

---

# L'ECRIT

---

Service des soins infirmiers du département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) - 1008 Prilly-Lausanne

Numéro 14

novembre 1998



## *Urgences psychiatriques: première ligne infirmière*

### Introduction :

L'Ecrit poursuivant sa politique de publication des contributions des infirmiers du DUPA, accueille dans ses colonnes celle de J.-Ch. Miéville (Infirmier Responsable de Section, -section d'évaluation et de traitement bref, SETP).

Il participait à Bruxelles, les 15-16-17 octobre 1998, au 5<sup>ème</sup> Congrès mondial des urgences psychiatriques dont le thème était "Les urgences psychiatriques dans un monde en changement".

Il a co-animé un atelier d'une centaine de personnes avec des collègues belges et français. C'est son intervention que vous lirez, elle prolonge utilement la réflexion entamée dans l'Ecrit no 6 qui soulevait déjà les problèmes spécifiques que nos collègues hospitaliers ou ambulatoires rencontrent dans l'exercice difficile de leurs interventions.

---

**Abstract :** Depuis deux ans, l'urgence psychiatrique de notre secteur est assurée en première ligne par un infirmier.\*

Ce travail a été possible grâce au développement de certains instruments mais surtout au travers d'un changement conceptuel de l'intervention d'urgence.

L'auteur se propose d'aborder les moyens utilisés, la mise en place des changements et des retombées tant politiques que financières suscités par cette nouvelle orientation.

Mots clefs : Urgence-Crise-Evaluation

\* terme générique pour infirmier ou infirmière.

Les urgences psychiatriques lausannoises couvrent un secteur d'environ 280'000 personnes composé pour moitié d'une population citadine et pour moitié d'une population rurale.

Historiquement, les urgences psychiatriques lausannoises avaient la particularité d'être assumées par de jeunes assistants des institutions psychiatriques en formation qui se rendaient de jour comme de nuit au domicile des demandeurs.

Cette manière de travailler était unique dans notre pays car dans les autres régions la première ligne de l'urgence psychiatrique était assumée par un médecin généraliste ou le service d'urgence d'un hôpital de soins généraux. Cette façon de travailler, dans laquelle le médecin psychiatre en formation allait à domicile, répondait à une orientation politique de soins psychiatriques à domicile. Au fil des années, cette orientation a changé afin de recevoir les urgences dans un espace calme, sécurisant. Cela répondait au désir que l'intervention dans un lieu institutionnalisé, a l'avantage d'extraire le patient, souvent trop influencé par des éléments matériels ou relationnels, de son environnement et de cibler plus spécifiquement les symptômes psychiques causant les troubles.

Cela permet aussi d'éviter le renforcement du système de défense que le lieu de vie induit sur le patient.

L'intervention d'urgence a également pris une dimension pluridisciplinaire (médecin-infirmier) ou chaque intervenant peut accueillir et réfléchir cette intervention dans un univers dépourvu au maximum de stress.

De plus, certaines interventions au domicile des patients, sans compter l'intrusion dans la sphère personnelle que cela engendrait, a souvent mis en danger l'intégrité corporelle des jeunes médecins assistants.

Ces différentes constatations nous ont amenés voilà un peu plus de 2 ans à réorganiser notre service d'urgence. Nous avons donc conçu un service d'urgences en tenant compte de la possibilité ou non qu'avait le patient de se déplacer dans des locaux mis à disposition par le centre de crises psychiatriques de Lausanne (Centre d'intervention thérapeutique brève, CITB)

Cet espace de consultation implique pour nous que tout patient venant de lui-même, amené par un proche, ou par la police est dans un état lui permettant d'être évalué afin ensuite de lui apporter une aide. Il va de soit que les patients ayant fait une tentative de suicide nécessitant des soins somatiques seront plutôt pris en charge tout d'abord par nos collègues des urgences de médecine, les graves décompensations psychotiques avec agitation seront elles adressées à l'hôpital psychiatrique directement après avoir été vues par un médecin généraliste de garde.

Cette approche nécessite également un travail d'orientation afin de répondre au mieux à l'urgence et sans multiplier les intervenants.

Quels sont les moyens dont nous disposons afin dans ce registre?

Nous avons tout d'abord une centrale téléphonique des médecins (CTM), centrale où travaillent des infirmiers et qui est chargée d'orienter toute demande de soins médicaux.

Cela peut aller d'une demande d'un dentiste en urgence à celle d'une ambulance pour un arrêt cardiaque, ou d'une demande d'intervention psychiatrique.

Une première évaluation téléphonique est faite par les infirmiers de la CTM qui donnent la réponse la plus adaptée à la demande. Nous pouvons compter qu'environ 75% des appels "psychiatriques" sont transférés au centre d'urgences psychiatriques ambulatoires.

Le premier contact dans ce centre se fera principalement de manière téléphonique, rarement les patients arrivent directement. Malgré tout dans les deux cas, l'accueil de première ligne sera assuré par un infirmier.

Ce premier contact du patient avec l'infirmier a une énorme importance quant à la suite que nous allons donner à l'urgence. En effet, l'infirmier sera amené à évaluer différents critères:

Administratifs :

1. le lieu d'habitation (pour savoir s'il dépend de nos services ou pas)
2. si le patient est déjà connu d'un service psychiatrique et si c'est le cas de prendre contact directement avec ce service afin de coordonner notre intervention.

Mais également plus liés à une démarche de compréhension des éléments déterminant l'appel:

3. quel est le degré d'urgence ?
4. quelle est la demande du patient ?

D'après les statistiques que nous avons pu développer, nous voyons qu'entre février 1996 et août 1998, en moyenne seulement un tiers des appels traité par cet infirmier sont transformés en interventions d'urgence. Les deux tiers restant sont soit réadressés à un médecin traitant, soit à une institution dont les patients dépendaient déjà soit et c'est le plus grand nombre des cas, la demande n'est pas de l'urgence. L'infirmier, grâce au travail téléphonique entrepris a permis de faire préciser l'attente du patient, permettant à ce dernier de trouver d'autres alternatives et souvent de temporiser sa demande dans l'attente d'un rendez-vous chez un psychiatre privé. Ce travail téléphonique se fait au travers d'une démarche où différents points sont abordés:

- Le degré de danger pour le patient et pour les autres
- Son appréciation de la réalité
- L'étayage sur lequel il peut se reposer
- Sa capacité à mobiliser ses ressources
- Ses antécédents
- La perception que ses proches ont de son vécu
- Sa capacité à supporter l'exacerbation des symptômes ( Sommeil, appétit )
- Etc...et sans oublier notre ressenti lié à cette interaction.

Cette approche me paraît très importante car elle permet aussi une certaine forme d'éducation du public et de nos patients. En leur permettant de participer un peu plus au processus de soins, de l'intégrer à leur personne, et de les aider à mobiliser leurs propres ressources sans être toujours dans l'attente magique de la résolution de leurs problèmes par les institutions, nous leur permettons de clarifier leur demande et d'être acteurs de leur prise en soins. Restant conscient que cette attente magique de la résolution des problèmes par l'extérieur fait partie des mécanismes de la dynamique de l'urgence, nous pensons qu'elle est également le fruit de phénomènes d'ordre culturel helvétique.

Dans la mesure où le patient doit être vu, il obtiendra un rendez-vous dans les 30 minutes et sera accueilli par un infirmier du centre d'urgence ambulatoire. Un bref entretien d'accueil permettra de focaliser l'intervention sur la problématique actuelle et déterminera quels sont les phénomènes déclencheurs de l'urgence du moment. Nous allons également inviter le patient à réfléchir sur l'aide immédiate dont il aurait besoin afin de retrouver un équilibre suffisant pour lui permettre d'aborder dans un deuxième temps sa problématique globale. Nous allons donc essayer dans ce premier entretien d'amorcer un processus qui devrait permettre au patient de se mettre dans une position de demandeur de soins et d'amorcer donc la transformation de l'urgence en crise.

La deuxième étape sera alors l'entretien médico-infirmier dans lequel le médecin sera plus actif, l'infirmier plus en retrait. Nous avons pu observer que ce setting, mobilisant deux professionnels a l'avantage de permettre de confronter deux types de ressenti .

Celui du médecin vivant de manière peut-être plus émotionnelle l'interaction et celui de l'infirmier plus distant, écoutant l'urgence avec plus de recul, lui permettant ainsi d'avoir une plus grande capacité d'analyser le type d'interaction suscité par le patient. La confrontation de ces deux vécus permet de mettre un sens à la réponse donnée à l'urgence. Le type de réponse peut être l'orientation dans une section spécialisée hospitalo-ambulatoire (section des troubles de l'humeur, section des troubles du spectre de la schizophrénie, section des troubles de la dépendance, section des troubles de la personnalité

etc...) ,un traitement dans un centre de crises , adressé à un médecin installé ou une hospitalisation.

Comme vous le voyez, le sens donné à la réponse à l'urgence est donc également à entendre d'un point de vue programme de soins. En rendant le patient actif, en remettant donc la problématique entre ses mains et non pas comme dépendant de l'extérieur, nous pouvons déjà définir ensemble des objectifs de soins et les moyens d'y parvenir. La démarche de l'urgence psychiatrique ambulatoire se conçoit donc comme le début d'un processus thérapeutique.

Cette expérience de centre d'urgences ambulatoires nous a amenés à modifier la porte d'entrée en hôpital psychiatrique. Précédemment, le médecin de garde de l'hôpital psychiatrique était tenu de répondre à tout téléphone de l'extérieur, téléphone venant autant d'un médecin pour une hospitalisation que d'un patient voulant être hospitalisé ou désireux de renseignements. Cette formule avait le désavantage de rendre la position du médecin en formation inconfortable car connaissant rarement le système de soins et ayant peu d'expérience en psychiatrie, elle nécessitait parfois le recours à un médecin cadre et rendait lourd et souvent peu pratique ce système.

Nous inspirant du travail de l'urgence ambulatoire, nous avons mis en place un nouveau système d'accueil d'urgence en hôpital psychiatrique. Nous trouvons dans ce lieu un infirmier qui en première ligne reçoit toutes les demandes téléphoniques. La connaissance du milieu de soins ainsi qu'une grille d'évaluation téléphonique vont lui permettre d'orienter au mieux la demande. Ce nouveau système, en activité depuis 6 mois, a permis de mettre en évidence que plus de 35% des appels ne nécessitaient pas une démarche d'hospitalisation. La dynamique déclenchée par l'entretien téléphonique éclaire la demande et permet de l'orienter différemment.

Cet entretien téléphonique avec le demandeur doit permettre de comprendre comment l'étayage habituel du patient n'est plus suffisant et de recentrer cet appel d'urgence dans un contexte global. Cela sous-entend également que le patient n'est pas seul dans un processus mais un des acteurs d'un contexte global.

Cette définition permet également de mobiliser l'environnement du patient, famille, ami, médecin traitant et ainsi de les amener à être partie prenante du traitement hospitalier. De ce fait, le traitement hospitalier se comprendra comme faisant partie d'un tout, comme étant une des étapes dans la vie du patient et non vécu comme une exclusion ou une mise à l'écart de la part de son entourage.

Dès ce moment, dans la mesure où une hospitalisation est nécessaire, l'infirmier pourra orienter directement le patient vers l'unité spécialisée

la plus adaptée ou le recevoir dans une unité d'accueil dont le travail sera également de mettre en lumière la crise qui a nécessité cette hospitalisation.

Comme vous le voyez, cette nouvelle organisation repose énormément sur les infirmiers. Malgré le caractère ardu de cette mission, le recul nous permet, tant par rapport à l'urgence psychiatrique ambulatoire qu'à l'urgence psychiatrique hospitalière, de tirer quelques conclusions.

Tout d'abord, concernant les mentalités, elles ont dû changer et s'adapter. Les mentalités du patient ayant à faire à un infirmier et non à un médecin, devant se mettre dans une position de demandeur, devant se déplacer et non pas attendre une visite idéalisée du médecin avec tout ce que cela engendrait au niveau de l'attente et parfois de la déception induite par cette idéalisation non exaucée.

Ensuite, la mentalité des médecins, devant se mettre dans un processus de réflexion afin de comprendre quelle était l'essence de la crise relationnelle avec leur patient et par conséquent ce qui les amenait à demander de l'aide à une institution ambulatoire ou hospitalière.

De plus, faire cette démarche avec un infirmier a pu parfois heurter leur narcissisme. Malgré tout, cette démarche nous semble primordiale car elle donne un sens à l'hospitalisation d'urgence ou à une intervention ambulatoire d'urgence psychiatrique et s'inscrit dans un processus de soins global.

La mentalité des infirmiers a également dû changer. D'une position d'exécutant d'un soin délégué par un médecin, ils se sont retrouvés devoir assumer et prendre sur eux et gérer le stress de l'urgence. La possibilité de supervision, de discussion d'équipe, mais également différents instruments ont pu faciliter cette démarche. Un des instruments qui a permis l'accessibilité à cette démarche fut la grille d'évaluation téléphonique.

Cette grille modifiée a de nombreuses reprises permis aux infirmiers de concevoir l'urgence non pas seulement comme un événement stressant auquel ils avaient à répondre immédiatement mais qu'elle était également le résultat d'une situation contextuelle globale.

Cela a donc permis de mettre en sens l'urgence et de l'intégrer comme l'une des étapes d'un processus de soins. Ce type d'implication dans l'activité d'urgence les a également mis en position de partenaire dans une indication thérapeutique.

En conclusion, et avec un recul de 2 ans, nous pouvons dire que ce système, mettant en première ligne des professionnels formés à la relation soignant-soigné, ayant une parfaite connaissance du réseau de

soins, et surtout accessible à l'idée que l'urgence est un des facteurs d'alarme d'une situation de mal-être devant être considérée sous différents aspects (familiaux, sociaux etc.), ne peut que limiter les effets pervers de l'urgence psychiatrique qui entraînaient précédemment des agirs inadéquats. En effet, cela nous permet d'éviter la multiplication des intervenants, le tourisme médical, et par la même de limiter, d'une certaine manière, les coûts de la santé.

Cela permet également d'éviter de concevoir l'urgence comme synonyme d'impasse

thérapeutique. En y mettant un sens, en lui donnant vie, l'urgence psychiatrique est conçue comme un

élément progrédient faisant partie d'une étape d'un processus thérapeutique.

Jean-Christophe Miéville - IRS - Section d'évaluation et de traitement bref. SETP.