

Aspect relationnel : quelle écoute et quelle attitude pour quelle intoxication ?

L. BLANCHARD

1. Introduction

Toutes les personnes qui travaillent dans un service d'urgences sont régulièrement confrontées à des patients que l'emprise des toxiques rend réfractaires aux soins somatiques pourtant indispensables. Ils peuvent se montrer parfois agressifs voire violents. Aussi la question de « la bonne attitude à adopter » face à ces situations se pose-t-elle de façon récurrente pour chacun d'entre nous ?

C'est ce que je vais essayer d'exposer dans ce qui suit. Après avoir brièvement présenté les différents types d'intoxication ainsi que l'orientation de ces patients après leur passage aux urgences, je décrirai le déroulement d'un entretien aux urgences. Ensuite j'aborderai, dans les grandes lignes, les techniques d'entretien.

Ce qu'il faut faire :

- L'empathie : définition et application sur le terrain.
- Le contre-transfert : définition et illustration.

Ce qu'il ne faut pas faire : escalade symétrique.

2. Les différents types d'intoxications

2.1. Les intoxications chroniques

Il s'agit des conduites addictives : ensemble de comportements conduisant à la consommation régulière des produits (alcool, médicaments ou autres) qui entraî-

Correspondance : L. Blanchard, infirmière de secteur psychiatrique.
E-mail : linda.blanchard@club-internet.fr

nent une dépendance physique et psychologique. Aux urgences, en dehors des conséquences organiques qu'elles génèrent (troubles hépatiques, problèmes vasculaires, par exemple), ces conduites addictives sont trois motifs de consultation :

- consommation excessive (exemple les overdoses), responsables de complications mettant en jeu le pronostic vital (état de choc, coma...),
- sevrage brutal sans accompagnement médical à l'origine d'un état de manque (par exemple le delirium tremens chez les alcoolo-dépendants),
- intoxications aiguës.

Pour ces deux derniers motifs les troubles du comportements associés à des tableaux d'allure psychiatrique (hallucination, angoisses, dépression, etc.) sont fréquents et transitoires. Ils nécessitent une prise en charge spécifique (lors d'un état de manque) ou l'élimination complète de la substance par l'organisme (lors d'intoxications aiguës). Il arrive aussi que ces conduites masquent de réels troubles psychiatriques (psychoses notamment).

Sauf en cas de pathologie somatique associée, il est impossible d'orienter une personne intoxiquée car sa conscience est souvent altérée. Il est donc nécessaire d'attendre que les effets des produits disparaissent. La consultation psychiatrique permet en général de trouver une réponse adaptée à chaque situation ; pour la plupart d'entre elles l'adresse de centre spécialisé en vue d'une cure de sevrage est souvent proposée.

2.2. Les intoxications accidentelles

Leurs origines sont variables : elles peuvent être alimentaires (champignons, produits avariés), domestiques (ingestion par mégarde, par exemple, d'eau de javel improprement stockée dans une bouteille alimentaire...), fuite d'oxyde de carbone... Dans tous les cas, ces intoxications sont fortuites et involontaires de la part des consultants.

Elles nécessitent toujours une surveillance somatique et peuvent aussi, selon les produits, entraîner des troubles du comportement avec notamment des tableaux d'allure psychiatrique. Il est important de s'assurer qu'il s'agit bien d'intoxication accidentelle ce qui peut être, parfois, difficile. En cas d'incertitude, un avis psychiatrique peut-être demandé.

2.3. Les intoxications volontaires

Elles s'inscrivent souvent dans le cadre plus large des tentatives de suicides (qui peuvent se traduire selon différentes formes : phlébotomies, tentatives de défenestration par exemple...) que l'on peut définir comme un acte non fatal par lequel une personne ingère un produit ou se mutilé dans l'esprit de mettre fin à ses jours. Ces intoxications en majorité médicamenteuses peuvent être ou non associées à la consommation d'alcool (désinhibiteur) qui favorise en général le passage à l'acte.

L'utilisation de certains produits (comme les produits ménagers, la mort aux rats...) peut paraître plus dangereuse (on évoquera alors davantage un acte réellement suicidaire conduisant ces personnes le plus souvent directement dans des services de réanimation), il ne faut minimiser aucune tentative de suicide.

En effet une tentative de suicide « ratée » est, ne l'oublions pas, un suicide réussi.

La volonté de mourir n'est pas obligatoirement liée à la quantité de produit ingérée. C'est toujours l'expression d'une souffrance qu'il convient de ne pas banaliser. C'est pourquoi, il est nécessaire de prendre du temps. Ainsi, une personne admise aux urgences pour « i.m.v » (ingestion médicamenteuse volontaire) doit-elle rencontrer le psychiatre à distance de son geste, même si elle est « bien réveillée », afin de le comprendre et d'en mesurer la gravité. Le fait d'être « réveillé » ne signifie pas que la conscience n'est pas altérée. Selon les personnes et les produits utilisés, il est parfois nécessaire d'attendre plus de deux jours avant que les effets des produits soient dissipés.

Lors d'une ingestion volontaire de toxiques toutes les orientations sont envisageables (hospitalisations avec consentement, sous contrainte, suivi ambulatoire, mise en place d'un traitement antidépresseur, anti-psychotique...).

Il est important de préciser que, comme dans toute intoxication, les troubles de la conscience et du comportement (agressivité, violence, tentative de fugue...) sont relativement fréquents.

3. L'entretien aux urgences

Dans le cadre d'une intoxication on peut repérer deux moments justifiant souvent des entretiens :

- 1) Lors de sa sortie, le patient doit rencontrer le psychiatre en vue de son orientation (cet entretien est obligatoire).
- 2) Lorsque le patient fait obstacle aux soins (soit pour sortir contre l'avis médical, soit par des manifestations d'agressivité...). Ceci est fréquent lors de l'admission aux urgences.

3.1. Le lieu

L'entretien se déroule à l'écart des autres patients dans la mesure du possible, afin de préserver la confidentialité, de faciliter « l'entrée en relation » et d'éviter toute stimulation extérieure susceptible de majorer l'agitation (un box peut convenir). La présence d'autres soignants peut parfois s'avérer nécessaire.

3.2. Circonstances

Ces entretiens ne sont pas programmés mais motivés par la nécessité d'aider les équipes soignantes dans la gestion de situations difficiles (agitations ...). L'infor-

mation dont on dispose est donc en général très partielle voire, laconique (par exemple un patient alcoolisé qui veut partir). Cette information, aussi succincte soit-elle, est cependant nécessaire pour éviter la surprise et ainsi anticiper la prise en charge à venir en appelant des agents de sécurité.

Objectif : Faire baisser l'agitation du patient sous l'emprise du toxique, et favoriser son adhésion aux soins.

La méthode : Entrer en contact.

Moment fondamental et essentiel au cours duquel on va tenter d'apaiser et faire baisser les tensions à l'origine de l'agitation.

L'entretien, conduit par une seule personne, commence dans la mesure du possible par des questions ouvertes (type dialogue informel) pour évoluer progressivement vers des questions plus fermées.

C'est un temps d'évaluation de l'état de conscience du patient, de son rapport à la réalité et de recherche d'informations qui pourront être utiles dans la prise en charge ultérieure... Il est important de savoir s'il s'agit de son premier passage aux urgences pour le même motif, de le situer socialement (a-t-il une activité professionnelle, des enfants, un domicile...).

3.3. Les différentes étapes de l'entretien

- saluer,
- se présenter (nom, fonction) et demander au patient de se souvenir de notre nom,
- expliquer la raison de notre présence (en général parce que l'on a été appelé),
- demander au patient de se présenter, s'il sait où il se trouve ainsi que les raisons de sa présence,
- expliquer le déroulement des soins et essayer d'obtenir son accord (créer une alliance),
- expliquer si nécessaire les conséquences du refus de soins (contention, sédation),
- clore l'entretien en précisant que l'on reste disponible en fonction des impératifs du service et redemander s'il se souvient de notre nom (évaluation de sa conscience),
- saluer.

Ce qu'il faut faire :

1. Définir pour soi même la durée et les limites de son intervention auprès du patient. Garder à l'esprit que le patient intoxiqué et agité possède une conscience souvent altérée par le produit.

2. Être humble vis-à-vis du patient. C'est-à-dire qu'il faut avoir des objectifs modestes mais réalisables et savoir accepter que l'on ne parvient pas toujours à apaiser le patient.

3. Utiliser un vocabulaire accessible au patient.

4. *Empathie* : Carl Rogers (psychologue américain 1902-1987) la définit comme « la capacité à percevoir le monde subjectif d'autrui *comme si* on était cette personne sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue [...] sinon il ne s'agit plus d'empathie mais d'identification » (extrait de psychothérapie et relation humaine volume 1 page 197).

3.4. L'empathie concrètement

C'est la capacité d'entendre que l'agitation présentée par le patient n'est que la manifestation de sa souffrance et correspond à sa réalité. Ainsi lorsqu'une personne s'énerve c'est pour de bonnes raisons pour elle, mais pas nécessairement pour nous... C'est une réalité qu'il nous appartient de reformuler sans pour autant y adhérer.

C'est aussi et avant tout croire en ce que l'on dit, être authentique.

Et en dernier lieu créer un espace dans lequel le patient que nous rencontrons se sent compris (on parle d'écoute bienveillante).

3.5. Le contre-transfert

Il peut-être défini comme la réaction, les émotions, du soignant face au patient.

Savoir le gérer :

C'est rester calme quoiqu'il arrive... et poli. Être conscient que le patient s'adresse au soignant et non à l'individu (Il n'est pas interdit de penser par exemple : « je le trouve peu sympathique »). C'est avant tout être capable de prendre de la distance par rapport aux propos tenus par le patient, que ces derniers soient agréables ou non. En résumé, c'est savoir garder une attitude professionnelle en toute circonstance.

Ce qu'il ne faut pas faire :

L'escalade symétrique : répondre à l'agressivité par l'agressivité, majorant ainsi celle manifestée par le patient par exemple.

Projeter ses sentiments et ses expériences sur le patient (je peux comprendre puisque ça m'est arrivé !).

4. Conclusion

En effet, y a-t-il une attitude, une écoute spécifique à une intoxication ? Y répondre complètement ce serait admettre, qu'il y a des toxicomanes bien « calibrés »,

tout comme les alcooliques, etc., et en face une réponse tout aussi stéréotypée qui s'imbrique comme deux pièces d'un puzzle... Ce serait réagir avec des préjugés ! Or chaque personne sous l'emprise de toxique, chronique ou non, est avant tout une personne unique avec sa propre histoire, qui souffre et rencontre une autre personne ayant elle même sa propre histoire, c'est-à-dire l'intervenant aux urgences (soignant, travailleur social...).

Si ce qui précède constitue un cadre indispensable, notre travail ne consiste-t-il pas, modestement, à redonner de la dignité voire de l'humanité à des personnes qui, même ponctuellement, l'ont perdue ?