

Application : MISC

Protocole de prise en charge de l'agitation aux soins continus : AgitMISC

Ce document est un outil d'aide à la prise en charge : recommandations pour l'évaluation et les interventions.

	Interventions séquentielles proposées: 1. Evaluation diagnostique 2. Mesures non médicamenteuses (bleu) 3. Mesures médicamenteuses (rouge) 4. Réévaluer la situation après 45-60 min (étiologie et réponse au traitement)		
Niveau d'agitation ¹	Agitation liée à une pathologie psychiatrique	Agitation liée à un état de sevrage	Agitation d'autre origine (par ex. état confusionnel aigu chez la personne âgée, ...)
0	Prévenir l'état d'agitation: <ul style="list-style-type: none"> • Informer la personne sur les soins, maintenir le rythme jour-nuit (laisser la lumière du jour entrer, limiter les sources de lumière la nuit), horloge ou réveil visibles par le patient, lui indiquer régulièrement l'heure. Mettre à sa disposition quelques objets familiers. Lui laisser ses lunettes, son appareil auditif, son dentier. • Surveillance du transit (laxatifs si nécessaire), des mictions, de l'hydratation et de l'oxygénation. • Eviter tous les cathéters inutiles. • Eviter les contentions physiques et les barrières. 		
	Poursuite du traitement psychiatrique habituel	Prévenir un sevrage: Dépendance à l'alcool: oxazépam (Anxiolit) 15 mg per os 4x/j + 4x/j en réserve. Benerva 300mg 3x/j durant 3j puis 1x/j. Suivi de la phosphatémie et substitution. Dépendance aux opiacés: méthadone à poursuivre si en cours, sinon ou si posologie inconnue, morphine 20 mg per os à titrer aux 4h (selon score de sevrage aux opiacés ²)	Patient âgé: Revue de la médication, éviter benzodiazépines (attention sevrage!), anticholinergiques, antihistaminiques, psychotropes, quinolones. Consultation gériatrique à disposition : 43135
1	<ul style="list-style-type: none"> • Poursuivre les mesures citées au niveau 0. • Se placer face à face, à la même hauteur. Parler avec un ton calme, phrases courtes et explicites. Valider les ressentis du patient. • Limiter les alarmes du scope. • Réduire le nombre de visites en appliquant le règlement de 2 visites par patient. 		
	Demander une consultation au SPL (psychiatrie de liaison) 41083 Donner les réserves habituelles du patient	Dépendance à l'alcool: augmenter la dose d'office selon réserves prises, doubler les réserves. Dépendance aux opiacés: Si insuffisant après 2x 20 mg per os, augmenter les réserves de morphine à 30 mg per os, réévaluation aux 4h (se référer à l'algorithme de prise en charge des patients dépendants des opiacés ³)	Rechercher et traiter les causes possibles (douleur, fièvre, infection, effet indésirable ou sevrage d'un médicament ou d'alcool, globe vésical, fécalome, hypoxie, hémorragie, AVC, infarctus, troubles électrolytiques, hypoglycémie...) Patient âgé: si déjà sous neuroleptique, adapter la dose

Toute intervention doit faire l'objet d'une réévaluation clinique adaptée par les soignants et doit être documentée dans Soarian.

¹ Pour la description clinique du niveau d'agitation, se référer à l'échelle d'évaluation de l'agitation aux soins continus (page 3).

Ce document est un outil d'aide à la prise en charge : recommandations pour l'évaluation et les interventions.

	Interventions séquentielles proposées: 1. Evaluation diagnostique 2. Mesures non médicamenteuses (bleu) 3. Mesures médicamenteuses (rouge) 4. Réévaluer la situation après 45-60 min (étiologie et réponse au traitement)		
Niveau d'agitation¹	<i>Agitation liée à une pathologie psychiatrique</i>	<i>Agitation liée à un état de sevrage</i>	<i>Agitation d'autre origine (par ex. état confusionnel aigu chez la personne âgée, ...)</i>
2	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter en vue d'une contention physique (se référer au protocole de contention) • Poursuivre les mesures citées aux niveaux 0 et 1. • Parler plus lentement et doucement que le patient, lui rappeler et lui expliquer pourquoi son comportement n'est pas acceptable, poser un cadre strict et l'énoncer précisément. 		
	Consultation SPL 41083 lorazépam (Temesta) 2.5 mg po, à répéter aux 30 min si nécessaire Profil à risque: lorazépam (Temesta) 0.5 mg p.o. à répéter aux 30 min si nécessaire	Dépendance à l'alcool: oxazépam (Anxiolit) 30-45 mg per os aux heures jusqu'à une atténuation de l'état d'agitation. Si prise po impossible, midazolam (Dormicum) 1-2 mg ivd à titrer aux 5 min Dépendance aux opiacés: évaluer ajout d'une benzodiazépine	halopéridol (Haldol) 2 mg po à répéter aux 3h ou 1 mg sc à répéter aux heures selon réévaluation médicale Profil à risque: halopéridol (Haldol) 0.5 mg po à répéter aux 3h ou 0.25 mg sc à répéter aux heures selon réévaluation médicale Attention: démence à corps de Lewy : halopéridol contre-indiqué
3	<ul style="list-style-type: none"> • Sécurité 49777. Contention physique indiquée • Mise à distance de l'entourage durant l'état aigu. Puis évaluer si l'entourage est bénéfique ou néfaste dans la gestion de l'agitation du patient. 		
	lorazépam (Temesta) 2-4 mg ivd Si insuffisant: halopéridol (Haldol) 3-5 mg sc Consultation SPL 41083	midazolam (Dormicum) 2-5 mg ivd puis à titrer par 2 mg aux 5 min Évaluer un transfert aux soins intensifs	halopéridol (Haldol) 2.5 mg sc puis 5 mg après 45 min si insuffisant Profil à risque: halopéridol (Haldol) 1 mg sc puis 2.5 mg sc 45 min plus tard si insuffisant. Attention QT long: suivi ECG

Toute intervention doit faire l'objet d'une réévaluation clinique adaptée par les soignants et doit être documentée dans Soarian.

¹ Pour la description clinique du niveau d'agitation, se référer à l'échelle d'évaluation de l'agitation aux soins continus (page suivante).

Échelle d'évaluation de l'état d'agitation d'un patient aux soins continus

Adaptée à partir de l'échelle de Pittsburgh et de la Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

Niveau		Observations cliniques
0	Calme et le plus souvent coopérant	Patient calme, orienté, adéquat. En général, compliant dans les soins; les évite ou les repousse parfois par fatigue ou démotivation. Reste tranquille dans son lit ou fauteuil, demande à plusieurs reprises d'être réinstallé. Montre un ennui/ras-le-bol d'être aux soins continus.
1	Agitation légère	Patient parlant fort, comportement parfois menaçant mais n'essaie pas de frapper, est canalisable par le dialogue. Se mobilise sur le fauteuil ou au lit, agitation motrice canalisable. Refuse certains soins verbalement ou présente des gestes de refus.
2	Agitation importante	Patient sans agressivité physique envers les soignants Patient criant fort, agressif verbalement. Importante agitation motrice le mettant en danger (retire ses cathéters, tire sur les câbles du scope, VNI reste difficilement en place par exemple), risque de chuter du lit, difficile à canaliser. Refuse les soins, repousse les soignants.
3	Agitation extrême	Patient agressif physiquement envers les soignants, les mettant en danger. Agitation motrice impossible à canaliser. Impossible de calmer le patient avec le dialogue.

Les niveaux d'agitation ont été définis à partir de l'échelle de Pittsburgh : niveau 0 = 0-2 pts, niveau 1= 3-8 pts, niveau 2= 9 à 13 points (sans agressivité physique envers les soignants), niveau 3>14 pts ou n'importe quel score avec agressivité physique envers les soignants.

RAPPELS

- L'état d'agitation doit être **documenté dans le dossier du patient Soarian**, dans le formulaire « système mental » (sous « observations).
- La mise en place d'**une contention physique** doit être prescrite par le médecin en charge du patient, selon la directive institutionnelle Mesures de contrainte à l'égard du patient.
- Toute intervention médicamenteuse doit être **prescrite dans Predimed** par le médecin
- Les profils à risque sont : > 65ans, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, cachexie, autres selon évaluation médicale
- Pour toute **administration de médicament par voie intraveineuse** (dilution et surveillances associées), se référer aux protocoles présents dans REFMED.
- Pour tout **problème d'application de ce protocole**, se référer à Fabienne Hadorn, ICLS MISC (tél GSM: 60338) et Malik Benmachiche, CDC SMI (tél GSM 67153)

Auteurs :

Dr M. Benmachiche (CDC SMI), F. Lavenex (ID aux MISC), J. Servet (Responsable Qualité), F. Hadorn (ICLS au MISC), C. Calado (ICUS MISC), A. Perier (ICS MISC)

Protocole validé par :

Dre D. Renard (pharmacologie clinique), Dr M. Humbert (CDC gériatrie), Dre P. Pecoud (CDC SPL), Dr O. Lamy (médecin chef au SMI), C. Calado (ICUS MISC), Anne Perier (ICS MISC)

Documents associés : Procédure de prise en charge de l'agitation aux soins continus AgitMISC

Sources et références:

Echelle de Pittsburgh :

- Rosen J, Burgio L, Kollar M, et al. A user-friendly instrument for rating agitation in dementia patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 1994;2:52-9.
- Gold G, Zekry D et al. Évaluation du comportement en milieu somatique: utilisation d'une méthode simple et fiable. *Rev Med Suisse* 2012; 8:2119-21.

Echelle RASS :

- Reade MC, Finfer S. Sedation and delirium in the intensive care unit. *N Engl J Med* 2014;370:444-54.

² Score de sevrage aux opiacés :

http://intranet.intranet.chuv/intranet-docs/dpc/projet/med/spn_amb_score_sevr_opiaces.pdf

³ Prise en soin hospitalière des patients dépendants des opiacés. Département de psychiatrie; CHUV. <http://intranet.intranet.chuv/intranet-docs/dpc/proc/med/dpc-pco-log-pesh-opiaces.pdf>

Mesures de contrainte à l'égard du patient. Directive institutionnelle de la direction médicale du CHUV.

<http://tribu.intranet.chuv/index/vdoc.htm?url=http://gedchuv.intranet.chuv/vdocopenweb/asp/center.asp?UserLogin=Public%26DBIndex=%7b956E536C-2488-4C15-A08E-6DB315928E83%7d%26RedirectTo=LoadHttpLinkByRef.asp%3fidoc%3d413>

Riesen M, Larose S. La prise en charge d'un patient agité dans un service d'urgences. Travail de Bachelor 2014 HESAV. http://www.hesav.ch/docs/default-source/biblio-docs/nouvelles-acquisitions-tb-et-mfe/na_tb_2014.pdf?sfvrsn=2

Bapst C. L'infirmière face à l'état confusionnel aigu, agir c'est avant tout prévenir. *HFR* 2013. <http://www.asric-site.ch/wp-content/uploads/2013/12/C.-Bapst.pdf>

Thomas G, Le Pape E et al. Prendre en charge un état d'agitation. *Médecine et armées* 2010;38(5):435-441. http://www.ecole-valdegrace.sante.defense.gouv.fr/content/download/3485/52893/file/2-1_Prendre_en_charge_un_etat_d_agitation_Thomas.pdf