

Vulnérabilité aux urgences des patients vivant avec un handicap mental

Dr MICHAEL HAMAOU^a, CHRISTOPHE GALZIN^b, Dr JÉRÉMY TERRAT^b et Dr VINCENT DELLA SANTA^c

Rev Med Suisse 2023; 19: 1470-2 | DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.837.1470

Les personnes en situation de déficience intellectuelle (DI) doivent bénéficier des mêmes soins que ceux proposés à la population générale. Cependant, elles possèdent des capacités de défense amoindries par rapport au reste de la population et sont donc plus vulnérables. Ainsi, les crises somatiques, psychologiques ou psychosociales sont plus fréquentes et peuvent s'avérer compliquées à gérer. Habituellement, une évaluation primaire permet de diminuer un transfert aux urgences. Certaines situations sont néanmoins susceptibles de devenir complexes et de nécessiter une prise en charge en milieu hospitalier. Dans cet article, nous examinons les problèmes liés à la vulnérabilité des patients présentant une DI aux urgences, en abordant les défis qu'ils rencontrent et les mesures possibles afin de garantir des soins adaptés à leurs besoins.

Vulnerability of patients with intellectual disabilities in emergency

People with intellectual disabilities should receive the same health-care as those offered to the general population. However, they have weakened defense capabilities compared to the rest of the population and are therefore more vulnerable, with somatic, psychological, and psychosocial crises being more frequent and becoming complicated to manage. Usually, a primary assessment can reduce the need for transfer to emergency departments, but some situations may become complex and require hospital-based care. In this article, we will examine the issues related to the vulnerability of patients with intellectual disabilities in emergent or urgent situations, addressing the challenges they face and the measure that can be taken to ensure care that is tailored to their needs.

INTRODUCTION

Les troubles somatiques et psychiques aigus ainsi que les troubles du comportement chez les personnes présentant une déficience intellectuelle (DI) sont très fréquents et représentent un défi diagnostique et thérapeutique. La symptomatologie clinique manifestée par une personne avec une DI est différente de celle présentée par le reste de la population. Ces patients sont souvent plus vulnérables que les autres patients, en raison de leurs besoins et leurs symptômes tels que la douleur ou l'inconfort ou l'incapacité à communiquer

efficacement. Ils peuvent être plus susceptibles de ressentir de la peur et de l'anxiété lorsqu'ils se trouvent dans un environnement inconnu tel que les urgences.¹ Ces émotions peuvent les rendre agités et perturber leurs comportements, entraînant des retards dans leur prise en charge, allant jusqu'à entraver leur accès aux soins de santé et à un traitement approprié.

VIGNETTE CLINIQUE

Jean-Blaise est un patient de 62 ans connu pour une trisomie X avec un retard mental, non communicant verbal, et vivant en institution socio-éducative. Il présente depuis 12 heures une baisse de l'état général. Les soignants sur place remarquent que le patient utilise moins son membre supérieur droit depuis probablement quelques heures.

Sur site, le patient est pris en charge par les ambulanciers et le SMUR. L'examen clinique reste très limité avec un patient de plus en plus agité et ne permet pas de mettre en évidence des troubles neurologiques.

Sur la base de l'hétéro-anamnèse des soignants, la filière AVC est déclenchée. Un éducateur de confiance accompagne le patient et le transfert se réalise sans feux bleus ni sirène pour ne pas l'effrayer. La prise en charge au sein des urgences peut se faire rapidement, le CT mettant en évidence un AVC sylvien G. Le patient est admis pour surveillance en neurologie.

DIFFÉRENTS DÉFIS RENCONTRÉS ET MESURES APPLIQUÉES

Les difficultés les plus courantes rencontrées par les soignants et les patients sont souvent ignorées ou freinées par un flux tendu aux urgences. Avant même d'être pris en charge par un soignant, il est possible que le patient se retrouve à attendre plusieurs minutes voire plusieurs heures au milieu d'autres patients. Cet environnement et l'attente associée représentent un risque de développer une crise, s'exprimant sous forme d'hétéroagressivité et d'agitation qui nuira à une bonne gestion des soins. Ces symptômes appelés « comportements défis » peuvent compromettre la prise en charge médicale.²

Communication et compréhension

L'anamnèse psychiatrique et psychosociale est importante car elle permet de déterminer le niveau de développement de

^aService des urgences, Réseau hospitalier neuchâtelois, 2000 Neuchâtel,

^bFondation Les Perce-Neige, Chemin Mon-Loisir 23, 2208 Les Hauts-Geneveys,

^cDépartement des urgences, Réseau hospitalier neuchâtelois, 2000 Neuchâtel
michael.hamaoui@rhne.ch | christophe.galzin@ne.ch | jeremy.terrat@medbase.ch
vincent.dellasanta@rhne.ch

la personne afin de s'adapter à elle et d'entreprendre la suite de prise en charge. En raison de la communication réduite ou absente, la prise d'informations comporte fréquemment des lacunes et il est souvent nécessaire d'avoir recours à des informations d'un tiers.

Il est difficile pour les membres de l'équipe socio-éducative ou de la famille de décrire de façon précise les observations qu'ils peuvent faire face aux personnes en situation de crise. De plus, ces informations passent par le filtre des affects et du ressenti de la tierce personne à l'égard du patient.

La communication et la compréhension restent complexes et nécessitent une approche adaptée. Afin d'expliquer les procédures médicales, les traitements et les consignes, il est nécessaire d'éviter les termes médicaux et il est important d'utiliser un langage simple et clair. L'utilisation des techniques de communication non verbale, comme les gestes et les expressions faciales, améliore la qualité de compréhension.³ Plusieurs supports peuvent être utilisés tels que le visuel par des images ou des pictogrammes pour aider à expliquer les concepts difficiles à comprendre.^{4,5} L'accompagnant qui le connaît le mieux est une ressource extrêmement précieuse dans ce cas mais trop souvent sous-utilisée.

Troubles anxieux chez la population avec une déficience intellectuelle

Aux urgences, l'anxiété peut être encore plus importante et est souvent favorisée par son environnement bruyant et chaotique, avec des lumières vives et des sons inattendus. L'interaction avec des personnes inconnues peut augmenter le niveau d'anxiété des patients, jusqu'à les amener à des états de crises. Tous ces facteurs, associés à des symptômes somatiques, peuvent augmenter le risque d'agressivité aux urgences.⁶ Plusieurs techniques de gestion de l'agressivité, telles que la distraction ou la réorientation de l'attention, peuvent être utilisées. Les interventions somatosensorielles peuvent également être des méthodes non pharmacologiques efficaces pour traiter l'agitation aiguë. Lorsqu'il est déterminé que le comportement d'un patient présente un risque imminent ou dangereux pour lui-même et/ou les autres, ou que le comportement de la personne interfère avec un traitement vital, l'utilisation des mesures de contentions physique et/ou chimique peut s'avérer indiquée.

Identifier la douleur pour rapidement la traiter

La gestion de la douleur dans cette population est primordiale. Chaque personne réagit différemment à la douleur et adopte un comportement propre à ses capacités mentales et physiques pour la démontrer.⁷ Plusieurs enquêtes montrent ainsi que la douleur des personnes verbalement non communicantes est encore sous-évaluée et sous-traitée. Il est important de rechercher les signes indirects de la douleur, tels qu'une position antalgique, des mouvements de retrait ou une protection des zones douloureuses.⁸ Une échelle d'évaluation pour mesurer la douleur chez les personnes vivant avec une DI est recommandée. L'échelle GED-DI présente l'avantage de ne pas nécessiter de connaître le comportement habituel du patient polyhandicapé ni ses signes neurologiques habituels.⁹

Il s'agit aussi de rechercher les affections somatiques les plus fréquentes chez les patients avec DI afin de mieux traiter la douleur. Les troubles somatiques se manifestent fréquemment par des troubles du comportement. Il faut donc être attentif, entre autres, aux douleurs dentaires, articulaires, dorsales, musculaires; aux positions assises inconfortables et non physiologiques; à l'anémie, aux symptômes de reflux gastrique, à la constipation, aux subiléus et iléus, et aux infections urinaires.

Il existe plusieurs outils validés, tels que l'acronyme DODUGO (Dentaire, ORL, Digestif, UroGénital et Orthopédique), représentant le top 5 des problèmes somatiques chez les personnes avec une DI et aidant à orienter rapidement vers un diagnostic.¹⁰

Voie violette au Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe): une solution à l'attente

Le RHNe propose une alternative afin de réduire le temps d'attente et d'améliorer la prise en charge des patients avec une DI. La voie violette est une filière qui permet de diminuer les inégalités d'accès aux soins et d'augmenter la rapidité d'une prise en charge pour les patients avec une déficience intellectuelle et physique. Elle est organisée en circuit simplifié et court au sein des urgences.

Un premier contact en extrahospitalier doit être pris par un soignant ou un accompagnant pour annoncer l'arrivée d'un patient avec une DI, en invoquant la volonté d'activer «la voie violette». Il est nécessaire d'obtenir une explication brève de la situation avec le motif d'appel, les coordonnées du patient et le délai d'arrivée. À l'accueil des urgences, l'infirmière évalue le degré d'urgence et oriente le patient afin qu'un médecin superviseur rencontre directement le patient pour une première évaluation médicale, en intégrant systématiquement l'accompagnant et tout en essayant autant que possible de réduire le temps d'attente. Ce programme favorise un temps de passage aux urgences aussi court que possible en privilégiant, si la situation le permet, le retour en toute sécurité du patient sur son lieu de vie.

CONCLUSION

La vulnérabilité d'un patient vivant avec une DI est trop souvent négligée. Il est important de mettre en place des stratégies pour comprendre les éléments qui contribuent à leur agressivité, instaurer une formation pour les équipes médico-soignantes afin d'augmenter leur sensibilité et leurs compétences. Mettre en œuvre une filière telle que la voie violette assure une bonne gestion des soins par la diminution du temps d'attente. Toutefois, la réussite de cette approche est complexe et repose sur une collaboration active entre les professionnels de santé, les aidants et le patient. L'implication d'un membre naturel de l'entourage familial ou d'un éducateur peut faciliter la communication, ce qui permettra aux patients de mieux comprendre les informations et de recevoir des soins de qualité.

À l'avenir, l'accès aux soins courants doit être renforcé et facilité pour permettre d'éviter le recours systématique aux urgences.

Conflit d'intérêts: les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Face à l'incapacité de communiquer et/ou une compréhension réduite, l'utilisation de techniques linguistique et gestuelle adaptées permet d'améliorer la gestion des soins.
- Face à une agitation aiguë, il est important de penser aux causes fréquentes, telles que la douleur, et de pouvoir la traiter rapidement par une antalgie adaptée.
- L'activation d'une filière dédiée permet d'optimiser la prise en charge et d'espérer un retour à domicile plus rapide et sans complication.
- Il est nécessaire de ne pas négliger l'implication mixte (accompagnant/éducateurs/équipe médicosoignante) durant une prise en charge.

1 Sowney M, Barr OG. Caring for adults with intellectual disabilities: perceived challenges for nurses in accident and emergency units. *J Adv Nurs*. 2006 Jul;55(1):36-45.

2 **Guinchat V, Brébant AF, Chabane A. Situations complexes chez l'adulte avec déficience intellectuelle sévère. Un nouveau modèle d'accompagnement. *Rev Med Suisse*. 2021 Sep 22;17(751):1611-3.

3 Tuffrey-Wijne I, McEnhill L. Communication difficulties and intellectual disability in end-of-life care. *Int J Palliat Nurs*. 2008 Apr;14(4):189-94.

4 *Boardman L, Bernal J, Hollins S. Communicating with people with intellectual disabilities: a guide for general psychiatrists. *Adv Psych Treatm*. 2014;20(1):27-36.

5 Frassati D, Dauvé C, Kosel M. Le handicap intellectuel chez l'adulte: concepts actuels et défis dans l'approche clinique. *Rev Med Suisse*. 2017 Sep 20;3(575):1601-4.

6 McGonigle JJ, Venkat A, Beresford C, Campbell TP, Gabriels RL. Management of agitation in individuals

with autism spectrum disorders in the emergency department. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2014 Jan;23(1):83-95.

7 *Foley DC, McCutcheon H. Detecting pain in people with an intellectual disability. *Accid Emerg Nurs*. 2004 Oct;12(4):196-200.

8 de Knecht NC, Pieper MJC, Lobbezoo F, et al. Behavioral pain indicators in people with intellectual disabilities: a systematic review. *J Pain*. 2013 Sep;14(9):885-96.

9 *Zabalia M, Breau LM, Wood C, et al. Validation francophone de la grille d'évaluation de la douleur-déficience intellectuelle – version postopératoire. *Can J Anesth*. 2011 Nov;58(11):1016-23.

10 *Ba M, Daniluk A, Salamun J, Haller DM, Barras ACH. Top 5 des problèmes somatiques chez les personnes en situation de handicap mental avec troubles du comportement. *Rev Med Suisse*. 2020 Sep 30;6(708):1796-800.

* à lire

** à lire absolument