



Alliance soignant-soigné dans un service d'urgence : la rencontre entre psychiatres et urgentistes somaticiens est-elle possible ?¹

Matthieu Romanos ²

Tout d'abord merci aux organisateurs de ce beau congrès et merci de me donner la parole.

Je me présente, Matthieu Romanos, psychiatre, responsable d'une unité de psychiatrie d'urgence, de liaison et de crise au sein du centre hospitalier général (CHG) de Rambouillet dans les Yvelines en région parisienne. Je dois préciser que je travaille pour l'hôpital Charcot, à Plaisir à 30 km du CHG.

Avant de rentrer dans le vif du sujet, je voudrais présenter l'origine de cet exposé et éclairer le but de mon propos. L'origine est triple. Il vient d'abord d'un constat de terrain, puis d'une intuition et enfin d'un questionnement.

Le constat : lorsque l'on est psychiatre ou soignant en psychiatrie on ne peut que constater la difficulté que rencontrent les collègues somaticiens aux urgences à entrer en relation et rester en alliance avec les patients (j'utilise là un doux pléonasmisme pour ne pas écrire le rejet et l'agressivité de la part de nos collègues envers les patients dont nous sommes parfois témoins). Certes c'est un constat qui peut s'étendre à toutes les spécialités (y compris de médecine générale) mais il est vrai que l'alliance avec le patient et le traitement de l'urgence, de l'aigu, relève du paradoxe. L'urgence est plus que tout autre spécialité une maladie de l'organe défaillant à traiter. De plus les prises en charges se font dans un contexte de stress partagé : celui des soignants avec le risque de passer à côté d'un diagnostic et celui des patients qui les rend demandeurs, exigeants voir non compliants.

L'intuition somme toute assez banale pour nous psychiatres et qui m'apparaissait comme une évidence c'est que l'urgence reste un moment clé dans la prise en charge des patients « somatiques » tout comme il l'est pour les patients psychiatriques.

Je me suis donc demandé comment aider nos collègues sur ce terrain de la rencontre avec l'autre et de l'alliance que nous connaissons bien (et encore un peu plus avec le congrès qui vient de se dérouler). Nos collègues nous parlaient de cette étude « qui sommes-nous psychiatres d'urgence ? ». Il me semble que l'un de nos

¹ Ce texte a été présenté le 21 septembre 2012 au congrès de psychiatrie et de psychologie organisé par l'AFERUP à Nancy sur le thème « l'art de la rencontre ».

² Praticien Hospitalier sur le Secteur 78G16 au Centre Hospitalier J.-M. Charcot (Plaisir, 78).

rôles est d'éclairer les collègues somaticiens sur notre spécialité, y compris la relation à l'autre.

Car vous en avez peut-être fait l'expérience mais il ne s'agit surtout pas de venir faire « la morale » au collègue pour que cela change. De plus les préoccupations, l'intérêt et le langage des urgentistes et des psychiatres sont suffisamment différents pour que nous n'arrivions pas à *rencontrer* nos collègues sur ce terrain.

Comme vous l'avez compris je ne vais pas vous apprendre grand-chose de pointu mais simplement essayer de proposer un moyen modeste, non définitif et non exhaustif de rencontrer nos collègues urgentistes sur le terrain de la rencontre des patients (vous me suivez toujours ?).

Nous allons donc :

- **définir** les termes employés car il est important de se mettre d'accord de ce sur quoi on parle ;
- **cibler le problème** (car les urgentistes souhaitent des choses ciblées) tout en les déculpabilisant (car un discours culpabilisant est inécoutable) ;
- **convaincre les collègues de l'utilité** de la relation (car les urgentistes sont en recherche d'efficience, ce qui est fait doit être utile) ;
- enfin, **proposer quelques outils pratiques** d'amélioration et de changement.

Définitions

Soignant : j'emploie le terme soignant au sens large et j'y inclus les professions paramédicales et médicales.

Et pardonnez moi mais quand j'emploie ou j'ai employé le terme psychiatre je l'entends également de manière extensive à l'ensemble des collègues « psy » (infirmier psychiatrique, psychologue) travaillant dans un service d'urgence.

Les deux termes qu'il me semble important d'explicitier aux urgentistes sont ceux de relation et de communication. (Car j'ai souvent entendu de la part des collègues urgentistes qu'avec les patients lorsqu'il y a un souci, c'est une question de communication. Sous entendu, avec un bon plan com', tout se règle en faisant fi de la rencontre, de la relation avec le patient).

Pour ne pas être suspect (un psychiatre est souvent suspect auprès des urgentistes) je m'appuie sur des définitions proposées par l'Académie Nationale de Médecine (Mantz et Wattel, 2006) :

Relation soignant-soigné : situation complexe aux composantes multiples, techniques, psychologiques et affectives ;

Communication : échange de messages. Ce n'est qu'une partie de la relation. La qualité de la communication **dépend de la relation** (donne à la décision son sérieux, au traitement sa clarté, à l'observance son efficacité).

Cibler le problème

Je rappelle que c'est nous « les psy » qui voyons un problème dans la façon dont urgentiste et patient se rencontrent. Le premier enjeu est donc de faire prendre conscience qu'un problème existe.

Là encore j'ai utilisé une source neutre, soit le bilan de l'Académie Nationale de Médecine (Mantz et Wattel 2006).

Constat général

La communication des malades ou famille avec le personnel soignant se fait mal que cela soit à domicile, en consultation ou à l'hôpital. Nous pouvons donc supposer qu'elle se fait mal au service des urgences. Pas plus mal qu'ailleurs mais pas mieux non plus.

L'utilisation d'un constat général permet, je crois, d'éviter d'être dans une position culpabilisante envers les urgentistes.

Les causes

Hors de portée (c'est-à-dire inchangeable) :

- personnalité de chacun (patient et soignant),
- asymétrie de la relation concernant un professionnel (soignant) et un amateur (soigné),
- évolution hypertekhnique de la médecine.

Accessibles :

- défaut d'écoute, de parole, d'échanges,
- temps insuffisant consacré au malade,
- manque de formation à la relation.

Nous avons donc ciblé les problèmes auquel nous pouvons nous attaquer : la rencontre, l'alliance, la relation au malade.

Convaincre de l'utilité de la relation

Ce n'est pas parce que l'Académie Nationale de Médecine le dit que cela va forcément intéresser tout le monde. Il me semble qu'il est nécessaire d'argumenter Pourquoi les soignants aux urgences doivent s'intéresser à la relation. C'est-à-dire Pourquoi c'est un problème qu'il faut prendre en compte.

Deux niveaux sont à considérer : l'intérêt du point de vue du soigné et de celui du soignant.

Intérêt pour le soigné

Une pratique a un intérêt pour le soigné s'il est satisfait de cette pratique. Une enquête téléphonique (Baubeau, 2003) concernant 3000 personnes ayant consulté un service d'urgence (SU) montre notamment **que le degré de satisfaction est fonction :**

- du temps d'attente jugé excessif :
 - + de 20 minutes avant le 1^{er} contact
 - + de 1h avec le médecin
- de la **communication avec le médecin** :
 - **Avoir pu s'expliquer**
 - **Avoir reçu des explications**

Il est intéressant de noter que le degré de satisfaction ne passe pas par la qualité des soins apporté (mais passons).

L'enquête note que le ressenti est fonction de l'âge et du degré d'étude. Le taux de « Très Satisfait » passe de 70 à 50% s'il manque une des 2 composantes analysées (Avoir pu s'expliquer/avoir reçu des explications). Ce qui est analysé **c'est le ressenti**, donc pas la qualité de l'information transmise mais bien la relation.

Intérêt pour le soignant

Au niveau du soignant l'intérêt premier n'est pas la satisfaction « pour la satisfaction » de l'utilisateur mais un intérêt thérapeutique. Des études récentes nous informent sur l'aspect thérapeutique de la relation (Consoli, 2010). En voici deux exemples.

- **L'alliance thérapeutique mesurée par le diabétologue prédit le contrôle métabolique** à un an chez des diabétiques insulino-dépendant, après ajustement sur le niveau d'hémoglobine HbA1c mesuré à l'inclusion [étude observationnelle, 64 patients] ;

- **La probabilité du contrôle tensionnel** chez des hypertendus suivi en libéral (cardiologue ou médecin généraliste (MG)) **est prédit par le pourcentage** de représentations positives de l'hypertension et de la maladie hypertensive en général **dont font preuve les praticiens** [346 MG, 204 cardiologues et 2014 patients].

Une bonne alliance thérapeutique semble donc avoir un effet thérapeutique indépendant des traitements et de la sévérité des maladies.

Ces résultats, à prendre avec beaucoup de pincettes car les études présentées ont de nombreuses limites, indiquent que la relation a donc peut-être un effet thérapeutique. Les résultats de ces études concernent les maladies chroniques et donc pas directement le travail des urgentistes. Peut-on poursuivre la réflexion entamée et l'étendre à l'action thérapeutique en urgence ? Je manque là d'études pouvant appuyer mon propos mais je le pense. A défaut d'études voici quelques arguments à proposer aux urgentistes.

L'importance de la relation est majorée par l'urgence : c'est une période de fragilité émotionnelle particulière (beaucoup plus qu'une consultation chez le médecin). La sensibilité à ce qui est dit, ressenti, vécu prend une dimension plus forte qu'à d'autres moments.

L'impact de la relation aux urgences doit s'imaginer :

- dans l'immédiat : une bonne alliance thérapeutique permet une meilleure adhésion aux soins proposés (examens complémentaires, traitements, etc.) et une anxiolyse durant le séjour au SU.

De manière pragmatique : éviter l'agressivité, les tensions, etc.

- dans l'après : un passage au SU peut être l'occasion d'un changement de vision du soigné (sur sa maladie chronique, sur son hygiène de vie, sur son observance au traitement, sur le vécu douloureux). Seule une bonne alliance thérapeutique peut être le vecteur de ce changement.

De manière pragmatique : éviter les plaintes et les réclamations.

La très grande difficulté dans le contexte des services d'urgence c'est qu'on ne voit pas la suite. C'est donc une gageure de s'y impliquer.

Proposition d'outils pratiques

Pour aider au changement, là encore utilisons les recommandations de l'Académie Nationale de Médecine (Mantz et Wattel, 2006) qui estiment que pour améliorer la relation soignant-soigné, il faut :

- une prise de conscience : volonté de chacun (ni loi ni protocole) ;
- une gestion du temps : pour les responsables d'unité, refuser de sacrifier la relation aux tâches administratives ;
- une formation (soignants et soignés).

Les psychiatres et les équipes de psychiatrie aux urgences peuvent participer à la prise de conscience par un travail sur les représentations des soignants envers les patients (car si pour les soignants les patients n'ont « rien à faire là » alors il va être difficile de les rencontrer).

De manière formelle : staff tout les matins avec l'équipe des urgences pour reprendre certains cas difficiles ou de manière plus informelle.

La formation peut se faire à plusieurs niveaux. Sans être exhaustif, voici quelques exemples :

- des formations théoriques et pratiques à l'utilisation du modèle empathique/communication non verbale (parler de face, en se posant, dans le secret, etc.) ;
- un travail sur la place de l'infirmier urgentiste ;
- un travail d'évaluation.

Je vais détailler un peu plus certaines propositions :

Un travail sur les représentations des soignants

Le travail sur les représentations des soignants envers les patients consultants aux urgences me semble indispensable car l'on entend souvent que le patient vient « pour rien » ou « qu'il n'a rien à faire là » et que globalement les services d'urgence sont mal utilisés par les patients.

Il semble donc intéressant pour travailler les représentations des soignants envers les patients d'analyser les comportements de santé des patients.

Une enquête (Gentile et al., 2007) faite sur 10 SU et concernant 87 consultants et 33 professionnels montre la différence de représentation des comportements de santé selon le point de vue concerné :

Selon les professionnels

La notion la plus récurrente chez les professionnels est celle du « recours inapproprié aux urgences ». Le problème du recours inapproprié est d'abord un problème de définition de l'urgent et du non urgent. Cette notion est hétérogène selon les professionnels. Exemple de la traumatologie : elle est communément acceptée comme faisant partie des missions des SU pourtant elle ne présente que très rarement un enjeu vital.

Les professionnels définissent comme motifs de recours inapproprié :

- consumérisme société et patient/ incapacité à gérer le stress,
- paiement différé/impression de soins gratuits,
- organisation ambulatoire défectueuse.

Les solutions envisagées par les professionnels sont :

- éducation des patients,
- sanction financière,
- gardes de médecine générale.

Selon les consultants

Motifs de recours – 83% ont conscience que ce n'est pas une urgence médicale :

- prestation médicale (efficacité/technicité/accessibilité) 43%,
- douleur (35%), angoisse (30%),
- difficulté d'accessibilité aux soins ambulatoire 25 %,
- échecs des solutions antérieures 19 %.

Le recours au SU est justifié par douleur/angoisse/examen complémentaire et donc est justifié (sans qu'il n'y ait de récurrence).

L'enquête téléphonique précédemment citée (Baubeau, 2003) montre que les consultants au SU sont bien insérés dans le système de soins (87% ont un médecin traitant) et fréquentent rarement les SU (1,02 fois par an).

Cette analyse confirme la divergence forte de représentation **entre professionnels et patients**. La relation et l'alliance partent du mauvais pied...

La place de l'infirmier urgentiste

Stuckens (2006), infirmier urgentiste belge, président de l'association francophone des infirmiers d'urgence déplore le caractère purement technique de la formation de l'infirmier urgentiste. Il défend l'idée d'une place spécifique de l'infirmier d'urgence où le dialogue passe avant la technique. Pour résumer sa pensée :

1. améliorer l'accueil du patient et de sa famille ;
2. gérer la différence de temporalité entre le patient et sa famille ;
3. sensibiliser au principe de responsabilité déontologique ;
4. Renseigner, informer, éduquer et communiquer.

Stuckens évoque notamment l'infirmier d'accueil et d'orientation aux urgences (IAO) qui existe en France comme un signe vers le dialogue. Mon expérience est que les IAO sont insuffisamment voire pas formés. Du coup la question technique de « la bonne orientation » supplante la question de l'accueil.

L'évaluation

Il n'y a pas de protocole ni de critères d'évaluation des pratiques professionnelles pertinente mais il peut y avoir une auto-évaluation par exemple par des **enregistrements vidéos** des professionnels en situation de travail réel. Les enregistrements sont ensuite revus par les professionnels. Des expériences menées en maison de retraite montrent un impact positif sur la prise de conscience des soignants.

Conclusion

La rencontre avec les urgentistes n'est pas facile, elle demande du temps, un apprivoisement mutuel mais elle possible, enfin je crois.

Bibliographie

Attale C., Lemogne C., Sola-Gazagnes A., Guedeney N., Slama G., Horvath A.O., Consoli S.M. (2010) : Therapeutic alliance and glycaemic control in type 1 diabetes : a pilot study, *Diabetes Metab.*, 36, 6 (Pt 1), p. 499-502

Baubeau D., Carrasco V. (2003) : Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, *Etudes et résultats*, 215, DREES, janvier

Consoli S.M. (2010) : La psychiatrie de liaison. Quelle actualité, quelles perspectives ?, *Annales Médico-Psychologiques*, 168, p. 198-204

Consoli S.M., Lemogne C., Levy A., Pouchain D., Laurent S. (2010) : Physicians' degree of motivation regarding their perception of hypertension, and blood pressure control, *J. Hypertens.*, 28, 6, p. 1330-9

Gentile S., Durand A.-C., Bongiovanni I., Rofritsch S. (2007) : Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé, *Journal Européen des Urgences*, 20, 1S, p. 138

Mantz J.-M. et Wattel F. (2006) : Importance de la communication dans la relation soignant-soigné, *Bull. Acad. Nale Méd.*, 190, 9

Stuckens D. (2006) : Le dialogue avec le patient est-il vraiment au cœur des soins d'urgence ?, *Cahiers de la Puéricultrice*, 42, 201



Cet article est une exclusivité du *Chameau psychiatrique*. Pour le citer :

Romanos M. (2013) : Alliance soignant-soigné dans un service d'urgence : la rencontre entre psychiatres et urgentistes somaticiens est-elle possible ?, *Le chameau psychiatrique*, www.chameaupsy.com/articles-originaux/185-mr-2013