

# COMMENT JE TRAITE ...

## la prise en charge de l'agitation en urgence

S. BAKAY (1), A. IWEINS (1), G. SCANTAMBURLO (2), M. ANSSEAU (3), W. PITCHOT (4)

**RÉSUMÉ :** *L'agitation en psychiatrie est définie comme «une demande dont la réponse ne peut être différée». Si certaines agitations, contrôlables, peuvent être résolues par des moyens humains ou des psychotropes, d'autres peuvent nécessiter l'intervention de réanimateurs qui contribuent à l'amorce d'une résolution de crise. Par ailleurs, toute étiologie organique doit être éliminée avant d'envisager l'origine psychiatrique d'une agitation, en particulier, chez les patients ne présentant pas d'antécédents psychiatriques et chez le sujet âgé. En effet, les agitations aiguës peuvent cacher des pièges somatiques graves et mettre la vie du patient en danger.*

**MOTS-CLÉS :** *Urgences - Agitation - Diagnostic - Traitement*

### THE ACUTE MANAGEMENT OF AGITATION

**SUMMARY :** *Agitation in psychiatry is defined as "a request to which an answer cannot be deferred". If some types of controllable agitation can be solved by human means or psychotropic drugs, others may require the intervention of intensivists who will contribute to the onset of crisis resolution. In addition, an organic aetiology must be carefully excluded before considering a psychiatric origin of agitation, especially in patients with no psychiatric history and in the elderly. Indeed, acute agitation can hide serious somatic traps and be life threatening.*

**KEYWORDS :** *Emergency - Agitation - Diagnosis - Treatment*

### INTRODUCTION

L'agitation se définit comme une perturbation du comportement moteur (turbulence), psychique (excitation idéique) et relationnel (agressivité). Sa prévalence, au sein des services d'urgence, est faible (environ 1% de la totalité des passages) (2). Toutefois, il s'agit de la situation qui met le plus à l'épreuve le caractère pluridisciplinaire de l'équipe des urgences (infirmière, psychiatre, interniste, neurologue, chirurgien...). Elle oblige également le psychiatre travaillant dans un service des urgences à conserver des notions médicales et neurologiques.

Dans cet article, nous détaillerons les stratégies de prise en charge diagnostique et thérapeutique. Nous nous attarderons sur les étiologies organiques, toxiques et iatrogènes ainsi que sur les problématiques psychiatriques en jeu. Enfin, nous terminerons par le cas particulier du sujet âgé.

### L'ABORD DU PATIENT AGITÉ (3)

L'action du clinicien débutera une fois que tout danger est écarté. Une aide policière immédiate doit être demandée si le personnel présent est insuffisant pour maîtriser le patient (fig. 1).

L'un des premiers réflexes est d'établir une hétéro-anamnèse complète. On interroge les accompagnants sur les circonstances de la

crise; le début de l'agitation, les symptômes et leurs conséquences. Ensuite, on relève les antécédents personnels et familiaux tant au niveau médical que psychiatrique; les pathologies connues, les traitements, les consommations de toxiques ainsi que les hospitalisations. Enfin, on identifie clairement tous les traitements que le patient a éventuellement reçus à visée sédatrice.

Rappelons que la médication psychotrope ne devrait pas être le premier geste thérapeutique, car elle empêche et/ou retarde l'établissement d'un diagnostic différentiel. Toutefois, cet acte est mis en balance avec le maintien de la sécurité du patient et des soignants.

### L'ENTRETIEN AVEC LE PATIENT

Idéalement, le patient doit être placé au calme, séparé de son entourage. Nous devons adopter une attitude empathique, mais ferme et décidée. La peur et l'agressivité du patient peuvent être apaisées par la parole et les explications du praticien. Ainsi, nous garderons un discours clair et compréhensif. Les examens complémentaires (tableau I) seront annoncés d'emblée sans entrer dans des palabres interminables.

### LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES AGITATIONS AIGUËS (4)

Les étiologies sont souvent multiples et intriquées, mais on relève une cause organique dans plus de 50% des cas (tableau II). Il s'agit de situations d'apparition brutale sans antécédents psychiatriques.

(1) Assistante, (2) Chef de Clinique, (3) Chef de Service, (4) Chef de Service Associé, Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, CHU de Liège.

TABLEAU I. LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES PRÉCONISÉS D'APRÈS LA PROCÉDURE DE PRISE EN CHARGE DU SUJET AGITÉ AUX URGENCES DU CHU DE LIÈGE

Paramètres / Saturation
Scanner cérébral
Ponction lombaire
Glycémie
Gaz du sang
Biologie standard + toxicologie complète

TABLEAU II. ETIOLOGIES ORGANIQUES DES AGITATIONS (4, 5)

<b>Causes toxiques</b>	Anticholinergiques et atropine Digitaline, bismuth Plomb Isoniazide Corticoides Psychotropes L-dopa Alcool (+ sevrage : <i>delirium tremens</i> ) CO Benzodiazépines (+ sevrage : <i>delirium tremens</i> ) Barbiturique et héroïne (sevrage UNIQUEMENT) Cocaine, amphétamine, morphine (+ sevrage : PAS de <i>delirium tremens</i> )
<b>Causes métaboliques et endocriniennes</b>	Hypoglycémie, acidocétose diabétique Insuffisance rénale Déshydratation importante (Na <sup>+</sup> , K <sup>+</sup> , ions) Porphyrie aiguë Hypercapnie, hypoxémie Hyper/hypo-thyroïdie Syndrome de Cushing Hyperparathyroïdie / Hypercalcémie
<b>Causes neuro-méningées</b>	Hémorragies méningées, Hématome sous-dural Épilepsie : crises épileptiques (temporales), confusion post-critique Tumeurs cérébrales (frontales) Hypertension intracrânienne
<b>Causes infectieuses (++ chez le sujet âgé)</b>	Méningites, encéphalites Septicémie Pneumopathie

L'enjeu est d'identifier ces causes et d'intervenir afin, d'une part, d'écarter tout risque de danger vital immédiat et, d'autre part, de faire la lumière sur les pathologies psychiatriques existantes.

En effet, bien que souvent présentes, les pathologies psychiatriques ne peuvent être prises en charge tant qu'elles sont influencées par une altération biologique.

L'un des diagnostics les plus évidents est la prise d'alcool (5). L'ivresse existe classiquement

quement sous trois phases évolutives : phase excitomotrice, puis ébrieuse et enfin, anesthésique. La première phase, qui apparaît pour une alcoolémie entre 0,8 et 2 g/l nécessite un temps d'observation pour s'assurer de l'évolution, en particulier, la présence de signe(s) de focalisation ou d'un syndrome confusionnel. A l'inverse, lors de sevrage allant de quelques heures à 36 heures, chez les sujets éthyliques chroniques, on redoute une agitation dans le cadre d'un *delirium tremens*. Dans ce cas, le patient est terrorisé face à un délire oniroïde qui est exacerbé par l'isolement et l'obscurité. Les points clés de la prise en charge consisteront en une réhydratation massive (5 - 6 l de boissons riches en sel), une vitaminothérapie IV ou IM (B1 1 g/j et B6 500 mg/j) ainsi qu'un traitement sédatif (diazépam 10-20 mg 3x/j) et antihallucinateur (Haldol® 15 à 30 mg/j PO ou IM).

Sur le plan psychiatrique, on s'attachera à repérer, dans un premier temps, les agitations compréhensibles (3), mais exagérées, réactionnelles, liées à des circonstances particulières. Parmi celles-ci, on retrouve les crises d'angoisses, les difficultés relationnelles et les déséquilibres psychopathiques. Il s'agit souvent de difficultés sous-tendues par un trouble de personnalité et qui par ailleurs, peuvent être accentuées par un désordre organique. L'intérêt de les identifier est que, bien que spectaculaires, elles peuvent se résoudre spontanément par une action sur l'environnement.

Lors des agitations incompréhensibles, seul le patient paraît agité. L'impression prévalente est l'incohérence, la rupture avec le normal.

On note 3 grands tableaux cliniques (3) :

- les états délirants où l'on retrouve des bouffées délirantes aiguës, les troubles psychotiques et les troubles dépressifs avec caractéristiques mélancoliques;

- les états maniaques caractérisés par de l'excitation, de l'euphorie et une logorrhée;

- les états confusionnels où la désorientation spatio-temporelle, l'onirisme et l'obnubilation dominent le tableau.

#### L'APPROCHE MÉDICAMENTEUSE (6)

La médication psychotrope est envisagée si toute discussion reste impossible, si le sujet agité est menaçant, si la situation nécessite la force de plusieurs personnes pour le contenir ou si les symptômes psychiatriques sont trop importants.

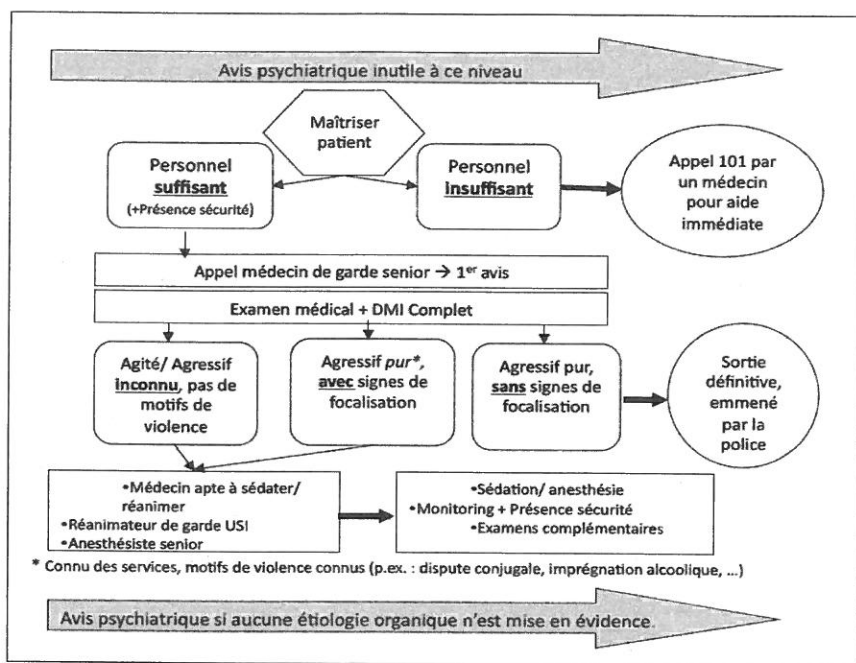


Figure 1. D'après le protocole utilisé aux urgences du CHU de Liège, prise en charge... Agité et /ou agressif (d'emblée ou qui le devient).

Lorsque la contention physique est nécessaire, une médication hypnotique doit être prescrite. Elle implique une surveillance des paramètres hémodynamiques et neurologiques. En cas d'agitation difficilement maîtrisable, on fera appel aux médecins-réanimateurs.

La substance idéale aurait un délai d'action rapide, induirait une sédation adéquate, permettrait un rétablissement rapide de l'état de conscience après son arrêt, serait anticonvulsivante, serait facile d'administration, ne s'accumulerait pas, entraînerait peu d'effets secondaires, d'interactions médicamenteuses et serait facilement antagonisable. Dans le meilleur des cas, cette substance aurait déjà été administrée au patient et on aurait un feed-back positif de son action.

**LE CAS DU PATIENT ÂGÉ ET LE SYNDROME CONFUSIONNEL (7)**

L'agitation chez le patient âgé peut se manifester sous une forme verbalement opposante (insultes) ou des phrases stéréotypées. L'agressivité physique se traduit par des coups, des morsures, des jets d'objets ou des fugues, une déambulation et des stéréotypies gestuelles. Les états de turbulence sont, en partie, liés à une perte de repères et à un sentiment anxiogène d'insécurité. Une attitude rassurante, basée sur la discussion, permet d'obtenir un climat de confiance et une alliance thérapeutique.

Chez les plus de 65 ans, l'agitation s'accompagne souvent d'un syndrome confusionnel (8).

Ce syndrome est caractérisé par une désorientation temporo-spatiale, une fluctuation temporelle dans l'apparition des symptômes ainsi que leur recrudescence nocturne. L'étiologie est généralement multifactorielle. Elle résulte de l'interaction entre un terrain favorable (difficultés cognitives, fonctionnelles, sensibles, psychologiques,...) et l'exposition à un facteur précipitant. Ce dernier est fréquemment d'origine organique. Certaines causes organiques sont plus spécifiques à la personne âgée comme la rétention vésicale, le fécalome, la thrombose veineuse profonde, la douleur ou l'hyperthermie.

Il convient de ne pas négliger les causes iatrogènes, en particulier, les changements récents et les erreurs d'observance (1).

L'agitation peut être également associée à différents symptômes psychiatriques chez le sujet âgé.

*L'ANXIÉTÉ*

Qu'elle soit sous forme aiguë (attaque de panique) ou chronique, elle découle souvent d'un sentiment de vie menacée (agression, cambriolage, accident, maladie, ...).

*L'HYPOMANIE*

En plus de la symptomatologie connue, le patient âgé est parfois méfiant, suspicieux, revendicateur, voire agressif. S'il n'y a pas d'antécédent de maladie maniaco-dépressive, il

faut rechercher une cause toxique (par ex. corticoïdes) ou une tumeur cérébrale.

#### LA DÉPRESSION

Certaines dépressions du sujet âgé peuvent comporter des accès d'agitation anxieuse. Le risque suicidaire doit être sérieusement considéré.

#### LE DÉLIRE TARDIF

Il s'installe insidieusement des idées de préjudice et de persécution. Le patient peut être agressif en réaction à des situations délirantes.

Dans l'urgence, l'indication d'antipsychotiques et de benzodiazépines doit être soigneusement posée. Toutefois, on peut y avoir recours tout en veillant à adapter les doses (ex : ½ à 1 A de DHPB IM).

#### CONCLUSION

«L'agitation en psychiatrie est une demande dont la réponse ne peut être différée...». Elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique du patient (1).

La prise en charge du patient agité représente une part non négligeable des urgences psychiatriques tant en termes d'implication, de connaissance que de moyens humains. Il s'agit d'une approche pluridisciplinaire où psychiatres et urgentistes doivent coopérer. Dans notre institution, un algorithme décisionnel permet de prendre en charge un sujet agité en toute sécurité, en tenant compte du risque vital pour le patient et dans le respect du cadre légal.

L'admission directe en institution psychiatrique doit rester exceptionnelle et n'est possible que si toute organicité étiologique est écartée.

#### BIBLIOGRAPHIE

1. Extrait de la circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.
2. Ducrocq F.— Les urgences psychiatriques centrées sur l'agitation et le risque suicidaire. Colloque, Formathon 2013, formathon.fr/new/category/publications/formathon\_2013.
3. De Clercq M.— Urgences psychiatriques et intervention de crise. De Boeck, Bruxelles, 1997.
4. Liotier J, Brouse G, Geneste J, Taulemesse A.— *Urg'Psychiatrie : toutes les situations d'urgence psychiatrique en poche*, Arnette Éditions, Paris, 2008.
5. Olié JP, Gallarda Th, Duaux E.— *Le livre de l'Interne en psychiatrie*. Médecine-Sciences, Flammarion, Paris, 2000.
6. Roussillon Fr, Guelfi JD.— *Manuel de psychiatrie, 2<sup>ème</sup> édition*, Masson, Paris, 2012.
7. Clément JP, Darthout N, Nubukpo Ph.— *Guide pratique de psychogériatrie*, Masson, Paris, 2006
8. Inouye SK.— Delirium in Older Persons. *New England J Med*, 2006, **354**, 1157-1165.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. W. Pitchot, Service de Psychiatrie et Psychologie Médicale, CHU de Liège, Belgique.  
Email : w.pitchot@chu.uig.ac.be