

Accueil du patient psychotique aux urgences

A. MATHUR

1. Introduction

Ces dernières années ont vu un accroissement majeur de la population psychiatrique aux Urgences Générales. Les raisons avancées sont multiples, parmi elles, la réduction des lits d'hospitalisations en Psychiatrie, avec des temps de séjours qui se raccourcissent. Le nombre de patients psychotiques qui passent aux urgences est aussi en augmentation. Réduction de lits, inadéquations dans l'organisation des soins ambulatoires, augmentation de la prise de toxiques dans la population générale et dans cette population en particulier, associé à la difficulté pour ces patients (comme pour d'autres d'ailleurs) de prendre un traitement sur le long cours de manière régulière sont quelques explications. L'accueil aux urgences du patient psychotique pose le problème du diagnostic : pour un premier épisode, le diagnostic de psychose « fonctionnelle » se fait par élimination d'une cause organique ou toxique, mais même chez les patients connus pour un trouble psychotique, la possibilité d'une comorbidité somatique ou de la prise de toxiques concomitante doivent être considérées. L'autre problème que peut poser le patient psychotique est le risque d'agitation, avec en corollaire celui de se blesser ou de blesser d'autres patients ou membres du personnel.

Nous n'aborderons pas ici le cas particulier du premier épisode psychotique, qui nécessite une prise en charge spécifique.

Correspondance : A. Mathur, Service Universitaire d'Urgences Psychiatriques, Hôpital Purpan, Place du D^r Baylac, TSA 40031, 31059 Toulouse cedex 9. Tél. : 05 61 77 73 15. E-mail : mathur.a@chu-toulouse.fr

2. Procédure d'accueil

2.1. Avant l'arrivée

L'équipe soignante peut obtenir des indications utiles de la part du SAMU ou de la police si ceux-ci amènent le patient et téléphonent avant pour prévenir. Non seulement, l'équipe aux Urgences pourra s'organiser pour accueillir le patient dès son arrivée, mais les informations portant sur un éventuel état d'agitation, sur l'initiation d'une mesure d'hospitalisation sous contrainte ou non, l'administration de traitements préalables au domicile, la présence ou non d'un entourage seront utiles pour l'évaluation par la suite.

En cas de patient annoncé comme agité, l'équipe s'assurera d'être en nombre suffisant avec idéalement un accueil dans des locaux dédiés. Les locaux les mieux adaptés sont un peu à l'écart du reste des patients et assez grands afin d'assurer que le patient ne se sente pas angoissé par le manque d'espace, et que le personnel soignant puisse avoir un espace de sécurité.

2.2. À l'arrivée

2.2.1. *Tri initial*

Un tri initial dans des délais rapides a 2 objectifs principaux :

- déterminer le degré d'urgence de la prise en charge en fonction de l'état clinique du patient en raison notamment du potentiel d'agitation ;
- déterminer si une évaluation médicale approfondie est indiquée (1).

Les symptômes psychotiques aigus que sont les idées délirantes et les hallucinations sont très angoissants pour les patients et favorisent l'émergence d'un épisode d'agitation. Quand elles sont associées à un niveau de fonctionnement bas et des antécédents de violence, la psychose serait l'affection la plus fréquemment associée à des épisodes de violence dans des urgences psychiatriques (2). Les signes précurseurs doivent être identifiés. L'utilisation systématique d'échelles d'agitation peut se révéler utile à cet égard.

Globalement, un patient qui arrive avec les forces de police ou le Samu doit être vu immédiatement. Toutes les informations qui n'ont pas encore été obtenues avant l'arrivée de leur part concernant en particulier les conditions au domicile, le motif d'hospitalisation, le comportement du patient au moment de leur arrivée et du transfert sont importantes. Rien n'est plus désagréable pour le soignant, que de retrouver un patient laissé seul par les ambulanciers ou les policiers, sans explications.

L'observation du comportement du patient : l'expression de son visage (anxieuse, en colère), ses propos (agressifs), le ton de sa voix (normal, cris), ses mouvements (brusques, répétitifs, menaçants) idéalement en utilisant une échelle pour l'agitation doit guider l'infirmier d'accueil dans sa détermination du degré d'urgence. Il faut souligner le fait que le lieu même des Urgences, en

raison du bruit du va-et-vient n'est pas un environnement apaisant pour une personne angoissée.

Une brève évaluation de l'état physique du patient : haleine alcoolisée, dilatation des pupilles, transpirations excessives et élimination d'un état confusionnel peut aider à déterminer qu'une évaluation médicale plus approfondie sera nécessaire. Les recommandations de la HAS pour tout patient arrivant avec un certificat d'HDT sont, dès que possible, faire un examen physique, qui comporte au minimum la mesure des paramètres suivants : la vigilance, la pression artérielle, le pouls, la température, la fréquence respiratoire, la glycémie capillaire et en cas d'agitation, la mesure de la SpO₂ et l'oxymétrie dans le sang (3). Ces mesures simples peuvent être effectuées à l'accueil des urgences, à moins que le patient présente un état de tension interne ou d'agitation important. Elles seront alors effectuées une fois que le patient sera plus calme.

2.2.2. Évaluation médicale

Un nombre important d'affections non psychiatriques peut se présenter avec des symptômes psychotiques. Une étude cite le chiffre de 20 % des présentations psychotiques aux Urgences Générales secondaires à des affections médicales ou toxiques (4). Nous traitons ici de la situation du patient pour qui le diagnostic de psychose est connu. Il n'existe pas de consensus sur les examens complémentaires à faire dans cette situation. Le clinicien doit évaluer au cas par cas, se laissant guider par son impression clinique générale, les propos du patient (plaintes), les propos de son entourage, et toutes les informations qu'il pourra obtenir à partir d'archives et du médecin-traitant (5). Une récente étude suggère que pour les patients se présentant aux urgences avec une symptomatologie psychiatrique, les antécédents documentés de trouble psychiatrique, une absence de plainte pour des troubles physiques, un examen physique sans particularités, les résultats d'examens de laboratoire sont très rarement significatifs. Faire des examens paracliniques de « dépistage » à tous les patients ne serait probablement pas utile (6). Cependant, il faut rappeler que la population de patients psychotiques est une population présentant une forte prévalence de tabagisme, prise de toxiques, diabètes et autres troubles cardio-vasculaires liés à une mauvaise hygiène de vie et aux effets secondaires des traitements psychotropes (anti-psychotiques en particulier). Plusieurs études ont démontré que les problèmes médicaux des patients consultant aux urgences pour des motifs psychiatriques étaient insuffisamment diagnostiqués au niveau de leur comorbidités somatiques (7). Pour certains patients, le passage aux urgences peut être leur seul contact avec des soins, qu'ils soient physiques ou psychiatriques.

Les recommandations retenues dans la Conférences de Consensus sur l'Agitation (8) sont que pour 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. Ils peuvent dès lors être pris en charge par l'équipe psychiatrique seule.

Tableau 1 – Posologies initiales de traitement antipsychotiques

Antipsychotique	Pososologie
Risperidone	1-4 mg
Olanzapine	5-20 mg
Aripiprazole	7,5-30 mg
Amisulpride	200-800

antipsychotiques de deuxième génération, mais a un profil pharmacologique qui l'apparente à ce groupe. Il a démontré sa place dans le traitement de la psychose aiguë (13) (Tableau 1). La clozapine (Leponex®) est un cas à part en raison des effets secondaires potentiellement mortels, et n'a pas sa place en première ligne de traitements aux Urgences, sauf en cas de continuation d'un traitement déjà en place. Quant aux neuroleptiques classiques (halopéridol, par exemple), leur usage devrait être réservé aux patients pour qui il y a une histoire claire de bonne tolérance et efficacité.

Les patients consultant aux urgences présentant souvent un degré d'anxiété et d'inconfort important, il est souvent judicieux d'ajouter aux premières prescriptions, une benzodiazépine. Par ailleurs, une attention doit être prêtée à la possibilité de la survenue d'effets secondaires extrapyramidaux, plus fréquents avec les neuroleptiques classiques et la risperidone. Ces effets secondaires doivent être activement recherchés, et traités rapidement par un correcteur anticholinergique. En cas d'akathisie (impossibilité de rester en place), un effet secondaire qui peut être confondu avec un début d'agitation, la prescription d'une benzodiazépine sera préférable.

De manière générale, même en début de traitement, la forme orale sera préférée par rapport à la forme intramusculaire, car plus propice au développement d'une alliance thérapeutique (1). Les formes orales les plus adaptées à la situation des Urgences sont les formes liquides et les formes orodispersibles. Prendre en compte les souhaits du patient, quant au choix du traitement, serait un facteur susceptible de favoriser une adhésion au traitement dans le temps. Dans la mesure du possible, l'informer sur les différentes options, les effets secondaires possibles et prendre en compte ses expériences antérieures (en particulier en cas d'intolérance) sont aussi recommandées (11, 14).

En raison de son court délai d'action, la forme intramusculaire a un intérêt évident en cas d'urgence vitale et de refus de traitement *per os*, comme c'est le cas dans l'agitation extrême. Jusqu'au développement des formes intramusculaires des antipsychotiques de deuxième génération, les traitements intramusculaires étaient majoritairement des neuroleptiques classiques (type halopéridol : Haldol®, loxapine : Leponex® ou cyamémazine : Tercian®) ou des benzodiazépines ou une combinaison des 2. En France, les benzodiazépines injectables les plus utilisés sont

le diazépam (Valium®) et le clonazépam (Rivotril®). Le diazépam intramusculaire a le désavantage d'être réabsorbé irrégulièrement. Ces traitements sont efficaces mais pèchent par leur haut potentiel de provoquer des effets secondaires extrapyramidaux, de type dystonie aiguë et pour les 2 une sédation importante du patient, responsable d'une coupure de contact avec lui. Ces 2 types d'effets secondaires sont généralement mal vécus par les patients. La sédation excessive retarde de plus l'évaluation du patient qui dort le plus souvent pendant plusieurs heures, alors que l'objectif principal du traitement de l'agitation est la restauration d'une relation normale.

Les antipsychotiques atypiques injectables, récemment commercialisés, sont réservés aux patients dont le diagnostic de psychose est établi, et pour lesquels il n'y a pas de prise concomitante d'alcool. En pratique, ceci limite leur prescription à l'accueil des urgences, car il y a souvent un degré d'incertitude sur ces 2 paramètres. Cependant, ils sont mieux tolérés que les neuroleptiques classiques et sont plus proches de l'objectif « calmer plus que sédater ». En France, la forme injectable de l'olanzapine (10 mg) et de l'aripiprazole (9,75 mg) sont commercialisées, et ont montré leur intérêt. Une limitation liée à l'utilisation de l'olanzapine intramusculaire est le fait qu'une injection de benzodiazépine ne peut être faite en même temps, et à moins d'une heure après. Ceci limite son utilisation à l'agitation dans des formes plus modérées.

En général, pour tout traitement intramusculaire dans l'agitation, il est recommandé de répéter une injection du même produit après 30 minutes en cas de manque d'efficacité, plutôt que de donner de très fortes doses en une fois (15). Par ailleurs, une enquête faite aux États-Unis auprès des patients a indiqué qu'ils préféreraient les benzodiazépines comme traitement (16). Enfin, certaines équipes utilisent également le midazolam (Hyponvel®) qui a l'avantage de pouvoir être administré par voie nasale en cas d'agitation.

Il faut rappeler que chez les patients déments, la prescription d'un antipsychotique de deuxième génération doit être faite avec beaucoup de prudence (augmentation de la fréquence d'accidents vasculaires cérébraux). À noter que les patients présentant un premier épisode psychotique sont extrêmement sensibles aux antipsychotiques, raison pour lesquelles les posologies recommandées sont plus faibles.

3. La contention physique

L'utilisation de la contention physique est de plus en plus réservée en dernier recours. En effet, de nombreux rapports d'effets secondaires parfois graves de la contention, associés à une reconnaissance de son effet délétère à long terme sur l'alliance thérapeutique, ont mené à la recherche et le développement d'alternatives.

Les recommandations pour limiter son utilisation au niveau d'un service préconisent une meilleure formation du personnel, notamment en termes de connais-

sance des facteurs de risque pour l'agitation et la violence, et une meilleure reconnaissance des signes avant-coureurs.

Le facteur de risque le plus important par la contention est d'avoir des antécédents de comportements violents (17). D'autres sont le sexe masculin, l'abus de toxiques, une attitude hostile pendant le premier entretien, des propos délirants, des hallucinations, une mauvaise adhésion aux traitements, une dépression, des idées suicidaires et un QI bas (18). Cependant, dans le cadre des Urgences psychiatriques, il faut noter que les épisodes de violence sont aussi fréquents chez les femmes que chez les hommes. La plupart des soignants utilisent leur jugement clinique pour évaluer le niveau d'agitation que présente le patient. Il est cependant recommandé d'avoir une évaluation précise et documentée du potentiel d'agitation que présente un patient en utilisant une des nombreuses échelles qui existent. Cette évaluation devrait faire partie d'un protocole de prise en charge : l'estimation du niveau de risque aboutissant à des mesures d'observation, de traitement pharmacologique et d'autres mesures (18).

Une étude française effectuée dans un service spécialisée en Urgences Psychiatriques montrait une fréquence de 1,4 % de contentions physiques sur une période de 6 mois (19). Une enquête américaine faite en 1999, sur 52 services d'Urgences (générales et psychiatriques) indiquait que 8,5 % des patients passaient par une phase de contention (20). La fréquence des épisodes d'agitation dans les services d'urgences en France était de 1,22 % selon une enquête publiée en 2003. Cette dernière mettait aussi en évidence que la grande majorité des Urgences Générales manquaient de locaux adaptés et de personnel formé à la gestion de l'agitation (21).

La prévention passe aussi par des aménagements de l'environnement avec la mise à disposition si possible d'une pièce un peu à l'écart, suffisamment grande pour éviter une proximité physique trop importante avec le patient, et lui assurant une diminution des bruits et des stimuli extérieurs. Cette pièce pourra aussi être proposée comme lieu où le patient pourra essayer de se calmer seul, comme une période courte de « coupure », limitée dans le temps, sans que les soignants soient éloignés (23). S'assurer du confort physique du patient, réduire les temps d'attente, adopter une attitude digne et respectueuse sont importants, tout comme enlever tout objet potentiellement dangereux de l'environnement, afin de réduire les risques de blessure. Certains règlements, comme la mise en pyjama systématique, doivent parfois être discuté : en effet pour des patients aux antécédents d'abus sexuels cela peut être angoissant au point de favoriser une agitation.

La sécurité du patient et des soignants étant la priorité, un soignant ne doit pas s'exposer en intervenant seul.

De nombreux programmes avec des formations *ad hoc*, ont été développés en particulier aux États-Unis où des nouvelles réglementations ont obligé les institutions à prêter une attention importante au problème et baisser leurs taux de contention. Ces programmes utilisent les terme « deescalation », c'est-à-dire

pour lui-même ou pour les autres. En pratique, une étude faite aux États-Unis où la réglementation de la contention physique est nettement plus restrictive qu'en France, montre que la progression de ces mesures alternatives est associée avec une diminution modeste de l'incidence de contention physique dans les services d'urgence (24). Réduire la pratique de la contention dans un service passe par plusieurs niveaux allant du niveau national (lois, recommandations sociétés savantes) au niveau individuel en passant par les niveaux de l'institution et de l'organisation du service.

Si la contention physique doit avoir lieu, son indication doit être régulièrement réévaluée. Une fiche *ad hoc* doit être ouverte avec le nom du prescripteur, la prescription de la surveillance, le traitement qui a été administré. Cette fiche doit être signée au moment de la levée de la contention, avec la date et l'heure de la fin.

La procédure même de contention nécessite une équipe bien coordonnée d'au moins cinq personnes : une pour chaque membre et un pour la tête. Des sangles non blessantes, de taille adaptée doivent être utilisées. Chaque membre étant maintenu par une attache, la ceinture ventrale doit être 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 (8). Le contact verbal doit être maintenu avec le patient, qui doit être traité avec respect.

Par ailleurs, tout patient, sauf quelques rares exceptions, contenu physiquement doit recevoir un traitement pharmacologique, afin de réduire le désagrément et l'inconfort de la situation et de diminuer le temps de la contention.

Les recommandations des experts et des sociétés savantes (1,22) sont que le médecin prescripteur de la contention effectue un « debriefing » auprès de l'équipe soignante qui a effectué la contention et un « debriefing » du patient. Au niveau de l'équipe, c'est l'occasion d'identifier ce qui a pu être difficile dans l'intervention, ce qui pourrait être amélioré. Rediscuter de l'épisode avec le patient a, comme bénéfices attendus, de restaurer une relation thérapeutique, diminuer la nature traumatique d'une intervention qui est souvent vécue comme telle, et diminuer le risque de nouveaux épisodes du même type. L'entretien se centre sur : quelles alternatives trouver à l'avenir ? comment le patient pourrait-il se faire comprendre ? quelle est l'utilité des traitements ? et quels traitements ont sa préférence ?

4. Les éléments importants pour la sortie des Urgences

En principe, les patients dont les symptômes psychotiques, délires et hallucinations, ont diminués ou ne leurs causent plus une détresse importante, et qui ne présentent plus un danger pour eux-mêmes ou pour autrui, peuvent quitter les

urgences. Une disparition complète de la symptomatologie n'est pas nécessaire ni réaliste dans de nombreux cas. Les lits-portes ou lits d'UHCD aux urgences, permettant de garder un patient pendant 24-48 heures, sont très utiles dans cette situation. Cette période de reprise du traitement et d'observation peut éviter dans certains cas des hospitalisations. L'évaluation du risque suicidaire fera partie des éléments décisifs pour une sortie, la fréquence du suicide chez les patients psychotiques étant plus élevée chez les hommes jeunes, chez les patients dont le diagnostic était posé depuis moins de dix ans, en présence de symptômes hallucinatoires et délirants (25).

Le psychiatre doit s'assurer de programmer un rendez-vous rapide avec son soignant habituel, ou prendre un premier rendez-vous dans les meilleurs délais. En pratique, il s'agit souvent du Centre Médico-Psychologique (CMP) de son secteur. Les patients qui sortent d'un contexte d'hospitalisation psychiatrique avec un bon plan de traitement à la sortie ont moins de chances d'être réhospitalisés. On peut supposer que ceci soit vrai aussi après la sortie des urgences (26). Si le patient vit avec un entourage, généralement il faudra au moins un contact téléphonique pour le prévenir de son retour et éviter un mauvais accueil dans la mesure du possible. Au mieux, la famille ou l'entourage est vu en entretien aux Urgences et dans la mesure du possible, associée à la prise de décision. La famille est un facteur important dans la prise en charge. Le passage aux urgences est non seulement l'occasion d'évaluer leurs capacités à aider le patient dans sa vie quotidienne, mais avec l'accord du patient, peut servir à expliquer l'utilité du traitement et de la prise en charge au long cours. La famille peut aussi être en difficulté et ressentir un soutien en exprimant ce qui lui est difficile dans la cohabitation.

La question que se pose souvent le psychiatre aux Urgences est celle de la prescription médicamenteuse. Faut-il faire une ordonnance ou non ? Les opinions sont partagées entre ne pas prescrire, car cela peut motiver le patient pour se rendre à son prochain rendez vous, et prescrire pour augmenter les chances que le patient prenne le traitement et maintenir une bonne alliance thérapeutique. Toute la gestion du traitement médicamenteux est l'occasion d'informer le patient, ou le réinformer sur l'utilité et l'indication des traitements. Les effets secondaires font partie de cette discussion. Le psychiatre ne prescrira pas sans avoir évalué le risque d'une intoxication volontaire, faisant partie de l'évaluation du risque suicidaire.

5. Conclusion

L'accueil du patient psychotique aux Urgences se fait souvent des conditions de tension interne, d'inconfort et d'angoisses majeures. Le cadre des Urgences, le bruit et le monde, qui le caractérise n'est pas toujours sécurisant. Un accueil rapide et si possible, avec un tri initial évaluant le degré d'urgence est recommandé, ainsi que l'introduction rapide d'un traitement spécifique. Les

questions d'alliance thérapeutique et de prise en charge à long terme doivent toujours être à l'esprit de l'équipe accueillante, même dans des situations extrêmes comme la grande agitation.

Références

1. Allen MH, Currier GW, Hughes DH et al. Expert Consensus Panel for Behavioural Emergencies 2001. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioural emergencies. Postgrad Med (Spec no): 1-88.
2. Oster A, Bernbaum S, et Patten S. Determinants of violence in the psychiatric emergency service. CMAJ 2001 ; 164 : 32-33.
3. Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Avril 2005.
4. Richards CF, Gurr DE. Psychosis. Emergency Med Clin North America 2000 ; 18(2) : 253-62.
5. Reichel UA, Shih AD. Evaluation and Management of Psychotic Patients in the Emergency Department. Hospital Physician October 1999 ; 26-38.
6. Amin M, Wang J. Routine Laboratory Testing to Evaluate for Medical Illness in Psychiatric Patients in the Emergency Department Is Largely Unrevealing. West J Emerg Med 2009 May ; 10(2) : 97-100.
7. Gregory RJ, Nihalani ND, Rodriguez E. Medical screening in the emergency department for psychiatric admissions: a procedural analysis. Gen Hosp Psychiatry. Sep-Oct 2004 ; 26(5) : 405-10.
8. Société francophone de médecine d'urgence : L'agitation en urgence (petit enfant excepté). Recommandations du jury. Texte long. Conférence de consensus, JEUR 2003 ; 16 : 137-58.
9. Agid O, Kapur S, Arenovich T et al. Delayed onset hypothesis of antipsychotic action: a hypothesis tested and rejected. Archives of General Psychiatry; 2003 ; 60 : 1228-35.
10. Kapur S, Arenovich T, Agid O, et al. Evidence for onset of antipsychotic effects within the first 24 hours of treatment. American Journal of Psychiatry. 2005 ; 162(5) : 939-946.
11. National Collaboration Centre for Mental Health. National Institute for Clinical Excellence guidelines: Schizophrenia. The Royal College of Psychiatrists and the British Psychological Society. London 2003.
12. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the patient with schizophrenia. 2nd edition. Washington. American Psychiatric Association; February 2004.
13. Nuss P, Hummer M, Tessier C. The use of amisulpride in the treatment of acute psychosis. Therapeutics and Clinical Risk Management 2007 ; 3(1) : 3-11.
14. Hamann J, Cohen R, Leucht S, Busch R, Kissling W. Do Patients With Schizophrenia Wish to Be Involved in Decisions About Their Medical Treatment? Am J Psychiatry 2005 ; 162 : 2382-84.
15. Allen MH, Currier GW, Carpenter D et al. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. J Psychiatric Practice 2005 ; 11(supp1) : 5-108.

