

Le réseau nord alpin des
urgences



PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGITEE (18 A 75 ANS)

 Avalanches RENA AV

 Arrêts cardiaques

 Biologie BIORENAU

 Commission
PARAMÉDICALE

 Commission
SCIENTIFIQUE

 Gériatrie GRENAU

 Neurologie
RENAU-AVC

 Cardiologie
RESURCOR

 Pédiatrie
BABYRENAU

 Pneumologie
RENAIR

 Psychiatrie
PSYRENAU

 Situations Sanitaires
Exceptionnelles
RENAU-SSE

 Traumatologie
TRENAU

Les FONDAMENTAUX

Règles d'Or de l'accueil d'un patient agité :

- Sécurité du personnel : inventaire des effets personnels avec recherche objets dangereux
- Contact verbal en premier
- Créer un lien : technique de désescalade (boisson chaude, resocialiser, ramener à une relation humaine) / Limiter le nombre d'interlocuteurs
- Mise à l'écart (prioriser l'installation en salle d'examen)
- Informer, répéter
- Gérer un besoin immédiat
- Notion de négociation

Evaluation du comportement par l'échelle de BARS : Behavioral Activity Rating Scale

- 7/ patient violent nécessitant d'être contenu physiquement
- 6/ patient extrêmement ou continuellement actif, ne nécessitant pas d'être contenu physiquement
- 5/ patient présentant des signes de suractivité (physique ou verbale), se calme après échange verbal
- 4/ patient calme et coopérant (niveau normal d'activité)
- 3/ patient somnolent
- 2/ patient endormi mais réveillable par stimulations verbales ou physiques
- 1/ patient non réveillable malgré stimulation

Etiologie de l'agitation à éliminer :

Causes toxiques	Causes somatiques
Alcool	Hypoglycémie
Stupéfiants	Hypoxie, hypercapnie
Serrage	Méningo-Encéphalite
Surdosage médicamenteux	Neuro : Signes de focalisation /
Interactions médicamenteuses	Epilepsie / Hémorragie méningée /
	Masses intracrâniennes
	Hyperthermie
	Etat de choc
	Troubles électrolytiques
	Globe, fécalome, syndrome occlusif
	Traumatisme méconnu



PERGAMON

Journal of Psychiatric Research 36 (2002) 87–95

JOURNAL OF
PSYCHIATRIC
RESEARCH

www.elsevier.com/locate/jpsychres

Validation of the behavioural activity rating scale (BARS)TM: a novel measure of activity in agitated patients

R.H. Swift^a, E.P. Harrigan^b, J.C. Cappelleri^{a,*},
D. Krumer^c, L.P. Chandler^d

^aPfizer Inc., Global Research and Development, Eastern Point Road, Groton, CT 06340, USA

^bNovartis Inc., Madison, NJ 07713, USA

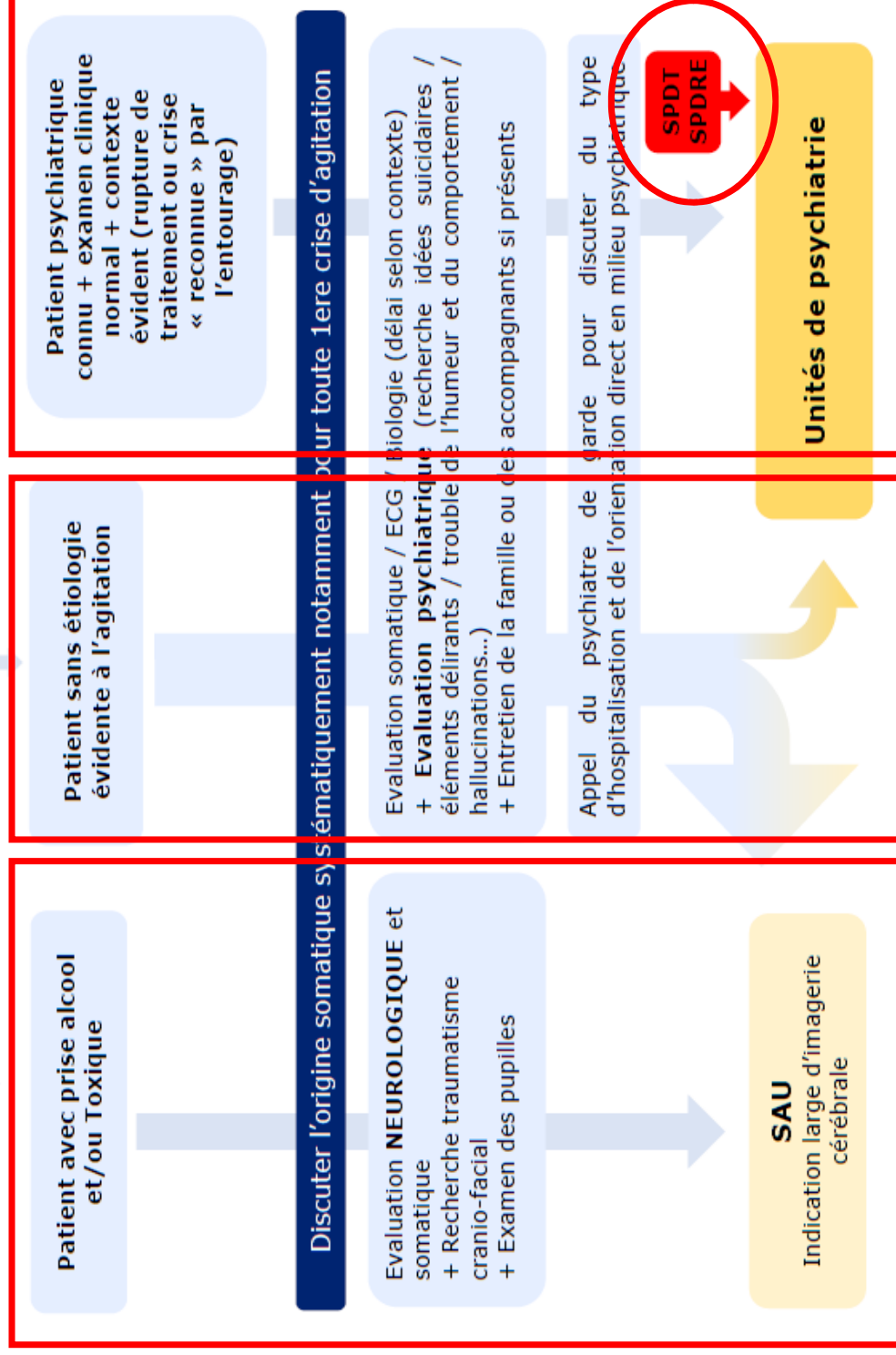
^cPfizer Inc., Groton, CT 06340, USA

^dAlkermes Inc., Boston, MA 02128, USA

Received 9 February 2001; received in revised form 29 September 2001; accepted 22 October 2001

Orientation du PATIENT AGITE selon la présentation clinique :

Les forces de l'ordre sont déclenchées à l'appel par le C15 si notion d'agressivité



Evaluation

1/ Repérer les patients à risques de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif (refuse de s'asseoir, changement de comportement brutal, modification de la voix, homme, jeune, intoxication)

2/ Recherche ATCD psychiatrique connu

3/ Cotation du comportement selon BARS

Cotation BARS 4-5

= Agitation contrôlable

Glyc capillaire, T°C, SaO₂, Fc, PA, Glasgow, Pupilles

Proposer un anxiolytique (BZD) per os :

Oxazepam 25 à 50mg ou Diazepam 5 à 10mg

Cotation BARS 6-7

= Agitation incontrôlable

Sédation chimique +/- contention

Glyc capillaire, T°C, SaO₂, Fc, PA, Glasgow, Pupilles

4/ EXAMEN CLINIQUE médical systématique par médecin urgentiste

5/ RECHERCHE ATCD somatiques / addictologiques + Traitement

6/ INTERROGATOIRE de l'entourage

7/ EXAMENS PARACLINIQUES selon ATCD et anamnèse / ECG systématique

- Patient psychiatrique connu + examen clinique normal + contexte (rupture de tt ou crise « reconnue par l'entourage ») : en urgence différée en hospitalisation : Iono, NFS, CRP, OH
- Patient sans ATCD psychiatrique connu : Iono, NFS, CRP, OH (+/- toxique urinaire)

Discuter l'origine somatique systématiquement et notamment pour toute 1ere crise d'agitation (indications larges d'imagerie cérébrale)

Traitement

Objectifs du traitement :

- Sédation comportementale (pas de sédation profonde)
- Mise en sécurité du patient (et du personnel si risque hétéroagressif)
- Permettre un examen clinique (si n'a pas pu être réalisé avant)

TOUJOURS UNE PEC RELATIONNELLE EN PREMIER LIEU

En 2^{de} intention « contention physique de moindre recours et limitée dans le temps »
+ contention chimique

Privilégier l'administration per os

Injection IV contre-indiquée

Cotation BARS 4-5 = Agitation contrôlable

Trouble de l'humeur / composante anxieuse / problématique contextuelle :

Diazepam 5 à 10mg
Réévaluation à 45min
Poso max : 40mg/24h

Tableau délirant / psychose :

Loxapine per os : 50 à
100mg
Réévaluation à 1h30
Poso max per os :
600mg/24h

Cotation BARS 6-7 = Agitation incontrôlable malgré la PEC relationnelle

Agitation incontrôlable sur OH ou cocaïne :

Diazepam IM* 10mg IM
Réévaluation à 45min
Poso max : 40mg/24h

OU

Midazolam intra-nasal**
5mg si nécessité sédation
immédiate

Agitation incontrôlable (pas de prise toxique) :

Loxapine IM* 50 à 100mg
(selon âge/corpulence/tt de
fond)
Réévaluation à 1h30
Poso max IM: 300mg/24h

+ Diazepam IM* 10mg
ou Midazolam intra-nasal**
5mg si nécessité sédation

* IM : Se méfier si trouble de coagulation

** Intra-nasal : injection maximale de 1mL/narine donc utilisation ampoule de midazolam 5mg/1mL, avec embout de pulvérisation nasal adapté

Surveillance de la sédation :

- 1/ Echelle de BARS /h pendant 6h
 - 2/ Paramètres physiologiques : Fc, PA, SaO₂, T°C, Frespi /h pendant 6h
- Si contracture musculaire iatrogénique : Diminution des neuroleptiques et Trodatépine 10mg

Choix de 2 types de molécules :

- Benzodiazepine

Contre-indication RIVOTRIL

- Neuroleptique

Plusieurs mode administration :

- Per os

- IM

- voir intra-nasal

Isolement et contention : les bonnes pratiques

Isolement :

- Se fait dans un espace prévu à cet effet
- Absence de tout objet dangereux est vérifiée / Dérhabiller le patient si possible
- Respect de l'intimité et dignité du patient
- Surveillance physique et interaction relationnelle qui ne peuvent être remplacées par un système de vidéo surveillance
- Visite des proches selon appréciation clinique de la situation / éviter si le patient est immobilisé par des contentions

Contention Mécanique sur prescription médicale
La contention mécanique doit rester une mesure exceptionnelle : tout doit être fait pour éviter celle-ci au maximum (désescalade, temps calme, espace d'apaisement, entretien verbal, proposition de traitement)
« Contention physique de moindre recours et limitée dans le temps »

- Patient immobilisé par 4 soignants (1/membre, empaumant chacun bras ou avant-bras, mollet ou cuisse)
- 5^{ème} soignant maintient la tête et qui supervise la mise sous contention (protection tête et cou, capacités respiratoires, signes vitaux)
- Utilisation d'une force justifiée, appropriée, raisonnée et proportionnée, durant le temps le plus court possible
- POSITION : patient couché sur le dos, déshabillé, 5 points d'attaches verrouillés (1/membre + ventral)
- Dérhabiller systématiquement ou dès que possible
- Tête de lit surélevée si possible
- Dispositif d'appel et de surveillance relié aux soignants
- Traitement sédatif associé d'emblée, autant que possible par voie orale
- DUREE : la plus courte possible, adaptée et proportionnée au risque, 6h maximum à réévaluer (une contention de >24h doit être exceptionnelle)
- Besoins primaires explicités et tracés (alimentation / hydratation / élimination urinaire et intestinale / toilette)

Surveillance :

- 2 visites médicales /24h au minimum
- Surveillance horaire :
 - Evaluation psychique par soignant (échelle de BARS)
 - Paramètres physiologiques : Fc, PA, SaO2, Frespi, glasgow, T°C
 - Points d'attaches, état cutané
- HBPM à discuter en fonction du contexte clinique et des ATCD du patient
- Alimentation / hydratation / élimination urinaire et intestinale / toilette
- Substituts nicotiniques ou autre

Levée de la mesure :

L'isolement ou la contention mécanique doivent être levés, sur décision médicale, dès que leur maintien n'est plus cliniquement justifié.

Tout patient présentant une agitation pathologique et fuguant du SAU doit bénéficier d'une déclaration de fugue selon la procédure de l'établissement

Isolement et contention en psychiatrie générale

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

Hospitalisation sous contraintes : les bonnes pratiques

HORODATER le certificat médical : date et heure

SIGNER le certificat + **N° RPPS obligatoire**

Certificat médical

Certificat du tiers manuscrit et lisible

Photocopie de la carte d'identité du tiers demandeur

Photocopie de la carte d'identité du patient (dans l'idéal)

Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers = SPDT (ex-HDT)

- dispositif de droit commun
(art. L 3212-1)
- dispositif d'urgence
(art. L 3212-3)
- dispositif en cas de péril imminent
(art. L 3212-1-II-2)

- 2 certificats médicaux (dont 1 médecin extérieur au CH)
+1 demande de tiers
- 1 certificat médical (médecin du CH)
+1 demande de tiers
- 1 certificat médical (médecin extérieur au CH)
+ justification absence de tiers (par directeur)

Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat = SPDRE (ex-HO)

- SPDRE (demande du préfet)
(art L 3213-1)
- SPDRE en urgence (sur arrêté municipal)
(art L 3213-2)

- 1 certificat médical circonstancié par tout médecin sauf par psychiatre de l'établissement d'accueil
+ 1 arrêté préfectoral motivé
- 1 certificat médical circonstancié par tout médecin hors établissement d'accueil ou à défaut avis médical circonstancié
+ 1 arrêté municipal

MERCI