

L'ECRIT

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

Numéro 6

FEVRIER 1998

L'URGENCE: L'INATTENDU - PARFOIS L'IMMEDIAT (SANS MEDIATION) - SOUVENT

PRESENTATION: *Ce texte à trois voix a pour fonction de rendre compte de façon collective d'une expérience clinique particulière: l'urgence au Centre d'interventions thérapeutiques brèves (CITB)*

Il éclaire cette partie de la pratique infirmière en psychiatrie en singulièrement les mots clés: urgence-crise / stress-réflexion / angoisse-aveuglement / 1ère ligne-seconde ligne.

L'urgence est l'expression d'une situation devenue ingérable pour le patient et/ou son entourage.

Il y a urgence dès qu'apparaît la notion de débordement. Tant que l'individu, sa famille ou le groupe social peut contenir les éléments destructeurs, le recours à l'institution d'urgence ne s'impose pas.

Par contre, quand ces différentes instances sont débordées, la recherche d'un contenant s'avère indispensable et l'efficacité du service d'urgence nous paraît à ce moment-là directement liée à sa capacité de contenir les émotions du sujet.

L'urgence (l'étymologie consolide le caractère stressant = qui ne peut attendre) est caractérisée par la façon brutale et inattendue avec laquelle elle peut survenir.

Et ce qui définit souvent l'urgence, n'est pas tant les symptômes accentués d'une décompensation, que la réponse excessive, paroxystique que donne le patient et parfois son entourage, face à une situation qu'ils ne contrôlent plus.

Même si la demande de prise en charge n'apparaît pas toujours clairement ou reste ambivalente.

Les soins d'urgence ont été conçus spécialement pour servir dans des situations pour lesquelles une réponse rapide et pratique est nécessaire.

Avant la réorganisation de la garde psychiatrique du Secteur Centre en février 1996, le psychiatre de garde se déplaçait à domicile pour les consultations d'urgence.

Ceci posait parfois des problèmes, le médecin était souvent exposé à des situations limites par le fait qu'il se rendait seul chez le patient, sans savoir exactement ce qui l'y attendait.

L'idée de rassembler les urgences et "intervention de crise (CITB) dans un même lieu, était de pouvoir transformer dans bien des cas l'urgence en crise (suivi thérapeutique au CITB) et rapprocher "urgence psychiatrique de l'hôpital somatique (CHUV) et partait de la volonté de rassembler à moyen terme toutes les urgences (psychiatriques + somatiques) en un même lieu.

Quand le 01.02.1996 la garde psychiatrique du Secteur Centre a été réorganisée et s'est installée dans les locaux du Centre d'interventions thérapeutiques brèves à l'hôpital Nestlé au CHUV, nous ne savions pas encore exactement quel serait notre travail dans le contexte des urgences psychiatriques.

Car même si les grandes lignes de notre rôle infirmier étaient définies, il fallait passer à la pratique pour apprendre à connaître la réalité des urgences et le champ de nos interventions.

La plupart des appels nous sont adressés par la Centrale Téléphonique des Médecins qui assure un premier tri des appels, car les patients, qui ne peuvent pas se déplacer, sont vus à domicile par le médecin généraliste de garde.

Ce sont les infirmiers qui assument le premier contact avec le demandeur (patient, entourage, médecin installé, police... etc...) ; la plupart du temps d'abord par téléphone.

Ainsi nous pouvons nous organiser pour favoriser l'accueil et prévenir le psychiatre de garde qui n'est pas forcément sur place.

Cela nous permet également d'aiguiller les patients ailleurs si leurs demandes ne correspondent pas à notre service (patient d'un autre secteur ou pouvant être pris en charge par médecin traitant, patient trop agité pour être accueilli dans nos locaux, tentamen nécessitant d'abord des soins physiques...).

Parfois les patients arrivent directement dans le service, soit par leurs propres moyens soit amenés p.ex. par la police.

Lors de ce premier contact avec le demandeur, nous sommes parfois confrontés à des réactions aiguës, à de fortes charges émotionnelles, chez le patient et/ou son entourage. Il est important de résister à la tentation d'agir sur le champ face à ses débordements. Arriver d'abord à faire retomber la tension générale d'un cran afin de pouvoir recueillir des renseignements nécessaires est primordial et nous permet une première évaluation pour pouvoir donner suite à la demande.

Il n'est pas toujours facile de résister aux pressions des différents demandeurs inquiets, en plus de la pression de notre propre angoisse, pour arriver à faire admettre à tous, à commencer par nous-mêmes, que la situation d'urgence est celle où "il est urgent d'attendre" (Quémand) pour remplir un rôle efficace.

En règle générale, nous faisons l'entretien d'investigation avec le médecin de garde. Il est important qu'à l'arrivée du médecin, l'infirmier en tant que première personne contactée, puisse

faire le lien entre le patient et le médecin. Rapporter éventuellement au médecin les premières données recueillies en présence du patient, en encourageant celui-ci à rectifier ou à compléter au besoin nos dires, peut s'avérer rassurant pour le patient et peut consolider l'alliance thérapeutique. Le duo médecin-infirmier permet par ailleurs une meilleure analyse de la situation (complément de questions, reformuler les dires).

Après l'entretien, le médecin et l'infirmier se concertent hors de la présence du patient, pour faire la synthèse de la situation et discuter de la marche thérapeutique à suivre, avant de rediscuter avec le patient de leurs conclusions.

Parmi les cas où une prise en charge immédiate (hospitalisation, nuit au CITB) s'avère indispensable, nous sommes parfois confrontés à des situations familiales particulièrement difficiles (maltraitance, enfants seuls à la maison ...). Il s'agit pour nous de trouver des solutions d'urgence les mieux adaptées possible. Nous aidons à contacter l'entourage ou des organismes utiles, nous organisons le transport, nous veillons à ce que les informations soient transmises à qui de droit.

Il est frappant de constater que, malgré l'expression excessive de certaines situations, nous n'avons eu que peu d'actes de violence pendant les consultations et ceci en dépit de locaux peu adaptés à d'éventuels passages à l'acte. A ce propos, il est intéressant de rappeler que notre système nous permet de faire appel, si besoin, aux agents de sécurité du CHUV. Nous, les soignants, nous ne nous sentons donc pas dans l'obligation de gérer seuls une situation de violence. Savoir que nous pouvons déléguer, si nécessaire, la contention du patient, abaisse considérablement le niveau de notre propre stress dans une situation difficile. Ceci se ressent de manière évidente dans notre relation avec le patient.

CAS CLINIQUE

En avant-propos, nous tenons à rappeler que le véritable signe distinctif de l'intervention d'urgence est le sentiment qu'il faut agir rapidement. Ce sentiment peut être teinté de tension, d'angoisse, empêchant de penser et de mettre du sens à notre intervention.

L'hypothèse que nous allons essayer de démontrer à travers la présentation de ce cas clinique, est que dans l'entretien médico-infirmier, l'infirmier peut bénéficier d'une position de retrait, par rapport au médecin qui est en première ligne et responsable de l'intervention.

Cette position nous permet en partie d'être dégagé de l'interaction dite d'urgence, avec tout ce que cela comporte (tension, angoisse...) et de nous créer ainsi un espace pour penser.

L'appel téléphonique.

Nous recevons l'appel du médecin généraliste de Martine, nous demandant de la recevoir en urgence. Il est très inquiet devant l'état dépressif important qu'elle présente. Le médecin désire avoir un avis psychiatrique.

Nous organisons rapidement l'entretien d'urgence.

L'entretien médico-infirmier.

Martine est une femme de 35 ans, mariée, mère d'une fille d'une année et demie. Elle a les yeux rougis par les pleurs, présente un embonpoint (a pris 10 kg en 1 année), un faciès triste, essaie par moments de sourire, pleure très souvent durant l'entretien. Elle est ralentie et le discours est adéquat. Elle nous parle surtout de son travail: Elle a une agence de placement qu'elle mène pratiquement seule depuis 13 ans et se décrit elle-même comme une battante, amenant dans l'entretien beaucoup d'événements de sa vie professionnelle.

Elle mentionne des hauts et des bas en fonction de son chiffre d'affaires. Martine nous dit que cela fait 2 ans qu'elle a énormément de travail, qu'elle peine à trouver de bons employés, elle doit donc assumer seule la situation, travaillant même les week-ends.

Elle nous parle, pour finir, de sa fille. Sa grossesse était planifiée et désirée. Le couple imaginait qu'elle-même pourrait s'occuper de l'enfant... En réalité, Martine voit sa fille environ 1 heure le matin, le reste du temps l'enfant est chez la nurse. Le soir, c'est le mari qui va chercher l'enfant, lui donne à manger, la baigne et la couche, alors que Martine arrive souvent vers les 20 heures, exténuée.

Dans ce contexte, l'exacerbation de son état d'épuisement remonte à 3 jours. Alors que son mari partait seul, une semaine en vacances, Martine avait planifié, ce jour-là, de ne rester que le matin à son agence. Elle est finalement rentrée à 19 heures, gardant en elle son désarroi. De plus, elle avait également refusé, dans un premier temps, la proposition de sa sœur d'aller habiter chez elle en l'absence du mari.

Le lendemain, désespérée et en pleurs, elle accepte l'invitation de sa sœur et ensemble elles font appel au médecin généraliste.

Durant l'entretien, Martine exprime des idées noires (qu'elle peut contenir), une grande fatigue.

Elle nous dit regretter d'avoir vécu ainsi pour ses clients et de n'avoir que peu de temps pour sa fille, et réalise avoir eu toujours de la difficulté à demander de l'aide. Elle formule alors, clairement un besoin de se faire traiter.

Discussion entre le médecin et l'infirmier (sans la patiente).

D'emblée, le médecin propose une hospitalisation à Cery, pour répondre à la demande implicite de la patiente d'être entourée et pour lui offrir un espace régressif.

L'infirmier perçoit différemment cette situation d'urgence. Il argumente:

- Dans l'urgence, Martine mobilise chez l'autre de l'aide: La sœur l'accueille chez elle, le médecin généraliste très inquiet agit dans l'urgence, le médecin de garde propose l'hôpital.

- Le facteur de crise semble être le départ du mari où elle se retrouve seule à s'occuper de sa fille et de son agence. Ainsi, elle doit avoir recours à la maladie pour exprimer ses besoins de dépendance longtemps mis de côté.
- Martine a des ressources: Elle a envie de se traiter, a une capacité de se remettre en question et c'est une battante. Elle peut maîtriser ses idées noires, l'alliance thérapeutique semble être bonne.
- Les ressources de l'entourage: Sa sœur est disponible à l'aider.

L'infirmier propose une prise en charge au C.I.T.B. D'une part pour répondre en partie à ses besoins de dépendance (mis en éveil par la crise) en mobilisant l'entourage et en lui proposant une prise en charge "intensive", et d'autre part, dans ce cadre ambulatoire, la patiente peut garder le contrôle de sa situation.

La réponse à l'urgence serait d'offrir la possibilité à la patiente, dans une prise en charge de crise, de donner sens à son conflit intrapsychique (où il y a eu débordement des défenses); c'est à dire, de mettre en évidence son besoin de dépendance et sa lutte, par le contrôle, contre ce besoin.

Le médecin adhère à cette proposition.

La fin de l'urgence.

Après avoir accepté notre offre, Martine rentre chez sa sœur, tranquilisée.

Nous remarquons dans ce cas clinique, toute l'agitation émotionnelle et affective en écho aux interactions de la patiente avec: Son mari, son enfant, sa sœur, son médecin et le médecin de garde.

En effet, le médecin de garde est impliqué dans ce même type d'interaction, de par sa fonction, sa responsabilité. Il est en première ligne et encaisse ainsi toute la pression, active ou non, de l'entourage, du tiers extérieur.

Cette position de retrait, que l'infirmier peut vivre, dans certaines situations, permet de montrer ce qui se joue dans "interaction patient-médecin-infirmier. En effet, l'infirmier se retrouve en deuxième ligne, il écoute l'urgence avec plus de recul, son espace de réflexion est préservé. Il est alors important de confronter cette réflexion à celle du médecin, pour en dégager une compréhension de ce que le patient induit chez les deux thérapeutes.

Tous les cas de figure sont possibles, l'intérêt de cette confrontation est de mettre du sens à la réponse (ici, un traitement au CITB) que nous donnons à l'urgence, pour le rendre au patient.

Pour conclure nous aimerions préciser que dans cet écrit, nous n'avons pas voulu définir le rôle exact de l'infirmier dans l'urgence psychiatrique. Nous avons plutôt essayé de décrire quelques aspects de notre travail qui nous semblent particulièrement importants. Notre fonctionnement actuel subira certainement des modifications avec la prochaine réorganisation de notre service d'urgence. Nous savons que notre rôle infirmier reste en constante évolution.

Jeanne Styger
Noureddine Rar
Yves Dorogi

BIBLIOGRAPHIE:

1. Michel DE CLERCQ :
Urgences psychiatriques et interventions de crises
Edition :DEBOECK et LARCIER 1997

2. Jean-Nicolas DESPLAND
Jacques BESSON:
De l'urgence à la crise « Revue médicale de la suisse romande 91. »

3. M. DEBOUT:
Psychiatrie d'urgence, médecine de la crise
Ed: Masson

4. Paul BERNARD:
Manuel de l'infirmier en psychiatrie
Ed: Masson.

5. Marilyn E.DOEGES
Mary Frances MOORHOUSE
Diagnostics infirmiers et interventions.
InterEditions.