

Le malade agité : évaluation et conduite à tenir

Dr P. Fossion
CHU Brugmann



Le malade agité : évaluation et conduite à tenir

- L'agitation est une conduite non spécifique qui se traduit par un excès d'activité, de mouvement qui peut être associé à des conduites auto ou hétéro agressives
 - L'agitation résulte de variables internes au patient mais aussi des interactions avec le milieu et en particulier en situation d'urgence avec les soignants.
 - Agitation et violence sont souvent liées mais pas toujours
-



Le malade agité : évaluation et conduite à tenir

- Les réactions violentes ne doivent être sur estimées ni sous estimées
 - 17 % des patients admis aux urgences sont violents
 - 40 % des psychiatres ont subi une ou plusieurs agressions durant leur carrière



Le malade agité : évaluation et conduite à tenir

- Sans être exhaustif quelques éléments :
 - Connaître les lieux et les moyens disponibles
 - Avoir repéré l'issue
 - Avoir une pièce ouverte large sans « projectiles »
 - Avoir des moyens d'appel à l'aide
 - Ne pas être seul
 - Connaître les intervenants
 - Accès à une trousse d'urgence dont le contenu est connu
 - Avoir répété les procédures en cas de nécessité de maîtriser le patient: qui fait quoi? Comment?
 - Accès à l'isolement, aux moyens de contention.
 - Disponibilité de lits
 - Possibilité d'éloigner les proches



Interaction avec le patient

- Se présenter
- Engager un dialogue
- Dédramatiser la situation
- Le plus souvent exclure les tiers non directement soignants
- Toujours énoncer clairement ce qui va être fait en le justifiant
- Laisser un choix dans la mesure du possible au patient
- Avoir l'attitude la moins restrictive compatible avec la sécurité et la nécessité d'un examen clinique
- Importance de la communication non verbale des patients et des soignants
- Plusieurs dimensions à analyser
 - l'utilisation de l'espace
 - les mouvements
 - la paralangage..



Les distances d'interaction

- CHEZ L'HOMME on observe 4 distances :
 - la distance intime-15-40 cm (la présence de l'autre s'impose)
 - la distance personnelle: 40 à 125 cm (petite sphère protectrice créée pour s'isoler des autres)
 - la distance sociale: 120 à 210 cm
 - la distance publique: 360 à 750 cm (elle est située hors du cercle où l'individu est directement concerné).



Les distances d'interaction

- Ces distances ne sont pas universelles, il faut les relativiser en fonction des cultures
 - Par exemple, ce qui chez les Arabes (et les méridionaux) est habituel et a même une valeur positive : toucher l'autre, senteur sera ressenti chez un nord-américain ou un européen comme une attitude d'impolitesse extrême, et de non-respect.



Les distances d'interaction

- Chez un même individu en fonction de son angoisse
 - Ces espaces sont d'autant plus larges que l'angoisse augmente :

Le corps d'un patient en phase aiguë psychotique peut se confondre avec la pièce : y pénétrer se confond alors à une agression intime
-



Les distances d'interaction

- Lorsque les individus ne respectent pas les règles établies,
 - c'est-à-dire lorsqu'ils franchissent des limites non conformes aux attentes des autres selon les circonstances,
 - ces derniers ressentent généralement un malaise.
-



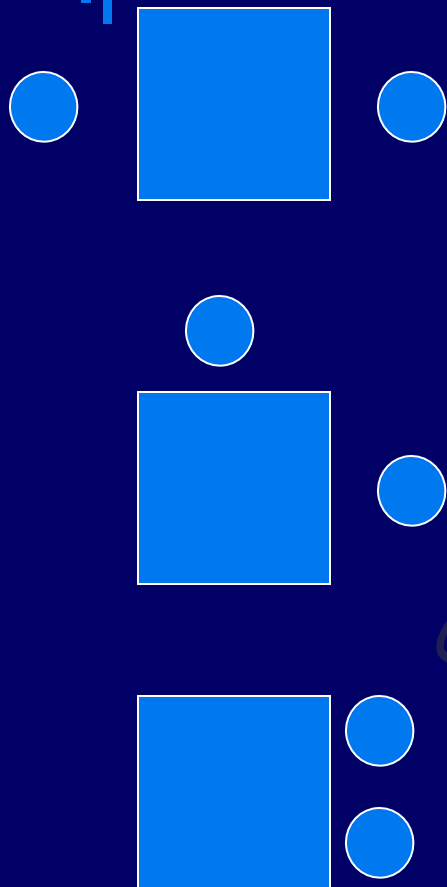
Les distances d'interaction

- La pénétration par surprise dans l'espace intime ou personnel peut entraîner des réactions :
 - fuite
 - agression
 - malaise entraînant une réticence, un blocage de l'entretien
 - plus rarement faciliter l'entretien en focalisant l'attention sur soi
-



Les distances d'interaction

- Dans la mesure du possible il faut une organisation de l'espace
 - Laisser choisir la bonne distance au patient
 - Contenu de l'échange différent face à un patient allongé ou assis
 - Champs des regards
 - Position des mains, les gestes
-



❑ Compétition

❑ Coopération

❑ Collaboration

SEMINAIRES IRIS



Examen du patient agité

- Entretien avec l'entourage puis avec le patient
- Antécédents psychiatriques et médicaux
- Antécédents de violence ou suicidaires
- Traitements actuels
- Début de l'épisode
- Facteur de stress
- Prise de toxique
- Existence d'une personne ressource
- Examen
 - Somatique général et neurologique élémentaire
 - pouls TA température
 - glycémie
- Examen psychiatrique
 - Vigilance
 - contenu et cours de la pensée
- Bilan standard :
 - glycémie, iono
 - ~~Eventuellement recherche de toxique~~



Examen du patient agité

- Diagnostic :
 - Rechercher une cause organique même si rare en pratique
 - Importance des prises de toxiques ou médicamenteuses
 - 3 groupes étiologiques :
 - Effets des toxiques et intoxications médicamenteuses ou iatrogénie
 - Troubles organiques
 - Affections psychiatriques
-



Examen du patient agité

- Effets des toxiques et intoxications médicamenteuses ou iatrogénie
 - Alcool
 - Psychostimulants
 - Sevrage en sédatifs
 - Complications médicamenteuses
 - Effets confusionnels des associations chez les personnes âgées avec escalade agitation sédation
-



Troubles organiques :

- Hypoglycémie
 - Hypoxie
 - Troubles du SNC dont épilepsie temporale
 - Infections
 - Traumas cachés
 - Affections psychiatriques :
 - Troubles de personnalité : borderline, psychopathique
 - Délires paranoïdes
 - Les troubles de l'humeur
 - Les états de stress aigu avec ou sans dissociation
 - Réactions d'angoisse intense
-



Traitement

- Selon étiologie
 - Environnement:
 - Calme
 - Rassurant
 - Porte ouverte
 - Espace
 - Secours
 - Contention douce
-



Traitement

- Médication:
 - Selon étiologie
 - Coût efficacité / effets 2R
 - Onset / durée d'action
 - Mode d'administration
- SEMINAIRES IRIS
-



Traitement

- Neuroleptisation vs tranquillisation
 - BZD = AP (NLT – NLA)
 - BZD + AP plus efficace
 - NLA: avantages s/ hostilité
- SEMINAIRE IRIS
-



Traitement

□ Onset:

- Haldol IM: 30-60 min
- Olanzapine IM: 15-45 min

□ Offset rapide peu désirable:

- Timing pour MAP :
 - ! Midazolam
 - ! Ketamine



Traitement

□ Mode d'administration:

■ Dialogue → oral

□ Comprimés

□ Orodispersible

- Olanzapine

- Risperidone

□ Solution

- Haloperidol

- DHB

- Risperidone

- Amisulpride



Traitement

- Zyprexa velotab
 - Fond en 15 sec, pas de titration
 - velotab / comprimé
 - Bio-équivalent
 - Efficacité et sécurité identiques
 - Dissolution: jus (orange), lait, eau, café
 - Lumière!
 - Forme 5 mg ou 10 mg
 - « Big Mac »: 20 mg Zyp vt + Tem exp 2,5 mg



Traitement

Effets secondaires:

- ! Akathisie
- ! Dépression respi: BZD + alcool
- ! Personnes âgées: BZD, AC
« cachés »
- ! Ketamine
- ! Effets cardio



Contention physique

- Restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit ou un brancard
 - **Mesure d'exception**, temporaire, qui ne constitue pas elle seule un traitement
 - Toujours l'associée à une sédation médicamenteuse



Prise en charge de l'agitation

- Approche relationnelle → éviter l'escalade de la violence et le passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.
- Échec → contention médicamenteuse ± physique
- La contention physique **s'adresse au patient dangereux** en attendant que la sédation médicamenteuse agisse.
- **Traitement étiologique +++**



Éléments prédictif d'un passage à l'acte

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

SEMINAIRES IRIS

→ **Contention**



Pratique de la contention

- Sujet saisi par 4 soignants (1 par membre) sur ordre d'un 5^{ème} soignant, coordinateur, qui s'occupe de la tête et la maintient sur le coté (morsure, regard)
- Sujet allongé sur le dos
- Fixation des membres puis attache ventrale
- Attaches verrouillées
- Sujet partiellement déshabillé, couvert par un drap
- Fouille des vêtements, ceinture retirée.
- Relever la tête et les jambes
- → contention médicamenteuse



Contention physique

- Aucune preuve de l'efficacité thérapeutique...
- La justifier par écrit sur le dossier médical

- Conséquences de la contention:
 - Blessures + lésions cutanées
 - Perte d'appétit, déshydratation, constipation
 - Comportement désorganisé + troubles émotifs

Prevention of Falls and Fall Injuries in the Older Adult, coll. « Nursing Best Practice Guideline », 2002.



Surveillance

- Si possible dans une pièce spécifique + calme
- **Réévaluation périodique**
 - Fiche de surveillance spécifique:
 - Horaires: début et levée
 - Surveillance clinique
 - Soins d'hygiène + confort
 - Vérifier les sangles (efficacité et sécurité)
 - Prescriptions médicales
- Agitation contrôlée → clinique au calme.
- Agitation persistante ± intoxication:
 - → Glasgow, scope, TA, SpO2.
 - Défaillance organique → Réa

Dignité physique et morale



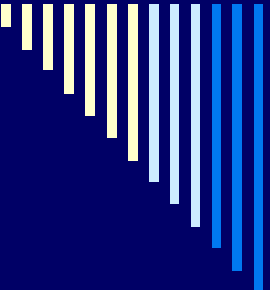
La mise en observation

- La mesure juridique de mise en observation d'un malade mental est une exception aux deux principes de base :
 - *Le diagnostic et le traitement des troubles psychiques ne peuvent donner lieu à aucune restriction individuelle de liberté*
 - *La personne librement admise dans un service psychiatrique peut le quitter à tout moment*
 - La mesure existe sous 2 formes: mesure urgente et mesure non urgente
-



La mise en observation

- **La mesure urgente** : il s'agit d'une réelle urgence médicale caractérisée par la nécessité d'intervenir unilatéralement car aucune autre solution n'est envisageable dans l'immédiat sans risquer des dommages irréversibles pour l'intéressé et/ou la société. N.B Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur la mise en observation, la mesure urgente est la plus utilisée.
- **La mesure non urgente** : le patient nécessite des soins sous contraintes car il répond aux critères repris dans la loi (cf. tableau ci-dessous) mais son état permet encore de patienter les 10 jours nécessaires à la mise en place de la procédure.



Quels sont les critères permettant la mesure de protection?

La personne doit être atteinte d'une maladie mentale

La personne met gravement en péril sa santé et sa sécurité et/ou elle constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui

La personne refuse les soins

Il est impossible d'appliquer tout autre traitement



La mise en observation

- La loi ne précise pas la maladie mentale et laisse ce travail à l'expertise médicale.
 - Pour le diagnostic de maladie mentale, le médecin se base sur un manuel de classification des troubles mentaux (DSM IV ou autre classification internationalement reconnue)
 - Pour information, la jurisprudence admet néanmoins que le trouble de la personnalité asociale, les troubles liés à l'utilisation de substances (alcoolisme et toxicomanies) et les différentes formes de démence (en particulier chez les personnes âgées) ne sont pas considérées, en tant que tels, comme maladie mentale.
-



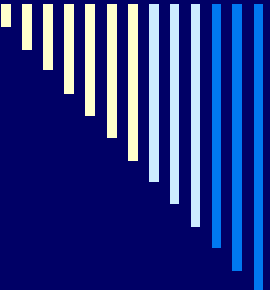
Comment évaluer la dangerosité?

- Ceci est une évaluation non scientifique et subjective. Une connaissance nuancée du sujet par le praticien et l'utilisation de ressources personnelles et de ses compétences dans cette évaluation s'impose. La peur est mauvaise conseillère!**
-



Le refus des soins

- **Le patient n'a pas conscience ou minimise son état et refuse tout traitement médicamenteux et/ou prise en charge thérapeutique.**
 - **Le clinicien peut aussi penser que l'acceptation du traitement par le patient n'est qu'apparente et/ou ne sera pas stable dans le temps**
-



Qu'entendre par absence d'alternative à une mesure de protection?

- L'impossibilité de soigner sans contrainte le malade à l'hôpital ou ailleurs.**
 - Le refus total de soins du malade: ceci implique l'échec de recherche de solutions alternatives acceptées par le patient (soins à domicile, prise en charge des soins par un proche,...).**
-



Qui demande?

- Toute personne qui se soucie pour quelqu'un présentant les critères repris dans la loi (famille, proches, travailleurs sociaux, médecins,...). Cette personne dépose une requête auprès du greffe de la justice de paix du lieu où se trouve officiellement le malade, accompagné par une lettre dans laquelle la personne écrit son nom, adresse, sa relation avec le malade et la raison d'intervenir.
- Cette personne doit déposer avec la requête un rapport médical circonstancié qu'elle aura demandé préalablement à un médecin.



Que contient le rapport circonstancié?

- ❑ Les données personnelles
- ❑ Le nom du patient (comme inscrit sur sa carte d'identité), date et lieu de naissance, adresse officielle et le lieu d'examen.
- ❑ La description de la pathologie ou des troubles
- ❑ Le rapport doit étayer clairement les critères de mise en observation. La symptomatologie est décrite en termes non médicaux et indique une pathologie psychiatrique (le magistrat doit pouvoir comprendre et évaluer le rapport).
- ❑ Exclure explicitement que les symptômes se sont présentés sous influence d'alcool ou d'autres substances et donc exclure le caractère passager des troubles.
- ❑ Date et signature
- ❑ Le rapport est valable 15 jours