



Désescalade de l'agitation par les moyens non pharmacologiques

Pr CHAUVIN Anthony • SAU/SMUR Lariboisière - Paris



Sommaire

01

**Cause
iatrogénique**

02

**Identification des
patients à risque**

03

**Désescalade du
patient sans FDR**

04

**Contention
physique**



De quoi parlons-nous?



- Agitation ≠ Violence ≠ agressivité
- Violence = réflexe de défense lié à la peur quand on se sent attaqué
- Agitation peut engendrer de la violence
- Nombreuses échelles d'évaluation de la sévérité de l'agitation... Peu adapter en SU



01

1^{ère} étape : cause
iatrogénique donc réversible



Tableau 1. Principales étiologies des états d'agitation réactionnelle [54]

Causes toxiques	Alcool/stupéfiants Iatrogénie médicamenteuse (i.e., sevrage benzodiazépine et ou psychotropes, surdosage...) Exposition à des toxiques environnementaux (monoxyde de Carbone)
Causes métaboliques	Hypoglycémie / Hyperglycémie Troubles électrolytiques Hyperthyroïdie
Causes organiques	Douleurs aiguës : rétention aiguë d'urine, fécalome, infarctus du myocarde, colique néphrétique, pancréatite aiguë) Neurologiques (traumatisme crânien, hématome extra ou sous-dural, accident vasculaire cérébral, hémorragie méningée, tumeur cérébrale, épilepsie...) Hypoxie / Hypercapnie Hyperthermie Etat de choc
Retard mental	



02

2ème étape : Identification des patients à risque



Etape primordiale

La non prise en charge rapide du patient

=

Mise en danger patient + professionnels santé

The Characteristics and Prevalence of Agitation in an Urban County Emergency Department




James R. Miner, MD*; Lauren R. Klein, MD; Jon B. Cole, MD; Brian E. Driver, MD; Johanna C. Moore, MD; Jeffrey D. Ho, MD

*Corresponding Author. E-mail: jimminer@hotmail.com, Twitter: [@JimMiner1](https://twitter.com/JimMiner1).



2ème étape : Identification des patients à risque

Patient sans FDR d'agitation
incontrôlable




Désescalade / hypostimulation

PROTOCOLISATION

Patient avec FDR d'agitation
incontrôlable



Essai désescalade sans perte de temps
(pas seul)



Isoler le patient
Prévoir renforts + contention physique



- Objectif: **ANTICIPER** patients avec agitation incontrôlable
- Agitation incontrôlable:
 - Agitation avec violence OU avec éléments prédictifs de passage à l'acte imminent
 - Difficilement accessible au dialogue
 - Violence = plus altérité + difficilement accessible aux interventions



Circonscrire le plus rapidement possible (Espace sécurisé isolé des autres)

BEST PRACTICES IN EVALUATION AND TREATMENT OF AGITATION

Use and Avoidance of Seclusion and Restraint: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup

Daryl K. Knox, MD*
Garland H. Holloman Jr, MD, PhD†

* Mental Health and Mental Retardation Authority of Harris County, Comprehensive Psychiatry Emergency Program, Houston, Texas
† University of Mississippi Medical Center, Department of Psychiatry, Jackson, Mississippi



FACTEURS DE RISQUES AGITATION INCONTRÔLABLE



Addictions

Frequent user



Contraint

Modif Comportement



Intox Aigue

Pathologies





FACTEURS DE RISQUES AGITATION INCONTRÔLABLE

Objet = Arme



Histoire



Stress aigu



Facteurs sociaux





03

Désescalade du patient sans FDR



- Un maître mot: hypostimulation
- Approche multi modale
- Lieu: un endroit calme
- A proximité d'autres membres du personnel
- Protocoliser le lieux sur chaque secteur de soins

Management of the Acutely Violent Patient

Jorge R. Petit, MD^{a,b}



Les 10 points clés de la communication:

- Respect du patient en tant que personne et de son espace (distance une longueur bras)
- Ne pas être provocateur (pas de contact oculaire, ni bras croisés, mains en évidences)
- Contact verbale et oculaire
- Langage clair et précis
- Identifie les besoins du patients et ses émotions
- Ecouter le patient et reformuler
- Approche empathique et compréhensive
- Etablir les limites et donner des consignes claires
- Proposer choix limités, réalistes et se montrer optimistes
- Rester dispo, calme, parler doucement, explications de ce qui va se passer



Contractualisation +++

Hypostimulation: ne pas être trop nombreux. Education des équipes.



04

Si échec: contention physique



- Situation devant relever de l'exception
- 2 pré requis
 - Les techniques de désescalade ont échoué
 - La médication per os a été refusée par le patient

Mais surtout:

PROTOCOLISATION

FORMATION



POINT REGLEMENTAIRE

- Prescription médicale
- MAIS peut être initié par PNM si se sentent en danger +++
- Prescription dans l'heure (importance de l'horodatage)
- Dans le DM:
 - Motifs de son recours
 - Durée d'application
 - Modalités de surveillance du patient
- Chaque établissement: un registre mentionnant, pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le nom du médecin ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le 17 nom des professionnels de santé l'ayant surveillée (article L. 3222-5-1 CSP loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016)
- Ce registre doit notamment être présenté au Contrôleur général des lieux de privation de liberté, à sa demande



POINT REGLEMENTAIRE

- Prescription médicale
- MAIS peut être initié par PNM si se sentent en danger
- Prescription dans l'heure (importance de l'heure de la prescription)
- Dans le DM:
 - Motifs de son recours
 - Durée d'application
 - Modalités de surveillance du patient
- Chaque établissement: un registre mentionnant, pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le nom du médecin ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le 17 nom des professionnels de santé l'ayant surveillée (article L. 3222-5-1 CSP loi n° 2016-41 du 25 janvier 2016)
- Ce registre doit notamment être présenté au Contrôleur général des lieux de privation de liberté sur demande

NOMBREUSES PROCÉDURES JURIDIQUES



En Pratique

- Un minimum de cinq personnes (que PM ou PNM) 1/membre + 1 à la tête
- Maintien du dialogue par le coordonnant (réassurance, information claire et ferme du patient)
- Déshabillage du patient (attention objets potentiellement dangereux)
- Respect du patient (hypostimulation)





Sécurité patients

Pas attaches
douloureuses

Attaches 5 points

Brancard contre mur

Chambre seul



La tête doit être
légèrement surélevée

Attaches limitent les
amplitudes de
mouvements

Attaches adaptés
morphologie



- **Sédation:**
 - Systématique
 - Objectifs :
 - Réalisation d'un examen clinique
 - Réduire l'agitation
 - Limiter anxiété liée aux contentions + diminuer sa durée
 - Forme orale

Surveillance:

- Protocolisation
- Procédure préconisée HAS



- Réévaluation
 - Mesure temporaire +++
 - Lever dès que l'état du patient le permet
 - Contentions partielles ou la levée partielle des contentions (i.e. membres supérieurs seulement, ventrale seule, draps...) doivent être proscrites
- Traçabilité
 - Cf. Point réglementaire



Pour conclure

- Situation à risque aux Urgences
- Formation contentions (plutôt que formation Krav Maga)
- Protocolisation
- Brèche juridique
- Chronophage mais y'a pas le choix
- Contention physique = contention chimique systématique

Violences à l'hôpital : les soignants en self-defense

Publié le mardi 11 octobre 2022 à 07:16

▶ ÉCOUTER (4 min)



Marianne maîtrise son formateur grâce à une clef de bras ©Radio France - Sébastien Sabiron