

Sédation ou contention physique : que choisir ?

T. Desmettre^{1,*}, S. Kepka¹, E. Curty¹, A.F. Baron¹, G. Piton², G. Capellier²

*Service d'Accueil des Urgences/SAMU 25, Pôle Urgences/SAMU/Réanimation médicale
CHRU de Besançon, 25030 Besançon cedex*

*Auteur correspondant : tdesmettre@chu-besancon.fr

POINTS ESSENTIELS

- Les états d'agitation représentent 1% des motifs d'admission des services d'urgence.
- Les étiologies des états d'agitation sont représentées par les causes organiques, toxiques et psychiatriques.
- La prise en charge de ces patients est une urgence, compte tenu de la dangerosité du patient pour lui-même et pour autrui, du risque de fugue et de désorganisation.
- L'évaluation clinique initiale a pour objectif de déterminer le degré d'urgence, la conduite à tenir immédiate, la mesure de la glycémie capillaire et de la SpO₂.
- La prise en charge relationnelle doit être mise en œuvre avec calme et fermeté.
- La contention physique est nécessaire en cas d'échec de l'approche relationnelle, ou d'emblée en cas de manifestations de violence avec mise en danger.
- Une sédation est associée à la contention physique, elle associe neuroleptiques et benzodiazépines.
- Une surveillance de la prévention des complications de la contention, et de la sédation est indispensable.
- La contention et la sédation nécessitent une prescription médicale, tout comme la surveillance.

Introduction

Les états d'agitation représentent une préoccupation quotidienne des services d'urgence, leur incidence est estimée à 1% des motifs d'admission (1). Il s'agit d'une urgence, par la nécessité d'une prise en compte immédiate de la situation, et compte tenu des implications et risques à la fois pour le patient et pour l'équipe soignante. La contention et la sédation représentent les deux modalités de prise en charge en urgence, leur mise en place nécessite

une prescription écrite. En parallèle de ces mesures thérapeutiques, la démarche diagnostique a pour but d'identifier rapidement une cause curable. La conférence de consensus de 2002 représente le texte de référence de la SFMU sur ce sujet (2).

Quelles situations et avec quels enjeux ?

L'agitation est définie par une perturbation du comportement moteur, psychique et relationnel. Les aspects moteurs s'expriment sous la forme d'une turbulence, d'une fureur ; les aspects psychiques par une excitation idéique, une logorrhée, une désinhibition verbale, des insultes ; enfin les aspects relationnels comportent une agressivité vis-à-vis d'objets ou de personnes (3). Les services d'urgence peuvent être confrontés à plusieurs formes d'agitation chez l'adulte : l'agitation incontrôlable avec violence, l'agitation avec signes de passage à l'acte violent imminent (**tableau I**). A l'inverse, l'agitation contrôlable permet un entretien, de réaliser un examen somatique, et se caractérise par une acceptation des soins, par une amélioration progressive de la collaboration soigné/soignant.

Tableau I. Éléments prédictifs d'un passage à l'acte violent (d'après conf consensus 2002)

-
- Antécédents de comportements violents
 - Ports 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 défense
 - Changements brutaux inexplicables d'activité
 - Menaces, insultes
 - Voix modifiée (timbre, rythme)
 - Tension musculaire
-

Les étiologies des états d'agitation sont représentées par les causes organiques, toxiques, et les causes psychiatriques (**tableau II**). La répartition de ces causes est différente selon le milieu, psychiatrique ou aux urgences. Ainsi aux urgences, l'alcoolisme rend compte de 59% des situations. Les causes organiques, principalement neurologiques et métaboliques, doivent être connues et recherchées par la mesure des paramètres vitaux, un examen clinique minutieux et complet et la réalisation d'examen complémentaires orientés.

Tableau II. Causes organiques fréquentes en cas d'état d'agitation (d'après conf consensus 2002)

-
- Hypoglycémie
 - Douleur
 - Hyperthermie
 - Globe vésical, fécalome
 - Hypoxie, hypercapnie
 - États de chocs
 - Troubles hydroélectrolytiques
 - Épilepsie
 - Hémorragie méningée
 - Méningite, méningo-encéphalite
 - Accidents vasculaires cérébraux
 - Tumeurs cérébrales
 - Traumatologie méconnue
-

Les causes toxiques sont représentées en premier lieu par les intoxications éthyliques aiguës. Elles concernent majoritairement des hommes jeunes, avec agitation importante et auto ou hétéro-agressivité, elles vont nécessiter l'intervention des forces de police, voire d'équipes Smur. Les syndromes de sevrage éthylique avec délirium représentent une autre forme d'agitation liée au manque d'alcool. Les stupéfiants (amphétamines/ecstasy, cannabis, opiacés, cocaïne ...) sont également souvent en cause et doivent être systématiquement recherchés, leur sevrage pouvant également souvent se présenter sous la forme état d'agitation. Enfin les causes médicamenteuses (intoxication par antidépresseurs tricycliques et sérotoninergiques ; effets secondaires des corticoïdes) peuvent être responsables d'effets paradoxaux ou encore de syndromes de sevrage pour les benzodiazépines ou les morphiniques.

Enfin les causes psychiatriques sont dominées par l'accès maniaque, la bouffée délirante aiguë, la schizophrénie, les délires chroniques paranoïaques, les personnalités antisociales et les états limites, l'attaque de panique, l'agitation hystérique.

La prise en charge de ces patients est une urgence, compte tenu de la dangerosité du patient pour lui-même et pour autrui, du risque de fugue et de désorganisation immédiate de l'activité médicale et paramédicale du fait des ressources nécessaires. Le retour au calme est en effet essentiel, pour le patient et pour l'équipe soignante. Ainsi, les enjeux aux urgences sont multiples face à la survenue d'un état d'agitation :

- reconnaître la situation et prendre la décision des mesures à mettre en œuvre en urgence
- rechercher systématiquement une cause organique
- agir dans le respect des droits de l'homme et du patient hospitalisé
- appliquer ces mesures dans un cadre protocolaire, avec une prescription médicale

Prise en charge en pratique (figure 1)

Une évaluation clinique initiale représente la première étape. Elle a pour objectif de déterminer le degré d'urgence et la conduite à tenir immédiate. La mesure de la glycémie capillaire est indispensable afin de ne pas passer à côté d'une hypoglycémie, tout comme la mesure de la SpO₂.

La prise en charge relationnelle a pour objectif d'obtenir un retour au calme qui est indispensable, afin de permettre un examen du patient. Elle doit être mise en œuvre avec calme et fermeté. Cet entretien médical doit avoir lieu dans un environnement séparé du contact avec les proches et les autres patients, dans un climat d'apaisement. La mesure de la pression artérielle et du pouls ont pour objectif de médicaliser la relation avec le patient, tout en restant vigilant à garder une distance avec le patient du fait de sa dangerosité pour lui-même et pour autrui.

La contention physique est rendue nécessaire en cas d'échec de l'approche relationnelle, il peut être nécessaire de la mettre en œuvre d'emblée en cas de manifestations de violence avec mise en danger du patient et de l'équipe soignante. Sa mise en place impose de maintenir le dialogue avec le patient, de le rassurer et de dédramatiser la situation (4). Un lit ou brancard équipé d'une ceinture ventrale et d'attaches pour chacun des membres doit être prêt en permanence, dans une salle dédiée, vide de tout matériel dangereux. La mise en place de la contention nécessite un personnel suffisant, cinq personnes au minimum. Une personne coordonne l'action, une personne prend en charge la tête, et quatre autres personnes prennent en charge les membres. La contention physique fait l'objet d'une prescription médicale, qui indiquera également la surveillance à mettre en œuvre. La levée de la contention nécessitera elle aussi une prescription médicale.

Une sédation est associée à la contention physique, elle associe neuroleptiques et benzodiazépines. Les neuroleptiques sont utilisés pour leur action sédatrice, principalement la loxapine, la cyamémazine, le dropéridol et l'halopéridol. La loxapine (Loxapac®) a un délai d'action de 15 minutes, un pic plasmatique à 1 heure, sa demi-vie est de 8h. Elle est très largement utilisée dans les services d'urgence, et aucune complication grave n'a été relevée dans l'indication d'une sédation pour agitation. Sa posologie par voie intramusculaire est de 50 à 300 mg/j en deux ou trois injections. La cyamémazine (Tercian®) fait partie de la famille des phénothiazines, et comporte une action sédatrice et antihistaminique. Son délai d'action est de 15 minutes, sa demi-vie de 10 heures, elle nécessite une surveillance cardiovasculaire du fait des risques d'allongement du QT. Le dropéridol (Droleptan®) est fortement sédatif, d'action rapide et de demi-vie courte (2,2 h). Compte tenu du risque important d'allongement du QT, de troubles du rythme graves et de mort subite, son emploi est déconseillé en cas d'éthylisme aigu, et sa posologie a été réduite à 5 mg, ce qui nécessite des réinjections. L'halopéridol (Haldol®) est un puissant antipsychotique, il est administré par voie intramusculaire à la dose de 5 à 10 mg. Son délai d'action est de 60 à 90 minutes, sa demi-vie de 19 heures. Des risques de dyskinésies et d'impatiences peuvent survenir dans 20% des cas.

Les benzodiazépines sont préconisées en première intention dans l'agitation du patient alcoolisé. Elles ont une action sédatrice, anxiolytique, anticonvulsivante et myorelaxante

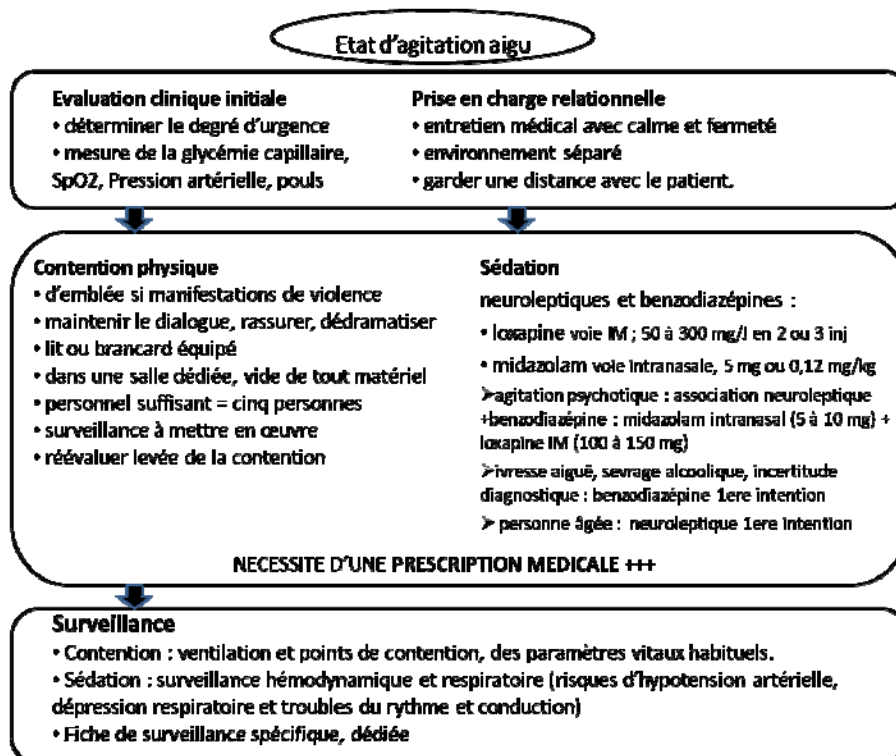
(5). Dans certains cas elles peuvent avoir un effet paradoxal, avec renforcement de l'agitation. Le midazolam (Hypnovel®) est active en 15 minutes et présente une demi-vie courte, de 2 à 3 heures. Elle peut être utilisée par voie intranasale, à la posologie de 5 mg ou 0,12 mg/kg.

L'association d'un neuroleptique et d'une benzodiazépine est très efficace dans le traitement de l'agitation psychotique. Ainsi l'association de midazolam intranasal (5 à 10 mg) et loxapine intramusculaire (100 à 150 mg) semble efficace et l'absence de complications a été rapportée.

La conférence de consensus sur l'agitation recommande en cas d'ivresse aiguë, de sevrage alcoolique et d'incertitude diagnostique, l'utilisation d'une benzodiazépine et celle d'un neuroleptique quand l'agitation est d'origine psychiatrique. Chez la personne âgée, compte tenu du risque de réactions paradoxales et de syndromes confusionnels décrits avec les benzodiazépines, l'utilisation en première intention d'un neuroleptique semble préférable.

La surveillance est indispensable, elle a plusieurs objectifs. La prévention des complications de la contention passe par la surveillance de la ventilation et des points de contention, des paramètres vitaux habituels. Une fiche de surveillance spécifique, dédiée, doit être mise en place systématiquement. La mise en place d'une sédation nécessite une surveillance hémodynamique et respiratoire, compte tenu des risques d'hypotension artérielle, de dépression respiratoire et de troubles du rythme et de la conduction.

Figure 1. Conduite à tenir devant un état d'agitation aigu



Limites et risques

Risques de la contention physique

La contention physique ne doit pas être utilisée pour pallier un manque de personnel, ou pour le confort de l'équipe. Ses contre-indications doivent être connues et respectées : insuffisance cardiaque ou respiratoire aiguë, état infectieux, trouble métabolique, atteinte orthopédique ou neurologique, globe vésical. Leur non-respect expose à la survenue de complications graves, avec mise en jeu du pronostic vital. Les risques de débordements, d'excès d'initiation et/ou de maintien doivent être prévenus par l'élaboration systématique d'une prescription médicale, tant pour l'initiation que pour la levée de la contention.

Risques de la sédation

Ils sont liés à l'emploi des neuroleptiques : risque d'hypotension artérielle, dyskinésies aiguës, abaissement du seuil épileptogène, plus rarement syndrome malin des neuroleptiques, allongement du QT et risque de torsade de pointe avec certains neuroleptiques (chlorpromazine, cyamémazine, lévomépromazine, thioridazine, dropéridol, halopéridol). Les benzodiazépines exposent au risque d'hypotension artérielle et de dépression respiratoire.

Conclusion

La contention et la sédation dans le cadre d'un état d'agitation aigu aux urgences sont des mesures thérapeutiques dont l'indication doit être pesée, compte tenu des implications et complications potentielles. Si la contention physique doit revêtir un caractère exceptionnel, elle est indispensable de façon immédiate face au risque d'agression en cas de dangerosité du patient. L'association d'une sédation est le plus souvent systématique avec utilisation des neuroleptiques et/ou benzodiazépines, en fonction du contexte et des antécédents du patient. Dans tous les cas ces mesures doivent faire l'objet d'une prescription médicale, d'une surveillance rigoureuse et d'une réévaluation de la nécessité de la poursuite de ces mesures en fonction de l'évolution. L'application de ces mesures permet de prévenir le risque de fugue ou de complications.

RÉFÉRENCES

- (1) Bourdinaud V, Pochard F. Enquête sur la prise en charge des patients en état d'agitation dans les services d'accueil et d'urgences en France. L'Encéphale 2003 ; 2:89-98
- (2) Conférence de consensus. L'agitation en urgence (petit enfant excepté). JEUR 2003 ;16 :137-58
- (3) Moritz F. Malade agité aux urgences. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'Urgence, 25-150-A-10, 2010

- (4) Smadja J, Lemogne C, Consoli S. La contention mécanique dans les services d'urgences et de réanimation. *Réanimation* 2012 ;21 :696-701
- (5) Kendal JL, Reynolds M, Goldberg R. Intranasal midazolam on patients with status epilepticus. *Ann Emerg Med* 1997 ; 29 :415-7

