



## Prise en charge préhospitalière d'une urgence psychiatrique

Cedric Gil-Jardine, Coralie Gil, Juliane Tortes Saint Jammes, Barbara Villoing,  
Hugues Lefort

### ► To cite this version:

Cedric Gil-Jardine, Coralie Gil, Juliane Tortes Saint Jammes, Barbara Villoing, Hugues Lefort. Prise en charge préhospitalière d'une urgence psychiatrique. Soins Psychiatrie, 2021, 42 (336), pp.10-12. <10.1016/j.spsy.2021.06.005>. <hal-03525873>

**HAL Id: hal-03525873**

**<https://hal.science/hal-03525873v1>**

Submitted on 5 Jan 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC 4.0 - Attribution - Non-commercial use - International License

## **Dochead dossier**

### **Sous-dochead** L'urgence psychiatrique, une prise en charge pluridisciplinaire approche initiale

#### **Prise en charge préhospitalière d'une urgence psychiatrique**

**Cédric Gil-Jardiné<sup>a,\*,b</sup>**

Médecin urgentiste

**Coralie Gil<sup>b</sup>**

Infirmière

**Juliane Tortes Saint Jammes<sup>b,c</sup>**

Psychothérapeute

**Barbara Villoing<sup>d</sup>**

Médecin urgentiste

**Hugues Lefort<sup>e</sup>**

Médecin urgentiste

<sup>a</sup> Service des urgences adultes, hôpital Pellegrin, centre hospitalo-universitaire de Bordeaux, place Amélie-Raba-Léon, 33076 Bordeaux, France

<sup>b</sup> Bordeaux Population Health, Inserm U1219, université de Bordeaux, Case 11, 146 rue Léo-Saignat, 33076 Bordeaux cedex, France

<sup>c</sup> Cellule d'urgence médico-psychologique zone de défense Sud-Ouest, centre hospitalier Charles-Perrens, 121 rue de la Béchade, 33076 Bordeaux, France.

<sup>d</sup> Service d'accueil des urgences, Smur, Centre-Université de Paris, hôpital Cochin Hôtel-Dieu, 27 rue du Faubourg Saint-Jacques, 75014 Paris, France

<sup>e</sup> Structure des urgences, hôpital d'instruction des armées Laveran, 4 boulevard Laveran, 13384 Marseille, France

*\* Auteur correspondant.*

*Adresse e-mail : cedric.gil-jardine@chu-bordeaux.fr (C. Gil-Jardiné).*

## **Résumé**

Le parcours de soins préhospitalier d'un patient présentant une urgence psychiatrique implique de nombreux acteurs préhospitaliers et hospitaliers. Identifier de telles situations à risque, permettre une approche initiale ajustée et autorisant les soins sont souvent des moments particulièrement délicats. Une gestion adaptée, concertée au sein d'un réseau, permet une mise en sécurité autant du patient, de son entourage que des intervenants. Ces situations sont caractérisées par leurs polymorphismes avec de grandes constantes : formation, anticipation et connaissance des organisations.

© 2021

**Mots clés** – organisation ; parcours de soins ; préhospitalier ; psychiatrie

### **Summary à traduire**

© 2021

### **Keywords à traduire et à mettre dans l'ordre alphabétique**

Le parcours de soins pour un patient présentant une urgence psychiatrique fait intervenir de multiples intervenants : proches aidants, libéraux médicaux ou paramédicaux, forces de sécurité intérieure, service départemental d'incendie et de secours, aide médicale urgente (AMU), coordonnées par les services d'aide médicale urgente (Samu), le centre de réception et de régulation des appels 15 (CRRRA) et ses vecteurs médicalisés les services mobiles d'urgence et de réanimation (Smur), spécialistes hospitaliers et, bien sûr, les psychiatres et leur réseau de soins spécifiques au sein des établissements de santé mentale et des centres médico-psychologiques [1].

Les professionnels de santé non médicaux, tels les assistants de régulation médicale (ARM) et les infirmiers, jouent un rôle important dans l'identification de la situation, la prise en charge initiale et la délivrance de traitements adaptés à chaque situation sur protocole. Deux situations préhospitalières sont développées : les états d'agitation aiguë et les urgences d'allures psychiatriques franches exposées dans les Recommandations formalisées d'experts publiées en 2021 par la Société française de médecine d'urgence (SFMU) [2]. La prise en charge des urgences psychiatriques dans un contexte de situations sanitaires exceptionnelles, impliquant ou non de multiples victimes, est détaillée dans les recommandations de la SFMU publiées en 2018 [3].

## **T1 Une organisation régulée**

Au niveau national, la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques est sectorisée en fonction de leurs lieux de résidence [1]. Il est ainsi préférable de l'organiser dans le secteur dont chaque patient dépend. Le premier maillon de la chaîne des soins se réalise dès l'appel à la régulation médicale (CRRRA du Samu). L'ARM doit donc non seulement être en mesure de localiser le patient, mais aussi de connaître le plus précocement possible son lieu de résidence. Les soins nécessaires doivent ensuite s'organiser en réseaux. Ils associent la régulation médicale (CRRRA), les Smur, les structures des urgences et les services de psychiatrie. Cette organisation a pour objectif de limiter l'admission dans les structures d'urgences aux patients nécessitant une évaluation somatique.

## **T1 L'état d'agitation aiguë avec ou sans intoxication évidente**

Cet état est un motif d'appel fréquent en régulation [4]. Il se définit comme une perturbation du comportement moteur psychique et relationnel qui suscite souvent une relation d'intolérance des proches [5,6]. Il nécessite une intervention urgente quand le

comportement du patient met en avant des menaces d'auto- ou d'hétéro-agressivité [5,7]. Dès la prise d'appel, l'ARM doit identifier les situations d'urgence.

## **T2 Rechercher l'adhésion aux soins**

Dans le contexte préhospitalier, le patient, les témoins et les professionnels de santé se retrouvent fréquemment exposés à de nombreux risques et notamment à des actes violents, qu'ils soient volontaires ou involontaires. Cette situation nécessite une réponse rapide et adaptée à chaque patient [5]. Cette prise en charge doit, autant que possible, être réalisée par une équipe pluriprofessionnelle impliquant des professionnels de santé et les forces de sécurité intérieure et l'Amu (ambulanciers, secouristes, pompiers).

**TEG1 En premier lieu**, il est nécessaire d'assurer la sécurisation de la situation, du ou des patients, des témoins et des professionnels présents sur place. Cette étape d'approche est fondamentale et conditionne le plus souvent toute la suite des soins : non seulement en préhospitalier, mais aussi le parcours clinique du patient. En effet, l'approche relationnelle, dans laquelle l'infirmier joue souvent un rôle essentiel, a un double objectif. Elle permet de prévenir les risques de violences et de passage à l'acte soit par une approche comportementale pure, soit par un traitement *per os* lorsqu'il peut être proposé. Elle aide aussi à réduire les alternatives d'issues pour le patient, en lui proposant d'adhérer pleinement à la nécessité de soins immédiats qu'un état d'agitation aiguë impose sans attendre.

**TEG1 Même si l'agitation est au premier plan dans des pathologies authentiquement psychiatriques**, comme la crise d'angoisse, la bouffée délirante aiguë et autres troubles psychotiques chroniques, il est nécessaire de rechercher une étiologie pour ne pas méconnaître une cause organique : neurologique, métabolique, infectieuse ou toxique. Les antécédents médicaux ou psychiatriques et le mode d'apparition devront être recherchés dès la prise d'appel par l'ARM et le médecin régulateur, mais également sur les lieux de l'intervention. Les proches aidants sont ici primordiaux. Il faut également veiller à rechercher le contexte avec notamment une prise de toxique [5,8]. Cette démarche préalable à l'orientation doit permettre d'identifier les causes accessibles à un traitement immédiat, telles l'hyperthermie, l'hypoglycémie et l'épilepsie. Le traitement est alors, et avant toute autre chose, étiologique quand il existe une cause somatique identifiée et rapidement curable. Repérer et traiter rapidement une hypoglycémie permet une résolution "miraculeuse" de la crise d'agitation et évite les autres conséquences telles la chute, les traumatismes crâniens, le coma.

## **T2 Sédater : soulager ou la main forcée ?**

En complément, si l'approche relationnelle doit toujours être privilégiée, l'utilisation de médicaments sédatifs en association peut parfois s'avérer nécessaire. Le choix de la molécule sera fonction de la situation et du patient. Existe-t-il un péril imminent pour le patient ou pour autrui ? Quel est l'âge et quelles sont les comorbidités du patient ?

**TEG1 Trois classes thérapeutiques se dégagent** pour la prise en charge de ces patients : les benzodiazépines, les neuroleptiques et les anesthésiques. La sédation pharmacologique d'un patient en urgence n'est pas dénuée de risque du fait de l'incertitude diagnostique. Le choix

devra se porter sur une molécule que l'ensemble de l'équipe préhospitalière maîtrise bien. La substance idéale doit être facile d'administration, avoir un délai et une durée d'action courts pour permettre un retour à la pleine conscience rapide. Elle doit également avoir peu d'effets secondaires, et en particulier ne pas induire d'interaction avec d'autres médicaments [9]. L'usage d'une molécule déjà utilisée par (ou sur) le patient est à privilégier car donnant l'assurance de sa bonne tolérance.

**TEG1 La voie orale doit toujours être privilégiée**, tant on sous-estime trop souvent le nombre de patients agités collaborant aux soins. Il est recommandé d'utiliser en première intention une benzodiazépine (lorazépam, midazolam) ou un neuroleptique (halopéridol) [10].

Lorsque la voie *per os* est inenvisageable, l'alternative de choix est la voie intramusculaire. Elle permet une administration sûre et efficace du produit sédatif choisi. Dans la prise en charge de l'agitation aiguë, les classes thérapeutiques les plus évaluées sont les benzodiazépines (midazolam), les neuroleptiques (halopéridol) et les anesthésiques (kétamine). Les études comparant les benzodiazépines et les neuroleptiques montrent une efficacité et une sûreté similaires entre ces deux classes thérapeutiques [11]. Le midazolam semble avoir un effet sédatif plus rapide que les neuroleptiques. Il faut donc probablement le privilégier dans les états d'agitation sévère. Ces situations les plus à risque peuvent également justifier l'utilisation d'une bithérapie associant neuroleptique et benzodiazépine sans qu'il n'existe apparemment de majoration du risque iatrogène [10].

Récemment, la kétamine a été étudiée dans les états d'agitation aiguë. Les niveaux de preuve sont encore faibles. Cependant, les résultats vont globalement tous dans le même sens en montrant une supériorité de la kétamine à l'halopéridol en termes de sédation, mais expose à plus de complications [12]. La plupart de ces travaux sont réalisés auprès de *paramedics*, dans un fonctionnement préhospitalier anglo-saxon.

En cas d'utilisation de neuroleptiques, la surveillance de la survenue d'éventuelles complications doit être étroite : survenue d'un syndrome extrapyramidal (dyskinésie, acathisie) et plus particulièrement l'apparition d'une dystonie aiguë dont le spasme laryngé [13]. D'autres neuroleptiques tel l'halopéridol (chlorpromazine, thioridazine, pimozide, dropéridol, ziprasidone, lévomépromazine) peuvent être utilisés dans l'indication d'une agitation aiguë, mais ils exposent à plus de risque de complications : trouble de la conduction cardiaque par allongement de l'intervalle QT visible sur l'électrocardiogramme (ECG), un effet anticholinergique, une atteinte hémodynamique ou un syndrome malin des neuroleptiques [10].

**TEG1 Quels que soient le traitement et la voie choisis**, il est donc impératif de réaliser un ECG s'il n'a pas été possible de le faire avant l'administration du traitement sédatif, pour mesurer l'intervalle QT, en particulier si un neuroleptique a été utilisé.

## **T1 La décompensation aiguë d'allure psychiatrique**

Toute première décompensation aiguë d'allure psychiatrique doit bénéficier d'une évaluation médicale à la recherche d'une étiologie somatique qui mimerait une présentation psychiatrique.

## **T2 Vigilance sur les intrications psychiatriques et somatiques**

Parmi les patients déjà connus pour une pathologie psychiatrique, il reste fondamental de ne pas méconnaître une pathologie somatique se surajoutant à l'origine de ces situations de décompensation aiguë. Ceci est d'autant plus important que bon nombre de traitements psychiatriques ont un risque iatrogène important. Chez ces malades, il est important de rechercher précocement le caractère habituel ou non de la présentation. En cas de doute, une évaluation préalable dans une structure d'urgence peut se justifier.

Pour les patients suivis pour pathologies psychiatriques dans un réseau de soins chroniques, il faut rechercher une rupture de la dynamique de la pathologie psychiatrique, et cela dès la prise d'appel en régulation (CRRA). Cela permet de distinguer une vraie situation d'urgence de celles récurrentes sans réelle décompensation.

## **T2 Réguler pour la bonne direction hospitalière**

**TEG1** Autant que possible, le transport des patients pour lesquels aucune pathologie somatique n'est suspectée par la régulation doit se faire vers des centres habilités par la loi à réaliser des hospitalisations sous contrainte. Si la situation le permet, les médecins de ville ou en réseau (type SOS Médecins) rédigeront ainsi le premier certificat pour réaliser un transport vers un centre habilité. Si ce n'est pas le cas, l'envoi d'un Smur pourrait se justifier. Par ailleurs, tout patient présentant un tableau psychiatrique peut être transporté sans certificat préalable sous la responsabilité médicale du médecin régulateur.

**TEG1** L'identification du risque suicidaire lors de la prise en charge préhospitalière du patient doit être la plus précoce possible. Elle est essentielle et doit impliquer l'ensemble des intervenants : ARM, ambulanciers, infirmiers, médecins et secouristes sur place [14,15]. Dans la littérature, les facteurs associés sont un changement important de l'humeur, le désespoir concernant le futur, ainsi qu'une colère intense. Il est donc nécessaire de former les personnels des Samu à la détection de ces facteurs. Les tentatives d'autolyse avec passage à l'acte (intoxication, traumatisme, etc.) nécessitent une première évaluation dans les services d'urgences pour juger de la sévérité et réaliser d'éventuels examens complémentaires, biologiques ou imagerie cérébrale en coupe. Si la situation ne correspond qu'à une menace, sans passage à l'acte vrai, il faut orienter le patient pour une évaluation psychiatrique.

## **T1 Conclusion**

L'approche en préhospitalier d'un patient présentant un état d'urgence psychiatrique ne s'improvise pas. Elle est cadrée par de récentes recommandations [2,3]. Elle met en sécurité l'entourage du patient, puis le patient lui-même. Il faut toujours rechercher une adhésion du sujet avec une approche relationnelle pour prendre soin de lui. Ceci facilite grandement le parcours préhospitalier, grâce à la connaissance des éléments ayant amené à cette crise, le repérage et la correction rapide de décompensations somatiques, et permet d'accompagner le patient et ses proches aidants avec douceur, en étant éventuellement soutenu par une médication adaptée.

## Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

## Références

- [1] Code la santé publique. Articles L3222-1 à L3222-6. [www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171194/](http://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006171194/).
- [2] Rerbal D, Prieto N, Vaux J, et al. Organisation et modalités d'intervention des cellules d'urgence médicopsychologique. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en collaboration avec l'Association de formation et de recherche des cellules d'urgence médicopsychologique – Société française de psychotraumatologie (AFORCUMP-SFP). *Ann Fr Med Urgence* 2017;7(6):410-24.
- [3] Cesareo E, Raux M, Soulat L, et al. Recommandations de bonne pratique clinique concernant la prise en charge médicale des victimes d'une "tuerie de masse". *Ann Fr Med Urgence* 2018;8(6):401-21.
- [4] Casado Flórez I, Sánchez Santos L, Rodríguez Calzada R, et al. [Incidence of acute agitation and variation in acute agitation management by emergency services]. *Emergencias* 2017;29(4):253-6.
- [5] Lejonc JL, Ducasse JL, Ducreux JC, et al. Conférence de consensus : "L'agitation en urgence (petit enfant excepté)". *Journal européen des urgences* 2003;16(1):58-64.
- [6] Niquille M, Gremion C, Welker S, Damsa C. Prise en charge des états d'agitation extrahospitaliers : le point de vue de l'urgentiste. *Rev Med Suisse* 2007;3(121):1839-46.
- [7] Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. *J Psychiatr Pract* 2005;11 Suppl 1:5-108; quiz 110-2.
- [8] Nassisi D, Okuda Y, Lukens T, Zun L. ED management of delirium and agitation. *Emerg Med Pract* 2007;9:1-19.
- [9] Ostermann ME, Keenan SP, Seiferling RA, Sibbald WJ. Sedation in the intensive care unit: a systematic review. *JAMA* 2000;283(11):1451-9.
- [10] Claret PG, Massoubre C, Gil-Jardiné C, et al. Recommandations de bonne pratique clinique. Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences. SFMU. 31 mars 2021. [www.sfmur.org/upload/consensus/rbpc-psychiatrie\\_sfmur2021.pdf](http://www.sfmur.org/upload/consensus/rbpc-psychiatrie_sfmur2021.pdf).
- [11] Klein LR, Driver BE, Miner JR, et al. Intramuscular midazolam, olanzapine, ziprasidone, or haloperidol for treating acute agitation in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2018;72(4):374-85.
- [12] Tran K, Mierzwinski-Urban M. Ketamine for pharmacological management of aggression and agitation in pre-hospital settings: a review of comparative clinical effectiveness, safety and guidelines. Ottawa (Canada): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019.

- [13] Justic M. Does “ICU psychosis” really exist? Crit Care Nurse 2000;20(3):28-37; quiz 38-9.
- [14] Hunt T, Wilson CJ, Caputi P, et al. Signs of current suicidality in men: a systematic review. PloS One 2017;12(3):e0174675.
- [15] Marco M, Gracia E, López-Quílez A, Lila M. What calls for service tell us about suicide: a 7-year spatio-temporal analysis of neighborhood correlates of suicide-related calls. Sci Rep 2018;8(1):6746.