

Manuel Rupp, Bâle

Intervention psychiatrique urgente en ambulatoire

Workshop 5 au congrès JHaS de Soleure, 31.3.2012

Remarque préliminaire

Il y a urgence (nécessité d'intervention immédiate) si le risque pour le patient ou autrui ne peut être exclu ou si le patient semble ne plus être capable de jugement, d'action ni de réaction: tout comme dans un bateau en train de sombrer, dans une urgence psychiatrique le patient est en danger immédiat. Son environnement est également fortement impliqué. Ses proches ne peuvent pas l'aider suffisamment. L'aide doit donc tenir compte de cet aspect systémique.



A la différence de la notion habituelle de psychothérapie, une intervention active est donc indispensable en cas de danger aigu de personnes ayant de graves problèmes de communication et non coopérantes, tout comme dans une problématique familiale complexe.

Un scénario permet de définir le problème à résoudre malgré la situation compliquée et les attentes. La séquence suivante a fait ses preuves dans une telle intervention:

Phase 1: établir le contact

Le premier contact est souvent téléphonique. Il n'est pas rare que ce soient des tiers, proches ou voisins qui appellent. Ces patients ont généralement déjà eu besoin à plusieurs reprises d'interventions psychiatriques de crise. L'*écoute active* aide à ne pas couper ce premier contact téléphonique. Ecoute active veut dire: le médecin de garde écoute d'abord puis répète en ses propres termes ce qu'a exprimé l'appelant, verbalement et non verbalement, ses craintes et ses demandes, de manière à s'assurer qu'il l'a bien compris.

Phase 2: préparer

Encore au téléphone un *triage* permet de savoir s'il s'agit d'un problème organique cérébral exigeant un traitement d'urgence (trouble de conscience?) ou si le patient ou d'autres personnes sont en danger aigu. En cas de suspicion de problème organique cérébral (par ex. délire ou intoxication), l'ambulance est appelée. Un danger aigu pour le patient ou d'autres personnes exige une intervention psychiatrique urgente.

Le patient et le médecin se préparent: par téléphone, le patient et la plupart du temps son entourage reçoivent du médecin des précisions sur ce qu'ils doivent faire en attendant l'arrivée du médecin de garde («Faites un thé en m'attendant, je serai chez vous dans 45 minutes au plus tard!»). Il se réserve assez de temps (env. 1½ heure pour une visite à domicile en ville) et se prépare pour le pire des cas. Il appellera d'autres intervenants (police!) s'il le juge utile. Le médecin réfléchit à un *setting* pour son intervention qu'il explique à son arrivée sur place (qui parle de quoi, dans quel but et combien de temps?). Il prend clairement l'initiative de manière à se positionner comme «régisseur» de l'intervention dont il sera le modérateur actif.

Un scénario permet de définir le problème à résoudre malgré la situation compliquée et les attentes.

Phase 3: comprendre

Lors du contact direct, le médecin évalue les aptitudes et la disposition des personnes présentes à *communiquer*. Les discussions approfondies ne sont établies qu'avec les personnes accessibles.

- Les personnes ayant une possibilité de communication limitée sont mises au courant des décisions et mesures à prendre immédiatement en des termes facilement compréhensibles.
- Des questions d'abord ouvertes, et plus tard complémentaires, sont posées aux personnes capables de parler. Le médecin répond aux remarques débordantes du patient en les admettant («Je comprends votre rage») tout en fixant des limites («Je ne suis pas d'accord que vous vous dévalorisiez»). Il se concentre sur l'ici et maintenant. Il demande de préciser certaines choses («Que voulez-vous dire exactement? Pour que je vous comprenne bien»).

D'abord en écoutant, puis en posant des questions en tant que modérateur, il demande aux personnes capables de communiquer quelles sont les *informations* les plus importantes sur la situation actuelle (risques et ressources).

Avec une évaluation de la situation par estimation de son influençabilité vécue dans l'interaction, de même que par analyse des informations anamnestiques et de ses constatations, le médecin fait une *appréciation syndromique provisoire* et élabore une *stratégie d'aide* (traitement ambulatoire? placement chez un privé? hospitalisation?). Poser un diagnostic précis n'a pas de sens, ce n'est même pas possible en urgence avec des patients inconnus vu le manque d'informations et d'exams. En même temps que sa stratégie numéro 1, le médecin esquisse une alternative («plan B») au cas où le «plan A» s'avère irréalisable.

Phase 4: changer

En suivant la stratégie d'aide, les interventions suivantes sont fixées avec les personnes capables de communiquer lors d'une brève *conférence des intervenants* improvisée. Le médecin leur fait part de son estimation du risque et de son plan d'action, distribue les rôles et les tâches (par ex. en relation avec une hospitalisation forcée prévue).

Les *mesures* envisagées sont immédiatement mises en route:

- le médecin fixe les priorités;
- les forces et ressources d'entraide de l'entourage sont activées («Qu'est-ce qui vous a aidés lors de la dernière crise du même genre?»);
- les contraintes sont réduites (par ex. arrêt de travail);
- les solutions immédiatement applicables sont mises en route (par ex. promenade avec un ami autour du pâté de maisons pour faire baisser la pression);
- le patient et son entourage sont mis en réseau avec des auxiliaires extérieurs (privés et professionnels).

Les téléphones aux contacts importants sont faits immédiatement et si possible en présence du patient. Ces contacts sont priés de venir sur place dans les plus brefs délais.

Si nécessaire et surtout en soirée le médecin donne une benzodiazépine à effet rapide comme tranquillisant (jamais d'emballage!); dans les états délirants, c'est toujours l'halopéridol qui marche le mieux en ambulatoire, à dose prudente.

L'effet le plus important est cependant obtenu par la communication, la modération et la maîtrise de la situation. Le contrôle de la discussion patient, précis et empathique agit généralement plus rapidement sur une personne désespérée et suicidaire et la tranquillise plus longtemps qu'une benzodiazépine. Une discussion structurée avec un management du temps consciencieux soulage plus qu'un médicament. L'intervention décidée de plusieurs policiers calmes et avec tact a un effet «sédatif» plus rapide que l'administration parentérale de médicaments.

Tableau 1

Médicaments.

Anxieux-agité	Lorazépam Exp.	p.o. 1 mg (max. 2,5 mg)
«Psychotique», délirant	Halopéridol	p.o. 1 mg (max. 5 mg)
Symptômes extrapyramidaux	Bipéridène	2 mg

Dans son *évaluation* finale, le médecin décide si le risque au cours de son intervention a disparu jusqu'au prochain contact prévu ou si le patient doit encore être placé dans un environnement de sécurité (par ex. hôpital). Pour la préparation d'un transport difficile vers un hôpital, il lui donne 1 mg (max. 5 mg) d'halopéridol per os. Aucun médicament n'est si possible administré avant une hospitalisation de manière à ce que la symptomatologie psychique reste présente lors de l'admission.

Phase 5: prendre congé

Le médecin *prend congé* du patient et de ses proches. Il précise une nouvelle fois sa fonction (donne une carte de visite) et s'assure que les messages les plus importants ont été bien compris et que le prochain contact est bien organisé. Lors d'événements potentiellement traumatisants (par ex. hospitalisation forcée), il est judicieux de prévoir une discussion à l'hôpital avec les proches. Des informations complémentaires sont souvent nécessaires pour comprendre ce qui s'est passé et éliminer les préjugés et malentendus. Du fait que les proches de psychotiques ont pour la plupart déjà vécu une longue période de malheurs, il est indiqué de reconnaître les angoisses et privations dont ils ont souffert.

Commentaire

La prise en charge ambulatoire en fonction du tableau clinique du trouble aigu est présentée de manière claire et concise dans le manuel suivant: Manuel Rupp. Notfall Seele, Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag, 3. Auflage 2010.

Les syndromes urgents ci-dessous sont distingués:

- états menaçants somatiques;
- patient agité-comique-délirant;
- patient désespéré, suicidaire;
- situation conflictuelle avec actes violents;
- patient intoxiqué ou sevré;
- patient anxieux et paniqué;
- patient «chronique aigu».

Ce manuel présente des recommandations de prise en charge pratiques avec de nombreux exemples.

Correspondance:

Dr Manuel Rupp
 Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH Supervision
 Kursleitung
 Bärenfelsenstrasse 36
 4057 Basel
 manuel.rupp[at]bluewin.ch