Devant le caractère «normal» de cette situation, pour les participants, familles, malades, médecins,

infirmières, et leur étonnement par contre devant mon ébahissement, je me suis posé d'abord la question d'une sorte de capacité à accepter les situations catastrophiques.

Je n'ignore pas les raisons d'une telle situation. Depuis plus d'un an, je me les fais répéter souvent. Je dois encore en ignorer quelques-unes liées à la tradition, à l'histoire, à la culture, etc.

Cette promiscuité des pathologies aiguës liée à un entassement des malades en des lieux dont ils débordent de toute part, serait-elle pensable ailleurs? Est-ce résignation ou sens de la vie collective? Même malade, on admettrait qu'il faut savoir supporter quelque temps le voisin qui empiète sur votre territoire. Alors bravo!

Mais comment un pays bien placé dans le cadre des nations consommatrices, peut-il être amené à traiter ainsi ses propres usagers? Comment ceux-ci peuvent-ils le supporter apparemment sans révolte?

La situation n'a cependant pas toujours été identique. On a le sentiment que l'urgence a été sacrifiée. Reste à savoir si la victime, en bon bouc émissaire jouera son rôle salvateur, à long terme. Si le confort des médecins et l'équilibre des budgets imposent une telle situation, peut-on admettre que ce phénomène, après un temps, comme le chômage, doit disparaître?

Les malades ne s'en trouvent pas plus mal soignés. Les plus urgentes des urgences sont assurées et la qualité des soins continuant de progresser la mortalité n'a pas dû évoluer dans le même sens que l'inconfort. Il n'est donc pas nécessaire de dramatiser. Je l'admets. Voire...

Cette situation ne risque-t-elle pas de faire réapparaître ou d'accentuer chez des soignants sans formation psychiatrique, mal préparés à cette double tâche, un sentiment d'intolérance envers la pathologie mentale? Conséquence : de petites unités de soins psychiatriques s'isolent et se reconstituent de façon insensible, par la mise à l'écart des patients. Chassez l'asile il revient au galop! Dans cet isolement né de l'intolérance du corps médical et de l'administration, des psychiatres retrouvent, entre eux, avec leur équipe et leurs malades, le confort de travailler derrière et à l'abri des murs, fussent-ils symboliques.

Inexorablement au coeur de ces urgences médicales et sociales, la psychiatrie est reléguée en un espace qui se referme, qu'il soit au centre ou à la

périphérie, selon le principe d'extraterritorialité jadis réservé à l'hôpital psychiatrique. Serait-ce là le prix de leur fermeture? Sournois mais implacable l'hôpital psychiatrique renaît là, sous nos yeux ayant perdu dans l'aventure sa fonction traditionnelle et noble de lieu, de terre d'asile. Il a fermé ses portes, certes, mais tout le poids en a été transféré sur les familles, sur les unités d'urgence, sur les malades eux-mêmes.

Cette évolution était prévisible. Elle est liée au déroulement même du fait psychiatrique trop radicalement nié par certains psychiatres.

La situation des urgences psychiatriques en France n'est pas fondamentalement plus brillante. Sur la route des soins, le «bouchon» est situé plus loin, plus en aval, plus près de l'hôpital psychiatrique, il est donc plus secret, plus confortable aussi pour tous, soignants et soignés.

Ni les chimiothérapies ni les psychothérapies n'empêchent certains malades d'être placés au pied du mur, aux frontières de la mort sociale. Non que l'ultime alternative ne devienne, en une vision pessimiste, la chronicité à l'hôpital ou la mort. Mais notre rôle ne devient-il pas parfois, de choisir à leur place, et en leur retirant cette dernière parcelle de liberté, d'imposer les critères d'un type obligatoire de guérison, à prendre ou à laisser. Cette guérison-là, nécessaire au bon ordre des équilibres budgétaires serait-elle dès lors suffisante pour les psychiatres?

2. Accueil des urgences psychiatriques

Dix-huit (18) heures aux urgences d'un hôpital général. Une femme de 30 ans est allongée sur une civière. Elle a des antécédents psychiatriques, probablement paranoïdes. Un médecin appelé au domicile par les parents, l'accompagne. Son entourage a parlé de troubles du comportement, elle s'enferme dans sa chambre, ne sort plus de chez elle depuis plusieurs mois. Le médecin déclare qu'il ne lui a rien trouvé d'organique. Elle est donc étiquetée psychiatrique. Elle verra le médecin de garde dans la soirée et le psychiatre demain. Le généraliste, sa mission de transport remplie, quitte l'hôpital.

Le hasard veut qu'un psychiatre passe par là, au delà des heures qui sont les siennes. Pourquoi ne verrait-il pas la patiente? On le lui demande. Il s'exécute. Il constate alors que cette femme, très anxieuse, présente outre une obésité importante,

des difficultés respiratoires manifestes. L'entretien avec elle est forcément bref d'autant plus qu'elle est haletante et légèrement obnubilée.

La réaction du psychiatre est simple. Après avoir échangé quelques mots avec la patiente, sa conviction médicale est suffisante pour ne rien prescrire qui, tout en calmant l'angoisse, risquerait d'aggraver la condition respiratoire et les troubles de la conscience. Le réconfort qu'il peut apporter à la malade lui paraît secondaire par rapport à la détresse qu'il juge d'origine organique. Il demande à ce que la malade soit vue par le médecin de garde.

Mais la patiente est entrée dans le protocole inexorable, emballée dans la cellophane aux couleurs de la psychiatrie. Que signifie ce zèle médical du psychiatre? N'interprète-t-il pas la réalité? Le médecin de garde est à son repas du soir. On ne le dérangera pas. Quand il arrive plus tard vers 20 heures c'est sur appel, secondaire à une aggravation brutale. Les gestes réanimatoires habituels ne parviennent pas à sauver la malade.

Terrible fatalité de la folie à l'hôpital général. Vous pouvez à la rigueur y être accueilli comme fou, mais si vous êtes marqué de ce sceau, gardez-vous de vous y faire soigner, vous risquez d'y mourir sans avoir vu le médecin.

La phrase du premier praticien : «je n'ai rien entendu», aura scellé l'immuable trajectoire. Il n'y avait dès lors plus rien d'autre à percevoir. Ce thorax d'obèse bloqué sans doute et déjà noyé, était tout juste bon à proclamer son «innocence» dans un souffle : «dépêchez-vous, occupez-vous de moi, c'est physique». On ne l'écoutait plus c'était psychiatrique. Les mots simples et vrais avaient un autre sens, qu'un autre psychiatre décoderait, interpréterait, autrement... plus tard.

Des responsables? Tout au long de cette histoire chacun remplit son rôle, il n'y a pas de faute majeure, tout au plus une série de maladresses techniques de retard, toutes compréhensibles, sinon justifiables. L'autopsie n'a pas tranché en faveur d'une pathologie précise et la question de savoir si la mort aurait pu être évitée restera sans réponse. Il n'en reste pas moins que le médecin n'a pas pu, même tenté, de soulager les derniers instants de cette femme.

L'inverse peut survenir. Il arrive qu'un pseudo-coma hystérique soit pris au sérieux ou soumis aux premières agressions d'un protocole d'assistance

respiratoire. (Intubation, cathéter...). C'est peut-être comique mais... c'est moins cauchemardesque.

La cause d'un tel drame? Elle réside avant tout dans l'implacable organisation, la parfaite et rationnelle compartimentation des soins. La mise sur orbite psychiatrique est dès lors un destin programmé comme l'est celui d'un insecte, une fatalité tragique, que seule la mort peut interrompre, comme dans le théâtre grec.

L'important dans un service d'urgence, qu'il soit médical, psychiatrique ou autre, n'a jamais été de formuler un diagnostic brillant mais d'abord d'éviter une évolution fatale.

L'accueil des urgences psychiatriques, en dehors du phénomène de rejet accentué par le débordement des urgences, devrait assurer aux patients une garantie de sécurité organique. Cela dépend en grande partie de l'intégration du psychiatre dans l'équipe hospitalière.

L'intégration du psychiatre à une équipe d'urgences polyvalente reste toujours problématique. Si les lieux de soins ne se superposent pas exactement, le fait de travailler dans le même hôpital ne résoud pas le problème.

Quand une séparation existe soit entre les soignants, soit entre les malades, il suffit d'un pavillon à l'écart, d'un étage à monter, voire d'une largeur de couloir, pour amorcer un ghetto. Il n'est pas nécessaire pour cela de partir à des kilomètres.

*

LA PSYCHIATRIE D'URGENCE : UN PHÉNOMÈNE SPÉCIFIQUE

La psychiatrie d'urgence est réfractaire à toute rationalisation. Tout excès d'organisation comporte en ce domaine une méconnaissance profonde voire une négation du phénomène.

Première constatation, le malade mental «circule» toujours dans le même sens, de la police à la médecine puis à la psychiatrie. Il est difficile de remonter cette pente ou de changer de trajectoire. Dans la mesure où l'urgence psychiatrique s'éloigne de la médecine, comment peut-elle y revenir? Dans une unité d'urgence psychiatrique démedicalisée, il sera difficile d'obtenir une glycémie, une numération ou une radio du crâne dans un délai habituel. Cette demande paraît incongrue. L'intervention initiale,

médicale ou autre, décide du circuit. Quand ce circuit est psychiatrique, c'est souvent un rejet et ce rejet a tôt fait d'être aussi administratif que médical. Il n'est pas sans risque pour les malades comme nous l'avons vu.

Deuxième constatation, le psychiatre devrait être aux urgences, comme le chirurgien ou le médecin, et non attendre à une distance respectueuse qu'on l'appelle ou qu'on lui adresse des patients blanchis, souvent trop vite, de tout soupçon d'organicité.

Troisième constatation, le retrait relatif des psychiatres par rapport à la médecine est un reflet de leur âge. Plus le temps passe en psychiatrie, plus on s'éloigne de la médecine et de ses collègues plus jeunes qui, en général, assument les urgences. Cette attitude assez répandue dans toute spécialité est plus fréquente en psychiatrie, n'entrons-nous pas «en» psychiatrie en tournant le dos à la médecine?

*

On devrait certes tempérer ces faits par l'exposé de d'autres faits permettant de bien marquer des points très positifs et plus fondamentaux peut-être : civisme, sens du collectif, discipline, respect des règlements, sérieux dans le travail, acceptation du contrôle et transparence des activités professionnelles, absence de préjugés et de parasitage idéologique. Le pragmatisme en sort vainqueur, malmenant les doctrines ou les contournant.

Ce genre de comparaison faisant alterner louange et critique, ne manque pas d'intérêt. Tel n'est pas ici notre but mais plutôt simplement de contribuer à mettre en évidence une contradiction en levant quelques malentendus.

D'un côté des malades soumis à une promiscuité extrême dans des unités transitoires surchargées, de l'autre des médecins «rangés», sagement dans des spécialités aux limites et aux protocoles de soins rigoureux. Face aux médecins à formation psychiatrique de bonne qualité, des psychiatres qui sont médecins : cela devrait suffire, or que se passe-t-il? Ils s'ignorent et dialoguent peu à l'urgence. Les échanges directs seraient-ils inutiles?

Entre le désordre des unités transitoires et la spécialisation ritualisée du corps médical hospitalier, le malade risque de se perdre; l'important est qu'il ne perde pas la vie. À ce titre le malade organique «pur» reste privilégié et ne subira qu'un inconfort

passager. Pour beaucoup de malades mentaux aux pathologies incertaines ou mixtes, le désordre de l'espace saturé des unités transitoires face à l'ordre immuable du temps des médecins, va entraîner une discontinuité, et un retard des soins médicaux.

Tout participe à faire passer au plus vite les malades, du désordre initial de leur état critique à un ordre artificiel, calqué sur le bon ordre médical (chacun sur sa file comme à la douane). Cette louable intention fait courir un risque aux malades de psychiatrie, d'autant plus qu'elle n'a de réalité que pour les médecins.

Le personnel infirmier en première ligne, peu préparé à cette double approche et moins protégé que les médecins, est soumis à des tensions et à des modifications de rythme permanentes. Dans cette situation il est naturel de privilégier l'organique aux dépens du psychologique ou du psychiatrique, plus ou moins rejeté comme n'ayant pas sa place, en un lieu destiné avant tout à lutter contre la souffrance physique et la mort.

Le danger pour nos malades est de se voir situés puis fixés dans l'un ou l'autre domaine, le corps ou l'esprit, sans retour possible. C'est une vieille dichotomie d'essence mystique. Il n'y a pas de pur discours de la folie pas plus qu'il y en a de la santé, de la maladie ou de la normalité.

L'hôpital général où convergent toutes les détresses, est un lieu sans équivalent grâce à sa haute technicité. Le seul souhait que nous puissions formuler est qu'un dialogue s'institue au-dessus des barrières des spécialités pour que médecins et psychiatres restent des agents doubles des urgences et rendent à l'homme son unité.

Plus spécifiquement le psychiatre peut rendre sa dignité d'homme aussi bien au malade mental en le reconnaissant comme tel qu'au malade organique momentanément débordé par l'angoisse.

L'état d'encombrement actuel des unités transitoires et l'accident plus particulier que j'ai pu observer dans ma pratique sont liés tous deux à un moment évolutif de la médecine hospitalière et des rapports entre la psychiatrie, la médecine et l'économie de la santé. Ils sont suffisamment graves et significatifs pour permettre l'ouverture d'un débat sur les urgences psychiatriques, et une évolution des solutions qui lui sont momentanément apportées.

*

Après 15 ans de pratique et de réflexion sur ce sujet, je reste persuadé que le premier lieu de l'urgence psychiatrique, sans être le seul, reste l'hôpital général : la sécurité organique y est assurée en priorité. Ce principe ne saurait souffrir d'exception.

Aussi contradictoire que puisse apparaître cette affirmation dans le contexte précis de certaines situations psychosociales (voire médicales comme celle de l'accident relatée plus haut) l'hôpital général remplit sa mission dans la majorité des urgences psychiatriques. Carrefour des détresses les plus variées, lieu de soins neutre, il n'est pas marqué du sceau de l'aliénation mentale. La parole y garde son poids de réalité avant d'être interprétée, déformée, parfois mutilée.

C'est notre rôle à nous, psychiatres, projetés là dans l'urgence, hors de nos institutions rassurantes, de rétablir le sens exact des mots. Sans nous laisser enfermer dans le labyrinthe morcelant des spécialités médicales, nous pouvons dépasser la cou-

pure imposée par la science positiviste du XIX^e siècle, entre corps et esprit.

SUMMARY

In as much as it is situated at a crossroads, emergency psychiatric practice provides a remarkable observation point in relation to a number of new facts: the recession, unemployment, the lack of health, the growth and development of the autonomy of the para-psychiatric professions, deinstitutionalization, the poorly-defined extension of the field of psychiatry. The response, even the site of this response, to demands for urgent service, its ties to medicine and to society, represent major questions. The essential reasons for providing emergency psychiatric care remain the curtailment of pathology, the early assumption of care, the reduction of errors in diagnosis and the teaching of psychiatry in the medical milieu. Although seemingly evident, these affirmations deserve to be evaluated, to be the subject of epidemiological and demographic research. Beginning with the new problems posed by the economic recession, and in the face of the situation of medicine and psychiatry, the author describes two critical situations concerning the current organization of emergency care: the saturation of transitory units and the connections between the specialties.