

## **Agitation et urgence vitale : comment faire la part des choses ?**

M. Bayeul, L.M. Joly

*Service des urgences adultes, CHU de Rouen*

### **POINTS ESSENTIELS**

- Devant une agitation, une origine somatique doit être systématiquement évoquée et éliminée par les examens adéquats.
- La règle s'applique aux patients âgés, encore plus qu'aux autres.
- La règle est valable pour les patients déments chez lesquels l'agitation ne correspond pas à un comportement habituel. Se reporter au point n°1.
- La règle est valable pour les patients "psychiatriques" chez lesquels l'agitation ne correspond pas à un comportement habituel. Se reporter au point n°1.
- Parmi les causes somatiques d'agitation, certaines sont des urgences vitales, avec éventuellement défaillance d'organe.
- Certaines agitations authentiquement psychiatriques sont des urgences vitales.
- L'interrogatoire du patient et/ou de l'entourage est essentiel et peut apporter à eux seuls le diagnostic.
- Le bilan biologique et d'imagerie sera d'autant plus large que les circonstances et l'interrogatoire (patient/entourage) ne permettent pas un diagnostic causal précis.
- La sécurisation du personnel soignant et du patient par la sédation-contention de ce dernier est la première action à entreprendre face à un agité incontrôlable.
- 

### **INTRODUCTION**

L'agitation se définit comme une perturbation du comportement moteur, psychique et relationnel. Elle suscite une réaction d'intolérance de l'entourage et du milieu [1]. C'est un symptôme non spécifique qui peut être relié à de nombreuses pathologies. Le problème n'est pas d'en faire le diagnostic, mais d'en organiser la prise en charge immédiate (sédation/contention +surveillance) et d'en trouver la cause (origine psychiatrique ou somatique). En pratique, on procède par recherche systématique et "élimination" d'une origine somatique avant de conclure à une origine psychiatrique. La règle est la même chez la personne âgée chez laquelle les causes somatiques prédominent [2].

## RÉGLEMENTATION

L'agitation demande une prise en charge rapide dans une structure adaptée avec une équipe pluridisciplinaire conformément à la circulaire du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'encadrement des situations de violences.

Certaines agitations sur la voie publique tombent sous le coup du régime de la garde à vue. En cas de suspicion d'alcoolisation aiguë, les fonctionnaires de police présentent le patient aux urgences afin d'obtenir un certificat de non-hospitalisation. L'urgentiste doit examiner le patient et prescrira tout examen nécessaire pour aboutir à un diagnostic en cas de doute. Il ne doit laisser le patient quitter les urgences qu'avec la certitude que son état de santé est sans danger. Dans le cas contraire, il le surveille aux urgences.

Le régime des hospitalisations sous contrainte a été redéfini en 2011. Il ne concerne que les maladies d'origine psychiatrique. Il existe désormais 4 situations (**Tableau 1**).

## PRISE EN CHARGE INITIALE IMMÉDIATE

La sécurisation du patient agité, du personnel soignant ainsi que des autres patients est une priorité. Si l'agitation est contrôlable, l'approche relationnelle est indispensable. Elle permet de dédramatiser la situation et de prévenir le risque de violences et de passage à l'acte. Un traitement médicamenteux per os peut être délivré. Si l'agitation est incontrôlable, des mesures d'urgence s'imposent : la contention est réalisée par un personnel suffisamment nombreux. Les forces de l'ordre peuvent être sollicitées en cas d'agitation extrême et de dangerosité.

La contention est réalisée par un dispositif adapté fixé au lit, éventuellement dans une chambre sécurisée. C'est un soin qui relève de la prescription médicale et doit s'accompagner d'une sédation médicamenteuse. Elle s'adresse au patient dangereux pour lui-même et son entourage afin de permettre un examen clinique et les examens nécessaires. Elle reste limitée dans le temps. La levée de contention sera prescrite par le médecin.

La sédation consiste à apaiser le patient agité à l'aide de traitements médicaux quand l'abord relationnel est impossible. Les deux classes pharmacologiques utilisées le plus souvent sont les benzodiazépines et les neuroleptiques. La voie orale sera privilégiée si le patient est coopérant, et la voie intramusculaire dans le cas contraire en urgence.

## PRISE EN CHARGE MÉDICALE ET PARAMÉDICALE

L'infirmière organisatrice de l'accueil (IOA) établit un recueil de données et des constantes vitales et calcule un score de tri. Le recueil de données comprend le motif d'arrivée, l'âge, les antécédents, les traitements et les circonstances de l'agitation (mode survenue et d'installation, l'évolution). Ces informations sont recueillies auprès du patient quand cela est possible, de la famille, des pompiers, des ambulances ainsi que des autres professionnels de santé. Les constantes prises à l'accueil sont la tension artérielle, le pouls, la saturation en oxygène, la fréquence respiratoire, la température, une glycémie capillaire, le score de douleur, le score de Glasgow et certaines plus spécifiques (détection CO, Hemocue ...). Le diagnostic peut parfois en découler directement (hypoglycémie, intoxication au CO) ou une

orientation diagnostique (hyperthermie, prise de toxiques, rétention d'urine ...). L'attitude face à un patient agité doit rester calme, tolérante, rassurante, tout en étant à l'écoute. Le plus souvent, le score de tri imposera une présence médicale immédiate ou quasi immédiate.

L'examen clinique du patient agité n'est réalisable qu'après contention et sédation si celui-ci n'est pas coopérant.

- l'anamnèse: interroger l'entourage, antécédents, traitements, début de l'épisode, prise de toxiques, facteur de stress, notion de traumatisme, caractère habituel ou non chez un patient dément ou atteint de troubles psychiatriques. L'interrogatoire est souvent difficile ou infaisable du fait de l'agitation elle-même, d'une sédation liée aux traitements médicamenteux de l'agitation, ou d'une confusion associée.

- recherche d'une confusion associée : la confusion est un trouble aigu de l'attention, avec désorientation temporo-spatiale et réduction des capacités intellectuelles. Elle peut se présenter sous une forme agitée ou une forme stuporeuse. Chez un agité, la présence d'une confusion renforce la suspicion d'une origine somatique.

- examen somatique général : déshabiller le patient. On peut repérer immédiatement l'étiologie (plaie de scalp, globe vésical, fécalome au toucher rectal, otorragie, rhinorrhée, ganglions) ...

- examen neurologiques: pupilles, reflexes, vigilance, réactions motrices, réaction d'éveil, tonus musculaire, relation verbale, signes méningées ...

- examen cutané: purpura, marbrures, traumatisme, plaie, rougeur/blancheur d'un membre, ictère, traces d'injections ...

Chez la plupart des patients, des examens complémentaires sont nécessaires, sauf chez un patient présentant une agitation jugée "habituelle" par ceux qui le connaissent (maladie psychiatrique ou démence connues ...) ou bien si le contexte est évident (alcoolisation ou intoxication aiguë à un produit déterminé). Leur prescription doit être d'autant plus large que les circonstances et l'interrogatoire (du patient et de l'entourage) ne permettent pas un diagnostic causal précis.

- examens biologiques: hémogramme, bilan électrolytique, coagulation, GDS, CRP, bilan hépatique, recherche de toxiques ciblée sur le toxidrome, recherche de CO, dosages médicamenteux, ammoniémie, hémocultures "larges"

- imagerie: TDM (cérébrale++), EEG

- autres: ponction lombaire, ECG, bandelettes urinaires, ECBU ...

Un algorithme de prise en charge est proposé (**Figure 1**).

## ÉTIOLOGIES

Les étiologies à rechercher chez un patient agité peuvent être classées en "origine organique" dont les intoxications, et "origine psychiatrique" (**Tableau 2**)

## CONCLUSION

La prise en charge des patients agités aux urgences est un problème fréquent. Il s'agit d'une urgence médicale qui nécessite une prise en charge immédiate en cas de violences extrêmes ou d'altérations des fonctions vitales. Une cause organique est recherchée systématiquement, en sachant que les diverses étiologies peuvent de plus être intriquées.

## RÉFÉRENCES

[1] - Conférence de Consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) ». Recommandations du jury : texte court. J Eur Urg Reanim 2003 ; 16 : 58-6.

[2] - Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. Synthèse des recommandations de bonne pratique. Mai 2009.

Tableau 1 : les différents types d'hospitalisations sous contrainte (loi du 5 juillet 2011)

<b>Procédure d'admission en soins psychiatriques</b>	<b>Conditions</b>	<b>Demandeur</b>	<b>Pièces à fournir au décideur (certificat médical = CM)</b>	<b>Décideur</b>	<b>Information du directeur de garde par le médecin</b>
<b>Sur décision du représentant de l'État y compris pour les détenus</b>	Personne dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public	Médecin ne relevant pas de l'établissement d'accueil psychiatrique (EPA)	- 1 CM circonstancié émanant du médecin demandeur (décrit avec précision l'état de santé du patient ; il doit conclure à la nécessité de l'hospitalisation sur décision du Préfet)	Décision (arrêté) du représentant de l'État (Préfet) Instruction de la demande par l'ARS	Immédiate
<b>Sur demande de tiers</b>	- Les troubles mentaux rendent impossible le consentement de la personne - son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante	Tiers = famille ou une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade, antérieures à la demande de soins, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne	- Demande du tiers - 2 CM circonstanciés : 1er CM par un médecin n'exerçant pas dans l'EPA 2e certificat établi par un médecin qui peut exercer dans l'EPA	Décision du chef d'établissement psychiatrique	En cas de nécessité
<b>Sur demande de tiers en urgence</b>	- Idem demande d'un tiers - urgence et risque grave d'atteinte à la sécurité du malade	- Idem demande d'un tiers	- Demande du tiers - 1 CM circonstancié établi par un médecin, qui peut être un médecin de l'établissement d'accueil	Décision du chef d'établissement psychiatrique	En cas de nécessité
<b>Sur demande d'un médecin en cas de péril imminent</b>	- Idem demande d'un tiers - péril imminent pour la santé de la personne - impossible d'obtenir une demande de tiers (famille injoignable ou refus du tiers)	Médecin ne relevant pas de l'EPA	- 1 CM circonstancié émanant du médecin demandeur : - constater l'état mental de la personne malade et les caractéristiques de sa maladie - indiquer la nécessité de recevoir des soins - attester de l'impossibilité de recueil de la demande de tiers et son motif	Décision du chef d'établissement psychiatrique	Immédiate

Tableau 2 : liste non exhaustive des causes d'agitation.

Origine organique

1) **causes neurologiques/neurochirurgicales**

- épilepsie, état de mal épileptique
- AVC
- hématome sous-dural, extradural, intracérébral
- tumeur cérébrale, effet de masse, hypertension intracrânienne
- hémorragie méningée
- encéphalopathies (hépatiques, carentielles ...)

2) **causes métaboliques**

- hypoglycémie/hyperglycémie
- acidocétose
- hypoxie/hypercapnie
- troubles électrolytiques: hypo(++)/hypernatrémie, déshydratation, hypercalcémie ...
- insuffisance rénale aiguë

3) **causes infectieuses**

- toute infection, avec ou sans fièvre
- méningite, méningo-encéphalite

4) **causes toxiques**

- alcool: alcoolisation massive, sevrage alcoolique avec pré-DT et DT (delirium tremens)
- stupéfiants/toxiques: tout stupéfiant ainsi que les sevrages
- intoxication médicamenteuse volontaire ou non
- intoxication au CO

5) **autres causes**

- cardiaque: SCA, EP, trouble du rythme
- état de choc
- traumatiques
- iatrogène, surdosage médicamenteux volontaire ou non
- douleur

- divers: fécalome, rétention d'urine, etc.

Origine psychiatrique

- crise d'angoisse

- BDA (bouffée délirante aiguë)

- schizophrénie: épisode inaugural ou poussée évolutive

- état maniaque

- hystérie

- délires paranoïaques

Figure 1 : algorithme général de prise en charge d'un patient agité.

