

TABLE DES MATIERES

Liste des sigles	3
Remerciements	3
I. Introduction	4
II. Revue théorique	9
1.Equipe mobile de crise	9
1.1. Définitions	9
1.2. Intervention à domicile des équipes de psychiatrie	10
1.3. Place de la mobilité dans les politiques de santé aujourd’hui	10
2. Parcours de soins	12
2.1. Définition	12
2.2. Parcours de soin en psychiatrie adulte	12
2.3. Etat des lieux du Parcours de soins du secteur psychiatrique de l’ouest Guyanais.....	12
3. Psychose	13
3.1. Définition.....	13
3.2. Symptomatologie.....	14
3.3. La schizophrénie	16
III. Méthodologie	24
Méthode	24
Type d’étude	24
Moyens et matériels	24
Présentation du cadre de travail	24
IV. Vignette clinique	27
V. Commentaire et discussion	33
Conclusion	45
Recommandations	46
Références bibliographiques	47

LISTE DES SIGLES

CAARUD : Centre d'accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogue.

CSAPA ; Centre de soins d'accompagnement et de Prévention en Addictologie sans hébergement,

A.C.T : Appartement de Coordination Thérapeutique

AKATIJ : Association Kouroucienne d'Aide aux Ti Jeunes »

CMP : Centre Médico-Psychologique

SDRE : Soins psychiatrique à la demande du représentant de l'Etat

SDT : Soins à la demande de tiers

ALD : Affection de Longue Durée

CHOG ; Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais

CHC : Centre Hospitalier de Cayenne

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

DIU : Diplôme Inter Universitaire

HAD : Hospitalisation A Domicile

VAD : Visite A Domicile

DIAD : Dispositif d'Intervention A Domicile

IAD Intervention A Domicile

EPSM : Etablissement Publique de Santé Mentale

HCA Hospitalisation Complète Adulte

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique en Temps Partiel

HDJA : Hôpital De Jour Adulte

EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité

DSM-4-TR : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4ème édition, Texte Révisé

DSM-IV Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

CIM-10 : 10ème version de la Classification Internationale des Maladies

TCC : Thérapies Cognitivo-Comportementales

UNAFAM : Union Nationale des Amis et Familles de Malades mentaux

ECT : électroconvulsivothérapie

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

AAH : Allocation aux adultes handicapés

ATG : Association Tutélaire de la Guyane

ETP : Education Thérapeutique du Patient

CREX : Comité de Retour d'EXpérience

REMERCIEMENTS

Notre gratitude va en premier lieu à tous les formateurs qui ont accepté de diriger les différents enseignements et qui se sont toujours montrés très disponibles durant les échanges.

Nous remercions en outre, les collègues qui de près ou de loin ont échangé avec moi durant la formation.

Nous remercions également d'avance le président et les membres du jury pour avoir eu le temps de juger et d'apprécier notre travail.

Nous sommes reconnaissant envers Mme Aude Caria, pour tout l'effort fourni avec modestie afin que ce travail puisse se réaliser.

Nous remercions le Docteur Jean Luc ROELANDT pour ses encouragements et de nous avoir accepté dans cette formation malgré la distance.

Nous sommes également reconnaissant envers Mme Sarah LAURENT et tout le personnel du Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), pour tout l'effort fourni pour la réussite de la formation.

Enfin, nous sommes reconnaissant envers tout le pôle santé mentale de l'ouest Guyanais du CHOG qui nous ont beaucoup soutenu.

I. Introduction

Les pathologies psychiatriques constituent un enjeu majeur en termes de santé publique, et leur importance est souvent méconnue.

Le système de soins actuel, en France et dans la plupart des pays, consacre la majeure part des moyens au traitement des syndromes psychiatriques avérés. Parmi ceux-ci, la psychose chronique dont la schizophrénie constitue l'une des plus fréquentes (1 % de la population en est atteint) et l'une des plus invalidantes, par sa chronicité, l'importance de la souffrance engendrée pour les personnes concernées et leur entourage et les éventuelles difficultés de prise en charge par les différentes institutions.

La santé mentale constitue un enjeu majeur, au-delà de la définition de l'OMS, le pacte européen adopté sur ce thème en 2008, insiste sur le fait que celle-ci est « indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie » et qu'elle « favorise l'apprentissage, le travail et la participation à la société ».

[34]

La France présente un constat préoccupant qui peut être illustré par quelques chiffres: 18 % de nos concitoyens présentent des troubles psychiatriques ; il s'agit là de la troisième cause de morbidité après le cancer et les maladies cardio-vasculaires, du second motif d'arrêt de travail et la première cause de mise en invalidité. Si la psychiatrie publique montre la voie à d'autres disciplines hospitalières, puisque près de 80 % des patients sont suivis en ambulatoire, il reste que cette discipline est encore trop enclavée au regard de son environnement et des autres acteurs sociaux et médico-sociaux, les coordinations restant imparfaites pour favoriser des parcours de santé mentale sans ruptures, au sein d'une société inclusive. [30]

Dans le rapport sur les parcours dans l'organisation des soins en psychiatrie publié en février 2021, la Cour des comptes contribue à l'analyse du domaine des soins en santé mentale et en psychiatrie. Elle s'inscrit dans la réforme portée par la loi du 26 janvier 2016 "de modernisation de notre système de santé" et place la notion de "parcours du patient" au centre de la réflexion. [35]

En 2018, on compte 552 structures psychiatriques sur le territoire français, dans lesquelles 340 000 patients ont été hospitalisés à temps complet. La Cour des comptes reconnaît la diversité de l'offre en soins psychiatriques et psychologiques déployée pour palier à ces différents troubles. Cependant, l'analyse met l'accent sur le manque de coordinations entre les hôpitaux, cliniques, établissements médico-sociaux et psychiatres libéraux. Ce manque de complémentarité entre professionnels nuit à l'efficacité du système en place. La Cour regrette également un nombre trop important de prises en charge en urgence de patients atteints de troubles plus sévères. Certains troubles psychiatriques nécessitent un suivi prolongé et une prise en charge préventive pour éviter les hospitalisations d'urgence et/ou sous contrainte. En l'état, les hospitalisations sont souvent inadéquates et ne sont pas orientées vers une sortie durable. [35]

En Guyane, on décrit une explosion démographique exceptionnelle, des inégalités géographiques et sociales d'accès aux soins inacceptables, des indicateurs de santé très défavorables, des risques environnementaux inconnus dans l'hexagone, et, bien sûr, une offre de soins, en lacune, à la ville et à l'hôpital.

Le Bilan du PRS 1 en Guyane montre que la souffrance psychique et les troubles mentaux affectent une partie de la population, avec toutefois certaines spécificités (des tableaux cliniques et évolutifs marqués fortement par la culture, avec nécessité de développer des approches préventives et curatives tenant compte des données ethnologiques). En Guyane, 6 500 personnes sont ainsi suivies en psychiatrie en 2016 (5 200 au CHC et 1 300 au CHOG, données 2016). [33]

Le secteur psychiatrique 98G03 qui couvre tout l'ouest de la Guyane dispose d'un seul service d'hospitalisation libre de 11 lits, ne prenant pas en charge les patients en phase aiguë et qui sont transférées en hospitalisation sous contrainte au Centre hospitalier de Cayenne au moins à 250 km de leur lieu de vie, de nombreux dispositifs de soins manquent dans les secteurs (. Hôpital de jour adulte fermé, CATTP non fonctionnel, pas d'unité d'hospitalisation de crise, ni de la post crise, pas d'accueil familial et d'appartement thérapeutique).

Durant les dernières décennies, la psychiatrie a connu une évolution massive, marquée entre autre par la désinstitutionnalisation, l'émergence de structures extrahospitalières de soins diverses permettant un retour des patients dans la société ; et marquée par l'organisation des soins de manière graduée permettant d'offrir des parcours de soins plus pertinents aux patients tout en garantissant un meilleur usage des ressources spécialisées et non spécialisées.

Au cours de nos pratiques cliniques en psychiatrie, nous avons été interpellés par l'accumulation des hospitalisations à court terme, particulièrement en ce qui concerne certaines pathologies psychotiques Co morbides, induisant un retour rapide dans la société sans avoir un suivi médico-social adéquat en lien avec une insuffisance de structure médico-sociale et un parcours de soins non coordonné. Ce phénomène, semble alors être un frein au rétablissement du patient psychotique chronique dans l'ouest guyanais.

Notre expérience clinique issue de la pratique quotidienne dans le pôle santé mentale de l'ouest guyanais a montré la forte prévalence des situations complexes et sévères en psychiatrie ainsi que ses conséquences néfastes tant aux niveaux médical, psychiatrique, socioprofessionnel, judiciaire et la difficulté de la prise en charge. Le système de soins de ces patients ne semble pas répondre de façon satisfaisante aux besoins complexes de cette population, à cause, notamment, de la culture, de l'éloignement géographique et la difficulté de coordinations et d'orientation entre les trois secteurs psychiatriques d'intervention concernés.

Historiquement la demande de soins pour ces patients complexe est récurrente et les soins sont dispensés pour la plupart au Centre Hospitalier de Cayenne (CHC) au moins à 250 km de Saint Laurent.

Après un premier accueil au service des urgences du CHOG, les patients sont transférés au CHC dans des conditions difficiles, après accord du médecin responsable des urgences pour le transfert.

Nous avons recueilli de nombreux témoignages sur l'inadéquation du transfert et des soins tels qu'ils étaient proposés en psychiatrie des deux hôpitaux du territoire (Cayenne et de Saint Laurent) et les besoins de ces patients un peu particuliers, transgressifs, désinvoltes et critiques vis-à-vis du système de soins. Le rejet de ces patients « ingérables » par la psychiatrie était aussi empreint d'une grande ignorance à l'endroit du comportement toxicomaniaque, de peurs, de jugements moraux, de fantasmes et de préjugés. La suite logique sera la création de structures spécialisées de soins innovantes, plus adaptées et au cadre plus souple, en rupture avec le système intra hospitalier psychiatrique. Cette rupture est fondamentale pour saisir les enjeux actuels d'une alternative à l'hospitalisation au Centre hospitalier de l'ouest Guyanais.

Suite à ces constats, nous nous sommes intéressé à un cas clinique complexe retraçant le parcours de soins d'un patient de l'ouest sur le territoire de la psychiatrie de Guyane, afin de réfléchir sur la mise en place d'un dispositif (équipe mobile de gestion de la crise dans la communauté) comme alternative à l'hospitalisation, pouvant prendre en charge le patient dans la cité tout en réduisant le transfert en hospitalisation à distance des lieux de vie et la rechute.

La mise en place de l'équipe mobile de gestion de la crise dans la communauté, alternative à l'hospitalisation de crise, s'appuyant sur les interventions à domicile auprès de nos patients de nos équipes depuis 2012, est une promesse faite en tant qu'acteurs de la santé mentale dans l'ouest guyanais, lors de notre formation du DIU santé mentale dans la communauté, au coordinateur.

Les questions sont de savoir si l'insuffisance de structure de prise en charge (hospitalisation de crise, hospitalisation sous contrainte, structure alternative à l'hospitalisation) sur l'ouest Guyanais pouvait être un frein à l'intégration de l'équipe mobile de gestion de la crise dans le parcours des patients avec troubles psychiatriques complexes ? aussi, quelles seront les pistes de réflexion sur la mise en place de l'équipe mobile au sein du pôle santé mentale de l'ouest guyanais, à travers l'itinéraire thérapeutique dans la vignette clinique complexe exposée dans notre travail.

Enfin, nous nous demanderont quels seront les effets que ce dispositif pourra avoir sur le parcours du patient.

Pour mener à bien cette réflexion et tenter de répondre à ces problématiques, il nous semblait opportun de faire l'état des lieux des dispositifs de soins en santé mentale sur le territoire Guyanais, nous décrivons une situation concrète de parcours de patients chroniques suivis par les 2 centres hospitaliers du territoire de la Guyane depuis plusieurs années dont la prise en charge nous interpelle tous pour nourrir l'approche de réflexion.

Dans notre travail, en première partie, nous avons présenté d'une part une revue de la littérature sur les troubles psychiatriques chroniques dont la schizophrénie, le parcours du patient en santé mentale dans l'ouest Guyanais. Nous allons décrire les notions d'équipe mobile de crise et de parcours de soins.

En deuxième partie, nous avons décrit la méthodologie et le cadre de notre travail.

En troisième partie, nous présenterons nos résultats en décrivant et analysant les faits remarquables de la vignette complexe clinique en matière de parcours de soins complexe, de difficulté de prise en charge et d'amélioration des pratiques ; ensuite, nous analyserons la psychopathologie de la situation clinique dans une dimension pluraliste respectant la culture et les croyances des patients ; à l'issue de ces observations, nous réfléchirons sur les enjeux de la mise en place d'un dispositif ambulatoire alternatif et adapté à l'hospitalisation dans un contexte culturel et géographique particulier de Saint Laurent du Maroni sur l'ouest guyanais.

Enfin, en dernière partie, nous concluons notre travail en dégagant les éléments qui nous ont permis de poser un autre regard sur le parcours de soins des patients dans le territoire de santé mentale sur l'ouest Guyane.

HYPOTHESES

- L'équipe mobile de psychiatrie de l'ouest guyanais déterminera des bases nouvelles de structuration de l'offre de soins.
- Cet outil permettra de réduire de façon considérable les hospitalisations récurrentes de nos patients psychotiques chroniques loin de leur milieu de vie.
- La mise en place de ce dispositif apportera un autre regard et une autre approche sur les soins de santé mentale par la communauté et les soins de proximité.
- L'intégration de l'équipe mobile en psychiatrie dans le parcours de soin des patients viendra compléter l'offre de soins en santé mentale dans la commune et impliquera tous les acteurs de la santé communautaire.
- L'équipe mobile favorisera l'allée vers les plus vulnérables tout en améliorant leur parcours de soins.

OBJECTIF

Etudier la faisabilité d'intégration d'une équipe mobile de gestion de la crise et la post observation aux urgences dans le parcours des patients en psychiatrie de l'ouest guyanais, tout en menant des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations en réduisant les ruptures thérapeutiques et le recours à l'hospitalisation pour les personnes ayant des troubles psychiques sévères, et plus spécifiquement l'amélioration de l'accès aux soins et aux droits, la lutte contre l'exclusion sociale et la stigmatisation.

Objectifs spécifiques : observer, décrire et analyser le parcours de soins en santé mentale à travers la vignette clinique, d'étudier la façon dont sont proposés les soins sur l'ouest guyanais, en fonction des pathologies psychiatriques sous-jacentes ; d'explorer les obstacles à la prise en charge de ce patient au sein de l'institution et entre institution sur le territoire Guyanais.

De dégager des pistes de réflexion favorable à l'intégration du dispositif équipe mobile dans le parcours de soins du patient psychotique chronique du territoire de la santé mentale de l'ouest guyanais.

Notre travail fait suite aux difficultés rencontrées dans la prise en charge lors de nos activités cliniques auprès des patients avec troubles mentaux chroniques soumis à des hospitalisations récurrentes, leurs familles et des partenaires.

Aussi, suite aux réussites des interventions à domicile de nos équipes auprès des patients depuis 2012 et à nos préoccupations en qualité d'acteurs de terrain, afin de faciliter au quotidien le parcours de santé des guyanais, d'améliorer la réponse aux besoins de la population, en renforçant en particulier la prévention et la promotion de la santé et de favoriser l'accès à l'innovation.

II. REVUE THEORIQUE

Ce chapitre se décline en trois sections visant à synthétiser la recension des écrits des concepts centraux de cette étude, nous abordons question du concept de l'équipe mobile et du parcours de soins du patient en psychiatrie, puis nous présenterons les connaissances théoriques concernant la psychose chronique dont la schizophrénie ; Enfin, nous feront l'état des lieux du parcours de soins dans l'ouest guyanais avec la présentation du pôle santé mentale.

1. LES EQUIPES MOBILES DE CRISE

1.1. Définitions

1.1.1. Equipes mobiles

En psychiatrie, Demailly définit les équipes mobiles ainsi : il s'agit d'équipes « qui n'ont pour cadre d'intervention ni l'hôpital, ni les équipements ambulatoires du secteur et qui impliquent donc que les soignants se déplacent » [5]. Cette définition, simple, regroupe en réalité des pratiques très variées, qui vont de l'intervention à domicile ponctuelle à l'hospitalisation à domicile (HAD), en passant par l'intervention en institution ou dans la rue.

Au-delà de la mobilité, toujours selon Demailly, ces équipes partagent d'autres points communs et notamment :

- leur mise en œuvre est locale et progressive,
- elles nouent de nombreux partenariats dans la cité,
- elles s'appuient sur un « réseau d'alerte » pour repérer les personnes en souffrance,
- elles ne perdurent que si le secteur auquel elles appartiennent s'organise autour de la mobilité.

1.1.2. La crise en psychiatrie

La notion de « crise » en psychiatrie renvoie d'abord aux travaux de Caplan dans les années 60, même si d'autres définitions en ont été données ensuite. Selon lui, la crise est un processus physiologique, pouvant affecter tout système vivant (famille, couple, entreprise,). Elle survient lorsque l'homéostasie du système est perturbée, par exemple à cause d'un évènement. Lorsque ce système ne parvient pas à revenir à l'équilibre, c'est-à-dire lorsque ses facultés d'adaptation sont dépassées, alors les symptômes surviennent. En l'absence d'intervention, une crise pourrait devenir une urgence (Figure

On distingue trois catégories de crise [15] :

- les crises « psychosociales », que nous pouvons rattacher aux troubles de l'adaptation, et qui surviennent lors d'un changement majeur dans la vie de la personne,
- les crises « psycho traumatiques », après un évènement traumatique,
- les crises « psychopathologiques », c'est-à-dire les décompensations de troubles psychiatriques.

C'est à partir des travaux de Caplan que les premiers outils d'intervention de crise d'inspiration systémique ont été développés dans les années 70.

Entre la « crise » et l' « urgence », une distinction est souvent faite. Pour De Clerq, ce sont deux temps différents, avec des possibilités thérapeutiques différentes. Lors de la crise, une intervention au niveau

du système est encore possible pour permettre son retour à l'équilibre. Lorsque la crise s'aggrave, nous arrivons à l'urgence, c'est-à-dire la nécessité de prise en charge immédiate de l'individu, seul, par les services de secours. Marie-Jeanne GUEDJ nuance ce propos : pour elle, la différence réside dans le champ d'application des deux termes. « Urgence » renvoie à l'institution, au service dit « des urgences », alors que le mot « crise » décrit un état [23]. Mais selon elle, quel que soit le lieu de prise en charge, l'intervention de crise est toujours possible.

Dans tous les cas, il existe un continuum entre crise et urgence, avec des étiologies et des présentations cliniques parfois similaires. La différence réside alors dans la réponse thérapeutique qui y est apportée. Cette réponse est conditionnée par plusieurs facteurs : sévérité du tableau, qualité de l'environnement du patient et offre de soins disponible.

1.2. Intervention à domicile des équipes de psychiatrie [9].

1.2.1. Des interventions à domicile « de suivi »

Les interventions à domicile « de suivi », plus communément appelées « Visites à domicile » (VAD), sont majoritairement prescrites au moment de la sortie de l'hôpital du patient ou à l'issue d'une consultation en CMP, en direction de patients chroniques. Le suivi assuré est plus ou moins long en fonction des besoins de la personne. Ces VAD sont organisées dans le cadre des missions traditionnelles des CMP de proximité et de continuité de soins organisées par la circulaire du 15 mars 1960.

Elles sont réalisées par une équipe composée de binôme : infirmier, Médecin ou infirmier, assistant en fonction de la problématique du patient du service social ou infirmier, psychologue sur prescription médicale et avec le consentement du patient parfois quand on perd de vie le patient. le CMP de Saint Laurent, rattaché au centre hospitalier de l'ouest guyanais, organise des VAD « de suivi » depuis 2012.

1.2.2. Des interventions à domicile « de crise »

Des interventions à domicile se spécialisent dans la réponse à des situations de patients en crise aiguë. Elles requièrent un mode d'organisation adapté avec des moyens renforcés et une réactivité des équipes, et se rapprochent du modèle de l'Hospitalisation à domicile (HAD). Elles sont prescrites sur de très courtes durées. Les équipes se composent majoritairement de professionnels soignants (psychiatre et infirmier).

Par exemple, le Dispositif d'intervention à domicile (DIAD), rattaché à l'EPSM Lille métropole, permet de mobiliser des moyens importants avec l'organisation d'IAD infirmières (quotidiennes voire pluriquotidiennes) et d'IAD médicales (hebdomadaires) sur une période de 10 jours

1.3. Place de la mobilité dans les politiques de santé aujourd'hui

La psychiatrie, et plus largement la santé mentale, ont fait l'objet de multiples rapports ces dernières années, à la demande des gouvernements successifs. Sur la période 2000 – 2009, on en recense, par exemple, pas moins de 15 [38]. Ceci a eu pour conséquence la multiplication de textes législatifs ou réglementaires, que ce soit à l'occasion de réformes globales comme la loi Santé de 2016, ou de me-

sures ciblées telles que les Plans Autisme, les Plans Psychiatrie et Santé Mentale, ... Ces textes évoquent surtout la question du financement en psychiatrie et en fixent les objectifs généraux. Trois axes communs s'en dégagent :

- la réaffirmation du rôle central du secteur dans l'organisation des soins,
- la volonté affichée de réformer cette politique du secteur pour aboutir à un « secteur rénové ». Il se définit, d'après MM.Robiliard [38]. et Laforcade [28], par la création ou le renforcement de dispositifs intersectoriels spécialisés. Ces dispositifs, permettant de fluidifier le parcours de soins et de favoriser l'égalité d'accès aux soins, sont pensés à l'échelle d'un territoire. C'est donc localement que les politiques vont être définies via les ARS au moyen de plusieurs outils : les Projets Territoriaux de Santé Mentale, les Contrats Territoriaux de Santé Mentale, les Conseils Locaux de Santé Mentale,...
- la création de dispositifs nationaux sur des sujets jugés prioritaires : les Centres Ressources Autisme, les EMPP ou les Centres Experts, par exemple.

Par ailleurs, les politiques de santé insistent depuis plusieurs années sur le développement des activités ambulatoires, dans toutes les spécialités. C'est le « virage ambulatoire », qui est au cœur de la Loi Santé de 2016. Comme l'expliquait alors le gouvernement Valls [29], « la loi recentre le système de santé sur les soins de proximité et engage le « virage ambulatoire » que les professionnels demandent depuis longtemps ». En psychiatrie, ce « virage ambulatoire » a en fait été initié avec la politique de secteur, qui visait déjà à développer les soins en-dehors de l'hôpital. Dans la loi de 2016, l'augmentation de la part des soins ambulatoires concerne surtout la chirurgie. Les articles concernant la psychiatrie, notamment l'article 69, se concentrent sur l'organisation territoriale. Les besoins en santé mentale, et les réponses à y apporter, doivent être définis localement avec tous les acteurs. Le développement de l'ambulatoire en psychiatrie n'est pas évoqué, il s'agit plutôt d'améliorer le « parcours de soins ». En résumé, la Ministre de la Santé souhaite améliorer l'accès aux soins psychiatriques, et charge les territoires de développer les outils pour y parvenir. L'article 69 n'apporte donc aucune précision concernant la « mobilité », et n'évoque pas les soins de crise et d'urgence. Il se borne à réaffirmer le rôle du secteur dans les mêmes termes que dans les années 70 :

« Au sein de cette activité, la mission de psychiatrie de secteur, qui concourt à la politique de santé mentale définie à l'article L. 3221-1, consiste à garantir à l'ensemble de la population [...] un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, assuré par des équipes pluriprofessionnelles, en coopération avec les équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et les communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ».

Pourtant, les rapports successifs abordent la nécessité de développer les alternatives à l'hospitalisation, et font des propositions précises en ce sens. Citons par exemple le rapport Laforcade [28]: « Le centre de gravité du dispositif de soins doit devenir le domicile, l'hôpital l'exception. » L'auteur détaille ensuite des exemples d'équipes mobiles en France et à l'étranger, en évoquant l'impact positif aussi

bien sur le plan clinique qu'économique. Il souligne que « la question de l'intervention à domicile pourrait faire l'objet d'un référentiel destiné à prioriser les interventions et harmoniser les pratiques ». En résumé, les équipes mobiles de crise pourraient donc répondre à plusieurs objectifs nationaux en matière de santé mentale : proposer des alternatives à l'hospitalisation, améliorer l'accès aux soins, développer la prévention en santé mentale, concourir à la déstigmatisation des troubles psychiatriques, entre autres. De multiples rapports insistent, depuis des années, sur l'intérêt de développer les équipes mobiles, dont certaines dédiées à la crise. Mais force est de constater que ce diagnostic clair, partagé et répété n'a toujours pas eu de traduction politique à ce jour.

2. Parcours de soins

2.1.Définition : [35]

Le parcours désigne une suite de soins reçus à partir de la première prise en charge du trouble jusqu'à la stabilisation du patient. Pour garantir l'efficacité des traitements, le rapport préconise une meilleure articulation des rôles des différents professionnels.

Pour cela, il faut prendre en compte la sévérité des symptômes et mobiliser les intervenants de "première ligne". Les médecins traitants forment ainsi un premier filtre dans l'accès aux centres médico-psychologiques qui doivent être réservés aux publics prioritaires.

2.2.Parcours de soin en psychiatrie adulte [35]

La prise en charge publique de la maladie psychiatrique de l'adulte s'organise en France entre des unités d'hospitalisation et des unités ambulatoires (centres médico-psychologiques – CMP –, hôpitaux de jour, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel – CATTP...). Le patient est accueilli par une équipe pluridisciplinaire afin de recevoir des soins articulant traitements psychotropes et traitements par la parole : suivis, psychothérapies individuelles et dispositifs de groupe.

L'orientation vers une unité d'hospitalisation ou une unité ambulatoire dépend de l'état psychologique et psychopathologique de la personne, c'est-à-dire du besoin de contenance requis par son degré de désorganisation et de souffrance psychique. Les unités d'hospitalisation reçoivent ainsi les patients en état de décompensation psychique, de crise. Les CMP, quant à eux, constituent les pivots des soins ambulatoires. Ils assurent la continuité des soins une fois le patient sorti d'hospitalisation mais proposent également des prises en charge à des habitants du secteur n'ayant pas connu d'hospitalisation.

2.3.Etat des lieux du Parcours de soins du secteur psychiatrique de l'ouest guyanais :

Le territoire d'intervention du pôle santé mentale couvre le secteur adulte (98G03) et l'inter secteur infanto juvénile (973I02) créés en 1996. On dénombre sept communes situées sur le littoral (Awala Yalimapo, Mana, St Laurent du Maroni, Apatou) et dans l'intérieur (Grand Santi, Papaïchton, Maripasoula).

Les populations qui vivent sur ce territoire ont de nombreuses particularités : culturelle, démographique, socio- économique.

L'ouest Guyanais est pauvre en infrastructures, isolé sur le plan géographique et on observe une prédominance des problématiques liées à l'urbanisation, à la précarité, à l'addiction, aux violences psychologiques et aux suicides. Cette population est multiethnique jeune et avec des problèmes importants de santé mentale sur un territoire pauvre en infrastructures et isolé sur le plan géographique.

Les particularités du territoire de l'ouest guyanais engendrent des inégalités d'accès aux soins psychiatriques, et la nécessité d'adapter les prises en charges psychologiques aux aspects culturels des populations. Il est donc nécessaire d'apporter une réponse innovante pour pallier à ces inégalités d'accès aux soins sur le territoire de l'ouest. Le secteur de psychiatrie adulte du CHOG correspond au 3^{ème} secteur de la Guyane 98G03. L'offre de soins du service de psychiatrie adulte comprend :

Inta hospitalier :

- Unité d'urgence, crise et liaison psychiatrique
- Hospitalisation complète adulte (HCA) : 11 lits

Extrahospitalier:

- CMP saint Laurent du Maroni
- CMP Maripasoula dans les communes de l'intérieur
- + des antennes de consultations : Consultations avancées de secteur (Apatou, Grand santi, Talhuen, Papaïchton, Mana, Javouhey, Awala-yelimapo, Belle vue, Papaïchton, Talhuen, Antecumpata)
- Visite à Domicile (VAD),
- Centre de réhabilitation psychosociale de 15 places,
- Centre d'Accueil Thérapeutique en Temps Partiel (CATTP) de 16 places,
- Equipe mobile de psychiatrie précarité (EMPP) en cours de mise en place,

Au CMP, les soins ambulatoires sont utilisés par des personnes présentant des problématiques ou un éventail psychopathologique plus larges. Néanmoins, les prises en charge pluridisciplinaires de pathologies chroniques concernent majoritairement les pathologies psychotiques.

Des dispositifs de prise en charge manque énormément car nous ne disposons pas de dispositif de prise en charge de la crise, en addictologie hospitalière et consultations spécialisées, l'hôpital du jour adulte a été fermé pour non commodité. Les différents patients sont orientés à Cayenne au CHC à 250Km de leur lieu de vie.

3. PSYCHOSE

3.1. - Définition [11] [16]

Avant le début du XXe siècle, on regroupait sous le terme de psychose toutes les atteintes graves du psychisme. Puis on a peu à peu écarté de cet ensemble les maladies résultant de lésions cérébrales ou d'une intoxication (démence alcoolique).

Aujourd'hui, le DSM-4-TR regroupe les psychoses principalement sous le titre "schizophrénies et autres troubles psychotiques". On y retrouve la schizophrénie et les troubles schizophréniformes, le trouble bipolaire, les troubles délirants (anciennement, délires chroniques paranoïaques), les "troubles

psychotiques brefs" (anciennement considérés comme des bouffées délirantes aiguës sans évolution vers une pathologie chronique), les "troubles psychotiques dus à..." (toxiques, affection médicale générale) et enfin les troubles psychotiques non-spécifiés, au sein desquels on retrouve notamment certaines formes de psychose puerpérale.

3.2. Symptomatologie [8] [24]

On a selon les époques, attribué aux psychoses des caractéristiques visibles différentes, mais deux critères semblent toujours émerger : la perte de contact avec la réalité et les troubles de l'identité.

3.2.1. - La perte de contact avec la réalité

Elle désigne des phénomènes aussi différents que la disparition du sens des choses ou la construction d'une autre réalité à laquelle le sujet adhère. Cette diminution du contact avec la réalité peut être limitée à quelques aspects du quotidien ou être envahissante au point de paralyser le fonctionnement de la personne, même pour ses besoins élémentaires. En général, cette perte de contact avec la réalité se manifeste par des hallucinations ou des délires.

L'hallucination, est définie comme une « perception sensorielle qui procure la même sensation de réalité qu'une perception en l'absence de stimulation externe de l'organe sensoriel intéressé » (DSM-IV). Les hallucinations doivent être distinguées des illusions, qui résultent de perceptions altérées de stimuli externes existant, et des hallucinoses, qui sont des perceptions en l'absence de stimuli externes mais avec conservation de la conscience de la nature endogène de la perception.

Celles-ci peuvent affecter toutes les modalités sensorielles (vision, audition, olfaction, goût, toucher) et peuvent aller de perceptions simple (sonneries de téléphones, bruits de portes) jusqu'à des expériences complexes durant lesquelles les patients pensent interagir avec des images formées qui s'adressent à eux, qui éventuellement les télécommandent, ou des expériences de vol de pensées, de télépathie...

Le délire, est mis en place par le patient afin de rationaliser ses hallucinations, leurs donner une ébauche de sens. Il se caractérise par un ensemble d'idées erronées qui sont en opposition avec la réalité, et auxquelles le sujet croit. Ces idées ne sont pas des croyances habituellement acceptées par le groupe culturel du patient. Il est donc important de noter le caractère individuel et excessif de la croyance, le décalage avec la réalité et la certitude inébranlable du sujet.

3.2.2. Les troubles de l'identité

Ils prennent de multiples formes telles que la perte des repères corporels, une modification de l'image du corps... Si tous les sujets psychotiques présentent la plupart du temps ces troubles, on peut également les retrouver de manière subtile dans d'autres états (crépusculaires hystériques, états limites, confusion mentale ...). Ils ne sauraient donc, à eux-mêmes, être les seuls arguments pour faire le diagnostic.

Une des caractéristiques importantes de l'état psychotique est l'absence de conscience de la nature pathologique des symptômes (anosognosie). Classiquement, les patients pensent que leur comportement, le contenu de leur pensée et les expériences hallucinatoires qu'ils vivent ne sont en aucune manière bizarres, inhabituelles ou étranges. Cela reste vrai même lorsque les idées délirantes, paranoïdes, sont impossibles. Les patients restent imperméables à toute rationalisation remettant en cause leur vécu. Cependant, cela doit être relativisé, puisqu'en fonction de la sévérité de la pathologie sous-jacente et du degré d'évolution depuis le début de l'épisode psychotique, une critique partielle des symptômes est parfois possible. Le patient conserve un certain «insight»(conscience des troubles).

De nombreux autres symptômes peuvent s'ajouter aux précédents tels que :

- Des troubles du cours de la pensée qui traduisent des altérations des mécanismes de pensée et sont classifiés en fonction des modifications du discours qu'ils entraînent. On note de manière non exhaustive : la tachypsychie, la logorrhée, les digressions, la diffluence ou relâchement des associations, les circonlocutions, le rationalisme morbide, et à l'opposé de ce dernier : la pauvreté du discours spontané, les barrages, les fadings.

-Des comportements bizarres et agités : Par exemple, le fait de parler seul, de devenir subitement agressif, d'avoir des habitudes vestimentaires bizarres et des comportements inexplicables.

Comme le disait un grand psychiatre du siècle dernier, Henri Ey : « le malade est avant tout un homme entravé dans sa liberté et diminué dans l'exercice de son activité proprement humaine de coexistence par une désorganisation de son être ».

Ainsi, tous ces symptômes associés ou non posent inévitablement le problème du devenir du lien social chez les personnes affectées d'une pathologie mentale.

3.2.1. - Détérioration psychosociale [13]

La pathologie psychotique peut alors entraîner, en second lieu, des déficits au plan des fonctions cognitives et mnésiques, responsables de problèmes d'adaptation et de réhabilitation du patient qui en souffre. Le développement des études cliniques et la meilleure caractérisation des symptômes psychotiques ont montré que plus de 85% des patients souffrant de psychoses présentent des troubles cognitifs. Ces derniers ont conduit à considérer le rôle du lobe préfrontal comme prépondérant pour expliquer ces dysfonctionnements observés. Il est aujourd'hui bien établi que la psychose s'accompagne de déficits mnésiques et cognitifs qui conditionnent les compétences des patients dans les domaines adaptatifs de la vie quotidienne, sociale et professionnelle. Pour réussir cette réhabilitation, il apparaît important de prendre en compte les habiletés des patients via les bilans effectués. L'efficacité exécutive, la flexibilité mentale, la mémoire à long terme et la mémoire de travail se révèlent être primordiales et leur atteinte sévère compromettrait gravement une réadaptation et un espoir de re-socialisation du patient.

Afin de pallier ces déficits, des interventions précoces visent à détecter rapidement les signes de ces troubles afin d'offrir des soins permettant de ralentir, voire de prévenir, les déficits et la détérioration, qui définissent souvent le cours de la maladie bien plus que les symptômes psychotiques eux-mêmes.

3.3. La schizophrénie

3.3.1. Définition

La schizophrénie est un trouble psychiatrique sévère et très invalidant appartenant à la catégorie diagnostique des psychoses délirantes chroniques [2]. C'est une pathologie mentale perturbant de façon globale la personnalité. Elle justifie une prise en charge intensive qui doit être la plus précoce possible pour éviter les hospitalisations et une meilleure observance du traitement.

C'est une maladie complexe qui repose sur la présence de différents facteurs à la fois génétiques et environnementaux.

La schizophrénie se caractérise par un ensemble de symptômes très variables : une modification de la pensée et des perceptions sensorielles, ainsi que des affects diminués et inappropriés et un syndrome dissociatif constant [3].

3.3.2. Épidémiologie [4,6]

La schizophrénie concerne environ 0,7% de la population mondiale, soit plus de 40 millions de personnes dont 600 000 en France. L'incidence annuelle se situe autour de 2 pour 10 000 cas. Elle est présente dans toutes les régions du monde mais il existe des variations ethniques ou raciales selon les pays et elle semble être plus présente chez les immigrants et leurs enfants selon l'origine géographique. Elle est plus fréquente en milieu urbain. La schizophrénie apparaît chez l'adulte jeune, entre 15 et 35 ans. Elle peut être diagnostiquée plus tôt, mais très rarement chez des enfants. Le pic d'âge de début du premier épisode psychotique se situe vers 30 ans chez les hommes et un peu plus tard chez les femmes (35 ans). Dans 35 % à 40 % des cas, elle se manifeste par des débuts aigus, avec des bouffées délirantes. Une hospitalisation est souvent nécessaire lors du premier épisode.

La maladie est plus précoce chez l'homme que chez la femme et elle peut être plus invalidante chez ces derniers. Cependant, sa fréquence reste quasiment identique entre les deux sexes.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) classe la schizophrénie dans le groupe des dix maladies qui entraînent le plus d'invalidité. L'espérance de vie des patients schizophrènes est de 10 ans inférieure à celle de la population générale. Cela est dû au taux de suicide particulièrement élevé : 20% de la mortalité serait associée à des suicides mais aussi à des causes médicales masquées derrière la maladie, en particulier des risques cardio-vasculaires [5].

La schizophrénie représente en France 20% des hospitalisations psychiatriques à temps complet et 1% des dépenses de santé [2].

3.3.3. Physiopathologie

Actuellement, il n'existe pas de test diagnostique pour la maladie, qu'il soit radiologique, psychométrique (ensemble des techniques de mesure pratiquées en psychologie) ou de laboratoire. Aucune lésion

neurologique précise n'a été identifiée, il s'agirait d'une dysrégulation de la neurotransmission cérébrale causée par l'association des facteurs déclenchants de la maladie.

On retrouve un dysfonctionnement principalement au niveau de la transmission dopaminergique et sérotoninergique mais également glutamatergique ou gabaergique.

3.3.4. Symptomatologie [4]

La schizophrénie se définit par des anomalies dans au moins un des cinq domaines suivants : idées délirantes et hallucinations qui constituent les symptômes positifs, pensées désorganisées (ou discours), comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal incluant la catatonie et les symptômes négatifs.

Un syndrome dissociatif est toujours constant ainsi que des troubles cognitifs qui sont exprimés à des degrés variables au cours de l'évolution de la maladie.

Le syndrome dissociatif permet de distinguer la schizophrénie des autres types de psychoses. Il se traduit par la rupture des processus du psychisme de l'individu. On observe une discordance entre les pensées, les affects et les comportements qui ne sont plus harmonisés entre eux.

Les symptômes positifs ou productifs correspondent aux hallucinations et aux formes de délire.

Les hallucinations sont des expériences de type perceptif, qui surviennent sans stimulus externe. Elles sont perçues clairement et avec force par le sujet et ne sont pas sous le contrôle de la volonté. Elles peuvent concerner tous les sens mais les hallucinations auditives sont les plus fréquentes dans la schizophrénie. Elles peuvent être également visuelles, olfactives, gustatives, tactiles ou cenesthésiques (corporelles). Elles sont perçues comme des voix familières ou étrangères et sont distinctes des pensées du sujet. Elles doivent survenir dans le contexte d'une conscience claire, c'est à dire en dehors de l'endormissement ou du réveil. Les sujets perçoivent des choses qui n'existent pas dans la réalité et qui constituent une source d'angoisse et de souffrance pour eux.

Les idées délirantes sont des croyances figées qui ne changent pas face à des évidences qui les contredisent. Leur contenu peut comprendre divers thèmes :

- thème de persécution
- thème de référence (croyance que des gestes ou des commentaires sont destinés à la personne)
- thème somatique (le thème est centré sur des préoccupations concernant la santé ou le fonctionnement des organes)
- thème religieux
- thème mégalomane ou érotomane (le patient est persuadé qu'une autre personne l'aime)
- thème de nihilisme (conviction qu'une catastrophe majeure va survenir).

Les thèmes de persécution et de référence sont les plus fréquents.

Les idées délirantes sont souvent invraisemblables et incompréhensibles pour des personnes d'une même culture. Elles expriment généralement une perte de contrôle sur l'esprit ou le corps, parfois avec la croyance que des pensées étrangères ont été implantées dans l'esprit du malade et que ses actes sont

manipulés par une force extérieure. C'est une modification profonde de l'esprit créant des croyances absolues et fausses.

La pensée désorganisée est déduite du discours de l'individu. Le malade va passer d'un sujet à l'autre, sa réponse sera plus ou moins liée à la question voire sans aucun rapport, jusqu'à une incompréhension du discours. Le symptôme doit être suffisamment important pour altérer l'efficacité de la communication. Une pensée ou un discours moins sévèrement désorganisés peuvent se rencontrer au cours des périodes prodromiques et résiduelles de la schizophrénie.

Le comportement moteur anormal ou grossièrement désorganisé (incluant la catatonie) peut se manifester de diverses manières, de la niaiserie puérile à une agitation imprévisible.

Le comportement catatonique correspond à une réactivité très diminuée à l'environnement.

Cela va de la résistance aux instructions, au maintien d'une posture rigide, inappropriée et à l'absence totale de réponse verbale ou motrice à une stimulation de l'environnement. D'autres observations montrent des mouvements stéréotypés, la fixité du regard, des grimacements, un mutisme ou l'écholalie (tendance à répéter tout ou partie de phrase).

La catatonie a été historiquement associée à la schizophrénie mais est retrouvée dans d'autres troubles. Les symptômes négatifs ou déficitaires correspondent à une pauvreté et à une réduction de l'ensemble des activités : diminution de l'expression émotionnelle (au niveau du visage, du contact visuel, des mouvements des mains et de la tête, de l'intonation du discours) et aboulie (diminution de la motivation pour des activités). Les autres symptômes sont l'apathie (état d'indifférence), l'anhédonie (diminution des capacités à éprouver du plaisir), l'alogie (diminution de la production du discours), le retrait social, les troubles de l'affectivité, jusqu'à la dépression, fréquente chez les schizophrènes ainsi que les idées suicidaires.

Ils comptent pour une grande part dans la morbidité associée à la schizophrénie. On distingue aussi les signes négatifs secondaires, liés aux antipsychotiques ou à l'institution psychiatrique causant respectivement une akinésie ou un manque de stimulation.

Les troubles cognitifs sont très fréquents chez le schizophrène. Ils se traduisent par une désorganisation de la pensée et du comportement, une discordance dans la communication, des troubles mnésiques, une difficulté à traiter et à analyser les informations et des anomalies attentionnelles et perceptives. Les patients peuvent présenter des affects inappropriés, l'anxiété et la phobie sont courants.

Ces troubles expliquent la difficulté des patients à comprendre et à suivre un traitement médicamenteux et encore plus à le changer quand ils y sont habitués.

Hostilité et agression peuvent être présentes mais elles restent rares et sont plus fréquentes chez les hommes jeunes, les personnes avec des antécédents de violence ou d'impulsivité, de non adhésion au traitement et d'abus de substances.

La schizophrénie dure au moins 6 mois et comprend au moins un mois où sont présents les symptômes positifs.

3.3.4. Critères diagnostiques [4]

Selon le DSM-V (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), les critères diagnostiques de la schizophrénie se définissent en 6 critères (A à F) :

A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devra être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes 1, 2, ou 3 doit être présent :

1- idées délirantes

2- hallucinations

3- discours désorganisé

4- comportement grossièrement désorganisé ou catatonique

5- symptômes négatifs

B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).

C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes du critère A présents sous une forme atténuée.

D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou bipolaire ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents dans la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.

E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre pathologie médicale.

F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois.

Les symptômes caractéristiques de la schizophrénie correspondent à un ensemble d'anomalies cognitives, comportementales et émotionnelles, et aucun symptôme n'est pathognomonique du trouble. Le diagnostic implique la reconnaissance de nombreux signes et symptômes associés à une altération du

fonctionnement professionnel ou social. Les personnes souffrant du trouble sont considérablement différentes au regard de la plupart des caractéristiques car la schizophrénie est un syndrome cliniquement hétérogène.

Au moins deux symptômes du critère A doivent être présents pendant au moins un mois ou plus. Au moins un de ces symptômes doit être la présence d'idées délirantes, d'hallucinations, ou d'une désorganisation du discours. Peuvent aussi être présents les critères A4 et A5.

La schizophrénie comprend des déficits dans un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement (B). Si le trouble commence pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau attendu de fonctionnement n'est pas atteint. Comparer la personne à un membre de la fratrie peut être utile. Il existe aussi des preuves solides d'une relation étroite entre le déficit cognitif et le déficit fonctionnel chez les personnes souffrant de schizophrénie.

Certains signes doivent persister pendant au moins 6 mois (critères C). Des symptômes prodromiques précèdent souvent la phase active, caractérisés par des formes légères ou subsyndromiques d'hallucinations ou d'idées délirantes. Les personnes peuvent exprimer une variété de croyances étranges ou inhabituelles qui n'atteignent pas des proportions délirantes.

Elles peuvent avoir des expériences perceptuelles inhabituelles, leur discours peut être globalement incompréhensible et vague, et leur comportement peut être anormal sans être grossièrement désorganisé.

Les symptômes négatifs sont habituels dans les phases prodromiques et résiduelles, et peuvent être sévères. Les personnes qui ont été actives socialement peuvent se replier par rapport à leurs activités antérieures. De tels comportements sont souvent les premiers signes du trouble.

Des symptômes affectifs et des épisodes de dysthymies sont courants dans la schizophrénie, et peuvent être présents en même temps que les symptômes de la phase aiguë.

Cependant, pour se différencier d'un épisode de trouble de l'humeur avec manifestations psychotiques, un diagnostic de schizophrénie exige la présence d'idées délirantes et d'hallucinations en l'absence d'un épisode de trouble de l'humeur.

En plus de ces critères, l'évaluation des domaines de la cognition, de la dépression et des symptômes maniaques est indispensable pour faire des distinctions d'importance critique entre les diverses formes cliniques qui font partie du spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques.

3.3.5. Évolution [4,6]

Poser un diagnostic de schizophrénie est très compliqué et demande souvent du temps avant de pouvoir être établi. Les facteurs prédictifs de la maladie et de son évolution sont largement méconnus ; le cours de la maladie et l'évolution ne peuvent donc pas être prédits de façon fiable. Les symptômes peuvent être difficiles à déceler, parfois jusqu'à un stade avancé de la maladie et quand ils sont présents au départ dans 70% des cas, ils restent peu spécifiques, ce sont les symptômes prodromiques.

Le début est progressif, il peut y avoir tout d'abord un retrait et un isolement qui vont s'aggraver au fil de l'évolution de la pathologie, une perte d'intérêts, un abandon des activités dans le travail ou dans le sport, une réduction des performances scolaires et de la capacité à planifier des actes, des modifications du comportement (anxiété, irritabilité, obsessions, compulsions...). La moitié des sujets se plaint d'épisodes dépressifs. Cette phase peut durer plusieurs mois voire plusieurs années.

En pratique, ces symptômes ne sont souvent repérés que de façon rétrospective.

Les altérations cognitives sont présentes durant le développement de la maladie, elles précèdent l'émergence de la psychose et prennent la forme de déficits cognitifs stable à l'âge adulte. Ils peuvent persister quand les autres symptômes sont en rémission et contribuent au handicap de la maladie.

Vient ensuite la phase d'état avec le premier épisode processuel, nécessitant souvent une hospitalisation et une prise en charge médicale.

Dans 30 % des cas, la schizophrénie est inaugurée directement par cet épisode brutal et aigu, sans prodromes. Il est caractérisé par des symptômes positifs avec agitation et anxiété ponctués d'hallucinations et de délires. Cet épisode est suivi par une phase de rémission, plus ou moins complète. Au fur et à mesure, les crises vont se succéder, les symptômes résiduels vont s'accumuler et mener à la psychose chronique si un traitement n'est pas instauré.

Cependant, chez les sujets à début brutal, l'épisode psychotique ne sera pas récurrent dans 25 à 30 % des cas et évoluera vers une résolution totale. Mais dans 25 à 50% des cas, il évoluera vers une résolution partielle avec d'autres épisodes sans pour autant évoluer vers une psychose chronique.

L'évolution au long terme de la schizophrénie varie selon les patients. Le plus souvent, elle évolue par succession de rechutes avec phases productives, altérant plus ou moins l'intellect du sujet, suivies de rémissions.

Au cours de ces rémissions, les signes cliniques sont réduits. Elles constituent le moment idéal pour instaurer un traitement médicamenteux et obtenir l'adhésion du patient pour permettre l'observance. Le risque de rechute est surtout présent au cours des premières années de la maladie, à cause de facteurs stressants ou psychologiques dans la vie du patient, de sa vulnérabilité ou après un arrêt du traitement antipsychotique.

Ces décompensations sont à éviter car elles altèrent la qualité de vie du patient. De plus, les symptômes psychotiques tendent à diminuer au cours de la vie du malade, peut-être du fait d'une diminution physiologique normale avec l'âge de l'activité dopaminergique.

Dans d'autres cas, la maladie peut évoluer vers une forme résistante, qui empêche de réduire les signes cliniques de façon suffisante et bloque fortement leur réinsertion sociale.

Il existe des facteurs de bon pronostic : sexe féminin, situation sociale et familiale stable, conscience de la maladie ainsi qu'une participation active au traitement ; et des facteurs de moins bon pronostic : sexe masculin, isolement social ou familial, antécédents familiaux, progression rapide des symptômes négatifs.

Il est aujourd'hui admis que le pronostic est surtout basé sur la prise en charge psychologique et sociale du patient. Son accès aux soins et surtout son adhésion au traitement sont primordiaux. Le recours aux antipsychotiques de nouvelle génération doit être privilégié et une écoute psychiatrique de qualité mise en place pour permettre de réduire les hospitalisations et donc améliorer la qualité de vie du patient à long terme. Les prises en charge actuelles permettent en effet à environ un tiers des patients d'être en rémission durable et de retrouver des activités sociales et affectives voire professionnelles [15]. Pour les deux tiers restants, les symptômes résiduels ou les rechutes mènent souvent à des hospitalisations successives et pour certains à une désagrégation totale de la personnalité. Ces patients sont surtout touchés par les symptômes négatifs menant à des états dépressifs et les tentatives de suicide sont fréquentes, nécessitant une prise en charge particulière.

En effet, 5 à 6 % des schizophrènes meurent par suicide, 20% tentent de se suicider en une ou plusieurs occasions, et un plus grand nombre encore a des idées suicidaires très significatives.

Le comportement suicidaire intervient parfois en réponse à des ordres hallucinatoires. Le risque suicidaire reste élevé durant toute la vie du sujet, à la fois chez les hommes et les femmes. Il est particulièrement élevé chez les hommes jeunes, surtout s'ils consomment de la drogue. Les autres facteurs de risque sont les symptômes dépressifs, le chômage, et la période de temps qui suit un épisode psychotique ou la sortie de l'hôpital.

C'est pourquoi il est important de détecter la maladie au plus tôt pour permettre une prise en charge la plus précoce possible

3.3.6. Prise en charge

La prise en charge de la maladie n'est pas aisée, elle repose sur plusieurs domaines et est propre à chaque patient et à la diversité de ses symptômes. Du fait d'une physiopathologie encore mal élucidée, les traitements médicamenteux sont essentiellement symptomatiques.

Une aide psychosociale est également indispensable.

Le traitement médicamenteux [18–22]

L'arrivée des antipsychotiques dans les années cinquante a permis de révolutionner la prise en charge du patient schizophrène. La première génération nommée antipsychotiques typiques ou neuroleptiques a permis en premier lieu de réduire les symptômes positifs et les taux de rechute mais ont occasionné de nombreux effets indésirables à cause de leur manque de spécificité.

Plus récemment de nouveaux antipsychotiques sont apparus. Ils sont dits atypiques car ils agissent à la fois sur la transmission de la dopamine mais aussi sur celle de la sérotonine.

En effet, il existe une balance entre les deux neurotransmetteurs qui interagissent entre eux.

Ils exercent leur action à la fois sur les symptômes positifs et négatifs.

Les antipsychotiques de seconde génération sont devenus le traitement de première intention dans la schizophrénie.

L'observance est capitale pour le contrôle de la maladie.[6].

D'autres médicaments peuvent être prescrits pour les troubles associés.

3.3.7. L'accompagnement psychosocial [6]

L'accompagnement psychosocial est essentiel dans le traitement de la schizophrénie : il doit être complémentaire au traitement médicamenteux pour un bon contrôle de la maladie.

Les interventions psychosociales sont basées sur un suivi psychologique et sur un travail de réhabilitation pour le patient ainsi que sur l'information et l'éducation de l'entourage.

La psychothérapie doit être régulière et permet au patient un soutien et un suivi dans sa vie de tous les jours. A cela peut s'ajouter la réhabilitation cognitive qui est une technique d'aide à la formation et l'éducation des composantes cognitives altérées par la maladie dans le domaine social ou professionnel. Il existe également des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) qui abordent les ressentis émotionnels des patients, leur vie sociale mais aussi une éducation sur la maladie et les conduites à risque comme la prise de substances psychogènes.

Pour les familles et l'entourage proche, une psychoéducation familiale peut être mise en place. Elle permet aux proches d'apprendre à se comporter avec le malade et à détecter les signes d'une rechute, afin d'éviter la survenue d'un épisode aigu.

La famille peut aider le patient à suivre son traitement et observer son comportement quotidien, ce qui aide les soignants à élaborer la prise en charge du malade.

Pour finir, il existe des groupes d'entraide pour les patients schizophrènes et leurs familles. Le plus connu est l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades mentaux (UNAFAM) qui est présent sur tout le territoire français [24].

« La prise en charge des schizophrènes représente 80 % des crédits alloués à la psychiatrie clinique en France, pour une population vivant à 98 % hors de l'hôpital. En effet, si l'hospitalisation, le plus souvent brutale car réalisée sur intervention de la police ou des pompiers, est toujours un recours d'urgence, à un moment où le patient peut devenir dangereux pour lui-même ou pour autrui, le reste du temps, le soutien et l'accompagnement médicaux au long cours, dans le cadre d'une prise en charge de secteur continue, sont indispensables pour assurer et maintenir une bonne insertion psychosociale permettant notamment de prévenir le suicide », dit le Dr Nicolas Dantchev du service de psychiatrie de l'Hôtel-Dieu [18].

3.3.8. .Autres traitements [4,7]

Pour les patients résistants aux traitements médicamenteux, il existe d'autres méthodes utilisées en dernière intention.

La stimulation magnétique transcranienne peut être utilisée seule ou en association aux antipsychotiques. Elle consiste à appliquer un champ magnétique sur une zone du cerveau quelques secondes.

En dernier recours, dans certains cas sévères ou multirésistants les électrochocs ou électroconvulsivothérapie (ECT) peuvent être utilisés seuls ou pour potentialiser les antipsychotiques.

III. Méthodologie

Méthode :

1. Notre recherche à travers la vignette clinique, consiste à décrire et analyser la psychopathologie, d'étudier la façon dont sont proposés la prise en charge, d'explorer le parcours de soins en psychiatrie hospitalière et ambulatoire, suivre l'évolution des troubles psychotiques chronique et Co morbides.
2. Aussi de dégager des pistes de réflexion favorable à l'intégration du dispositif équipe mobile dans le parcours de soins du patient psychotique chronique sur le territoire de la santé mentale de l'ouest guyanais.

Type d'étude :

Notre étude est qualitative dont la collecte de données apportera des explications et contribuera au développement de notre réflexion de mémoire. L'approche est qualitative et interprétative.

Moyens et matériels :

La vignette clinique est extrait du dossier médical papier d'un patient suivi au CMP, une situation complexe qui a interpellé toutes les parties prenantes de la santé mentale de la Guyane.

Le nom, l'âge et le domicile de notre patient ont été modifiés pour plus de confidentialité.

Des statistiques ont été tiré de cora urgences afin de tracer le nombre de passage aux urgences pendant une période donnée, mais aussi connaître les motifs de consultation et de transfert en hospitalisation.

La saisie et les codages des données ont été faits dans une base informatique Excel.

Présentation du cadre de travail

La Région Guyane, s'étend sur un vaste territoire de 86 504 km² dont l'essentiel est recouvert par la forêt amazonienne. La Guyane compte au 1er janvier 2019, 281 612 habitants, c'est la deuxième région la moins peuplée de France après Mayotte, alors qu'il s'agit de la plus vaste région en km², c'est aussi la moins peuplée. La densité d'habitants au km² est de 2,7. Elle se compose de trois bassins de population : Cayenne, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni, reliés par l'unique axe routier régional, et de 22 communes.

Le territoire d'intervention du pôle santé mentale couvre le secteur adulte (98G03) et l'inter secteur infanto juvénile (973I02) créés en 1996 par arrêté préfectoral 96.1249/2D/3B DSASS tutelle du 20 Août 1996. Ce territoire est important et spécifique de par sa géographie, sa population et sa culture, s'étend sur 40986 km² du Nord au Sud, d'Awala-Yalimapo, Mana à Maripasoula et d'Est en Ouest d'Iracoubo à Saint Laurent du Maroni.

On dénombre sept communes situées sur le littoral (**Awala Yalimapo, Mana, St Laurent du Maroni, Apatou**) et dans l'intérieur (**Grand Santi, Papaïchton, Maripasoula**).

Les populations qui vivent sur ce territoire ont de nombreuses particularités : culturelle, démographique, socio- économique.

L'ouest Guyanais est pauvre en infrastructures, isolé sur le plan géographique et on observe une prédominance des problématiques liées à l'urbanisation, à la précarité, à l'addiction, aux violences psychologiques et aux suicides. Cette population est multiethnique jeune et avec des problèmes importants de santé mentale sur un territoire pauvre en infrastructures et isolé sur le plan géographique.

LES DIFFERENTS SERVICES DU POLE SANTE MENTALE :

Le service de psychiatrie adulte

Le service de psychopathologie de l'enfant, de l'adolescent et de la parentalité,

La Maison des adolescents (MDA).

Le centre de Réhabilitation Psycho sociale

- **SERVICE DE PSYCHIATRIE ADULTE**

Intra hospitalier :

- Unité d'urgence, crise et liaison psychiatrique
- Hospitalisation complète adulte (HCA) : 11 lits

Extrahospitalier:

- CMP saint Laurent du Maroni
- CMP Maripasoula
- + des antennes de consultations : Consultations avancées de secteur (Apatou, Grand santi, Talhuen, Papaïchton, Mana, Javouhey, Awala-yelimapo, Belle vue)
- Visite à Domicile (VAD)
- Centre de réhabilitation psychosociale
- Centre d'Accueil Thérapeutique en Temps Partiel (CATTP)

- o **SERVICE DE PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT,**

- Hospitalisation de jour enfant (HDJE LE MORPHO)

Extrahospitalier:

- Consultation enfant 0-12 ans, saint Laurent du Maroni
- CMP adolescent saint Laurent du Maroni
- CMPI Maripasoula
- Des antennes de consultations : Consultations avancées de l'inter secteur (Apatou, Grand santi, Talhuen, Papaïchton, Mana, Javouhey, Awala-yelimapo, Belle vue)
- Centres d'Accueil Thérapeutique en Temps Partiel (CATTP) Enfant et adolescent

DESCRIPTION DE LA PSYCHIATRIE ADULTE

Le service de psychiatrie décline une diversité de modalités de soins et de consultations allant de l'hospitalisation complète au suivi infirmier en visite à domicile s'appuyant également sur des structures extrahospitalières et un réseau partenarial.

Assurer des missions de préventions, de traitements des troubles psychiques, de suivi et de réadaptation des patients, d'aide et d'information aux familles et aux proches.

□ **HOSPITALISATION COMPLETE : HCA**

Unité médicale de 11 LITS : la structure permet de réaliser des soins polyvalents, intensifs par une équipe soignante dans le cadre du projet thérapeutique du patient.

La durée de séjour est d'environ 10 jours.

EQUIPES MOBILES DE L'HCA

Mission de réaliser des visites à domicile (VAD), en vue de procéder à :

- o Evaluation clinique
- o Education thérapeutique
- o Soutien à l'observance médicamenteuse

Composition des équipes :

- Responsabilité du cadre HCA en collaboration avec le personnel IDE et AS ou médecin. Au prorata du roulement habituel de l'équipe soignante

Indications

- Patient sorti d'hospitalisation et qui ne va pas au suivi au CMP prévu avec lui.
- Patient retourné au domicile depuis les urgences avec refus de l'hospitalisation en HCA proposée
- Patient qui sort contre avis médical de l'HCA

Fonctionnement

- Déploiement au moins deux (2) fois par semaine
- Fréquence des VAD : selon de la file active et des besoins.
- Collaboration avec les urgences psychiatriques q

• **EN EXTRA HOSPITALIER**

□ **Le Centre Médico-Psychologique « IBIS » (C.M.P.)**

Le CMP est ouvert du lundi au vendredi de 8h00 à 16h30. Il a pour mission le dépistage, la prévention et les soins des adultes présentant des troubles psychologiques et psychiatriques, sur le territoire de l'ouest guyanais.

Cette équipe est pluridisciplinaire. Elle est composée de : psychiatres, psychologues, cadre de santé, art-thérapeute, infirmier(e)s diplômé(e)s d'état, aide médico-psychologique, assistante sociale.

VAD : Les visites à domicile. La continuité des soins et l'abord spécifique des problèmes domestiques justifient souvent l'intervention de l'équipe médico-infirmière du CMP au domicile des patients.

IV. Vignette clinique

En janvier 2004, Monsieur S. P. 41 ans, de nationalité étrangère (Suriname), est amené par son père au centre Médico-Psychologique (CMP) de Saint Laurent du Maroni du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais pour des bizarreries comportementales.

Répercussions sociales de la consommation de drogue :

Vie professionnelle : aucune activité professionnelle du sujet.

A. ANAMNESE :

Motif de consultation :

Il s'agit d'un patient de 24 ans, célibataire sans enfant et sans profession à la première consultation au CMP.

Développement psychomoteur :

Aucun problème dans le développement psychomoteur, absence de retard du développement.

Histoire familiale :

Monsieur S.P est issue d'une famille Arawak du Suriname, arrivé en Guyane au milieu des années 1980.

Fratrie : il est 2^{ème} d'une fratrie de 3 : il a deux frères (un frère aîné né en 1977 vivant en Métropole et un frère cadet né en 1981 vivant à Saint Laurent du Maroni). Le père a eu 6 enfants d'autres lits.

Modèle relationnel des parents : les deux parents vivaient ensemble jusqu'au décès du père.

Relation du sujet avec ses parents : On relève une bonne relation avec ses deux parents au départ ; avec l'évolution de la maladie, il y a eu une détérioration des relations avec ses parents en lien avec les troubles du comportement du patient.

Milieu de vie : il a vécu avec ses deux parents et ses deux frères. Le frère aîné est parti vivre en Métropole, son père est décédé en 2019 et sa mère a rejoint sa famille dans la même région après le décès de son époux. Le patient est resté avec son frère cadet au domicile parental jusqu'en 2020. Il aurait mis du feu dans la maison familiale et se serait retrouvé dans la rue, Sans Domicile Fixe (SDF), mais il identifie le CMP comme lieu de vie. Il perd contact avec son frère qui s'installe dans un autre quartier de Saint Laurent du Maroni après la perte du domicile familial.

Histoire psychosexuelle adulte : Fantasme et choix d'objet non reconnus, choix d'objet sexuel préférentiel non connu. Il se déclare célibataire sans enfant et n'a aucune vie commune.

Droit : Monsieur SP est détenteur d'une CMU et il est en Affection de Longue Durée (ALD). Bénéficie également de l'Allocation d'Adulte Handicapé (AAH), il est sous Tutelle, le mandataire est l'Association Tutélaire de la Guyane (ATG) et dispose d'un compte en banque et d'une épargne à la Banque Postale.

B. HISTOIRE DE LA MALADIE :

Le début des troubles de Monsieur S.P. remonte vers l'âge de 12 ans, deux ans après sa déscolarisation. Il a été vu en première consultation en Janvier 2004 au Centre Médico-psychologique, il a été amené par son père pour des bizarreries comportementales. Déscolarisation précoce, il n'y avait pas de notion de prises de toxique, mais une alcoolisation fréquente. Un diagnostic provisoire a été donné « Cicatrisation d'un processus psychotique de l'adolescence ». Le patient était en demande d'aide pour le trouble, la formation et le travail en ce moment. Un premier diagnostic envisagé au CMP a été la « psychose schizophrénique de type hétéro-actif » en 2004.

C. ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES : Troubles des conduites, Premier épisode psychotique vers 21 ans environ, pharmacopsychose ancienne, plusieurs hospitalisations annuelles en psychiatrie pour des motifs similaires, la précarité psychosociale majeure, une rupture thérapeutique récurrente.

ANTECEDENTS SCOLAIRES : difficulté scolaire entraînant la déscolarisation à 10 ans.

ANTECEDENTS DE DELINQUANCE : Entre 16 et 18 ans.

MEDICO-CHIRURGICAUX : Irritation et une induration de la paroi pharyngée au niveau de la gorge due probablement à l'inhalation de substances nocives depuis une dizaine d'années, qui provoque une gêne permanente au niveau de la gorge que le patient décrit comme une douleur et c'est un des thèmes de son délire : "le diable est dans ma gorge".

ANTECEDENTS JUDICIAIRES : De nombreuses interpellations des forces de l'ordre suite à des troubles à l'ordre public, destruction de biens d'autrui et agressions sur personne dépositaire de l'autorité publique (destruction des véhicules de la gendarmerie) avec multiples hospitalisations sous contraintes car irresponsable pénal.

ANTECEDENTS DE PRISE TOXIQUES ET ALCOOL : alcool et cannabis depuis son jeune âge. Consommation de diverses substances nocives : essence, Gasoil, l'huile moteur. A sniffé de la colle. Consommation occasionnelle de la cocaïne et de l'héroïne.

D. ITINERAIRES DE SOINS INTRA HOSPITALIERE ET EXTRAHOSPITALIERE

1. Admissions aux urgences du CHOG :

Monsieur S.P. a été admis aux urgences à plusieurs reprises pour les mêmes motifs : des troubles du comportement à type de crises clastiques, d'agitation, violence, hétéro-agressivité, impulsivité, opposition aux soins.

Les troubles du comportement ont évolué depuis plusieurs années. La famille a rapporté un changement progressif d'attitude du patient depuis l'enfance.

On retrouve de nombreux passages à l'acte hétéro-agressifs au début dans la famille (agressivité envers son père, bagarres fréquentes avec son frère cadet).

Des troubles du comportement en lien avec la prise de stupéfiants ou à l'adhésion aux délires.

Le patient était adressé par :

- La gendarmerie de Saint Laurent suite à un signalement du voisinage ou lors d'un trouble à l'ordre public ou à l'issu d'une expertise de garde à vue.

- L'équipe du CMP qui réalise des VAD (visites à domicile) suite à une perte de vue ou pour la réalisation du traitement retard ou une rupture thérapeutique ou sur signalement de la famille.

L'équipe des urgences qui nous appelle au décours d'une plainte somatique (blessures lors des crises clastiques ou suite à des bagarres).

Ces admissions ont conduit à des observations cliniques de 48 à 72 heures avec sédations chimiques et physiques en UHCD des urgences. A l'issu de l'hospitalisation de courte durée, soit il retourne chez lui avec un rendez-vous au CMP ou soit il est transféré en hospitalisation de soins libre à Saint Laurent ou encore en soins sous contrainte au CHC.

2. Hospitalisation libre en hospitalisation complète adultes (HCA)

Plusieurs hospitalisations en soins libres au décours des hospitalisations courtes en UHCD des urgences générales du CHOG, ou à l'attente d'une place ou après sortie de soins sous contrainte au CHC, ou à la demande du psychiatre traitant après consultation au CMP, ou lors d'une VAD.

Il a pu bénéficier d'une hospitalisation longue de plusieurs mois entre 2016 et 2018.

L'adhésion au projet de soins se faisait de façon aléatoire mais pouvait tenir quelques temps par le patient. Il s'agissait de décompensation simple sans complication ou lors de moindre consommation alcoolique ou de stupéfiants.

La sortie pouvait se mettre en place avec des VAD et un suivi au CMP.

Le projet thérapeutique échouait à plusieurs reprises suite à l'alcoolisation et la consommation fréquente de stupéfiants à la sortie d'hospitalisation. Nous avons assisté à plusieurs passages à l'acte violents à l'égard de sa famille à son retour au domicile et sa mère aurait quitté le domicile à cause de la fréquence des agressions, pour s'installer dans le domicile familial à quelques kilomètres de la ville.

3. Hospitalisations sous contrainte :

Monsieur S.P a fait l'objet de multiples hospitalisations sous contrainte dans un contexte de troubles du comportement à type d'agitation, violences, crises clastiques sur la voie publique, violence envers le personnel de toutes les institutions s'occupant de lui (CMP, CAARUD, CSAPA, A.C.T).

Il a été admis à plusieurs reprises aux Urgences du Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais pour les mêmes motifs et il a été orienté en hospitalisation sous contrainte en psychiatrie sur Cayenne en Soins Psychiatriques à la demande de Représentant de l'Etat (SDRE) avec une fréquence trimestrielle en moyenne.

Il fut l'objet de plusieurs interpellations de la part des forces de l'ordre en incompatibilité avec la garde à vue, motivant multiples hospitalisations sous contrainte, Soins à la Demande de Représentant de l'Etat (SDRE), Soins à la Demande de Tiers (SDT), Hospitalisation en Péril imminent. Toujours dans un contexte de troubles du comportement.

4. Prise en charge ambulatoire au CMP

Le suivi au CMP de Monsieur S.P. a été émaillé de plusieurs ruptures.

Le CMP a été identifié par le patient comme un lieu d'aide pour recevoir son traitement, prendre sa douche, recevoir les vêtements et récupérer son argent avec la tutelle jusqu'à ce jour.

Le déni du trouble l'empêche de voir un point d'encrage au CMP. Il se présente pour recevoir de l'aide à l'alimentation et il profite pour prendre son médicament, la moindre frustration entraîne une agitation et une crise clastique avec fréquemment une hétéro agressivité.

Il se présente souvent au CMP de façon irrégulière mais en état d'ivresse ou de confusion ou déjà décompensé après une rupture de traitement.

Un suivi avec l'assistant du service social est en place depuis 2020 pour l'accompagner dans la recherche d'hébergement et la réinsertion sociale.

La rupture thérapeutique est fréquente depuis 2020 à cause du manque de domicile fixe empêchant l'équipe du CMP de le retrouver.

5. Visites a domicile (VAD) :L'équipe du CMP sur indication médicale fait des visites régulières à domicile (VAD) afin de prendre des nouvelles du patient : après une rupture du traitement, suite à un signalement fait par sa famille ou le voisinage, pour administration de son traitement retard.

Depuis 2020, cette pratique perd son sens car on le trouve rarement sur place à cause de son absence de lieu d'habitation fixe.

E. PRISES EN CHARGES MULTIDISCIPLINAIRES

Une Prise en charge addictologique a été mise en place par l'association AKATIH'J au CSAPA (prise en charge quotidienne des soins d'hygiène, du petit déjeuner, mais aussi de la prise en charge et la prévention des conduites addictologiques). Il a une tutelle.

F. SYMPTOMATOLOGIE DECRITE LORS DES DIFFERENTES ADMISSIONS

- Présentation : le contact est toujours non syntone, il y a présence d'impulsivité (à l'origine de ses troubles du comportement, incapable de retarder l'accomplissement de ses désirs immédiats et d'anticiper les conséquences de ses actes en fonction des expériences passées), l'agressivité (jaillie à la moindre objection ou obstacle opposé aux désirs ou pensées de ce monsieur), l'instabilité, la déambulation, l'errance, un comportement grossièrement désorganisé,

Bizarrerie comportementale : rire immotivé, syndrome de discordance,

- Affect et humeur instables avec manque d'expression des émotions,
- Pensée : Une pensée désorganisée et incohérente avec des idées délirantes,
- Langage : Discours désorganisé, flou et incompréhensible, passe du coq-à-l'âne ou incohérence, difficulté à maintenir une conversation, réponses brèves.
- Mémoire : déclin cognitif

- Perception : hallucinations intrapsychiques,

Des symptomatologies positives à type d'agitation psychomotrice, violence, risque de passage à l'acte accentué par la prise de toxiques,

Perte de plaisir dans les loisirs, perte d'intérêt pour des activités sociales et la difficulté à nouer des relations intimes avec un dysfonctionnement social,

Nous relevons une difficulté d'orientation dans le temps avec difficulté dans les repères dans l'espace et aux personnes,

Le fonctionnement d'une personnalité impulsive a été retrouvé avec l'instabilité émotionnelle et le manque de contrôle des impulsions

Polymorphisme important des manifestations cliniques, aucune n'étant spécifique,

COMPTE RENDU DE LA DERNIERE HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE EN PSYCHIATRIE (WAPA) AU CENTRE HOSPITALIER DE CAYENNE

Dernière hospitalisation en SDRE au CH de Cayenne d'une semaine en 2021 dans un contexte d'agitation aiguë sous crack avec trouble à l'ordre public (sur la voie publique).

Patient marginal, avec une grande précarité, sans profession,

Vit en situation d'isolement et de désinsertion sociale professionnelle totale.

A l'entrée : le patient est calme et peu sédaté. Il aurait reçu 4 ampoules de Loxapac et 1 ampoule de Rivotril en IM 3h au départ des Urgences de Saint Laurent pour le transfert.

Evolution dans le service : Peu favorable après une semaine d'hospitalisation, le discours est logorrhéique et assez désorganisé, il n'a pas d'agitation. La thymie, le sommeil, l'appétit sont corrects, le comportement est calme, il est coopérant.

Le patient n'a aucune adhésion aux soins ou à un projet de sevrage, il formule des demandes de sorties à répétition afin de repartir à Saint Laurent du Maroni où il réside.

Traitement de sortie : CLOPIXOL AP 200 mg : 2 ampoules en IM/ 4 semaines

Continuité de soins au CMP de Saint Laurent du Maroni

Conclusion : Il s'agit d'un patient agité sous consommation de crack sur fond de psychose chronique déficitaire avec une importante précarité sociale.

Diagnostics retenus : [27] [28]

1. **Principal** : Schizophrénie résiduelle continue (F20.50)

2. **Associés** :

- Syndrome de dépendance à des drogues multiples et à d'autres substances psychoactives, personne actuellement abstinente mais dans un environnement protégé (F1921)

- Personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F6030)

G. Prise en charge :

Monsieur S.P. est suivi par la psychiatrie de Saint Laurent du Maroni depuis l'âge de 12 ans environ. Il bénéficie d'une prise médicale, psychologique lorsqu'il est hospitalisé en Psychiatrie, un IDE libéral livre son traitement en ambulatoire quand il habite chez ses parents.

IDE du CMP dans le cadre de Visite à Domicile (VAD) mensuelle et lui propose des activités thérapeutiques d'une heure.

Monsieur S.P. est suivi de façon régulière par l'association CAARUD, l'AKATIH'J pour le petit déjeuner, l'hygiène corporelle et vestimentaire.

Monsieur S.P. bénéficie de l'AAH, Il est sous Tutelle et le mandataire de l'association Tutélaire de la Guyane (ATG) qui lui donne de l'argent deux fois par mois.

H. Traitement actuel

1. CLOPIXOL AP 200 mg : 2 ampoules en injection Intra Musculaire chaque 4 semaines
2. LEPTICUR 10 mg comprimé : 1 comprimé par jour
3. DEPAKOTE 500 mg comprimé : 1 comprimé le matin et 1 comprimé le soir
4. LOXAPAC 50 mg comprimé : 1 comprimé le matin si besoin et 1 comprimé le soir si besoin

Evolution et pronostic

Patient diagnostiqué Schizophrénie Paranoïde depuis jeune adulte, l'évolution va vers une psychose chronique très déficitaire avec la présence de désinhibition comportementale, de masturbation sur la voie publique, de contact hostile, d'inaccessibilité à l'entretien, non adhérence aux soins.

Le pronostic reste réservé car nous n'avons aucune rémission clinique des troubles.

V. COMMENTAIRE ET DISCUSSION

Nous pensons qu'une des clefs de la mise en place de l'équipe mobile de gestion de la crise sur l'ouest réside dans l'amélioration de la prise en charge des patients complexes et de la collaboration pour un parcours de soins coordonné et efficient. Pour ce faire, il nous est apparu pertinent de proposer une réflexion sur les difficultés rencontrées dans la prise en charge de ces patients.

La vignette clinique met en évidence un cas typique de trouble psychiatrique chronique ayant évolué vers une psychose à expression déficitaire en lien avec une comorbidité addictologique, une offre de soins insuffisante dans le parcours de soins du patient sur l'ouest guyanais, une prise en charge insuffisamment structurée et coordonnée, mais aussi en lien avec des aléas géographiques et culturelle, mais aussi par l'insuffisance de coordinations entre les structures de soins sur le même territoire.

1. DIAGNOSTIC :

Nous retrouvons des manifestations productives ou positives : des idées délirantes et des hallucinations (idée de persécution, des idées délirantes excentriques et des hallucinations sensorielles).

Les symptômes se sont installés de façon insidieuse mais durablement avec un fond épisodique sévère.

Les symptômes négatifs (ou déficitaires) ont été rapportés : appauvrissement affectif et émotionnel. Le patient se met en retrait et s'isole progressivement de son cercle familial, amical et social. Il communique moins, présente une volonté limitée et manifeste une émotivité réduite. Il présente moins d'intérêt et de volonté et davantage d'apathie, ce qui peut ressembler à une dépression.

Enfin, nous avons retrouvé des symptômes dissociatifs : une désorganisation de la pensée, des paroles, des émotions et des comportements corporels. La cohérence et la logique du discours et des pensées sont perturbées.

La manifestation clinique du trouble chez le patient a débuté très tôt par des troubles du comportement inaugurant des épisodes psychotiques intrigués par des symptomatologies de mésusage de prise d'alcool et de toxiques.

L'évolution a été fluctuante, avec des symptômes chroniques auxquels se surajoutent parfois des phases de psychose aiguës ou des actes délictueux entraînant des interpellations policières.

Elle s'est ensuite stabilisée avec des symptômes résiduels faits de symptômes négatifs et la poursuite du mésusage de stupéfiant.

Le diagnostic retenu depuis quelques années a été une de trouble psychotique chronique : schizophrénie avec des formes cliniques diverses retrouvés chez le patient au fil du temps :

- Héboïdophrénie (association de symptômes schizophréniques et psychopathiques)
- Paranoïde (prédominance de symptômes positifs, évolution par épisodes aboutissant à un appauvrissement progressif)

La forme clinique principale actuelle : Schizophrénie résiduelle continue (F20.50)

Nous avons retrouvé d'autres diagnostics associés :

- poly addiction (drogues multiples et autres substances psychoactives)
- trouble de la personnalité : Personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F6030)

2. La symptomatologie retrouvée chez le patient nous permet de discuter : [1]

La manifestation des troubles du comportement : Dangérosité criminologique ou psychiatrique :

la symptomatologie dominante chez notre patient est le trouble du comportement, ayant déjà fait plusieurs passages à l'acte violent avec une dangérosité inégalee.

La dangérosité, même si ces définitions restent multiples, pourrait se caractériser comme une propension à commettre des actes d'une certaine gravité, dommageables pour autrui ou pour soi, fondés sur l'usage de la violence [31]. Mais pour certains auteurs, ce concept est une construction sociale, qui se modifie selon les valeurs changeantes de la société.

La dangérosité psychiatrique a été définie comme une manifestation symptomatique liée à l'expression directe de la maladie mentale alors que la dangérosité criminologique est un phénomène psycho-social caractérisé par des indices révélateurs de la très grande probabilité de commettre une infraction contre les personnes ou les biens [12]. Pour Bénézech et Bourgeois [10], elle est la capacité d'un individu ou d'un groupe à présenter un risque de violence et de transgression, physique ou psychologique, ou encore comme une disposition, dans un contexte donné, à passer à l'acte d'une manière violente et transgressive.

Les études internationales ne retrouvent que 5 à 10 % d'individus atteints de troubles mentaux chez les auteurs d'homicides et les chiffres sont quasiment les mêmes chez les auteurs de violences sexuelles. Les individus présentant un trouble mental sévère seraient les auteurs de 5 % des infractions criminelles avec violence [21].

Il conviendra donc, lors de l'évaluation du risque de comportement violent chez les personnes présentant une pathologie mentale, de s'intéresser aux différents types de facteurs qui ont montré leur implication dans l'augmentation du risque de passage à l'acte.

2.1.Pathologie psychiatrique

La schizophrénie est le trouble psychiatrique le plus étudié dans ses liens avec la violence. Néanmoins, s'il existe une augmentation du risque de violence liée à ce trouble, il semble que cela soit plurifactoriel. L'existence de symptômes psychotiques productifs, comme les idées délirantes de persécution ou le syndrome d'influence avec injonctions hallucinatoires de passage à l'acte, augmente le risque de violence [32, 42, 35]. Il convient, en cas de délire de persécution, de penser à protéger le persécuté, qui peut être la cible d'un passage à l'acte violent.

La violence peut également survenir lors d'un épisode maniaque dû à des symptômes mégalomaniacs, à la désorganisation de la pensée ou du comportement [37]. Pour ces patients, l'évaluation du niveau d'impulsivité, d'irritabilité, de trouble de la capacité de jugement est essentielle pour connaître le risque de passage à l'acte violent.

2.2.Troubles de la personnalité

La potentialité violente liée à la psychopathie, marquée par l'absence d'empathie, l'indifférence, la dimension égocentrique, la tendance au mensonge et à la manipulation, est reconnue. Le passage à l'acte violent est fréquemment en lien avec une intolérance à la frustration.

La présence d'une psychopathie ou d'un trouble de la personnalité antisociale chez un individu présentant des troubles mentaux est associé à une augmentation significative du risque de violence [25, 27, 43].

Hodgins [26] a bien mis en évidence la différence entre les patients schizophrènes présentant ou non un trouble de la personnalité comorbide dans le type de violence perpétrée. Chez les patients schizophrènes ayant un trouble de la personnalité antisociale, les passages à l'acte n'ont souvent aucun lien avec les idées délirantes, les comportements délinquants ayant fréquemment débuté avant l'émergence du trouble psychiatrique. Pour ces patients, les antipsychotiques préviennent peu le risque de violence.

2.3.Troubles d'abus de substance ou d'alcool

La consommation de toxiques augmente le risque de violence en population générale et chez les individus présentant des troubles mentaux. Ce risque est multiplié par 2 à 5 chez les individus présentant un trouble mental et une comorbidité d'abus de substance par rapport à la population générale [43]. En l'absence d'abus de substance, certains auteurs ont retrouvé un risque de violence identique entre la population générale et les individus présentant des troubles mentaux [19].

2.4.Adhésion aux soins et observance thérapeutique

Des études sur la violence posent le problème de la rupture de soins qui a un rapport évident avec la désinstitutionalisation psychiatrique connue par tous les pays industrialisés [39]. La rupture thérapeutique par son impact sur la recrudescence des symptômes est associée à une augmentation du risque de violence [20].

2.5.Les facteurs de risque contextuels [40, 41]

Les facteurs de risque contextuels sont les facteurs liés à l'environnement, aux conditions sociales et aux autres circonstances qui composent le cadre de vie d'une personne.

Les patients qui présentent un délire de persécution, le geste violent étant dirigé vers une cible désignée, souvent un membre de la famille. La récurrence, dans ces cas-là, est plus rare ;

Les patients qui présentent un trouble de la personnalité associé, le passage à l'acte étant le plus souvent de type impulsif, en lien avec une alcoolisation ou une prise de toxiques. Il existe des antécédents de violence avant l'apparition du trouble psychiatrique et un fort potentiel de récurrence.

3. PARCOURS DE SOINS DU PATIENTS

La prise en charge de ce patient a débuté si tôt associant plusieurs méthodes :

Pharmacologique, psychosocial et addictologie,

Un traitement médicamenteux a été associé à une prise en charge active des addictions du patient.

Les traitements “antipsychotiques” au départ avec des antipsychotique de 1^{ère} génération puis enfin de deuxième génération en première intention.

3.1. Les parcours de soins aux urgences :

On note plusieurs passages aux urgences du CHOG depuis 2017 avec toujours le même motif de trouble du comportement dans un contexte d'alcoolisation massive ou de prise de toxique entraînant des sédations à cause de violence et l'agitation engendrées.

Nous avons pu recensés de 2019 à 2021 à partir du Logiciel Cora recueil urgence, en 3 ans 42 passages aux urgences.

Parmi les passages aux urgences les motifs ont été les suivantes :

- 3 passages pour des troubles somatiques (coup et blessures reçus, trouble du comportement dans un contexte fébrile)
- 13 interpellations policières suite à des troubles à l'ordre public aboutissant à des expertises et des transferts en hospitalisation sous contraintes à Cayenne.
- 10 hospitalisations ont été demandés par le psychiatre traitant
- 5 hospitalisations au CHOG après passage aux urgences étaient en programme de soins post hospitalisation sous contrainte de retour de Cayenne ;
- 11 admissions étaient toutes des troubles du comportement dans des contextes de prise de toxique ou de décompensation psychotique en lien avec une rupture thérapeutique (hétéro agression, violence) signalés par la famille et l'entourage ou il est emmené par les pompiers aux urgences générales.

Parmi les 42 passages aux urgences, les itinéraires thérapeutiques ont été les suivantes :

- 13 hospitalisations en soins sous contraintes : CHC
- 12 hospitalisations en soins libres : CHOG
- 09 Retour à domicile après un séjour de 12 à 72 heures en UHCD CHOG
- 02 Poursuites de suivi par l'équipe du CMP à domicile avant l'incendie du domicile
- 06 fugues des urgences et de l'hospitalisation en soins libre avant prise en charge spécialisée.

Les prises en charges aux urgences générales de notre patient ont été : des interventions sur la crise (décompensation psychotique, troubles du comportement, actes médico-légaux).

Le patient étant plusieurs fois emmené par la gendarmerie, le SAMU ou les pompiers pour prise en charge de trouble de comportement. Des observations en ont été faites dans des conditions abusives pouvant dépasser 3 à 4 jours de contentions en salle d'apaisement de l'UHCD avec plusieurs modalités :

- Sortie définitive à domicile sans relais de prise en charge immédiate mais avec injection d'un neuroleptique retard,
- Transfert vers une hospitalisation libre,

- -Transfert vers l'hospitalisation sous contrainte,
- Maintien de longue durée afin qu'une place se libère au CHC ou pour travailler l'admission en soins libre,
- Fugue avant la prise en charge spécialisée : on perd de vue le patient qui devrait attendre l'arrivée du psychiatre ou la conclusion des explorations somatiques.

3.2. Parcours d'hospitalisation : Plusieurs hospitalisations de courte durée de crise, en soins libres et sous contraintes sont à noter.

- **UHCD CHOG :En "temps de crise"** la gestion de la crise manifestée par des troubles du comportement en lien avec l'alcoolisation massive, la prise de stupéfiants, la décompensation psychotique aiguë et de passer la notion de dangerosité.
- **En soins libre HCA CHOG :** pour gérer la post crise, la réadaptation, la réévaluation ou l'adaptation thérapeutique.
- L'adhésion aux soins est fluctuante à cause du déni du trouble et le sevrage dans le cadre des conduites de poly addiction.
- Nous avons observé plusieurs fugues en hospitalisation car ce service n'est toujours pas adapté à sa situation clinique.
- **En soins sous contrainte CHC :** hospitalisation située à 250km de son lieu de vie, difficulté dans le transfert inter hospitalier car notre établissement n'a pas encore l'agrément de prise en charge sous contrainte. Nous devons d'abord nous assurer de l'acceptation du patient dans le centre hospitalier de Cayenne, qui n'est pas toujours le cas car le patient a une clinique complexe relevant parfois du pénal à cause de la dangerosité, mais aussi de l'addictologie. Nous assistons parfois à des refus d'admission ou de manque de place malgré la décision d'un représentant de l'état, entraînant une forte tension entre établissement.
- **Les hospitalisations se font** avec une fréquence trimestrielle en moyenne **en Soins** Psychiatrique à la demande de Représentant de l'Etat (SDRE) en Soins à la Demande de Tiers (SDT) et par Hospitalisation en Péril imminent dans l'unité de soins intensifs WAPA ou dans l'unité d'addictologie AMARANTE.

Au cours des différentes hospitalisations, on retrouve moins d'adhésion aux soins proposés, ce qui entraîne des fugues à répétition en milieu hospitalier, aussi une insuffisance de soutien par la famille du patient a été observé.

L'épuisement du personnel ayant suivi le patient se fait sentir à cause du comportement et la fréquence des hospitalisations.

Nous observons un sentiment d'abandon de la part de sa famille certainement en lien avec la stigmatisation et la connotation culturelle de la maladie dans sa communauté Arawak, pour laquelle la maladie psychiatrique est considérée comme la possession du patient par un esprit, souvent mauvais et

hostile, le père à l'époque, "il y a un diable qui a pris possession de mon fils" et pour la famille, c'est un mauvais sort qui lui a été jeté.

3.3. La parcours de soins extra hospitalier du patient :

- **Suivi CMP :** Cette prise en charge est aussi assujettie à de nombreuses ruptures en lien avec le déni du trouble par le patient, aussi par l'abandon des soins par sa famille après le décès de son père, mais aussi par la peur suscitée par la violence de son comportement aux personnels le prenant en charge.

- Une évaluation psychiatrique est faite en fonction de l'état clinique du patient, sinon il est reçu chaque mois par le médecin psychiatre, la psychologue propose des psychothérapies, les IDE administrent le traitement et évaluent l'observance et la tolérance (injection à libération prolongée (une injection toutes les deux à quatre semaines).

- Il est reçu en continuité ambulatoire post hospitalisation ou dans le cadre de son suivi.

Le CMP est repéré néanmoins par le patient qui vient de façon irrégulière quand il en a envie, pour recevoir ses soins en santé mentale.

- Un suivi des conduites addictologiques a été mis en place par l'unité d'addictologie quand on avait un Médecin jusqu'en 2019.

- Un suivi par l'assistant du service social est en cours depuis 2020 par rapport à l'hébergement et la réinsertion sociale.

- **Les visites à domicile (VAD) :** sont proposées par l'équipe du CMP depuis plusieurs années au patient. L'équipe est toujours constituée d'un binôme parmi le personnel du CMP (IDE, Psychologue, Assistant du service social, Médecin, aide-soignant)

Cette visite facilitait l'adhésion du patient et servait de repère pour lui jusqu'à l'incendie du domicile. L'objectif est d'évaluer les conditions de vie du patient, évaluer l'observance et la tolérance du traitement, travailler l'adhésion aux soins afin d'éviter les multiples rechutes.

- **Accompagnement par l'Akatij :** qui est une association ayant pour objet : créer, réaliser et suivre toutes les actions au bénéfice de tous les publics en difficultés et leur entourage, sur l'ensemble de la région Guyane. Le patient bénéficie du soutien et de l'accompagnement du CSAPA et du CAA-RUD par les soins, l'accompagnement, la prévention en addictologie et la réduction des risques des usagers de drogues.

Sa prise en charge concerne l'aide à l'hygiène, l'accès aux soins de première nécessité proposée dans leurs locaux, l'aide au sevrage et la prévention des conduites addictives.

- **Infirmière libérale :** l'infirmière libérale, passe à domicile tous les jours afin de dispenser les soins, évaluer l'observance et la tolérance du traitement. L'infirmière fait le lien avec l'équipe du CMP et l'alerte en cas de difficultés observés sur l'état clinique.

3.4. La prise en charge du psychotique intègre le volet médicamenteux et psychosocial.

La prise en charge d'un premier épisode psychotique est globale, multidisciplinaire, articulée autour des volets médicaux, sociaux, psychologiques... adaptés à la multiplicité et à la diversité des symptômes, au profil du patient, aux besoins d'accompagnement spécifiques à cette phase de la maladie, à la tranche d'âge, au terrain cognitif, médical et développemental, à la présence d'un abus de substance et à l'environnement. Une hospitalisation est souvent nécessaire lors d'un premier épisode, lorsqu'il est envahissant, mais une prise en charge plus précoce pourrait éviter cela.

Un traitement médicamenteux et une réhabilitation psychosociale doivent être associés à une prise en charge active des addictions associées, qui constituent des facteurs de risque de mauvaise observance, de complications, de rechutes et d'hospitalisation. Ainsi, il est indispensable d'accompagner vers le sevrage les patients consommant des substances.

Sur le plan médicamenteux, le traitement de première intention repose sur un antipsychotique de 2^e génération (ou antipsychotique « atypique » : rispéridone, aripiprazole, quetiapine, olanzapine). Il est généralement instauré progressivement, jusqu'à l'atteinte d'une dose efficace. Le traitement doit être chronique : maintenu au moins 2 ans après un premier épisode, et plus de 5 ans à partir du second. L'utilisation de solution injectable à action prolongée facilite la prise du traitement et le maintien de doses efficaces. Il peut être ajusté en fonction de la tolérance et l'efficacité observées (via la modification de la molécule ou des associations). L'hospitalisation du patient peut être nécessaire pour faciliter l'instauration du premier traitement. D'autres psychotropes comme des antidépresseurs ou des anxiolytiques peuvent être associés selon les symptômes du patient.

Les antipsychotiques ont révolutionné la vie des patients, ils atténuent ses symptômes, principalement les symptômes « positifs » et réduisent les rechutes et permettent pour certains patients une « guérison fonctionnelle » associée à une bonne qualité de vie.

L'indispensable approche psychosociale : les difficultés cognitives, sociales ou la perte d'autonomie dans la vie quotidienne ont un impact important sur le processus de rétablissement (difficulté à reprendre une activité professionnelle, difficulté à vivre seul) : une réhabilitation psychosociale permet d'aider la personne à progresser pour atteindre ses objectifs en matière de projet de vie. Elle se fonde sur les capacités du patient et vise à les utiliser pour améliorer son quotidien. Elle comporte la réhabilitation (ou remédiation) cognitive, qui traite notamment les symptômes de désorganisation ; la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) peuvent permettre au patient de gérer ses symptômes négatifs mais aussi positifs, et l'aider à éviter l'enfermement sur lui-même et la désocialisation progressive ; des séances de cognition sociale (sur la maladie, ses symptômes, son traitement...), d'ergothérapie et/ou d'accompagnement sur le plan social et professionnel ; la psychoéducation du patient, ou éducation thérapeutique du patient (ETP).

Le soutien et l'éducation de l'entourage est également essentiel pour assurer un bon engagement du patient et de sa famille.

4. Evolution de la maladie

Nous assistons à une évolution fluctuante allant vers une psychose déficitaire.

Les critères de mauvais pronostic chez notre patient sont : début précoce et insidieux, symptômes négatifs, absence de rémission des symptômes, nombreuses rechutes, refus de soins et mauvaise réponse au traitement médicamenteux,

Des facteurs de risque de mauvaise observance, de complications, de rechutes et d'hospitalisation ont été observés chez le patient malgré la mise en route très précoce d'un traitement médicamenteux associé à une prise en charge active des addictions.

Nous observons fréquemment des complications représentées par les accès d'agitation aigus, avec risque de passage à l'acte hétéro agressif, l'isolement socio-affectif avec désinsertion, et le fléchissement intellectuel déficitaire.

Chez notre patient, la maladie évolue de façon chronique avec des accès psychotiques aigus récurrents par décompensation ou par des passages à l'acte délictueux.

Dans nos offres de soins sur l'ouest guyanais, nous n'avons pas de solution de mesures de réinsertion et de tissu relationnel en hôpital de jour ou en centre de réinsertion car le patient n'adhère pas aux soins proposés et met en échec toute proposition thérapeutique.

Le malade évolue de manière déficitaire avec dégradation des habilités intellectuelles et sociales.

Dans l'évolution des patients psychotiques chroniques, le pronostic dépend de l'engagement du patient dans sa prise en charge. La précocité de la prise en charge, la qualité du soutien psychosocial, de l'accès aux soins et de l'adhésion du patient à sa prise en charge vont constituer des éléments de bon pronostic. À l'inverse, les personnes isolées socialement et celles qui ont présenté une progression rapide des symptômes négatifs, ou un délai diagnostique prolongé, ont un moins bon pronostic.

Mais le principal facteur pronostic est l'observance du traitement et l'engagement dans la prise en charge. D'où l'importance de la psychoéducation, pour améliorer l'adhésion du patient à son traitement. Près de la moitié des patients interrompent leur traitement dans la première année, parce qu'ils ne reconnaissent pas leurs troubles (déli), parce qu'ils se sentent mieux, ou en raison d'effets indésirables (en particulier la prise de poids), induisant un risque élevé de rechute.

Au final, environ un tiers des patients sont en rémission durable après quelques années de traitement : ils reprennent une vie sociale, professionnelle et affective. Chez les autres, la maladie persiste dans le temps avec des symptômes à peu près contrôlés grâce à un suivi médical, mais avec des rechutes possibles. Restent malheureusement 20 à 30% de sujets très peu répondeurs aux traitements.

5. Coordination des soins entre établissements prenant en charge le patient

Une synthèse pluridisciplinaire est organisée chaque mois autour des problématiques du patient comorbide avec le CAARUD et le CMP et la tutelle afin de coordonner la prise en charge du patient.

Pour les hospitalisations sous contrainte à Cayenne, une réponse positive à l'admission est requise au préalable avant tout transfert, des certificats et des comptes rendus médicaux sont envoyés avec le

patient, mais malgré tout, il en résulte un manque de communication et de coordination entre les deux établissements (CHOG, CHC) mettant à mal la poursuite des soins post hospitalisation ou post cure et entraînant un parcours de soins critique, non efficient et discontinu chez le patient.

Plusieurs déclarations d'évènements indésirables ont abouti à des CREX qui améliorent la qualité de nos prises en charge actuelles.

6. Parcours de soins du patient sur le plan santé mentale :

La dimension du « prendre soin », implique aussi bien les patients eux-mêmes, les familles, les aidants, les soignants du sanitaire et du médico-social et les acteurs de l'environnement social.

Le parcours de soin de ce patient implique et interroge l'ensemble des acteurs du soin sur plusieurs points :

6.1.L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques : depuis son premier contact avec la psychiatrie en 2004, le patient a eu déjà un diagnostic lors des consultations ou il était demandeur de soins et d'accompagnement pour la formation et le travail.

Malheureusement, la prise en charge a été marquée par plusieurs ruptures thérapeutiques en lien avec le trouble du patient mais aussi du faible soutien de la famille.

Elle a été marquée par l'insuffisance d'outils et de dispositifs thérapeutiques proposés par le service de psychiatrie et aussi par l'insuffisance de ressource humaine qualifiée dans ses genres de problématiques au CHOG (jusqu'en 2019, il n'y avait que 3 psychiatres pour tout l'ouest Guyanais).

La complexité dans la forme clinique et la comorbidité entraîne des défauts de prise en charge en hospitalisation.

Les unités d'hospitalisation reçoivent ainsi les patients en état de décompensation psychique et de crise.

Le CMP de Saint Laurent, bien repéré par le patient, assure la continuité des soins du patient sorti d'hospitalisation ou en programme de soins.

6.2.Les hospitalisations inadéquates : la majorité des hospitalisations a été courte sans projet thérapeutique de sortie claire et applicable. Le patient transféré à Cayenne 250km pour des soins sous contraintes est retrouvé deux jours après dans la rue de Saint Laurent, sans coordination de la sortie au préalable avec le médecin ayant organisé le transfert. La demande d'hospitalisation du patient est pour la plupart un besoin de contenance par le degré de désorganisation et de souffrance psychique.

La non adhésion au projet d'hospitalisation en soins libre a entraîné plusieurs fugues avec rupture de traitement.

La complexité dans la forme clinique et la comorbidité entraîne des difficultés de prise en charge en hospitalisation et entraîne des hospitalisations abusives.

6.3.L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux :

Sur l'ouest de la Guyane, nous avons une insuffisance constante de structures sociaux et médicaux sociaux pouvant accompagner le patient.

le seul dispositif d'accompagnement pour le problématique addictologique a été l'association AKATIJ, la tutelle est installée à Cayenne et fait le déplacement deux fois par mois à Saint Laurent pour s'occuper du patient.

Le patient est sans domicile fixe et nous n'avons aucune solution d'hébergement pour le patient lui permettant d'avoir une stabilité de situation (les appartements thérapeutiques et l'accueil familial thérapeutique sont au stade de projets dans le pôle santé mentale de l'ouest.

6.4.L'accès aux soins somatiques : aux urgences générales, le patient est évalué sur le plan somatique avant l'examen psychiatrique ou l'hospitalisation. En hospitalisation le patient est évalué somatique une fois par semaine. Tout patient en dehors du milieu hospitalier a un médecin traitant mais au regard de la nature du trouble, il ne se rend pas spontanément et il est moins soutenu par sa famille.

6.5.La prévention et la gestion des situations de crise : la prévention de situations des crises est faite par les visites à domicile du CMP et par l'infirmière libérale. Cette prévention est suffisante car l'équipe passe à domicile uniquement une fois par mois ou quand il y'a un signalement ou une perte de vue. L'infirmière libérale n'est pas suffisamment préparée à ces problématiques de santé mentale.

6.6.Coordination entre structure de soins sur le territoire :

L'amélioration de la prise en charge des patients complexes réside dans l'amélioration de la collaboration entre les deux établissements de soins concernés.

Le respect des protocoles et des conventions entre hôpitaux nous interpelle à travers plusieurs patients entre l'ouest et le littoral qui est sur le même territoire santé mentale de la région.

Nous assistons au rejet des patients de l'ouest confrontés à des difficultés sociales outre leurs troubles (grande précarité, non ouverture des droits sociaux, loin de leur famille d'origine), qui se voient les mesures de soins sous contrainte levées, se retrouvant dans les rues de Cayenne à 250 km de leur lieu de vie, certains sont retrouvés en garde à vue après des délits commis pour leurs survies à distance du trouble.

La coordination et la mise en œuvre pratique de l'offre de soins aux patients comorbides dans notre territoire de psychiatrie, sont entravées par le système de soins empirique dépassé en Guyane, les attitudes négatives des soignants, la stigmatisation sociétale des troubles mentaux, le manque de personnels hautement qualifiés, du manque de moyen financier et humain.

L'intervention de l'équipe mobile à l'ouest Guyanais donnera un temps suffisant de gérer la crise avant de faire le transfert du patient si nécessaire et améliorera cette coopération inter hospitalière.

6.7.Perspectives d'évolution pour l'amélioration du parcours de soins du patient:

Le parcours de soins de notre patient qui a un vécu abandonnique, est émaillé de rupture thérapeutique en lien avec les troubles mais aussi en lien avec l'institution par manque d'outils, de dispositifs thérapeutique et de moyens humains afin d'éviter les ruptures de suivi et la réactivation de la destructivité (isolement délétère, errances, passages à l'acte auto ou hétéro agressif, violents, mésusage alcoolique et de stupéfiants).

L'amélioration de ce parcours passe par la création d'offre de soins ambulatoire innovante en psychiatrie afin de renforcer à minima les offres existantes sur le territoire de l'ouest par la facilitation de l'accès à l'évaluation et une prise en charge précoce de la crise en psychiatrie.

Pour favoriser la plus juste articulation entre prise en soin et le rétablissement du patient psychotique, la mise en place d'une équipe mobile de prise en charge de la crise dans son milieu de vie empêchera la rechute et permettra une bonne coordination de ses soins somatique, addictologique, social et psychiatrique. Cette prise en charge favorisera la rémission du patient et sera le début d'une voie vers le rétablissement par la réhabilitation sociale.

Ce dispositif permettra aux patients suivis dans notre secteur de psychiatrie d'accéder à une certaine autonomie et d'investir une vie hors institution.

Cette réflexion d'amélioration du parcours de soins des patients suivis par notre pôle santé mentale de l'ouest passe par l'intégration de l'équipe mobile de crise dans le parcours.

Partant de notre propre expérience du CMP adulte dans les interventions à domicile « de suivi » mise en place depuis 2012 à Saint Laurent du Maroni.

Ces interventions à domicile « de suivi », appelées « Visites à domicile » (VAD), sont majoritairement prescrites aux patients chroniques ou non observant au projet de soins en post hospitalisation, à l'issue d'une consultation en CMP ou lors des pertes de vue des patients suivis, elle fonctionne sur prescription médicale.

L'équipe est constituée d'un binôme généralement parmi le personnel du CMP (IDE, Psychologue, Médecin, Assistant du service social, aide-soignant) afin de poursuivre la continuité de soins organisées au lieu de vie du patient.

Nous souhaitons renforcer cette équipe tout en définissant de nouvelles missions de gestion de la crise à domicile en nous appuyant sur le réseau des infirmières libérales, l'hospitalisation à domicile et les autres partenaires sociaux et médico-sociaux.

L'intégration de l'équipe mobile dans le parcours du patient en santé mentale est-elle à même d'aider le patient vers un accomplissement personnel lui permettant son rétablissement ?

Notre expérience d'équipe mobile de soins au-delà d'un projet rénovant est déjà un outil qui nous permettait de suivre nos patients perdus de vue et d'optimiser la prise en charge ambulatoire.

Elle nous permettait également de créer le lien avec l'environnement familial du patient, en Guyane culturellement stigmatisant tout en soignant le patient dans son environnement familial d'où la communauté.

L'intégration de l'équipe mobile de gestion de la crise à domicile nous permettra au-delà de l'outil communautaire, renforcer l'offre de soins existante sur le territoire de l'ouest géographiquement isolé et un peu à l'oubli.

Cette équipe pourra gérer la crise et permettre au patient et sa famille de situer les objectifs, les tenants et aboutissants du projet du patient pour l'accompagner au mieux dans son processus de réhabilitation, d'évolution, d'accomplissement de soi.

Hors les murs de l'hôpital, la personne aura plus facilement accès à son épanouissement personnel, à la réalisation de soi et à la découverte de ses compétences.

Un projet de service a été fait dans ce sens, et le calendrier de démarrage du dispositif est le deuxième semestre 2022.

Une réunion d'organisation avec les moyens humains et logistiques à disposition, est prévue au premier trimestre 2022.

CONCLUSION

La politique de santé mentale s'inscrit nécessairement dans un cadre coopératif large, incarné par un projet territorial de santé mentale qui facilitera le parcours de « l'utilisateur », en mettant en relation tous les acteurs susceptibles d'intervenir à un moment ou un autre dans ce parcours : « la coordination socio-sanitaire est indispensable ».

Le PTSM de Guyane est en cours d'élaboration, constituant un seul territoire santé mentale de la région Guyane et regroupe les 3 secteurs de psychiatrie des 3 établissements de santé.

La feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé, en particulier avec ses axes majeurs d'action que sont le repérage et la prise en charge précoces des troubles psychiques et la prévention du suicide. Elle a comme objectifs l'amélioration des conditions de vie, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique, l'amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements.

Cela ne sera possible que dans une approche transversale de la politique de santé mentale, territorialisée dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale, dans une dynamique d'« aller-vers » et d'empowerment.

Notre étude à travers la vignette clinique a montré une grande insuffisance du cadre coopératif entre les différents acteurs du territoire, une grande insuffisance de l'offre et dans la qualité de la prise en charge dans le parcours de soins du patient de l'ouest guyanais.

Les recommandations internationales insistent sur le virage ambulatoire nécessaire au parcours de soins efficace du patient en santé mentale, d'où notre réflexion sur l'intégration de l'équipe mobile de crise dans le parcours du patient guyanais en partant des bonnes expériences du CMP et de l'HCA du CHOG dans les interventions à domicile (VAD) instaurées depuis 2012.

Pour la mise en place de l'équipe mobile de gestion de la crise à domicile, nous souhaitons renforcer ces équipes d'intervention existantes avec de nouveaux moyens logistiques, humains et de formation, mieux structurer les interventions en leur confiant de nouvelles missions de gestion de la crise à domicile.

Avec cette équipe mobile de gestion de la crise, le pôle santé mentale de l'ouest guyanais souhaite apporter une révolution dans le concept de santé communautaire tout en prenant en charge le patient dans sa communauté, repérer plus précocement les troubles en santé mentale, notamment en luttant contre la stigmatisation, la précarité et le mal-être.

Cette équipe mobile contribuera à la structuration de l'offre de prise en charge plus solide, garantissant un maillage de proximité et une bonne coordination ville-hôpital. Cela sera possible avec une bonne coordination des acteurs autour de la santé mentale communautaire de l'ouest guyanais.

L'équipe mobile de gestion de la crise est un dispositif de soin emmenant des patients hospitalisés à domicile vers une plus grande autonomisation et, d'accéder à une réinsertion sociale susceptible de réduire, autant que possible, une dépendance à la vie hospitalière faite d'hospitalisation récurrente.

RECOMMANDATIONS

Au vu des difficultés rencontrées dans le parcours santé mentale du patient de l'ouest guyanais, Nous formulons les recommandations suivantes auprès des autorités de la tutelle afin d'améliorer le parcours de soins en santé mentale par des projets innovant l'offre de soins sur le territoire :

- Instaurer de nouveaux partenariats, fondés sur les principes de « l'aller vers », associant la psychiatrie de secteur aux structures des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux pour favoriser le repérage et l'entrée dans un parcours de soins coordonné;
- Développer l'offre d'accompagnement post hospitalisation dans le milieu médico-social,
- Développer l'offre de réhabilitation psycho-sociale en adéquation avec le projet de vie des usagers;
- Améliorer l'accès, la fluidité aux soins et l'accompagnement ambulatoire ;
- Faciliter l'accès aux soins intégrés, à la prévention et à la réduction des risques et des dommages pour l'ensemble des personnes en souffrance psychique;
- Améliorer l'offre et le parcours coordonné pour les enfants et adolescents présentant une souffrance psychique et/ou des troubles du comportement ;
- Promouvoir les dispositifs innovants en santé mentale communautaire ;
- Améliorer la qualité de vie au travail et la prévention des risques psychosociaux.

Références bibliographiques

- [1] A. Féline, J.D. Guelfi, P. Hardy. Les troubles de la personnalité, Flammarion « Médecine Sciences », Paris, 2002, 443 p.
- [2]- ABRIC J.C., Psychologie de la communication, in Théories et méthodes, Armand Colin, Paris, 1999, 5-22.
- [3]- AILAM L., RCHIDI M., TORTELLI A., SKURNIK N., Le processus de désinstitutionnalisation, Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, Volume167,.Issue.6,.Pages.455-458.
- [4]- ALFANDARI E., MAUREL E., Hébergement et réadaptation sociale, Paris, Dalloz,1996.
- [5] Analyse d'innovations dans les secteurs psychiatriques : augmenter la mobilité et la disponibilité [Internet]. [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: <http://docplayer.fr/14788776-Analyse-d-innovations-dans-les-secteurs-psychiatriques-augmenter-la-mobilite-et-la-disponibilite.html>
- [6] ANTHONY WA, KENNARD WA, O'BRIENWF, FORBESS R. Psychiatric rehabilitation: past myths and current realities. *CommMental Health J* 1986 ; 22 : 249-264.
- [7] BARTON R ., La névrose institutionnelle, Edition du Scarabée, Paris 1969
- [8] BESANCON G., Manuel de psychopathologie-les psychoses-BDA, Dunod, Paris, 1993
- [9] Boris Nicolle. Gérer la crise psychiatrique autrement: place et intérêt des équipes mobiles dédiées; exemple d'une initiative bordelaise. *Médecine humaine et pathologie*.2019. DUMAS-02100238.
- [10] Bourgeois M, Bénézech M. Dangereusité criminologique, psychopathologique et comorbidité psychiatrique. *Ann MedPsychol* 2001 ; 159 : 475-86.
- [11] BOUVARD M. Nouveaux systèmes de classification diagnostique chez l'adulte. EMC Elsevier SAS, Paris, Psychiatrie, 37-065-A-10, 2006.
- [12] Burgelin J. Santé, justice et dangersités : pour une meilleure prévention. Ministère de la Justice et de la Santé.
- [13] CHABANNES J-C, Les psychoses : données actuelles et perspectives, Elsevier SAS, 2005, 57 à 82.
- [14] CIM 10 : 10^{ème} édition, Classification internationale des maladies.
- [15] De Clercq M. Urgences psychiatriques et intervention de crise. De Boeck Université. 1997. 275 p. (Oxalis).
- [16] Définitions: www.larousse.fr/encyclopedie/medical/psychose/15628
- [17] DSM IV-TR : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux, 4ème édition, Texte Révisé
- [18] EDMOND M. et PICARD D., « L'école de Palo Alto: Un nouveau regard sur les

relations humaines », Retz Sejer, deuxième édition, Paris, 2004, p 19 à 68.

[19] Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009 ; 66 : 152-61.

[20] Elbogen EB, Van Dorn RA, Swanson JW, Swartz MS, Monahan J. Treatment engagement and violence risk in mental disorders. *Br J Psychiatry* 2006 ; 189 : 354-60.

[21] Fazel S, Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am J Psychiatry* 2006 ; 163 : 1397-403.

[22] FOUGEYROLLAS, P. et coll, Classification québécoise Processus de production du handicap, Réseau international sur le Processus de production du handicap, (RIPPH)/SCCIDIH, Québec, 1998, 166p

[23] Guedj M-J. Introduction. 2016 déc 15; DU Urgences Psychiatriques, Faculté Paris Descartes.

[24] GIMENEZ G., PEDINIELLI J-L., Les psychoses de l'adultes, Armand Colin, 2004

[25] Hodgins S, Lapalme M, Toupin J. Criminal activities and substance use of patients with major affective disorders and schizophrenia: a 2-year follow-up. *J Affect Disord* 1999 ; 55 : 187-202.

[26] Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophr Res* 2005 ; 78 : 323-35.

[27] Joyal CC, Putkonen A, Paavola P, Tiihonen J. Characteristics and circumstances of homicidal acts committed by offenders with schizophrenia. *Psychol Med* 2004 ; 34 : 433-42.

[28] Laforcade M. Rapport relatif à la santé mentale. p. 190. 117

[29] La loi de santé [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 15 mai 2018]. Disponible sur:

<https://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>.

[30] L'Essentiel: Parcours de personnes âgées: l'animation territoriale, ANAP. Inserm. 2015.

[31] M. Voyer, J-L. Senon, C.Paillard, N. Jaafari, John Libbey. Dangerosité psychiatrique et productivité, Eurotext | « L'information psychiatrique » 2009/8 Volume 85 | pages 745 à 752

[32] Nolan KA, Czobor P, Roy BB, Platt MM, Shope CB, Citrome LL, et al. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2003 ; 54 : 1012-6.

[33] Parcours de vie santé mentale, Programme Régional de la Santé, 2^{ème} édition. 2018-2028. 55P.

[34] Parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale, Première approche, ANAP. 2013.

[35] Psychiatrie : comment améliorer les parcours de soins des patients ? [Internet]. [cité 02 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/en-bref/278758-les-parcours-dans-lorganisation-des-soins-de-psychiatrie>.

[36] Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn RA, Elbogen EB, Wagner HR, Rosenheck RA, et al. A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2006 ; 63 : 490-9.

- [37] Quanbeck CD, McDermott BE, Frye MA. Clinical and legal characteristics of inmates with bipolar disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2005 ; 7 : 478-84.
- [38] ROBILIARD Denys. Santé mentale : quand la démocratie soigne. Rapport d'information [Internet]. Assemblée Nationale; 2013 [cité 3 févr 2018] p. 133. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>
- [39]. Senon JL, Manzanera C. Réflexions sur le fondement du débat et des critiques actuelles sur l'expertise psychiatrique pénale. *Ann Med Psychol* 2006 ; 164 : 818-27.
- [40] Silver E. Race, neighborhood disadvantage, and violence among persons with mental disorders: the importance of contextual measurement. *Law Hum Behav* 2000 ; 24 : 449-56.
- [41] Steadman HJ. A situational approach to violence. *Int J Law Psychiatry* 1982 ; 5 : 171-86.
- [42]Stompe T, Ortwein-Swoboda G, Schanda H. Schizophrenia, delusional symptoms, and violence: the threat/control override concept reexamined. *Schizophr Bull* 2004 ; 30 : 31-44.
- [43] Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC, Portera L. A prospective study of violence by psychiatric patients after hospital discharge. *Psychiatr Serv* 1997 ; 48 : 678-81.