

Rôle de l'infirmier de psychiatrie aux urgences

C. Massoubre¹, P.L. Crouzet², E. Desfonds², M. Bendjeddou²

¹*Service des urgences psychiatriques, Hôpital Nord, CHU de Saint-Étienne, Faculté de Médecine Jacques Lisfranc, 42055 Saint-Étienne*

²*Service des urgences psychiatriques, Hôpital Nord, CHU de Saint-Étienne, 42055 Saint-Étienne*

²*Service de psychiatrie universitaire, Hôpital Bellevue, CHU de Saint-Étienne 42055 Saint-Étienne*

POINTS ESSENTIELS

- Il s'agit d'une pratique infirmière spécifique
- Il travaille à la fois en autonomie et en binôme avec le psychiatre
- L'infirmier accompagne le patient aux différents temps de la prise en charge aux urgences
- Il joue un rôle dans la hiérarchisation des demandes de consultations, dans le premier accueil (observation/évaluation), dans la gestion de la crise et l'orientation
- Il a une place importante dans l'écoute de la souffrance psychique de la personne et de son entourage
- Il prend des contacts avec les correspondants médicaux et paramédicaux du patient si nécessaire
- Il apporte des éléments de compréhension à l'équipe soignante des urgences générales.

L'urgence psychiatrique est définie par « une demande dont la réponse ne peut être différée, nécessitant une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique » (Commission des maladies mentales de l'urgence en psychiatrie, 1991).

Nous allons dans un premier temps décrire les contours de l'urgence psychiatrique afin de mieux cerner par la suite le rôle de l'infirmier de psychiatrie aux urgences.

Depuis une dizaine d'années, les urgences psychiatriques ont fortement augmenté et représentent en moyenne 10 à 20 % des urgences selon l'implantation urbaine ou rurale et selon que l'on y inclut ou non les urgences psychosociales.

De multiples facteurs favorisent le recours aux structures d'urgence en psychiatrie : le relâchement du lien social et familial, la souffrance au travail et l'augmentation de la précarité, de la violence, des comportements agis et des conduites toxiques (alcool et autres drogues). S'y ajoutent la mauvaise image de la psychiatrie qui retarde pour certains patients la prise en charge, la politique de fermeture des lits en psychiatrie de secteur et les problèmes de fonctionnement des structures ambulatoires avec des délais de rendez-vous qui s'allongent en raison de la pénurie de psychiatres.

Parmi ces urgences psychiatriques, environ 30 % sont des urgences vraies et correspondent à des décompensations aiguës ou subaiguës de pathologies psychiatriques connues ou d'apparition récente : épisode dépressif majeur, accès d'agitation maniaque, bouffée délirante aiguë, décompensation délirante chez le patient schizophrène ou paranoïaque.

Les autres situations (70 %) sont liées à des situations de crise où la clinique ne correspond pas exactement à un diagnostic de pathologie psychiatrique avérée.

Il peut s'agir de symptômes psychiatriques aigus associés à une affection somatique, de patients présentant des états toxiques dans le cadre de conduites addictives ou de conduites toxiques à visée suicidaire, et plus largement de situations de crise ou de détresse psychosociale à expression émotionnelle intense dans le cadre des troubles de l'adaptation (deuils, pertes, chômage, problèmes financiers, problèmes judiciaires, conflits conjugaux, professionnels, sentimentaux ou familiaux,...) pouvant aller jusqu'à une perturbation de l'ordre public.

L'accueil et la prise en charge de sujets victimes d'évènements traumatiques individuels ou collectifs fait aussi partie du travail des urgences psychiatriques, ainsi que l'examen de personnes en garde à vue dans le cadre d'une réquisition judiciaire.

Les urgences psychiatriques comportent quelques spécificités par rapport aux urgences médico-chirurgicales. En psychiatrie, il existe des contre-indications cliniques à l'hospitalisation, ce qui est rarement le cas dans les autres disciplines. Certaines pathologies peuvent en effet être aggravées par une hospitalisation : déséquilibre des troubles de la personnalité, exclusion des modes de vie antérieures, chronicisation des séjours hospitaliers,...

Par ailleurs, l'hospitalisation sans consentement à la demande d'un tiers (SPDT) ou du représentant de l'Etat (SPDRE) est une particularité de la psychiatrie. On peut tenter de convaincre un patient qui refuse un traitement contre un cancer, mais on ne peut l'y contraindre. Une hospitalisation en psychiatrie sous contrainte un peu trop vite décidée peut être délétère pour la suite des soins.

L'urgence psychiatrique est davantage contextuelle (conjoncturelle, situationnelle) que diagnostique et le diagnostic est souvent syndromique. La dangerosité et les aspects médico-légaux (loi du 5 juillet 2011, sorties contre avis médical, fugues) sont aussi à prendre en compte.

Les niveaux d'expression d'intensité symptomatique sont très variables posant le problème de la disponibilité des intervenants. Le polymorphisme, le caractère trompeur, les intrications médicopsychiatriques obligent à une prudence et donc une collaboration médecin urgentiste/psychiatre.

Par ailleurs, l'entourage a une grande place en psychiatrie, car l'urgence est souvent en lien avec des troubles du comportement si bien que les proches sont les premiers concernés. Ils tentent alors un certain nombre d'actions et doivent prendre des décisions.

Entendre l'entourage est primordial, car les signes rapportés ou montrés par le malade ne sont jamais pathognomoniques, de plus ils peuvent être changeants et très influencés par les lieux et l'interlocuteur. Mais l'inverse est vrai aussi avec un entourage qui dramatise les éléments de réalité. L'indication d'hospitalisation ou de non-hospitalisation ne dépend pas de la seule appréciation clinique, le travail d'explication, de dédramatisation peut être d'autant plus long qu'il est nécessaire de recourir parfois à de vraies négociations. La clinique est bien sûr prééminente, mais du temps est gagné dans les soins ultérieurs chaque fois qu'un consensus est trouvé dans les décisions d'orientation. N'oublions pas que pour environ la moitié des patients examinés en urgence il s'agit du premier contact avec la psychiatrie. La consultation de psychiatrie d'urgence a donc un impact fort et engage fortement l'inscription dans la démarche de soins et leur continuité.

Ce travail doit être immédiat et permet d'éviter nombre d'hospitalisations et surtout des épreuves de force toujours préjudiciables au patient, à l'hôpital et à l'entourage et des renvois multiples, des passages à l'acte répétés, des demandes de SPDT ou SPDRE,...

D'un point de vue pratique, l'accroissement des demandes psychiatriques au sein des services d'urgence a amené les pouvoirs publics à fixer des orientations et des règles d'organisation quant à leur prise en charge à l'hôpital général.

Le décret du 9 mai 1995 établit de façon rigoureuse l'organisation du plateau technique et des moyens en personnels médicaux et paramédicaux dans les SAU (Service d'Accueil et de traitement des Urgences) et les UPATOU (Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences). Dans les SAU, il est demandé la présence d'un psychiatre 24h/24 et d'un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle dans un service de psychiatrie et dans les UPATOU l'équipe médicale doit pouvoir faire venir un psychiatre à tout moment (psychiatre d'astreinte), la présence d'un infirmier ayant acquis une expérience dans un service psychiatrique est nécessaire.

Tout établissement siège d'un SAU ou d'un UPATOU doit être lié par convention à un hôpital de secteur psychiatrique.

Il est prévu une organisation graduée de la prise en charge des urgences psychiatriques dans les structures des urgences. D'une part une fonction d'accueil et d'orientation par des équipes de psychiatrie dans des locaux adaptés, garantissant la confidentialité et la sécurité dans les services des urgences en identifiant au mieux les patients relevant de la psychiatrie dès leur arrivée et d'autre part une fonction de prise en charge de très courte durée dans des lits individualisés au sein ou à proximité immédiate des urgences (pour les suicidants par exemple). Cette prise en charge a lieu soit en ZSTCD (zone de surveillance de très courte durée), soit au sein d'un éventuel centre d'accueil et de crise intersectoriel de 72 heures.

Une telle prise en charge est conseillée afin d'éviter une hospitalisation en psychiatrie chaque fois que possible et en particulier les hospitalisations sous contrainte inadéquates.

L'objectif est donc d'obtenir une réponse coordonnée des urgentistes et des psychiatres. Elle préconise également une meilleure formation du personnel des urgences à la problématique de l'accueil des patients présentant des troubles allant de la souffrance psychique à la pathologie mentale.

Les organisations proposées prévoient de fait quasi systématiquement une place et un rôle déterminés pour les infirmiers chargés des urgences psychiatriques dans le cadre d'une pratique spécifique. La place de l'infirmier se situe à différents moments de la prise en charge aux urgences, mais les dispositifs peuvent varier d'un établissement à l'autre.

L'infirmier peut travailler en binôme avec le psychiatre, mais également être en autonomie. Il doit à la fois prendre des initiatives (toujours dans le cadre de sa fonction) et être aussi à même de contenir la souffrance psychique du patient ou de la famille, qu'elle se manifeste par de la tristesse, de l'anxiété, de l'agitation ou parfois même par de l'agressivité. L'aptitude à la contention psychique comme à la contention physique s'acquiert progressivement. Il faut

plusieurs années de pratique pour qu'un infirmier se sente « à l'aise » dans quasiment toutes les situations, qu'il relativise la vision archétypique de la maladie mentale reçue à l'école et pour développer un véritable sens clinique. L'infirmier, tout comme pour le psychiatre, se doit de faire une analyse permanente de sa pratique.

L'infirmier de psychiatrie peut intervenir dès l'arrivée du patient en appui de l'IAO (Infirmier d'Accueil et d'Orientation). Il permet ainsi d'établir une hiérarchie dans les consultations de psychiatrie d'urgence.

L'infirmier peut faire un entretien en première ligne avant la consultation du psychiatre. Il est alors chargé de faire l'anamnèse des troubles et de recueillir des éléments biographiques. L'entretien vise à décrypter le contexte immédiat de l'urgence, moment où la communication n'est souvent plus possible et où la détresse de l'individu ou de son entourage est mise en acte.

L'infirmier peut aussi se rendre disponible pour renseigner la famille sur le temps d'attente estimé avant la consultation du psychiatre. Il peut même s'entretenir un moment avec les proches si certains semblent inquiets et/ou revendicateurs. L'infirmier pourra ainsi rapporter au psychiatre son recueil d'informations et faire gagner un temps précieux lors de la consultation.

La consultation en binôme médecin-infirmier est un dispositif privilégié qui a fait ses preuves en France depuis trente ans. Le rôle de cette équipe est d'évaluer au mieux la souffrance du sujet pour proposer une réponse la plus adaptée possible : hospitalisation, traitement, structure sociale, adresse spécifique...

La crise qui a engendré le passage aux urgences favorise souvent la verbalisation et permet une accroche. L'entretien est thérapeutique en lui-même. Il permet la mise en mots de la souffrance et un début de restauration des défenses narcissiques du patient.

Ce dispositif peut paraître consommateur de temps soignant au premier abord. Le travail en binôme est un gain de temps pour la suite : il n'y a pas de redite, l'infirmier a été témoin de la décision médicale durant l'entretien. Les entretiens à deux évitent la focalisation du patient sur un seul individu et permettent une réassurance mutuelle face à l'angoisse ou à la violence du sujet en crise.

Avec le patient ce dispositif évite les manipulations et les incompréhensions. Il permet à l'infirmier de connaître les démarches à effectuer ou actions dans les suites de la consultation et de savoir dans quelle logique elles s'inscrivent.

Le travail se trouve facilité par le jeu des alliances, par la manière dont on arrive à faire tourner les rôles dans la triade médecin-infirmier-patient, par la valeur des interactions que l'on provoque.

Ce travail demande aux intervenants une souplesse suffisante dans l'idée qu'ils se font de leur fonction réciproque, associée à une certaine connivence dans la pratique pour laisser au patient la possibilité de les mettre dans les rôles dont il a besoin.

Ce type de travail donne à l'infirmier un rôle au plus près du malade et le laisse prendre une place plus active dans la thérapeutique que dans le schéma classique institutionnel des rapports médecin-infirmier. Il est plus impliqué, donc plus motivé et intéressé par un exercice professionnel valorisant. Il discute avec le médecin.

Il n'y a pas de confusion des rôles, ni de concurrence des fonctions. La place de chacun est clairement définie. Le médecin est le garant et le gérant de la thérapeutique, il porte le diagnostic, prescrit les traitements et c'est à lui qu'appartient la responsabilité de la décision concluant la consultation. L'infirmier a un rôle de centralisation des informations.

Auprès des médecins de garde, l'infirmier est le garant de la continuité du service et amène sa connaissance de la pathologie des patients qui reviennent.

L'infirmier peut aussi aller chercher la famille en cours d'entretien pour avancer dans la compréhension de la situation et aider le psychiatre à sa prise de décision. Lorsque le patient est instable, il est préférable que le médecin reste avec le patient dans la salle d'entretien et que l'infirmier aille seul chercher la famille.

En cas de risque de passage à l'acte, le binôme a bien sûr toute son utilité pour diffracter la violence, pour inviter un membre de l'entourage à quitter la pièce ou pour aller chercher de l'aide si nécessaire (dans le but le plus souvent de contenir physiquement le patient).^o

L'infirmier peut aussi faire un entretien de suivi dans les jours qui suivent la sortie du patient, quand le rendez-vous avec les soins de secteur est un peu éloigné. Cet entretien vise à renforcer la connotation positive du suivi prescrit et l'accrochage thérapeutique. Ceci montre au patient que notre intérêt ne s'arrête pas aux portes du service, il permet au patient de venir donner une autre image de lui-même, plus valorisante que celle présentée lors de la crise. En suivi de crise, ces entretiens peuvent être répétés, y compris par téléphone (surtout pour les patients suicidants).

En fonction des circonstances cliniques et de la disponibilité du psychiatre, la famille peut être reçue seulement par l'infirmier après la consultation médicale. Le but de cette rencontre peut être par exemple de faire signer un tiers pour une hospitalisation sous contrainte. Il peut s'agir

aussi de rencontrer une famille qui n'a pas été reçue par le psychiatre, car absente au moment de la consultation.

L'infirmier est aussi à même de prendre contact avec les professionnels de santé qui connaissent le patient, en particulier avec les secteurs de psychiatrie (unités d'hospitalisation, centre médicopsychologique...) ou avec le médecin traitant. Ceci permet par exemple de confirmer un traitement médicamenteux, de savoir si le patient s'est présenté à ses derniers rendez-vous avec son psychiatre et de se renseigner sur le projet de soins en cours.

Aux urgences, l'infirmier délivre aussi le traitement médicamenteux prescrit par le psychiatre. Il peut s'agir d'un traitement ponctuel pour un patient vu en consultation et pour qui il n'a pas été retenu d'indication d'hospitalisation. Pour les patients qui vont être hospitalisés, l'infirmier doit s'assurer de la prise du traitement. Il doit savoir être persuasif et patient afin d'éviter au maximum de devoir recourir à une injection.

L'infirmier fait aussi les démarches nécessaires pour une mutation ou une sortie directe.

Pour finir, l'infirmier de psychiatrie apporte des éléments de compréhension à l'équipe des urgences générales sur la clinique du patient, les éventuels risques (passage à l'acte suicidaire, fugue, hétéroagressivité) et l'orientation après la consultation.

Ainsi l'infirmier de psychiatrie a toute sa place aux urgences en accompagnant le patient tout au long de son séjour. Il reçoit ses demandes, le rassure et observe ses comportements. Il assure une transition entre le médecin psychiatre, le patient et sa famille : il réexplique certains aspects, argumente à nouveau, fait patienter et tranquillise le malade ou l'entourage quand cela s'avère nécessaire. Il fait aussi le lien avec l'équipe des urgences.

Son rôle se situe donc à la fois dans le soin psychique et dans l'articulation avec tous les acteurs de ce soin.

BIBLIOGRAPHIE

DE CLERCQ M. Urgences psychiatriques et interventions de crise, 1997, Ed. De Boeck.

DELAUNAY J. Pratiques infirmières et prise en charge des urgences psychiatriques à l'hôpital général. Quelles orientations pour l'infirmier général ? Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 1999.

GARRE J.P. Spécificités des conduites à tenir aux Urgences psychiatriques, Université d'Angers, <http://www.med.univ-angers.fr/services/AARP>.

MERCUEL A. Entraide infirmier-médecin dans les réponses à l'urgence. Soins Psychiatrie N° 100, 1989, 13-15.

Rapport de la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales sur la prise en charge des urgences médicales (2007).

VAIVA G, DUCROCQ F, MEYER P. et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department : randomised controlled study. BMJ. 2006 May 27;332(7552):1241-5.