



FACETTES DE LA PSYCHIATRIE D'URGENCE

La psychiatrie d'urgence revêt une grande importance pour les patients. Elle présente néanmoins un défi central : son financement.

> Page 02



FAITS ET CHIFFRES

Dans le monde, plus de 1.5 mia de personnes souffrent d'une maladie psychique. L'étude du bureau BASS atteste pourtant à la Suisse des lacunes de prise en charge en psychiatrie d'urgence.

> Page 04



RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE D'ALAIN DI GALLO

«Gestion psychiatrique d'enfants et d'adolescents dans les services d'urgences»

> Page 04



DANS LA SALLE D'URGENCE PSYCHIATRIQUE

LA PSYCHIATRIE EN MODE DE CRISE



Les situations d'urgence psychiatriques sont complexes et exigent un diagnostic et une thérapie immédiats. Dans ce domaine, les crises comme l'actuelle pandémie de coronavirus, ont leur dynamique propre. Mais leur financement est en situation délicate rendant nécessaire un débat politique et sociétal sur la psychiatrie d'urgence.

Qu'est-ce qui fait la particularité de la psychiatrie d'urgence selon vous en tant que président de la SSPP et co-président de la SSPPEA ?

Alain Di Gallo : Lors d'une urgence psychiatrique, il s'agit d'évaluer et de désamorcer le risque aigu. Comme nous savons que les enfants présentent fréquemment des symptômes révélateurs de problèmes systémiques, nous travaillons souvent dans un setting pluridisciplinaire en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et nous impliquons toujours l'entourage familial.

Pierre Vallon : Les urgences psychiatriques ont pendant longtemps presque toujours été associées à la contrainte et aux unités fermées, utilisées pour séparer les personnes souffrantes de leur entourage. Le passage à des institutions psychiatriques ouvertes et à la psychiatrie sociale entraîna un changement de paradigme dans le domaine. Là où les patients étaient auparavant contraints à participer, aujourd'hui ils coopèrent. Nous, psychiatres, agissons plus par notre présence et moins au moyen de médicaments. Une équipe d'urgence, pluridisciplinaire dans sa composition, fait aujourd'hui face à des défis différents. Pour autant, patients, proches et soignants vivent toujours les urgences psychiatriques comme des situations extraordinairement marquantes.

La pandémie du coronavirus est l'une des plus importantes situations d'exception de notre temps. Comment influence-t-elle les domaines des urgences psychiatriques ?

Alain Di Gallo : Rétrospectivement, il s'avère que nous étions avant tout confrontés à la mise en œuvre des concepts de sécurité et aux préparatifs d'un possible traitement hospitalier de malades psychiques infectés par le coronavirus. Heureusement, l'afflux massif de patients ne s'est pas produit. Au contraire : le recours aux soins a provisoirement diminué, particulièrement en ambulatoire. Entretemps la situation s'est normalisée. Aussi n'avons-nous pas eu plus d'urgences pendant la crise aiguë. Cela ne doit pas nous rassurer trop rapidement. Les mois passés ont amené d'énormes pressions psychosociales que nous ressentons dans notre travail.

Pierre Vallon : En psychiatrie de l'adulte, les patients les plus gravement atteints étaient pour tous les gens souvent étonnamment stables et coopérants. Que des symptômes d'angoisse touchent désormais toute la population semble avoir contribué à cette stabilité. Soudainement, il n'y avait plus aucun endroit sûr au monde. C'est pour les résidents des établissements médico-sociaux et pour les personnes gravement malades que la situation était la plus difficile ainsi que pour leurs familles, dont ils se sont trouvés séparés. Certaines sont décédées sans la présence de leurs proches. Le deuil sera difficile à faire dans ces cas.

La patientèle durant la vague pandémique se distinguait-elle des cas d'urgence habituels ?

Pierre Vallon : Nous, les psychiatres, étions davantage occupés par des angoisses touchant le quotidien que par les urgences psychiatriques habituelles. Les hotlines mises sur pied notamment dans les cantons de Vaud et de Bâle n'ont malgré cela été peu utilisées. Cela tient probablement au fait que les angoisses sont souvent plutôt dissimulées ceux qui en souffrent.

Alain Di Gallo : J'avais l'impression que le fait d'être «les uns sur les autres» et l'absence d'une compensation extérieure lors des loisirs, à l'école et au travail ont mené à des aggravations au sein de quelques familles. Mais je reste prudent quant à conclure immédiatement à un accroissement significatif sur la base de ces observations. Les situations d'urgence liées à la phobie scolaire ou au stress à l'école ont néanmoins nettement reculé. Pour autant, les problèmes ont été plutôt reportés qu'ils n'ont disparu. Preuve en l'augmentation des demandes en juin survenues depuis lors.

Comment a réagi le Comité de la FMPP à la pandémie ?

Alain Di Gallo : Nous avons immédiatement constitué une Task Force comptant peu de personnes afin de pouvoir agir de façon agile et rapide. L'objectif de la taskforce était d'informer nos membres au plus près et en permanence au sujet de tous les thèmes en lien avec notre travail sur la base des orientations et des recommandations politiques du moment. Deux aspects étaient centraux : la sécurité des patients et des thérapeutes, ainsi que les questions pratiques, techniques et économiques de notre quotidien professionnel.

Pierre Vallon : Nous nous sommes préoccupés de ce que nous avions encore le droit de faire ou non en tant que psychiatres et de savoir comment nos

traitements seraient payés. Pour nous, psychiatres, il était important de faire savoir que nos cabinets restaient ouverts pour offrir des traitements en face à face ou par télé-médecine. La pandémie a énormément fait progresser la télé-médecine. Même les psychiatres plus âgés comme moi «zooment» maintenant sans problème.

La pandémie a-t-elle généré une augmentation des urgences psychiatriques ?

Alain Di Gallo : Des études de pandémies ou de crises passées établissent que les dépressions, le taux de suicide et les violences domestiques augmentent. L'insécurité quant au déroulement de la propagation du virus ainsi que les sombres pronostics économiques représentent une détresse existentielle pour tous.

Pierre Vallon : Les discussions touchent à notre dignité humaine. En outre nous nous posons des questions générales sur la vie. À quoi s'ajoute la circulation de théories du complot. C'est pourquoi en tant que psychiatres nous suivons très attentivement les événements en cours – en particulier aussi une éventuelle augmentation des urgences.

Nombreux sont les psychiatres à déplorer le financement insuffisant de la psychiatrie d'urgence...

Alain Di Gallo : La psychiatrie d'urgence demande beaucoup de personnel. Elle est également chère à cause des prestations de base fixes. En fonction de la situation d'urgence, un patient de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent nécessite une intervention systémique dépassant les prestations rémunérées par le TARMED. Le tarif ambulatoire ne couvre pas ses coûts. Subséquemment, certains cantons participent au financement des urgences institutionnelles par les prestations d'utilité publique. Or ces prestations subissent une pression politique accrue.

... et le nouveau tarif ?

Pierre Vallon : Dans le nouveau tarif, la psychiatrie est mieux rémunérée, mais les limitations de temps demeurent. Je pense néanmoins que le financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) pourrait amener une solution. Par ailleurs, en comparaison avec la somatique, la psychiatrie d'urgence n'est pas plus chère.

Alain Di Gallo : Selon moi, TARDOC ne permettra pas non plus aux structures pédopsychiatriques ambulatoires de proposer leur prise en charge d'urgence en couvrant leurs coûts.

AVANT-PROPOS DU PRÉSIDENT

Service d'urgence psychiatrique

La réponse à l'urgence diffère beaucoup suivant la discipline médicale concernée. Prenons l'exemple classique de l'urgence chirurgicale : l'abdomen aigu. Ce tableau clinique, souvent dramatique, nécessite une investigation urgente clinique et paraclinique, impliquant également des moyens techniques (ultrasonographie, examen radiologique, IRM) qui permettra de poser ou non un diagnostic et l'indication d'un traitement. Une intervention chirurgicale, effectuée en urgence, est souvent la réponse la mieux appropriée. Mais y a-t-il une différence entre l'équipe thérapeutique chargée de cette réponse à l'urgence et celle qui opérera un autre patient de façon programmée ? A part certains patients polytraumatisés lors d'un accident, la composition de l'équipe chirurgicale ne variera pas dans l'une ou l'autre situation.

En psychiatrie, la réponse à l'urgence n'implique pas de moyens techniques sophistiqués. Elle demande plus de temps que le traitement habituel et surtout l'engagement de davantage de personnel. En cas d'agitation ou de manifestations auto- ou hétéroagressives, la police peut parfois être appelée en renfort. Qu'elle s'effectue au domicile du patient ou à l'hôpital, l'intervention psychiatrique en cas d'urgence est clairement plus coûteuse que le traitement ambulatoire ou hospitalier usuel. Le renforcement dans la loi de la protection des droits des patient(e)s, qu'ils soient enfants ou adultes, augmente le temps nécessaire au traitement de l'urgence psychiatrique.

Pour le service de garde psychiatrique, plus de ressources sont nécessaires. Lorsqu'une ou un psychiatre va seul visiter le patient à domicile, ce n'est pas sans une certaine appréhension ; l'exercice peut s'avérer désagréable, voire dangereux. Une équipe multidisciplinaire de deux ou trois personnes, avec le renfort éventuel de la police, peut s'avérer la solution adéquate. Mais comment ces moyens supplémentaires vont-ils être financés. Si le tarif ambulatoire comprend des positions de crise, permettant de facturer les interventions urgentes, comment seront honorées les prestations d'une équipe volante ? Voilà les questions qui devront nous occuper à l'avenir, pour répondre aux besoins de la population.

Votre Pierre Vallon,
Président FMPP
et Président SSPP



Aperçu des urgences psychiatriques

Parmi les urgences psychiatriques les plus fréquentes on compte les intoxications, les états d'excitation et la suicidalité avec danger pour soi ou autrui.

Indications d'urgence absolue

- Tentative de suicide
- Plans ou préparatifs concrets de suicide
- État d'excitation extrême
- Agressivité / violence
- Intentions concrètes de donner la mort à autrui
- Intoxication grave
- Delirium

Indications d'urgence relative

- Confusion
- Syndromes de sevrage sans delirium
- Idées suicidaires sans plan concret
- Angoisse et panique
- Réaction aiguë au stress



FACETTES ET DÉFIS DE LA PSYCHIATRIE D'URGENCE

MÊME SI DÉFINIR UNE URGENCE PSYCHIATRIQUE RELÈVE DÉJÀ DU DÉFI, LA PSYCHIATRIE D'URGENCE REVÊT UNE GRANDE IMPORTANCE POUR LA BIOGRAPHIE MÉDICALE DES PATIENTS COMME POUR LES DOMAINES DE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE AMBULATOIRE ET STATIONNAIRE.

« LES PSYCHIATRES BIEN FORMÉS SONT LES MIEUX À PRENDRE LES DÉCISIONS DE PLACEMENT À DES FINS D'ASSISTANCE. »

Au sein du comité de la ZGPP (Société Zurichoise de psychiatrie et de psychothérapie), Hanna Steinmann a dirigé la réorganisation des services d'urgences psychiatriques cantonales à Zurich. Elle appelle de ses vœux une anonymisation accrue et des indemnités de permanence.

Le canton de Zurich ne disposait pas d'un service d'urgences psychiatriques à grande échelle, il y a quelques années encore. Comment s'organisent aujourd'hui dans le canton de Zurich ?

Le canton de Zurich dispose d'un service de permanence centralisé pour les urgences psychiatriques. Ce dernier est disponible jusqu'à 21 heures du lundi au samedi et jusqu'à 18 heures le dimanche. Par ailleurs, les psychiatres établis fournissent conjointement avec les psychiatres et les SOS-médecins, un service d'urgence. Dans le canton de Zurich, tous les médecins sont astreints au service de permanence jusqu'à la cessation de leur activité. À défaut, ils doivent verser une taxe d'exemption à hauteur de 2.5% du revenu soumis à l'AVS ou 5000 francs au maximum.

Quelles sont les tâches principales des urgences psychiatriques ambulatoires ?

États d'excitation, psychoses, suicidalité, lourds troubles de stress et crises psychosociales comptent parmi les urgences typiques. Dans le cadre du service de proximité, il s'agit la plupart du temps de déterminer la nécessité ou non d'un placement à des fins d'assistance (PLAFA), ce que 50% des cas exigent. Le service de permanence peut aussi prendre la forme de consultations téléphoniques. En cette étrange « période de Corona », ce service est particulièrement utile.

Pourquoi faut-il une ou un psychiatre d'urgence ?

Seuls des psychiatres d'urgence sont à même de prendre des décisions de PLAFA fondées. Pour les urgences restantes, nous proposons un soutien plus solide grâce à notre savoir de médecins spécialistes. La psychiatrie d'urgence nécessite d'appréhender rapidement la situation et d'agir ensuite de manière réfléchie, mais rapide. Il faut avoir le courage d'agir également parfois de manière directive et déterminée.

À la lumière de votre expérience, où se situent les défis ?

Au début de mon activité aux urgences psychiatriques, j'étais oppressée à l'idée de me rendre seule, de nuit, dans le quartier de la Langstrasse, chez une personne totalement inconnue. J'ai perdu cette peur, car dans les situations peu claires j'emmenais la police. Aujourd'hui, je vois cela comme un travail varié et utile. Il comporte pourtant des éléments difficiles : placer quelqu'un contre sa volonté n'est en effet pas une décision simple. Certains psychiatres éprouvent des difficultés à cet égard alors que d'autres craignent la vengeance d'un patient hospitalisé contre son gré. Dans ce cas, il serait très utile que nous puissions intervenir de manière plus « anonyme », sans devoir faire état de l'adresse de notre cabinet sur le formulaire PLAFA et sur la facture. Je suis aujourd'hui convaincue que les psychiatres qui sont de permanence à titre volontaire et fréquent, prennent de meilleures décisions de PLAFA parce qu'ils sont plus expérimentés. Mais la perte de revenu est un problème. En effet, nous effectuons ce service au nom de l'État et en supportons nous-mêmes les coûts. Pour mettre en place un service d'urgence vingt-quatre heures sur vingt-quatre avec des bénévoles, il doit être rentable. Or le nombre d'urgences est trop faible à cet égard. Il s'agirait ici de débattre des indemnités de permanence.



Née en Suède, ayant grandi en Suisse, **Hanna Steinmann** est médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie dans son propre cabinet. Depuis 2015, elle est membre du comité de la ZGPP.

DES BÉNÉFICES D'UNE MÉDECINE D'URGENCE SPÉCIALISÉE

En Suisse, les soins d'urgence en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent atteignent leurs limites. Saint-Gall veut emprunter une nouvelle voie par le biais d'une unité de crise et le développement du service de permanence.

L'intervention de crise est un élément important de la prise en charge psychiatrique. Les besoins en la matière croissent de façon exponentielle – tant chez les adultes que chez les enfants et les adolescents. Les responsables sont donc poussés à adapter leur offre en conséquence – à l'instar du canton de Saint-Gall. C'est pourquoi, Suzanne Erb, Médecin-chef des services psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent y a contribué au développement de l'idée d'une équipe d'urgence spécialisée. « Alors que pendant de nombreuses années nous avons traité les urgences psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent dans le cadre des consultations ordinaires, cela n'est tout simplement plus réalisable aujourd'hui avec près de 500 interventions de crise par an », explique-t-elle. Selon Suzanne Erb les raisons de la nécessité d'un changement de système sont complexes : « Nos secteurs ambulatoires ont aujourd'hui dépassé leurs capacités. La responsabilité en incombe à l'économisation du système de santé ainsi qu'à la pénurie de collègues établis et à la hausse générale du nombre de patients ». Les seuls services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Saint-Gall affichent une croissance de 2000 à 3200 cas entre 2008 et 2018.

Les interventions de crise mobilisent des ressources en temps et en personnel

Lors d'urgences psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent, il est généralement question d'une mise en danger de soi ou d'autrui, d'une exacerbation en cours de traitement ou d'une décompensation d'un patient. Suzanne Erb explique qu'en tant que psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, elle évalue alors la situation, établit un diagnostic, estime la mise en danger, engage les mesures de soins ou de protection, et, si besoin est, fait hospitaliser des patients. « Une intervention de crise dans cette catégorie d'âge comporte l'implication des parents ou de l'entourage et peut prendre jusqu'à six heures ». D'évidence les cas urgents qui sont insérés dans des consultations déjà complètes entraînent des conséquences pour d'autres patients. Ces rendez-vous prennent du retard ou sont déplacés. « Cela déconcerte nos patients réguliers par des conséquences négatives », souligne la directrice médicale. Les spécialistes aussi souffrent de cette situation : « si nous avons des patients qui nous attendent dans le même temps, nous ne pouvons pas nous consacrer au patient de la même manière ». Le vécu du patient est décisif lors de sa première rencontre avec la psychiatrie : « plus nous pouvons gérer une intervention de crise avec soin, plus son efficacité sera grande pour le pronostic du patient. »

Unité de crise et développement du service de permanence

« Si nous faisons correctement les choses, les soins d'urgence spécialisés économisent d'énormes ressources et ont une grande utilité », dit Suzanne Erb. Saint-Gall s'est maintenant attelé au problème : suite à un état des lieux des soins psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent réalisé par le département de la santé à Saint-Gall des lacunes se sont avérées dans le domaine de la prise en charge d'urgence et de crise. « C'est pourquoi nous avons proposé de former une unité de crise et d'urgence spécialisée qui en cas de crise est en mesure de conseiller les enfants, les adolescents, les proches, les enseignants ou les directions d'institutions avec les ressources en temps nécessaires » explique Suzanne Erb. Dans une première étape, le gouvernement veut créer des pourcentages de poste additionnels pour une équipe de trois personnes présente durant les heures d'ouverture. Ensuite la permanence existante doit être étendue à la prise en charge ambulatoire des urgences hors des heures d'ouverture. Le service d'urgence assuré par les médecins généralistes est ainsi soutenu et l'évaluation des urgences par des



spécialistes de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent garantie vingt-quatre heures sur vingt-quatre.



Suzanne Erb est médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent et dirige depuis 2012 les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Saint-Gall en tant que Médecin-chef.

PLACEMENT À DES FINS D'ASSISTANCE (PLAFA) : UN DÉFI MÉDICAL, ÉTHIQUE, JURIDIQUE ET POLITIQUE

En psychiatrie, comme dans toute discipline, l'urgence représente un défi particulier, surtout lorsqu'est envisagé un placement à des fins d'assistance (PLAFA).

À cet égard, deux niveaux doivent être distingués : le rôle du psychiatre (d'urgence), en particulier en regard de la qualité de la relation entre le médecin et le patient, ainsi que les cadres juridiques et politiques dans lesquels s'inscrit l'acte médical.

Rôle et perception de soi

Tout traitement psychiatrique vise à renforcer l'autonomie de la patiente ou du patient. Chaque médecin spécialisé doit apprendre à gérer la contradiction flagrante de représenter ce principe tout en ordonnant dans certaines situations une limitation marquante de l'autonomie, un PLAFA. C'est pourquoi, outre la compréhension rapide de situations complexes, un diagnostic fiable et des propositions thérapeutiques concrètes, l'intervention d'urgence psychiatrique exige en permanence également la réflexion sur des questions éthiques (les bénéfices de mon injonction sont-ils supérieurs au risque potentiel ?) ainsi que la perception de la profession (une relation thérapeutique existe-t-elle

malgré le PLAFA ? Où se situe la frontière entre les tâches médicales et policières ? Quelle est ma position face aux tâches régaliennes de la psychiatrie à l'instar du PLAFA ?).

Conditions cadres

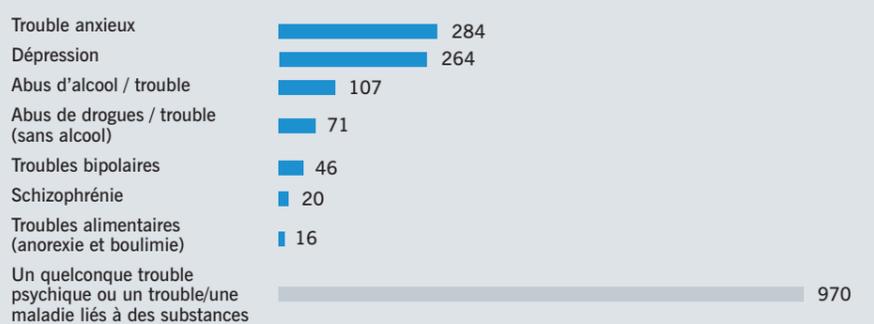
Le nouveau droit de la protection de l'enfant et de l'adulte entré en vigueur en 2013 a sans nul doute amené une harmonisation, une augmentation de la transparence et un renforcement de la sécurité juridique. Pourtant, les lois d'application cantonales édictent des prescriptions de mise en œuvre concrète qui divergent notablement : qui a la compétence PLAFA ? Tous les médecins autorisés à pratiquer ou seuls les médecins spécialisés ? Quelle est la durée maximale d'un PLAFA ordonné par un médecin (selon le canton, cette durée se situe entre quelques jours et six semaines) ? La signification du débat sociétal sur « le traitement médical sans consentement » est souvent sous-estimée. Pour autant, il est urgent que ce débat se tienne : malgré son système de santé performant, la Suisse affiche un taux de PLAFA comparativement élevé. Les données fiables permettant une analyse sur le plan national et une comparaison intercantonale sont limitées. Par conséquent, la recherche systématique empirique sur le PLAFA n'en est qu'à ses débuts. Afin de prévenir tout malentendu : on ne peut que se réjouir des progrès obtenus grâce au droit de la protection des enfants et des adultes. Pour autant, ils ne dégagent pas la psychiatrie et la société de la responsabilité de remettre constamment en question le champ des mesures coercitives – elles sont le talon d'Achille de la psychiatrie – et de progresser par l'action individuelle, la recherche et un cadre juridique et politique adapté.



Paul Hoff est médecin-chef de la Clinique de psychiatrie, psychothérapie et psychosomatique et directeur de la Clinique psychiatrique universitaire de Zurich.

TENDANCES MONDIALES

Nombre de personnes concernées au niveau mondial par des maladies psychiques sélectionnées et l'abus de substances en 2017 (en millions)



© Statista 2020

« AMÉLIORER LE STATUT DE LA MÉDECINE NARRATIVE ! »

La psychiatrie de consultation et de liaison intègre la psychiatrie et la somatique et vise des liens somatopsychiques et psychosomatiques. Selon Sebastian Euler, les questions de financement représentent ici aussi un grand défi.

Quelles sont les tâches principales de la psychiatrie de consultation et de liaison ?

Notre spécialité forme l'interface centrale entre la psychiatrie et la médecine psychosociale d'un côté et la médecine somatique de l'autre. La palette thérapeutique est variée. Nous traitons ainsi des patients avec un delirium postopératoire, d'autres avec des troubles de stress posttraumatique après de graves brûlures, des personnes après des tentatives de suicide ou aidons des patients oncologiques et cardiaques à gérer la maladie. L'implication des proches est également particulièrement importante en psychiatrie de consultation. Par ailleurs, dans le service de liaison, nos spécialistes collaborent au sein d'équipes de soins somatiques intégrés. Équipe que nous formons aussi sur les questions psychiatriques et psychosomatiques.

Comment êtes-vous structurés ?

La clinique de psychiatrie de consultation et de psychosomatique compte près de 100 collaborateurs. Elle est l'une des plus de 40 cliniques de l'Hôpital universitaire de Zurich, USZ et est intégrée à l'université par une chaire. Environ 30 spécialistes médico-psychologiques travaillent dans le seul domaine du service de consultation et de liaison. Dans ce cadre, un médecin de jour est atteignable vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour les urgences. Des médecins spécialisés sont disponibles sur place, respectivement en arrière-plan, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept.

Quelles urgences viennent chez vous ?

D'une part nous nous occupons des urgences psychiatriques dans les unités de soins de l'USZ. D'autres patients nous sont directement adressés par l'institut de médecine d'urgence. Aux urgences, nous traitons des patients avec des intentions suicidaires ou après une tentative de suicide, mais aussi des patients présentant un état d'agitation sévère. En outre, nous sommes consultés pour les urgences psychiatriques hospitalisées à l'instar de patients avec de graves troubles délirants qui peuvent notamment être très agités et irritables. Comme notre clinique ne dispose pas de sa propre unité de soins, nous adressons, si nécessaire, les patients aux cliniques psychiatriques des environs avec lesquelles une bonne collaboration existe.

De quelles compétences devez-vous disposer pour cette tâche en tant que psychiatre ?

Nos compétences professionnelles comprennent les liens somatopsychiques et psychosomatiques ainsi que leurs interactions. À cet égard, des connaissances en pharmacothérapie et en interactions pharmacologiques sont nécessaires, tout comme des compétences psychothérapeutiques. Nous sommes par ailleurs familiarisés au traitement et à la terminologie de la somatique aiguë. À quoi viennent s'ajouter des compétences personnelles comme la capacité à communiquer et à coordonner, la flexibilité et la priorisation ainsi qu'une bonne forme de clarification de la mission

Au vu des développements dans ce domaine, où voyez-vous un besoin d'amélioration ?

À l'instar de nombreux domaines, le plus grand défi réside dans les questions de financement. Notre travail en particulier n'engendre pas toujours des effets financiers immédiatement mesurables. Partant, nous sommes exposés à une pression croissante de légitimation. Toutefois, la pression financière pèse également sur les cliniques somatiques qui, dans le cadre de la rémunération forfaitaire doivent réfléchir à qui faire appel et quand. Une demande claire à l'attention de la politique et des autorités est ainsi depuis longtemps : il faut améliorer le statut de la médecine narrative.



Sebastian Euler dirige la psychiatrie de consultation et de liaison à la Clinique de psychiatrie de consultation et de psychosomatique à l'Hôpital universitaire de Zurich (USZ)



TRAUMATOLOGUE SPÉCIALISÉ

La différence essentielle avec la psychiatrie d'urgence est que le travail de care team concerne des personnes en bonne santé. Le psychotraumatologue Robert M. McShine a mis en place l'un des premiers care teams pour l'aéroport de Zurich.

Quel est le rôle du psychiatre au sein d'un care team ?

Les care teams se chargent des premiers secours psycho-sociaux auprès de personnes suite à des événements éprouvants comme des accidents graves, la brusque perte d'un proche, lors d'actes de violence ou de catastrophes naturelles. Notre travail présente des similitudes, mais dans les care teams, nous les psychiatres, ne travaillons pas en tant que psychiatres, mais comme « aidant ». En effet, les personnes concernées ne souffrent pas d'une maladie psychiatrique, mais au contraire étaient généralement psychiquement saines jusqu'à l'événement.

Qui d'autre travaille dans ces équipes ?

La plupart du temps ce sont des psychologues ou des aumôniers, mais aussi des non professionnels. En Suisse, ce sont généralement des psychologues spécialisés qui dirigent les care teams. Cela est dû au fait que pour la certification d'un care team il faut un psychologue ou un professionnel de la santé avec une formation continue complémentaire en aide psychologique d'urgence.

Et comment y êtes-vous venu ?

À la fin des années nonante, l'aéroport de Zurich a demandé à mon employeur de l'époque, le centre de psychiatrie Hard in Embrach si nous étions intéressés à mettre en place un care team pour lui. Le fait que l'organisation internationale de l'aviation civile exigeait de tels care teams des exploitants d'aéroport suite à différents accidents d'avion a été déterminant à l'époque. Je me suis chargé de cette mission. Avec des psychiatres, des psychologues, des aumôniers et des personnels soignants j'ai formé le premier care team de l'aéroport. Par la suite, nous sommes aussi intervenus lors des crashes de Crossair à Bassersdorf et Nassenwil ainsi que de Swissair à Halifax.

Entretiens voler est devenu plus sûr ...

Exactement. C'est ainsi que le care team s'est chargé de plus en plus d'interventions hors de l'aéroport, notamment pour le canton de Zurich. Aujourd'hui, l'aumônerie d'urgence du canton de Zurich (NFSZH) porte une grande partie des premiers secours psychosociaux. Elle soutient également la police lors d'annonce de décès. Des organisations privées comme Care Link existent désormais aussi.

Et que faites-vous aujourd'hui ?

Après avoir dirigé ce projet, je me suis spécialisé dans le domaine de la psychotraumatologie. Il s'agit d'une spécialité pertinente, car nous voyons qu'environ 60% des hommes et 50% des femmes sont confrontés au moins une fois dans leur vie à un traumatisme remplissant les critères de facteurs de stress d'un trouble de stress post-traumatique.



Robert M. McShine est aujourd'hui médecin-chef en offres spéciales et ambulatoire de la psychiatrie d'adulte à la Integrierten Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (IPW)

ES URGENCES PSYCHIATRIQUES DOIVENT COMPTER

La psychiatrie d'urgence fait partie de la palette de diagnostic et de traitement psychiatrique. Malgré sa grande utilité, son financement ne couvre pas les frais. C'est pourquoi la politique doit intervenir.

Les urgences psychiatriques des « Services psychiatriques universitaires de Berne (SPU) » font partie du centre universitaire d'urgences multidisciplinaire à l'Inselspital. « Un service d'urgences des psychiatres établis existe à Berne, mais nous proposons les seules urgences psychiatriques pour la ville et l'agglomération auxquelles de nombreuses personnes recourent en outre en dehors du secteur de prise en charge », dit Sebastian Walther, médecin-chef aux SPU. Sur place, la clinique universitaire psychiatrique et psychothérapeutique dispose de deux services – au centre d'intervention de crise sur le campus de l'Inselspital – pour un total de 36 lits. « La moitié des patients qui viennent aux urgences nécessite une hospitalisation. Pour les autres, nous organisons un suivi ambulatoire », ajoute-t-il.

Un large spectre d'urgences psychiatriques

Selon Sebastian Walther, les urgences psychiatriques accueillent des patients de tous âges et avec tous les problèmes imaginables : « du conflit de couple à la tentative de suicide, nous voyons de tout, le spectre dans son ensemble ». Différents clusters existeraient ainsi : « D'une part nous voyons des patients qui se mettent eux-mêmes en danger et qui sont amenés par leur entourage. » Il y aurait ensuite ceux qui lors de leur crise psychique mettent autrui en danger, poursuit-il : « ceux-ci sont souvent récalcitrants, agressifs et sont amenés par la police ». Un troisième groupe souffre de troubles de stress aigus et vient de lui-même aux urgences. « Il y a également un groupe de malades chroniques, recherchant de l'aide en urgence lors d'une aggravation », dit-il. Viennent aussi des personnes avec un problème émergent qu'ils ne peuvent régler sans accompagnement professionnel, comme un trouble anxieux par exemple. « Il s'agit rarement d'un placement à des fins d'assistance » ajoute-t-il. « La plupart des patients recherchent eux-mêmes protection et aide. » Les psychiatres d'urgence doivent rapidement décider du meilleur traitement pour ce patient en tant qu'individu dans cette situation. Les exigences de l'environnement sont alors souvent contradictoires. Sebastian Walther souligne : « nous sommes souvent critiqués, peu importe que nous options pour le placement ou le renvoi à la maison. »

La psychiatrie d'urgence ne couvre pas ses frais

Selon Sebastian Walther, le nombre croissant de patients aux urgences est un défi : « Ces dernières années, nous observons des hausses de 20% par an. » Questionné sur la raison, il répond : « D'une part, l'acceptation du traitement psychiatrique a augmenté, mais pour beaucoup, les délais d'attente pour un rendez-vous chez les psychiatres sont trop longs ». Par ailleurs, des offres d'urgence ont été supprimées. « Aujourd'hui, les urgences psychiatriques sont avant tout des prestations de base fixes des institutions », dit-il. Le financement est une grande source de mécontentement du psychiatre : « Si nous transférons un patient des urgences à Münsingen, nous devons prendre en charge les frais de transport. Or, avec 800 francs, ils sont supérieurs à ce que nous touchons des caisses maladie pour la totalité des soins d'urgence. » Le tarif actuel ne tient pas compte de l'activité vingt-quatre heures sur vingt-quatre des urgences. Il ne couvre pas les prestations de base fixes, explique-t-il : « Les collègues établis qui font un service d'urgences vivent la même chose. » Les urgences psychiatriques sont importantes et incontournables, mais elles déséquilibrent les coûts et les produits des institutions. C'est pourquoi il demande : « Pour nous tous, et pour la politique en particulier, les urgences psychiatriques doivent compter ! ».



Sebastian Walther est directeur adjoint et médecin-chef de la Clinique universitaire psychiatrique et psychothérapeutique à Berne. Il dirige les urgences psychiatriques au centre universitaire des urgences et le centre d'intervention de crise.

FORMATION POSTGRADUÉE

LA PSYCHIATRIE D'URGENCE : ÉLÉMENT IMPORTANT DE LA FORMATION POSTGRADUÉE MÉDICALE

Lors de la formation continue, des médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent sont formés en psychiatrie d'urgence.

La spécialité psychiatrie et psychothérapie porte sur le diagnostic, la thérapie, la prévention et l'étude scientifique des maladies et des troubles psychiques, psychosomatiques et psychosociaux. La psychiatrie et la psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent portent en outre sur les troubles liés au développement durant l'enfance et l'adolescence. Les programmes de formation continue de médecin spécialiste définissent le cadre pour l'obtention de ces qualifications. La psychiatrie d'urgence y occupe une place essentielle.

Stages dans des établissements de formation postgraduée dotés d'urgences psychiatriques

La formation continue de médecin spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie s'étend sur six ans, dont au moins une année doit être accomplie dans un service de soins aigus d'une psychiatrie stationnaire de catégorie A et au moins une autre année dans un service ambulatoire psychiatrique de catégorie A. Les médecins spécialistes en psychiatrie et en psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent accomplissent également six ans avec des exigences identiques. Les établissements de formation postgraduée de catégorie A doivent disposer d'un service de soins aigus ou d'un service ambulatoire avec des interventions d'urgences et des soins aigus psychiatriques.

Psychiatrie d'urgence : objectifs de formation fixés

Les objectifs de formation de la formation postgraduée médicale sont ancrés dans le catalogue des objectifs de formation. La formation postgraduée accorde une importance égale aux connaissances théoriques et aux compétences pratiques. Sont ainsi exigées des connaissances théoriques relatives au diagnostic et au traitement d'une urgence psychiatrique, à l'identification et à la gestion d'un comportement suicidaire ainsi qu'aux concepts de l'intervention de crise. Des compétences pratiques sont également nécessaires : les médecins spécialistes doivent connaître les fondements des mesures immédiates lors d'urgences somatiques et psychiatriques et pouvoir les diagnostiquer et les traiter, appliquer les concepts et l'organisation de l'intervention de crise et pouvoir initier un placement à des fins d'assistance (PLAFA).

Évaluation de ces objectifs de formation

Ces objectifs de formation sont évalués et contrôlés dans le cadre des supervisions régulières du traitement psychiatrique-psychothérapeutique intégré (TPPI) ainsi que des Mini CEX (évaluation en milieu de travail avec feedback structuré) ayant lieu quatre fois par an.

Julius Kurmann, Président CFP

Informations complémentaires : www.siwf.ch

Sur la gestion des urgences psychiatriques le psychiatre doit avoir les connaissances suivantes et des compétences (Pajonk & D'Amelio, 2008) :

- Connaissance sûre des standards de diagnostic psychopathologique
- connaissances médicales somatiques
- connaissances en matière d'intervention en cas de crise
- sûreté dans la gestion des médicaments d'urgence
- connaissances du cadre juridique
- entraînement de stratégies avec l'équipe d'intervention d'urgence
- formation en autoprotection



QUESTIONS RELATIVES AU FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE D'URGENCE

SEUL UN FINANCEMENT ADÉQUAT PEUT GARANTIR UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITÉ DES URGENCES PSYCHIATRIQUES ET PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES. LES DÉFIS SONT DIFFÉRENTS SELON QUI RÉALISE LES SOINS D'URGENCE : PSYCHIATRES ÉTABLIS OU PSYCHIATRIE INSTITUTIONNELLE.

Urgences psychiatriques ambulatoires

Sur la base de l'obligation légalement définie dans la Loi sur les professions médicales (LPMéd) relativement au service d'urgence des médecins établis, les positions d'urgences correspondantes doivent figurer au tarif fédéral ambulatoire en vigueur TARMED. En font partie, l'indemnisation des prestations de base fixes (indemnité forfaitaire de dérangement en cas d'urgence) 00.2510 et suivantes ainsi que des majorations de pourcentages selon l'heure de l'intervention (le soir/la nuit ou le weekend) et une indemnité de déplacement comme prestation additionnelle (position +02.0015 du chapitre 02). L'intervention de crise psychiatrique est facturée par la position 02.0080 du chapitre 02 qui est illimité dans le temps. L'interprétation médicale des critères d'urgence de jour (du point de vue tarifaire) est définie dans le browser TARMED.

Conclusion et problème

En principe, les prestations d'urgence des médecins établis spécialistes en psychiatrie et psychothérapie sont rémunérées selon la même logique tarifaire de TARMED que celles des spécialistes des autres disciplines médicales pratiquant en ambulatoire. Toutefois, les interventions d'urgence psychiatriques nécessitent généralement beaucoup plus de temps que les interventions d'urgence somatiques. Il n'est pas rare qu'une intervention psychiatrique prenne une à deux heures. Or les indemnités forfaitaires de dérangement en cas d'urgence ne peuvent être facturées qu'une fois par intervention. Subséquemment, nos prestations de base fixes sont plus mal rémunérées que celles des médecins urgentistes pratiquant en somatique puisque lors de leurs interventions d'urgence ceux-ci accomplissent des interventions beaucoup plus fréquentes, mais plutôt courtes.

Alexander Zimmer, Président de la Commission permanente des tarifs (CPT) de la FMPP

Psychiatrie d'urgence : institutionnelle ambulatoire ou stationnaire

Les soins d'urgence sont formulés dans le mandat de prestations du canton à l'attention des institutions. Les prestations stationnaires des institutions psychiatriques sont rémunérées par le système tarifaire Tarpsy selon une clé de répartition duale. La rémunération à la prestation d'un traitement dans Tarpsy dépend du diagnostic, de la gravité et de la durée de séjour. Les prestations de base fixes d'urgence, à l'instar d'un système de médecin de garde, y figurent indirectement et sont financées par les produits des traitements stationnaires. Les prestations non axées sur le diagnostic qui représentent les prestations de base fixes nécessaires sont proportionnellement financées par les produits de tous les traitements stationnaires. Pour une clinique psychiatrique avec un mandat cantonal de prestations et une obligation d'admission, un médecin – souvent aussi un soignant – est financé vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Les prestations pour les urgences se fondent ainsi dans les coûts de l'institution pour les soins stationnaires et – dans l'idéal – peuvent être ventilés sur les tarifs. En pratique, cela est pourtant rarement possible, ces coûts n'étant pas séparément indiqués dans les négociations avec les assureurs. Toutes les cliniques ne sont pas confrontées de la même manière au problème des soins d'urgence : les cliniques à prise en charge maximale ayant une obligation d'admission sont particulièrement touchées. Lorsqu'un patient admis en urgence n'est pas hospitalisé, mais traité en ambulatoire, ces prestations sont rémunérées via TARMED.

Conclusion et problème

Les soins d'urgence ambulatoires peuvent certes être facturés par la position intervention de crise. Toutefois, les prestations fixes de base des institutions ambulatoires ne sont pas couvertes, les institutions étant exclues dans TARMED du décompte d'une indemnité

forfaitaire de dérangement en cas d'urgence. Les cantons accordent en général aux institutions des prestations dites d'intérêt général. Il est toutefois rare que ces dernières soient définies clairement. La viabilité financière d'un service des urgences dans les institutions dépend donc des tarifs stationnaires ainsi que, pour les prestations ambulatoires, du soutien des cantons par le biais de prestations d'intérêt général. Des centres d'intervention de crise comportant un service ambulatoire et une unité

stationnaire d'intervention ont été mis en place dans différentes institutions et cantons. Au vu des présents tarifs, ces structures, très utiles du point de vue thérapeutique et de la politique des soins, ne peuvent être exploitées qu'à travers les subventions des pouvoirs publics.

Ulrich Hemmeter, représentant des institutions de la psychiatrie de l'adulte au sein de la CPT

FAITS ET CHIFFRES EN SUISSE

Données de l'étude BASS 2016 : Traitements en fonction de la spécialisation et de la configuration de l'offre

Spécialisation	Traitement	Cabinet individuel ou de groupe	Institutions ambulatoires / intermédiaires	Institutions stationnaires / mixtes
Psychiatrie et psychothérapie	Traitement psychiatrique d'urgence et intervention de crise	7%	15%	47%
Psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent	Traitement psychiatrique d'urgence et intervention de crise	6%	11%	21%

Données de l'étude BASS 2016 : Urgences psychiatriques et intervention de crise

Les sondés sont nombreux à juger insuffisante l'offre de prise en charge des urgences psychiatriques et des personnes en situation de crise nécessitant un soutien urgent, en particulier dans les régions rurales. Le manque de places et de capacités pour des soins aigus urgents est constaté dans tous les domaines de prise en charge (cabinets, services ambulatoires, centres d'intervention de crise, cliniques de jour (de soins aigus) ou encore hôpitaux et cliniques). Pour remplir leur mission, ces offres devraient être disponibles rapidement et à court terme ainsi que facile d'accès. Parmi les groupes-cibles concernés on compte notamment les personnes souffrant de maladies graves et de crises aiguës, à l'instar, par exemple, de dépressions, psychoses ou de suicidabilité.

Source : « Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz », étude réalisée à la demande de l'Office fédéral de la santé publique par le Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale, BASS, et le centre de recherches des sciences de la santé de la ZHAW.



Référence bibliographique d'Armin von Gunten :

Pourquoi les personnes d'âge avancé s'automutilent-elles ?

Dans une étude passionnante, l'équipe de recherche d'Anne P.F. Wand a analysé pourquoi des personnes de plus de 80 ans s'automutilent et quelles en sont les conséquences pour elles. Dans le cadre du protocole de l'étude, une évaluation psychiatrique structurée incluant des tests cognitifs était à chaque fois effectuée, débouchant sur un diagnostic DSM-5. Un entretien qualitatif mené par un psychiatre de la personne âgée visait ensuite les causes de l'automutilation et leurs conséquences. Comme causes de l'automutilation, les participants à l'étude évoquaient : « un trop plein » ; « la solitude » ; « la désintégration de soi » ; « être un poids » ; « le cumul d'adversité » ; « le désespoir et les souffrances interminables » ; « l'impuissance face au rejet » et « une situation intenable ». Comme conséquences de ces actes, les participants ont indiqué qu'ils s'occupent désormais de la famille ou qu'ils s'en sont distancés, mais aussi qu'ils ont vécu le rejet de la part d'experts de la santé et de nouvelles tensions dans leur entourage. L'étude démontre clairement que l'automutilation peut communiquer un besoin ne pouvant être exprimé différemment. Pour y répondre, il faut une approche centrée sur la personne, et, selon l'indication, une combinaison d'approches cliniques, médicales et psychosociales. L'implication de la famille dans le processus de compréhension de l'automutilation peut être utile.

Anne P.F. Wand et al, Why Do the Very Old Self-Harm? A Qualitative Study, Am J. Geriatrique Psychiatrie, 2018; 26:862-871

Référence bibliographique d'Alain Di Gallo :

Gestion psychiatrique d'enfants et d'adolescents dans les services d'urgence

Les services d'urgence des hôpitaux généraux ou pédiatriques sont souvent les premiers interlocuteurs pour les enfants et les adolescents agités. De telles situations peuvent entraîner stress

et danger pour les patientes, les patients, les proches et le personnel. Seize psychiatres de l'enfant et de l'adolescent des États-Unis se sont accordés sur une déclaration de consensus relative au traitement de ces patients. L'article laisse transparaitre que le processus ne fut pas simple. Les auteurs soulignent en effet aussi que les recommandations ne reposent que de façon limitée sur des faits scientifiques et essentiellement sur des connaissances d'experts. Un consensus existe toutefois quant à la nécessité d'une gestion individuelle et professionnelle ainsi que de la combinaison de mesures de désescalade non médicamenteuses et pharmacologiques. Si l'on parvient à déterminer l'origine de l'agitation, des interventions spécifiques sont possibles. Cela est particulièrement important en présence d'un delirium ou d'une catatonie. Chez les enfants avec un retard cognitif ou des troubles autistiques, les sensations physiques désagréables, p.ex. en raison de douleurs, de faim ou de constipation, peuvent être à l'origine d'escalades violentes. Les premières mesures incluent la création d'un environnement aussi dénué de stimuli que possible et sécurisant. La communication devrait se dérouler simplement, clairement et de façon concrète. La réunion avec – ou selon la constellation des relations, la séparation – des personnes de confiance contribue souvent à l'apaisement. Obtenir un consensus sur l'utilisation de certaines classes de produits médicamenteuses, voire de substances fut difficile. Le groupe s'accordait sur l'administration de la médication fondée sur l'étiologie et sur la nécessité de préférer le dosage croissant d'une substance à la polypharmaco-thérapie. Le Lorazepam et les neuroleptiques de seconde génération, comme la rispéridone, la quétiapine ou l'olanzapine ont été approuvés de tous. Aux États-Unis, la diphenhydramine est également souvent utilisée, en particulier en cas d'agitation modérée.

Gerson R. et al. (2017). Best practices for evaluation and treatment of agitated children and adolescents (BETA) in the emergency department: Consensus statement of the American Association for Emergency Psychiatry. Western Journal of Emergency Medicine, 20:409-418. DOI: 10.5811/westjem.2019.1.41344

IMPRESSUM

Rédaction

Sibille Kühnel, département communication FMPP, membre du Comité de la SSPPEA (à 1.6.2020)
 Kaspar Aebi, département communication FMPP, membre du Comité de la SSPP (à 1.3.2020)
 Martin Pfeffer, membre SSPP/SSPPEA, délégués FMPP
 Michael Kammer-Spohn, membre SSPP
 Daniele Zullino, membre SSPP
 Christoph Gitz, secrétaire général
 Jaqueline Haymoz, responsable du secrétariat
 Petra Seeburger, responsable communication FMPP (direction)

FMPP

Altenbergstrasse 29
 Case postale 686
 3000 Berne 8
 Téléphone +41 (0)31 313 88 33
 fmpp@psychiatrie.ch

Tirage : 3000
 Date de parution : 07. 2020
 Mise en page : schroederpartners.com
 Impression : Neidhart + Schön AG, Zürich

psyCHiatrie en dialogue
 Dites-nous ce que vous pensez,
 nous attendons avec impatience!
 fmpp@psychiatrie.ch