

RESULTATS DE LA PHASE 1

**Évaluation de la prise en charge des
patients agités aux urgences :
Au sein du REseau Nord Alpin des
Urgences (RE.N.A.U)
chez les adultes (18 à 75 ans)**

INTRODUCTION / CONTEXTE :

- **Complexité:** Diverses causes +/- intriquées. Retentissement. Gestion.
- Consensus avec peu de preuves factuelles.

Référence : Conférence de consensus/L'agitation en urgence (SFMU, 2003).

Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus (2016).

- **Peu d'études descriptives des pratiques professionnelles.**
1ere pour le RE.N.A.U.

Comment les patients présentant une agitation sont-ils pris en charge aux seins des différentes structures d'urgence du RE.N.A.U ?

OBJECTIFS et METHODE :

OBJECTIF Principal & Secondaire

Décrire les pratiques professionnelles concernant les **modalités de prise en charge aux urgences des patients** présentant un **état d'agitation avant la diffusion de la procédure** (phase 1).

But = 1er outil de suivi

puis proposition d'une procédure et nouvelle évaluation au décours (phase 2).

Décrire les **données épidémiologiques / caractéristiques** de ces patients.

METHODE

Etude **rétrospective à inclusion prospective**, observationnelle, **multicentrique** de type avant-après incluant sept centres hospitaliers.
du REseau Nord-Alpin des Urgences.
Période de 15 jours du 23/03/2018 au 05/04/2018 (phase 1).

RESULTATS : FLOW CHART

Critères d'inclusion initiaux :

- Age (18-75 ans).
- Passage aux urgences.

(Prise en charge pré-hospitalière exclusive exclue).

73 patients identifiés par les soignants

18 patients exclus.

55 Patients inclus

CHU Grenoble, n = 28 (51%)

CHANGE, n = 6 (11%)

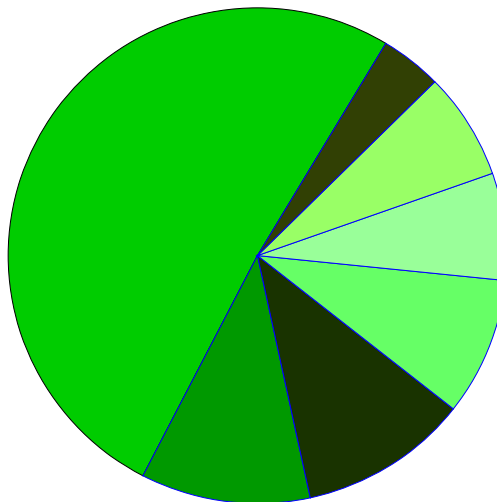
CHMS, n = 6 (11%)

Voiron, n = 2 (4%)

Alberville, n = 4 (7%)

CHAL, n = 4 (7%)

HPMB, n = 5 (9%)



PSYCHIATRIE



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

REDACTION : Bureau PSY-RENAU
VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 01/01/2018

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

Patient avec prise alcool
et/ou Toxique

Patient sans étiologie
évidente à l'agitation

Patient psychiatrique
connu + examen clinique
normal + contexte
évident (rupture de
traitement ou crise
« reconnue » par
l'entourage)

Discuter l'origine somatique systématiquement notamment pour toute 1ere crise d'agitation

Evaluation **NEUROLOGIQUE** et
somatique
+ Recherche traumatisme
cranio-facial
+ Examen des pupilles

Evaluation somatique / ECG / Biologie (délai selon contexte)
+ **Evaluation psychiatrique** (recherche idées suicidaires /
éléments délirants / trouble de l'humeur et du comportement /
hallucinations...)
+ Entretien de la famille ou des accompagnants si présents

Appel du psychiatre de garde pour discuter du type
d'hospitalisation et de l'orientation direct en milieu psychiatrique

SAU

Indication large d'imagerie
cérébrale

**SPDT
SPDRE**

Unités de psychiatrie

RESULTATS PLAN :

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

ACCUEIL à l'IAO

PRISE EN CHARGE EN SECTEUR DE SOINS

MESURES MEDICAMENTEUSES

MESURES PHYSIQUES

DEVENIR DU PATIENT

RESULTATS : CARACTERISTIQUES (1)

3 Hommes pour 2 Femmes

Age médian = 39 ans

= 64%

ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

Dossiers totaux (/55)

Trouble anxio-dépressif et/ou tentative de suicide

15 (27%)

Psychose (Sans Précision)

6 (11%)

Bipolarité

4 (7%)

Schizophrénie

3 (5%)

Hystérie

1 (2%)

Trouble de la personnalité

1 (2%)

Inconnus / non précisés

3 (5%)

Mixte

2 (4%)

Total

35 (64%)

~~Antécédents (psychiatriques) non renseignés~~

5 (9%)

SANS ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES

15 (27%)

= 27%

CARACTERISTIQUES (2)

ANTECEDENTS SOMATIQUES	Dossiers (/55)
Au moins un antécédent somatique chronique	12 (22%)
Antécédents somatiques / données manquantes	16 (29%)
Pas d'antécédents somatiques	27 (49%)

ADDICTIONS	Dossiers (/55) et %
Au moins une addiction non sevrée (hors tabac)	32 (58%)
Antécédents d'addictions sevrées	5 (9%)
Addictions non recherchées / données manquantes	12 (22%)
Pas d'addiction (recherchée)	11 (20%)

TRAITEMENTS	Dossiers (/55)
Somatiques (dont traitement anticoagulant)	12 (22%) (dont 0)
Traitements psychotropes (et substitutifs)	21 (38%) (+ 3)
Traitements habituels / données manquantes	15 (27%)

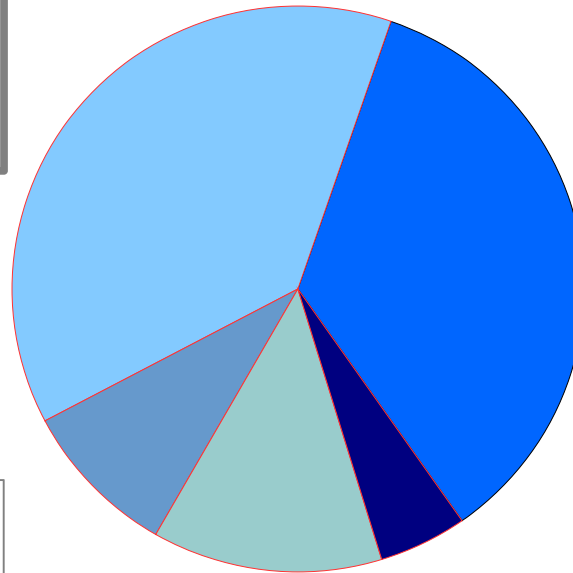
Rupture du traitement psychiatrique (recherchée/déclarée)
chez **52% des patients traités** (n = 11/21 ayant un traitement psychotrope)

L'observance n'est pas recherchée dans 48% où un traitement psychiatrique a été notifié*
(n = 10/21)

CARACTERISTIQUES (3)

Etiologie **psychiatrique**
isolée à priori
n = 21 (38%)

Etiologie **liée à l'alcool**
isolée à priori
n = 19 (35%)



Association : étiologie **mixte**
n = 7 (13%)

Etiologie liée à
une cause
somatique
isolée à priori
n = 5 (9%)

Etiologie **liée aux
toxiques (hors OH)**
isolée à priori
n = 3 (5%)

Traumatisme crânien

hypoglycémie

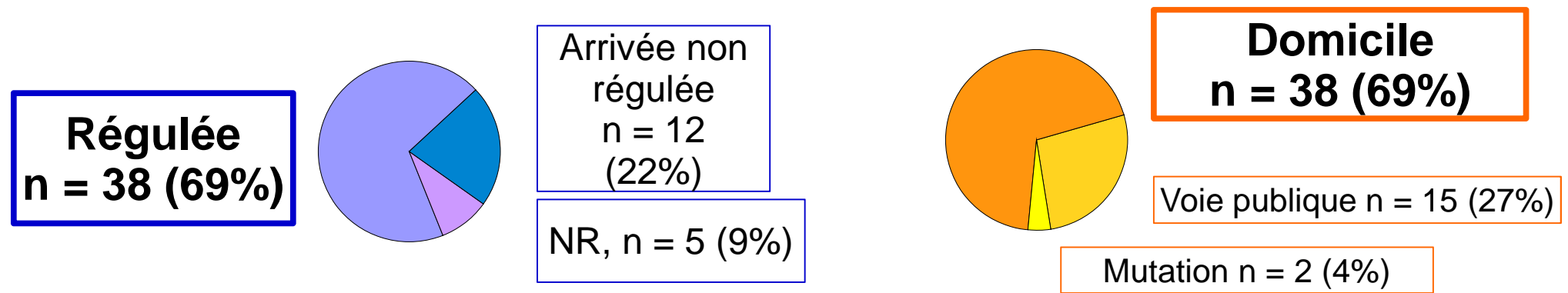
Algie/douleur
abdominale

Confusion/ fécalome

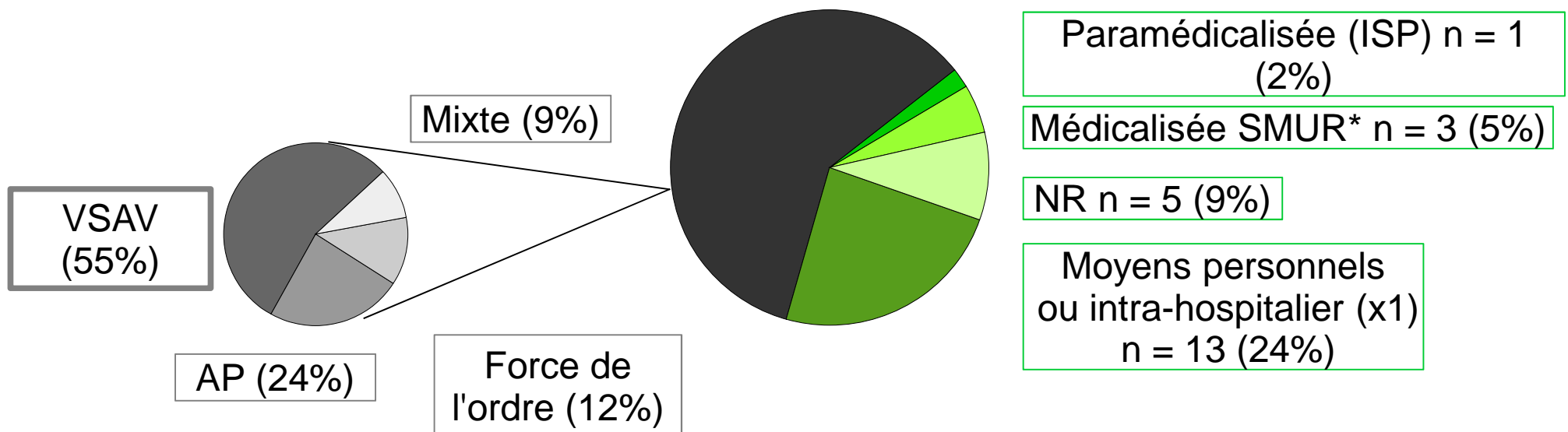
Post-convulsion

Coma hypercapnique

RESULTATS : ACCUEIL aux Urgences (1)

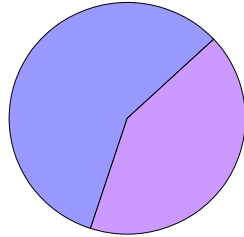


Acheminement par SP/AP/force de l'ordre n=33 (60%)

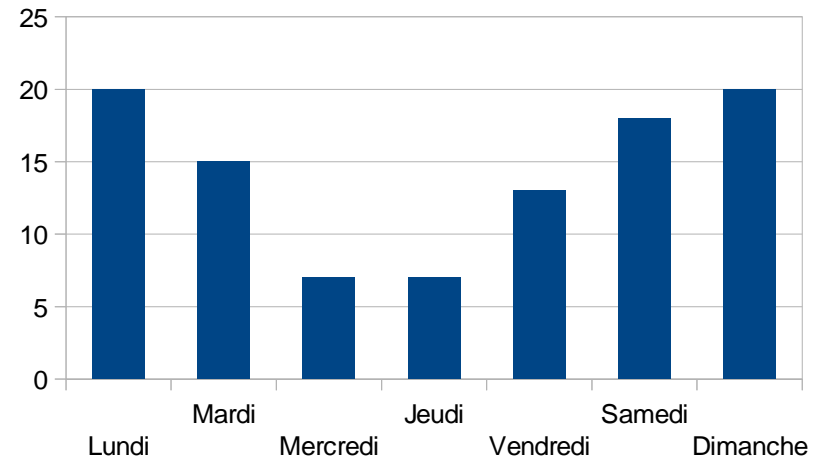


ACCUEIL (2)

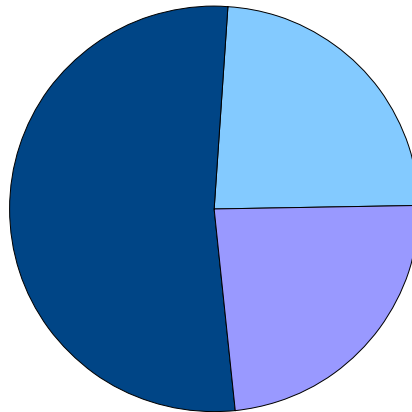
Patient
vu en
garde / nuit
n = 32 (58%)



Patient vu
en journée
n = 23 (42%)



Patients **agités à l'arrivée** au SAU
(n = 29), 52%



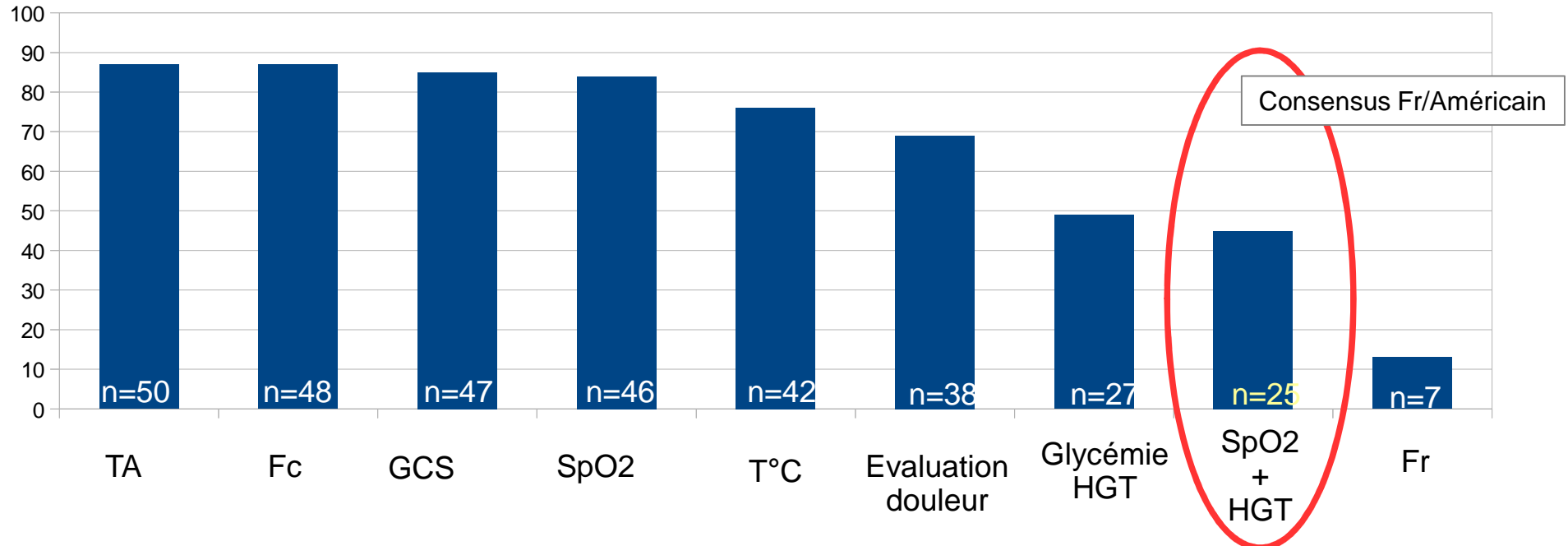
Régression de l'agitation à l'arrivée
au SAU (n = 13), 24%

Agitation **au cours de la prise au charge** au SAU (n = 13), 24%

Agressivité* = 33 patients/55 (60%)
(dont la moitié persistante ou durant la prise en charge au SAU, n=17 soit 40%)
Equitabilité des agressivités mixtes (n = 8/42 (19%)), versus verbales isolées.

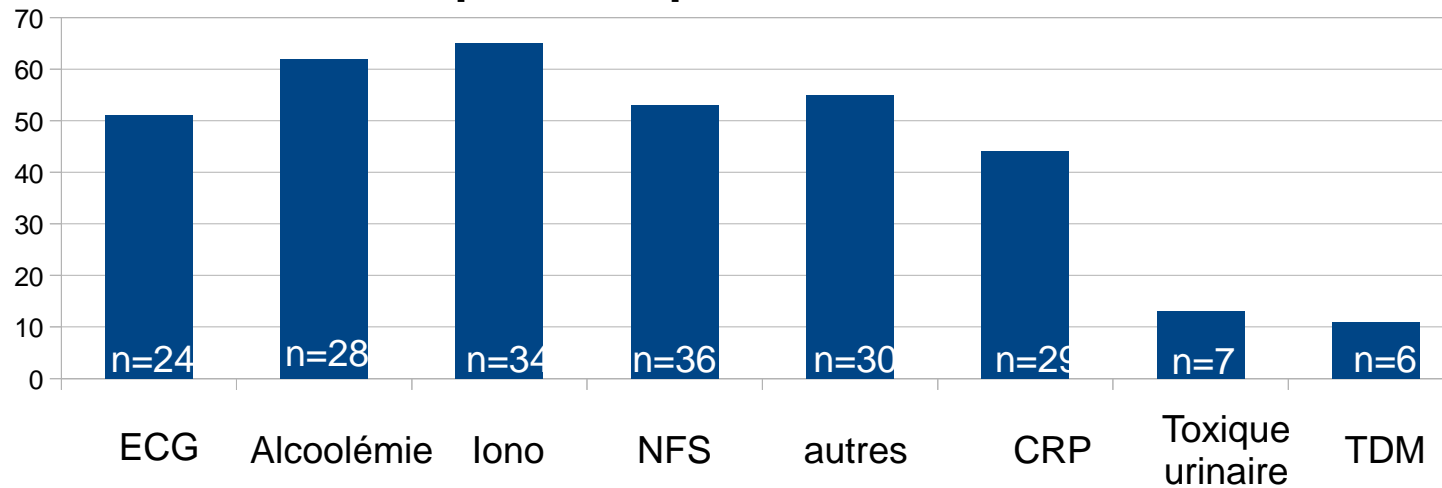
RESULTATS : BILAN accueil / secteur

% de réalisation des paramètres vitaux :



Pas d'examen clinique notifié somatique initial = 24 % (même après sédation) (n=13/55).

% de réalisation d'examens paracliniques :



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

40% d'agressivité au SAU

**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

Evaluation partielle de
certains paramètres clés

58% addictions

52% rupture traitement

- 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)

RESULTATS : SEDATION médicamenteuse

Recours à la sédation chez les patients agités au SAU (**59%**, 25/42)

Monothérapie (n=14/25, 56%)

Association (n=11, 44%)

Loxapine (LOXAPAC*)
(n=4, 16%)

Loxapine (n=10)

Diazépam (VALIUM*)
n=6 (24%)

Diazépam (VALIUM*)
(n=6, 24%)

Clonazépam (RIVOTRIL*)
n=1 (4%)

Midazolam (HYPNOVEL*)

ABILIFY*

Cyamémazine (TERCIAN*)

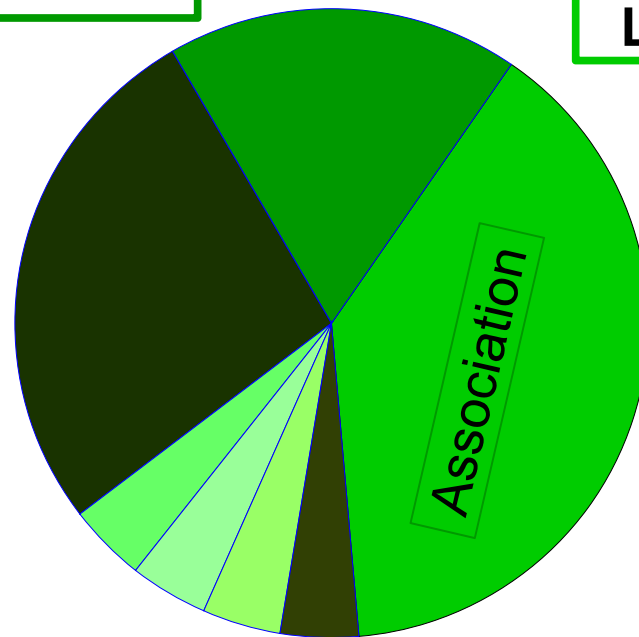
Midazolam (HYPNOVEL*)
(n=1, 4%)

Clorazépate (TRANXENE*)

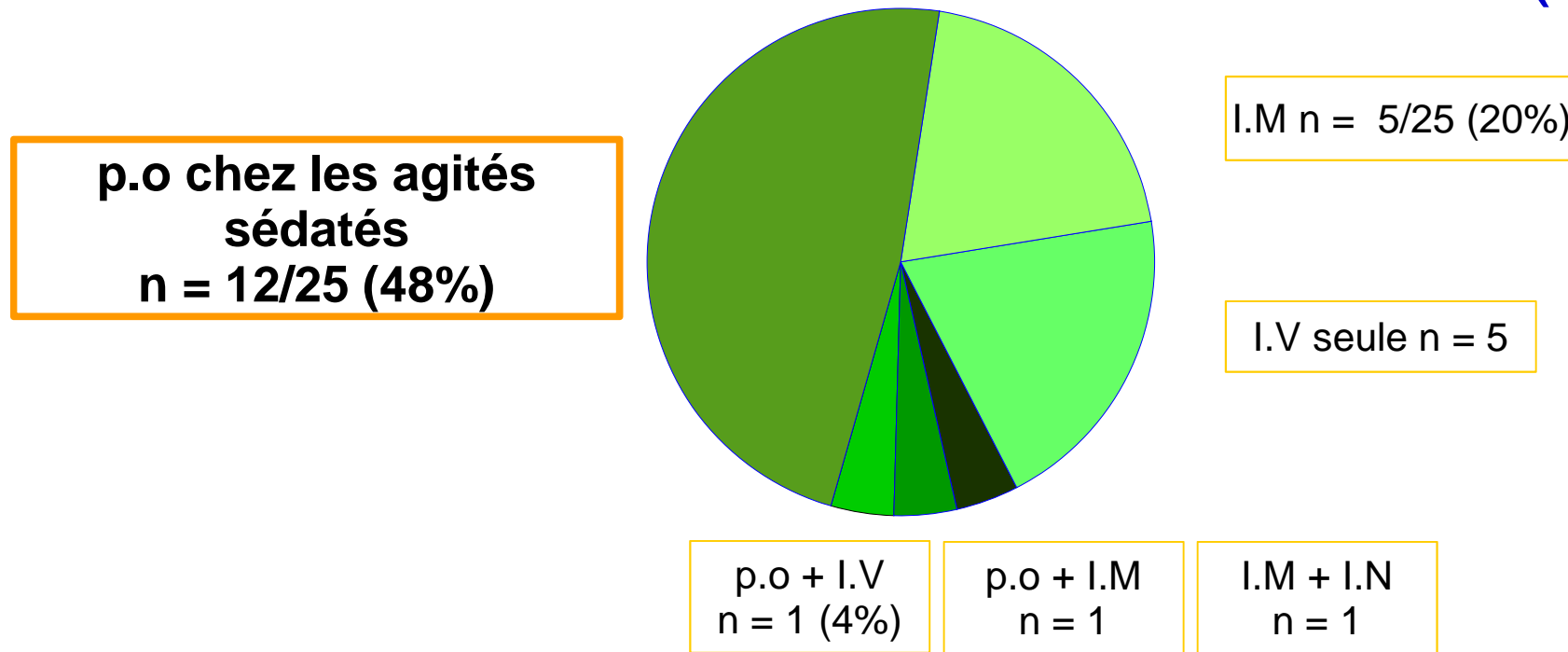
alprazolam (XANAX*)

Cyamémazine
(TERCIAN*)

Autre : Tranxène*/
Atarax*/
Tercian*



SEDATION médicamenteuse (2)



La plupart des prescriptions se font sous forme per os.

Surveillance notifiée à 76% (n = 22/29).

Pas d'effets indésirables notifiés.

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 2nde intention « contention physique de moindre recours et limitée dans le temps »
+ contention chimique

Privilégier l'administration per os

Injection IV contre-indiquée

Réalisées (48 %)

Cotation BARS 4-5
= Agitation contrôlable

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

Prescription adaptée
84% (n = 21/25)

**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

**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 :

Réalisées (76 %)

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 Tropicatépine 10mg

D'après procédure psy-RE.N.A.U

RESULTATS : Mesures PHYSIQUES (1)

CONTENTION mécanique

n = 12/42 (29%)
des patients agités

Annecy n = 3
Grenoble n = 4
Voiron/Alberville n = 2
Chambéry n = 1

Durée*	Dossiers	%
<6h	4 (3 nuit)	33
6-12h	3 (3 nuit)	25
>12h	2 (2 nuit)	17
NR	3 (2 nuit)	25

33% jusqu'au Transfert (n = 4)

Type de contention

Type de contention	Dossiers	%
5 points	3	25
4 points	3	25
3 points (P+V)	1	8
Ventral seule	1	8
Non notifiée	4	34
Total contention	12	

**Défaut de traçabilité* :
Prescription initiale
non écrite à 42% (n=5)**

Mesures PHYSIQUES (2)

Surveillance de la contention*

Paramètres vitaux

Paramètres	Dossiers	%
Fc	7	58
TA	7	58
SpO2	7	58
Fr	1	8
conscience	9	75

Etat psychique

	Dossiers	%
Etat psychique	11	92
Etat cutané	1	8

Etat cutané/
points d'attaches

Mesures
élémentaires

Alimentation Hydratation Elimination Hygiene	8	67
---	---	----

Complications

0%

Défaut de traçabilité: Finale (contention)

La traçabilité écrite (prescription) de la levée (0%)

Isolement et contention : les bonnes pratiques

Isolement :

- Se fait dans un espace prévu à cet effet
- Absence de tout objet dangereux est vérifiée / Déshabiller 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

58% incomplet

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, empoignant 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, raisonnable et proportionnée, durant le temps le plus court possible
- POSITION : patient couché sur le dos, déshabillé, 5 points d'attaches verrouillés (1/membre + ventral)
- Déshabiller 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)

50% incomplet

Surveillance :

- 2 visites médicales /24h au minimum
- Surveillance horaire :
 - Évaluation psychique par soignant (échelle de BARS)
 - Paramètres physiologiques : Fc, PA, SaO2, Fresp, 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

Fréquence des addictions (58 %, NR=22%)

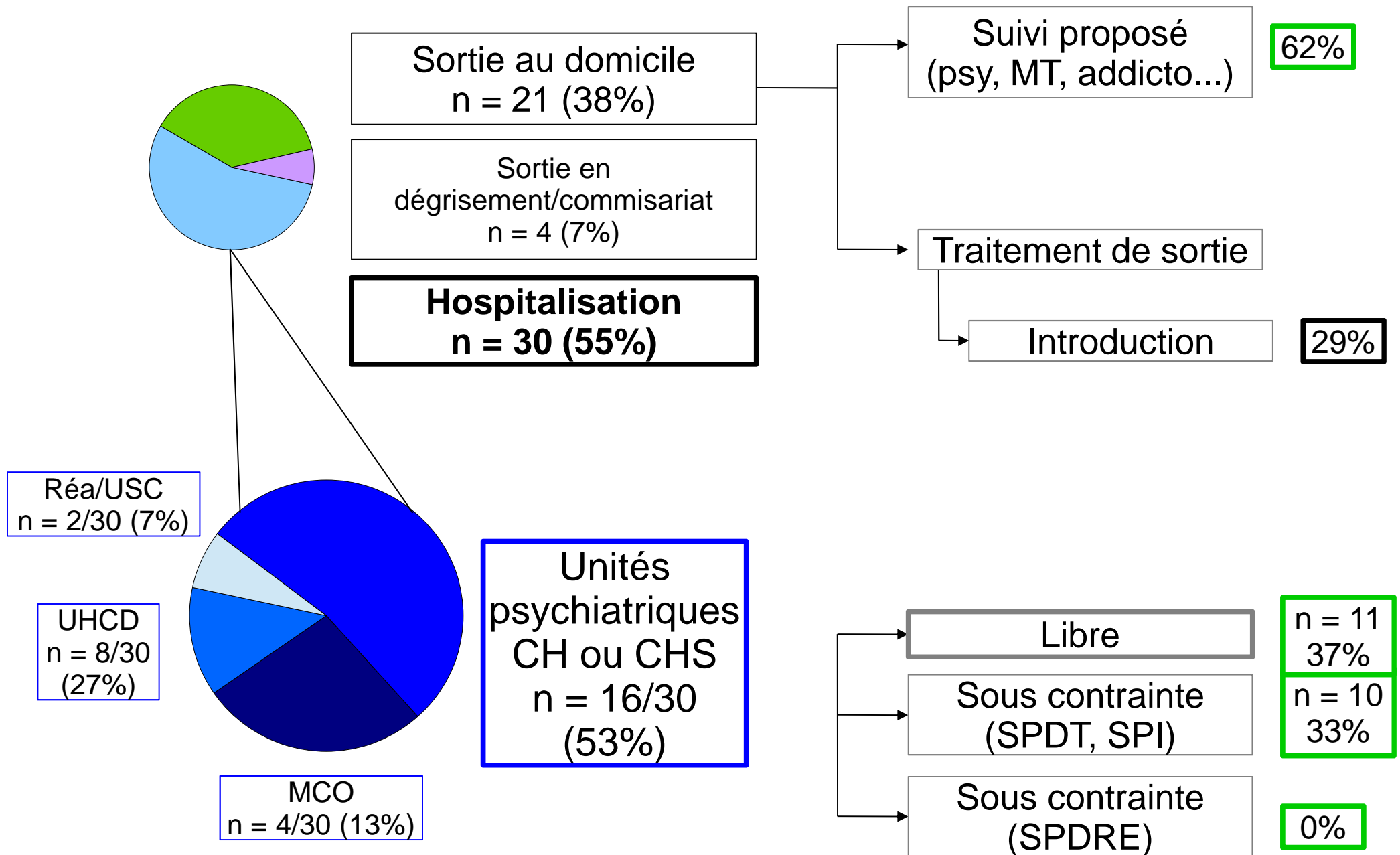
Levée de la mesure :

Traçabilité

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

D'après procédure psy-RE.N.A.U

RESULTATS : DEVENIR du patient



CONCLUSION :

- 1ere étude d'évaluation des pratiques pour le RE.N.A.U.
- Prise en charge des patients agités = Peu fréquente mais complexe :
Impose une connaissance des **particularités de prise en charge**.
- Causes **psychiatrique et intoxication alcoolique = plus fréquentes**
mais garder à l'esprit le somatique.
- **SpO2 et glycémie capillaire systématique**,
Autres bilan paraclinique = +/- contexte +/- différés.
- Sédation médicamenteuse: mono ou bi-thérapie,
par benzodiazépines ou/et neuroleptique selon l'étiologie présumée.
- Contention physique: **Réévaluation** et amélioration de la **traçabilité**.

Procédure depuis juin 2018 sur renau.org et phase 2 en 2019.