

Claudia Zuber

Urgences: principes de l'intervention psychiatrique-psychothérapeutique de crise

Quelques rappels de la communication de Manuel Rupp, Giovanni Lauffer et Claudia Zuber au congrès d'Arosa de 2009

Les problèmes psychiatriques, les crises et les urgences sont plutôt rares dans la pratique quotidienne d'un médecin de famille, mais lorsqu'ils surviennent, ils peuvent engendrer des situations fréquemment chaotiques. En préparant le programme d'Arosa, le comité du congrès a choisi pour cette raison le thème des situations de crise et d'urgence psychiatriques. Dans mon cabinet de médecin de famille et dans le cadre de la garde d'urgence, je suis régulièrement confrontée à des situations d'ordre psychiatrique de caractère exceptionnel, et je me suis sentie tellement concernée que

j'ai accepté volontiers de prendre le rôle de modératrice de cette partie du congrès de Davos, avec mon confrère Giovanni Lauffer qui exerce la fonction de médecin d'arrondissement.

A la fin de l'automne 2008, j'ai été confrontée à deux situations caractéristiques d'urgences psychiatriques. Je me sentais assez seule et c'est avec une sensation de malaise que je suis allée à la rencontre des patients et de leurs histoires.

Après avoir rencontré Manuel Rupp, spécialisé dans les urgences psychiatriques, et après avoir préparé le sujet avec mon confrère de



Figure 1

Crise: Le système est devenu instable, les stratégies et ressources personnelles de résolution des problèmes sont épuisées. La crise peut être aiguë ou chronique (par exemple si elle a été déclenchée par l'épuisement ou la maladie).

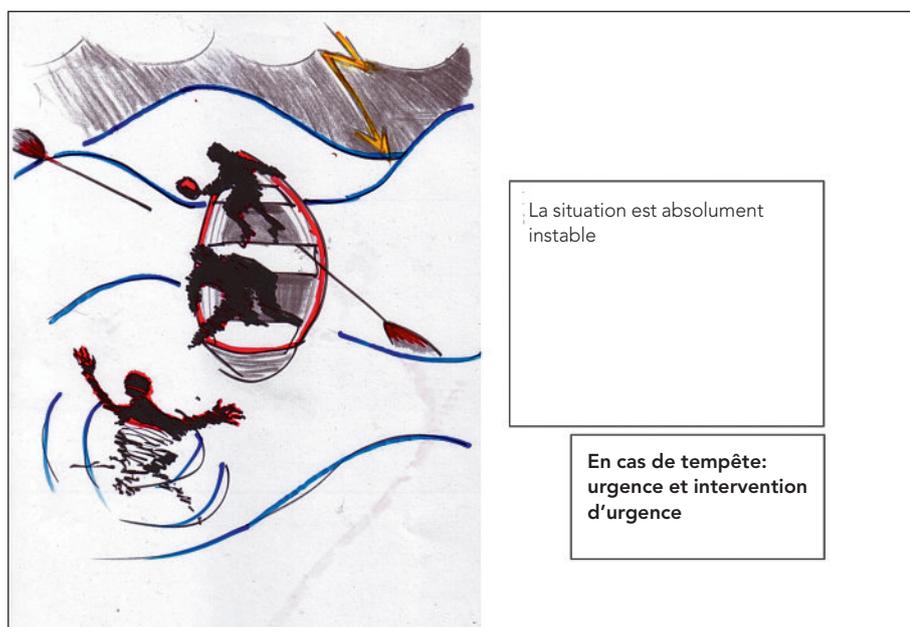


Figure 2

Urgence: Le système est totalement instable, il y a un danger aigu pour la personne ou pour autrui.

longue date Giovanni Lauffer, j'ai maintenant en tête un schéma qui à l'avenir m'aidera à aborder de telles situations avec une démarche mieux structurée et plus professionnelle. Pour bien se mettre à l'esprit un tel processus, il faut être au clair quant aux définitions (fig. 1, 2).

Le but d'une intervention est de calmer la situation et de protéger le patient. Il faut, autant que possible, mobiliser les ressources disponibles et les mettre en réseau. Pratiquée avec compétence et détermination, cette démarche semble être la plus efficace, la plus économique et la plus adéquate.

La fonction d'une intervention consiste à établir quelles influences ont rompu l'équilibre du système. Cette analyse donne la possibilité d'agir au cœur du problème et d'éveiller la conscience à l'existence de tels facteurs de perturbation.

Il faut d'abord prendre soin de soi-même, afin de générer la sécurité. Selon Manuel Rupp, c'est le responsable de la gestion de crise qui doit prendre soin de lui-même, dans notre cas particulier le médecin qui prend le rôle de coordinateur.

Le principe des phases

L'intervention d'urgence se déroule toujours en plusieurs phases. Il me semble important de se faire une idée de ces phases et d'y réfléchir brièvement, ce qui aide à mettre de l'ordre dans le système chaotique.

- Etablir un lien: en général par téléphone. Des données exactes permettent de mettre à profit le temps qui s'écoule avant le contact direct.
- Préparer: faire un premier tri: y a-t-il un risque somatique? Une mise en danger de la personne ou d'autrui? Une protection (p.ex. policière) est-elle nécessaire? Donner au patient une tâche jusqu'à la rencontre; mettre au clair le mandat requis (en fixer la durée, se focaliser sur la demande principale, évaluer les autres ressources disponibles).
- Comprendre: la communication est-elle possible ou non? Aborder le patient avec ouverture, empathie, détermination et en fixant des limites. Comment est-ce que je le perçois? Raisonnable, intuitif, interactif (y a-t-il d'autres intervenants?). Résumer la situation.
- Y a-t-il un réseau d'assistance à disposition? Éventuellement, organiser d'autorité une hospitalisation; organiser une réunion d'urgence avec toutes les personnes concernées, avec distribution des tâches; fixer et organiser une prochaine échéance à bref délai.
- Prendre congé avec remerciements proportionnés aux prestations des différents participants, p. ex. aussi à la police, aux voisins importunés. Dire un mot d'adieu.

Il est possible que l'on parvienne ainsi à stabiliser le patient et à éviter la mise en danger imminente de sa personne ou d'autrui.

Il existe des tableaux cliniques clairement définis pour le diagnostic d'un cas d'urgence (syndromes clés); généralement, on peut déjà s'en faire une idée lors de la prise de contact. Il est important d'avoir à l'esprit les sept différentes situations qui peuvent se présenter: elles peuvent aussi se recouper, comme par exemple toxicomanie et violence ou attitude suicidaire et toxicomanie etc. Ces situations sont présentées ci-dessous.

Principe des syndromes clés médico-psychiatriques

- La situation présente-t-elle un risque somatique? Trouble de la conscience, de l'orientation, trouble psychomoteur, status neurologique? Anxiété? Douleurs de poitrine? Jusqu'à la preuve du contraire, une douleur de poitrine est à considérer comme un infarctus du myocarde.
- Lors d'un comportement agité, bizarre, outrancier ou imprévisible: être vigilant, organiser éventuellement une hospitalisation de manière autoritaire, aviser éventuellement la police.
- Si la personne est désespérée ou suicidaire: toujours s'enquérir de la tendance suicidaire et de la disponibilité d'une prise en charge, négocier un engagement de la personne et un délai pour le suivi. L'internement est rarement nécessaire.
- En cas de conflit, de violence: faire appel à la police.
- Ivresse et situation de manque: ne pas communiquer avec les patients durant le transfert, présence de la police.
- En cas d'anxiété et de panique: exclure absolument un problème somatique.
- Distinguer une situation chronique d'une situation aiguë, délimiter clairement ce qui est aigu et qui peut être traité immédiatement.

Médicaments

- Si possible par voie orale.
- Préférer les médicaments à effet rapide, commencer par de petites doses.
- Évaluer si le patient est transportable. Ne donner que de petits emballages.

Exemples: Temesta Expidet (comprimés de 1 à 2,5 mg, éventuellement dosage plus élevé), d'utilisation facile, et à action rapide; Hal-dol 1 à 5 mg, cave: réduire le dosage pour les personnes âgées, start low, go slow; ne pas oublier: Akineton en cas de syndrome extrapyramidal en relation avec les neuroleptiques).

«En cas d'urgence et de circonstances adverses, l'intervention de caractère professionnel exige de poser le problème de façon que l'on puisse le résoudre» (Manuel Rupp).

En rapport avec ceci, je souhaite attirer l'attention sur l'ouvrage de Manuel Rupp, paru en allemand aux éditions Thieme, intitulé «Notfall Seele». Il reflète le fruit de sa longue expérience.

A noter

- La structure est un facteur de sécurité. Les cinq phases de l'intervention, de la prise de contact à la prise de congé (à quoi s'ajoute la réflexion intervenant dans la phase de préparation), m'aident à mettre de l'ordre dans une situation d'urgence aiguë.
- Les syndromes clés dont je peux déjà m'enquérir lors du premier contact m'indiquent si je peux affronter la situation seule ou s'il est nécessaire de requérir le soutien de la police (agité-bizarre, conflit-violence, situation de toxicomanie).

Correspondance:
Dr Claudia Zuber
Bahnhofstrasse 8
5504 Othmarsingen
claudia.zuber@hin.ch