

NOM DOCUMENT BPF_ CONTENTION_SEDATION_DU_MINEUR_EN_CRISE

TYPE

Bonne Pratique Fondamentale

Procédure

Rédacteur : Evelyne FALIP
Estelle JEGOT
Michaël LEJWI

Fonction : Référent psychiatrie ARS PACA
Chargée de mission ORU PACA
Chargé de mission ORU PACA

Organisation ou établissement : Groupe régional « Mineurs en crise en urgence »

Statut : Validé

Proposé / non validé

Date : 11/03/2015

Version : V1.0

PHASE : Aiguë

Post-aiguë

Stabilisation

Étape :

Résumé : Ce document présente les principes fondamentaux à mettre en œuvre lors de la réalisation d'une contention chimique plus ou moins physique au cours de la prise en charge d'un mineur en crise en urgence.

Mots clés Mineurs, adolescents, pédopsychiatrie, crise, agitation, urgence, psychiatrie, psychiatrie de liaison, contention, sédation, neuroleptiques, benzodiazépine

SOMMAIRE

1	OBJECTIF	3
2	PROFESSIONNELS DE SANTE ET POPULATION CONCERNES.....	3
3	PRINCIPES GÉNÉRAUX	3
3.1	Les définitions	3
3.2	Règles générales et systématiques	4
4	DESCRIPTION.....	5
4.1	Modalités de la réalisation de la sédation.....	5
4.1.1	Généralités	5
4.1.2	Age au delà de 15 ans ou poids > 60kg	6
4.1.3	Age < 15 ans.....	6
4.1.4	La voie IM	7
4.1.5	La Surveillance du patient sédaté	7
4.1.6	Modalités de réalisation de la contention	8
5	GLOSSAIRE.....	9
6	BIBLIOGRAPHIE	10
7	ANNEXE 1 : Schéma récapitulatif.....	11
8	ANNEXE 2 : Cartographie secteurs infanto-juvénile.....	12
9	ANNEXE 3 : le groupe régional MINEURS EN CRISE AUX URGENCES.....	13

1 OBJECTIF

L'objectif de cette BPF est de proposer un protocole de prise en charge de l'agitation du mineur en crise en situation d'urgence. Y sont abordés l'abord et l'accueil aux urgences du patient mineur dans ce contexte, les traitements médicamenteux nécessaires à la sédation ainsi que les spécificités de la contention.

Sont exclus de la réflexion de cette BPF :

- la recherche de l'étiologie de l'agitation ;
- l'observation du mineur pendant et au décours de la crise en vue de la détermination d'une solution en aval des urgences.

2 PROFESSIONNELS DE SANTE ET POPULATION CONCERNES

Personnels concernés

Les personnels concernés par cette BPF sont tous les professionnels de l'urgence qui sont amenés à prendre en charge un mineur en crise :

- urgentistes du pré-hospitalier et aux urgences
- psychiatres de l'adulte et du mineur travaillant aux urgences, en CAP, ou en cellule mobile
- cadres de santé et IDE travaillant aux urgences, en CAP, ou en cellule mobile
- autres personnels habilités aux soins au sein de ces structures.

Population concernée

Tout patient âgé de moins de 18 ans pris en charge en urgence pré ou intra hospitalière pour un état d'agitation, et pour lequel un médecin prescrit une sédation +/- contention.

3 PRINCIPES GÉNÉRAUX

3.1 Les définitions

Le mineur : Dans la présente BPF, le mineur désigne tout patient dont l'âge est inférieur à 18 ans. Toutefois, une distinction est faite entre le mineur de moins de 16 ans et de plus de 16 ans pour ce qui concerne l'orientation.

La crise désigne ici un état d'agitation, quelle qu'en soit l'origine, qu'elle soit connue ou non, ainsi que l'ensemble des facteurs qui concourent à cette agitation.

L'agitation peut être contrôlable ou non contrôlable.

On parle **d'agitation contrôlable** quand cette forme n'empêche pas de débiter un entretien, de recueillir l'anamnèse et de pratiquer un examen clinique somatique. Ce

caractère contrôlable se corrobore par une détente progressive durant l'entretien, par une acceptation des soins et de l'examen clinique, par une amélioration progressive de la collaboration.

On parle **d'agitation incontrôlable** lorsque la communication et/ou l'établissement d'un contact avec la personne agitée sont impossibles. L'association avec de la violence verbale ou physique est commune.

3.2 Règles générales et systématiques

Chez le mineur l'institution hôpital a très souvent un effet sédatif. Si bien qu'**une prise en charge non médicamenteuse est très souvent suffisante**. Il faut aussi tenir compte des suites de la prise en charge en proposant une attitude mesurée et raisonnable.

Enfin, les équipes doivent être formées et préparées à la réalisation de la sédation et de la contention.

- **L'abord du mineur agité**

Il faut personnaliser l'accueil du mineur, notamment par un accueil dédié et adapté. La notion de SU de proximité entre dans ce cadre en vue de rassurer le patient. Aux urgences, l'espace doit être calme et isolé du reste du service.

De même, proposer un repas ou toute chose qui rassure et surprend ce jeune patient concourt à installer un climat de confiance.

Dans un but anamnestique, il faut s'attacher à reconstituer l'histoire de l'enfant.

Si elle est possible, la présence pédopsychiatrique peut être nécessaire d'emblée.

- **L'examen somatique**

Chez tout patient agité il convient de réaliser systématiquement dès lors que l'état clinique du patient le permet :

- une mesure des constantes obligatoires que sont : la fréquence cardiaque, la tension artérielle, la saturation, la température, le dextro, l'intensité de la douleur.
- un examen somatique.

Un électrocardiogramme 12 dérivations est réalisé selon les symptômes et/ou si une sédation par neuroleptiques est envisagée.

4 DESCRIPTION

4.1 Modalités de la réalisation de la sédation

(Cf. schéma en annexe)

4.1.1 Généralités

La communication avant et pendant le soin avec le patient comme avec l'entourage fait partie intégrante du soin. En effet, il convient de délivrer une information claire détaillant la raison et le déroulement des soins. Cette information doit être donnée au patient, aux personnes présentes, au détenteur de l'autorité parentale et la raison une information claire.

- **Objectifs thérapeutiques**
 - Restaurer l'alliance thérapeutique : réduire l'agitation, l'anxiété et le défaut de contrôle des pulsions à un niveau permettant de restaurer rapidement la sécurité de l'environnement des soins, en évitant une sédation trop profonde qui nuirait à l'alliance thérapeutique ultérieure.
 - Permettre un examen clinique.
 - Limiter la durée de la contention physique.

- **Conditions de réalisation indispensables**
Avant toute prescription, s'assurer que l'enfant n'ait pas de traitement en cours : rechercher les traitements en cours.
 - En urgence, et dans le contexte qui nous intéresse dans cette BPF, l'administration des médicaments est **une dose unique**.
 - La sédation requiert la présence d'un médecin sur place.
 - Elle doit être prescrite et figurer dans le dossier.
 - Elle doit être adaptée au gabarit de l'enfant.
 - Une surveillance paramédicale doit être prévue.
 - Il n'y a pas lieu de scoper le patient.

- **Choix de la molécule**
 - L'âge et le poids du patient doivent être pris en compte avant toute prescription de sédation.
 - Il faut opter pour une molécule qui répond aux critères suivants : Titrable - Demi-vie d'élimination courte - Offrant des voies d'administration différentes - Des effets secondaires réduits notamment sur le QT-Antagonisable
 - Benzodiazépines et neuroleptiques associés ou non sont utilisés.
 - Toujours tenter la voie orale en premier.
 - Les BZD sont antagonistes par l'ANEXATE.

4.1.2 Age au delà de 15 ans ou poids > 60kg

La situation est analogue à celle de l'adulte. Le choix traitement se fait selon l'étiologie suspectée :

- Cause organique: traitement de la cause
- Alcool, cocaïne : BZD
- Psychiatrique : BZD ET NLP
- Non déterminable : BZD +/- NLP

Les benzodiazépines type midazolam ou lorazepam répondent à ces critères. Le rapport bénéfice/ risque est le meilleur. L'utilisation de neuroleptiques atypiques type loxapine semble avoir une sécurité d'emploi suffisante, avec des effets secondaires moindres pour cette classe. L'administration peut être per os en gouttes ou bien IM.

Si l'association benzodiazépine-neuroleptique est envisagée, alors qu'elle diminue les effets secondaires des neuroleptiques, le risque iatrogène est accru par augmentation des effets combinés inconstamment prédictibles, et notamment la sédation excessive.

4.1.3 Age < 15 ans

Les benzodiazépines type midazolam, diazepam ou clonazepam sont couramment utilisées dans leurs diverses voies d'administration, dose rapportée au poids sans limitation d'AMM pour l'âge.

Seul, le clonazepam à des doses de 1 à 2 mg par jour a montré sa supériorité sur le placebo dans le trouble panique de l'adolescent, dans une étude en double aveugle. L'usage des anxiolytiques et hypnotiques benzodiazépiniques comme non-benzodiazépiniques est donc peu documenté dans ces indications, quoi qu'il apparaisse répandu, il repose sur des bases empiriques.

Concernant les NLP, **la loxapine est contre indiquée en dessous de 15 ans.**

Parmi les neuroleptiques sédatifs, la cyamémazine (Tercian®) semble être le moins délétère pour le QT. Elle allonge de façon dose-dépendante l'intervalle QT. Toutefois, chez le sujet sain sans QT long congénital, l'allongement du QT après une seule injection de Tercian® est très rare (Rund DA et al. J Emerg Med 2006 ; 31 : 317- 24).

D'où l'importance de réaliser si possible un ECG avant toute prise de Tercian® pour dépister les QT long congénitaux. Si c'est impossible en raison de l'agitation, il faudra réaliser l'ECG dès que le patient est calme. En cas d'impossibilité persistante, li faut en donner la raison dans l'observation.

Sujet âgé de moins de 5 ans :

PAS D'ASSOCIATION MÉDICAMENTEUSE pour cette tranche d'âge

NE PAS UTILISER LA VOIE INTRAVEINEUSE NON PLUS. Si la voie orale n'est pas possible, utiliser la voie intra-rectale lorsque le produit l'autorise.

Les médicaments utilisables préférentiellement sont :

- VALIUM® (diazepam) gouttes: Per os: 1/2 gtt/kg ; Intra-rectal : 0,5 mg/kg
- ATARAX® (hydroxyzine) sirop : 1 mg/kg ou 0,5ml/kg
- HYPNOVEL® , par voie intrarectale : 0,3 mg/kg (intra-rectal)

A titre exceptionnel et après avis auprès du spécialiste, possibilité d'utiliser la cyamemazine par voie IM si âge > 3 ans (cf 4.1.4)

Sujet entre 5 et 15 ans :

Tercian® gouttes (cyamémazine) 0,5 à 1 mg/kg (1 goutte = 1 mg)
en cas de contre-indication : BZD

4.1.4 La voie IM

La Cyamezanine a l'amm voie IM pour un âge >3 ans si besoin: ampoule de 25mg: ½ à 1 ampoule selon âge et poids

12-16 ans et/ou poids > 50 kg : Tercian® (d'une demie à une ampoule en fonction des antécédents et du poids / âge)

Possibilité d'associer du Rivotril® 1/2 ampoule IM après avis psychiatre

Quelques données à propos des principales molécules

molécule/données	voie considérée	délag action	1/2 vie	dose recommandée	précaution emploi	antidote
midazolam	IR	15 min	2 à 3 h	0.3 mg/kg < 10 mg	effet paradoxal	flumazenil
cyamemazine	PO	15 à 30 min	8 à 10 h	0.5 à 1 mg/kg	QT	
loxapine âge > 15 ans	IM	15 min	8 h	1/2 à 1 Amp selon âge et poids	ampoules à 25 mg et 50 mg QT	

4.1.5 La Surveillance du patient sédaté

La première heure, la surveillance doit être tous les 15 minutes. Par la suite, l'intervalle peut être porté à 30 minutes.

Il s'agit de s'assurer de l'efficacité du traitement, et de l'absence d'effet secondaire.

Les effets secondaires iatrogènes possibles sont :

- sédation excessive
- bradypnée
- tachycardie, devant faire réaliser un ECG
- hémodynamique: risque hypotension dans les premières 30 minutes après injection de Tercian®

4.1.6 Modalités de réalisation de la contention

PRINCIPES :

Pas de contention physique sans une sédation médicamenteuse

L'utilisation de la contention doit permettre d'assurer la sécurité du patient et de l'entourage, et de prévenir la rupture thérapeutique. Son recours n'est justifié qu'après l'échec des autres mesures de prise en charge et cela doit être clairement consigné dans l'observation médicale du patient, en raison des problèmes médico-légaux possibles.

La contention physique est une mesure d'exception et temporaire. Elle ne constitue pas en elle seule une mesure thérapeutique.

La levée de la contention doit être envisagée dès l'effet de la sédation ou lorsque le calme est revenu.

La contention est une prescription médicale. Elle doit figurer dans le dossier avec l'identification du prescripteur. Elle doit détailler le nombre de contentions

Comme pour l'ensemble des soins, une autorisation doit être accordée par les représentants légaux du mineur.

- **Indications de la contention :**
 - Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ou ni appropriés.
 - Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins somatiques ou psychiatriques.
 - Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.

- **Contre-indications non somatiques :**
 - Utilisation à titre de punition
 - Etat clinique ne nécessitant ces mesures
 - Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe ou pour son confort
 - Utilisation uniquement liée au manque de personnel.

- **Réalisation :**

L'utilisation de la contention doit faire l'objet de protocoles préétablis et cependant adaptés au patient traité. Le patient agité est saisi par quatre soignants (un par membre empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse), sur ordre du cinquième soignant (le coordonnateur).

5 GLOSSAIRE

- AMM : autorisation de mise sur le marché
- ARM : assistant de régulation médicale
- ARS : agence régionale de santé
- ASE : aide sociale à l'enfance
- BPF : bonne pratique fondamentale
- BZD : benzodiazépine
- CAP : centre d'accueil permanent
- CRRR : centre de régulation et de réception des appels
- ES : établissement de santé
- ECG : ElectroCardioGramme
- IDE : infirmier diplômé d'État
- IM : intramusculaire
- IV : Intra Veineuse
- IR : Intra Rectale
- NLP : neuroleptique
- ORU : observatoire régional des urgences
- PACA : Provence Alpes Côte d'Azur
- PDSES : permanence des soins en établissement de santé
- PEC : prise en charge
- PO : Per Os
- PJJ : protection judiciaire de la jeunesse
- ROR : répertoire opérationnel des ressources
- RTU : réseaux territoriaux des urgences
- SAMU : structure d'aide médicale urgente
- SMUR : structure médicale d'urgence et de réanimation
- SU : service d'urgences

6 BIBLIOGRAPHIE

SFMU - 9^{ème} CONFERENCE DE CONSENSUS
Agitation en urgence (petit enfant excepté)
Toulouse - 6 décembre 2002

Agitation de l'enfant et de l'adolescent à l'urgences
Journées des pédiatres des urgences - Toulouse - 2005

Traitement en urgence d'un état d'agitation de l'enfant ou de l'adolescent
Dr Eve Laporte-Turpin – Dr Michel Vignes – Dr Isabelle Claudet - octobre 2006

Accueil de l'enfant et de l'adolescent agité aux urgences pédiatriques
cahiers de la puériculture - 2007

Prescription et surveillance des médicaments psychotropes chez l'enfant et l'adolescent
Rédaction : V Vantalon, S Mouchet, MC Mouren - Relecture : JP Raynaud - 2008

Agitation aux urgences : de l'accueil à la prise en charge dans un service d'urgence
F. Thys, A. Manara, G. Deschietere - SFAR - 2011

Relevé de conclusions de l'atelier prise en charge en urgence des adolescents agités
Alpes Maritimes - 2012

Commission de la transparence - Avis - TERCIAN
7 novembre 2012

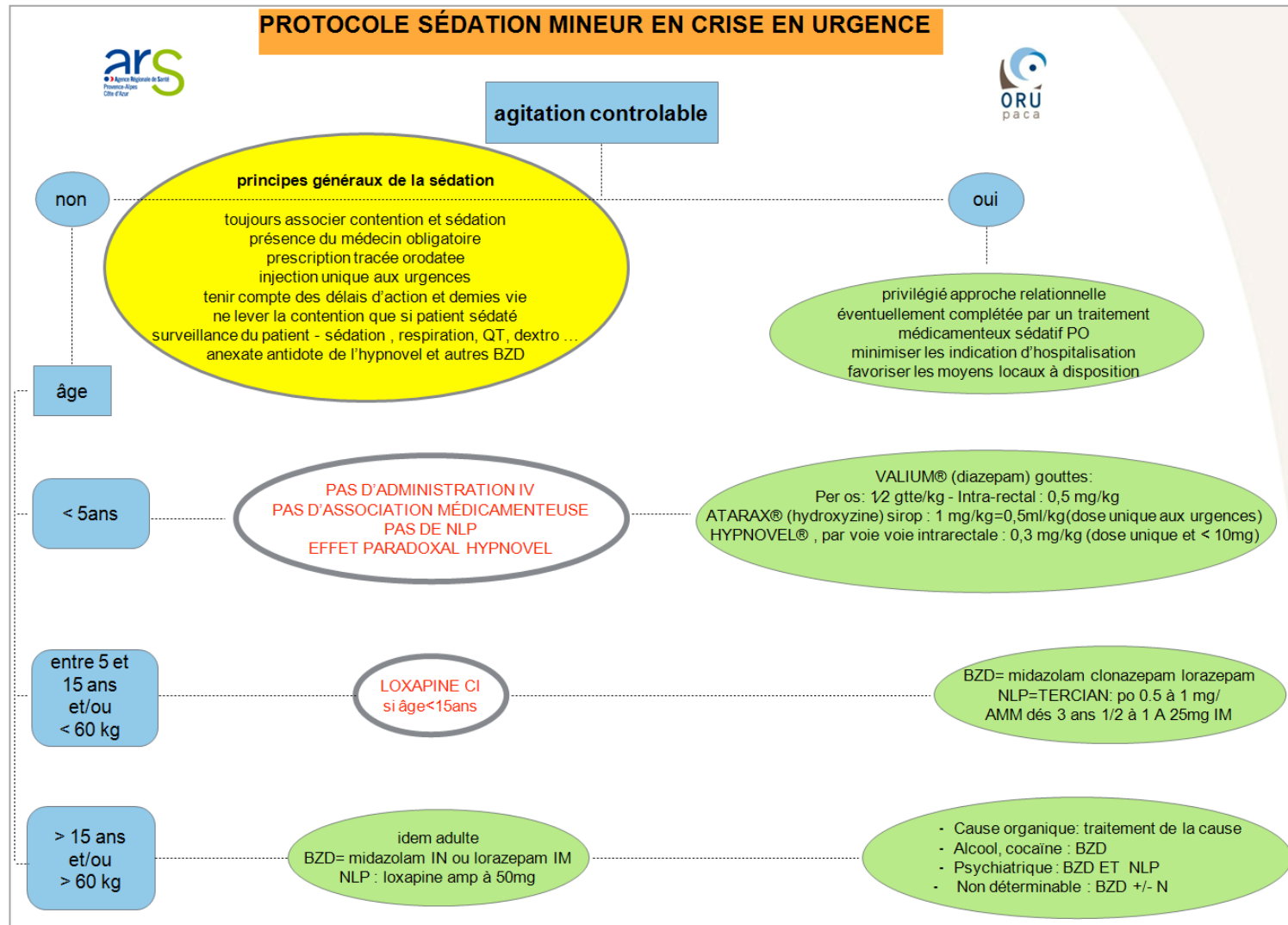
Protocoles de la région PACA :

Etude monocentrique prospective
CHU Lenval - 2011

Prise en charge initiale des états d'agitation de l'adulte
Pôle urgences / SAMU - Avignon

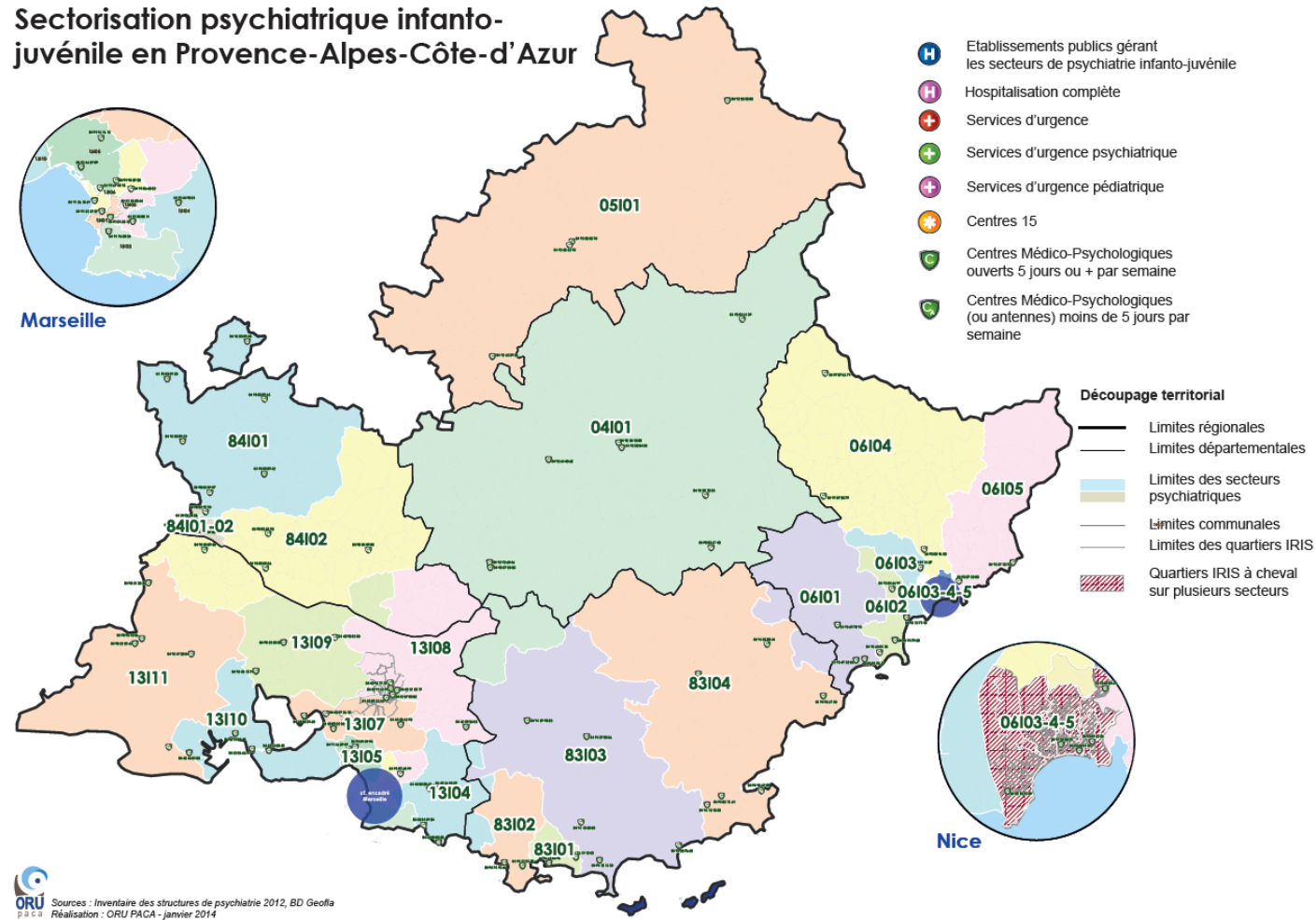
Prise en charge des états d'agitation de l'adulte
SAMU 13 - 2014

7 ANNEXE 1 : SCHÉMA RÉCAPITULATIF



8 ANNEXE 2 : CARTOGRAPHIE SECTEURS INFANTO-JUVÉNILE

Sectorisation psychiatrique infanto-juvénile en Provence-Alpes-Côte-d'Azur



9 ANNEXE 3 : LE GROUPE RÉGIONAL MINEURS EN CRISE AUX URGENCES

A la demande des Sous-Groupes Urgences de Territoires et validé par l'Instance Collégiale Régionale, le groupe régional MINEURS EN CRISE AUX URGENCES s'est constitué en octobre 2014 pour proposer des BPF relatives à la prise en charge en urgence des adolescents en crise.

Ses conclusions sont présentées le 19 mars 2015 à l'occasion du congrès COPACAMU organisé à Marseille.

NOM	FONCTION	ETABLISSEMENT	PLENIER	ATELIERS
<i>BABE Philippe</i>	<i>Responsable urgences</i>	<i>HPNCL</i>	x	x
<i>BARTEL Michel</i>	<i>Directeur</i>	<i>CH Pierrefeu</i>	x	
<i>BARDIN Jean-Pierre</i>	<i>Chef de pôle psychiatrie</i>	<i>CH Digne</i>	x	
<i>BENOIT-RIGEOT Martine</i>	<i>Directeur référent psychiatrie</i>	<i>APHM</i>	x	
<i>BOURGEOIS Stéphane</i>	<i>Chef pôle SAMU/ Urgences</i>	<i>CH Avignon</i>	x	
<i>BOUTIN Aurélie</i>	<i>Pédiatre urgentiste</i>	<i>APHM – Timone</i>		x
<i>BRARD Aude</i>	<i>Urgentiste et régulateur</i>	<i>CH Avignon et CH Cavaillon</i>	x	x
<i>BRENGUIER Robert</i>	<i>Directeur</i>	<i>CH Valvert</i>	x	
<i>BUISSSE Virginie</i>	<i>Psychiatre</i>	<i>CHU Nice</i>	x	x
<i>CARRERAS Jean-Marc</i>	<i>Directeur</i>	<i>Clinique Les 3 Cyprès</i>		x
<i>CARROT Patricia</i>	<i>Cadre supérieur de santé</i>	<i>CH Montfavet</i>		x
<i>DA FONSECA David</i>	<i>Chef de pôle pédopsychiatrie</i>	<i>APHM</i>	x	x
<i>DANON Guy</i>	<i>Directeur adjoint</i>	<i>CH Montfavet</i>	x	
<i>FABRE Gilbert</i>	<i>Directeur</i>	<i>Association SERENA</i>		x
<i>FALIP Evelyne</i>	<i>Médecin référent psychiatrie</i>	<i>ARS PACA</i>	x	x
<i>FISHER Jean-Claude</i>	<i>Pédopsychiatre</i>	<i>Clinique Les 3 Cyprès</i>	x	x
<i>GARSON Valérie</i>	<i>Pédopsychiatre</i>	<i>CH Edouard Toulouse</i>	x	x
<i>IZARD Patricia</i>	<i>Pédopsychiatre (UA UP et CAP 72)</i>	<i>CH Montfavet</i>		x
<i>JEGOT Estelle</i>	<i>Chargée de mission RTU</i>	<i>ORU PACA</i>	x	x

NOM	FONCTION	ETABLISSEMENT	PLENIER	ATELIERS
<i>JOVER Frédéric</i>	<i>Responsable CAP et référent CUMP</i>	<i>CHU Nice</i>	x	x
<i>KROUCH Tiphaine</i>	<i>Pédopsychiatre</i>	<i>CH Valvert</i>	x	x
<i>LEJWI Michaël</i>	<i>Chargée de mission médicale</i>	<i>ORU PACA</i>	x	x
<i>LOUARN Pascale</i>	<i>Pédopsychiatre</i>	<i>CH Montperrin</i>	x	x
<i>MOULLEC Gilles</i>	<i>Directeur</i>	<i>CH Edouard Toulouse</i>	x	
<i>NGUYEN Joël</i>	<i>Chef de service psychiatrie</i>	<i>CH Grasse</i>	x	x
<i>PAILLISSE Geneviève</i>	<i>Pédopsychiatrie de liaison</i>	<i>APHM</i>	x	x
<i>POLVEREL Régis</i>	<i>Chef de service psychiatrie</i>	<i>CH Martigues</i>	x	
<i>PRIGNIEL Léopold</i>	<i>Adjoint au Directeur référent psychiatrie</i>	<i>APHM</i>		x
<i>SEGOND Delphine</i>	<i>Médecin inspecteur</i>	<i>ARS PACA – DT 13</i>	x	x