

# Malade agité aux urgences

M.-J. Guedj, A. Mercuel, J.-L. Marcel, F. Caroli

Lorsque l'on évoquait, dans le passé, « les urgences » on considérait alors un service complet, avec ses différents médecins et spécialistes de garde. De nos jours, les services d'urgence varient considérablement tant en disponibilité de personnel que pour l'organisation des locaux, d'où la grande variété des réponses possibles : les services d'accueil et d'urgence (SAU) reçoivent sans sélection toutes les urgences, ils font appel à un psychiatre ou une équipe psychiatrique, joignables à tout moment ; les unités de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (UP) parent au plus pressé et orientent vers les SAU, elles ont obligation de pouvoir faire intervenir un psychiatre, sur place ou après transfert ; les services d'urgences spécialisées en psychiatrie : à Paris, le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) de l'hôpital Sainte-Anne, l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP) plus particulièrement orientée vers les troubles de l'ordre public et, répandus plus largement en relation avec un grand nombre d'hôpitaux psychiatriques, les centres d'accueil et de crise (CAC), et les services d'admission. Ainsi, selon la qualification, le nombre, la fonction et la formation du personnel sur le lieu de l'urgence, des conduites thérapeutiques apparaissent plus ou moins structurées et inscrites dans un projet de soins, ou se cantonnent à l'urgence immédiate.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Agitation ; Contention ; Diagnostic en urgence

## Plan

■ Définition	1
■ Principes généraux d'accueil et d'orientation	1
Conditions de l'accueil aux urgences	1
Mise en œuvre de l'évaluation clinique et des conditions thérapeutiques	2
Orientation	3
Surveillance et transmission	3
■ Aspects thérapeutiques	5
Traitement symptomatique de l'agitation	5
Traitements selon l'étiologie	8
■ Conclusion	10

## ■ Définition

L'agitation représente une des formes les plus évidentes de l'urgence psychiatrique.

Elle peut se définir comme une augmentation inadaptée de l'activité psychomotrice, souvent auto- ou hétéroagressive, secondaire à une pathologie propre somatique ou psychiatrique, avec ou sans élément déclenchant, mettant en jeu une interaction aggravante entre le milieu et l'agité [1]. Cette définition tend à être appliquée à la tension anxieuse, auparavant considérée comme prodromique de l'agitation.

C'est une conduite dont l'étiologie et la signification psychopathologique ne sont pas univoques [2].

Dans tous les cas, qu'elle soit liée à la personnalité du sujet ou à une altération organique des fonctions supérieures, l'agitation déborde l'individu et concerne l'environnement familial et social [3].

L'entourage exige une action rapide et immédiate – la sédation ou l'évacuation du malade agité – afin que cessent le dérangement lié au trouble comportemental et la peur suscitée par la crainte du passage à l'acte auto- ou hétéroagressif. On peut schématiquement repérer trois réponses possibles de l'entourage : auxiliaire thérapeutique, neutre et acceptant de déléguer au soignant, ou aggravant la conduite d'agitation. Cette interaction du milieu et de l'agité est à évaluer rapidement, quels que soient les autres paramètres.

## ■ Principes généraux d'accueil et d'orientation

### Conditions de l'accueil aux urgences

#### Mise en place rapide de bonnes conditions d'examen

Une situation clinique d'urgence psychiatrique, a fortiori s'il s'agit d'un malade agité, nécessite une équipe soignante suffisamment nombreuse et disponible, mais surtout coordonnée [4]. Toutes les mesures thérapeutiques vont dans le sens de l'apaisement et de la dédramatisation. La séparation ou l'isolement participent à la mise en place d'un examen clinique dans de meilleures conditions. Outre le diagnostic qui en découle,

celui-ci entraîne immédiatement un certain apaisement : échange verbal pour l'interrogatoire, allongement sur un lit d'examen ou même sur un simple brancard, prise de pression artérielle et auscultation, attention portée à la souffrance. Il convient aussi de mesurer le rôle de l'entourage – auxiliaire thérapeutique, neutre ou aggravant l'agitation [1] – pour prévoir l'orientation ultérieure, mais aussi éviter de nouveaux débordements aux urgences. Cette approche est la base nécessaire à toute prise en charge des conduites agitées.

## Cadre souple et adaptable

Le lieu d'accueil, propice à une pratique dans le calme et la confidentialité, quelle que soit l'agitation ambiante, entraîne à la réassurance et à l'attention bienveillante et contenante de la part du personnel soignant. Ainsi, l'environnement lui-même diminue les stimulations auxquelles le malade est spécifiquement sensible. C'est dire si le geste essentiel de la réponse thérapeutique à l'agitation réside bien dans l'attitude du soignant lui-même : un abord calme et ferme amende certains troubles, tandis qu'un comportement contraire les entretient [2]. Cet accompagnement, permanent mais non intrusif, facilite l'installation d'une relation. Il aboutit le plus souvent à un soulagement et à un apaisement des tensions, si on sait éviter l'indifférence et la banalisation et se dispenser de conseils à l'emporte-pièce. Le cadre, dans sa dimension architecturale et humaine, prévoit l'adaptation immédiate aux situations extrêmes tant somatiques que psychiatriques, pour accéder rapidement tant aux personnes qu'au matériel, et exercer sûrement la surveillance, sans envahissement ni excitation. Le passage immédiat, selon les cas, de l'examen somatique à l'entretien psychiatrique ou inversement, et surtout la continuité de la surveillance infirmière s'avèrent nécessaires.

## Coordination étroite entre les divers intervenants

Les tableaux cliniques d'agitation nécessitent d'élucider l'intrication somatique et psychiatrique et les consultants coopèrent dans une recherche et une discussion clinique conjointe et non clivée. De fait, les décisions concertées et explicitées, à propos des examens complémentaires ou des actions thérapeutiques, loin des prises de positions contradictoires retardant les soins, préviennent véritablement l'aggravation de l'agitation.

Parfois celle-ci déborde les modes de réponse apaisants et organisés de l'équipe des urgences et la violence succède alors à l'agitation. L'équipe agit pour prévenir le danger imminent, tant pour le patient que pour l'environnement. L'impact de telles situations, vécues comme au-delà des limites, a un effet traumatique sur l'ensemble des protagonistes. Si les soignants ont à réfléchir à « la témérité et l'autorité intempestives » éventuellement engagées sans y prendre garde, il est d'usage de proposer une réunion sur le modèle des vécus de catastrophe, dite de *debriefing* [5]. Depuis longtemps, certes, la reprise verbalisée de telles situations était préconisée et ce, pour les patients dans les groupes de psychothérapie [2].

## Mise en œuvre de l'évaluation clinique et des conditions thérapeutiques

### Clinique de l'agitation

L'agitation se présente sous différents aspects cliniques :

- modérée dans le désordre psychomoteur ou au contraire intense avec des manifestations de violence clastique ou d'hostilité pouvant aller jusqu'à la fureur ;
- brève et ponctuelle, le plus souvent explosive et imprévisible, éventuellement associée à un passage à l'acte impulsif ; ou bien plus durable, continue et incessante, bruyante et désordonnée ;
- compréhensible par le sujet lui-même ou non, sans pour autant qu'il puisse y remédier ;

- contrôlable ou incontrôlable, quoique cette distinction peu clinique entraîne abusivement à dépister une simulation de l'agitation, ou à rechercher des réponses d'ordre public.

On repère les prodromes d'un tel état sur certains signes de clinique psychiatrique et sur l'observation comportementale. La tension anxieuse, la réticence et l'opposition dans l'entretien, accompagnées ou non d'idées délirantes mises en évidence, ou encore l'excitation psychique marquent bien souvent le début du déclenchement de l'agitation. De même si ont été observés des comportements tels que des fugues avant ou pendant l'urgence, ou encore une agressivité verbale ou des menaces gestuelles.

Les échelles d'agitation s'utilisent simplement et rapidement par le personnel paramédical, telle l'échelle d'agressivité manifeste OAS (*overt aggression scale*) [6]. Celle-ci a pour objectif de quantifier la situation d'agitation en évaluant l'agressivité verbale, l'agression physique envers les objets, l'agression physique envers soi-même, l'agression physique envers autrui et l'intervention nécessaire. Secondairement, elle favorise la transmission à un intervenant en aval pour repérer l'évolution clinique et la qualité de l'action thérapeutique sur tel ou tel paramètre de l'agitation.

Enfin, la conduite aggravante de l'entourage, en famille ou à l'hôpital, se résume dans les situations suivantes : l'anxiété extrême et l'inquiétude qu'elle diffuse au patient, les attitudes hésitantes et ambivalentes, les réactions de prestance et autoritaires à l'excès, les réponses en miroir du type « et vous ? », ou encore le maniement provocateur de la frustration. Elles créent sur le champ le comportement agité.

Quelle que soit sa forme, l'agitation ne représente pas une entité clinique qui pourrait bénéficier d'une thérapeutique spécifique.

La conduite à tenir répond à une double exigence simultanée : le choix d'une conduite thérapeutique immédiate et la recherche étiopathogénique de l'agitation.

## Mise en œuvre d'une conduite thérapeutique immédiate

Le premier temps du traitement comprend à la fois l'accueil du patient agité dans les meilleures conditions possibles et le relevé rapide d'informations [7] auprès de l'entourage immédiat, famille et accompagnateurs, au moment de l'arrivée aux urgences, médecin généraliste, et éventuellement psychiatre traitant, ou toute autre personne dépositaire d'une partie de l'anamnèse. Certaines situations n'autorisent pas de différer une prise de décision thérapeutique et l'isolement, la nécessité de contention et d'administration de traitement chimiothérapeutique se prescrivent rapidement, après un aperçu clinique toujours nécessaire.

Ce temps thérapeutique immédiatement envisagé se complète secondairement par la recherche étiologique de l'agitation [8]. Aussi démarche thérapeutique et étiopathogénique sont-elles débutées dans le même temps : la présentation générale, la vigilance et les fonctions intellectuelles, la thymie, l'activité délirante évidente, la réactivité à l'isolement de l'entourage, à la décision de contention et de chimiothérapie, participent à l'examen psychiatrique. L'appréciation de la coordination gestuelle, de l'équilibre et de la motricité du patient, de l'hydratation et de l'état général, s'ajoute à l'examen somatique déjà ébauché dès le premier abord, complété ensuite, dans tous les cas, dès que l'agitation diminue. L'examen psychiatrique approfondi ne s'effectue pas en première intention, avant l'examen général du médecin urgentiste.

## Recherche d'une étiologie

### Recherche d'une organicité

L'étiologie psychiatrique précise d'un état d'agitation n'apporte pas, à elle seule, d'éléments nécessaires et suffisants à l'orientation thérapeutique. En revanche, elle est d'emblée conditionnée par la participation organique. Celle-ci alors s'associe, déclenche, complique ou aggrave l'état d'agitation.

Tout signe d'appel est à explorer, jusqu'à la découverte d'un syndrome ou la simple existence d'un signe isolé, sans rapport durable avec le reste du tableau.

Les causes organiques les plus fréquentes et les plus faciles à diagnostiquer sont les conséquences de la consommation d'alcool, lors d'ivresses pathologiques aiguës ou lors d'intoxications chroniques et de sevrages involontaires conduisant au delirium. D'autres toxiques induisent des états d'agitation : cannabis, hallucinogènes en général, amphétamines, mais ils arrivent peu aux urgences, peu fréquents peut-être, ou dérivés vers d'autres modes de prise en charge des circuits de la toxicomanie. Des états d'agitation iatrogènes, déclenchés par les corticoïdes ou par les conséquences métaboliques de certains produits (diurétiques, lithium, etc.) existent, et leur recherche fait partie de l'interrogatoire systématique.

En ce qui concerne plus spécifiquement l'atteinte cérébrale, l'épilepsie, davantage en période postcritique que lors des crises, prend un masque trompeur qui en impose parfois pour une étiologie psychiatrique pure. Devant une confusion mentale agitée avec vigilance perturbée, désorientation et bradypsychie paradoxale, on suspecte un processus intracrânien : tumeur, encéphalite, accident vasculaire hémorragique ou ischémique, conséquence immédiate ou retardée d'un traumatisme crânien, et enfin tout processus dégénératif.

Les examens complémentaires sont pratiqués s'ils impliquent une conduite thérapeutique immédiate en urgence, ou une modification de l'orientation du malade : glycémie, ionogramme sanguin, formule sanguine, bilan hépatique, alcoolémie et recherche de toxiques. On y ajoute les dosages quantitatifs de certains médicaments : lithiémie, carbamazépinémie, etc. et des tests plus spécifiques selon l'anamnèse (thyroïdien, cortisolique, etc.).

En l'absence de cause organique apparente, un état d'agitation a toute chance d'être étiqueté psychiatrique. Même dans ce cas, le psychiatre n'exclura pas la recherche d'organicité de la poursuite de sa démarche diagnostique, allant jusqu'à récuser secondairement l'étiologie exclusivement psychogène du trouble présenté.

Enfin, un état d'agitation qui perdure crée de lui-même des troubles organiques : la déshydratation, la fièvre, l'arrêt intempestif des traitements en cours (cardiovasculaires, hormonaux, métaboliques ou psychotropes) qui s'ensuivent immédiatement entraînent d'autres déséquilibres.

### Diagnostic psychiatrique en urgence

On a admis récemment que la nosographie psychiatrique classique s'adapte aux situations d'urgence. S'il est illusoire, dans la pratique, de procéder à une recherche diagnostique précise pendant que le patient s'agite et agite l'environnement, le temps de l'accueil, de l'observation et des examens aboutissent à la détermination de quatre paramètres :

- les signes ou demandes motivant la consultation ;
- le motif environnemental ;
- le regroupement des symptômes en syndromes catalogués dans une version abrégée de la classification internationale des maladies (CIM)-10 ;
- les troubles de la personnalité.

Ce diagnostic psychiatrique en urgence, élaboré à partir de 2 000 consultations aux urgences de quatre sites parisiens, sert de base homogène au diagnostic (Tableau 1) [1].

### Orientation

L'orientation du patient agité nécessite :

- le regroupement des informations concernant le passé psychiatrique du patient ;
- le repérage des capacités de l'environnement familial, social ou professionnel à maintenir le projet de soins proposé ou tout simplement à soutenir le patient ;

- un nouveau bilan de l'évolution clinique et de la réactivité aux mesures thérapeutiques d'urgence ;
- une évaluation des possibilités d'accueil en aval de l'urgence : lits-porte (observation de 24 heures), lits post-porte (observation de 24 à 72 heures), admission en service spécialisé, admission sous contrainte, ou simple consultation de suite ;
- l'assurance d'une orientation en toute sécurité : dans la mesure où le médecin qui préconise l'orientation est responsable de celle-ci, du moins dans sa compatibilité avec l'état du patient, il s'assurera au préalable de la sécurité physique et psychique des transferts, transports et accompagnements, tant dans l'établissement où se situent les urgences, que dans un autre établissement, voire en cas de retour au domicile.

L'indication d'hospitalisation ou au contraire l'envoi à une consultation ambulatoire, déjà préexistante chez ce patient ou nouvellement indiquée, ne dépend pas du degré d'agitation [9]. C'est l'évaluation simultanée de la pathologie psychiatrique, de la possibilité d'accès aux soins ambulatoires, du risque de récurrence et de compromission de l'ordre public, du soutien de l'entourage ou de la nécessaire séparation d'avec celui-ci, et aussi des conditions proposées localement pour les soins psychiatriques, qui détermine l'indication d'hospitalisation. Des consultations rapprochées sur le lieu de l'urgence, avec une équipe spécialisée, peuvent favoriser l'adhésion ultérieure aux soins ambulatoires, en dehors de toute hospitalisation.

Si celle-ci est indiquée, elle peut être libre ou sous contrainte, en cas de refus de soins ou d'impossibilité à obtenir le consentement, comme le prévoit la loi du 27 juin 1990. Après 10 ans d'existence de cette loi et des modalités d'application bien connues maintenant, on retient la nécessité de deux certificats médicaux dans le cas général, et le caractère central de la demande du tiers [10]. Celle-ci, faite si possible par un membre de la famille ou de l'entourage habituel du patient, accompagne les certificats médicaux. Elle témoigne de l'intérêt pris par un tiers à l'état du patient, d'où la prudence qui s'impose avant d'en disqualifier la valeur. Cependant, les pièges les plus simples restent les plus répandus : la demande d'hospitalisation formulée par un futur divorcé, les « évacuations sanitaires » des personnes âgées ou des handicapés aux approches de vacances, en constituent les exemples flagrants.

Enfin adviennent deux éventualités à chaque fois délicates à résoudre [11]. Tout d'abord, la signature d'une sortie « contre avis médical » par le patient s'avère insuffisante, elle impose une information devant témoin et un engagement par écrit de l'entourage accompagnant le patient. D'autre part, la fugue ou « sortie sans autorisation » engage la responsabilité d'un défaut de surveillance, notamment en cas de complications somatiques chez des patients souvent fugueurs tels que les alcooliques ou les toxicomanes, ou encore en cas d'accident ou de suicide au sortir du service d'urgences. Dans tous les cas, les correspondants familiaux, ou institutionnels, le service envoyeur, voire le commissariat, sont avisés par téléphone immédiatement.

### Surveillance et transmission

#### Traitement psychotrope

Les urgences reçoivent des patients se présentant spontanément ou accompagnés par l'entourage. Dans ce cas il est rare qu'ils aient reçu un quelconque traitement psychotrope, même s'ils sont agités. En revanche, l'intervention au domicile du médecin, voire du psychiatre d'urgence entraîne un acheminement ambulancier bien souvent déjà traité. Les effets de psychotropes éventuellement prescrits auparavant apparaissent dès l'arrivée dans le lieu d'accueil en urgence : efficaces ou non, avec des effets secondaires ou pas, imposant ou non des correcteurs (hypotension, dyskinésies, etc.).

Au cours de l'accueil, la même surveillance est de rigueur pour les médicaments prescrits sur le site et ce, jusqu'au départ du patient.

Au-delà, il s'avère nécessaire de prévoir leur effet après le service d'urgences. Le temps de transport, l'accompagnement par un tiers, les conditions d'admission en aval déterminent

**Tableau 1.**

Diagnostic psychiatrique en urgence (DIAUP).

Nom du patient : .....

**DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE EN URGENCE - DIAUP 2**

**Signes ou demandes motivant la consultation (deux réponses au maximum)**

<input type="checkbox"/>	1	Angoisse
<input type="checkbox"/>	2	Troubles du sommeil
<input type="checkbox"/>	3	Troubles alimentaires
<input type="checkbox"/>	4	Plaintes somatiques
<input type="checkbox"/>	5	Conduites suicidaires, autoagressivité
<input type="checkbox"/>	6	Idéation dépressive
<input type="checkbox"/>	7	Idées de suicide
<input type="checkbox"/>	8	Comportement hétéroagressif
<input type="checkbox"/>	9	Agitation, excitation
<input type="checkbox"/>	10	Idées délirantes
<input type="checkbox"/>	11	Claustrophobie ou repli ou bizarreries...
<input type="checkbox"/>	12	Syndrome confusionnel
<input type="checkbox"/>	13	Errance, fugue, voyage pathologique
<input type="checkbox"/>	14	Mutisme
<input type="checkbox"/>	15	Demande en rapport avec l'alcool
<input type="checkbox"/>	16	Demande en rapport avec une toxicomanie
<input type="checkbox"/>	17	Demandes de renseignements
<input type="checkbox"/>	18	Demande d'allure administrative
<input type="checkbox"/>	19	Demande d'allure sociale (hébergement...)
<input type="checkbox"/>	20	Autre (libellé spontané)

**Motif consultation environnemental (deux réponses au maximum)**

<input type="checkbox"/>	1	Conflit conjugal
<input type="checkbox"/>	2	Conflit familial
<input type="checkbox"/>	3	Changement familial
<input type="checkbox"/>	4	Rupture sentimentale
<input type="checkbox"/>	5	Difficultés professionnelles
<input type="checkbox"/>	6	Rupture de logement
<input type="checkbox"/>	7	Changement de traitement
<input type="checkbox"/>	8	Rupture de soins
<input type="checkbox"/>	9	Événement traumatique
<input type="checkbox"/>	10	Autre événement de vie (nouvelle brutale, incorporation, grossesse, ...)
<input type="checkbox"/>	11	Déclenchement ou aggravation d'une pathologie somatique
<input type="checkbox"/>	12	Pas de motif environnemental retrouvé
<input type="checkbox"/>	13	Autre

**Diagnostic I (deux réponses au maximum)**

<input type="checkbox"/>	F03	Démence
<input type="checkbox"/>	F06	Troubles mentaux dus à une affection organique
<input type="checkbox"/>	F10	Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool
<input type="checkbox"/>	F19	Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples
<input type="checkbox"/>	F20	Schizophrénie
<input type="checkbox"/>	F22	Troubles délirants persistants
<input type="checkbox"/>	F23	Troubles psychotiques aigus et transitoires
<input type="checkbox"/>	F30	Épisode maniaque
<input type="checkbox"/>	F31	Trouble affectif bipolaire
<input type="checkbox"/>	F32	Épisodes dépressifs
<input type="checkbox"/>	F33	Trouble dépressif récurrent
<input type="checkbox"/>	F40	Troubles anxieux phobiques
<input type="checkbox"/>	F41	Autres troubles anxieux
<input type="checkbox"/>	F42	Troubles obsessionnelles compulsifs
<input type="checkbox"/>	F43	Stress et troubles de l'adaptation
<input type="checkbox"/>	F44	Troubles dissociatifs (de conversion)
<input type="checkbox"/>	F45	Troubles somatoformes
<input type="checkbox"/>	F50 à 59	Syndromes comportementaux avec perturbations physiologiques et facteurs physiques
<input type="checkbox"/>	F60	Troubles spécifiques de la personnalité
<input type="checkbox"/>	F79	Retard mental, sans précision
<input type="checkbox"/>	F84	Troubles envahissants du développement (autisme, psychose infantile, etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Autres (CIM 10)
<input type="checkbox"/>		Pas de diagnostic psychiatrique retenu
<input type="checkbox"/>		Maladie somatique

**Troubles de la personnalité détaillés (une réponse)**

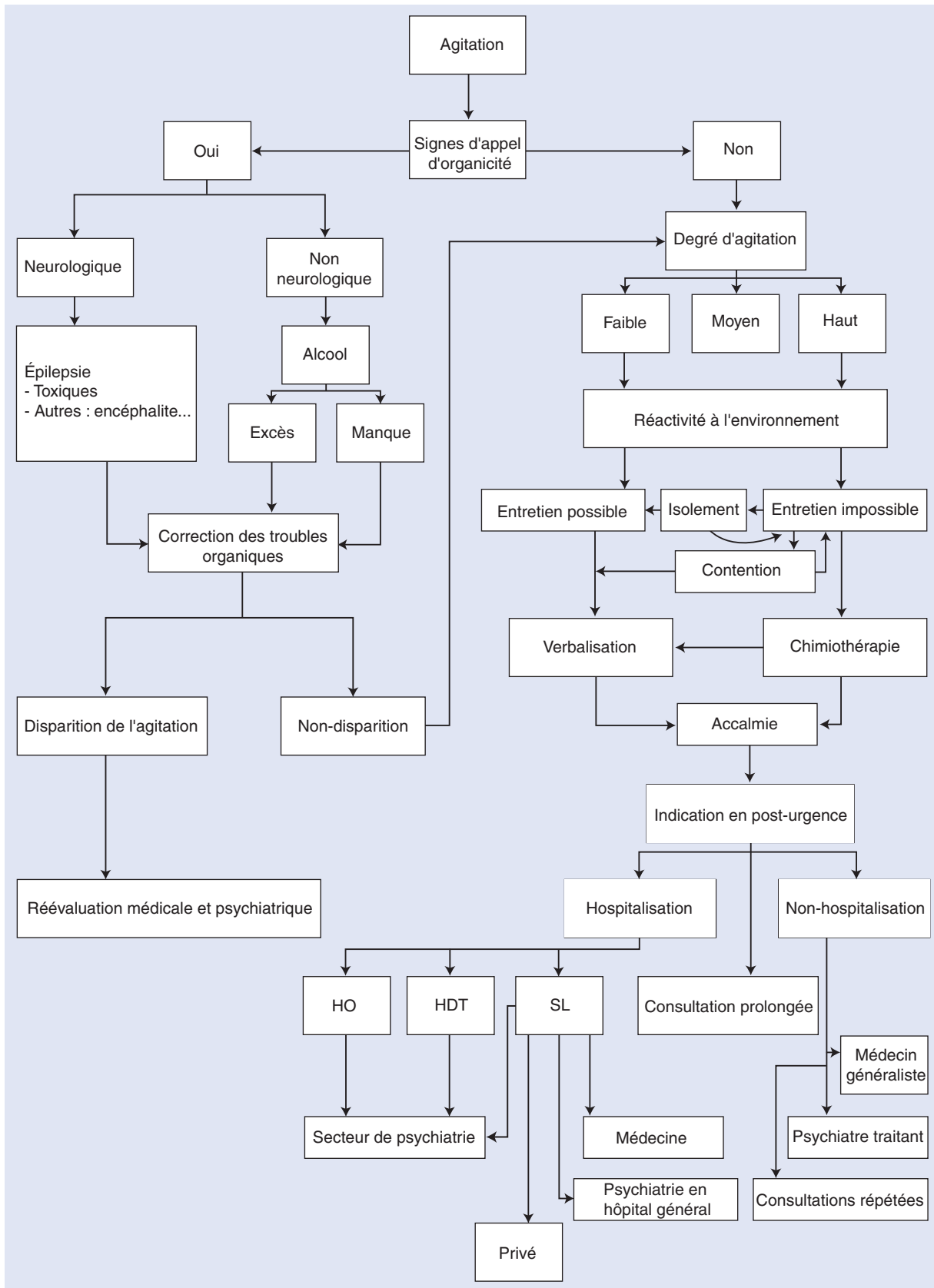
<input type="checkbox"/>	F60.0	Personnalité paranoïaque
<input type="checkbox"/>	F60.1	Personnalité schizoïde
<input type="checkbox"/>	F60.2	Personnalité dyssociale
<input type="checkbox"/>	F60.3	Personnalité émotionnellement labile
<input type="checkbox"/>	F60.4	Personnalité histrionique
<input type="checkbox"/>	F60.5	Personnalité anankastique
<input type="checkbox"/>	F60.6	Personnalité anxieuse (évitante)
<input type="checkbox"/>	F60.7	Personnalité dépendante
<input type="checkbox"/>	F60.8	Autres troubles spécifiques de la personnalité
<input type="checkbox"/>	F60.9	Trouble de la personnalité, sans précision

aussi le choix du produit et sa durée d'action. Quoi qu'il en soit, toute prescription est transmise par écrit à l'intervenant en aval, <sup>[11]</sup> afin d'éviter les accumulations et potentialisations dont les conséquences peuvent s'avérer dramatiques.

### Transmission et transparence

Tout document médical ou administratif accompagnant le patient n'a guère d'avantage à être retenu dans le

service d'urgences. La transmission intégrale au service d'hospitalisation en aval fait partie des règles usuellement admises. Si le patient n'est pas hospitalisé, on distingue deux types de documents : d'une part la lettre d'accompagnement remise au patient et symbolisant le lien entre la consultation d'urgence et la suite du traitement ambulatoire, et d'autre part le dossier médical transmis au médecin traitant.



**Figure 1.** Arbre décisionnel. Conduite générale face à un patient agité. HO : hospitalisation d’office ; HDT : hospitalisation à la demande d’un tiers ; SL : service libre.

Le retour d’information au médecin intervenu en amont de l’urgence se fait dans tous les cas.

## ■ Aspects thérapeutiques

La conduite générale face à un patient agité est schématisée dans la Figure 1.

## Traitement symptomatique de l’agitation

Le diagnostic n’est qu’un élément parmi d’autres dans la décision thérapeutique. Le degré d’agitation participe également à celle-ci. Cette évaluation débute par la prise en compte de la réactivité à l’environnement :

- effet de l’environnement dans la recherche d’une accalmie ;

**Tableau 2.**

Plan d'intervention pour la contention des patients agités.

1. Repérer les signes avant-coureurs :
  - tension anxieuse, réticence, tentatives connues de fugue en amont des urgences, efflorescence délirante non traitée ;
  - agressivité verbale, gestes menaçants, excitation psychique.
2. Agir de façon concertée :
  - le médecin ou l'interne de garde prescrit la contention ;
  - l'équipe infirmière agit sur prescription médicale ou en cas de danger imminent.
3. Maîtriser le patient :
  - toujours à plusieurs, au moins trois soignants, avec un quatrième plus à distance, le groupe étant mixte : cet apparent luxe de personnel fait gagner temps et efficacité ;
  - saisir et maîtriser le patient en entourant les extrémités du corps afin de rapprocher les bras le long du corps, conduire ou porter le patient dans une chambre individuelle, maintenir le patient avec les attaches, vérifier l'efficacité des points de contention.
4. Surveiller l'évolution :
  - verbaliser la situation, rassurer par une présence constante ;
  - administrer un traitement si la verbalisation et la réassurance sont impossibles ou inefficaces.
5. Planifier les actions de soins :
  - prendre les constantes, surveiller les points de contention à intervalles réguliers ;
  - hydrater le patient et surveiller l'élimination ;
  - noter les soins et observations sur le dossier.
6. Lever les contentions :
  - évaluer fréquemment le comportement du patient ;
  - lever progressivement les contentions ;
  - aider le patient à verbaliser la situation.

- interaction avec les autres personnes de la salle d'attente ;
  - réaction à l'approche du personnel médical et paramédical, etc.
- Des constatations de cette réactivité découlent l'indication ou non d'un isolement.

**Isolement**

La nécessité d'isoler un malade s'impose parfois : simple isolement de l'entourage par l'accueil dans une pièce d'examen habituel ou, plus exceptionnellement, mise en chambre d'isolement si un lieu spécifique a été retenu pour cela [12]. Effectué dans des conditions techniques, et non par repréailles, l'isolement facilite généralement l'entretien, la verbalisation calme le patient et un projet de soins se met aisément en place. Parfois, cet isolement ne suffit pas, et apparaissent des moments de débordement, d'accentuation des troubles tels, qu'une contention s'avère indispensable [5, 13].

**Contention**

Rapide et précise, parfaitement cadrée, elle se déroule selon des règles préétablies [3] :

- indiquée médicalement, en concertation avec les équipes infirmières, elle répond à un projet de soins, indépendamment d'une exacerbation gestuelle et comportementale ;
- en cas de danger imminent et ce, exceptionnellement, l'équipe soignante intervient d'extrême urgence, faisant entériner le plus tôt possible cette contention par une prescription médicale ;
- en aucun cas le malade, si perturbé soit-il, ne fait l'objet de confusion entre maintien et violence, ni l'enjeu de l'agressivité, si la contention se définit clairement par des buts thérapeutiques [14] ;
- le contact verbal en cours de contention a pour but de rassurer et d'expliquer tout acte de soins ; entendre la voix de l'autre constitue le début d'un échange humain, souvent aboli lors de grandes agitations ;
- la présence soignante, constante auprès du malade, témoigne de l'inanité d'une contention par défaut de personnel.

En observant ces recommandations (Tableau 2), ce geste dépasse exceptionnellement 2 heures, dans l'attente des effets éventuels des psychotropes, le temps qu'agissent les produits

déjà absorbés à l'extérieur, ou tout simplement par l'effet relationnel décrit ci-dessus, bien connu dans les anciens services de psychiatrie [2].

Les actions du personnel doivent répondre à quatre critères de qualité [15] :

- sécurité du patient et de l'environnement ;
- dignité et respect du patient ;
- caractère approprié de la contention ;
- permanence du soin.

**Traitement psychotrope**

Même devant un état d'agitation ne cédant ni à l'isolement ni à la contention, la chimiothérapie psychotrope ne s'impose pas de façon constante ou systématique, soit que des produits aient déjà été absorbés, ou que le traitement à visée organique domine, ou encore que cet état ne relève pas d'une pathologie. Cependant, celle-ci doit être envisagée régulièrement et le choix du produit, de la posologie, du mode d'administration dépendent de nombreux facteurs :

- l'intensité de l'agitation observée au cours de l'examen médicalisé ;
- l'état général du sujet (nutrition, poids, hydratation, notion d'une insomnie sévère les jours qui précèdent) ;
- le traitement en cours (antivitamine K,  $\beta$ -bloquant, anticholinergique, etc.) ainsi que les antécédents, en principe déjà repérés (insuffisance rénale, cause d'accumulation de produits dans l'organisme, mais également troubles de l'hémostase par insuffisance hépatique ; d'une façon générale tout trouble d'absorption, distribution, métabolisme et élimination rendant l'effet du psychotrope aléatoire) ;
- les psychotropes déjà prescrits en amont ;
- le but thérapeutique recherché : obtenir une sédation totale avant d'envisager un transport ou au contraire vouloir garder un contact et souhaiter une sédation moins complète.

Les différents produits se répartissent en deux groupes [16] :

- les anxiolytiques dont l'inconvénient majeur est l'effet dépresseur central en cas de potentialisation ou de troubles respiratoires existants (Tableau 3). L'usage de produits à demi-vie courte, évitant donc les phénomènes de rebond et de sevrage, et l'intérêt de les associer à un neuroleptique, en font des médicaments maniabiles et efficaces de l'agitation. Certains produits sont réclamés par les patients toxicomanes,

**Tableau 3.**

Principaux anxiolytiques utilisés en urgence.

Produit	DCI	Forme	Dose	Demi-vie	Particularités
<i>Benzodiazépines</i>					
Valium®	Diazépam	Amp 10 mg Cp 2, 5, 10 mg Sol buv 3 gttes = 1 mg	5 à 10 mg	32 à 47 h	Très myorelaxant
Tranxène®	Clorazépate dipotassique	Amp 20, 50, 100 mg Gél 5, 10 mg Cp 50 mg	20 à 100 mg	30 à 150 h	Action prolongée
Rivotril®	Clonazépam	Sol buv : 10 gttes = 1 mg Amp 1 mg Cp 2 mg	2 à 4 mg	32 à 38 h	Très sédatif, myorelaxant
Lysanxia®	Prazépam	Sol buv : 10 gttes = 5 mg Cp 10, 40 (en hôpital)	10 à 40 mg	30 à 150 h	Utilisation en sublingual
Témesta®	Lorazépam	Cp 1, 2,5 mg	1 à 5 mg	10 à 20 h	
<i>Carbamate</i>					
Équanil®	Méprobamate	Amp 400 mg Cp 250, 400 mg	250 à 800 mg	6 à 16 h	Utile lors de sevrages alcooliques
<i>Autres</i>					
Atarax®	Hydroxyzine	Sirop 1 c à c = 10 mg Cp 25, 100 mg Amp 100 mg	50 à 100 mg	6 à 8 h	Très sédatif

**Tableau 4.**

Principaux neuroleptiques utilisés en urgence.

Produit	Classe	DCI	Forme	Dose	Indications	Demi-vie	Particularités
Haldol®	<i>Butyrophénones</i>	Halopéridol	Amp 5 mg Sol buv 2 % 10 gttes = 1 mg Sol buv 20 % 1 gtte = 1 mg	5 à 10 mg	Agitation psychomotrice et délirante	24 h	Sédation, antihallucinatoire Effets secondaires : dyskinésies
Loxapac®	<i>Dibenzo-oxazépines</i>	Loxapine	Amp 50 mg Cp 25, 50, 100 mg Sol buv 1 mg = 1 gtte	50 à 200 mg	Agitation psychomotrice et délirante, agitation alcoolique	8 h	Sédation
Clopixol® Clopixol ASP®	<i>Thioxanthènes</i>	Zuclopenthixol	Sol buv 2 % 1 gtte = 1 mg Amp 50, 100 mg	50 à 200 mg	Agitation psychotique, état délirant	20 h Plus de 48 h	Bien toléré, intérêt du relais par la forme ASP Effets secondaires : dyskinésies
Tiapridal® Tiapride Panpharma®	<i>Benzamides</i>	Tiapride	Amp 100 mg Cp 100 mg	200 à 800 mg par 24 h	Agitation du sujet âgé, agitations éthyliques, sevrages toxiques	3 à 4 h	Action sédatrice de courte durée
Nozinan®	<i>Phénothiazines</i>	Lévomépromazine	Amp 25 mg Cp 25, 100 mg Sol buv 4 % 1 mg = 1 gtte	25 à 100 mg	Agitation anxieuse psychotique	Variable : 15 à 80 h	Action sédatrice lente, prolongée Surveillance de la pression artérielle
Tercian®		Cyamémazine	Amp 50 mg Cp 25, 100 mg Sol buv 1 mg = 1 gtte	25 à 100 mg	Agitation anxieuse, insomnie rebelle	10 à 18 h	Bonne tolérance
Largactil®		Chlorpromazine	Amp 25 mg Cp 25, 100 mg Sol buv 1 mg = 1 gtte	25 à 100 mg	Agitation psychomotrice, sevrage toxique	Courte : quelques heures	Action sédatrice

même en état d'agitation, surtout ceux à la demi-vie longue, bien loin donc de l'effet thérapeutique ;

- les neuroleptiques aux effets hypotenseurs, anticholinergiques et neurologiques nécessitent une surveillance étroite et la correction de ces troubles éventuels (Tableau 4). Les nouveaux antipsychotiques sont à l'essai dans les conduites d'agitation,

surtout dans les phases prodromiques, les moindres effets secondaires pouvant contrebalancer alors un effet sédatif moins spectaculaire.

On tentera dans tous les cas de favoriser la relation par une prise orale du traitement, la forme gouttes apparaissant comme particulièrement adaptée à l'urgence.

## Traitements selon l'étiologie

Une fois les étiologies métaboliques, endocriniennes, neurologiques systématiquement recherchées (cf. supra), les principales causes d'agitation rencontrées aux urgences sont induites par des intoxications, l'alcool bien avant les autres toxiques. Les causes psychiatriques pures, pour inquiétantes qu'elles soient, viennent ensuite.

### Étiologies organiques ou intriquées

La confusion mentale reste, dans ce domaine d'intrication psycho-organique, le cas le plus fréquent. L'agitation ne facilite pas l'exploration organique. Cependant, l'étiologie cérébrale, métabolique ou endocrinienne, en cause dans la moitié des cas de confusions selon notre expérience, détermine la suite thérapeutique. Le traitement sédatif a le double rôle de calmer l'agitation elle-même, et de faciliter les explorations, mais certains produits aggravent la confusion par une action anticholinergique. Le choix se porte plutôt vers l'Équanil® (200 à 400 mg), l'Haldol® (5 mg) ou le Tiapridal® (100 à 200 mg) à renouveler éventuellement. Le risque somatique (déshydratation, dénutrition) et surtout la mise en danger inhérente au délire onirique, prégnant dans la confusion agitée, imposent l'hospitalisation pour instaurer un traitement symptomatique puis étiologique. Les lits-porte sont le lieu idéal de ce traitement à double polarité. Le diagnostic de confusion psychogène reste un diagnostic d'élimination, bien que l'on estime son taux à environ 50 %.

### Étiologies psychiatriques pures

Elles sont brièvement décrites en insistant particulièrement sur les facteurs qui jouent un rôle dans la décharge d'agitation, et sur les procédures thérapeutiques.

#### Agitation anxieuse

Elle survient sur une personnalité névrotique, où des accès anxiodépressifs déjà connus se trouvent majorés par un facteur déclenchant relationnel. L'entourage, le plus souvent présent, oscille entre inquiétude extrême et attitude frustrante.

Les symptômes moteurs de l'agitation sont au second plan par rapport à l'expressivité émotionnelle. Celle-ci utilise aussi le langage corporel ou psychosomatique dans les registres cardio-respiratoires ou digestifs. La demande d'aide inextinguible et insatiable traduit le sentiment intérieur de panique du sujet. Dans certains cas, des traits de dépersonnalisation et une certaine perplexité alternent avec la quête affective massive. Les traits d'impulsivité de la personnalité font toujours craindre un passage à l'acte, le plus souvent autoagressif, parfois spectaculairement hétéroagressif, telles les tentatives de morsure ou de griffure de l'entourage.

La conduite à tenir dans ces cas comprend impérativement l'isolement par rapport à un groupe trop large que cet état, très chargé d'émotion, ne manque pas d'attirer. Le(ou) la patient(e) ne doit pas rester seul(e) pour autant, soit qu'un membre de la famille reste auprès de lui(elle), soit que la présence d'un infirmier ou d'un médecin détende déjà la situation. On s'inquiétera des plaintes physiques à type de sentiment de malaise, et on s'abstiendra de conseils à l'emporte-pièce sur la vie familiale ou sentimentale. L'écoute est souvent ce qui rassure le mieux le malade, de même que l'attention bienveillante aux demandes concernant les besoins élémentaires : un verre d'eau, un mouchoir, une couverture, etc.

Le traitement médicamenteux s'inscrit dans la continuité d'un éventuel traitement existant, dont il faut toujours s'informer. Il a pour but de soulager l'angoisse, cause de l'agitation, plutôt que de traiter l'agitation elle-même. La forme gouttes ou sublinguale des benzodiazépines orales est bien acceptée : Lysanxia® 40 sublingual, Rivotril® gouttes, Valium® gouttes. La forme injectable n'a guère d'avantages pharmacocinétiques, mais elle semble parfois plus efficace au patient : Tranxène®,

Rivotril®, Valium®. On note que des benzodiazépines à demi-vie courte comme Séresta® ou Témesta® ne sont pas disponibles sous forme gouttes ou injectable en France.

### Déséquilibres, psychopathies, troubles de la personnalité

Ces patients, souvent connus des urgences avec un diagnostic déjà posé, sont plutôt accompagnés par les forces de police ou les pompiers que par un entourage privé. Dans ce cas, l'agitation a déjà eu lieu troublant l'ordre public, une approche médicale s'avère nécessaire, nouveau temps d'évaluation si ce n'est de prise en charge.

Encore plus fréquemment ils arrivent tout seuls, et l'agitation est véritablement naissante aux urgences. Les réactions de prestance et les menaces outrancières déferlent au premier plan : tenter de rivaliser avec ces conduites ne ferait qu'augmenter le défi. Alcoolisation et prise de produits sont fréquemment associées.

Le mode de réponse consiste davantage en des précautions relationnelles préventives qu'en une tentative de traiter, par la contention physique ou chimique, de telles agitations. Déclenchées par une demande non satisfaite, elles entraînent généralement un raidissement des refus, qui n'est pas non plus souhaitable. Accepter des demandes banales et anodines, repousser en revanche toute transgression, facilitent l'accalmie et sont relativement simples à différencier.

Les réactions de prestance cessent plus vite quand l'interlocuteur, féminin si possible, banalise la situation. La référence à la loi, annoncée tranquillement, et dans les limites réelles où elle serait susceptible d'intervenir, s'avère utile.

La difficulté réside ici dans la frontière très ténue entre agitation et agressivité. L'étape des mesures de contention s'impose, avant que l'agitation ne devienne incontrôlable. Il faut toutefois évaluer soigneusement la nécessité de médicaliser une telle situation. En effet, en dehors d'une pathologie somatique ou de conséquences néfastes d'une intoxication – médicamenteuse, alcoolique ou autre – il n'y a guère lieu de prolonger le séjour aux urgences.

La troisième étape, celle de la violence clastique qui déborde les limites, autorise l'usage de la contention physique et chimique sans pour autant modifier l'indication en aval de non-hospitalisation. L'association plus ou moins habituelle aux consommations addictives fait préférer des produits neuroleptiques sédatifs par la voie intramusculaire, tels que Tiapridal® 2 à 6 ampoules, Largactil® 2 ampoules, ou encore la forme gouttes parfois paradoxalement acceptée telle que Clopixol® 50 à 100 gouttes.

### Troubles psychotiques

L'agitation caractérise le tableau clinique des troubles psychotiques aigus, qu'ils soient isolés, inauguraux de troubles psychotiques persistants, bipolaires ou schizophréniques, ou encore qu'ils émaillent l'évolution de l'une de ces psychoses au long cours. Elle semble obéir ici à des motifs endogènes davantage qu'environnementaux. De manière générale cependant, les attitudes compassionnelles sont à proscrire, car elles obtiennent la plupart du temps l'effet inverse du but recherché, à savoir qu'elles exacerbent l'agitation. Empreintes de la peur qu'entraîne systématiquement l'agitation psychotique, elles ne peuvent être que maladroitement et hors de propos, eu égard à la catastrophe portant sur le sentiment d'identité et d'existence qui se joue pour le patient.

Dans ces cas, l'agressivité n'est pas obligatoirement associée à l'agitation. Elle risque cependant d'en constituer le devenir obligé, sur le mode auto- davantage qu'hétéroagressif, si la participation anxieuse massive n'est pas traitée.

**Épisode psychotique aigu et transitoire.** C'est la composante thymique – presque toujours associée – ou encore le contenu même des idées délirantes qui entraîne l'agitation, allant jusqu'au raptus suicidaire. L'entourage familial, surtout lors d'un premier épisode, montre une inquiétude extrême, aboutissant parfois à un départ contre avis médical, d'autant qu'il attribue la panique comportementale à la présence à



l'hôpital. La chimiothérapie, rapidement proposée, permet parfois de faciliter une acceptation des soins : Largactil® (100 à 200 mg), Haldol® (5 à 10 mg), Clopixol® (50 à 100 mg) potentialisés éventuellement par du Valium® (10 à 15 mg) ou du Rivotril® (2 à 4 mg).

**Épisodes aigus des psychoses maniacodépressives.** Ils apparaissent le plus souvent atténués par les chimiothérapies au long cours. Celles-ci, plus ou moins bien suivies, écrètent les grands états maniaques pour laisser la place aux états dits mixtes, où les éléments dépressifs et anxieux se mêlent à l'élévation et à l'accélération idéique et motrice. L'existence fréquente d'insomnie dans les jours qui précèdent rend paradoxalement efficaces des doses tout à fait moyennes de benzodiazépines, et le patient s'endort avec l'équivalent gouttes ou injectable de 15 mg de Valium® ou de 4 mg de Rivotril®.

L'agitation chez le mélancolique s'associe à l'anxiété. C'est un tableau trompeur car la dimension anxieuse et agitée occulte les thèmes mélancoliques classiques pourtant présents, telle la conviction qu'a le malade de devoir mourir. Sur le mode du raptus, ou préparé de longue date, le risque suicidaire est majeur. Il faut envisager une sédation importante, Nozinan® (100 à 200 mg), Tercian® (100 à 150 mg).

Dans les deux cas, manie ou mélancolie, l'hospitalisation s'impose, de préférence à la demande d'un tiers, étant donné l'acceptation fréquente, paradoxale et transitoire des soins, pour quitter l'hôpital le plus rapidement possible.

**Épisodes aigus au cours d'une psychose schizophrénique ou de troubles délirants persistants.** Les troubles sont déjà diagnostiqués et traités. L'épisode aigu survient lors de ruptures thérapeutiques, qu'il faut rechercher systématiquement, même s'il existe par ailleurs des éléments liés au génie propre de la maladie ou au contexte environnemental. Le retour au traitement interrompu peut être proposé d'emblée. Parfois, le patient ou son entourage s'y opposent formellement, semblant le rendre responsable, plus ou moins rationnellement, de tout événement négatif. Le problème n'est pas tant celui du traitement symptomatique de l'état aigu que la remise en vigueur de l'hospitalisation ou du suivi psychiatrique prématurément interrompu.

### Déficiences mentales ou retards globaux du développement

L'instabilité des placements à certains moments de la vie de ces patients, l'adolescence par exemple, ou encore des modifications familiales graves ou importantes (deuils, séparations) déclenchent de grands états d'agitation, incompréhensibles au premier abord. Ces réactions de colère mobilisent l'entourage, et une séparation momentanée peut être utile, à condition de ne pas se substituer au placement. Il faut toujours songer au désordre somatique, accompagné de douleurs physiques par exemple, que le déficient mental exprimerait par la conduite d'agitation.

Lors du traitement, des états confusionnels iatrogènes apparaissent si les médications neuroleptiques sont trop fortement dosées : on choisit de préférence Tiapridal®, Dogmatil®, Neuleptil® et Melleril®, les mieux tolérés dans ces cas.

### Agitations toxiques

#### Alcoolisme

L'intoxication aiguë conduit à des ivresses pathologiques s'exprimant selon plusieurs modes :

- excitomoteur, qui nécessite une sédation si le patient ne peut rester suffisamment calme le temps que l'alcoolémie diminue. Le traitement doit pouvoir calmer le patient sans entraîner de complications cardiorespiratoires. Les produits utilisables sont les neuroleptiques davantage que les benzodiazépines : Tiapridal® (400 à 800 mg/24 h) ; Loxapac® (100 à 400 mg) ; Équanil® (400 à 1200 mg/24 h). Ce dernier produit, encore très employé en France, tend à disparaître dans les pays anglo-saxons ;

- hallucinatoire, dans ce cas, on recherche l'activité antihallucinatoire plutôt que sédative : Largactil® (100 à 500 mg d'emblée) ;
- épileptique, la prescription de benzodiazépines prévaut sur les neuroleptiques qui, en abaissant le seuil épiléptogène, pourraient entretenir l'état convulsif : Valium® (5 à 15 mg), ou Rivotril®. Là encore, il est souhaitable d'attendre que l'alcoolémie diminue.

La prise per os, notamment en forme gouttes, est prescrite systématiquement avant la voie intramusculaire car l'hémostase perturbée fait courir le risque d'un hématome profond iatrogène.

Sur le plan médicolegal, tout patient alcoolisé est maintenu sur le site des urgences le temps nécessaire pour écarter tout danger : par exemple, une sortie prématurée avec la possibilité de conduire une automobile engagerait la responsabilité du médecin, a fortiori s'il existe des antécédents de crises convulsives. Ces cas très fréquents démobilisent les équipes des urgences ; pourtant, ces patients à haut risque justifient d'autant plus une vigilance accrue.

L'hospitalisation pour sevrage dans un contexte d'ivresse ou de sevrage involontaire ne correspond à aucun projet de soins investi un tant soit peu par le patient et sera donc vouée à l'échec. L'hospitalisation en milieu spécialisé, sous contrainte ou non, ne se justifie pas tant que le patient n'a pas été réévalué à jeun. À ce moment-là seulement pourra être repérée une éventuelle pathologie sous-jacente. Parfois l'ivresse aura masqué un état maniaque, une mélancolie, un délire ou plus simplement un état dépressif « automédiqué » à l'alcool.

Les différents syndromes de sevrage sont par ordre d'importance :

- le syndrome hyperesthésique, signant la dépendance physique à l'alcool, apparaît après une douzaine d'heures de sevrage. Outre la soif débutante, les tremblements et crampes, l'agitation anxieuse modérée laissent présager une évolution vers le delirium en l'absence de réhydratation et de sédation ;
- le prédelirium est le stade suivant avec déjà une confusion onirique intermittente qui contraste avec le peu d'altération somatique comme dans le delirium installé. Là encore, l'hydratation et la sédation calment l'agitation modérée ;
- le delirium, état caractérisé par une confusion mentale agitée, constitue une urgence médicale plus que psychiatrique. Tremblements, sueurs, déshydratation en sont les principaux symptômes. Il s'agit d'une urgence vitale et l'hospitalisation en médecine est justifiée.

Le diagnostic de delirium n'est pas écarté sous prétexte d'une prise d'alcool récente, vérifiée par l'alcoolémie ou non : en effet, c'est la variation d'absorption d'alcool qui crée la déshydratation sans atteindre forcément l'abstinence.

#### Toxicomanies

Encore appelées « usages de substances psychoactives », elles sont rarement dues à une seule substance.

Depuis la prescription des produits de substitution, l'urgence de l'agitation tend à disparaître. Cependant, de tels états restent provoqués par de nouveaux produits ou d'anciens détournés de leur usage :

- épisodes confusionnels ou délires aigus liés à la prise de produits ;
- agitation de l'« état de manque » : tous les états de dépendance à une substance (anxiolytiques, barbituriques, voire antidépresseurs, drogues, alcool) peuvent déclencher, lors d'un sevrage brutal volontaire ou non, des manifestations anxieuses très agitées.

Dans tous les cas, une médication anxiolytique d'action rapide s'impose d'emblée. La prescription de Valium® (10-20 mg) permet d'apaiser l'anxiété de la plupart de ces états de manque. Parfois, le recours à un neuroleptique est envisagé : Tercian® (50-150 mg) en cas de sevrage toxicomaniaque, Tiapridal® (100-200 mg) ou Loxapac® (50-100 mg) en cas de

sevrage alcoolique. La prescription de Valium® ou de Rivotril® reste cependant nécessaire lors d'interruptions de toxicomanies aux barbituriques ou aux benzodiazépines de demi-vie longue (Tranxène®, Rohypnol®).

Cependant, le risque le plus fréquent est celui du sevrage multiple : alcool, produits morphiniques ou autres drogues et psychotropes. Tous peuvent conduire à une convulsion de sevrage. À ce titre, l'observation prolongée se justifie en posturgence, soit aux lits-porte des urgences, soit en médecine.

## Cas particuliers liés à l'âge

### Enfant

L'agitation survient sur un tableau déjà connu de pathologie de l'enfance : enfant hyperactif, autisme. L'exacerbation comportementale est alors liée schématiquement à une maladie organique associée, à rechercher donc, ou à une instabilité de l'environnement (problème de placement ou de scolarité notamment, nouveaux paramètres familiaux). La participation de l'entourage constitue alors l'autre pôle essentiel de l'évaluation clinique.

C'est aussi l'agitation anxieuse de l'enfant inhibé et craintif, exerçant ainsi une réelle emprise sur l'environnement. La surcharge anxieuse d'un entourage débordé représente souvent la priorité thérapeutique, sans oublier toutefois la réalité de la souffrance de l'enfant.

Le traitement de la pathologie sous-jacente s'effectue sur le long cours. L'urgence thérapeutique réside ici dans le traitement symptomatique de l'agitation, pour lequel on choisit habituellement des neuroleptiques tels Melleril® ou Neuleptil®.

### Adolescent

L'essentiel des tableaux cliniques, pourtant identique à ceux déjà évoqués, est d'évaluation plus difficile. Il existe une dimension provocatrice vis-à-vis des adultes, et une plus grande difficulté de ceux-ci à y répondre : comment se confronter à leur force physique et aussi à leur séduction, qu'en est-il du respect pour l'adulte ?, etc. Et ce, quel que soit le diagnostic de l'agitation.

La mise en jeu du corps, sur le mode de la plainte hypocondriaque anxieuse et agitée, ou sur le mode des conduites agies, auto- ou hétéroagressives, constitue une spécificité à cet âge.

Les pairs coopèrent plus souvent comme auxiliaires de soins qu'ils ne jouent le mythe de la bande organisée, et leur intervention est souvent capitale pour faire accepter le traitement de la crise d'agitation, y compris en les appelant sur leur inévitable « portable ».

### Gravidopuerpéralité de la femme

Cette situation particulière de la femme nécessite des modes de réponse adaptés. Ainsi, le service de maternité-obstétrique doit être contacté avant même d'avoir décidé du diagnostic. En effet, les antécédents de troubles de la puerpéralité, ou encore tout simplement le lien avec la sage-femme habituelle importent avant tout. La possibilité d'accueil dans le service de maternité-obstétrique calme généralement la situation.

Si, malgré tout, un traitement est nécessaire, on évite à l'évidence la contention physique. De même, la prescription de psychotropes se tient entre deux écueils, le risque tératogène du 1<sup>er</sup> trimestre, et les difficultés d'un accouchement ralenti par les psychotropes avec un bébé endormi.

En cas de pathologie psychiatrique grave du type de troubles délirants de la gravidopuerpéralité, l'évaluation de cet état et de son traitement prime sur la réponse à l'agitation, allant jusqu'à l'hospitalisation spécialisée.

### Personne âgée

Le bilan des éventuels désordres somatiques représente la partie essentielle de l'investigation, d'autant que, même absents au départ, les situations d'attente et de transfert d'un lieu de soins à un autre en créent rapidement : déshydratation présente

ou qui s'aggrave, lésions traumatiques au cours même de l'agitation et de sa prise en charge.

Les différents diagnostics à évoquer touchent d'une part aux états de confusion et de démence, d'autre part à l'anxiété mélancolique dont on connaît l'aspect trompeur apparenté à une anxiété banale, et le haut risque de raptus suicidaire.

Le traitement utilise de faibles doses liées aux difficultés d'élimination, et adaptées au poids de la personne âgée : on utilise plutôt des benzodiazépines, aux moindres effets cataleptiques et cardiovasculaires, subissant une moindre accumulation dans l'organisme. Certains neuroleptiques à doses filées tels que le Melleril® ou le Tiapridal® sont aussi efficaces.

## Situations extrêmes

### Stress et catastrophes

Une agitation paradoxale, un état hypomane ou une agitation subconfusionnelle caractérisent le tableau de stress post-traumatique. La verbalisation impossible sur l'instant fait opter pour un abord médicamenteux dans un premier temps. Les benzodiazépines apportent à faible dose une sédation relative permettant un échange verbal : Témesta® (1 mg), Xanax® (0,25 mg). En cas d'échec, de plus fortes doses de benzodiazépines ou un neuroleptique parviennent à calmer l'angoisse mais limitent de fait le travail d'abréaction pouvant être entrepris sur le champ par des psychiatres formés à l'aide aux victimes de catastrophes. Ceux-ci sont maintenant disponibles dans chaque département auprès de la cellule d'urgence médico-psychologique.

### Agitation chez un étranger

Elle peut simplement témoigner des difficultés de compréhension tant de ce qui lui arrive que de ce qu'il n'arrive pas à transmettre. L'entourage joue alors un rôle de premier plan. En son absence, la conduite thérapeutique est facilitée par l'appel à une personne proche de la culture du patient.

## ■ Conclusion

Peut-on définir les principes clés de la conduite à tenir devant un malade agité aux urgences ?

Ils concernent l'équipe et sa formation, la prise de décision et la capacité de prévoir, l'évaluation somatique, psychiatrique et environnementale, enfin le cadre juridique où prennent place les actes d'intervention.

L'équipe nécessairement formée à l'urgence et l'agitation se compose si possible d'hommes et de femmes, de jeunes et de plus expérimentés, à compétences différentes. Cette cohésion et cette mixité en renforcent la solidité tant il est vrai que, pour être rassurante, une équipe doit être rassurée. La professionnalisation de l'équipe, évidente pour tous, a jusqu'à présent su éviter les forces de l'ordre public aux urgences psychiatriques pour résoudre l'ensemble des problèmes pathologiques par une démarche soignante.

La décision en urgence doit être rapide, sans attermolement, car le doute et l'absence de discernement accentuent l'angoisse chez les patients et les intervenants, quitte à corriger secondairement par une réponse plus subtile. Il faut prévoir l'aggravation pour l'éviter, notamment le passage de l'agitation à l'agressivité.

L'évaluation reste avant tout somatique, les désordres pouvant être cause ou conséquence de l'agitation. Elle est aussi psychiatrique, bien sûr. Enfin, le bilan comprend aussi l'entourage : est-il auxiliaire des soins, indifférent ou acceptant de déléguer, ou encore est-ce une présence pathogène ?

Si la loi de 1990 permet le maintien de 48 heures à l'hôpital général pour parfaire une observation, le psychiatre aux urgences se tient sur une crête escarpée entre non-assistance à personne en danger, internement arbitraire et décision abusive. La complexité des décisions jurisprudentielles et contradictoires

milite actuellement en faveur de positions thérapeutiques de bon sens ne perdant jamais de vue l'intérêt du patient.

Cet article a été publié pour la première fois en 2001 dans le traité d'Urgences.

## ■ Références

- [1] Guedj MJ. *L'agitation en pratique quotidienne au CPOA*. Rev SAMU; 2000.
- [2] Daumezon G, Tosquelles F, Audisio M. Conduites d'agitation. *Encycl Méd Chir* (Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-140-A-10 et 37-140-A-20, 1961.
- [3] Caroli F, Masse G. *Les situations d'urgence en psychiatrie*. Paris: Doin; 1985.
- [4] Bernard P. *Manuel de l'infirmier en psychiatrie*. Paris: Masson; 1977.
- [5] Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry* 1994;**151**:1584-91.
- [6] Guelfi JD. Overt aggression scale. In: *Évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Paris: Pierre Fabre; 1996. p. 695-700.
- [7] Christidis N. Démarche diagnostique et conduites à tenir devant les états d'agitation aiguë. In: Ginestet D, editor. *Thérapeutique médicamenteuse des troubles psychiatriques de l'adulte*. Paris: Flammarion; 1996. p. 99-115.
- [8] Masse G, Guedj MJ. *Situations d'urgence psychiatrique en médecine générale*. Paris: Éditions Scientifiques L&C; 1998.
- [9] McNiel DE, Myers RS, Zeiner HK, Wolfe HL, Hatcher C. The role of violence in decisions about hospitalization from psychiatric emergency room. *Am J Psychiatry* 1992;**149**:207-12.
- [10] Alagille M, Mathieu P, Grivois H. Urgences psychiatriques. *Encycl Méd Chir* (Elsevier SAS, Paris), Urgences, 24-153-A-10, 1995 : 14p.
- [11] Caroli F, Mercuel A, Rampa S. Urgences psychiatriques. *Encycl Méd Chir* (Elsevier SAS, Paris), Thérapeutique, 25-426-B-10, 1991 : 11p.
- [12] Circulaire n°48 DGS/SP3/ du 19 juillet 1993. *Portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour des troubles mentaux*. Paris: Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville; 1993.
- [13] Terra JL. Évaluation des pratiques professionnelles. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. In: Kovess V, editor. *Psychiatrie année 2000. Organisations, évaluations, accréditation*. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 1999. p. 191-8.
- [14] Palazzolo J, Chignon JM, Chabannes JP. Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie. Enquête prospective. *Encephale* 1999;**25**:477-84.
- [15] American Psychiatric Association. *Taskforce report 22: Seclusion and restraint: the psychiatric uses*. Washington DC. 1985.
- [16] Dubin WR. Rapid tranquilization: antipsychotics or benzodiazepines? *J Clin Psychiatry* 1988;**49**:5-12.

M.-J. Guedj, Praticien hospitalier, responsable du centre psychiatrique d'orientation et d'accueil.

A. Mercuel, Praticien hospitalier, secteur 13.

J.-L. Marcel, Praticien hospitalier, chef de service secteur 3.

F. Caroli, Praticien hospitalier, chef de service secteur 13.

Centre hospitalier Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 75674 Paris cedex 14, France.

Toute référence à cet article doit porter la mention : Guedj M.-J., Mercuel A., Marcel J.-L., Caroli F. Malade agité aux urgences. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25-150-A-10, 2007.

Disponibles sur [www.emc-consulte.com](http://www.emc-consulte.com)

