

« Code blanc » : modèle de collaboration interprofessionnelle aux urgences

Dre CÉLINE GUGGISBERG^{a,*}, Dr FABIEN FILLIETTAZ^{b,*}, Dr CHRISTOPHE BIANCHI^a, Dr STÉPHANE SAILLANT^c, NOÉ JAQUET^c, Dr VINCENT DELLA SANTA^b et Dr NICOLAS BEYSARD^a

Rev Med Suisse 2022; 18: 1492-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.791.1492

L'agitation psychomotrice aiguë est fréquente dans les services d'urgences. La prise en charge d'un patient agité s'avère complexe en raison de multiples facteurs et nécessite de la part des intervenants une collaboration interdisciplinaire étroite. Cet article a pour but de synthétiser les principes de prise en charge d'une agitation aiguë dans un service d'urgences et de détailler un protocole interprofessionnel de prise en charge (code blanc), en présentant l'opinion des principaux intervenants de ce modèle interprofessionnel de soins.

“White code protocol”: model of interprofessional collaboration in the emergency room

Acute agitation is a frequent cause of emergency department's consultation. Managing an agitated patient is complex due to many factors and require from healthcare teams a close interdisciplinary collaboration. Scope of this article is to describe the management of agitated patients in an emergency department and to present an interprofessional medical care protocol (white code protocol), giving also the opinion of principal actors of this healthcare interdisciplinary model.

INTRODUCTION

L'agitation est définie comme une activité psychomotrice excessive menant à un comportement violent ou agressif.¹ C'est un motif de recours fréquent aux urgences qui constitue jusqu'à 2,6% des consultations.² En raison de la non-spécificité de ce symptôme vis-à-vis d'étiologies variées et potentiellement mortelles, des risques autoagressifs et de la probabilité d'hétéro-agressivité envers le personnel soignant, les patients agités requièrent une prise en charge prioritaire et individualisée.

Le traitement initial repose sur des approches non médicamenteuses, notamment avec la désescalade verbale et la mise en place d'un cadre apaisant de prise en charge.³ Si elles s'avèrent insuffisantes, l'administration de médicaments, tels que des benzodiazépines ou des neuroleptiques, doit être envisagée. En dernier recours, une contention physique doit être mise en place. En parallèle à ces traitements, l'étiologie

de l'état d'agitation aiguë, qu'elle soit somatique ou psychiatrique, doit être activement recherchée.

Une prise en charge interdisciplinaire et structurée, avec des équipes dédiées et un protocole défini, permet de diminuer significativement le recours aux contentions physiques et chimiques.^{4,5} Le personnel impliqué dans de telles prises en charge reconnaît volontiers que, malgré les défis structurels et hiérarchiques d'une telle collaboration, l'interprofessionnalité est la clé pour des soins de qualité aux patients agités.⁶

Dans nos institutions, un protocole code blanc a été développé et instauré. L'application d'un tel protocole a permis de démontrer qu'il entraîne un traitement plus rapide du patient agité et une réduction de la durée de séjour aux urgences.⁷ Enfin, il permet d'améliorer la sécurité du personnel soignant.

L'objectif de cet article est de présenter les principes de prise en charge d'un état d'agitation aiguë aux urgences de nos différentes institutions, en donnant notamment la parole aux principaux professionnels impliqués.

CODE BLANC DU RÉSEAU HOSPITALIER NEUCHÂTELOIS ET DU CENTRE NEUCHÂTELOIS DE PSYCHIATRIE

Le code blanc a été instauré en 2013 dans le Service des urgences du canton de Neuchâtel. Il a été créé afin d'offrir une prise en charge sécuritaire pour les patients et les équipes soignantes. Le principe est de déclencher rapidement et conjointement une prise en charge mixte, somatique et psychiatrique, chez les patients agités, quelle qu'en soit l'étiologie.

Cette procédure est déclenchée lorsque la prise en charge d'un patient agité a lieu aux urgences, aux urgences psychiatriques ou en préhospitalier, et qu'il ne peut être calmé par la parole et nécessite des moyens thérapeutiques supplémentaires afin d'être apaisé. Dans ce contexte, le déclenchement du code blanc se fait par le médecin en charge du patient, qu'il soit urgentiste ou psychiatre. La prise en charge a lieu dans les locaux des urgences somatiques et de préférence dans une salle de déchocage. L'infirmière responsable et le médecin superviseur (chef de clinique au minimum) des urgences somatiques sont contactés, ainsi que leurs homologues de psychiatrie (un infirmier et un médecin). Dans le même temps, et selon le niveau d'agitation, la sécurité et éventuellement la police sont averties, pour peu qu'elles ne soient pas déjà

^aService des urgences, Département des centres interdisciplinaires, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^bDépartement des urgences, Réseau hospitalier neuchâtelois, 2000 Neuchâtel, ^cCentre d'urgence psychiatrique, Centre neuchâtelois de psychiatrie, 2000 Neuchâtel
celine.guggisberg@chuv.ch | fabien.fillietaz@rhne.ch | christophe.bianchi@chuv.ch
stephane.saillant@cnp.ch | noe.jaquet@cnp.ch | vincent.dellasanta@rhne.ch
nicolas.beysard@chuv.ch

*Ces deux auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

impliquées. Les rôles entre les différentes équipes sont répartis comme suit:

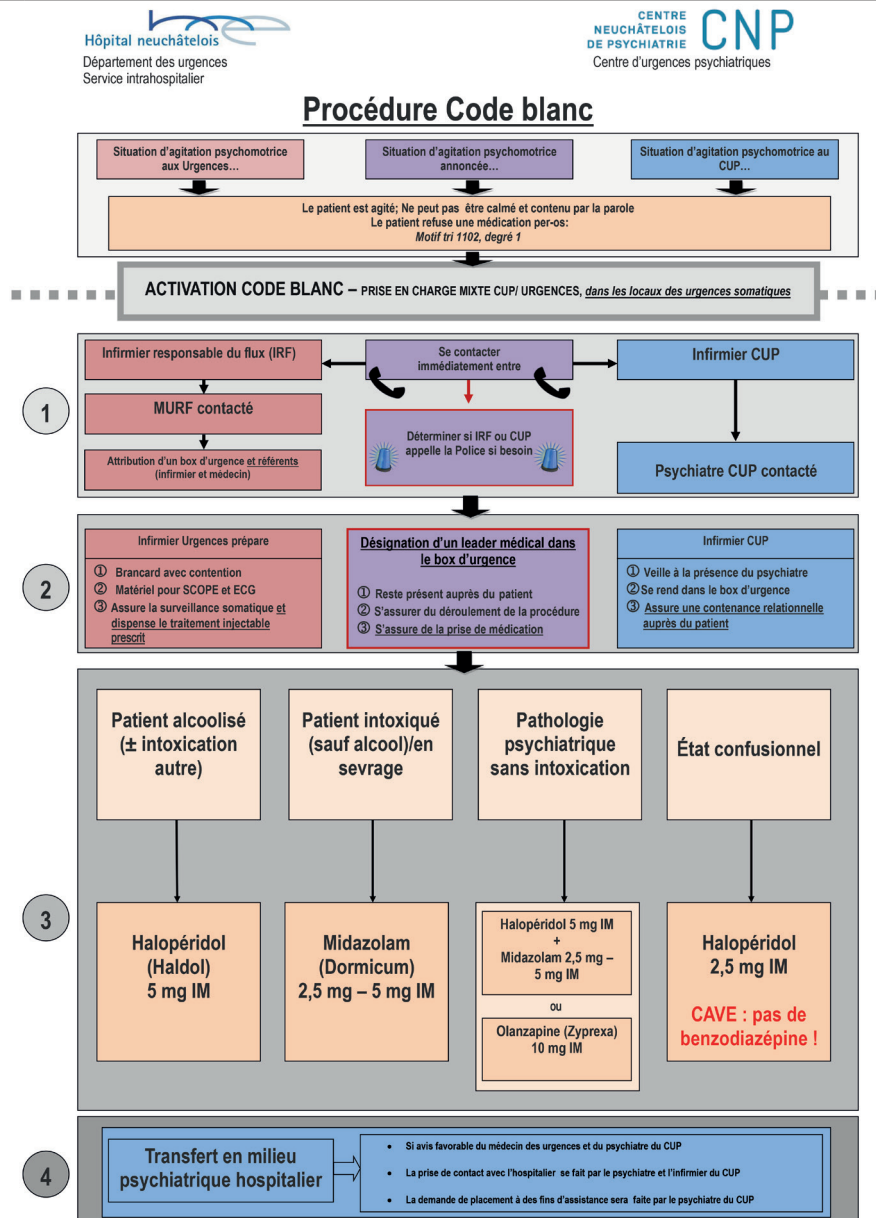
- L'équipe infirmière somatique prépare les moyens de contention (brancard avec des contentions physiques, médicament pour une sédation) et anticipe les moyens de surveillance clinique du patient (scope). Enfin, elle est responsable de l'administration des traitements prescrits, selon un protocole préétabli, d'un commun accord entre médecins somaticiens et psychiatres.
- L'équipe médicale somatique est responsable de la prescription des traitements et de la supervision de la sédation. Le médecin superviseur reste auprès du patient durant la procédure.
- L'équipe psychiatrique est également sur place. Son rôle consiste à effectuer une désescalade verbale, à motiver le

patient à prendre une sédation orale, à maintenir la relation avec le patient durant sa prise en charge et à rapidement évaluer le patient sur le plan psychiatrique. L'équipe de psychiatrie contribue à prendre les meilleures décisions thérapeutiques pour le patient, en concertation constante avec l'équipe somatique.

Le protocole préconise l'administration d'halopéridol pour les patients présentant une intoxication alcoolique et chez ceux âgés avec un état confusionnel aigu. Pour les patients souffrant d'une intoxication autre que l'alcool ou présentant un syndrome de sevrage, le midazolam est proposé. Enfin, chez ceux avec une pathologie psychiatrique décompensée, une combinaison de midazolam + halopéridol est recommandée (figure 1).

FIG 1 Code blanc du Réseau hospitalier neuchâtelois et du Centre neuchâtelois de psychiatrie

CUP: Centre d'urgence psychiatrique, IRF: infirmier responsable du flux; MURF: médecin urgentiste responsable du flux.



Finalement, une fois le patient stabilisé, en l'absence d'une cause somatique identifiée et si l'indication à une hospitalisation en milieu psychiatrique est posée, l'organisation de cette dernière est déléguée à l'équipe de psychiatrie. Si un bilan somatique au-delà de l'examen clinique initial est nécessaire, l'équipe somatique reste en charge du patient le temps du bilan.

Ce protocole permet une prise en charge multidisciplinaire, rapide, et sécuritaire pour le patient et les équipes soignantes, avec une médiane de traitement aux urgences somatiques de 118 minutes pour les patients hospitalisés in fine en unité psychiatrique.⁷

CODE BLANC DU CHUV

Au service des urgences du CHUV, lorsque le personnel soignant identifie un patient présentant une agitation psychomotrice aiguë ou une agressivité et qu'il représente un danger pour lui-même ou pour les autres, un code blanc est déclenché (figure 2). Le code blanc peut également être activé par une équipe préhospitalière, quelle qu'elle soit (SMUR (structure mobile d'urgence et de réanimation), ambulance ou police). La prise en charge de ces patients se fait en salle de déchocage. Lors du déclenchement d'un code blanc, 2 médecins urgentistes (1 chef de clinique ou médecin cadre et 1 médecin assistant), 1 à 2 infirmiers, 1 aide-soignant et au minimum 2 agents de sécurité sont activés par l'intermédiaire d'une annonce téléphonique de groupe. Contrairement au protocole neuchâtelois, les psychiatres ne sont pas d'emblée présents.

Le médecin urgentiste senior est le leader de la prise en charge et s'assure de la coordination entre les différents intervenants. À l'admission du patient, il l'évalue cliniquement afin d'exclure les étiologies somatiques nécessitant une prise en charge immédiate et détermine l'origine possible de l'agitation. Par ailleurs, il doit systématiquement tenter une désescalade verbale dont les principes sont rappelés au dos des protocoles de prise en charge ad hoc (tableau 1). Si cette dernière échoue, il décide de la mise en place de mesures de contrainte. L'application de mesures de contention physiques est effectuée par les agents de sécurité, parfois avec l'aide de policiers. Le choix de la voie d'administration et du type de traitement est encadré par le protocole (figure 2) et est globalement semblable à ce qui est appliqué au Réseau hospitalier neuchâtelois. Le médecin s'occupe d'informer le patient des mesures entreprises et continue la désescalade verbale tout au long de la prise en charge, cela afin de rassurer le patient. Les infirmiers et aides-soignants assurent également les soins et la surveillance du patient durant et à l'issue de la contention. Légalement, toute contention physique doit être documentée et nécessite une réévaluation clinique rapprochée afin qu'elle soit toujours adaptée à la situation. L'équipe de psychiatrie de liaison est sollicitée en cas de suspicion de cause psychiatrique à l'état d'agitation, après exclusion de causes somatiques.

OPINION DES INTERVENANTS

Afin d'évaluer le protocole code blanc, un questionnaire en ligne a été adressé aux différents professionnels impliqués.

TABLEAU 1		Principes de désescalade verbale
Respecter l'espace personnel		Se tenir à deux longueurs de bras
Adopter une posture non provocante		Pas de bras croisés, ne pas soutenir en permanence le regard, pas de mains dans les poches
Une seule personne interagit verbalement		Être poli, donner son nom et sa fonction, rassurer, ne pas tutoyer
Être concis		Répéter les messages plusieurs fois
Identifier les besoins et les sentiments		Rechercher si le patient a une demande ou une attente particulière
Écoute active et précise		Reformuler exactement pour montrer qu'on écoute
S'accorder avec le patient		S'accorder avec la vérité, s'accorder sur les principes, s'accorder avec une probabilité, reconnaître aussi s'il n'y a aucune façon de s'accorder avec le patient et le lui dire
Poser des limites		Pas de violence, pas d'insulte, coacher le patient à se calmer
Offrir des choix et être positif		Offrir des choix réalistes et aidants, ne pas promettre quelque chose d'impossible, proposer un traitement per os, être positif mais réaliste

Au total, 152 personnes ont répondu au questionnaire, dont 35% de policiers, 26% d'ambulanciers, 17% de médecins, 13% d'infirmiers ou d'aides de soins et 8% d'agents de sécurité.

La procédure code blanc est jugée de manière générale comme étant utile ou très utile par 87% des répondants. 91% (109/119) de ces derniers estiment que la mise en place du protocole améliore le travail interprofessionnel. Il permet notamment de définir et clarifier les rôles de chacun avant l'arrivée du patient et ainsi de mieux coordonner la prise en charge. La communication et la collaboration entre les différents intervenants sont améliorées. D'une part, la transmission des informations relatives au patient et nécessaires pour sa prise en charge se fait de manière uniformisée et immédiate à l'ensemble du personnel en charge du patient. D'autre part, plusieurs intervenants du secteur préhospitalier relèvent que la transmission est réalisée de manière plus efficace, permettant ainsi une réduction du temps passé en milieu hospitalier. Les décisions sont enfin partagées entre les intervenants et suivies selon un algorithme défini, permettant une approche commune et cohérente.

Finalement, la prise en charge interprofessionnelle d'un patient agité est jugée bénéfique par 95% des répondants. L'anticipation des besoins et la mobilisation immédiate des ressources disponibles permettent un gain de temps dans la prise en charge globale de ces patients et améliorent également le sentiment de sécurité des intervenants. Plusieurs de ces derniers mentionnent enfin que l'accueil de ces patients dans un lieu adapté, tel qu'une salle de déchocage, est bénéfique pour le patient agité, mais aussi pour les autres patients et le personnel des urgences.

CONCLUSION

Les services des urgences sont habitués à travailler en interdisciplinarité et interprofessionnalité. S'il semble logique

FIG 2 Code blanc du CHUV

DCI: dénomination commune internationale; MI: membre inférieur; MS: membre supérieur; PLAF: placement à des fins d'assistance; SMUR: structure mobile d'urgence et de réanimation; URGA: Unité d'urgence médicale ambulatoire; URGC: Unité d'urgence médicale et chirurgicale couchée; URGO: Unité d'observation.



CODE BLANC (patients agités / violents)

Étiquette patient

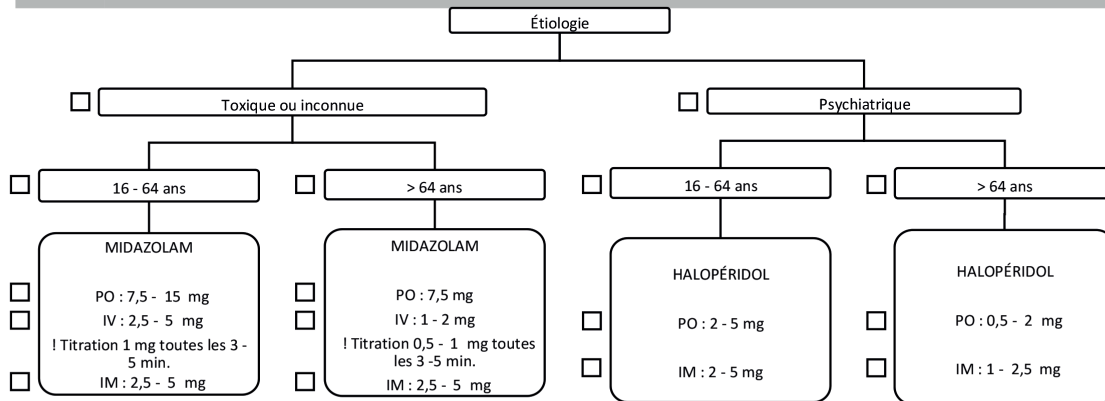
Arrive avec : Police Ambulance SMUR

PLAF prononcé en préhospitalier ? OUI NON

Traitements administrés en préhospitalier (DCI, dosage et voie d'administration)

1. Tentative de désescalade verbale OBLIGATOIRE (cf. au verso →)

2. Contention chimique



3. Contention physique

Contention physique = **ULTIMA RATIO** ! : OUI NON Si oui : pour une durée la plus courte nécessaire et contention complète = attaches MSs et MIs, sangle abdominale et fixations de cuisses

Protocole de contention *ad hoc* rempli : OUI NON

Nécessité d'une garde par un agent de sécurité : OUI NON

4. Échelle d'agitation : évaluer 1 x à l'admission au déchocage (arrivée) et 1 x à la sortie du déchocage

! CIBLE = -1 ou -2 !

Échelle d'agitation (Richmond agitation sedation scale, RASS)

			Arrivée	Sortie
+4	COMBATIF	= combatif, danger immédiat envers l'équipe		
+3	TRÈS AGITÉ	= tire, arrache les cathéters, agressif envers l'équipe		
+2	AGITÉ	= mouvements fréquents sans but précis, agitation psychomotrice		
+1	NE TIENT PAS EN PLACE	= anxieux ou craintif mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs		
0	ÉVEILLÉ ET CALME			
-1	SOMNOLENT	= pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (> 10 sec.)		
-2	DIMINUTION LÉGÈRE DE LA VIGILANCE	= reste éveillé brièvement avec contact visuel à l'appel (< 10 sec.)		
-3	DIMINUTION MODÉRÉE DE LA VIGILANCE	= n'importe quel mouvement à l'appel (ouverture des yeux) mais pas de contact visuel		
-4	DIMINUTION PROFONDE DE LA VIGILANCE	= aucun mouvement à l'appel, mouvement à la stimulation physique non douloureuse		
-5	NON RÉVEILLABLE	= aucun mouvement ni à l'appel ni à la stimulation physique non douloureuse		

5. Orientation post-déchocage et signature du leader

Orientation à la sortie du déchocage : URGC URGO URGA

Nom et signature du leader :

depuis des années qu'un polytraumatisé doit être pris en charge de manière coordonnée par différents corps de métiers et différents spécialistes, l'urgence psychiatrique qu'est l'agitation psychomotrice sévère n'est souvent pas considérée de la même manière, ce qui est délétère pour les patients et les professionnels qui les prennent en charge. Nous ne pouvons que recommander à nos collègues urgentistes et psychiatres de s'organiser pour que ces patients soient pris en charge de manière commune, pour le bien de toutes et tous.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'agitation psychomotrice sévère doit être considérée comme relevant d'un «déchocage» avec prise en charge interprofessionnelle et multidisciplinaire
- La sédation médicamenteuse, si nécessaire, doit être limitée à quelques molécules précises utilisées pour un profil bien défini d'agitation
- Si le leadership est bicéphale (psychiatrie et urgences), le rôle de chaque acteur/équipe doit être discuté et validé préalablement à la mise en place d'une procédure commune
- Le débriefing après code blanc ainsi que l'entraînement en simulation de scénarios d'agitation permettent d'affiner et d'améliorer les pratiques

1 Holloman GH, Zeller SL. Overview of Project BETA: Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation. *West J Emerg Med* 2012;13(1):1-2.

2 Gottlieb M, Long B, Koyfman A. Approach to the Agitated Emergency Department Patient. *J Emerg Med*. 2018 Apr 1;54(4):447-57.

3 Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, et al. Verbal De-escalation of the Agitated

Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med* 2012;13(1):17-25.

4 **Wong AH, Ray JM, Cramer LD, et al. Design and Implementation of an Agitation Code Response Team in the Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2022 May 1;79(5):453-64.

5 *Downes MA, Healy P, Page CB, Bryant JL, Isbister GK. Structured team approach to the agitated patient in the emergency department. *Emerg Med Australas*. 2009;21(3):196-202.

6 *Wong AHW, Combellick J, Wispelwey BA, Squires A, Gang M. The Patient Care Paradox: An Interprofessional Qualitative Study of Agitated Patient Care in the Emergency Department. *Acad*

Emerg Med. 2017;24(2):226-35.

7 **Saillant S, Santa VD, Golay P, Amirat M. The Code White protocol. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*. 2018 May 23;169(4):121-6.

* à lire

** à lire absolument