

GESTION DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES EN REGULATION MEDICALE OU A LEUR CHEVET

Igor OUSS – BOBIGNY - Mail : igor.ouss@wanadoo.fr

Introduction :

L'urgence concernant des malades psychiatriques gérés au SAMU existe fréquemment. Il peut s'agir d'un danger proche ou imminent pour le patient ou l'entourage ou d'une urgence diagnostique. Par ailleurs le poids social d'un certain nombre de situations peut justifier une intervention rapide.

Une idée reçue consiste à penser que l'urgence psychiatrique n'existe pas car il s'agit de pathologies chroniques dont la décompensation s'est inscrite dans le temps et pour laquelle la multiplicité des intervenant ayant chacun des contraintes spécifiques induit souvent un délai...

Tous les Centres de régulation ont en mémoire des suicides « en direct », des violences ayant entraîné des blessures, des accidents liés au comportement délirant du patient.

Le diagnostic, en particulier afférent au risque de passage à l'acte et à son imminence peut le plus souvent être réalisé en régulation, à sauf que la vision du témoin vient remplacer celle du médecin présent auprès de malade.

Les items sémiologiques sont les mêmes dans ces deux configurations. Certains sont spécifiquement liés à l'entretien avec le malade lui même, peut-être trop rarement sollicité au téléphone.

Sécuriser la situation et l'intervention concerne tout d'abord la régulation médicale par l'évaluation la plus précise possible, sur la base d'éléments médicaux, du risque pour le patient, l'entourage ou les professionnels missionnés. Le corollaire de ce « diagnostic de dangerosité ou de risque » est l'envoi de chacun des professionnels dont les compétences spécifiques sont requises pour agir sur le patient : le médecin pour diagnostiquer, prescrire le traitement ou l'hospitalisation, sédater, les pompiers pour accéder au malade, la police pour sécuriser, protéger ou contenir, l'ambulance pour transporter.

L'intervention médicale est incontournable dès lors qu'il existe un risque de passage à l'acte, une souffrance ou une incertitude. Sur place le professionnel aura pour objectif initial de réévaluer le risque car il peut avoir été sous estimé ou méconnu lors de l'appel.

TEXTE :

- Les situations psychiatriques rencontrées en régulation médicale ou plus largement en médecine d'urgence sont fréquentes et variées d'autant plus que les professionnels rangent sous le vocable « Psy » une multitude de demandes où l'aspect comportemental, une relation particulière avec l'ARM ou le médecin, un contexte ou les aspects émotionnels, l'expression d'un mal-être... sont au premier plan. Nombre d'appelants habitués sont catalogués de « psy ».

Il peut s'en suivre un à priori (voire un préjugé) ou une banalisation qui limiteraient l'analyse objective de la situation.

De ce fait l'approche médicale est souvent moins rationnelle, moins poussée que pour les pathologies somatiques.

Par ailleurs, l'urgentiste est souvent peu accoutumé ou formé à l'entretien psychiatrique et à l'observation de ces malades qui concentrent toute la sémiologie au téléphone.

L'entourage lui-même est souvent perturbé par « l'ambiance » et les contraintes. Il est de ce fait difficile à interroger bien que porteur lui-même de nombre d'informations historiques, anamnestiques et cliniques. Le rôle des accompagnants sera fondamental pour la gestion immédiate mais aussi pour la suite.

La mesure du risque ou du danger induit par l'état du patient dépend pourtant des informations sémiologiques et environnementales recueillies.

- L'impact émotionnel est en général fort sur nos appelants. Les symptômes sont inquiétants, impressionnants, pénibles pour le malade et/ou l'entourage. La durée de l'événement vient renforcer la pénibilité. L'interaction entre le malade psychiatrique et son entourage ou son environnement est toujours complexe. Le moment de l'appel correspond à un moment de tension particulière chez les protagonistes, majorant encore les difficultés relationnelles qui risquent de se faire jour lors de l'interrogatoire par les professionnels du C.R.R.A. ou les professionnels présents sur les lieux.

L'appelant a de bonnes raisons de perdre son affirmation*, ce qui aura des conséquences sur l'émotion et sur la clarté de l'expression. Le bon usage des outils comportementaux par les professionnels impliqués sera particulièrement important.

Parmi ces outils certains occupent une place prépondérante pour générer la compliance du malade ou de son entourage : l'empathie*, la synchronisation*, les différents modes d'écoute* et de questionnement, le renforcement*...

- Plus l'interlocuteur est perturbé, plus notre persistance dans la production d'affirmation* devra être forte. Le travail sur le ressenti, s'il est envahissant, devra précéder le recueil d'informations, ce qui peut être difficile à concevoir et à réaliser dans ces situations perçues comme urgentes.

En terme de contenu, il est important en régulation de formuler le plus tôt possible que nous allons agir et de nommer les intervenants choisis ainsi que leur délai de mise en action. Les conseils sécurisent l'attente et rassurent. Lorsque le professionnel est sur place, l'information sur nos stratégies et décisions a également une utilité majeure.

Le médecin s'attachera dans tous les cas à créer avec le patient une relation de compréhension, de confiance ou d'alliance

- Il existe régulièrement des situations où le pronostic pour l'un des protagonistes peut être engagé à court terme. C'est ce qu'il faut dépister en premier. Il faut systématiquement s'interroger sur la dangerosité selon des items sémiologiques précis. Si la description des symptômes compte avant tout le sentiment de l'entourage sur le risque a de la valeur (pensez vous que... ? qu'est-ce qui vous fait penser ça ?).

Déterminer la dangerosité de la crise consiste à s'interroger à partir de la sémiologie (ou des antécédents) sur quelques situations :

- **Le passage à l'acte est-il réalisé ?** Auquel cas l'analyse médicale se centrera sur l'impact somatique.
- **Existe-t-il un danger imminent d'agression ? Est-elle en cours ; a-t-elle existé par le passé lors d'un tableau analogue ; l'entourage en ressent-il le danger ; le malade a-t-il exprimé cette volonté ; se sent-il lui même menacé ; son comportement corporel ou verbal exprime-t-il l'agressivité ; est elle théorique ou centrée sur une « chose » désignée et accessible ?... Ces questions précises doivent être renseignées.**
- **Existe-t-il un danger imminent de suicide ? Le malade en a-t-il formulé la volonté, a-t-il imaginé un scénario, a-t-il à sa disposition les moyens de réaliser son projet, l'a-t-il planifié dans le temps ? Là encore l'information doit être explicite sur ces points.**
- **Existe-t-il un risque d'accident ? La conduite clastique peut elle générer des blessures ? la panique, le délire, les hallucinations peuvent ils motiver des actions dangereuses (saccage, volonté de fuir, de se soustraire au danger pressenti, idées de toute puissance...) ?**

- **L'instabilité des symptômes, la cinétique de la crise peuvent-ils faire redouter à court terme une évolution défavorable du comportement ?**
- **Le niveau de certitude quant à l'évaluation du patient est-il satisfaisant ?**
- **En cas d'événements itératifs il est intéressant de comparer l'épisode du jour à d'autres crises.** Quelles sont les similitudes ou les différences qui pourraient nous donner à penser que le comportement sera identique ou non aux épisodes antérieurs ? L'événement du jour comporte-t-il des éléments de gravité surajoutés ou au contraire des éléments rassurants par rapport aux accès passés ? Comment ont-ils été gérés, faut-il reproduire la stratégie ?
- Outre l'identification du trouble psychique, la première étape en régulation puis une fois parvenu auprès de l'entourage et enfin du malade consiste à éliminer le danger imminent de passage à l'acte ou d'action clastique. Dans ces situations, la décision peut déjà s'imposer.

La poursuite de l'interrogatoire aura alors pour but, outre les conseils à donner à nos interlocuteurs, de rechercher une origine somatique à la symptomatologie.

L'existence d'événement analogue dans le passé est éclairante. Les antécédents de pathologie psychiatrique ou physique pouvant entraîner des perturbations du comportement sont évidemment incontournables. Enfin l'anamnèse peut conduire à découvrir d'autres origines (toxique, médicamenteuse, métabolique, neurologique, traumatique...).

Dans ces situations la décision peut être dictée par l'évocation d'un diagnostic différentiel. N'oublions pas la grande variabilité des tableaux de dysfonctionnement mental d'origines psychiatrique aussi bien que somatique.

- **En régulation ou en vis à vis l'interrogatoire sur les points précis évoquant la dangerosité nous permet de définir d'une part l'urgence à intervenir (sans oublier qu'elle est parfois extrême) et d'autre part les compétences requises sur la scène.** Elles motiveront le choix des professionnels à missionner auprès du malade. Comme pour la médecine du corps, chaque malade, chaque appel est unique et la décision se fonde d'une part sur les éléments recueillis à l'interrogatoire (qui permettent de définir un diagnostic, un pronostic ou une urgence) et d'autre part sur le degré de certitude acquis.

Plusieurs professionnels peuvent être requis en fonction du tableau ou du contexte. Le médecin diagnostique, choisit la conduite à tenir, négocie, rédige les certificats, sédate, coordonne l'action des différents intervenants... la police sécurise, protège ou contient, les pompiers permettent l'accessibilité, les ambulanciers transportent...

Des moyens dégradés peuvent être envisagés dans des circonstances contraignantes. Quoi qu'il en soit il faut prendre garde à ne pas minimiser la réponse si le danger est patent.

- La question du conseil est incontournable. Il renforcera le confort d'attente. Ce conseil peut consister à recommander une action ou une « non-action ». Son but est aussi bien entendu de protéger le malade en cas de velléité auto-agressive ou de danger d'accident. Il sera de protéger l'entourage en cas d'hétéro-agressivité. Il consistera à faire surveiller pour nous alerter à nouveau en cas d'évolution.
- Sur place le médecin, seul ou accompagné par la police si une dangerosité a été identifiée, s'attachera dans tous les cas à créer avec le patient une relation de compréhension, de confiance ou d'alliance.
- Le terme de tout acte médical y compris au téléphone est de contractualiser avec le patient si possible ou l'entourage sur la base de la décision que nous prenons au vu des éléments extraits durant l'interrogatoire ou l'observation.

Dans ces situations à risque de passage à l'acte il est particulièrement important que ce contrat soit formalisé. L'envoi non négocié, non accepté de professionnels auprès du patient peut induire le passage à l'acte par la déstabilisation émotionnelle du patient (acte pulsionnel au moment de « l'irruption de l'étranger »).

Lorsque ce contrat ne peut être obtenu en régulation, l'intervention en premier lieu du médecin sera de mise. Il reprendra l'évaluation du risque et prescrira la stratégie de prise en charge et la coordination des différents intervenants.

- L'hospitalisation en urgence est systématique si un risque de passage à l'acte est identifié ou suspecté. Si le risque n'est pas patent, l'évolution attendue en fonction des symptômes, du diagnostic, de l'anamnèse, de la cinétique et de la possibilité d'obtenir un résultat par la mise en route d'un traitement psychotrope doit également faire envisager une hospitalisation, et en tout cas l'avis d'un psychiatre.

L'environnement et la tolérance par l'entourage sont des critères de poids.

En cas d'évolution subaiguë sans rupture ni dangerosité et avec une possibilité de surveillance et de rappel au 15 une consultation psychiatrique rapide peut être négociée.

- Le rôle du médecin, outre l'analyse du patient et la décision, sera d'orienter le patient vers la garde psychiatrique de l'hôpital général (diagnostic différentiel) ; si le malade est clastique ou résistant il faudra préparer son accueil.

En cas de ressenti difficile au téléphone, le régulateur (lui seul étant donnée la technicité de l'entretien) pourra conserver la ligne avec le patient ou l'entourage.

Si l'intervention est identifiée comme risquée, il devra piloter toutes les actions entreprises par les différents professionnels jusqu'à leur terme, à moins qu'un autre médecin soit sur place.

- En conclusion, le risque vital ou fonctionnel existe dans les pathologies psychiatriques qui ne doivent en aucun cas être banalisées mais au contraire évaluées selon des critères médicaux précis et univoques.

Les compétences requises, donc les professionnels à engager en découlent.

La régulation médicale décrit le risque, donc le besoin. Le médecin, (nécessaire dans tous les cas d'évolution aiguë) intervenant sur place réévaluera systématiquement ces points dans l'étape initiale de son acte sur la base des mêmes indices précis et univoques.

*cf. « Outils pour la communication interpersonnelle au téléphone » in Guide d'aide à la régulation