



Chapitre 20

Prise en charge infirmière aux urgences. Approches et les modalités pratiques de prise concernant l'accueil et la relation adolescent-soignant

O. BRICOU, M.S. CUILLIER, F. COMBELERAN, M. MESRE, M. NADREAU

1. Introduction

L'arrivée d'un adolescent dans un service d'urgences – pédiatriques ou adultes – ne laisse pas les soignants indifférents, surtout lorsque celui-ci se présente à la suite d'une conduite à risque, notamment à la suite d'une tentative de suicide. Il est alors parfois difficile pour l'infirmier de dépasser le saisissement que peut induire ce type de geste.

La législation relative à la prise en charge du mineur aux urgences incite les équipes à mettre en œuvre un ensemble de compétences, car cette approche pluridisciplinaire est incontournable lorsqu'il s'agit de prendre en charge les adolescents.

Les conduites à risque observées sont multiples : consommation de diverses substances psycho-actives, scarifications, tentatives de suicide, troubles du comportement alimentaire, risques routiers, toute conduite entraînant la mise en danger de soi. Leur répétition, leur durée, l'accumulation d'événements négatifs que l'on peut interpréter comme étant un cumul de manifestations de souffrance psychique sont des signes à prendre en considération dans l'évaluation clinique ; ils inscrivent l'adolescent dans un registre pathologique.

Nous aborderons successivement plusieurs points nous permettant de cerner la problématique posée par la prise en charge des adolescents dans les services d'urgences :

1. Aspects législatif et administratif concernant l'accueil des mineurs à l'hôpital.

Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent et de psychiatrie générale du P^r M.R. Moro, Maison des adolescents, 125, route de Stalingrad, 93000 Bobigny, France.

2. Rôle infirmier dans l'accueil de l'adolescent aux urgences.
3. Situations rencontrées et conduite à tenir.
4. Prise en charge pluridisciplinaire autour de l'adolescent : un exemple de travail en réseau. L'expérience de l'équipe Liaison-Urgences Adolescents de la maison des adolescents CASITA de l'hôpital Avicenne.

2. Accueil du mineur à l'hôpital : aspects législatif et administratif

En France, est considéré comme étant mineur tout individu qui n'a pas atteint l'âge de 18 ans accomplis. Il est placé sous l'autorité de ses responsables légaux (père, mère, tuteur) jusqu'à sa majorité ou son émancipation.

Remarque : les mineurs ressortissants d'un pays étranger demeurent soumis, quant à leur majorité, à la loi du pays d'origine.

2.1. Inscription du patient mineur

Tout mineur se présentant seul aux urgences doit être inscrit et examiné par un médecin avant son orientation éventuelle.

- En règle générale, tout soin ne peut être pratiqué qu'avec l'accord du patient mineur et de celui d'un représentant légal.
- En conséquence, les parents (ou tuteur) du mineur doivent être prévenus le plus rapidement possible de sa présence à l'hôpital.

Soins : en cas d'urgence, le médecin doit pratiquer les soins nécessaires. Le cadre de santé présent préviendra l'administrateur de garde de la présence d'un mineur non accompagné aux urgences.

2.2. Sortie 1. Impossibilité matérielle de solliciter l'accord des parents

2.2.1. Non admission

Le mineur ne peut sortir qu'accompagné d'un représentant légal (voir avec l'administrateur de garde).

Selon la lettre ministérielle du 3 mars 1972, « l'hôpital est tenu de retenir le mineur contre sa volonté et ce, jusqu'à l'arrivée des parents. L'hôpital peut voir sa responsabilité engagée pour défaut de surveillance dans l'hypothèse où le mineur serait victime ou auteur d'un dommage quelconque hors de l'hôpital ».

2.2.2. Sortie contre avis médical

Un mineur, dépourvu de capacité juridique, ne peut remplir pour lui-même une attestation de sortie contre avis médical.

2.3. Sortie 2. Le représentant légal de l'enfant est contacté

Si l'âge (discernement/autonomie), l'état de santé du mineur, les conditions matérielles (horaire, moyens de transport) permettent le retour à domicile sans danger **et si le parent a donné son accord** par téléphone, le mineur peut quitter seul l'établissement.

Le mentionner dans le dossier en précisant l'identité de la personne contactée et l'heure de la conversation téléphonique pour éviter tout litige ultérieur éventuel.

Remarque : cette possibilité doit être institutionnalisée et faire l'objet d'un point validé par les instances administratives responsables de l'établissement (règlement intérieur). Elle engage la responsabilité administrative de l'établissement ainsi que la responsabilité du médecin qui prend en charge l'adolescent et doit évaluer sa capacité à rentrer seul à domicile.

2.4. Sortie 3. Le représentant légal ne peut pas ou ne veut pas se déplacer

Si l'enfant est trop jeune ou trop faible pour envisager un retour sans danger, que les parents refusent de se déplacer et ne trouvent pas de solution pour faire venir chercher leur enfant par un adulte de confiance dans un délai de temps raisonnable, il convient de saisir le procureur de la République *via* l'administrateur de garde qui informera les parents de cette démarche. Le cadre de santé présent se charge de prévenir l'administrateur de garde.

Quand le représentant légal confie à un tiers adulte le soin de venir chercher son enfant à l'hôpital, il faut vérifier l'identité de celui-ci avant de lui confier l'enfant et lui faire signer le registre de sortie.

2.5. Sortie 4. Les parents restent injoignables

Prévenir l'administrateur de garde. Un enfant ne peut sortir seul de l'hôpital.

2.5.1. Admission

Sauf cas d'urgence, l'admission d'un enfant mineur doit être signée par un représentant légal. Si les parents restent injoignables, le cadre de santé présent se charge de prévenir l'administrateur de garde qui saisira le procureur de la République.

2.5.2. Transfert dans un autre établissement de santé

Le transfert pour raison médicale est considéré comme une hospitalisation. Les parents sont prévenus, en cas d'urgence le transfert est réalisé, la procédure administrative à appliquer est celle des soins urgents.

2.5.3. *Le mineur désire conserver le secret par rapport à ses parents*

Tout patient a le droit à la confidentialité et au secret en ce qui concerne son état de santé et les soins prodigués. Ce droit concerne les mineurs (loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé).

Néanmoins, l'équipe médicale doit évaluer la situation dans le double souci de protection de l'enfant mineur et de son droit légitime au secret et du droit aux parents à exercer leur autorité parentale.

Cette évaluation se fera en fonction :

- des principes protégeant la vie privée du mineur et de son droit au secret ;
- du souci de donner aux père et mère les moyens d'exercer dans des conditions normales leurs devoirs de parents.

Le droit au secret ne doit ni entraver la protection du mineur en danger – ce qui doit systématiquement entraîner un signalement aux autorités en charge de la protection de l'enfance – ni décharger les titulaires de l'autorité parentale de leurs droits et obligations vis-à-vis de leur enfant, en particulier quand celui-ci présente des comportements à risque (pour lui-même ou pour les autres).

En règle générale, un adolescent se présentant aux urgences dans le cadre d'une conduite à risque ne doit pas sortir sans être accompagné par un représentant légal.

Pour tout signalement, il n'est pas souhaitable d'entamer une quelconque démarche officielle sans discussion pluridisciplinaire préalable autour de la situation concernée. Dans la plupart des départements, il existe une équipe socio-éducative chargée de l'évaluation de ce type de situations pouvant mettre rapidement en place toute mesure nécessaire à la protection du mineur. Il faut contacter le Service d'aide sociale à l'enfance pour tout renseignement.

Dans certaines situations de maltraitance repérées à l'examen médical, il est parfois nécessaire d'hospitaliser l'adolescent même si son état de santé somatique ne le justifie pas toujours.

De même, certaines conduites à risque peuvent révéler des situations de maltraitance et l'hospitalisation peut permettre dans ce cas la poursuite de l'évaluation par l'équipe spécialisée pluridisciplinaire.

2.5.4. *Établissement de santé accueillant les urgences sans service de pédiatrie*

La circulaire DHOS/SDO n° 238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences préconise de formaliser entre le service d'urgences et les services référents (pédiatrie, chirurgie pédiatrique, pédopsychiatrie) des établissements environnants un « contrat-relais » comprenant :

- les modalités de collaboration ;

- les pathologies et/ou actes éventuellement pris en charge par le service d'urgences adultes ;
- les conditions de transfert des enfants (médicalisé ou non).

« La responsabilité de la prise en charge de l'enfant appartient au service des urgences jusqu'à sa prise en charge par un autre médecin.

En ce qui concerne les troubles psychologiques et les pathologies psychiatriques, il est recommandé que le ou les secteurs de pédopsychiatrie et le service des urgences élaborent des modalités de collaboration s'inscrivant dans une psychiatrie de liaison de proximité et permettant une proposition de rendez-vous dans un délai raisonnable. »

3. Rôle infirmier dans l'accueil de l'adolescent aux urgences

De façon générale, le premier soignant à être en contact avec l'adolescent est l'infirmier(ère). L'entretien qu'il (elle) aura avec lui et ses proches lors de l'accueil sera fondamental dans sa prise en charge et déterminante pour le projet de soins à venir.

3.1. Définition de l'entretien infirmier

« L'entretien infirmier est une technique de soin relationnel permettant de répondre au besoin d'information du patient, de l'aider à formuler ses demandes, et de recueillir des données de qualité pour élaborer ensemble un projet de soins. » (1)

Cette définition résume les fondamentaux de la relation soignant-soigné qui sont :

- Le maintien de la distance thérapeutique : il faut montrer à cet adolescent que, quel que soit son âge ou sa situation, il nous touche mais nous ne devons ni copiner en le tutoyant par exemple, ni le mater en étant trop proche physiquement.
- La mise en place d'un cadre thérapeutique favorisant la parole de l'adolescent ainsi que celle des proches présents (parler de lui, de ses centres d'intérêt, etc.). Cela nous permet de commencer à cerner la problématique que présente l'adolescent et d'évaluer avec ses proches les changements récents de comportement, d'installer l'adolescent dans sa singularité et de lui faire passer le message que, tant son âge que son geste, nous préoccupent.

La prise en charge est délicate aux urgences : elle s'inscrit dans un temps très court et nécessite une vigilance par rapport à la relation établie avec l'adolescent qui ne doit pas être trop investi. Il faut préserver et préparer le futur lien qui va se créer avec les équipes spécialisées et ne pas se substituer à celles-ci.

La prise en charge d'un adolescent aux urgences doit être pluridisciplinaire et une évaluation médico-psycho-sociale doit systématiquement être réalisée. Et

surtout, avoir toujours à l'esprit que « la qualité de l'accueil aux urgences et des premiers contacts, et en particulier le respect de la confidentialité, paraissent essentiels à la bonne continuité des soins et à l'adhésion de l'adolescent » (2).

La présence des parents doit être vérifiée en première intention. Lorsque l'adolescent est arrivé seul aux urgences, l'infirmier(ère) doit s'assurer que les parents ont été prévenus de la présence de leur enfant sur l'hôpital.

La conférence de consensus de 2000 sur la crise suicidaire recommande de « créer un climat d'empathie avec le jeune qui va permettre son accompagnement vers les professionnels de l'établissement (médecin, infirmière ou assistantes sociales), la famille et le médecin traitant, et d'utiliser les réseaux spécialisés existants » (3). L'infirmier(ère) référent(e) de l'adolescent à son arrivée aux urgences contribue à l'établissement de ce climat.

L'examen somatique permet d'évaluer la gravité du geste de l'adolescent. Lorsque le traitement est défini, chaque soin doit lui être expliqué, ainsi que son hospitalisation qui a pour objectif la poursuite de son évaluation.

Le psychiatre ou l'équipe spécialisée de l'hôpital, formée à la prise en charge des adolescents, doit être contactée rapidement afin de réaliser l'évaluation psychologique. Elle a pour objectif d'évaluer le contexte et la souffrance, d'analyser la demande, les ressources du patient et de sa famille (psychologiques, éducatives, etc.) au plus près de l'accueil. La prise de contact avec les parents permet d'aborder avec eux le geste de leur enfant, d'évaluer le mode d'interaction familiale. Un travailleur social peut compléter par l'évaluation de la situation sociale, scolaire ou professionnelle de l'adolescent. Un interprète est sollicité chaque fois que nécessaire.

4. Situations rencontrées et conduite à tenir aux urgences

Un adolescent qui arrive aux urgences à la suite d'une conduite à risque (tentative de suicide par exemple) doit systématiquement être évalué comme toutes les autres urgences et être considéré comme une personne à hospitaliser. Quelles que soient la quantité et la dangerosité des médicaments ingérés, ou du geste accompli, cela révèle une souffrance psychique qui peut se prolonger si le geste est banalisé et doit faire craindre la répétition de la conduite. Un temps d'hospitalisation permettra à l'adolescent d'exprimer sa souffrance et, après une évaluation par l'équipe spécialisée de l'hôpital, de débiter les soins psychiques et l'élaboration du projet de prise en charge avec lui (2).

L'adolescent arrive parfois aux urgences pour un problème somatique doublé de problèmes psychiques (exemple : anorexie). Il doit être signalé rapidement aussi à l'équipe spécialisée de l'hôpital.

4.1. Manifestations observées aux urgences et conduite à tenir

Quand l'adolescent manifeste de l'agressivité :

- l'infirmier(ère) référent(e) doit poser un cadre, en lui expliquant qu'il est sous sa responsabilité dans ce lieu qu'est l'hôpital, qu'il (elle) est garant(e) de la loi, et peut par exemple lui demander de se déshabiller, faire son inventaire (procédure du service), en lui expliquant que c'est nécessaire avant l'auscultation médicale et que ses affaires personnelles seront mises en sûreté ;
- l'adolescent doit être si possible sous le regard d'un soignant – visible du poste de soins, installé porte ouverte dans un box – qui peut ainsi assurer une mission de surveillance. Les aiguilles et autres matériels tranchants doivent être retirés du box ;
- si l'adolescent exprime ou montre son désir de quitter les urgences et s'il est non accompagné, les vigiles de l'hôpital peuvent être contactés afin de l'en dissuader par leur seule présence ;
- contacter l'équipe spécialisée de l'hôpital.

Quand un adolescent s'enferme dans le mutisme :

- souvent les risques sont soit un passage à l'acte, soit une fugue ;
- installation de l'adolescent dans un box à proximité du poste de soins, porte ouverte ;
- la vigilance doit être accrue et, dans ce cas, la totalité de l'équipe devient référente de cet adolescent et doit être attentive. Les aiguilles et autres matériels tranchants doivent être retirés du box ;
- contacter l'équipe spécialisée de l'hôpital.

5. Exemple de travail en « réseau » : l'équipe de Liaison – Urgences Adolescents de l'hôpital Avicenne

L'équipe de liaison est constituée d'un médecin psychiatre, de deux infirmières et de l'interne. L'équipe éducative de la maison des adolescents est sollicitée chaque fois qu'une évaluation est nécessaire, après l'examen réalisé par le somaticien des urgences.

L'équipe de liaison assure sa fonction du lundi au vendredi de 9 h à 18 h sur l'hôpital. Le psychiatre de garde sur l'hôpital évalue aux urgences les adolescents qui sont adressés en dehors de ces créneaux horaires et assure une transmission à l'équipe de CASITA, ce qui permet d'assurer la continuité des soins.

L'évaluation est conjointement réalisée par le psychiatre et l'infirmière de liaison. L'évaluation lors des entretiens porte sur les éléments suivants : cliniques (manifestations dépressives, impulsivité des gestes...), socio-éducatifs (scolarité, situations sociales particulières), familiaux (capacité à être contenante et alliance thérapeutique).

Les situations d'urgence et de crise (raptus anxieux, passages à l'acte suicidaires, somatisations aiguës) sont prises en charge dès les urgences. Une hospitalisation dans un service de médecine de l'hôpital peut être décidée pendant laquelle l'équipe de liaison poursuit l'évaluation, les soins psychologiques et décide de l'orientation. La même équipe répond également à la demande d'avis des autres services pour les adolescents et les jeunes adultes hospitalisés. Une hospitalisation est proposée systématiquement dans les cas suivants : dépression et idéation suicidaire, bouffées délirantes, mise en danger, maltraitance soupçonnée ou avérée afin de pouvoir évaluer la situation et solliciter des mesures de protection auprès du juge des mineurs.

Comme nous l'avons spécifié plus haut, l'infirmière de liaison intervient en binôme avec un psychiatre de l'équipe et participe à l'évaluation clinique des situations. Elle est aussi amenée à intervenir seule auprès des adolescents, des familles et de façon institutionnelle avec les équipes soignantes des services hospitaliers.

L'approche de l'infirmière est différente de celle du psychiatre car non diagnostique, elle propose à l'adolescent une écoute et un soutien spécifiques.

Quand l'adolescent est majeur, elle cherche, au cours du premier entretien auquel elle participe avec le psychiatre, à obtenir son accord pour envisager une rencontre avec ses parents et organiser un rendez-vous avec le psychiatre pour un entretien familial.

Lorsqu'il s'agit de l'évaluation d'un adolescent suicidant aux urgences, en accord avec les recommandations actuelles, celui-ci doit être hospitalisé (3). La gravité de son état étant à apprécier à partir de l'état psychiatrique et pas seulement de la gravité somatique du passage à l'acte. L'adolescent est systématiquement mis en pyjama, installé sur un brancard, le vestiaire doit être fait. Un lit d'hospitalisation est recherché en urgence. Le patient doit être prévenu qu'il devra rester au moins jusqu'au lendemain pour évaluation.

L'adolescent mineur n'est jamais laissé seul, un de ses parents ou l'infirmière sera toujours présent avec lui. L'infirmière l'accompagnera dans ses déplacements, sera présente lors du repas et débutera avec les parents un travail de soutien et d'alliance.

Lorsqu'une décision d'hospitalisation est prise, elle se charge, en collaboration avec le psychiatre, de trouver un lit sur l'hôpital, dans un des services du CHU ou bien sur un autre hôpital ou structure pouvant accueillir des adolescents.

Si l'hospitalisation a lieu sur Avicenne, elle assure le lien avec le service, accompagne l'adolescent et rencontre l'équipe soignante qui va le prendre en charge. Sa transmission comporte les motifs d'hospitalisation, les consignes à appliquer par tous avec cet adolescent (exemple : vérifier fermeture des fenêtres, ne pas le laisser sortir seul du service...) et leur explique le traitement initié par le psychiatre, après avoir vérifié la présence de la prescription médicale dans le dossier de l'adolescent.

Son accompagnement dans le service qui accueille l'adolescent est primordial, surtout lorsqu'il existe une ambivalence quant à l'hospitalisation. Cette ambivalence est aussi expliquée aux parents. Elle peut aussi être amenée à organiser une séparation familiale en incitant les parents à quitter le service pour que la situation s'apaise. Les entretiens se poursuivront durant tout le séjour de l'adolescent, afin de poursuivre l'évaluation et le travail d'alliance avec lui et son entourage. Ces hospitalisations sur le CHU sont souvent de courte durée et permettent de construire avec l'adolescent et sa famille un projet thérapeutique articulant les prises en charge somatique et psychiatrique.

Lorsque la sortie de l'hôpital est envisagée, un rendez-vous pour un suivi est proposé. L'infirmière prendra donc rendez-vous avec le centre médico-psychologique proche de son domicile, ou avec un psychiatre de CASITA. Dans ce dernier cas, elle l'accompagnera pour lui présenter les lieux.

En cas de refus d'hospitalisation, un rendez-vous sur CASITA est systématiquement proposé et une plaquette de la structure est remise à l'adolescent.

Si l'évaluation réalisée préconise une hospitalisation de plus longue durée dans un service spécialisé, le médecin psychiatre se mettra en contact avec les services de pédopsychiatrie d'Île-de-France afin de trouver un lieu pour cet adolescent. La proximité géographique est privilégiée, mais le petit nombre de lits disponibles sur le département ne permet pas souvent de la respecter. Le rôle de l'infirmière dans ce cas sera de recueillir les différents courriers utiles pour la prise en charge de cet adolescent et de commander le transport pour le transfert.

6. Conclusion

Le projet de soin construit avec l'adolescent et son entourage débute dès le service des urgences. Il a pour objectif de s'ajuster au plus près à la réalité familiale, sociale, scolaire ou professionnelle de l'adolescent. Cette approche est multidisciplinaire. Elle fait le lien entre les différentes dimensions du soin, prend en compte l'environnement familial et social, donne du sens à la démarche de soin et consolide l'alliance thérapeutique. Il s'agit là de la condition essentielle pour que le processus thérapeutique puisse évoluer. L'infirmière a un rôle pivot et une place prépondérante dans cette construction pluridisciplinaire.

Références bibliographiques

1. Beauzée N, Cabié MC, Lelevrier-Vasseur A, Ryback C. L'entretien infirmier en santé mentale. Haute-Garonne : Éditions Erès ; 2005.
2. Prise en charge des adolescents après une tentative de suicide. Service des recommandations professionnelles. Paris : ANAES ; novembre 1998.
3. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Conférence de consensus : la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris : 2000.

