

SOCIETE FRANCOPHONE DE MEDECINE D'URGENCE

9^{ème} CONFERENCE DE CONSENSUS

AGITATION EN URGENCE (Petit enfant excepté)

**6 Décembre 2002
TOULOUSE**

TEXTE LONG

Comité d'Organisation des Conférences de Consensus

Président : J.L. Lejone
J.L. Ducasse, J.C. Ducreux, D. Lauque, P. Lebrin

Conseiller scientifique
F. Carpentier

Jury du Consensus

Président : J.C. Ducreux
F. Adnet, S. Bonhomme-Yaux, M. Brian, I. Claudet, G. Duval, P. Gerbeaux,
M. Legay, A. Saune, L. Schmitt, F. Slama, S. Texier

Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui lui a attribué son label de qualité. Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le Jury de la Conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES.

QUESTIONS

- 1 - Quelles sont les formes cliniques, les étiologies, les explorations immédiates à entreprendre dans l'agitation en urgence ?
- 2 - Quel traitement doit être mis en œuvre immédiatement dans l'agitation en urgence ?
- 3 - Comment le patient doit-il être surveillé et dans quelle structure doit-il être admis ou transféré ?
- 4 - Quelles sont, en France, les implications réglementaires et juridiques de l'agitation en urgence ?

QUESTION 1 – QUELLES SONT LES FORMES CLINIQUES, LES ETIOLOGIES, LES EXPLORATIONS IMMEDIATES A ENTREPRENDRE DANS L'AGITATION EN URGENCE ?

Introduction

Les états d'agitation posent des problèmes de diagnostic, d'organisation et de prise en charge. La détermination de leur caractère purement psychiatrique ou au contraire principalement somatique représente l'un des objectifs de l'urgentiste. Si certaines causes organiques ou toxiques d'agitation sont considérées comme des urgences extrêmes, toute agitation par son aspect désorganisateur représente une urgence manifeste. Il faut éviter de mettre en danger le patient, le personnel, les autres patients présents, et aussi la société en évitant la fugue. De surcroît, les moyens humains et matériels nécessaires à cette démarche ne sont pas toujours réunis. La variabilité des situations cliniques et des étiologies rend compte de la difficulté d'une démarche diagnostique standardisée.

Définition

L'agitation se définit comme une perturbation du comportement moteur, psychique et relationnel. Elle suscite une réaction d'intolérance de l'entourage et du milieu. Les trois composantes de l'état d'agitation comportent des aspects moteurs : fébrilité, turbulence, fureur ; des aspects psychiques : excitation idéique, logorrhée, désinhibition verbale, insultes ; des aspects relationnels : agressivité vis-à-vis d'objets ou de personnes. L'un de ces trois aspects peut prédominer.

Les états d'agitation touchent les différentes classes d'âge, on peut les rencontrer chez les patients comme chez les accompagnants. Considérés comme mobilisant l'essentiel de l'effort du personnel soignant, d'occurrence quotidienne, leur incidence reste modérée.

Epidémiologie

Deux enquêtes françaises récentes estimaient la prévalence de l'agitation, au sein des services d'urgence, comprise entre 0,8 et 1,2 % de la totalité des passages.

Il s'agit d'une manifestation associée à une pathologie clairement identifiable chez l'adulte et la personne âgée dans 85 % des cas ; chez l'adolescent dans 73 % des cas ; chez le grand enfant dans 93 % des cas. Indépendamment du sexe et de l'âge, les pathologies psychiatriques représentent 62 % des étiologies, les pathologies organiques 25 %, les causes toxiques 25 % ; certaines peuvent être intriquées.

L'analyse des étiologies par tranche d'âge révèle la prépondérance de l'intoxication éthylique et des causes toxiques chez les 13-19 ans, des causes psychiatriques chez les 20-54 ans ; après 55 ans, les causes sont beaucoup plus multifactorielles notamment en raison de la forte émergence des pathologies organiques.

1-1- Quelles sont les formes cliniques ?

En pratique le service d'urgence peut être confronté à une forme d'agitation incontrôlable ; elle est surtout le fait d'adultes jeunes. Dans ces situations, des décisions thérapeutiques immédiates doivent être prises. L'agitation contrôlable permet une prise en charge selon les logiques d'examen médical habituelles.

Chez l'adulte

Formes d'agitation incontrôlable :

L'agitation incontrôlable, avec violences

Le sujet est en général conduit aux urgences par les forces de police, les pompiers ou le Smur. Il vocifère, insulte, menace, se débat, casse, frappe, tente de fuir. Parfois les signes d'imprégnation éthylique sont manifestes. Un vécu délirant intense avec hallucinations peut exister. Tout entretien est impossible, le contact ne passe pas, on observe des manifestations de violence extrême.

Les sujets agités avec signes de passage à l'acte violent imminent

Faute d'être pris en charge rapidement, le risque de passage à l'acte et de violence est majoré. Les éléments anamnestiques prédictifs, des antécédents de comportements violents doivent être systématiquement recherchés. On déterminera le type de violences, s'il y a eu des victimes, si le patient est armé. Des éléments annonciateurs de violences sont accessibles à l'observation (cf. tableau I).

Tableau I : Eléments prédictifs d'un passage à l'acte violent

Antécédent de comportements violents
Port d'armes
Facteurs sociaux
Sexe masculin, jeunesse
Toxicomanie
Refus de s'asseoir
Incapacité à rester en place
Sursauts et immobilisation avec ébauche de gestes de menace ou de défense
Changements brutaux inexplicables d'activité
Menaces, insultes
Voix modifiée (timbre, rythme)
Tension musculaire

Formes d'agitation contrôlable :

Cette forme permet souvent de débiter un entretien, recueillir l'anamnèse, pratiquer un examen somatique. Le caractère contrôlable se manifeste par une détente au fil de l'entretien, par une acceptation des soins et de l'examen somatique, par une amélioration progressive de la collaboration.

L'entourage, source d'informations le plus souvent, peut parfois entretenir cette agitation voire l'aggraver.

Chez le grand enfant et l'adolescent

L'agitation chez l'adolescent peut être la manifestation brutale d'une situation de crise familiale ou sociale ou survenant en secteur éducatif spécialisé et faisant suite à un acte de violence, une séparation ou une déception. Le déclenchement de la crise chez l'adolescent ou le grand enfant est souvent secondaire à une difficulté relationnelle, conflictuelle vis-à-vis de sa famille ou de ses proches. La demande vient exceptionnellement de l'enfant ou de l'adolescent lui-même. L'enfant est conduit en urgence à l'hôpital parce qu'il inquiète ou qu'il dérange. La demande, par la famille, d'une prise en charge, est motivée par la crainte ou le risque immédiat engendrés par un comportement inhabituel et l'impossibilité de tolérer une telle situation. Ces crises aboutissent à une situation d'intolérance absolue entre l'adolescent et son environnement, pouvant mettre en danger soit l'enfant lui-même, soit un des membres de sa famille. L'environnement est momentanément dépassé, l'hôpital devient la seule structure d'accueil de cette souffrance.

Chez la personne âgée

L'agitation se manifeste sous une forme verbale agressive (insultes, propos salaces) ou des phrases stéréotypées ou des gémissements. L'agressivité physique se traduit par des coups, des morsures, des jets d'objets ou des fugues, une déambulation, des stéréotypies gestuelles.

Le type, la fréquence et l'intensité du trouble comportemental conditionnent le recours des proches ou des soignants au service d'urgence.

1-2- Quelles sont les causes organiques ?

Une cause organique doit toujours être recherchée quelque soit l'âge, par un examen clinique minutieux et complet, dès que cela est possible. Il s'agit notamment de causes neurologiques ou métaboliques. Chez la personne âgée, elles sont particulièrement fréquentes, qu'elles soient liées à la douleur (rétention vésicale, fécalome, thrombose veineuse profonde) ou à l'hyperthermie (quelle qu'en soit la cause).

Causes organiques fréquentes

Hypoxie, hypercapnie
Etats de choc
Hypoglycémie
Troubles électrolytiques
Epilepsie
Hémorragie méningée
Méningite, méningo-encéphalite
Accidents vasculaires cérébraux
Masses intra crâniennes
Globe vésical, fécalome
Hyperthermie
Traumatologie méconnue
Douleur

1-3 – Quelles sont les causes toxiques ?

Chez l'adolescent et l'adulte

Alcool :

Les intoxications éthyliques aiguës représentent la première cause d'agitation chez l'adulte jeune et l'adolescent. Ces patients sont dans la grande majorité des cas des hommes . Ils vont nécessiter l'intervention d'organismes de secours (police, gendarmerie, ambulances spécialisées, Smur). Le patient est en proie à une agitation importante avec auto ou hétéro-agressivité. La présentation, l'haleine, l'injection conjonctivale sont fortement évocatrices. Des états d'agitation extrêmement sévères avec des violences physiques se rencontrent dans les ivresses excito-motrices.

L'ivresse pathologique réalise un tableau de durée prolongée, volontiers récidivant sur le même mode chez un même sujet. Elle est marquée par une dangerosité potentielle majeure, auto ou hétéro-agressive. Les manifestations hallucinatoires ou délirantes peuvent être au premier plan et faire méconnaître l'intoxication éthylique qu'il faudra savoir rechercher.

Chez l'adulte, des états d'agitation se manifestent lors de syndrome de sevrage.

Stupéfiants (amphétamines/ecstasy, cannabis, opiacés, , cocaïne, etc...) :

Ils sont souvent en cause, de façon isolée, associés entre eux ou à des médicaments, ou encore reliés à une pathologie mentale. Leur tableau clinique de sevrage comporte très souvent un état d'agitation.

Médicaments :

Ils peuvent être impliqués lors d'intoxications volontaires (anti-dépresseurs tricycliques et sérotoninergiques, xanthines), d'effets secondaires (corticoïdes), d'effets paradoxaux ou de réaction de sevrage pour les benzodiazépines ou les morphiniques.

Chez la personne âgée

Toutes les thérapeutiques sont susceptibles de créer un état confusionnel ou d'aggraver les troubles comportementaux « habituels » chez le sujet dément. Les psychotropes sont responsables de la majorité des confusions iatrogènes. Il convient de ne pas négliger l'imputabilité d'une thérapeutique consommée de longue date ou une erreur d'observance. Une circonstance physiopathologique en augmentant la forme sérique libre (déshydratation, dénutrition) ou une interaction médicamenteuse peuvent rendre toxique une substance jusque là bien supportée.

1-4 – Quelles sont les causes psychiatriques ?

Chez l'adulte

L'accès maniaque, la bouffée délirante aiguë, les schizophrénies, les délires chroniques paranoïaques représentent des états où le contact est le plus souvent altéré. Leurs formes les plus sévères s'inscrivent dans des agitations incontrôlables.

L'accès maniaque :

Il réalise un grand état d'agitation, d'euphorie et de désinhibition apparaissant brutalement chez un sujet ayant le plus souvent des antécédents psychiatriques personnels (dépression, manie) ou familiaux. Les autres signes de l'accès maniaque incluent l'augmentation de l'estime de soi, les idées de grandeur, l'insomnie, la logorrhée et la familiarité. Certains épisodes maniaques sont le premier accès d'un trouble bipolaire de l'humeur. Les accès maniaques peuvent se présenter avec des éléments dépressifs définissant une manie dysphorique ou un état mixte. L'état mixte associe la présence simultanée de symptômes dépressifs et maniaques. Tel patient peut, par exemple, être à la fois hyperactif et envahi d'idées de culpabilité. Dans ces situations où l'humeur oscille rapidement d'un extrême à l'autre, le risque suicidaire vient s'ajouter à celui de l'agitation. L'accès maniaque peut être spontané, déclenché par un traitement antidépresseur (virage de l'humeur), par l'interruption d'un traitement thymorégulateur, par l'instauration d'un traitement (corticothérapie, morphiniques, etc...). Les étiologies somatiques sont possibles mais rares. La plupart des hospitalisations doit se réaliser sous contrainte.

La bouffée délirante aiguë :

La bouffée délirante survient chez des sujets sans antécédent psychiatrique. Le syndrome délirant est intuitif ou interprétatif. Elle comporte parfois des hallucinations, une labilité de l'humeur, une instabilité comportementale en rapport avec l'activité délirante. Les principales causes de l'agitation sont les gestes imposés par des hallucinations dites impératives, les conduites suicidaires et le refus de soins chez un patient interprétatif considérant les urgences comme un univers menaçant pour lui. Les bouffées délirantes aiguës peuvent être provoquées par une prise de toxiques ou de drogues hallucinogènes (cannabis, ecstasy, etc...).

La schizophrénie :

Les schizophrènes présentent, à des degrés divers, un syndrome dissociatif, un syndrome délirant et un syndrome déficitaire. Le syndrome dissociatif correspond à une désorganisation de la pensée. Le contact apparaît froid, étrange ou inquiétant. Le patient s'interrompt sans raison apparente au milieu d'une phrase. L'interlocuteur perçoit une « rupture de contact » inexplicable. Des hallucinations peuvent commander au patient de commettre un acte agressif ou des pensées étrangères s'imposer à lui et le téléguider. Enfin, certains passages à l'acte et conduites d'agitation demeurent imprévisibles tant ils sont impulsifs, irréfléchis et incompréhensibles dans leur déterminisme.

Les délires chroniques paranoïaques :

Le délire chronique se définit par la présence d'idées délirantes persistantes. La dangerosité provient de la désignation d'un persécuteur. Les signes de menace comportent le port d'armes, les idées de vengeance, le caractère convictionnel de la persécution. En dehors de l'impact de ses idées délirantes sur le comportement, on ne retrouve pas d'altération

marquée du fonctionnement social ni de bizarrerie manifeste. Si le patient inclut les praticiens qui l'examinent parmi ses persécuteurs, il refuse le contact, ne leur serre pas la main et se montre agressif ou menaçant en réponse à toutes les tentatives de communication ou d'examen.

Les personnalités antisociales, les états limites, l'attaque de panique ou l'agitation hystérique s'inscrivent le plus souvent dans des agitations contrôlables où le contact verbal est possible.

Les personnalités antisociales et les états limites :

Les patients présentant une personnalité antisociale ou psychopathique ne tolèrent ni l'attente ni la frustration. Ces patients sont souvent accompagnés aux urgences par les forces de l'ordre ou les pompiers. La biographie est marquée par une instabilité professionnelle et sentimentale. On note souvent la succession de séjours en milieu carcéral, en milieu psychiatrique, aux urgences. Il est souvent accueilli dans les services d'urgences chirurgicales après un accident, une agression ou une rixe.

Les personnalités « états limites » se présentent aux urgences lors de décompensation psychotique ou dans des contextes de gestes auto-agressifs.

L'attaque de panique :

L'attaque de panique est une crise d'angoisse aiguë avec la survenue brutale d'au moins quatre symptômes parmi les signes suivants : sensation de souffle coupé ou d'étouffement, palpitations, tachycardie, transpiration, douleur ou gêne thoracique, peur de mourir, peur de devenir fou ou de commettre un acte non contrôlé.

En cas d'attaque de panique, les manifestations motrices de l'agitation sont au second plan par rapport à l'expressivité émotionnelle. Les somatisations anxieuses sont fréquemment associées à l'agitation.

La crise de nerf ou agitation hystérique :

A l'occasion d'un incident mineur se déclenche, souvent chez une femme, une agitation au domicile ou sur le lieu de travail, dans un contexte de dramatisation. Le patient "donne à voir" à l'entourage et aussi au personnel des urgences. Il établit une relation particulière avec l'équipe soignante. Les crises de nerf hystériques se manifestent par des états de colère, de pleurs et parfois de lipothymie. Certaines crises comportent un état second ou crépusculaire, des troubles de la mémoire, un doute sur son identité.

Chez l'adolescent

Les agitations incontrôlables sont le plus souvent représentées par des épisodes psychotiques aigus dont la distinction avec un état maniaque est parfois ardue. Une prise de toxiques, le cannabis le plus souvent, est associée. Les agitations contrôlables correspondent à des crises déclenchées par des situations conflictuelles.

Chez le sujet âgé

Les agitations incontrôlables correspondent fréquemment à des syndromes confusionnels, à des états délirants tardifs, à des syndromes démentiels.

Les agitations contrôlables traduisent des situations de catastrophe, des états anxieux du sujet âgé, des conflits familiaux.

1-5 – Quelles sont les explorations à réaliser en urgence ?

Devant une agitation grave incontrôlable, le recueil de données (examens cliniques et paracliniques) ne pourra débuter qu'après contention et sédation.

Pour tout patient se présentant en état d'agitation, une glycémie capillaire et une saturation artérielle en oxygène (SpO₂) (niveau de preuve 2A) sont systématiques.

Les patients présentant **une affection psychiatrique connue** avec une anamnèse, un examen clinique (**intégrant la glycémie capillaire et la SpO₂) normal et documenté (sur le dossier du patient) ne nécessitent aucun autre examen paraclinique (niveau de preuve 2B)**. Ils peuvent dès lors être pris en charge par le psychiatre.

Tout patient sans antécédent psychiatrique connu présentant une agitation inaugurale, ou un examen clinique (intégrant la glycémie capillaire et la SPO₂) anormal ou une agitation incontrôlable est suspect d'une pathologie organique ou toxique jusqu'à preuve du contraire (niveau de preuve 2B).

Des examens complémentaires seront dès lors nécessaires. Toutefois, aucune étude n'a validé une démarche de prescription d'examens paracliniques. Seules les recherches toxicologiques sanguines et urinaires ont fait l'objet d'études. Elles ont montré un très faible impact sur la prise en charge thérapeutique des patients présentant une agitation (niveau de preuve 2A).

En fonction de l'âge, de l'anamnèse, **de l'orientation clinique** et des possibilités locales en urgence, un certain nombre d'examens complémentaires sera **éventuellement** utile. Il importera de valider leur intérêt dans des études ultérieures.

QUESTION 2 – QUEL TRAITEMENT DOIT ETRE MIS EN ŒUVRE IMMEDIATEMENT DANS L'AGITATION EN URGENCE ?

Les patients agités, agressifs, violents au domicile ou au service d'urgence, nécessitent une prise en charge rapide et efficace pour protéger les patients d'eux mêmes, les autres patients présents, le personnel et éventuellement l'entourage, et une maîtrise parfaite de la situation en raison de la désorganisation qu'ils induisent.

Différentes mesures selon des protocoles préétablis permettent d'y arriver :

- l'approche relationnelle
- la contention
- le traitement médicamenteux

2-1 – Quelle doit être l'approche relationnelle du traitement ?

Chez l'adulte

Objectifs :

Elle doit permettre de prévenir l'escalade vers la violence et le passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.

Les modalités de la prise en charge relationnelle :

La prise en charge relationnelle comporte l'évaluation du risque de passage à l'acte imminent pour le premier intervenant confronté au patient agité.

L'équipe est pluridisciplinaire :

- **L'IAO** prévenue de l'arrivée du patient agité organise dans les meilleures conditions son accueil.
 - ❖ Il n'existe pas d'échelle validée permettant d'apprécier ce risque de façon formelle, mais l'observation du patient est informative (cf Tableau I).
 - ❖ Au tri, la prise en charge est immédiate considérée comme une urgence absolue, que l'agitation soit contrôlable ou non avec mobilisation des moyens humains et matériels adaptés.
 - ❖ Si le patient arrive déjà maintenu les contentions ne seront pas levées sans évaluation médicale.
- **le médecin urgentiste** doit se présenter, adoptant une attitude calme et ferme. Le contact verbal est permanent sans jargon expliquant la suite de la prise en charge se tenant à une distance assurant sa sécurité (une allonge de bras).
- **l'équipe soignante** : le nombre d'intervenants est au minimum de 5 personnes. Ce nombre est garant de la sécurité du patient et des soignants. Ils doivent être tous disponibles immédiatement.
- **le cadre infirmier**, garant de la qualité des soins et de l'organisation paramédicale, peut être impliqué lui-même dans la résolution de conflits avec le patient et les accompagnants.
- **l'agent de prévention et de sécurité** : sa présence est recommandée par la circulaire ministérielle du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'accompagnement des

situations de violence. Les procédures d'interventions doivent être définies par l'Etablissement hospitalier et le service d'urgence.

- **le médecin psychiatre** doit pouvoir être sollicité précocement.

Le patient est ensuite dirigé vers une salle de soins appropriée et sécurisée pour lui-même et les soignants.

Déroulement de l'entretien

Le contact verbal doit permettre d'instaurer un climat de confiance dans l'objectif d'obtenir une alliance thérapeutique. Il convient de répéter les motifs et les buts de l'examen, d'assister le patient dans ses besoins concrets (par exemple : la soif.). Il faut faire preuve d'empathie pour lui permettre de décrire sa détresse et l'aider à désamorcer les aspects émotionnels négatifs de l'urgence.

L'entretien cherche à déterminer les raisons pour lesquelles le patient a perdu la maîtrise de son comportement. Les questions qui peuvent être vécues comme agressives ou inquisitrices seront posées à la fin de l'entretien.

Ne pas hésiter à changer d'interlocuteur si le dialogue n'est pas établi, et éloigner le soignant qui se fait agresser verbalement.

Pour optimiser la prise en charge du patient agité :

Il est indispensable de proposer à tous les acteurs des services d'urgence des sessions de formation action sur le terrain. Elles doivent transmettre des notions théoriques, juridiques et éthiques sur l'agitation et la violence (causes, mécanismes, signes prédictifs d'un passage à l'acte, et attitudes à adopter). Elles doivent également informer sur les pratiques en vigueur dans le service et en particulier sur les protocoles, procédures et modes opératoires (appel de renforts, sédation, contention). Elles fournissent aux soignants des éléments permettant d'analyser et de comprendre leurs réactions dans ce type de situations, de gérer leurs émotions, leur stress et leur propre agressivité, et de connaître leurs limites.

Il appartiendra à l'encadrement infirmier et médical de négocier avec la direction de l'Etablissement Hospitalier ce type de formation conformément à la Circulaire Ministérielle du 15/12/2000 relative à la prévention et à l'encadrement des situations de violence.

Les connaissances de base doivent être entretenues et délivrées aux nouveaux agents lors de leur arrivée dans le service.

Les profils de poste préalablement établis par catégories professionnelles aideront au recrutement des nouveaux personnels.

Il est nécessaire de maintenir la mixité des équipes en renforçant au besoin le personnel masculin et en s'assurant de l'équilibre entre les agents expérimentés et novices.

Chez le grand enfant/adolescent

La prise en charge relationnelle seule est souvent suffisante pour apaiser et contenir les états d'agitation, en dehors des étiologies organiques qu'il faudra rechercher.

Les modalités de la prise en charge relationnelle :

Elles diffèrent peu de celles de l'adulte dans la recherche d'une alliance thérapeutique.

Les parents ou les accompagnants sont également pris en charge.

Reconstitution de l'anamnèse, des antécédents, dédramatisation de la situation.

Accueil personnalisé, dans le calme, s'adresser au jeune patient par son prénom.

Proposer une activité apaisante comme le jeu aux plus jeunes.

Etablir un climat de confiance, sans rompre la continuité de la prise en charge.

Le premier entretien se déroule en tête à tête avec l'enfant, dans un lieu bien éclairé. Il reste sous la surveillance d'un adulte qui maintient le contact verbal.

2-2 – Quelle méthode de contention doit être éventuellement adoptée ?

Chez l'adulte et l'adolescent

La contention consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit ou sur un brancard.

Très peu d'articles de médecine d'urgence en France traitent de l'utilisation de la contention et de la chambre d'isolement. Aucune recommandation légale n'a permis de fixer le cadre de leur utilisation dans la situation particulière du service d'urgence s'adressant au patient présentant une agitation non psychiatrique.

Il n'y a pas de preuve de l'efficacité thérapeutique de la contention dans la littérature alors que des effets secondaires graves sont connus.

La contention serait pourtant utilisée dans 58 % des services d'urgence en France, et 30 % disposeraient d'une chambre d'isolement.

Objectifs :

L'utilisation de la contention doit permettre d'assurer la sécurité du patient et de l'entourage, et de prévenir la rupture thérapeutique. Son recours n'est justifié qu'après l'échec des autres mesures de prise en charge et cela doit être clairement consigné dans l'observation médicale du patient, en raison des problèmes médicolégaux possibles.

La contention physique devrait être une mesure d'exception et temporaire. Elle ne constitue pas en elle seule une mesure thérapeutique. Elle doit donc toujours être associée à une sédation médicamenteuse.

Indications :

- 1) Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ou ni appropriés.
- 2) Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins somatiques ou psychiatriques.
- 3) Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.

Contre-indications non somatiques :

- 1) Utilisation à titre de punition.
- 2) Etat clinique ne nécessitant ces mesures.

- 3) Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe ou pour son confort.
- 4) Utilisation uniquement liée au manque de personnel.

Contre-indications somatiques :

Affections organiques non stabilisées (diagnostic, pronostic, incertains ou graves pouvant nécessiter des soins et une surveillance intense)

- Insuffisance cardiaque
- Etat infectieux
- Trouble de la thermorégulation
- Trouble métabolique
- Atteinte orthopédique
- Atteinte neurologique

Les modalités :

L'audit clinique de l'ANAES en 1998 concernant les chambres d'isolement en milieu psychiatrique a défini 23 critères permettant d'améliorer les conditions d'isolement des patients en milieu psychiatrique et de valider l'aspect thérapeutique de ce type de procédure. Ils n'ont rien d'obligatoire pour l'instant mais semblent intéressants car certains sont suffisamment généraux pour être extrapolés et adaptés aux services d'urgence. Ils sont représentatifs de la qualité des soins et ont l'avantage de pouvoir être immédiatement adoptés par les équipes qui le souhaitent, l'agitation psychiatrique représentant le deuxième motif étiologique dans les services d'urgence après l'ivresse aiguë.

- L'utilisation de la contention doit faire l'objet de protocoles pré-établis et cependant adaptés au patient traité. (cf Annexe I)
- Se faire sur prescription médicale écrite, horodatée et quasiment en temps réel, avec identification du prescripteur.
- Réalisation pratique de la contention :

Le patient agité est saisi par quatre soignants (un par membre empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse), sur ordre du cinquième soignant (le coordonnateur) qui saisit la tête dès que possible, la maintenant sur le côté, ce qui évite les morsures et que le regard du patient croise celui des soignants qui l'attachent. Il est couché sur le dos, sur un brancard, chaque membre étant maintenu par une attache, la ceinture ventrale bouclée, puis les attaches verrouillées.

Le patient est partiellement déshabillé et couvert d'un drap, ce qui permet de préserver sa dignité. Il est fouillé pour supprimer tout objet potentiellement dangereux et sa ceinture de pantalon est retirée. Puis la tête du brancard est surélevée pour éviter les risques d'inhalation.
- Sédation médicamenteuse et poursuite de l'information du patient sur le déroulement de la prise en charge actuellement nécessaire.

En attendant l'efficacité de la sédation médicamenteuse, les pieds du patient sont surélevés à leur tour, afin de diminuer l'amplitude des mouvements et le brancard est coincé dans l'angle d'une pièce. Dans l'hypothèse d'un lit fixé au sol au milieu d'une pièce sécurisée, le patient et ses attaches sont glissés du brancard sur le lit.

Chez le patient âgé, la ceinture ventrale verrouillée, et une main attachée verrouillée peuvent suffire.

- Prescription d'une programmation de soins et de surveillance intensive en raison des risques majeurs de complications somatiques.
- Vérification de la sécurité du patient :
Les attaches sont bien fixées et verrouillées (s'assurer régulièrement qu'elles ne sont pas sur les articulations, ni trop serrées ni trop lâches), le brancard est bien fixé, ne risque pas de basculer.
- Accompagnement du patient :
Pas de rupture dans la prise en charge relationnelle.

La réévaluation de l'état clinique périodique doit permettre de lever partiellement, puis complètement au plus tôt cette contention. La surveillance est détaillée dans la question n°3.

La contention s'intègre dans une démarche de soins et doit donc bénéficier d'une traçabilité dans le dossier du patient (cf. Annexe III).

Les risques :

La décision et la prescription d'une contention nécessitent une étroite collaboration entre médecin et soignants pour concevoir le traitement dans ses différentes dimensions et assurer la gestion des risques :

- risques concernant le patient : atteinte physique, psychologique, à la liberté d'aller et de venir, prolongation inutile de la contention.
- risques concernant les soignants : atteinte physique, psychologique, risques médicaux légaux.

Chez le grand enfant

Comme pour l'ensemble des soins, une autorisation doit être accordée par les représentants légaux du mineur.

Le recours à la contention est exceptionnel.

2-3 – Quelles en sont les implications éthiques et juridiques

L'utilisation en urgence au service d'accueil des mesures de contention représente un processus de soins justifiés par une situation clinique initiale se prolongeant jusqu'à l'obtention d'un résultat clinique. Elle ne doit être maintenue que quelques heures quitte à modifier ensuite les modalités d'hospitalisation (HDT ou HO) si ces mesures devaient se prolonger.

Le praticien des urgences est très souvent appelé à agir vite mais doit se soucier en permanence des cadres juridiques, déontologiques afin de ne pas se situer hors de leurs

champs d'application. Il faut penser protection des patients, sécurité de l'entourage, soins et légalité.

Si un conflit devait naître entre l'aspect légal et médical d'une situation, s'il fallait choisir entre deux accusations - non assistance ou séquestration - il paraîtrait que le choix serait guidé par la protection des individus et le respect des règles de notre profession plus que par celui de la loi du 27 juin 1990 relative à la protection de la personne saine contre l'arbitraire.

Quelques références juridiques pouvant avoir des implications dans la mise en œuvre de la contention, sa surveillance et la protection du patient et des soignants sont citées en annexe II.

2-4 – Quel traitement médicamenteux doit être entrepris ?

Objectifs thérapeutiques

- Permettre un examen clinique
- Réduire l'agitation, l'anxiété et le défaut de contrôle des pulsions à un niveau permettant de restaurer rapidement la sécurité de l'environnement des soins, en évitant une sédation trop profonde qui nuirait à l'alliance thérapeutique ultérieure.
- Limiter la durée de la contention physique.

Lorsqu'il est impossible d'obtenir des informations fiables et de pratiquer un examen clinique complet chez un patient agité, le médecin urgentiste est confronté à une incertitude diagnostique rendant le risque iatrogène important lors de l'administration d'un médicament sédatif. La sédation pharmacologique du patient agité représente donc un risque dont le prescripteur doit bien avoir conscience, qui peut avoir également des implications médico-légales lourdes en l'absence de consentement.

Choix de la molécule

La revue de la littérature ne permet pas de répondre de façon univoque à la question du choix de la molécule pour la prise en charge du patient agité au service d'urgence.

La connaissance des propriétés pharmacologiques doit faire opter pour une molécule qui répond aux critères suivants :

- Titrable
- Demi-vie d'élimination courte
- Offrant des voies d'administration différentes
- Des effets secondaires réduits
- Anticonvulsivante
- Antagonisable

Chez l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans :

- * Les benzodiazépines type midazolam ou lorazepam qui répondent à ces critères sont la classe pharmacologique pour laquelle le rapport bénéfice/ risque est le meilleur.
- * L'utilisation de neuroleptiques atypiques type loxapine, risperidone, olanzapine ziprasidone semble avoir une sécurité d'emploi suffisante, avec des effets secondaires moindres pour cette classe, mais le niveau de preuves est faible. Certains d'entre eux ont des formes galéniques permettant une sécurisation de la prise orale (impossibilité à recracher).
- * La place de l'association benzodiazépine-neuroleptique ne peut être précisée. Elle diminue les effets secondaires des neuroleptiques, mais le risque iatrogène est accru par augmentation des effets combinés inconstamment prédictibles.

En pratique il est souhaitable d'utiliser un nombre restreint de molécules que l'on maîtrise bien dans le service en évitant des associations complexes, et en privilégiant la voie d'administration orale.

Chez l'enfant de moins de 15 ans :

- * Les benzodiazépines type midazolam, diazépam ou clonazepam sont couramment utilisées dans leur diverses voies d'administration, dose rapportée au poids sans limitation d'AMM pour l'âge.
Seul, le clonazepam à des doses de 1 à 2 mg par jour a montré sa supériorité sur le placebo dans le trouble panique de l'adolescent, dans une étude en double aveugle. L'usage des anxiolytiques et hypnotiques benzodiazépiniques comme non-benzodiazépiniques est donc peu documenté dans ces indications, quoi qu'il apparaisse répandu, il repose sur des bases empiriques.
- * Les neuroleptiques sédatifs, la cyamémazine (Tercian®) et le lévopromazine (Nozinan®) peuvent être utilisés per os ou par voie intramusculaire.

La voie d'administration

Si le patient est coopérant :

La voie d'administration orale doit toujours être privilégiée (benzodiazépines et neuroleptiques absorbés en 30 à 60 min.)
permet au patient de jouer un rôle actif dans sa prise en charge thérapeutique.

Administration sublinguale en fonction des formes existantes.

Si le patient n'est pas coopérant :

Administration parentérale :

- **la voie intraveineuse** assure la meilleure disponibilité, a un effet rapide et possibilité de titration, cependant : rarement praticable en cas de grande agitation, risques d'effets secondaires plus importants
- **la voie intramusculaire** a un effet rapide, mais les injections sont douloureuses, la résorption est aléatoire, en particulier en cas d'altération hémodynamique.
- **la voie intranasale**, non testée chez l'enfant, utilisant le midazolam semble plus séduisante mais reste à évaluer.

Effets indésirables des médicaments :

Les benzodiazépines :

Il existe un risque de dépression respiratoire : possible quelques minutes après une injection intraveineuse, surtout chez les sujets âgés, BPCO, en cas de surdosage ou d'utilisation de benzodiazépines de durée de vie longue ou d'association médicamenteuse.

Le corollaire est donc le risque d'inhalation bronchique pouvant survenir dans les 2 heures après l'administration que l'on peut réduire en « titrant » l'administration, .

- Hypotension orthostatique : surtout chez les sujets âgés (en cas d'association à d'autres médicaments, neuroleptiques par exemple) et les enfants (à ne pas confondre avec une réponse incomplète au traitement).

Les neuroleptiques :

Les effets secondaires liés à cette classe sont : les effets extrapyramidaux, anticholinergiques, les troubles du rythme, le syndrome malin, le risque convulsif, des troubles hématologiques et les risques de mort subite. La littérature ne permet pas d'apprécier précisément leur fréquence de survenue.

Les neuroleptiques atypiques comme la Loxapine ont une meilleure sécurité d'emploi en l'absence d'effet cardio-vasculaire majeur. Aucun cependant n'assure une totale sécurité d'utilisation.

Chez l'enfant non pubère, la médiocre tolérance des neuroleptiques est la principale raison de la recherche d'alternative à leur prescription. Les effets indésirables sont variables selon le produit et la susceptibilité individuelle, les effets neuro-végétatifs et neurologiques sont les plus fréquents.

Surveillance du traitement

Après l'administration d'un traitement, une surveillance rapprochée est à définir en fonction du type d'agitation et du traitement mis en œuvre. Il doit comporter les paramètres vitaux habituels (température, conscience, pression artérielle, fréquence respiratoire et cardiaque,) doit pouvoir prévenir ou traiter rapidement la survenue de complications.

2-5 – Indications des différentes thérapeutiques

*** La prise en charge relationnelle**

Doit toujours être tentée si le patient peut maîtriser ses pulsions que l'origine de l'agitation soit psychiatrique ou toxique (alcool par exemple)

C'est une obligation médicale puisque qu'elle désamorce dans un nombre de cas importants l'agressivité, mais aussi médico-légale puisque l'utilisation d'une contention chimique ou physique ne peut se justifier qu'après échec de la prise en charge relationnelle.

Chez le grand enfant en dehors des étiologies somatiques superposables à celles de l'adulte, la prise en charge relationnelle peut contenir la situation de crise et d'agitation. Peut être associée à une sédation médicamenteuse si possible per os.

* **Les mesures de contention**

S'adressent au patient dangereux pour lui-même ou son entourage, ayant perdu le contrôle, mesure adjuvante, jamais isolé, le temps d'obtenir une sédation médicamenteuse efficace.

* **Le traitement médicamenteux**

Aucune étude de niveau de preuve élevé ne permet la comparaison de molécules entre elles et en fonction des situations cliniques autres que psychiatriques. Il est donc difficile de mettre en évidence des effets secondaires (faible échantillon) et de prouver l'efficacité supérieure d'un schéma thérapeutique

Agitation dont l'étiologie est organique

Le traitement doit être prioritairement étiologique quand la cause est somatique et qu'il existe un traitement curatif (hypoglycémie, agitation de la phase post-critique comitiale, intoxication à l'oxyde de carbone)

⇒ Lors d'un sevrage éthylique accompagné de délirium tremens, la conférence de consensus de 1999 de la Société Française d'Alcoologie recommande en première intention le diazépam à dose de charge en intraveineux (10 mg/h), le flunitrazépam et loxazépam étant également validés dans cette indication.

⇒ Lors de l'ivresse alcoolique, la conférence de consensus de la SFMU de 1992 recommande le clorazépate à la dose de 50 à 100 mg per os ou 10 mg/min en titration par voie intraveineuse jusqu'à l'obtention d'un début de sédation.

En dehors de ces deux situations cliniques, le niveau de preuves scientifiques et médicales est très faible. Il subsiste donc beaucoup d'interrogations et des attitudes parfois contradictoires sur la conduite à tenir.

⇒ Lors d'une intoxication aiguë à la cocaïne, la prescription de benzodiazépines est également documentée.

⇒ Lors d'intoxication de stimulants (amphétamine, kétamine, phencyclidine), les neuroleptiques sont déconseillés en raison du risque d'hyperthermie. .

Agitation dont l'étiologie est psychiatrique :

⇒ états d'agitation au cours des démences : risperidone ou autre anti-psychotiques.

⇒ agitation chez patient porteur d'un trouble bipolaire : anti-psychotique (loxapine) et ou BZD (lorazépam)

⇒ agitation du sujet âgé : les anti-psychotiques sont indiqués en première intention (rispéridone et loxapine)

Nécessité chez l'enfant de moins de 15 ans et le sujet âgé d'adapter les doses au poids, à l'état d'hydratation et la fonction rénale.

En l'absence d'efficacité sédatrice du traitement médical, une étiologie notamment somatique doit être recherchée.

2-6 – Quel doit être le choix thérapeutique initial lorsque l'agitation empêche toute approche diagnostique ?

La thérapeutique médicamenteuse qui semble la plus sûre en cas d'incertitude diagnostique est l'administration de benzodiazépines, cependant peu efficace dans les agitations purement psychiatriques.

Devant une agitation dont l'étiologie psychiatrique ou somatique ne peut être précisée, la Loxapine semble faire l'unanimité des professionnels médicaux en France, associée à une benzodiazépine (midazolam par voie intranasale ou Rivotril utilisé dans la même seringue que le neuroleptique par exemple).

Une contention physique est souvent nécessaire le temps de l'injection médicamenteuse et dans l'attente de l'efficacité du traitement.

Chez l'enfant de moins de 15 ans, le médecin doit prendre en compte l'AMM, ce qui conduit à choisir un neuroleptique classique. Des études contrôlées permettraient d'élargir les indications des neuroleptiques atypiques.

Lorsqu'il est impossible d'approcher le patient, les forces de l'ordre en accord avec l'administrateur de garde peuvent être sollicitées par le médecin ou le cadre infirmier sur la base d'un protocole élaboré entre l'établissement hospitalier et la police (recommandation de la Circulaire Ministérielle du 15.02.2000).

QUESTION 3 – COMMENT LE PATIENT DOIT-IL ETRE SURVEILLE ET DANS QUELLE STRUCTURE DOIT-IL ETRE ADMIS OU TRANSFERE ?

3-1 – Comment le patient doit-il être surveillé

Chez le patient dont l'agitation a été contrôlée par une approche relationnelle, les modalités de surveillance doivent être établies après que les examens cliniques et paracliniques (biologie, imagerie) aient été effectués. La surveillance s'effectue alors par l'équipe soignante, le patient étant mis au calme, dans une pièce, à l'écart des autres malades.

La porte de la pièce reste entrouverte permettant néanmoins une observation aisée et fréquente. Une surveillance clinique doit être instituée toutes les 15 minutes environ.

En cas d'intoxication médicamenteuse associée, la surveillance clinique et paraclinique est du ressort du service des urgences. Le patient doit être dirigé vers un service de réanimation si une atteinte significative des fonctions ventilatoires, métaboliques ou hémodynamiques est mise en évidence. Si le patient a reçu une sédation susceptible de compromettre la fonction ventilatoire, il doit également être transféré en milieu de soins intensifs. Les modalités de surveillance dépendent de la nature des anomalies cliniques observées. Elle consiste au minimum en une surveillance « continue » des signes vitaux (pression artérielle, fréquence cardiaque et respiratoire, oxymétrie de pouls, monitoring cardiaque et score de Glasgow). Enfin, toute anomalie clinique ou biologique associée à l'intoxication doit être suivie attentivement.

Lors de la surveillance du patient sous contention dans un service d'urgence, l'objectif des membres de l'équipe soignante (médecin, infirmiers, aides-soignants, brancardiers) est d'assurer une qualité de soins en respectant l'intégrité physique et morale du patient. Le patient sous contention est un patient à risque, dépendant de l'entourage. Il ne doit en aucun cas être isolé et/ou enfermé. La surveillance d'un patient sous contention est spécifique (surveillance des sangles, hydratation, nourriture, besoins naturels). Le recours à la contention physique implique systématiquement l'ouverture d'une fiche de surveillance de mise en contention (Annexe III). Elle permet de répertorier différents éléments dont le déroulement de la mise en contention (difficultés de pose, état cutané avant la mise sous contention, l'évolution clinique du patient).

Les soignants doivent assurer :

- les soins de base : hygiène et confort répondant aux besoins fondamentaux.
- la surveillance clinique : prise régulière des paramètres vitaux.
- la vérification des sangles et de l'état cutané tous les quarts d'heure, en surveillant l'apparition d'un effet garrot, le patient ne doit pas pouvoir se détacher.
- Les horaires du début et de la levée de la contention doivent être relevés

La relation verbale avec le patient est maintenue au cours de l'installation de la contention. Il est important de lui expliquer la finalité du recours à la contention, lui donner des repères temporo-spatiaux, et d'évaluer son comportement.

La sédation obligatoire et immédiate de ces patients impose également une surveillance étroite dont les critères sont répertoriés sur une fiche de surveillance. Les médicaments, la posologie, la fréquence d'administration doivent apparaître. Le relevé des paramètres vitaux : pression artérielle, pouls, température, saturation en oxygène, fréquence respiratoire, score de Glasgow, est effectué toutes les demi-heures au minimum et doit apparaître dans la fiche de surveillance. Les fiches de surveillance de contention et de sédation font partie du dossier médical.

Un examen clinique à la recherche d'éventuelles complications s'effectue au terme de la surveillance hospitalière et précède la sortie du patient.

3-2 – Dans quelles structures les soins initiaux doivent-ils être délivrés ?

Accueil du patient agité non violent

Le service d'urgence hospitalier est la structure adaptée pour l'accueil du patient agité : (1) lorsqu'il existe un doute sur la nature organique de l'agitation, (2) en l'absence d'un diagnostic précis, (3) devant la constatation d'un traitement inefficace, (4) lorsque la sécurité du patient ou de ses proches n'est plus assurée. Ainsi, l'admission directe en secteur psychiatrique doit rester l'exception et ne se concevoir que lorsqu'il existe la certitude que toute organicité est écartée. Le diagnostic psychiatrique pur apparaît dès lors comme un diagnostic d'exclusion. La structure de soins initiaux doit permettre de réaliser un examen clinique et les examens biologiques et d'imagerie de première intention, dans cette optique un SAU doit être choisi préférentiellement.

Chez la personne âgée, l'agitation est traitée dans la majorité des cas à domicile ou en institution. Le recours à un service d'urgence doit être demandé s'il existe une nécessité d'examens complémentaires, une menace évolutive à court terme pour la personne âgée et/ou son entourage ou une situation « non-gérable » par l'entourage. Ce recours ne doit pas être confondu avec une demande de placement.

Accueil du patient violent

La reconnaissance d'éléments prédictifs de violence doit permettre d'adapter l'accueil du patient et les soins initiaux. En particulier, le service des urgences doit être en mesure de fournir un espace calme où le patient agité violent peut être mis à l'écart et ainsi prévenir l'effet de foule. La chambre calme doit avoir un accès ouvert et se situer à proximité d'un poste de soins. La porte de la chambre doit être maintenue entrouverte de manière à réduire l'impression subjective de piège. Le personnel doit être présent à proximité, prêt à intervenir. Cette pièce ne doit pas être encombrée de fournitures ou d'objets divers.

Lorsque l'agitation violente constitue le principal motif de recours, l'organisation du service doit s'adapter à sa prise en charge immédiate. Ce type d'accueil aux urgences doit faire l'objet d'un protocole préétabli et connu de tout le personnel afin de minimiser les passages à l'acte violent envers le personnel soignant ou le malade lui-même. Des locaux adaptés sont donc nécessaires avec, si possible, l'existence d'une chambre d'isolement. Une personne préposée à sa surveillance doit être désignée. La nécessité d'une chambre

d'isolement est cependant controversée. L'accueil doit être organisé pour assurer la sécurité des personnels soignants et du patient. Le circuit du patient violent doit être défini à l'avance, le personnel doit être en nombre suffisant (5 personnes) et formé. Un coordinateur doit être désigné tout au long de la prise en charge du patient. Tout doit être fait pour raccourcir le délai de prise de décision médicale (soins, orientation...). Un personnel de sécurité entraîné et des dispositifs techniques constituent les bases d'un service d'urgence sécurisé. Les trois mesures les plus souvent citées sont le bouton d'alarme, le blocage de l'accès des salles de soins aux accompagnants, ainsi qu'un système de surveillance par caméras aux entrées et sorties du service. Cependant, l'impact réel de ces systèmes sur l'incidence des agressions dans un service d'urgences est discuté, une étude rétrospective n'ayant pas montré de diminution de l'incidence de ces agressions après l'installation de ce type de dispositifs. Il est également recommandé de faire appel à du personnel de sécurité sur place, présent 24 heures sur 24 ou bien rapidement disponible. Une enquête a montré que l'intervention d'un service de sécurité a été nécessaire dans 47 % des accueils de patients agités agressifs.

Le recours aux forces de l'ordre peut être envisagé, mais il nécessite un délai d'intervention non négligeable. Les modalités de ce recours doivent faire l'objet d'un protocole établi au préalable avec les forces de l'ordre. Un patient amené par les forces de l'ordre peut être orienté vers un local spécifique dans un premier temps.

La sécurité des personnels hospitaliers est une obligation statutaire de tout établissement hospitalier. Un plan de prévention doit être établi pour assurer la sécurité des personnes et des murs. Des moyens préventifs doivent être mis en œuvre : dispositifs techniques, symbolique de la tenue vestimentaire et existence de badges, présence d'un agent d'accueil et de sortie (renseignements des familles, orientation des patients), présence de l'IAO (accueil, écoute, orientation médicale), service d'un médiateur désigné (gestion de l'attente des patients et des familles, lien entre les familles et les unités de soins des urgences).

3-3 – Quels sont les rôles respectifs des services d'urgence, du Samu-Centre 15 dans la prise en charge du patient agité ?

Rôle des systèmes de soins préhospitaliers

Les médecins préhospitaliers (médecins libéraux, urgentistes) font partie intégrante de la chaîne de soins s'adressant au patient agité. L'agitation constitue, comme tout autres pathologies de médecine d'urgence, un motif de recours aux différents services de secours institutionnels (service d'aide médical d'urgence -Samu-, Pompiers, Police). L'appel d'un service de secours pour une agitation nécessite une intervention rapide car ce symptôme constitue une urgence médicale majeure. Les renseignements sont souvent difficiles à obtenir du fait de l'impossibilité de communiquer avec le patient et du sentiment de péril éprouvé par l'entourage. L'appel peut aboutir au médecin généraliste, au centre de réception et de régulation des appels (CRRA), au centre opérationnel départemental incendie et secours (CODIS), ou à la Police. Celui-ci peut provenir d'une personne tiers ou d'un proche, d'une institution (mairie, police, pompiers), du médecin traitant éventuellement dans le cadre d'une demande d'hospitalisation sous contrainte (HDT, HO). Cet appel doit être obligatoirement transmis au médecin régulateur du Samu territorialement compétent.

La réponse doit être appropriée aux éléments cliniques recueillis lors de la régulation médicale. Le diagnostic d'agitation est confirmé par le médecin régulateur. L'anamnèse, l'existence de symptômes ou de signes en faveur d'une origine psychiatrique ou organique doit permettre au régulateur du Samu-Centre 15 d'adapter la nature de l'effecteur pour prendre en charge le patient agité. Ainsi, la régulation médicale doit s'efforcer de retrouver par l'interrogatoire des proches ou du médecin sur place, les éléments en faveur ou en défaveur d'une origine organique de l'agitation. La régulation médicale se doit d'assurer la sécurité des personnels intervenants. Dans ce cadre il peut être demandé le concours des forces de l'ordre.

Une présence médicale auprès du patient est obligatoire. Ce peut être le médecin de la permanence des soins ou le médecin urgentiste dans le cadre de l'intervention d'une unité mobile d'urgence et de réanimation (Smur). Le médecin urgentiste préhospitalier dépêché auprès du patient fait, autant que possible, un examen clinique complet et pratique les premiers examens biologiques qui peuvent permettre de dépister la nature organique ou non de l'agitation. Dans ce contexte, les examens possibles, réalisables en milieu préhospitalier, sont la glycémie capillaire, la saturation pulsée en oxygène, l'électrocardiogramme (surtout pour le sujet âgé ou débilité). Le médecin sur place confirme le diagnostic, pratique les premiers soins et transmet le bilan médical au médecin régulateur du CRRA. Une sédation ou le traitement d'une cause organique peut être débuté dès la phase préhospitalière sachant que la contention physique durant le transport ne fait pas partie de l'arsenal thérapeutique des intervenants du Samu.

L'organisation de la prise en charge, du transport et de l'accueil hospitalier du patient agité incombe à la régulation du CRRA en relation avec les intervenants sur place. Elle dépend de la nature de l'hospitalisation et de la gravité potentielle de la pathologie.

Pour une hospitalisation libre, l'effecteur envoyé sur place est en priorité un transport sanitaire privé. En cas de carence, les pompiers peuvent intervenir dans le cadre de conventions entre l'état major des pompiers et le CRRA. Dans le cadre d'une HDT, l'intervention d'un Smur n'est pas systématique. L'éventuelle médicalisation et le mode de transport sont définis entre les intervenants et la régulation du CRRA. Le Smur peut néanmoins assurer le transport. Les pompiers peuvent intervenir dans le cadre de conventions spécifiques, si un autre moyen de transport n'a pu être trouvé. Dans le cadre d'une hospitalisation d'office, un moyen de transport spécialisé doit être recherché (ambulance de l'établissement spécialisé destinataire par exemple). En cas de carence, un Smur ou une ambulance non médicalisée peut être employé. En cas de sédation du patient, le transport doit être obligatoirement médicalisé. En cas de dangerosité avérée, un système de rendez-vous peut être organisé à l'initiative du CRRA entre les forces de l'ordre, les pompiers et le médecin urgentiste dépêché par le Samu.

Le lieu d'hospitalisation est un service d'urgence si l'organicité est suspectée par le médecin sur place. Le service de psychiatrie du secteur peut être préféré en cas de pathologie psychiatrique avérée avec un examen clinique normal. Dans tous les cas, le CRRA prévient systématiquement le service d'accueil de l'arrivée du patient agité.

Rôles des services d'urgences

Les rôles des services d'urgence sont définis par des textes légaux : accueillir toute personne se présentant en urgence et procéder à leur examen clinique, apporter les soins nécessaires à leur état, transférer les personnes que la structure ne peut traiter elle-même dans ses locaux. Dans ce cadre, les services d'urgence ont l'obligation d'accueillir les patients agités, d'en assurer une prise en charge médicale et d'orienter le cas échéant le patient vers une structure plus adaptée (hôpital psychiatrique par exemple). Un psychiatre doit pouvoir intervenir, 24 heures sur 24 dans les services d'accueil et d'urgences. Cependant, la réalité actuelle montre que seulement 52 % des services d'urgence (SAU, UPATOU) dispose d'un psychiatre rattaché au service. Seulement 15 % des unités de proximité, 60 % des SAU accueillant moins de 40.000 patients par an et 89 % des SAU dont l'activité est supérieure à 40.000 passages par an disposent d'un psychiatre sur place.

3-4 – Quel est le rôle du psychiatre ?

Le psychiatre doit être impliqué très tôt dans la prise en charge du patient agité coopérant ou contenu et au mieux avant sédation. Une enquête a montré que 44 % des agitations comme motif de recours principal nécessitent une prise en charge psychiatrique spécifique.

L'intervention du psychiatre dans la gestion de l'agitation en urgence trouve son intérêt au cours de l'évaluation somatique par le médecin urgentiste. Son action s'inscrit en collaboration étroite avec le médecin urgentiste et constitue une étape obligatoire, essentielle.

Les justifications de sa présence comportent :

- La tentative d'établir un dialogue à la recherche d'une éventuelle « alliance thérapeutique ».
- Le psychiatre est plus sensibilisé pour le diagnostic d'une confusion mentale : recherche d'une hypovigilance, d'hallucination visuelle, d'hallucinose (faible adhésion, critique), d'une fluctuation suspecte de la symptomatologie.
- Il procède au recueil anamnestique auprès de la famille, des pompiers, des forces de police avant qu'ils ne quittent le service des urgences (interrogatoire plus ciblé « psychiatrique »).
- Dans l'éventualité où le psychiatre exerce majoritairement aux urgences, il peut connaître ou reconnaître certains patients qu'il aurait déjà pris en charge dans le passé. Le dialogue en est ainsi facilité.
- En dehors des cas où l'agitation est manifestement imputable à des causes toxiques ou métaboliques, le psychiatre doit pouvoir examiner le patient avant l'administration de sédatifs afin d'effectuer une évaluation psychiatrique fiable.
- Le psychiatre peut demander un complément d'investigation somatique, un temps d'observation au sein du service des urgences (suspicion d'intoxication par exemple).
- Le psychiatre peut procéder à une hospitalisation (en fonction de ses hypothèses diagnostiques et de la réponse thérapeutique) :
 - o Hospitalisation libre dans un service de psychiatrie de centres hospitaliers, en clinique psychiatrique, dans un centre de crise, dans un CHS, à l'UHCD.

- Hospitalisation sous contrainte : HDT, HO.
- Le psychiatre peut envisager le retour à domicile.

QUESTION 4 - QUELLES SONT, EN FRANCE, LES IMPLICATIONS RÉGLEMENTAIRES ET JURIDIQUES DE L'AGITATION EN URGENCE ?

Dans le domaine réglementaire ou juridique de la prise en charge de l'agitation en urgence, la recherche bibliographique et documentaires est pauvre ; le niveau de preuves en résultant est donc faible, contrastant avec le niveau élevé de gravité des problèmes soulevés.

4-1 – Qu'est-ce que les urgentistes attendent de la police et de la justice dans la prise en charge des patients agités dans le service des urgences et en SMUR ?

Sécuriser l'action médicale

Selon le code de déontologie, le médecin doit porter secours sans risque pour lui-même ou ses proches. Cette situation particulière du devoir d'assistance à personne en danger peut amener les urgentistes à demander la protection des forces de police dans des situations d'agitation avec risque de violence. Cette demande d'intervention directe est impérative en cas de violences avérées (arme, violences collectives ou d'accompagnants, règlements de comptes) avec mise en danger de la sécurité des personnes. L'équipe médicale doit certes protéger, évaluer, traiter et surveiller, mais le médecin et son équipe ne doivent pas prendre de risque devant un malade dangereux.

Lorsque le médecin régulateur du Samu repère soit une potentialité de violence, soit une violence déjà manifestée, lorsque le médecin du Smur ou le médecin généraliste sur place, lorsque le médecin dans un service d'urgence hospitalier se trouvent confrontés à une situation de violence, ils peuvent faire appel aux forces de police.

Le rôle attendu de la police, dans ce cas, est de :

- désarmer un patient agité et armé
- sécuriser les lieux (fenêtres au domicile, objets contondants, etc...)
- protéger les autres patients, le personnel soignant
- protéger les proches ou les contenir s'ils alimentent l'excitation.
- protéger les locaux et le matériel de soins
- sur les lieux d'un accident de la voie publique, avec agitation et violences, sécuriser les lieux de l'accident.

La présence de la police peut tempérer l'excitation ambiante ; le médecin peut alors examiner le malade, donner les premiers soins et prendre une première décision d'orientation en respectant, autant que faire se peut, la confidentialité et la dignité du malade.

L'appel aux forces de police peut être déclenché en pré-hospitalier par le médecin régulateur ou le médecin sur place ; aux urgences hospitalières, ce peut être le médecin ou le cadre infirmier. Pour un patient admis aux urgences, l'administration hospitalière doit être prévenue.

La possibilité de bénéficier de la présence des forces de police se heurte malheureusement souvent à des délais d'intervention trop longs, ce qui incite à préconiser la mise en place de protocoles de collaboration entre services d'urgence et commissariat de police.

Recueillir des informations

Lors de la prise en charge d'un patient agité, la police peut éventuellement mettre à disposition de l'équipe soignante des informations ayant trait aux circonstances (lieu, environnement, comportement), voire à des antécédents de violence ou de prise connue de toxiques.

Justice et mineurs

Dans le cas d'un mineur agité, les services de police et de gendarmerie prêtent, si nécessaire, leur concours pour joindre les représentants légaux.

En ce qui concerne la justice, dans le cas particulier des mineurs, au cas où les parents ou les tuteurs ne sont pas joignables, l'autorité judiciaire est seule habilitée à autoriser l'hospitalisation ou les mesures de soins en général. Dans le cas où les parents s'opposent aux décisions médicales, le médecin peut saisir le procureur de la république ou le juge des enfants. Si l'agité est mineur, il faut prévenir le Procureur de la République.

Recueil de plaintes

En cas d'agression contre un membre du personnel soignant, la justice doit recevoir les plaintes formulées à titre personnel par le ou les soignants agressés et par l'établissement, garantissant ainsi l'anonymat du plaignant ; il est en effet fondamental que l'agent agressé se sente soutenu et protégé lors de cette démarche.

4-2 – Comment la sécurité des personnes est-elle assurée dans les locaux des urgences lorsqu'un patient est agité ?

Au plan réglementaire, la police administrative est exercée par le directeur de l'hôpital à qui incombe la responsabilité de faire régner le bon ordre, la sécurité, la tranquillité et la salubrité de son établissement (CE, 17 novembre 1997). Il s'agit aussi d'une obligation statutaire de l'administration de protéger ses agents (loi du 13 juillet 1983).

Assurer la sécurité à l'accueil des urgences nécessite d'y être préparé, il faut donc :

Un personnel soignant

- En nombre suffisant, adapté à l'activité du service, en ne considérant les décrets de 1995 et 1997 que comme des seuils minimaux : une contention physique nécessite, par exemple, cinq personnes.
- Formé et préparé, au niveau du service (élaboration et diffusion de protocoles, analyse à posteriori des incidents avec soutien de l'équipe) et de l'établissement (plan de formation de tout le personnel, si possible pluridisciplinaire, demande de formations spécifiques dans le cursus des étudiants en soins infirmiers)
- Avec profils de poste et composition de l'équipe adaptés : la présence permanente au sein de l'équipe d'un certain pourcentage d'hommes et de soignants ayant une expérience professionnelle est un facteur sécurisant
- Formation spécifique de l'IAO, qui devrait toujours être prévenue de l'arrivée d'un patient agité, qui doit savoir détecter les signes d'alarme, qui doit alerter immédiatement le médecin et mettre sur pieds un circuit d'admission rapide ; raccourcir ou expliquer les motifs d'une éventuelle attente pourraient être susceptibles de désamorcer un accès violent chez le patient agité

Pour renforcer l'équipe soignante, certains établissements ont proposé la création de médiateurs, gérant l'attente, d'agents d'accueil et de sortie plus spécifiquement orientés sur l'accompagnement, toutes ces mesures étant davantage tournées sur le relationnel que sur le répressif

Une équipe de prévention et de sécurité : dont l'existence est incluse dans le projet d'établissement,

- dont l'organisation et les missions sont soumises à l'avis du CHSCT
- composée préférentiellement d'agents hospitaliers ; une alternative peut être de faire appel à des prestataires de service ce qui peut poser des problèmes de continuité et de responsabilité (agents non hospitaliers) ; si cette dernière solution est retenue, il faut veiller à la stabilité et à la formation de cette équipe
- formés en interne, au plan comportemental et juridique
- présents ou immédiatement disponibles à l'accueil des urgences
- formés aux techniques spécifiques dans le cadre d'un partenariat avec les forces de sécurité
- aux attributions parfaitement définies

Une architecture et des locaux adaptés

La disposition des locaux peut être un facteur favorisant la protection des protagonistes en contribuant à désamorcer les situations de crise : ils doivent comporter un espace calme, à l'écart des autres, avec une possibilité d'isolement, diminuant les stimulations sensorielles avec des portes d'accès faciles à ouvrir, du personnel à proximité et une pièce dédiée à l'accueil des patients agités, non encombrée de matériels non destinés à cet usage.

Les zones d'attente ne doivent pas être cloisonnées, mais munies de paravent ou de cloisonnement translucide pour éviter les sensations d'enfermement.

La conception et la situation de la banque d'accueil devront faciliter la confidentialité en restant le seul accès à l'unité, permettant ainsi une maîtrise des flux facilitant la sécurité.

Il est souhaitable de prévoir une pièce spécifique sécurisée pour les patients agités, une salle d'attente spécifique pour les enfants si l'accueil est mixte.

L'ouverture avec commande automatique à distance, en particulier pour la nuit, permet une plus grande sécurité des équipes et éventuellement protège de l'intrusion par les accompagnants perturbateurs ou gênant les soins.

La conception et l'élaboration des services d'urgence devraient être le fruit d'une collaboration entre l'architecte et les équipes soignantes.

Des moyens techniques de sécurisation : tels que bips, boutons d'alarme pourraient être utilisés, éventuellement reliés au standard, à l'équipe de sécurité ou au commissariat de police.

Les caméras peuvent être utilisées dans les accès aux services d'urgence, en aucun cas dans une salle d'attente ou des locaux de soins (droit au respect de la vie privée de l'utilisateur prévue à l'article L.11.10-4 de la loi du 4 mars 2002).

La mise en place de protocoles organisant l'attitude des équipes soignantes lors de la prise en charge du patient agité apparaît un point essentiel, préconisant, entre autres, la nécessité de se présenter, de préciser sa fonction, et le but l'intervention, d'avoir une attitude calme, ferme.

La définition de procédures et d'interventions graduées telles que fouille ou inventaire librement consentis de tout patient agité, après instauration d'un éventuel dialogue ; en cas d'échec, une recherche d'armes ou de tout objet dangereux s'impose.

Il apparaît nécessaire d'évaluer l'entourage qui peut être considéré soit comme des partenaires contribuant au traitement, soit neutre, soit parfois aggravant la situation et devant être alors éloigné.

Dans le cadre de la politique qualité et de gestion des risques de l'établissement, il faut :

- tenir un registre des événements indésirables, dont les agitations et les épisodes de violence
- assurer un suivi d'indicateurs tels que plaintes et réclamations, enquêtes de satisfaction, prenant en compte ce qui relève de l'agitation et de la violence aux urgences

Les fonctionnaires hospitaliers bénéficient de protections particulières en cas d'injures, menaces, voies de fait, en tant que personnes chargées d'une mission de service public.

4-3 – Quels sont les rôles respectifs de la police et des différents acteurs impliqués dans la prise en charge de l'ivresse publique manifeste ?

L'équipe médicale doit protéger, évaluer, traiter et surveiller, mais le médecin et son équipe ne doivent pas prendre de risque devant un malade dangereux.

La police doit être appelée sur les lieux pour assurer la sécurité des intervenants s'il existe des menaces avec armes, évitant ainsi la dangerosité du patient pour lui même et l'entourage.

La police peut aussi fournir des informations sur un contexte socioculturel, les possibles habitudes toxicomaniaques et les circonstances de prise en charge.

En pratique, c'est très souvent la police qui conduit les patients en état d'ivresse pour troubles de l'ordre sur la voie publique ou atteinte à la sûreté des personnes. La législation oblige à un examen médical avant l'admission en salle de dégrisement au commissariat. Cet examen peut être fait à la demande de la police ou sur réquisition (circulaire du 9 octobre 1975 et du 16 juillet 1973) et aboutit à la rédaction du certificat de non admission et de non hospitalisation. Il engage la responsabilité du médecin examinateur. Ce certificat permet à la police d'emmener un patient violent, agressif, qui ne présente pas une pathologie nécessitant sa prise en charge médicale. La police se charge alors du transfert. Il faut noter bien entendu sur l'observation médicale les résultats de l'examen, les éléments qui n'ont pu être recueillis compte tenu du manque de coopération ou de l'agressivité du patient.

4-4 – Comment maintenir la sécurité des personnes, tant des patients que des soignants et le secret professionnel ?

Principes généraux

L'article 4 du code de déontologie précise que : « le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. » Le secret médical, inclus dans le secret professionnel, a une portée générale et un caractère absolu. C'est ainsi qu'un fait reste secret même s'il est susceptible d'être connu par d'autres personnes. L'article 72 du code de déontologie médicale étend le principe du secret aux collaborateurs du médecin sous la responsabilité de ce dernier.

Hors de la réquisition qui détermine une mission tout à fait précise, aucun renseignement d'ordre médical ne peut être délivré, en dehors de l'information nécessaire à la prise en charge médicale par un autre praticien, assurant ainsi la continuité des soins.

Mise en application des principes

Dans le contexte de prise en charge de l'agitation en urgence, la mise en application de ces principes se heurte à de nombreuses difficultés. En pratique, le recueil d'informations

auprès d'un malade agité et violent ne peut se faire devant un fonctionnaire de police mais peut être fait devant le personnel soignant astreint aux mêmes règles de confidentialité que le médecin. On est pris entre le respect de la confidentialité due au malade et la nécessité de prévenir un acte dangereux de sa part, d'assurer un diagnostic et un traitement aussi adaptés que possible, ce qui peut nécessiter le recueil de certaines informations confidentielles.

Secret médical et identité

Le secret médical concerne aussi l'identité des personnes ; ce problème concerne plus particulièrement les médecins régulateurs du Samu qui communiquent par radio; il faut donc plutôt communiquer par téléphone certaines informations confidentielles. Il ne faut jamais évoquer un diagnostic en clair lorsque l'information est susceptible d'être entendue ; il faut alors éventuellement utiliser un langage codé.

Toute personne a le droit de demander l'anonymat de l'hospitalisation.

Un agité admis aux urgences, blessé par arme à feu ou arme blanche (qu'il soit auteur ou victime d'un crime ou délit), ne doit pas être déclaré aux services de police, sauf demande expresse de sa part. Par contre, les services de police ou de gendarmerie peuvent consulter le registre des entrées après avoir préalablement informé la direction du centre hospitalier. En pratique, ils peuvent interroger téléphoniquement, sur un individu donné, le service des urgences ou les admissions qui doivent, pour les renseigner, utiliser le contre appel.

Déroghations légales

Il existe de multiples dérogations légales dont certaines concernent plus particulièrement l'agitation en urgences :

- La réquisition : elle détermine une mission précise, en dehors de laquelle aucun renseignement d'ordre médical ne peut être délivré
- Le délit constitué : le médecin peut alors faire appel aux forces de police
- Le toxicomane sous injonction thérapeutique : en cas de refus de soins, de sortie contre avis médical ou de fugue, le procureur de la république doit être prévenu
- Le mineur ou la personne vulnérable en danger : si un danger imminent menace la victime (risque de réitération de sévices), le médecin et les soignants ont le devoir d'agir : hospitalisation recommandée pour protéger la victime, signalement aux autorités judiciaires, médico-sociales et administratives : le secret est levé, il s'agit d'une révélation justifiée qui répond aux dispositions de l'article 223-6 du code pénal qui réprime la non assistance à personne en péril.

4-5 – Comment la police peut-elle intervenir à la demande des urgentistes, par exemple en cas de fugue ?

La fugue

Théoriquement, le patient majeur qui ne bénéficie pas d'une mesure d'HDT ou d'HO est libre de quitter l'établissement. Mais le signalement à la police de la fugue d'un patient agité ou dangereux pour lui-même obéit aux principes de précaution et d'assistance.

En intra-hospitalier, trois mesures s'imposent :

- Effectuer des recherches dans et aux alentours du service
- Informer l'administrateur et éventuellement le cadre soignant de garde
- Rédiger un document écrit consignait les circonstances et les constatations (document type à disposition dans les services) dont un exemplaire sera joint au dossier, un autre adressé au directeur ainsi qu'au médecin traitant, voire à la famille
- La procédure externe comprend :
- En cas de mineur ou de personne protégée (tutelle, curatelle), prévenir les services de police ou de gendarmerie, la famille ou le tuteur, le médecin traitant
- En cas de majeur considéré comme dangereux pour lui-même ou pour autrui, prévenir la police ou la gendarmerie est fortement recommandé, sans être une obligation formelle

Le refus de soins

L'état d'agitation met face au problème du consentement libre et éclairé du patient, tel qu'il est impérativement rappelé dans la loi du 4 mars 2002. Ceci renforce l'impérieuse nécessité de mise en œuvre, chaque fois que possible, du temps relationnel et des moyens s'y rapportant comme première étape de prise en charge de l'agité.

L'agitation n'exonère pas les soignants du devoir d'informer oralement le patient (ou ses parents pour le mineur), de manière claire, loyale et intelligible sur sa pathologie, le traitement proposé, le risque encouru s'il refuse la prise en charge. Pour ce faire, il convient de respecter trois principes :

- établir un constat écrit du refus de soins signé, si possible, par l'intéressé et deux témoins
- établir par écrit des éléments de traçabilité de la dangerosité qui empêche de le soigner
- écrire dans le dossier la proposition de soins qui lui est faite
- Ces mesures n'ont pas de valeur juridique au sens strict du terme mais authentifient le fait que l'éthique et la déontologie ont été respectés.

4-6 – Quels sont : (a) le cadre législatif (b) la jurisprudence les procédures judiciaires impliquées dans la prise en charge d'un agité ?

L'hospitalisation libre d'un patient agité est possible, mais le cadre réglementaire permet d'utiliser l'hospitalisation sous contrainte qui se présente sous deux formes : Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et Hospitalisation d'office (HO).

Hospitalisation à la demande d'un tiers

L'hospitalisation à la demande d'un tiers est la plus fréquente des hospitalisations sous contrainte. Sa mise en place nécessite le respect de procédures précises définies par le code de la santé publique, notamment l'article L. 3212-1 : une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement sur demande d'un tiers que si :

- Ses troubles rendent impossible son consentement
- Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

La demande d'admission est présentée soit par un membre de la famille du malade, soit par une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants (un administrateur de garde d'un hôpital général peut signer une demande) dès lors qu'ils exercent dans l'établissement d'accueil. Cette demande doit être manuscrite et signée par la personne qui la formule. Si cette dernière ne sait pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte. Elle comporte les nom, prénoms, profession, âge et domicile tant de la personne qui demande l'hospitalisation que de celle dont l'hospitalisation est demandée et l'indication de la nature des relations qui existent entre elles ainsi que, s'il y a lieu, de leur degré de parenté.

La demande d'admission est accompagnée de deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours et circonstanciés, attestant que les conditions prévues sont remplies (troubles rendant impossible le consentement et état imposant des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier). Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade; il constate l'état mental de la personne à soigner, indique les particularités de sa maladie et la nécessité de la faire hospitaliser sans son consentement. Il doit être confirmé par un certificat d'un deuxième médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni des directeurs de l'établissement d'accueil, ni de la personne ayant demandé l'hospitalisation ou de la personne hospitalisée (Art. L. 3212-1).

A titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil (Art. L. 3212-3)

La validité de la procédure repose aussi sur le directeur de l'établissement, qui vérifie que la demande a été établie conformément, et s'assure de l'identité de la personne pour laquelle l'hospitalisation est demandée et de celle de la personne qui demande l'hospitalisation (Art. L. 3212-2.)

Hospitalisation d'office

A Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'Etat (préfets) prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement habilité des personnes dont l'état nécessite des soins en raison de troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Le certificat médical circonstancié ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire. Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, le directeur de l'établissement d'accueil transmet un certificat médical établi par un psychiatre de l'établissement. (Art. L. 3213-1).

En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical ou, à défaut, par la notoriété publique, le maire et, à Paris, les commissaires de police arrêtent, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires, à charge d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures. (Art. L. 3213-2.)

A l'égard des personnes relevant d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, et dans le cas où leur état mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le préfet peut prendre un arrêté provisoire d'hospitalisation d'office. A défaut de confirmation, cette mesure est caduque au terme d'une durée de quinze jours (Art. L. 3213-6.)

La rédaction des certificats

Elle impose le respect d'un certain nombre de précautions :

- n'inscrire que des constatations cliniques sans jugement de valeur
- ne pas mentionner les éléments rapportés par des tiers
- un diagnostic n'est pas demandé dans les premiers certificats

Un bon respect des règles et procédures permet largement d'éviter plaintes ou poursuites pour hospitalisation arbitraire.

A noter dans le cadre du contentieux de l'hospitalisation d'office que, si la prévention de l'hospitalisation arbitraire ou abusive est la préoccupation éthique majeure, la jurisprudence confirme les responsabilités du fait d'une absence fautive d'HO (Conseil d'Etat, Ass. 23 janvier 1931)

La jurisprudence

Elle est très pauvre en matière de prise en charge des états d'agitation aux urgences. Néanmoins, en rapport avec le consentement indispensable d'une personne à la réalisation de tout acte d'investigation et de soins qu'on lui propose (article L 111-4 du CSP affirmant le

principe de la prééminence du refus du patient sur la proposition thérapeutique du médecin), un arrêt du Conseil d'Etat semble reconnaître : « *la possibilité pour un établissement général d'admettre une personne majeure contre son gré, « le temps strictement nécessaire » à la mise en œuvre des mesures d'hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers* » (CE cont. 17 nov. 1997)

Dans les situations insolubles où le refus de soins ne s'assortit pas de troubles mentaux, il semble prudent de prévenir la famille et de joindre l'administrateur de garde d'une part, l'autorité judiciaire d'autre part.

D'après l'article 63 du Code Pénal, les soignants sont tenus d'assister toute personne en danger ; il ne semble pas exister de jurisprudence concernant des faits ayant trait au cas spécifique de la prise en charge d'un malade agité. L'article 222-2 et suivants du Code Pénal concernant l'atteinte volontaire à l'intégrité corporelle d'un homme sont susceptibles, dans le cadre de la contention d'un agité violent, d'induire des plaintes ou réclamations après blessures infligées au cours de ces manœuvres. Le meilleur garant est alors encore de :

- Consigner par écrit les faits dans le dossier
- Appliquer des protocoles

Seniorisation des urgences

SAU et POSU et UPATOU sont tenus de prendre en charge *tout* patient (décret 1995 et 1997 concernant le fonctionnement des unités, de traitement et d'orientation des urgences). La prise en charge du patient agité est un exercice difficile, demandant expérience et compétences, ce qui conforte l'obligation de seniorisation des services d'urgence (SAU ou POSU et UPATOU), ainsi que la présence d'un psychiatre sur place (SAU) ou joignable (UPATOU), dans les conditions prévues par les textes.

4-7 – Quels documents l'urgentiste peut-il remettre à la police ?

- Toute demande d'examen établie par réquisition : un médecin est tenu de déférer à toute réquisition de l'autorité judiciaire ou policière lui fixant une mission et des objectifs précis. Il ne doit répondre qu'aux questions de la mission et veiller à s'abstenir de fournir tout autre élément de nature à violer le secret médical.
- Le certificat de non hospitalisation dans le cadre de l'ivresse publique et manifeste ; en ce cas, il convient d'effectuer un examen complet, notant en particulier ce qui n'a pu être observé ou fait en raison de l'état d'agitation, d'établir un dossier médical complet utilisant éventuellement un formulaire pré imprimé (en application des circulaires du 16 juillet 1973 du 9 octobre 1975 relatives aux admission des sujets en état d'ivresse dans les services hospitaliers). L'établissement de ce certificat ne nécessite pas de réquisition. Malgré les articles 16-1 et 16-3 du code civil posant les principes de l'inviolabilité du corps humain, le prélèvement sanguin destiné à prouver l'imprégnation éthylique d'un automobiliste est prévu par la loi.
- L'examen corporel ordonné par l'autorité judiciaire en cas d'ingestion présumée de stupéfiants est une contrainte légale.

- Dans le cas où l'agité est victime d'une agression, le médecin doit remettre sur réquisition un certificat descriptif de coups et blessures volontaires avec fixation de l'ITT (supérieure ou non à 8 jours) qui permettra au magistrat de qualifier la faute et de fixer la juridiction compétente, en particulier dans le cas où l'agresseur est en garde à vue.

4-8 – Quelles sont les modalités des interventions médicales pour agitation dans les locaux de la police ou dans d'autres locaux différents de l'hôpital (par exemple l'administration pénitentiaire) ?

Il peut y avoir appel ou réquisition pour examiner et soigner un patient dans les locaux de la police ou dans une Unité Médico Judiciaire ; cet appel concerne exceptionnellement le médecin urgentiste. Cet examen doit associer confidentialité (isolement) et sécurité du médecin (protection), ainsi que respect des règles éthiques et déontologiques (ne répondre strictement qu'aux questions de la mission).

En milieu pénitentiaire, les détenus sont sous la responsabilité de l'administration pénitentiaire ; en cas d'agitation, ils sont soit examinés sur place, soit amenés aux urgences pour prise en charge. En cas de gravité, le Smur peut être amené à intervenir.

Les difficultés inhérentes à la présence des gardiens et au fait que le détenu soit entravé ne peuvent être réglées qu'au cas par cas : il faut alors prendre en compte l'avis des accompagnants, mettant en œuvre une « procédure amiable » avec ces derniers en tentant de concilier qualité de l'examen clinique, confidentialité et sécurité de l'intervenant ; le cas de certains patients (« détenus particulièrement surveillés ») incite à adapter l'attitude du médecin à leur dangerosité et à la gravité de la pathologie rencontrée.

4-9 – Quels sont les aspects éthiques dans la prise en charge des agités ?

Il n'apparaît pas de spécificité éthique sur la prise en charge du patient agité, l'urgentiste ne devant pas déroger aux règles de bienfaisance et d'assistance. Les règles déontologiques ainsi que l'humanisme médical s'imposent pour proposer une réponse adaptée à l'état de santé du sujet. Les décisions doivent être limitées à ce qui est indispensable dans le cadre de l'urgence en informant le patient et ses proches des décisions prises et en respectant au mieux le cadre réglementaire.

Les problèmes viennent des difficultés à concilier respect de la liberté individuelle, nécessité d'apporter des soins adaptés à l'état du patient, incluant éventuellement la contention et la contrainte, et nécessité de préserver la sécurité des soignants et des autres patients.

ANNEXE I - Protocole de contention

Protocole de contention d'un patient agité et violent

Définition :

La contention est un soin réalisé sur prescription médicale qui consiste à restreindre à maîtriser les mouvements d'un patient en l'immobilisant sur un brancard ou un lit muni d'attaches verrouillées.

Objectifs :

- Assurer la sécurité du patient et de son environnement.
- Prévenir la rupture thérapeutique.

Contre indications :

Somatiques :

Affections organiques non stabilisées dont le diagnostic ou pronostic peut être grave.

Non somatiques :

- Utilisation à titre de punition
- Etat clinique ne nécessitant pas ces mesures.
- Uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe ou pour son confort.
- Uniquement liée au manque de personnel.

Matériels :

- Un brancard équipé d'une ceinture ventrale et d'attaches pour chaque membre.
- Une chambre sécurisée avec un lit fixé au sol au centre de la pièce.
- Une feuille de prescription médicale.
- Une fiche de traçabilité nominative.

Modalités :

- Prévoir au moins 5 membres de l'équipe médicale et paramédicale dont un coordinateur.
- Appel des agents de la sécurité.
- Le coordonnateur assure la continuité du lien relationnel.

Réalisation pratique :

Le patient agité est saisi par quatre soignants (un par membre empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse), sur ordre du cinquième soignant (le coordonnateur) qui saisit la tête dès que possible, la maintenant sur le côté, ce qui évite les morsures et que le regard du patient croise celui des soignants qui l'attachent. Il est couché sur le dos, sur un brancard, chaque membre étant maintenu par une attache, la ceinture ventrale bouclée, puis les attaches verrouillées.

Le patient est partiellement déshabillé et couvert d'un drap, ce qui permet de préserver sa dignité. Il est fouillé pour supprimer tout objet potentiellement dangereux et sa ceinture de pantalon est retirée. Puis la tête du brancard est surélevée pour éviter les risques d'inhalation.

Application de la sédation médicamenteuse.

Ouverture de la fiche de traçabilité et surveillance rapprochée (suivant la prescription médicale).

En attendant l'efficacité de la sédation médicamenteuse les pieds sont surélevés afin de diminuer l'amplitude des mouvements et le lien relationnel est entretenu.

Le brancard est coincé dans l'angle d'une pièce (si le patient n'est pas maintenu sur un lit fixé au sol).

Vérification que les attaches sont vérifiées et verrouillées (par sur les articulations ni trop serrées, ni trop lâches).

Réévaluation de l'état clinique.

Levée partielle, puis complète de la contention au plus tôt.

Clôture de la fiche de traçabilité.

ANNEXE II - Références légales.

Chez l'adulte :

* modalité et indication de l'isolement chez les patients atteints de troubles mentaux

1. Circulaire n°48 D.G.S./SP3 du 19 juillet 1993 rédigée par Simone VEIL :

-« des patients en HL ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clef, ni a fortiori dans des chambres verrouillées ».

-« l'atteinte à la liberté d'aller et de venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indication médicale ».

« il doit y avoir adéquation entre des soins portant atteinte à la liberté et les modalités d'hospitalisation ».

* nécessité d'une prescription médicale

1. Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, art. 13 : « mettre en oeuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin »

2. Code de déontologie médicale, art. 34 : « le médecin doit formuler ses prescriptions ».

* les contre - indications somatiques sont identifiées et notées

1. Décret infirmier 93-221 du 16 février 1993, art. 29 : « l'infirmier communique au médecin prescripteur toute information susceptible de concourir à l'établissement du diagnostic ou de permettre une meilleure adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution ».

2. Décret n° 95-100 du 6 septembre 1995, code de déontologie médicale : art. 8 : « ... le médecin... doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité, à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. » art 40 : « le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique, comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié. »

* programmation de soin et de surveillance :

1. Code de déontologie médicale : art. 8, art. 40

2. Décret infirmier n°93-345 du 15 mars 1993, art 1 : « les soins infirmiers ont pour objet... de participer à la surveillance clinique des patients et à la mise en œuvre des thérapeutiques. » art. 3 : l'infirmier accomplit les soins infirmiers suivants : soins d'hygiène corporelle et de propreté »

* vérification du matériel de contention, sécurité du patient

1. BO n° 91/10 bis n°12 série soins infirmiers : « les soins infirmiers dispensés préviennent les risques, garantissent la sécurité du patient et prennent en compte son confort. »

2. Code de déontologie médicale : art 8, 40.

* sécurité des soignants

1. Loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires

2. Circulaire DHOS 2000/609 du 15 décembre 2000

* réévaluation de l'indication de la contention

1. Circulaire n°48 D.G.S./SP 3 du 19 juillet 1993.

* information du patient :

1. Code de déontologie médicale art 36 portant sur le consentement de la personne soignée.
2. Décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.
3. Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 et ordonnance n°96- 346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière de l'hospitalisation publique et privée.
4. Circulaire D.G.S./DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé.
5. Code de santé publique, art L. 111-4 affirme la prééminence du refus du patient sur la proposition de décision thérapeutique du médecin.

Chez les mineurs :

* l'autorisation de soins et d'hospitalisation revient aux titulaires de l'autorité parentale

1. Code de déontologie médicale art 42

* mesure d'assistance éducative pour soins si le consentement des parents ne peut être obtenu ou refusé, le parquet peut être saisi

1. art 28 du décret n°74-27 du 14 janvier 1974

* placement dans un établissement spécialisé si le consentement des parents ne peut être obtenu ou refusé, le juge pour enfant est compétent :

1. art 375 et 375-9 du code civil

* la procédure d'hospitalisation d'office s'applique aux mineurs.

ANNEXE III : FICHE DE TRACABILITE DE LA CONTENTION

FICHE DE TRACABILITE ET DE SURVEILLANCE DE LA CONTENTION				
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 40px;">Identité du patient</div>	Infirmier(ière) : Médecin :			
Début de la contention				
Date et heure :				
Diagnostic :				
Indication de la contention :				
Objectif(s) :				
Type de contention : <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG <input type="checkbox"/> C. ventrale				
Contention manuelle préalable <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure(s) :				
Présence d'agent de sécurité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure(s) :				
Type de médication : heure(s) :				
Information au patient <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure(s) :				
Information à la famille Ou au représentant légal <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure(s) :				
Examen médical <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure(s) :				
Signatures : infirmier(ière) : _____ médecin : _____				
Déroulement de la contention :				
Surveillance prescription : paramètres vitaux <input type="checkbox"/> 15 mn <input type="checkbox"/> 30 mn <input type="checkbox"/> autre				
Fréquence				
Signes Vitaux				
Glasgow				
Pouls				
TA				
Température				
Saturation				
Glycémie				

Soins de base et d'hygiène :

Heures réévaluation médicale :

Médecin senior avisé : oui non

heure(s) :

Levée de la contention :

	MSD	MSG	Ceinture Ventrals	MID	MIG
Date et heure					
Observations					
Remarques					

Signatures : infirmier(ière) :

médecin :