

Agitation aux urgences : de l'accueil à la prise en charge dans un service d'urgence

F. Thys, A. Manara, G. Deschietere

Service des Urgences, Cliniques Universitaires Saint-Luc, Université Catholique de Louvain, Avenue Hippocrate 10, 1200 Bruxelles – Belgique.

*Auteur correspondance : Frédéric Thys (frederic.thys@uclouvain.be)

POINTS ESSENTIELS

- L'état d'agitation est une vraie urgence.
- Une prise en charge rigoureuse et immédiate s'impose.
- Les modalités de prise en charge doivent être connues de tous les membres du service des urgences.
- Il faut systématiquement exclure des situations organiques réversibles par une mesure de la glycémie et de la SpO₂
- Il faut systématiquement rechercher une origine organique, toxicologique et pas uniquement psychiatrique.
- L'utilisation d'une double grille de décodage « agitation contrôlable ou non » et « agitation compréhensible ou non » permet de faciliter la démarche de recherche de l'étiologie.
- Une sédation est requise si l'entretien est impossible ou l'agitation incontrôlable.
- Les médicaments utilisés doivent être bien connus, de courte durée d'action, titrables et antagonisables. Les associations doivent être utilisées avec prudence.
- La contention et la mise en chambre de sécurité nécessitent des protocoles établis dans le service.
- La dignité physique ET morale du patient doit toujours être respectée quelque soit son état d'agitation.

INTRODUCTION

Les services d'urgences sont confrontés quotidiennement à de nombreux défis. La prise en charge de patients agités est une préoccupation très fréquente, on estime que l'agitation représente le motif d'admission d'un patient sur cent [1]. Par ailleurs, d'autres sources

rapportent que 17 % des patients admis aux urgences sont violents [2]. Ainsi, même s'il semble aisé de définir l'agitation comme une entité diagnostique, les limites d'une telle attitude se heurtent à la réalité médicale quotidienne. En effet, l'agitation est à considérer comme un symptôme non spécifique et commun présent dans un bon nombre de situations cliniques telles la confusion mentale, les hallucinations, l'hyperactivité verbale et/ou motrice, la volition chaotique, la logorrhée, les propos délirants ou des situations d'agressivité verbale et physique pour ne citer que les plus fréquentes. Outre ces situations, il n'est pas rare de retrouver ce symptôme chez les personnes irritables qui présentent une faible tolérance à la frustration. Une difficulté ou un inconfort dans le contact avec l'entourage peut s'exprimer également par de l'agitation.

Classiquement, l'état d'agitation se définit comme une perturbation du comportement moteur (fébrilité, turbulence, fureur), psychique (labilité du cours des idées, logorrhée) et relationnel (agressivité vis-à-vis des d'objets ou de personnes). Il n'est pas rare qu'une de ces composantes soit prédominante [3, 4]. Confronté à une agitation aiguë, le médecin urgentiste doit remplir trois missions distinctes, mais qui seront accomplies souvent simultanément. La première mission consiste à gérer l'urgence et à tenter de calmer l'agitation du patient. L'équipe soignante appréciera le degré d'urgence et la montée en puissance requise pour calmer ce symptôme. La deuxième mission consiste à établir sans délai un diagnostic étiologique afin de corriger rapidement une éventuelle cause métabolique ou organique sous-jacente. Enfin, s'il échait, il faudra initier le travail de la crise sous-jacente au niveau psychopathologique (si elle est abordable dans l'urgence) [5]. Il sera capital de garder comme ligne de conduite ces trois missions, car il faut absolument détecter les pièges somatiques lourds de conséquences lorsqu'ils sont ignorés. Par ailleurs, les deux premières démarches sont urgentes et ne peuvent être différées. La gestion d'un patient agité concerne tous les acteurs du service des urgences et il faut être conscient que les ressources de l'équipe soignante en termes d'expertise, de locaux et du nombre d'intervenants disponibles conditionnent la tolérance d'une structure par rapport à cette situation clinique. Une structure dont les ressources sont limitées sera vite déstabilisée par une agitation même modérée. Ainsi, toute stratégie ou procédure de prise en charge devra tenir compte de ces réalités locales.

Les objectifs que ce chapitre propose d'atteindre à l'issue de sa lecture sont de pouvoir aborder le patient agité afin de gérer l'urgence et calmer l'agitation, de pouvoir juger de la gravité clinique et connaître les règles de base du diagnostic différentiel de l'agitation et enfin de connaître les grands principes de prise en charge en fonction des étiologies possibles.

COMMENT PRENDRE EN CHARGE LE PATIENT AGITÉ ?

Au vu de l'imprécision de la définition de l'agitation, le clinicien de l'urgence peut conclure précipitamment que l'agitation est un trouble en soi. La prise en charge thérapeutique s'inscrira alors uniquement dans la prise en charge de l'agitation et l'origine de celle-ci sera occultée avec tous les risques encourus par cette simplification.

Afin d'éviter ce piège, il est essentiel de se baser sur quelques éléments discriminants permettant d'élaborer une stratégie diagnostique complète. Cette étape est fondamentale, car elle conditionne toute la qualité des interventions thérapeutiques qui en découlent.

Évaluation initiale et détermination de la forme clinique d'agitation

L'évaluation initiale du patient agité détermine souvent le degré d'urgence ainsi que le projet de prise en charge par l'équipe des urgences. Des échelles évaluant la sévérité de l'agitation existent (**Tableau 1**), issues de la pratique psychiatrique, mais leur utilisation reste aléatoire et complexe dans la pratique quotidienne [6]. Elles gardent leur utilité, après une première évaluation, pour le monitoring objectif de l'évolution de la situation sous la thérapeutique choisie.

6	Violent, agressif, ne se contrôle pas
5	Très anxieux, agité, crie
4	Anxiété, ne tient pas en place, se contrôle
3	Éveillé, coopérant
2	Somnolent, peut être facilement réveillé
1	Sommeil profond

Tableau 1.- Echelle de cotation de la sévérité d'un état d'agitation [6].

Dans la réalité quotidienne, la détermination de la forme clinique de l'agitation est capitale. Ainsi, il faut déterminer si l'agitation est contrôlable ou non ET si elle est compréhensible ou incompréhensible. Suite à cette double détermination, les modalités de prise en charge vont s'avérer significativement différentes.

Agitation contrôlable ou non

On parle ***d'agitation incontrôlable*** lorsque la communication et/ou l'établissement d'un contact avec la personne agitée sont impossibles. L'association avec de la violence verbale ou physique est commune. Dans cette situation, plus fréquente chez l'adulte jeune, il est nécessaire de prendre des décisions thérapeutiques immédiates. Dans ce contexte, deux cas de figure peuvent être rencontrés. Le patient est agité, incontrôlable et violent (parfois avec des signes d'intoxication éthylique ou autre). Amené aux urgences par les forces de l'ordre, les pompiers, le Smur, ce type de patient interpelle l'équipe par ses menaces, insultes et son attitude (violence extrême, vocifération, tentative de fuite ou de frapper, vécu délirant). Toute tentative d'entretien se solde par un échec.

Dans ce contexte, il est utile de tenter d'identifier les sujets agités qui risquent de passer à l'acte violent imminent, car il y a un réel danger pour l'équipe. Il est difficile de tirer le portrait-robot du patient qui va devenir violent. Aucune règle ne permet de l'identifier de

manière rigoureuse. L'aspect vestimentaire, le niveau social et intellectuel sont peu discriminant même s'il est intéressant de les intégrer et il serait inopportun d'associer systématiquement l'une ou l'autre tranche de population à ces phénomènes de violence. De plus, retenons que les patients agressifs ou violents ne sont pas nécessairement des patients psychiatriques. Toutefois, l'observation permet de détecter des signes annonciateurs de violence dont la conjonction est elle discriminante (**Tableau 2**).

On parle *d'agitation contrôlable* quand cette forme permet de débiter un entretien, de recueillir l'anamnèse et de pratiquer un examen clinique somatique. Ce caractère contrôlable se corrobore par une détente progressive durant l'entretien, par une acceptation des soins et de l'examen clinique, par une amélioration progressive de la collaboration.

Agitation compréhensible ou non

L'observation du comportement du patient, un court entretien avec celui-ci et surtout l'anamnèse de l'entourage représentent le minimum d'informations à intégrer pour cette approche diagnostique. Avec le patient et son entourage, on s'attachera à évaluer l'affection actuelle en dégagant les points suivants : quelle a été la rapidité d'apparition des symptômes actuels ? Quels sont les antécédents médicaux, psychiatriques et familiaux du patient ? Consomme-t-il des substances ou des médicaments ?

Antécédent de comportements violents
Port d'armes
(Facteurs sociaux)
Sexe masculin, jeunesse
Toxicomanie
Refus de s'asseoir
Incapacité à rester en place
Sursauts et immobilisation avec ébauche de gestes de menace ou de défense
Menace de l'exécution d'un plan dangereux
Changements brutaux inexplicables d'activité
Menaces, insultes
Voix modifiée (timbre, rythme)
Hallucinations auditives avec injonction de violence
Tension musculaire

Tableau 2.- Éléments prédictifs d'un passage à l'acte violent (adapté d'après [2,3,4])

Une approche très rentable *consiste à distinguer l'agitation incompréhensible et compréhensible* en se basant sur l'impression laissée par le premier contact avec le patient, mais surtout avec le retour de l'anamnèse de l'entourage immédiat de celui-ci [5]. Ainsi lorsque prédomine l'incohérence du langage et du comportement, l'incompréhension de l'entourage ainsi que la rupture avec l'attitude habituelle, l'agitation est dite incompréhensible. À l'inverse, un patient dont l'agitation résulte d'une réaction exagérée par rapport à un conflit spécifique, d'une pulsion exagérée compatible avec une réaction normale, l'agitation est compréhensible tant pour le soignant que pour l'entourage du patient (qui peut parfois lui

aussi dans ce contexte présenter une agitation notable). L'intérêt de cette classification est réel, car c'est dans l'agitation incompréhensible que l'on retrouve le plus d'agitations liées à des causes somatiques ou toxiques justifiant une prise en charge multidisciplinaire rigoureuse (Tableau 3).

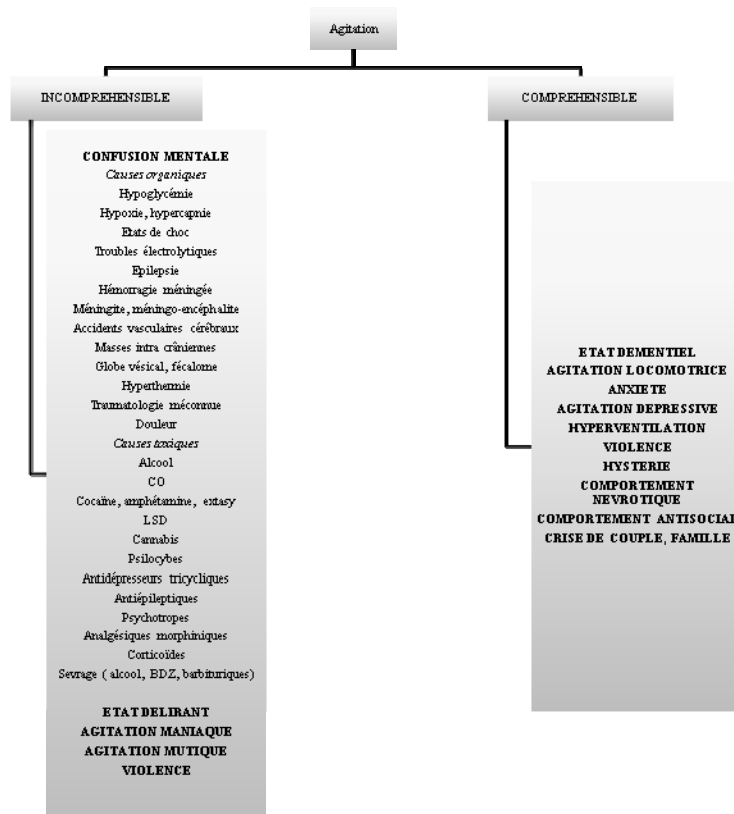


Tableau 3.- Aide au diagnostic différentiel de l'étiologie de l'agitation

Les situations spécifiques

Agitation chez l'enfant

Dans cette situation particulière, il faut être attentif à la place des responsables (parents et/ou référents), des repères identitaires, de la place du corps, de la continuité des soins et du lieu de séparation. L'utilisation des médicaments psychotropes et le contexte législatif sont très spécifiques dans ce domaine en vigueur. De manière encore plus pointue que dans les autres contextes, il faut faire preuve de rigueur pour appliquer deux principes contradictoires avec professionnalisme à savoir : toujours éliminer une cause organique avant d'envisager une étiologie psychologique et inversement pour éviter les pièges ou démarches diagnostiques futiles ou délétères [7].

Grand enfant et l'adolescent

Chez l'adolescent, l'agitation peut révéler de manière brutale une situation de crise familiale ou sociale, mais aussi survenir en secteur éducatif spécialisé suite à un acte de violence, une séparation ou une déception. Il faut être conscient que le déclenchement de la crise est

souvent secondaire à une difficulté relationnelle, conflictuelle vis-à-vis de sa famille ou de ses proches. La demande vient rarement de l'adolescent lui-même. L'enfant est conduit à l'hôpital parce qu'il inquiète ou qu'il dérange par une famille motivée par la crainte du/ou le risque immédiat engendré par un comportement inhabituel et l'impossibilité de tolérer une telle situation. Dans des situations, il est intéressant de noter qu'il existe une tendance émergente des parents à exprimer une plus grande agressivité...vis-à-vis des intervenants ! Ainsi, la famille discute de plus en plus souvent avec l'intervenant du « pourquoi » des actes de son jeune, mais conclut de plus en plus fréquemment aussi à son impuissance à le soutenir, renvoyant ainsi à l'hôpital et à ses acteurs le travail de sens, de mise de limite et de structuration du jeune considéré en souffrance. Cette agressivité et perte d'alliance sont souvent engendrées par la peur de ne pas être à la hauteur (des jeunes, mais aussi des parents) dans cette société sans points de repère clairs, mais paradoxalement aussi de perdre le pouvoir dans un système qui glorifie le consensus et l'horizontalité. C'est dans ces situations de peur collective que le soignant se doit d'être le plus contenant et sécurisant possible, résistant à la tentation sécuritaire et du clivage du soin pour continuer à travailler le sens en rendant à chacun ressources, liberté et responsabilité [8].

Chez la personne âgée

L'agitation se manifeste sous une forme verbale agressive ou des phrases stéréotypées ou des gémissements. L'agressivité physique se traduit par des coups, des morsures, des jets d'objets ou des fugues, une déambulation, des stéréotypies gestuelles. Le type, la fréquence et l'intensité du trouble comportemental conditionnent le recours des proches ou des soignants au service d'urgence [Erreur ! Signet non défini., Erreur ! Signet non défini.].

LES PREMIÈRES DÉMARCHES INCONTOURNABLES

Celles-ci doivent être guidées par les grands principes suivants :

- Pour tout patient en état d'agitation, une glycémie capillaire et une saturation artérielle en oxygène (SpO₂) sont systématiques !
- Tout patient sans antécédent psychiatrique connu présentant une agitation inaugurale, ou un examen clinique (intégrant la glycémie capillaire et la SpO₂) anormal ou une agitation incontrôlable est suspect d'une pathologie organique ou toxique jusqu'à preuve du contraire.

LES PREMIÈRES DÉMARCHES IMMÉDIATES ET INCONTOURNABLES

Celles-ci permettront un retour au calme indispensable, car le patient agité est dangereux pour lui-même, pour autrui et risque de fuguer. De plus, il doit bénéficier sans délai d'un examen clinique rigoureux et d'une stratégie diagnostique paraclinique efficiente.

Toutefois, Devant une agitation majeure et incontrôlable, le recueil de données ne pourra débuter qu'après contention et sédation.

Dans tous les autres cas, une prise en charge rapide et efficace ainsi qu'une maîtrise parfaite de la situation par l'utilisation adéquate des différentes mesures suivantes s'imposent à savoir :

- l'entretien avec le patient ;
- le traitement médicamenteux, la contention et la mise en chambre de sécurité ;
- la démarche diagnostique.

L'entretien avec le patient

En fonction de la situation, on jugera la pertinence de séparer le patient de son entourage pour cet entretien. Il importe de parler avec le patient pour bloquer la spirale peur-anxiété qui s'installe très rapidement dans ce contexte. Il faut adopter une attitude ferme et décidée et éviter les palabres avec un patient qui est incohérent. Il faut verbaliser les raisons de l'entretien, utiliser des mots adaptés et surtout annoncer les actions qui vont être réalisées (examens complémentaires, contention, mise en chambre de sécurité) en permettant au patient de conserver respect et dignité.

Le traitement médicamenteux, la contention et la mise en chambre de sécurité

La priorité s'avère être le traitement de la cause, mais il s'impose également de traiter l'agitation aiguë par un apport pharmacologique. La médication doit être envisagée seulement si toute discussion reste impossible, si l'agité menace de tout casser ou de tout détruire, si l'agité nécessite la contention physique par plusieurs soignants et enfin si les troubles confusionnels, délirants ou hallucinatoires sont majeurs. La contention physique et la mise en chambre de sécurité sont destinées à protéger le patient ainsi que l'entourage de sa violence lorsque les autres moyens s'avèrent inefficaces ou impossibles à mettre en œuvre. On peut y recourir aussi lorsqu'un patient risque de se soustraire à des soins que son état de santé nécessite. La contention est prescrite et sa levée aussi par l'équipe en charge. Sa mise en pratique doit idéalement faire l'objet d'un protocole établi préalablement et accepté par tous les membres de l'équipe médicale et soignante. La dignité physique ET morale du patient doit toujours être respectée quelque soit son état d'agitation. La mise en chambre de sécurité sera discutée au cas par cas et dirigée par un senior du service. Cette mise en chambre de sécurité est contre-indiquée si le patient nécessite une surveillance rapprochée. Dans ce dernier cas, on préférera un lit de contention et l'installation dans une unité équipée d'un monitoring adéquat. Le **tableau 4** illustre l'arbre décisionnel de base dans ces situations.

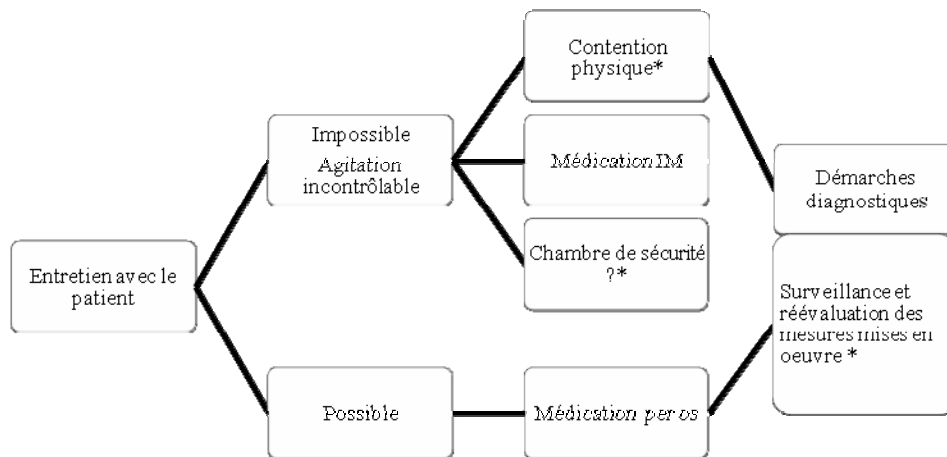


Tableau 4.- Prise en charge d'un patient agité aux urgences.

Plusieurs approches pharmacologiques existent et la prescription repose sur les objectifs suivants :

- profil d'action permettant de diminuer significativement les comportements délétères de l'agitation sans toutefois compromettre la conscience, la lucidité du patient qui s'avèrent indispensables pour amorcer le dialogue et le travail de la crise ;
- permettre un examen clinique ;
- diminuer la durée de la contention physique

Le consensus sur le choix définitif d'une molécule n'est pas encore acquis. Toutefois, on donnera toujours la préférence à la prise orale d'un médicament efficace, titrable et de demi-vie courte. Cette molécule devra comporter des effets secondaires réduits et être idéalement antagonisable facilement, car la sédation pharmacologique du patient agité représente un risque qui peut avoir également des implications médico-légales lourdes en l'absence de consentement. Des propriétés anticonvulsivantes sont appréciables. L'administration intramusculaire ou intraveineuse sera envisagée si la prise orale est impossible.

Chez l'adulte, les benzodiazépines (midazolam ou lorazépam) semblent être la classe pharmacologique avec l'index thérapeutique le plus sur (ratio bénéfice/ risque favorable).

De même, l'utilisation de neuroleptiques atypiques type loxapine, risperidone, olanzapine, ziprasidone semble avoir une sécurité d'emploi satisfaisante et des effets secondaires moindres que le reste de cette classe. Certaines formes galéniques permettent une sécurisation de la prise orale. La place de l'association benzodiazépine-neuroleptique ne peut être précisée. Elle diminue les effets secondaires des neuroleptiques, mais le risque iatrogène est accru par augmentation des effets combinés inconstamment prédictibles. En pratique, comme dans tous les domaines de la médecine, il est recommandé d'utiliser un nombre restreint de molécules que l'on maîtrise bien dans le service en évitant des associations complexes. Durant la conférence orale, plusieurs propositions seront analysées.

La démarche diagnostique

Il est capital de réaliser dès que possible un examen clinique complet qui comprendra un examen neurologique performant. Le contrôle des paramètres vitaux est obligatoire. La recherche de traumatisme doit être systématique. On attachera une attention particulière aux personnes chez qui l'anamnèse est parfois impossible à savoir les patients d'origine étrangère, les alcooliques, les personnes âgées !

Des examens complémentaires doivent être réalisés chez tout patient agité à savoir un contrôle de la glycémie, une biologie à la recherche d'un syndrome inflammatoire de troubles ioniques. Un screening toxicologique sanguin et urinaire est indispensable. Chez les patients à risques, on réalisera un contrôle de la saturation en oxygène ou des clichés radiographiques suivant le contexte. On peut se risquer à proposer un moyen mnémotechnique pour résumer la démarche diagnostique ainsi le mot TOP qui nous rappelle qu'il faut exclure une cause toxique, organique et psychiatrique.

CONCLUSION

L'état d'agitation est une vraie urgence qui nécessite une prise en charge rigoureusement codifiée, professionnelle, humaine, pluridisciplinaire et immédiate. Elle concerne tous les acteurs de l'urgence qui doivent, encore plus que dans d'autres situations, unir leurs savoir et savoir-être avec comme seule préoccupation le retour au calme et la mise en évidence de l'étiologie sous-jacente de cette situation de détresse extrême que vit le patient.

RÉFÉRENCES

- [1] Elliot FA. Violence. The neurologic contribution: an overview. Arch Neurol 1992;49:595-603
- [2] Thys F, Majoie C, Janssens P, et al. Agressivité et violences au sein des services d'urgences. La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, 2000,39:70-73.
- [3] Conférence de consensus. L'agitation aux urgences (petit enfant excepté). JEUR 2003 ;16 :137-158.
- [4] Moritz F. Malade agité aux urgences.EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Médecine d'urgence, 25 150-A-10,2010.
- [5] De Clercq M. Urgences Psychiatriques et interventions de crise. Bruxelles: De Boeck Université 1997.p 183-197
- [6] Richards JR, Derlet RW, Duncan DR. Chemical restraint for agitated patients in the Emergency Department : lorazepam versus droperidol. J Emerg Med 1998; 16: 567-73.
- [7] Duverger P, Togora A, Avarello G, et al. Accueil de l'enfant et de l'adolescent agité aux urgences pédiatriques. Cahiers de la puéricultrice 2007 ; 210 :8-13.
- [8] Thys F, Vermeiren E, Laurent M et al. Agressivité et violence dans les services d'urgences, moteurs de changement de pratiques ? Soins Pédiatrie-Puériculture 2010 ;252 : 32-35.