

Depuis 25 ans, l'Unité de crise et d'urgences psychiatriques prend en charge les personnes en souffrance psychique qui arrivent aux Urgences. Rencontre avec le Dr Gérald Deschietere, responsable de cette Unité.

CANDICE LEBLANC

BON À SAVOIR

L'équipe est disponible de 8 à 18h, du lundi au vendredi. En dehors de ces horaires, il y a toujours une garde 24h/24, assurée par un assistant en psychiatrie et une infirmière psychiatrique.

«Aux Urgences, nous gens qui ne veulent p



Le Dr Gérald Deschietere dirige l'Unité de crise et d'urgences psychiatriques.

travaillons souvent avec des as de notre aide...»

Saint-Luc Magazine : De quelles qualités faut-il faire preuve pour travailler aux «urgences psy»?

Dr Gérald Deschietere: Il faut être généreux. Les psychiatres ne soignent pas uniquement avec du savoir et des connaissances médicales. Ils soignent aussi avec ce qu'ils sont en tant que personnes. Particulièrement dans l'Unité de crise et d'urgences psychiatriques où il faut être créatif et vraiment vouloir comprendre ce qui amène le patient à consulter en urgence. Sinon, on ne tient pas le coup longtemps! Nous sommes régulièrement confrontés à des patients agités, parfois violents, et ce n'est pas facile tous les jours, surtout dans les cas impliquant des adolescents et des seniors. Une autre grande difficulté est le désir de mort de certains patients. D'autant plus quand, malgré les soins prodigués, il s'avère plus fort et que le patient met fin à ses jours...

SLM: Pourquoi votre unité différencie-t-elle les notions de «crise» et d'«urgences psychiatriques»? Quelle est la différence entre ces deux concepts?

GD: La crise correspond à des symptômes psychiques, comme une tristesse intense, une angoisse insurmontable, etc., mais ne révèle pas forcément une maladie mentale. Ces symptômes, que nous pouvons tous éprouver un jour, sont provoqués par une difficulté de vie ponctuelle: une dispute de couple, un problème familial aigu, un souci professionnel grave, etc. Les crises représentent plus de la moitié de nos interventions.

Une urgence psychiatrique correspond plutôt à ce qu'on appelle une décompensation. C'est-à-dire une maladie mentale qui n'est pas ou plus stabilisée et dont les symptômes se manifestent de façon plus intense, plus brutale. Dans tous les cas, nous sommes confrontés à des personnes

en souffrance, que nous essayons d'aider. Car outre la prise en charge immédiate, nous proposons également des consultations «post-crisis», au sein même des Urgences, dans les jours et les semaines qui suivent.



La plupart de nos patients
peuvent tout à fait s'insérer
dans la société

SLM: Aux Urgences, en quoi le patient psychiatrique est-il différent des autres patients?

GD: Dans plus d'un cas sur deux, nous travaillons avec des gens qui ne veulent pas de notre aide. Ils ont été amenés aux Urgences (par des parents, la police, etc.) contre leur gré. Soit ils ne réalisent pas ou n'admettent pas qu'ils ont besoin de soins, soit ils n'en veulent pas. Ce n'est pas comme dans d'autres domaines de la médecine où, généralement, les gens se laissent soigner. En psychiatrie, pour qu'un traitement fonctionne, il faut l'accord, l'engagement et la collaboration du patient. Or, à moins d'un danger réel ou d'une décision de justice, nous n'imposons jamais les soins, nous n'hospitalisons personne contre son gré. Mais nous essayons d'établir un lien de confiance, de négocier avec le patient afin de le convaincre de revenir nous voir en consultation.

SLM: Pourquoi a-t-on mis sur pied cette Unité?

GD: Cela s'inscrivait - et s'inscrit toujours - dans une évolution qui

a commencé dans les années 70 en Belgique: la désinstitutionnalisation de la psychiatrie. Dans certains cas, quand le patient représente un danger pour lui-même ou pour autrui, l'hospitalisation est nécessaire. Mais la plupart du temps, il peut tout à fait être soigné en ambulatoire ou par des équipes mobiles, à l'intérieur de la cité, c'est-à-dire en restant dans son milieu familial, son habitation, et non en dehors. En fonction de son état, le patient peut s'intégrer dans la société et mener une vie plus ou moins normale. À condition, bien sûr, qu'il soit régulièrement suivi et que sa maladie soit stabilisée.

SLM: Cela va à l'encontre de la vision que la plupart des gens ont de ces patients...

GD: Tout à fait. Les gens pensent, à tort, que tous nos patients représentent un danger pour la société. C'est faux! S'ils sont dangereux pour quelqu'un, c'est presque toujours pour eux-mêmes, notamment via des actes suicidaires. Et ils sont plus souvent victimes d'agressions qu'agresseurs eux-mêmes... //