

Ende des Projektes «Ein Tag Notfalldienst ...»

Der Aufruf von Prof. Hans Stalder, dem Präsidenten der Kommission «Recherches et réalisations en médecine appliquée» (RRMA) der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), über die Erfahrungen im Notfalldienst zu berichten, ist auf ein erfreuliches Echo gestossen. Über dreissig Beiträge sind eingetroffen; die meisten davon sind in der Zwischenzeit in der Schweizerischen Ärztezeitung (SÄZ) erschienen. Aus Reaktionen von Kolleginnen und Kollegen wissen wir, dass die Beiträge jeweils mit grossem Interesse gelesen werden. Die RRMA beendet nun dieses Projekt. Die noch vorliegenden Beiträge werden in dieser und den nächsten Nummern der SÄZ veröffentlicht. Eine Analyse der eingegangenen Beiträge aus berufener Hand wird die Serie beschliessen. Die SAMW dankt an dieser Stelle den Autorinnen und Autoren der Beiträge für ihr Engagement und ihre Bereitschaft, andere an ihren Erfahrungen teilhaben zu lassen.

Fin du projet «Un jour de garde ...»

L'appel de M. le Professeur Hans Stalder, président de la commission «Recherches et réalisations en médecine appliquée» (RRMA) de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM), de rapporter les expériences faites au service médical d'urgence a eu un écho très satisfaisant. Plus de trente contributions ont été soumises; la plupart d'entre elles est déjà parue dans le Bulletin des médecins suisses (BMS) et elles sont lues avec beaucoup d'intérêt, comme nous ont communiqué un bon nombre de collègues. La RRMA a mis un terme à ce projet. Les dernières contributions seront publiées dans l'édition actuelle du BMS et les suivantes et la série sera conclue d'une analyse d'expert. L'ASSM exprime ses remerciements aux auteurs des contributions pour leur engagement et leur volonté de partager leurs expériences à autrui.

Un jour de garde en psychiatrie

P. Huynh

Depuis avril 2002, je travaille au Centre psychosocial (CPS) de Fribourg en tant que médecin-assistante en psychiatrie. Pour mon dernier stage clinique, au cours d'une formation de médecine générale, j'ai choisi de faire un stage en psychiatrie ambulatoire sur le conseil d'un interniste rencontré à un congrès à Berne. Il m'a dit qu'environ 30% des consultations à son cabinet ou chez des généralistes étaient en rapport avec des problèmes psychiques. Je me suis vite aperçue qu'il avait raison en discutant avec d'autres gens. Je vais relater ici un jour de garde en psychiatrie.

Ma garde commence à 9 h 00 le samedi 14 septembre 2002 et doit durer tout le week-end. A 9 h 00 je prends le pager de garde-bip longue distance, ainsi que le téléphone portable du CPS. Le premier appel ne tarde pas. Je reçois un appel de l'hôpital cantonal et me rends aux urgences de médecine. Je dois examiner un jeune patient, M. C. P., qui a fait un tentamen la veille. Il s'agit d'un patient dépressif depuis une année, qui a déjà été hospitalisé à l'hôpital psychia-

trique cantonal de Marsens pendant l'été et a un traitement antidépresseur. Ces derniers temps il était encore plus déprimé que d'habitude suite à une rupture sentimentale avec son amie. Hier soir, il a bu trois bouteilles de rosé, trois bouteilles de bière, et a avalé une plaquette de Dalmadorm, trois Stilnox ainsi qu'une tablette d'Imovane. Puis il a fait couler l'eau dans sa baignoire, voulant se couper les veines mais s'est endormi avant. Les voisins alertés par l'eau ont appelé la police qui a amené le patient à l'hôpital. D'après les internistes, il avait un Glasgow de 7 à 8 à l'arrivée. Maintenant il est tout à fait réveillé.

Le patient est un jeune homme de 25 ans, calme, mais nettement dépressif. Au cours de l'entretien, il me raconte le traumatisme qu'il a vécu dans sa vie. Il y a cinq ans, il a trouvé le cadavre de son père qui s'est suicidé par pendaison et l'a décroché. Ce souvenir le hante et sa dépression vient probablement de là. Il a un frère qui souffre également d'un trouble dépressif lié à cet événement tragique dans la famille et a aussi été hospitalisé à Marsens. Au moment de

Correspondance:
Dr Phi Huynh
Centre psychosocial
56, avenue Général-Guisan
CH-1700 Fribourg

l'entretien, M. C. a encore des idées suicidaires nettes. Son acte de la veille n'est pas un simple geste appellatif suite à une rupture sentimentale. Il présente tous les critères d'une dépression majeure.

Je sais que je dois l'hospitaliser à Marsens et discute avec lui. Souvent certains patients n'acceptent pas de se faire hospitaliser en milieu psychiatrique. Il faut alors les hospitaliser en privation de liberté à des fins d'assistance. J'essaie de convaincre le patient, d'autant plus qu'il a gardé de bons contacts avec un médecin-assistant de Marsens, le Dr P. Il faut à la fois faire preuve d'empathie, mais rester ferme sur le principe de l'hospitalisation. Le frère du patient, qui assiste à l'entretien, abonde dans mon sens. Le patient au bout d'une longue discussion finit par se laisser convaincre. M. C. accepte une hospitalisation volontaire en clinique psychiatrique. Dans mon for intérieur, je pousse un «ouf» de soulagement car de tels entretiens avec un patient hautement suicidaire demandent un grand investissement émotionnel. Je me dis qu'en Suisse, vu le taux élevé de suicides, on aurait besoin de campagnes de prévention et de sensibilisation. La Suisse doit être un des pays du monde avec l'un des taux les plus élevés de suicides, en particulier chez les personnes jeunes. Peut-être le reflet du mal-être d'une société occidentale riche matériellement mais pauvre affectivement? Je me rappelle en tout cas qu'au cours de ma trajectoire de médecin-assistante en Suisse, j'ai déjà perdu deux collègues, un homme et une femme, qui se sont suicidés, l'un par tentamen médicamenteux, l'autre en se coupant les artères. Tous deux étaient de beaux jeunes gens intelligents et appréciés de leur entourage. Quelle perte pour la société ... Récemment, j'ai lu dans des articles du journal local de Fribourg, La Liberté, qu'une collégienne de 18 ans s'était jetée d'un pont. Elle aussi était une belle jeune fille, aimée de ses camarades. Peut-être ne fait-on pas assez en Suisse dans le domaine de la prévention du suicide?

Cette intervention pour le tentamen m'a pris deux heures en comptant le trajet aller-retour pour aller à l'hôpital et l'écriture du rapport. La deuxième intervention se passe en début d'après-midi. Je reçois un appel sur le pager et dois me rendre au poste de police de Granges-Paccot. Cette fois, c'est à la demande d'un juge d'instruction au cours d'une enquête pénale. Le juge J. me demande d'examiner un homme, M. S. R. Celui-ci s'est rendu coupable de violences physiques sur son épouse qui s'est séparée de lui et veut divorcer. Ils avaient des difficultés conjugales depuis des années, mais lui n'accepte pas

la séparation. M. S. a donné des coups à son épouse – ce n'est pas la première fois. Cette fois-ci, elle a porté plainte d'où l'enquête pénale.

J'examine M. S. en présence d'un policier. Je demande toujours qu'un policier soit présent quand la personne examinée risque d'être violente. M. S. ne veut pas coopérer. Il s'agit d'un homme de 37 ans d'origine portugaise. Il dit qu'il en a assez d'être au poste et veut rentrer chez lui. L'impression que j'en retire est celle d'un homme irascible et impulsif, capable de pulsions violentes. Comme il ne coopère pas, je demande de pouvoir m'entretenir avec la victime. L'entretien avec Mme S. se passe dans un petit bureau, entre quatre yeux. La jeune femme porte des marques de coups sur le visage. Elle s'exprime parfaitement en français. Elle paraît déprimée. Professionnellement elle a un bon métier, est employée de bureau. Elle me dit que son mari est violent, jaloux et possessif, qu'elle ne le supporte plus, qu'elle est décidée à divorcer. Lui n'accepte pas le divorce et la harcèle. Elle n'a que trop enduré, en silence, aussi à cause des deux enfants, mais il n'y avait aucune communication entre eux depuis longtemps. Maintenant, après les coups, elle est allée faire un constat médical et a porté plainte. Elle fait partie des femmes qui ont le courage de mettre fin à une situation intenable. Toutes les victimes ne le font pas.

Je dois donner mon avis au juge par téléphone. Après avoir consulté par téléphone mon référent, le médecin-adjoint du CPS, je fais part de mon impression au juge. Le prévenu, M. S., est un homme caractériel, impulsif, capable de violence; il l'a démontré par un acte hétéro-agressif. Mais il n'est pas psychotique et n'a pas de maladie psychiatrique, au sens strict du terme. Je ne peux pas le mettre en privation de liberté à Marsens, on ne peut pas envoyer en clinique psychiatrique tous les gens colériques et violents. C'est à la justice de prendre ses responsabilités. En sortant, je discute deux minutes avec un policier. Il me dit que les interventions pour violences conjugales ou familiales ont augmenté ces dernières années.

Le troisième cas de la journée ne tarde pas. Je suis appelée au poste de police de Bulle, également pour une intervention urgente. Je mets 30 minutes en voiture pour aller de Fribourg à Bulle. J'y arrive vers 15 h 30. Je dois examiner un jeune homme, M. C. N. et c'est également au cours d'une enquête pénale. M. C. a eu une altercation avec sa mère qui avait trouvé des sachets de cannabis appartenant à son fils et ne voulait pas les lui rendre. Il l'a menacée verbalement et physiquement. La mère a porté plainte. Les policiers ont donc amené M. C. au poste.

M. C. a des antécédents psychiatriques. A Marsens, ils ont diagnostiqué récemment une schizophrénie. Quand je vois le patient, un jeune homme de 20 ans, il n'a pas de symptômes florides de la lignée psychotique, mais il est agité, agressif verbalement et ne coopère pas. Il dit qu'il n'a pas voulu faire de mal à sa mère, mais qu'il s'est emporté, car elle lui a volé ses sachets de cannabis. Il rejette la faute sur elle. Il y a chez lui un déni total de la gravité de ce qu'il a fait. Je demande à parler avec la mère au téléphone. Elle me dit que son fils lui fait peur, qu'il n'est plus comme avant; il avait été un garçon très gentil dans son enfance, puis il a commencé à fumer régulièrement du cannabis en grandes quantités à l'adolescence. Ensuite on lui a diagnostiqué cette maladie. Ces deux dernières années, il a des comportements bizarres, imprévisibles, il est devenu très agressif ces dix derniers jours. Il l'a même serrée un peu au cou puis a arrêté quand elle s'est mise à crier. Elle dit qu'il a proféré des menaces de mort à son égard. Elle dit ne plus reconnaître son fils. Elle voudrait qu'il se fasse soigner.

Je propose au patient une hospitalisation à Marsens, mais il refuse net. Il dit qu'il n'est pas malade, que tout va bien, et minimise ce qui est arrivé. Je discute le cas au téléphone avec mon référent, le psychiatre de piquet. De toute façon, j'ai besoin de son autorisation pour une hospitalisation en privation de liberté à des fins d'assistance. Nous nous décidons pour cette solution vu le diagnostic de schizophrénie, l'existence de voies de fait, de menaces et d'un risque hétéroagressif. Je me souviens d'avoir pensé, en quittant le poste de police, que le risque d'évolution vers ou d'aggravation d'une psychose chez les gros consommateurs de cannabis est souvent sous-estimé dans la population. Là-encore, une intensification des efforts de prévention chez les jeunes serait nécessaire, vu la fréquence de la consommation de cannabis dans cette population et le risque de banalisation à l'heure actuelle.

Cette intervention m'a pris du temps. Une consultation à Bulle pendant une garde prend souvent trois heures de temps, trajet aller-retour compris, pour les médecins qui n'y habitent pas. Pendant la semaine, ce sont les psychiatres du CPS de Bulle qui gèrent ces cas mais le week-end, le médecin de garde doit s'occuper de toutes les urgences du canton de Fribourg.

Le quatrième appel, transmis par la centrale téléphonique, arrive dans la soirée sur mon pager. Je dois me rendre pour la deuxième fois de la journée aux urgences de l'hôpital cantonal, de nouveau pour une tentative de suicide. Le patient, M. Y., un homme de 30 ans, est connu

de l'hôpital cantonal et de Marsens pour des tentatives de suicide à répétition et un éthylysme. Aujourd'hui, il a avalé de l'alcool – deux bouteilles de vodka – ainsi que des somnifères – des comprimés de Chloralduurat – vers midi. Il s'est également lacéré le visage. Il a été retrouvé par la police en ville alors qu'il était en train de se mutiler. Au moment de l'entretien, le patient est par moments agité, donnant parfois des coups de pied dans la chaise, par moments en larmes. Il ne montre aucune trace de somnolence malgré l'alcool et les somnifères. Il a des traces de lacérations sur le visage. Il me dit qu'il veut quitter l'hôpital pour se suicider, qu'il ne voit pas d'autre issue à ses problèmes. Il refuse catégoriquement une hospitalisation à Marsens. Même si au début il refuse de parler, peu à peu, il raconte des bribes de son histoire. L'entretien se passe en la présence d'un sympathique étudiant-stagiaire en médecine qui s'est occupé du patient. Celui-ci est un homme au passé chaotique qui a vécu d'abord en France puis dans un pays du Proche-Orient. Pendant deux ans, il aurait été enrôlé dans l'armée de ce pays et aurait été témoin d'atrocités, ce qui l'a traumatisé. Maintenant, il est apatride. Il a reçu, il y a une année, un avis d'expulsion de Suisse, sa demande d'asile ayant été rejetée. Il a perdu son travail de cuisinier à cause de cette situation, comme il n'avait plus de permis de travail. Il se trouve dans une situation de détresse totale, sans travail ni argent, et toujours sous la menace d'une expulsion. J'essaie de négocier avec lui une hospitalisation à Marsens, lui disant qu'il aurait toujours la possibilité de demander un permis humanitaire, mais le patient refuse. Je discute le cas au téléphone avec mon chef, le Dr L., et avec son accord organise l'hospitalisation en privation de liberté à Marsens. Je prends soin de l'annoncer au patient au dernier moment quand les ambulanciers sont là, de peur d'une fugue. M. Y. se laisse faire et ne s'oppose pas au transfert. Parfois dans d'autres cas, il a fallu avoir recours à la police. Impression diagnostique dans le cas de M. Y.: état dépressif sévère avec tentamen, fonctionnement borderline avec labilité émotionnelle, possible structure psychotique, dépendance à l'alcool.

Ce samedi là, je me mets au lit avec une certaine appréhension, me souvenant de certaines nuits de garde chargées pendant lesquelles je suis restée de minuit à 3–4 h 00 du matin aux urgences de l'hôpital. Mais j'ai eu de la chance, cette nuit-là, il n'y a pas eu d'autre intervention. Heureusement, car j'avais eu assez de travail. Il faut en moyenne deux heures de temps pour une intervention à Fribourg en comptant le trajet, l'entretien avec le patient, avec les proches ou

témoins, l'organisation d'une hospitalisation si nécessaire, l'attente de l'ambulance et le temps d'écrire ou dicter un rapport. J'ai eu quatre interventions pendant la journée, dont un déplacement jusqu'à Bulle. Il faut se rendre compte aussi qu'une heure de travail en psychiatrie demande beaucoup plus d'énergie émotionnelle qu'une heure en médecine somatique. Ceci explique en partie que les psychiatres ont un risque élevé de burn-out vu les pathologies qu'ils doivent soigner au quotidien.

Cette nuit-là, j'ai dormi d'un sommeil léger, comme souvent pendant les gardes, le subconscient en état de tension, m'attendant à être réveillée par le bip. Je me suis réveillée vers 7 h 00, mon heure de réveil normale, prête pour le deuxième jour de garde du week-end.

Les cas rencontrés illustrent les demandes complexes faites à la psychiatrie de nos jours: les consultations se multiplient en raison d'états anxiodépressifs et suicides en augmentation, accroissement des violences dans les familles, effet désastreux du cannabis sur l'état psychique des patients psychotiques. La justice de son côté a souvent recours à la psychiatrie pour évaluation de patients agressifs. D'ailleurs les statistiques du CPS montrent bien une explosion des consultations depuis 2001. Les chiffres de Marsens révèlent une croissance de 72% des admissions en huit ans avec augmentation des hospitalisations dans toutes les catégories, psychoses, troubles névrotiques et troubles liés à des facteurs de stress, dépressions, dépendances à l'alcool et toxicodépendances. On a l'impression d'un ma-

laise et d'un stress plus grands dans la société, d'une fragilisation croissante de la population et que plus de gens «disjonctent». Mais face à l'augmentation des cas, la pression des assureurs, pour réduire la durée d'hospitalisation, augmente. Parallèlement à cela, nous avons vu par les témoignages précédents de confrères qu'une pression des caisses-maladie s'est exercée sur les psychiatres du canton de Bâle pour réduire le nombre des consultations ambulatoires. Or, il est absolument vital de donner à la psychiatrie les moyens de faire son travail dans de bonnes conditions. Il faut espérer que les politiciens s'en rendent compte à temps. Sinon les conséquences pourraient être désastreuses, avec des personnes atteintes de troubles mentaux lâchées dans la nature. Il y aurait un risque que des tragédies comme le drame de Zoug puissent avoir lieu de nouveau. A un niveau plus banal, des patients insuffisamment soignés risquent tout simplement d'aboutir à l'AI, avec des coûts importants pour la société.

J'aimerais dire que je ne regrette pas d'avoir choisi ce stage pour terminer ma formation clinique vu l'importance de la santé mentale actuellement. J'ai beaucoup appris pour moi-même. Je remercie l'interniste qui m'a conseillé de faire un stage en psychiatrie. Je ne saurais que trop recommander à de futurs généralistes et internistes de faire au moins six mois de psychiatrie. J'espère que dans les prochaines années, une importance plus grande sera donnée à la prévention des dépendances et des maladies mentales dans une perspective de santé publique.