

# UE 2.6 Processus Psychopathologiques

## Prise en charge de l'agitation

**Dr Emilie WAWER**

# PEC EN EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

- PEC **rapide et efficace**
- Si le patient arrive déjà maintenu → ne pas lever les contentions sans évaluation médicale préalable!
- Alerter collègues pour être rapidement en nombre
- Diriger le patient vers une **salle de soins appropriée et sécurisée** pour lui-même et les soignants
- Eviter les interventions qui augmenteraient l'agitation, exclure les personnes susceptibles d'amplifier l'agitation du patient (« pas de spectacle sans spectateurs », famille...)
- Mais prendre les coordonnées des accompagnants!

# PRISE EN CHARGE DE L'AGITATION

1. L'approche relationnelle
2. Le traitement médicamenteux
3. L'isolement et la contention physique

# 1. L'APPROCHE RELATIONNELLE

- **A privilégier tant que possible**
- Attitude :
  - Se tenir à une distance assurant sa sécurité
  - Initier un contact verbal, sans jargon
  - Se présenter nominalement dans son rôle et sa fonction
  - Attitude calme et ferme
  - Instaurer un climat de confiance / empathie
  - Déterminer les raisons pour lesquelles le patient a perdu la maîtrise de son comportement

# 1. L'APPROCHE RELATIONNELLE

- Changer d'interlocuteur si le dialogue n'est pas établi
- Eloigner le soignant qui se fait agresser verbalement
- Eviter : escalade / banalisation / dramatisation
- Négociations sans manipulation
- Trouver un leader qui est le seul à tenter d'interagir avec le patient
- Ne pas faire obstacle physiquement aux possibilités naturelles de s'en aller ou de mettre fin à l'entretien
- **Percevoir les limites de cette simple approche relationnelle en décidant d'une contention**

## Contrôle de soi

- Agir calmement, avec confiance. Ne pas montrer de signes de peur
- Garder les bras baissés, non croisés, les mains ouvertes
- Détendre le visage, ne pas froncer les sourcils
- S'exprimer sans hésitation, sans élever la voix
- Respirer profondément et analyser la situation
- Avoir des mouvements lents et fluides
- Ne pas « coincer » le patient, éviter les menaces et fausses promesses
- Ne pas juger, critiquer, montrer des signes de frustration ou colère
- Ne pas chercher à se justifier
- Ne pas montrer de réaction face à des insultes à votre rencontre
- Préparer à l'avance des réponses aux insultes les plus courantes
- Laisser le patient avoir le dernier mot, pourvu qu'il accepte les consignes/règlement

# DÉSESCALADE VERBALE

## Délimitation

- Se mettre à l'écart des autres, se déplacer vers un endroit tranquille
- Prévenir les collègues
- Laisser un espace de sortie sécurisé pour les soignants et le patient
- Maintenir une distance de sécurité par rapport au patient

## Clarification

- Demander ce qu'il se passe, utiliser des questions ouvertes
- Clarifier d'éventuels quiproquo
- Utiliser des mots simples et des phrases courtes
- Utiliser le nom du patient
- Fournir des repères au patient (temps et espace)
- Parler clairement, rappeler sa fonction et son rôle, proposer son aide
- Reformuler ce que le patient a dit et vérifier que c'est bien ce qu'il souhaite dire, ne pas se précipiter pour parler

# DÉSESCALADE VERBALE

## Respect et empathie

- Manifester de l'intérêt, en ayant une expression congruente avec les paroles
- Etre bienveillant
- Prendre le temps d'écouter le patient, ne pas se presser
- Ne pas crier, garder un contact visuel qui ne soit pas un regard de défi ou de confrontation
- Tenter de comprendre le point de vue du patient
- Ne pas dire au patient ce qu'il devrait ou ne devrait pas ressentir
- Ne pas rabaisser, banaliser, disqualifier ses expressions
- Ne pas tourner le patient en ridicule ou l'infantiliser
- Ne pas donner des avis « si j'étais vous »
- Ne pas sourire trop largement (pouvant être vécu comme condescendant)
- Répondre à toutes les demandes d'information quelques soit la manière dont elles sont formulées
- Manifester de l'empathie envers les sentiments du patient mais pas envers son comportement



# DÉSESCALADE VERBALE

## Résolution

- Ne pas commander, ne pas adopter un ton autoritaire
- Donner des explications, admettre la possibilité d'avoir commis des erreurs
- Donner au patient la possibilité de se maîtriser (temps tabac, cri...)
- Rappeler les stratégies convenues à l'avance
- Prendre en compte les doléances, offrir des options et des choix au patient
- Eviter les rapports de pouvoir, être souple

## A EVITER

- Laisser le patient seul
- Périodes de silence / de latence, Rire
- Ne pas respecter le territoire du patient
- Escalader sur le plan verbal
- Tout contact intrusif
- Se montrer trop familier
- Attaquer directement les idées délirantes
- Poser des questions complexes

## 2. LE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

- **Choix de la molécule (sur prescription médicale)**
    - Non invasive et facile à administrer rapidement
    - Agir sur les symptômes sous-jacents psychotiques et/ou maniaques du patient
    - Calmer de manière efficace **sans sédation excessive**
    - Titrable, Demi-vie d'élimination courte, Effets secondaires réduits, antagonisable
  - **Benzodiazépines** type Lorazépam
  - **Neuroleptiques atypiques** type Loxapine
  - **Association benzodiazépine-antipsychotique**
- En pratique utiliser un nombre restreint de molécules que l'on maîtrise en évitant des associations complexes
- Toujours privilégier la voie d'administration **orale** (buvable, sublinguale) si patient coopérant, sinon par voie parentérale (intramusculaire)



### 3. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

- Mesures de protection limitées dans le temps pour prévenir une violence imminente sous-tendue par des troubles mentaux
  - Violence imminente du patient envers lui-même ou autrui
  - Risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins somatiques ou psychiatriques
- S'inscrivent dans le cadre d'une démarche thérapeutique
- En dernier recours après échec des mesures alternatives de prise en charge.
- **Prescription médicale** : Ecrite, Horodatée, Identification du prescripteur
- Dans un **espace dédié** avec des **équipements spécifiques**
- Alternative à l'isolement : les espaces d'apaisement
- **Surveillance** régulière et intensive
- **Expliquer au patient et au personnel la mesure, le déroulement de la PEC**

## 3. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

- **Contre-indications**
  - **non somatiques :**
    - Punition
    - Réduire l'anxiété de l'équipe ou pour son confort ou par manque de personnel
  - **somatiques :**
    - Toutes affections organiques non stabilisées (diagnostic, pronostic, incertains ou graves pouvant nécessiter des soins et une surveillance intense)
- **Dans l'attente d'une sédation médicamenteuse efficace (= toujours associée)**
- Justifié uniquement après l'échec des autres approches
- Mesure d'exception et **temporaire**
- Ne constituent pas en elles seules une mesure thérapeutique

# 3. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

- L'isolement

- *Définition : Placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients*
- Également pour limiter les stimulations
- Limité à 12 heures mais renouvelable

- La contention

- *Définition : Restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit ou sur un brancard*
- Attention: ne s'envisage qu'en cas de supériorité physique!!!!
  - **5 soignants minimum**, le mieux 9 soignants
  - Si besoin service de sécurité interne, voire forces de l'Ordre (patient armé)
- Penser à l'anticoagulation par la suite (sur prescription médicale)
- **Potentiellement dangereux pour le soigné et le soignant!!!**
- Limité à 6h mais renouvelable



# SURVEILLANCE D'UN PATIENT CONTENU/ISOLÉ

- **Patient contenu = patient à risque et dépendant! Vulnérabilité**
- **Fiche de surveillance :**
  - Traçabilité+++ ([lien HAS](#))
  - Déroulement de la contention (difficultés de pose, état cutané avant contention, évolution clinique)
  - Horaires début et levée contention/isolement
- Soins de base :
  - Hygiène et confort
- Surveillance clinique régulière :
  - Paramètres vitaux, diurèse
  - Comportement, Vigilance
- Maintenir une relation verbale avec le patient
  - Repères temporo-spatiaux

# A RETENIR

- Tableau clinique fréquent
- Favoriser bonnes relations avec le patient (valeur thérapeutique)
- Toujours commencer par l'approche relationnelle,
- Retenir que la contention ne s'indique qu'en cas d'échec des approches relationnelles et médicamenteuses
- Intervention prudente : ne pas s'exposer inutilement

# Université Claude Bernard Lyon 1



Réalisation technique : Service ICAP - Université Claude Bernard Lyon 1  
Soutien financier : Région Auvergne Rhône-Alpes dans le cadre de l'UNR-RA