



# Accueil aux urgences de patients présentant un trouble du spectre de l'autisme

LIVIO RAMA<sup>a,b</sup>, ISABELLE STEFFEN<sup>c</sup>, Pr PIERRE-NICOLAS CARRON<sup>b</sup>, Dre STÉPHANIE BILANCIONI<sup>d</sup> et Dr NICOLAS BEYSARD<sup>b</sup>

Rev Med Suisse 2023; 19: 1440-2 | DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.837.1440

Les personnes avec un trouble du spectre de l'autisme sont amenées à consulter les services d'urgences plus fréquemment que le reste de la population. Leur capacité à communiquer avec leur environnement peut être non seulement limitée mais aussi différente des interactions entre personnes non autistes. En outre, les multiples stimulations sensorielles inhérentes au fonctionnement des services d'urgences sont de nature à rendre difficiles les interactions et donc les soins aux patients avec un trouble du spectre de l'autisme. Comprendre ces difficultés et les attentions particulières à considérer permet de mieux les soigner. Cet article expose les divers points auxquels faire attention afin d'offrir un accueil et des soins de qualité aux patients avec un trouble du spectre de l'autisme.

## Emergency management of patients with autism spectrum disorder

*People with autism spectrum disorder visit emergency departments more frequently than the rest of the population. Their ability to communicate with their environment may not only be limited but also different from the interactions of non-autistic people. In addition, the multiple sensory stimulations present in the emergency departments are likely to make interactions, and therefore the care of patients with an autism spectrum disorder more difficult. Understanding these difficulties and the special attentions to consider will allow better care for them. This article highlights the various points of attention to be had in order to offer quality welcoming and care to patients with an autism spectrum disorder.*

## INTRODUCTION

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) sont définis comme des troubles neurodéveloppementaux se manifestant dans les premières années de vie et dont la sévérité ainsi que la présentation clinique sont variables. Le mécanisme et les causes exactes de ces troubles demeurent incertains. Toutefois, l'hypothèse actuelle la plus vraisemblable retient des causes multifactorielles: génétiques, épigénétiques et

environnementales. Les premières manifestations de ces troubles peuvent apparaître tôt, dès 18 mois, le diagnostic étant généralement posé dans l'enfance.<sup>1</sup> Par définition, les

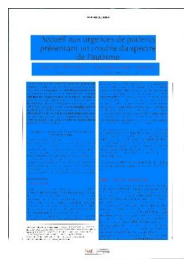
personnes ayant un TSA vont présenter des difficultés de communication en société, des comportements stéréotypés, une perception sensorielle altérée et peuvent présenter des déficiences linguistiques.<sup>1-7</sup> L'autisme n'est pas un trouble du comportement, ni un trouble de la personnalité ou psychiatrique. Cependant, les personnes autistes présentent parfois certaines comorbidités, comme une déficience intellectuelle, une épilepsie, des pathologies psychiatriques ou encore des troubles gastro-intestinaux.<sup>2,4,6,8,9</sup> Cela contribue en partie au fait que ces patients ont un taux de consultation aux urgences plus élevé en comparaison avec le reste de la population.<sup>2,7,8,10</sup> Les traumatismes accidentels ou lors de comportements auto-hétéroagressifs sont également plus fréquents.

La prise en charge des patients TSA aux urgences est délicate et requiert souvent une disponibilité accrue des équipes médico-soignantes, ainsi qu'une bonne compréhension de la problématique. Une étude canadienne rapporte qu'environ un quart des patients avec un TSA consultant aux urgences sont sédatisés ou contentionnés physiquement.<sup>11</sup> Par ailleurs, les personnes ayant un TSA et leurs proches rapportent souvent ne pas être satisfaits de leur prise en charge dans un service d'urgences.<sup>4,7,10,12</sup>

L'objectif de cet article est donc de présenter des solutions afin de faciliter la prise en charge aux urgences des personnes avec un TSA.

## DIFFICULTÉS POUR COMMUNIQUER

Les patients avec un TSA ont des difficultés à communiquer, ce qui rend plus difficile la réalisation d'une anamnèse pour comprendre le motif de consultation. Comprendre ces différences permet une meilleure interaction. Chaque patient avec un TSA est différent vis-à-vis de ces enjeux de communi-



tion: l'accès au langage peut être absent, retardé par rapport aux autres enfants, voire précoce dans certaines situations (syndrome d'Asperger par exemple). Si l'accès au langage est variable, la communication et les interactions sociales présentent toujours un caractère particulier au regard des personnes non autistes. L'usage du regard dans les interactions peut être absent ou se différencier de l'utilisation qu'en font les personnes non autistes. Par exemple, un patient avec un TSA regarde volontiers de côté au lieu de regarder son interlocuteur dans les yeux. Une autre difficulté peut résider dans la monotonie de l'intonation avec des difficultés à adapter le ton à la situation. Ces éléments peuvent complexifier la capacité à cerner la nature et la gravité de la plainte d'un patient avec un TSA.<sup>2-7</sup> L'identification de la pathologie est donc rendue plus complexe et peut être retardée.<sup>4,6</sup>

## PERCEPTION SENSORIELLE ALTÉRÉE

Dans un service d'urgences, des facteurs environnementaux viennent s'ajouter aux obstacles communicationnels. En effet, il y a de nombreuses sources de stimulations et de distractions: a) visuelles: lumière de forte intensité, nombreux appareils de monitoring avec des écrans lumineux, dispositifs médicaux; b) auditives: sonneries de téléphone, alarmes diverses et répétées, cris et pleurs d'autres patients, bruits ambiants; c) sensorielles: tissu des blouses pour les patients, matelas des brancards, cathéters, palpation lors de l'examen clinique, contact des appareils médicaux avec la peau (cathéters veineux, brassard à pression, électrodes de monitoring du rythme cardiaque, contact du stéthoscope avec la peau) et d) olfactives: odeurs des produits désinfectants, des fluides corporels, etc.

Souffrant de perceptions sensorielles altérées et souvent acutisées, les patients avec un TSA vont donc être submergés par ces différents stimuli, pouvant favoriser un comportement de replis ou un état d'agitation.<sup>2-6,9,12</sup>

De plus, les personnes avec un TSA se retrouvent dans un environnement inconnu, en devant faire face à de multiples intervenants (personnel d'accueil administratif, infirmiers, médecin, technicien en radiologie, autres patients) qui envahissent de facto leur espace personnel, favorisant un sentiment de désécurisation et d'anxiété.

Il convient dans tous les cas de ne pas oublier que ces troubles s'inscrivent dans un spectre très large et que chaque patient va présenter des difficultés qui lui sont propres, nécessitant donc une individualisation de chaque prise en charge.<sup>2-6,9,12</sup>

## QUELLES SOLUTIONS POUR MIEUX PRENDRE EN CHARGE CES PATIENTS?

Afin de pallier ces obstacles et d'optimiser la prise en charge des patients avec un TSA, plusieurs outils et recommandations de bonnes pratiques ont été identifiés. La plupart de ces stratégies sont aisément applicables dans la pratique aux urgences.

Premièrement, afin de limiter le nombre de stimuli auxquels le patient peut être confronté, il est conseillé de l'installer rapidement, dans la mesure du possible, dans un box de consultation fermé, loin d'éventuelles alarmes, et de recourir uniquement au monitoring des paramètres vitaux nécessaires à la situation. Dans la mesure du possible, nous recommandons de tamiser la lumière du box de consultation, voire l'éteindre. Les alarmes des appareils de monitoring, après avoir été sélectionnées, doivent être atténuées et les intervalles de répétition espacés au maximum, toujours en tenant compte de la situation clinique et de sa sévérité. Si une installation en box rapide n'est pas possible, il conviendrait d'installer le patient dans une salle ou une zone d'attente pauvre en stimulations sensorielles. Idéalement, un seul soignant devrait être physiquement présent dans l'espace du patient et la taille de l'équipe médico-infirmière en charge de celui-ci devrait être limitée.<sup>2-4,6,7,12</sup>

Afin d'adapter au mieux le contact avec le patient, il est essentiel d'inclure le proche ou un accompagnant de confiance, qui sait comment communiquer au mieux avec lui et interpréter son langage corporel.<sup>2,4,6,7,13,14</sup> Un discours lent, calme et composé de mots simples, ainsi qu'une explication avant chaque geste font partie des bases de la communication avec un patient avec TSA.<sup>4</sup>

Finalement, il existe différents outils et stratégies pour favoriser une prise en charge optimale de ces patients (**tableau 1**). En termes de réduction de stimuli, il est possible d'avoir à disposition dans chaque service d'urgences des «kits sensoriels», composés, par exemple, de casque antibruit, de couverture lestée et de balles antistress.<sup>2-7</sup> Concernant les outils de communication, un plan de soin spécifique à chaque individu avec TSA, souvent déjà effectué si le patient vit en institution spécialisée, peut être établi de manière anticipée à l'aide de sa famille ou des potentiels accompagnants. Le but est de spécifier les besoins du patient lors du contact avec le milieu médical et de préciser les stratégies relationnelles



TABLEAU 1	Conseils de prise en charge des patients avec un trouble du spectre de l'autisme
-----------	--

TSA: trouble du spectre de l'autisme.

- Les personnes ayant un TSA consultent plus souvent aux urgences qu'une personne non TSA, et souvent pour des motifs neurologiques et psychiatriques
- Une prise en charge individualisée est la clé pour leur apporter des soins de qualité
- Il est recommandé de les installer rapidement en box ou dans une zone pauvre en stimulations dans la mesure du possible
- L'environnement du patient doit être pauvre en stimuli visuels: baisser la lumière, n'allumer le monitoring que si nécessaire, l'installer dans un box plutôt à l'écart, dans un endroit pauvre en passage
- Rendre l'environnement du patient pauvre en stimuli auditifs: lors de la consultation, mettre son téléphone sous silencieux, éteindre ou diminuer les alarmes de monitoring si possible, l'installer dans un box loin des alarmes, sonneries de téléphone, bruit ambiant, agitation, etc.
- Limiter les stimulations tactiles: utiliser avec discernement les dispositifs médicaux (brassard à pression, électrodes de monitoring du rythme cardiaque, contact du stéthoscope avec la peau, ultrason, pansements, etc.), préférer l'administration de médicaments per os ou sublingual si possible, limiter la pose de cathéter aux situations le nécessitant vraiment, etc.
- Le nombre de soignants en box devrait être limité à 1 à la fois, en évitant de multiplier les intervenants (éviter les changements de personnel) et en les présentant de manière claire et simple
- S'exprimer lentement et calmement, en expliquant chaque geste voulant être réalisé, et permettre au patient d'avoir un contact visuel avec le soignant
- Être clair, direct et en évitant les expressions et approximations
- Anticiper et donner un cadre temporel: la personne avec TSA a grand besoin de savoir ce que vous allez faire, quand et combien de temps cela va durer. Si possible, utiliser un minuteur visuel (Time Timer), en s'assurant de pouvoir répondre dans les délais fixés
- Ne dire ou demander qu'une seule chose à la fois et laisser le temps au patient de formuler une réponse et/ou une question
- Inclure le proche ou accompagnant dans la prise en charge du patient
- Établir un plan de soin, si ce n'est pas déjà le cas, pour préciser entre autres les besoins du patient à l'hôpital, sa manière de communiquer, ses habitudes, et quels sont ses possibles «triggers» sensoriels

à mettre en œuvre, par exemple pour définir comment communiquer avec lui ou encore quels sont les stimuli sensoriels à éviter ou à favoriser.<sup>2,6,7,12,14</sup> Lorsque la situation le permet, l'annonce préalable de l'arrivée du patient permet d'anticiper un lieu de soins, d'identifier au sein de l'équipe des personnes de contact et dans certains cas de proposer de manière anticipée une prise de médication en réserve (antal-

gie, anxiolytique). Dans le même but, la création d'une filière dédiée à cette patientèle, telle que la voie violette mise en place à Neuchâtel dédiée aux patients vulnérables avec déficience intellectuelle, permettrait de réduire le temps d'attente et d'améliorer la prise en charge.<sup>15</sup> La liste des solutions énumérées dans cet article n'étant pas exhaustive, il est toujours possible de contacter les associations dédiées pour en savoir plus, par exemple Autisme Suisse ou Autisme Suisse romande.

## CONCLUSION

Les services d'urgences ne sont pas habitués (ou formés) à prendre en charge les personnes avec un trouble du spectre de l'autisme qui présentent pourtant un taux de consultation plus élevé que le reste de la population. Cette population présente une grande variété de difficultés, notamment en termes de communication, qui seront le plus souvent accentuées lors de leur passage aux urgences et vont venir entraver les prises en charge. Une approche individualisée, impliquant en particulier un environnement hypostimulant et une implication active des proches et des accompagnants, va permettre un meilleur accueil et un traitement plus rapide.

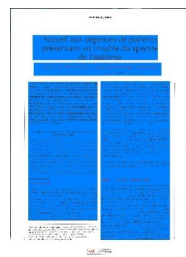
**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**ORCID ID:**

N. Beysard: <https://orcid.org/0000-0003-3561-1250>

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme présentent des comorbidités spécifiques, principalement neurologiques et psychiatriques, qui font que leur taux de consultation aux urgences est plus élevé.
- Cette population nécessite une prise en charge individualisée, notamment avec un environnement pauvre en stimulations.
- Différents outils existent pour faciliter leur prise en charge et accélérer la pose d'un diagnostic, le plus simple étant d'inclure les proches aidants de manière proactive.



- 1 Mukherjee SB. Autism Spectrum Disorders – Diagnosis and Management. *Indian J Pediatr.* 2017 Apr;84(4):307-14.
- 2 Gray JM, Roback MG. Case Studies of Challenges in Emergency Care for Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatr Emerg Care.* 2021 Dec 1;37(12):e1756-8.
- 3 Giarelli E, Nocera R, Turchi R, et al. Sensory stimuli as obstacles to emergency care for children with autism spectrum disorder. *Adv Emerg Nurs J.* 2014 Apr-Jun;36(2):145-63.
- 4 \*\*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.
- 5 Cohen-Silver JH, Muskat B, Ratnapalan S. Autism in the emergency department. *Clin Pediatr (Phila).* 2014 Oct;53(12):1134-8.
- 6 \*\*Brasher S, Middour-Oxler B, Chambers R, Calamaro C. Caring for Adults With Autism Spectrum Disorder in the Emergency Department: Lessons Learned From Pediatric Emergency Colleagues. *J Emerg Nurs.* 2021 May;47(3):384-9.
- 7 Wolpert KH, Kim SJ, Kodish I, Uspal NG. Medical Management of Children With Autism in the Emergency Department. *Pediatr Emerg Care.* 2022 Jul 1;38(7):462-3.
- 8 \*\*Vohra R, Madhavan S, Sambamoorthi U. Emergency Department Use Among Adults with Autism Spectrum Disorders (ASD). *J Autism Dev Disord.* 2016 Apr;46(4):1441-54.
- 9 Kouo T, Bharadwaj N, Kouo J, Tackett S, Ryan L. Assessing Ease of Delivering Emergency Care for Patients with Autism Spectrum Disorders. *J Dev Behav Pediatr.* 2021 Dec 1;42(9):704-10.
- 10 Tint A, Palucka AM, Bradley E, Weiss JA, Lunsky Y. Emergency service experiences of adults with autism spectrum disorder without intellectual disability. *Autism.* 2019 Apr;23(3):792-5.
- 11 Lunsky Y, Paquette-Smith M, Weiss JA, Lee J. Predictors of emergency service use in adolescents and adults with autism spectrum disorder living with family. *Emerg Med J.* 2015 Oct;32(10):787-92.
- 12 \*Samet D, Luterman S. See-Hear-Feel-Speak: A Protocol for Improving Outcomes in Emergency Department Interactions With Patients With Autism Spectrum Disorder. *Pediatr Emerg Care.* 2019 Feb;35(2):157-9.
- 13 Nicholas DB, Muskat B, Zwaigenbaum L, et al. Patient- and Family-Centered Care in the Emergency Department for Children With Autism. *Pediatrics.* 2020 Apr;145(Suppl.1):S93-8.
- 14 Nicholas DB, Zwaigenbaum L, Muskat B, et al. Toward Practice Advancement in Emergency Care for Children With Autism Spectrum Disorder. *Pediatrics.* 2016 Feb;137(Suppl.2):S205-11.
- 15 Hamaoui M, Galzin C, Terrat J, Della santa V. Vulnérabilité aux urgences des patients vivant avec un handicap mental. *Rev Med Suisse.* 2023;19(837):1470-2. DOI : 10.53738/REVMED.2023.19.837.1470.

\* à lire

\*\* à lire absolument