

PSYCHIATRIE



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

REDACTION : Bureau PSY-RENAU
VALIDATION : Commission scientifique

MAJ du 05/07/2022

Les FONDAMENTAUX

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

- 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)
- Sécurité du personnel et du patient (inventaire des effets personnels avec recherche objets dangereux)
- Informer, répéter les objectifs des examens.
- Gérer un besoin imminent (toilettes, cigarette, boissons)
- Notion de négociation / Trouver un accord avec le patient / Etablir un contrat

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
Sevrage	Méningo-Encéphalite
Surdosage	Neuro : Signes de focalisation /
médicamenteux	Epilepsie / Hémorragie méningée /
Interactions	Masses intracrâniennes
médicamenteuses	Hyperthermie
	Etat de choc
	Troubles électrolytiques
	Globe, fécalome, syndrome occlusif
	Traumatisme méconnu

PEC préhospitalière et selon évaluation médicale

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 ou dangerosité

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 crano-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...) / rechercher une rupture de la pathologie psychiatrique si pathologie psychiatrique au long cours et soins chroniques
+ Entretien de la famille ou des accompagnants si présents

Appel psychiatre de garde : type d'hospitalisation et orientation ?
PRIVILEGIER orientation vers centres habilités à l'accueil des patients en hospitalisation sous contrainte

SPDT
SPDRE
SPPI

SAU

Indication large d'imagerie cérébrale

Unités de psychiatrie

Evaluation au SAU

IOA

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

Si dangerosité : appeler force de l'ordre

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 :
Oxazépam 25 à 50mg ou Diazépam 5 à 10mg

Cotation BARS 6-7 = Agitation incontrôlable

Appel médical + renfort
Pour sédation chimique +/- contention

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

PEC médicale

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**

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

Cas du patient agité sous emprise toxique nécessitant une surveillance médicale mais refusant cette surveillance

- Si altération de jugement : contention chimique et physique à discuter
- Si pas d'altération de jugement : la sortie peut être autorisée

Traitement

Objectifs du traitement :

- Sédation comportementale (pas de sédation profonde)
- Mise en sécurité du patient (et du personnel si risque hétéro-agressif)
- 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

Cotation BARS 4-5 = Agitation contrôlable

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

Diazépam per os ou IM :
5 à 10mg
Réévaluation à 45min
Poso max : 40mg/24h

Tableau délirant / psychose :

Olanzapine per os : 10mg
Ou Loxapine per os ou IM :
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 :

Diazépam 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

+ Diazépam 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 Tropatépine 10mg per os, IM ou IVL, max 20mg/24h)

Isolement et contention : les bonnes pratiques

Chaque SAU doit avoir une salle identifiée pour la prise en charge d'un état d'agitation

Isolement :

- 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

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 »

- Si mise en danger lors de la contention de l'équipe soignante : appeler sécurité
- Patient immobilisé par 4 soignants (1/membre, empaumant chacun bras ou avant-bras, mollet ou cuisse)
- 5^{ème} soignant maintient la tête, qui supervise la mise sous contention (protection tête et cou, capacités respiratoires, signes vitaux) et qui garde le contact relationnel avec le patient
- 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)
- 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 :

- Réévaluation médicale à 6h maximum puis au moins 2 visites médicales /24h
- 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 et que le praticien estime qu'il n'y a plus d'altération de jugement.

Registre :

Chaque établissement doit tenir un registre qui mentionne pour chaque mesure d'isolement ou de contention : nom du médecin ayant décidé de la mesure, date et heure, durée et nom professionnel de santé l'ayant surveillé

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

Hospitalisation sous contraintes : les bonnes pratiques

HORODATER le certificat médical : date et heure

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

Certificat médical : Description détaillée des symptômes conduisant à la mesure de contrainte

Certificat du tiers manuscrit et lisible, daté et signé

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 -----> 2 certificats médicaux (dont 1 médecin extérieur au CH)
+1 demande de tiers
(Art. L 3212-1)
- dispositif d'urgence (SPDTU) -----> 1 certificat médical (médecin du CH ou extérieur au CH)
+1 demande de tiers
(Art. L 3212-3)
- dispositif en cas de péril imminent (SPPI) -----> 1 certificat médical (médecin extérieur au CH)
si risque suicidaire
mentionnant la justification d'absence de tiers
(Art. L 3212-1-II-2)

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

(Art L 3213-1 et art L3213-2)

- à la demande du maire -----> 1 certificat médical (médecin extérieur au CH)
+ arrêté municipal provisoire de 48h
- à la demande du préfet -----> 1 certificat médical (médecin extérieur au CH)
+ arrêté préfectoral
- sur décision des autorités judiciaires -----> décision d'irresponsabilité pénale (ordonnance ou jugement)
+ lettre de l'autorité préfectorale

Annexe 1 : Organisation locale des gardes et astreintes psychiatriques pour avis

Département	SAU	Contact et N° hors horaire de garde	Contact et N° en horaire de garde
38	CHU Grenoble	Psychiatre des urgences	CH Alpes Isère 04-76-56-42-56 Puis demander psychiatre de garde
	CH Voiron	Dr DURET-SARRAZIN 04-76-67-15-15 Poste 4593	
73	CHMS Chambéry	Liaison : 04-79-96-50-50 / poste 1389 : - 9h à 12h30-13h : psychiatre - et 13h-20h : IDE psy Lundi au samedi inclus.	Psychiatre de garde du CHS de la Savoie, via le standard : 04-79-60-30-30
	CHMS Aix les Bains	CMP Aix : 04 79 60 52 48	
	CHAM (Albertville et Moutiers)	04 79 89 55 55 / Poste : 5898 CMP : 04 79 60 31 55 Moutiers : 04 79 09 60 27 CMP : 04 79 60 51 72	
	CH Bourg Saint Maurice	Médecine : 04 79 41 79 79 CMP : 04 79 60 52 44	
	CH Saint Jean de Maurienne	IDE psychiatrie de liaison : 04-79-20-60-58 Du lundi au vendredi de 9h30 à 16h. Médecin psychiatre de liaison : 04-79-20-71-33	
01	CH Belley	Centre Psychothérapique de l'Ain	
74	CH Annecy	IDE antenne psychiatrie 04-50-63-60-94	Psychiatre de garde 04-50-63-63-63 / poste 7070
	CH St Julien en Genevois	Secteur Annecy : IDE antenne psychiatrie 04-50-63-60-94 Secteur EPSM 74 : Astreinte psychiatre EPSM74 Secteur Gex : Centre Psychothérapique de l'Ain	Secteur Annecy : Psychiatre de garde 04-50-63-63-63 / poste 7070 Secteur EPSM 74 : Psychiatre de garde EPSM74 via standard EPSM74 : 04-50-25-43-00 Secteur Gex : Centre Psychothérapique de l'Ain
	CHAL	Psychiatrie de liaison EPSM74 7j/7 - 9h à 17h 04 50 82 22 99	Psychiatre de garde EPSM74 via standard EPSM74 : 04-50-25-43-00
	CH Sallanches	Psychiatrie de liaison EPSM74 du lundi au vendredi 9h à 17h 04 50 93 10 41	
	CH Thonon	Présence d'un psychiatre EPSM74 aux urgences du lundi au vendredi, les après-midis 04 50 83 30 51	