

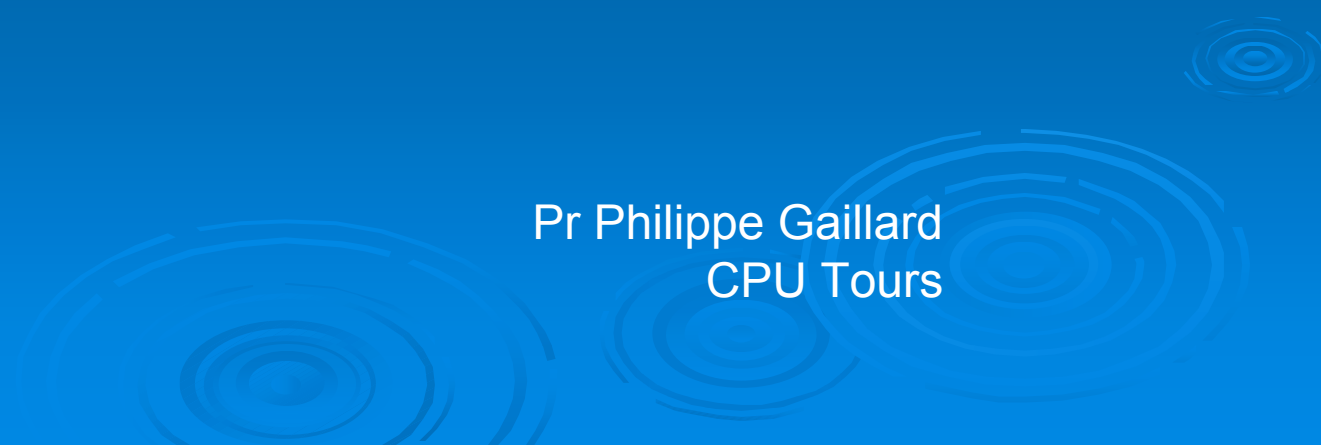
Le malade Agité :

Evaluation et Conduite à tenir

Regroupement Interuniversitaire Grand Ouest

23 24 novembre 2006

Pr Philippe Gaillard
CPU Tours



Le malade agité : évaluation et Conduite à tenir

Définition :

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

Les réactions violentes ne doivent être sur estimées ni sous estimées

D'après Tardiff

17 % des patients admis aux urgences sont violents

40 % des psychiatres ont subi une ou plusieurs agressions durant leur carrière

Le malade agité : Evaluation et Conduite à tenir

Evaluer un patient agité suppose des conditions préalables avec les quelles les soignants doivent être familiarisés

Sans être exhaustif quelques éléments :

Connaître les lieux et les moyens disponibles

- avoir repéré les issues

- 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 des lits

- possibilité d'éloigner les proches

Le malade agité : Evaluation et Conduite à tenir

➤ 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

➤ Nous choisirons d'évoquer quelques éléments du premier point

Les distances d'interaction

CHEZ L'HOMME d'après E Hall* 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 et plus (elle marque la limite du pouvoir sur autrui)
- la distance publique –360 à 750 cm (elle est située hors du cercle où l'individu est directement concerné.

*La proxémie E Hall

La dimension cachée Seuil 1971
Le langage silencieux

Ch sur la communication non verbale in la conduite de
l'entretien clinique SC Shea Elsevier 2005

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 les Américains ou un européen comme une attitude d'impolitesse extrême, et de non-respect.
- 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 (cf les textes de Laing : le moi divisé)



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. La distance est le témoin de l'implication dans la communication.

La pénétration par surprise dans l'espace intime ou personnel peut entraîner des réactions :

- fuite
- agression
- malaise entraînant une réticence
- blocage de l'entretien

plus rarement faciliter l'entretien

- faciliter l'attention
- problème de toucher les patient

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 qu'assis

Se pencher vers,
assis sur le lit
chaise à côté

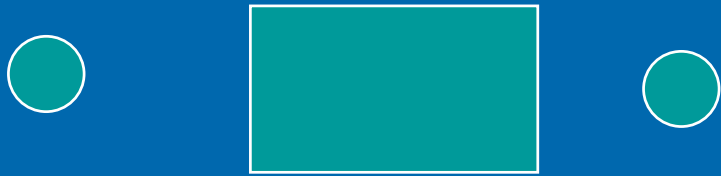
Champs des regards

Position des mains, des gestes

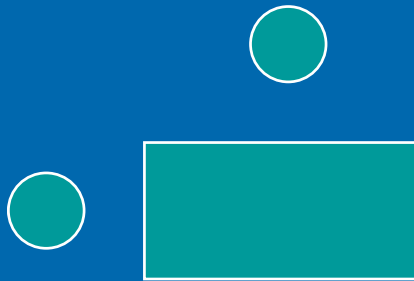
L'entretien psychiatrique se fait assis si possible confortablement

de manière non confrontationnelle

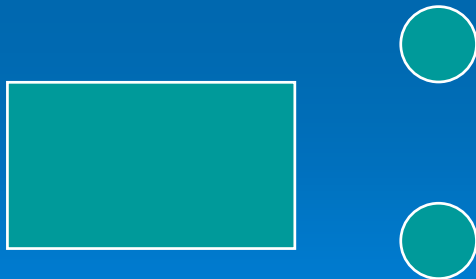




compétition



coopération



Collaboration

Sommer



Examen de l'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 capillaire

- Examen psychiatrique dont

 - Vigilance DST

 - contenu et cours de la pensée

 - Bilan standard : glycémie, iono, NFS

 - Eventuellement recherche de toxique

Le plus souvent , un diagnostic d'orientation est obtenu

Diagnostic :

- Rechercher une cause organique même si rare en pratique
- Importance des prises de toxiques ou médicamenteuses
- Attention aux étiologies associées : alcool et TC

Intérêt d'une surveillance et de la présence des urgences psychiatriques aux sein du MCO

3 groupes étiologiques :

- Effets des toxiques et intoxications médicamenteuses ou iatrogénie
- Troubles organiques
- Affections psychiatriques

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
 - akathisie et dystonie** des neuroleptiques et plus rarement des IRS avec leur dimension psychomotrice
 - complications des agonistes DA ,des corticoïdes etc

- Troubles organiques :

- Hypoglycémie
- Hypoxie
- Troubles du SNC dont épilepsie temporale
- Infections
- Traumas cachés (anecdote : fracture du bassin, hémorragie digestive..)

- 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



DÉCISION D'HOSPITALISATION

Si étiologie médico psychiatrique (problème de la délinquance)

Mise en observation jusqu' à réduction de l'agitation et possibilité d'évaluation

Fonction de l'étiologie, de la gravité de l'agitation, du réseau social

- Agitation chez une personne âgée, isolée ...
- Agitation réactionnelle : hospitalisation rarement justifiée
- Agitation de cause toxique ou organique ou en cas de doute :
 - mise en observation aux urgences MCO en assurant la sécurité
 - fugue, auto ou hétéro agression
 - Réévaluation au bout de quelques heures
- Agitation persistante dans un cadre psychiatrique
 - hospitalisation en service de psychiatrie
 - si refus et incapacité à consentir :
 - risque auto ou hétéro agressif
 - troubles psychotiques avec éléments de gravité
 - troubles de l'humeur sévères
 - Prise de toxiques une fois l'urgence somatique passée
- indication d'une hospitalisation sans consentement

Conduite à tenir en fonction de l'étiologie

Cause toxiques :

Alcool

ivresse : isolement repos
surveillance

risque de violence ou de suicide
recherche de pathologies associées :
traumas ,toxiques, hypoglycémie
si sédation risque de potentialisation

BZD : oxazepam 50 mg

NL : haloperidol 5mg

sevrage : isolement
surveillance lumière

hydratation 2 à 3 l

vitamine B1 500mg

diazepam 60mg/j *

si onirisme halopéridol 5mg

* 60mg diazepam $\equiv$ 10 mg lorazepam, clonazepam $\equiv$ 150/ 200 oxazepam

Conduite à tenir en fonction de l'étiologie

Cause toxiques

autres toxiques : cocaïne, amphétamines, LSD

Même protocole

surveillance

Isolement

Si peu sévère Bzd oxazepam 50mg

si sévère NI haloperidol 5mg ; risperidone 2mg

Opiacés QS agitation si sevrage

Cause toxiques

iatrogènes

personnes âgées cf Pr Camus

surveillance

diminution des posologies

penser aux corticoïdes

Savoir reconnaître :

Akathisie : Bzd

dyskinésie : antiparkinsonien : lepticur

Conduite à tenir en fonction de l'étiologie

Troubles de la personnalité avec impulsivité
personnalité limite psychopathique
Ou situations à risques de passage à l'acte
NE PAS prescrire des BZD
du fait du risque de passage à l'acte :
auto ou hétéro agressif
Si sédation NL
Cyanémazine 50 à 100mg +
Loxapine 50 à 100mg

Troubles anxieux
Isoler
Ecouter
Eloigner la famille et les spectateurs
si sédation :
BZD : oxezapam 20 à 50 mg
exceptionnellement IM
diazepam 10 mg
Etat de stress aigu : pas de BZD
Atarax 25 x 2 ; Buspar 1x2
 β – propranolol 40mg x 3 (recherche)

Conduite à tenir en fonction de l'étiologie

Crise maniaque, phase processuelle d'une schizophrénie, état aigu psychotique

Hospitalisation

NI

Soit per os si possible

ASG : Olanzapine 10 mg, Risperidone 4 mg
NL Halopéridol 5mg (surveillance dyskinésie)
Cyanémazine 50 à 100mg

+ou –

BZD : clonazepam ou lorazepam 2 mg

PS certains protocoles préfèrent dans l'état maniaque

1 BZD à forte posologie 10 mg/j clonazepam ou lorazepam

2 ASG si échec NL

3 Normothymique (délai d'action)

Soit im

Halopéridol 5mg, Cyanémazine 50 à 100mg ,Loxapine 50 à 100mg

+ou –

BZD clonazepam 2mg

Agitation

Modérée

Moyenne

Sévère
violence

Entretien psychiatrique étiologie
Recherche de facteurs de risque
Evaluation de la sûreté
de l'environnement
Possibilité d'intervention
Aspects médico-légaux
Rassurer, désescalade, justifier

Traitement accepté : à revoir / heure
BZD : clonazepam 2 mg si non impulsif ou
suicidaire
ASG : Olanzapine 10 mg / Risperidone 4 mg
NL Halopéridol 5mg (surveillance dyskinésie)
Cyanémazine 50 à 100mg

Traitement imposé PO/IM
Clonazepam 2 mg
+ -Halopéridol 5mg
+ -Cyanémazine 50 à 100mg
+ -Loxapine 50 à 100mg

Protocole :
Entrée
Sortie
Surveillance
Expliquer ce
que l'on fait

Isolement
contention