

# La gestion de l'agitation : calmons-nous !

**Professeur Saïda DOUKI**  
**Docteur Fathy NACEF**

## INTRODUCTION

La notion d'urgence en médecine implique l'existence d'une pathologie aiguë qui nécessite des soins immédiats car elle comporte une souffrance importante et des risques graves pour la santé, voire pour la vie du sujet.

La spécificité de l'urgence psychiatrique est de comporter, en plus, des risques pour la sécurité des personnes ou des biens.

Le rôle du médecin, face à une demande de soins en urgence est de :

- **reconnaître l'urgence**, i.e. l'existence d'un risque imminent pour la vie du sujet ou pour la sécurité des personnes ou des biens ou d'une souffrance psychologique aiguë.

- **donner les premiers soins** qui conditionneront le pronostic et la prise en charge ultérieure.

- **orienter la prise en charge** et savoir indiquer une prise en charge ambulatoire ou hospitalière en milieu spécialisé.

- prendre également en charge **l'entourage** qui est, généralement, à l'origine de la demande de soins.

Les situations d'urgences psychiatriques représentent **15 à 20%** de l'ensemble des consultations dans les services d'urgences des hôpitaux généraux. C'est dire que le savoir-faire psychiatrique est devenu une exigence de base pour tout médecin urgentiste afin d'éviter des décisions souvent intempestives sinon dangereuses pour le patient, tel le transfert systématique en milieu psychiatrique ; au risque d'initier ainsi de réelles carrières psychiatriques « iatrogènes » et au risque surtout de méconnaître une étiologie organique qui est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit.

L'agitation est l'une des urgences psychiatriques qui sollicite le plus souvent les services d'urgence médicales. Elle est aussi celle qui inquiète le plus compte tenu de son potentiel de passages à l'acte agressifs. Toutefois, ce symptôme est loin d'être univoque et renvoie à de nombreuses pathologies psychiatriques ou somatiques. Toute la difficulté réside dans la double et impérieuse nécessité d'endiguer au plus vite l'agitation tout en établissant rapidement un diagnostic étiologique qui déterminera la conduite à tenir spécifique. C'est dire si le médecin se doit en premier lieu de conserver tout son calme.

### **Calmons-nous !**

Tout l'art de l'urgence, en effet, qu'elle soit médicale ou psychiatrique, est de ne pas succomber au mimétisme de la violence et de la panique alors que tout, précisément, participe à y faire sombrer.

Les praticiens appelés à régler des situations difficiles, hors de tout protocole médical usuel, doivent tenir compte d'eux même et de leurs réactions. En effet, tout patient est susceptible d'éveiller en nous des images et des sentiments personnels. Le mimétisme affectif est un des pièges de l'urgence psychiatrique. Ainsi, peut-on adopter les convictions victimaires d'un patient persécuté, se décourager avec un mélancolique ou se laisse manipuler par un ... manipulateur !

Or il s'agit en toutes ces situations de conserver son autonomie de jugement et d'action.

A côté de la compétence et de l'habileté, la capacité de rester assez maître de soi pour ne pas être débordé par son émotivité, repose sur la juste appréciation de ses propres limites.

Ces réserves et ces règles de prudence ne doivent pas pour autant servir d'alibi à une intervention hâtive et bâclée.

Le mode d'abord peut être différent selon que le médecin a été directement sollicité par le patient ou non.

- Dans le premier cas, il existe un message que le praticien devra essayer de comprendre ; il pourra ensuite décider s'il peut y répondre et de quelle manière.
- Dans le second cas quatre principes peuvent être retenus :
  - **Une écoute attentive** : elle permet de comprendre s'il existe une demande formulée ou non et éventuellement de la faire advenir.
  - **L'isolement du patient** : il suppose d'éloigner un entourage, éventuellement à l'origine de l'agitation.
  - **La médicalisation de la situation** : se présenter clairement comme médecin, commencer par un examen somatique, interroger le patient sur ses antécédents, sa souffrance, peuvent souvent permettre de calmer le sujet, sans compter que la position sociale et symbolique du médecin a encore une signification pour la majorité des personnes.
  - **Avoir un discours clair et ferme** : l'écoute bienveillante n'a pas pour corollaire d'accepter tous les propos du sujet et encore moins ses actes sans réagir. La clarté dans les propositions, dans les informations qui sont données, la franchise, sont des caractéristiques propres à diminuer l'incertitude donc l'angoisse du sujet qui est bien souvent en grande partie à l'origine de l'agitation. La fermeté a le même intérêt. L'agitation est toujours le résultat d'une perte du contrôle et des limites internes du sujet. Celui-ci peut être rassuré par la mise en place de limites extérieures compréhensibles et justifiées

## **I. Stratégies diagnostiques et thérapeutiques**

Dans l'enquête étiologique, il importe tout d'abord d'écarter tout risque vital, puis d'évaluer une éventuelle dangerosité et enfin de dénouer une crise conjoncturelle.

### **1. Evaluer le risque vital**

Tout état d'agitation, surtout chez un sujet sans antécédents psychopathologiques connus, peut masquer une urgence médicale qui peut engager le pronostic vital ; il faut donc chercher à discriminer rapidement les affections somatiques souvent graves qui peuvent se traduire par un tableau psychiatrique aigu.

Deux tableaux cliniques sont particulièrement évocateurs et doivent faire rechercher une affection organique à expression psychiatrique :

### **1.1. LA CONFUSION MENTALE :**

On dit de la confusion mentale quelle est *la plus médicale des affections mentales*, car elle témoigne d'une souffrance cérébrale non spécifique et, dans la majorité des cas, liée à un trouble organique.

Le tableau clinique est facile à reconnaître avec l'association de l'obnubilation de la conscience, d'une désorientation temporo-spatiale, de troubles mnésiques avec fausses reconnaissances et d'un délire onirique. L'intensité est variable au cours de la journée avec une exacerbation vespérale. La perplexité anxieuse qui témoigne des fluctuations de l'état de conscience est très évocatrice. L'état général est souvent très altéré.

Les étiologies sont multiples ; les principales sont :

- les affections cérébrales : oedème cérébral, hématomes, AVC, méningites, encéphalites etc. La plupart de ces affections entraînent des signes neurologiques de localisation assez faciles à dépister.

- les affections endocriniennes et métaboliques : décompensations d'un diabète (hypoglycémie etc.), encéphalopathies métaboliques (pancréatite aiguë, Addison, insuffisance rénale etc.).

- intoxications surtout alcooliques, mais aussi à d'autres toxiques (CO, drogues, Pb etc.) ou médicaments (corticoïdes, psychotropes etc.)

La conduite à tenir est **essentiellement diagnostique** pour orienter le traitement étiologique.

- Il faut souligner l'importance de l'anamnèse, à la recherche d'éventuels antécédents médicaux, de prise de médicaments ou de toxiques, de traumatisme crânien, et de l'examen physique et neurologique, à la recherche de fièvre, de stigmates d'imprégnation éthylique, de signes de localisation etc.

- S'il en est besoin, l'administration d'un tranquillisant par voie orale ou parentérale (type BZD à demi-vie courte de préférence : 5 à 10 mg de diazépam, ou neuroleptique incisif, type halopéridol : une demi à une ampoule à 5 mg sans associer d'antiparkinsoniens dans la mesure du possible) diminuera l'anxiété et l'agitation qui accompagnent le tableau et facilitera à la fois l'examen somatique et les examens paracliniques éventuels, puis le transfert vers le milieu hospitalier requis, en fonction de l'étiologie. Une contention physique peut également s'avérer nécessaire et préférable à un traitement psychotrope susceptible d'altérer le tableau clinique.

### **1.2. LA CRISE AIGUË D'ANGOISSE OU ATTAQUE DE PANIQUE :**

Elle réalise un tableau extrêmement évocateur, surtout lorsque l'on y assiste : le début en est volontiers brutal, souvent la nuit. Cette "tempête de symptômes fonctionnels" a une **expression psychique** (panique intense, sensation de mort imminente), **somatique** (tachycardie, sueurs, oppression thoracique et striction pharyngée, vomissements, diarrhée, vertiges etc.) et **comportementale**, se traduisant souvent par une agitation fébrile.

La durée est variable, de quelques minutes à quelques heures.

Un **examen médical** est nécessaire tant pour rassurer le sujet que pour **éliminer une affection organique** donnant lieu à une symptomatologie analogue : infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, voire affection chirurgicale comme une perforation d'ulcère etc.(cf. tableau en annexe )

L'administration PO ou en IM d'une **BZD d'action rapide** (Valium, Clorazébate) soulagera l'angoisse, quelle qu'en soit l'origine et permettra de mieux en explorer l'étiologie.

En l'absence d'une affection somatique, l'attaque de panique évolue, de façon récurrente, dans le cadre d'un **Trouble panique** qui est l'indication d'un traitement antidépresseur ou par alprazolam, à titre ambulatoire.

## **2. Evaluer la dangerosité**

### **2.1. LES ETATS SUICIDAIRES**

Le risque de suicide doit être systématiquement évalué devant un tableau de **dépression agitée**. En effet, bien que cela puisse sembler paradoxal, l'agitation peut masquer une authentique dépression et faciliter la réalisation d'idéations suicidaires. Le diagnostic de dépression est évoqué devant une mimique reflétant la tristesse et la douleur morale et surtout l'expression verbale de thématiques dépressives.

Le risque de passage à l'acte à plus ou moins court terme est d'autant plus important qu'il existe (Fawcett et al., 1990) :

- des idées suicidaires clairement formulées,
- des thèmes dits mélancoliques : désespoir, dévalorisation, culpabilité, incurabilité, ruine etc.
- des symptômes de type obsessionnel-compulsifs
- une insomnie totale
- des troubles cognitifs ou psychotiques
- un abus d'alcool
- une anxiété importante avec agitation
- des antécédents dépressifs
- des antécédents familiaux ou personnels de suicide
- un manque de support familial ou social.

L'hospitalisation en milieu spécialisé s'impose, fût-ce sous le mode de l'hospitalisation sous contrainte. Là, encore, l'administration d'un sédatif (BZD ou neuroleptique : Tranxène 50, Largactil ou Nozinan en IM) est indiquée pour diminuer l'angoisse, l'agitation et l'insomnie en attendant la mise en route, dans le service d'accueil, d'un traitement antidépresseur. Des consignes strictes de surveillance doivent être précisées.

### **2.2. LES ETATS DANGEREUX**

Ce sont des états qui comportent un risque plus ou moins imminent pour la sécurité des biens ou des personnes et qui nécessitent une hospitalisation urgente, fût-ce sous le mode de la contrainte, en milieu spécialisé.

### **2.2.1. Les états psychotiques**

Les états psychotiques peuvent être aigus (Trouble schizophréniforme, Psychose réactionnelle brève, Manie délirante, psychose organique ou toxique) ou chroniques (schizophrénie, paranoïa etc.).

Devant tout état délirant, il importe d'en évaluer la dangerosité potentielle sur les critères suivants :

- la réticence
- la négation de l'état morbide
- la sthénicité et l'exaltation affective
- le degré de conviction délirante
- la désignation d'un ou des persécuteurs
- antécédents de passage à l'acte hétéro-agressifs
- l'existence d'une agitation qui peut résulter soit d'un sentiment de persécution avec hostilité envers l'entourage, soit d'une dépersonnalisation avec angoisse de transformation corporelle ou d'hallucinations auditives le plus souvent avec des injonctions.

Si une étiologie organique ou toxique est éliminée, l'hospitalisation psychiatrique avec mise sous neuroleptiques constitue la solution la plus appropriée pour prévenir le passage à l'acte. L'administration d'un neuroleptique (Halopéridol, une ampoule en IM) peut, là encore, faciliter l'abord du malade et son transfert vers un service spécialisé.

### **2.2.2. Les agitations non délirantes**

Epiphénomène à expression psychomotrice, l'agitation peut prendre des aspects différents, mais est habituellement le reflet de l'affection qui la sous-tend.

#### **L'AGITATION MANIAQUE :**

Elle se manifeste de façon spectaculaire et bruyante.

Le diagnostic en est aisé avec l'exaltation euphorique, la fuite des idées, la logorrhée, l'agitation motrice et la désinhibition instinctuelle.

Il est, certes, classique de dire que le maniaque fait plus de bruit que de mal, mais la manie comporte un risque important d'actes médico-légaux plus ou moins graves : grivèlerie, émission de chèques sans provision, outrages et attentats à la pudeur, déprédation de biens, agression de personnes etc.

L'hospitalisation immédiate en milieu spécialisé avec mise sous neuroleptique s'impose pour réduire les troubles et éviter les incidents médico-légaux.

#### **L'AGITATION DE L'EPILEPTIQUE :**

L'agitation, chez un épileptique, peut s'observer au décours de la crise (agitation confuse post-critique durant quelques minutes), peut constituer un équivalent critique (épilepsie temporale) ou s'intégrer dans les troubles du comportement et du contrôle pulsionnel.

Elle nécessite l'instauration ou la rééquilibration du traitement anticomitial.

#### L'AGITATION DU PSYCHOPATHE :

De plus en plus souvent, les services de soins sont interpellés par des problèmes de violence qui sont souvent le fait des personnalités antisociales, impulsives, intolérantes à la moindre frustration. Il y a parfois, chez ces patients, dans leur démarche de refus de toute règle sociale, recours à l'agitation ou à la violence dans un but utilitaire : obtenir la réponse souhaitée et tout de suite (par exemple une prescription de produits toxicomanogènes).

Il est rare qu'il faille indiquer une hospitalisation en urgence ; l'attitude ferme et calme du médecin suffit généralement à faire accepter un traitement sédatif. Toutefois, le danger de certains psychopathes est réel et il peut s'avérer nécessaire de faire appel à la police avec certains antisociaux inintimidables. Car, on ne peut accepter de leur donner un certificat d'impunité.

#### LES ETATS D'AGITATION DE L'ALCOOLIQUE :

Peuvent survenir lors d'une ivresse ou d'un syndrome de sevrage. L'alcool provoque un état de désinhibition instinctuelle et peut grandement faciliter ou précipiter un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.

#### Les ivresses :

L'ivresse est une situation fréquente, associant au début exubérance et parole aisée à des gestes plus ou moins automatiques. Ultérieurement, survient un état confusionnel pouvant aller jusqu'à un état franchement stuporeux et mener à un coma éthylique. L'ivresse excito-motrice est un piège pour le médecin car elle peut occulter une pathologie organique sous-jacente (hématome sous-dural ou hémorragie méningée suite à une chute, hypoglycémie, etc.).

Le patient sera placé en chambre d'isolement mais, dès que la chose sera possible, une observation médicale complémentaire sera réalisée pour rechercher des complications somatiques éventuelles.

Le sujet doit être maintenu sous surveillance médicale jusqu'au réveil.

- Dans le cas d'une ivresse simple, le repos seul suffit.
- Dans les ivresses pathologiques, en cas d'agitation, les médications sédatives peuvent être employées en évitant les produits aux effets neurovégétatifs prononcés (recourir à EQUANIL, VALIUM, TIAPRIDAL).

#### Les syndromes de sevrage ou **delirium tremens** :

Ils surviennent à l'arrêt ou lors d'une nette diminution de l'intoxication alcoolique, ou encore à la faveur d'une pathologie, surtout infectieuse, intercurrente.

Le tableau clinique est celui d'une confusion mentale où sont particulièrement évocatrices les *zoopsies* et les tremblements.

Il s'agit d'un accident grave qui peut engager le pronostic vital.

Le traitement doit se faire en milieu hospitalier et comporte l'administration d'anxiolytiques par voie parentérale à forte posologie (EQUANIL, CLORAZEPATE) parallèlement à une réhydratation intensive et une vitaminothérapie B.

### **3. L'ETAT DE CRISE : Soulager une souffrance psychologique aiguë**

Elle s'exprime souvent, surtout chez la femme, sur un mode bruyant et spectaculaire (agitation, manifestations théâtrales, *crise de nerfs*) survenant, généralement, en réponse à une frustration ou à une situation conflictuelle et permettant au sujet de décharger ses émotions et de formuler une demande d'assistance. L'attitude des spectateurs, le regard d'autrui influencent l'importance de l'agitation.

Ce sont les urgences les plus fréquemment rencontrées en pratique médicale ; elles concernent, en grande majorité, des sujets sans antécédents psychiatriques, ayant subi des facteurs de stress. Trop souvent qualifiés d'« hystériques » ces états induisent une attitude de rejet chez les soignants et font courir le risque de banaliser la souffrance du patient. En aucun cas, on ne doit la confondre avec une simulation. Elle résulte d'un conflit non exprimé et peut se présenter immédiatement avant un passage à l'acte habituellement suicidaire. Vécue comme expérience ultime, elle est d'autant plus bruyante que le sujet pense ne pas être entendu.

Dans les états dits aigus transitoires, les troubles sont souvent sans lendemain et peuvent être apaisés sur place. Le traitement consiste en l'éloignement de l'entourage et peut souvent se borner à un entretien plus ou moins long afin de permettre au patient de verbaliser sa demande tout en gardant une attitude calme et rassurante. Un examen médical et une prescription médicamenteuse de tranquillisants s'avère utile dans certains cas. L'attitude du médecin doit être calme mais ferme. Une écoute attentive est plus efficace que de céder aux demandes d'examen ou de médicaments.

## **4. LES AGITATIONS SPECIFIQUES :**

### **4.1. LE SUJET AGE :**

L'urgence, chez un sujet âgé, peut se présenter sous le mode d'un *état d'agitation symptomatique d'une démence ou d'un raptus anxieux*.

Règles de conduite :

- un examen physique minutieux doit être fait et répété pour écarter ou traiter une atteinte organique, même et surtout chez un patient ayant des antécédents psychiatriques.

- en dehors des troubles organiques ou psychiatriques avérés, écouter la personne âgée peut procurer un grand soulagement et constituer l'essentiel du traitement. Pour cela, il faut accepter la lenteur de leur discours et de leurs explications. Cette disponibilité permet d'éviter la solution de facilité chimiothérapique ou institutionnelle.

- il faut toujours avoir présent l'esprit les conséquences graves d'une psychiatisation clinique ou hospitalière inutile.

- si nécessaire (agitation, angoisse, insomnie), recourir à un neuroleptique incisif (Halopéridol, 0.5 mg deux fois par jour) ou à une benzodiazépine à demi-vie courte (Temesta, 1 mg 2 à 3 fois par jour).

#### **4. 2. LES URGENCES IATROGENES :**

Le médecin peut être appelé à examiner un patient qui présente un accident lié au traitement.

- le *syndrome malin des neuroleptiques* est une complication exceptionnelle mais gravissime des traitements neuroleptiques, qui se manifeste par une hyperthermie, une confusion mentale, des troubles neurovégétatifs, neurologiques et respiratoires.

Il faut systématiquement y penser devant *toute fièvre inexpliquée chez un sujet prenant des neuroleptiques, surtout quand elle est associée à une aggravation des signes d'imprégnation*. Les médicaments neuroleptiques doivent être immédiatement arrêtés et un dosage des CPK demandé. Un transfert vers un service de réanimation doit être rapidement organisé.

- les *effets extra-pyramidaux aigus* des neuroleptiques n'ont pas de gravité particulière mais sont spectaculaires et fortement anxiogènes : dystonies, hyperkinésies, dyskinesies apparaissant, généralement dans les premiers jours de la mise sous neuroleptiques et nécessitant l'association de médicaments correctrices antiparkinsoniennes et anxiolytiques ou la réduction des posologies.

- *l'intoxication au lithium* peut également être très grave ; il faut y penser, chez un sujet sous lithium devant l'apparition d'une dysarthrie surtout quand elle est associée à des tremblements, ou des diarrhées et vomissements. Une lithiémie doit être pratiquée en urgence. Des signes de toxicité apparaissent au-delà d'une lithiémie à 1.2 meq. En cas d'hyperlithiémie, arrêter la prise de lithium et envisager si nécessaire un transfert vers un service spécialisé.

- le *syndrome de sevrage aux anxiolytiques (BZD, méprobamate)*: une interruption brutale d'un traitement tranquillisant peut provoquer des troubles du caractère (irritabilité), une hyperesthésie sensitive et sensorielle, des troubles du sommeil, une tension anxieuse ; des symptômes plus graves sont plus rares : confusion, hallucinations, crises comitiales. Il est nécessaire de réintroduire le traitement initial (à moindre posologie) et envisager un sevrage très progressif. Il faut savoir également distinguer un syndrome de sevrage d'un rebond anxieux qui lui est transitoire et ne nécessite pas la réintroduction d'une benzodiazépine.

## **II. CONDUITE PRATIQUE :**

Quelque soit les circonstances ou le lieu de l'examen, certaines règles de conduites sont à respecter :



### **1. Précautions élémentaires avec des malades particulièrement menaçants :**

- dans une pièce, ne pas s'asseoir de façon à ce qu'un siège bloque la porte ; cela est important pour la sécurité du médecin et pour ne pas donner le sentiment au patient d'être emprisonné.
- il est prudent, parfois, de laisser la porte ouverte ou entrouverte ou de demander à ce que quelqu'un vienne de façon rapprochée constater que la situation ne se dégrade pas.
- garder une distance égale au moins à la longueur d'un bras
- éviter de tourner le dos au malade ou de laisser à sa portée des objets pouvant être dangereux.
- si le patient est armé : utiliser et inventer tous les arguments pour le convaincre d'abandonner son arme ; même si le patient est d'accord, ne jamais prendre l'arme de ses mains.

### **2. La prise de contact et l'examen :**

Il est très important d'établir un contact médical et, autant que faire se peut, une relation thérapeutique ; certaines règles doivent être observées :

- ne point céder à l'ambiance agitante dans laquelle se trouve le patient ou à la pression de l'entourage. Le médecin doit se faire l'allié du malade plutôt que de la famille, quitte à jouer à contre-courant de la dynamique familiale.
- se faire reconnaître comme médecin
- ne pas imposer l'immobilité de la position assise et encore moins couchée à un sujet très angoissé ; on peut commencer à parler en restant comme lui, debout, et ne lui proposer de s'asseoir que dans un second temps, après avoir amorcé le dialogue.
- appeler le patient par son nom et non par son prénom.
- lui demander de façon directe : *comment puis-je vous aider ?*
- commencer par aborder des sujets anodins, non ou peu conflictuels (temps, emploi du temps des dernières heures etc.) et savoir changer rapidement de sujet si le thème choisi provoque des réactions intempestives. Attendre que s'installe un minimum de confiance et de détente avant d'explorer trop clairement le champ de la pathologie.
- si le patient parle fort, parler doucement et ne pas essayer de parler plus fort.
- si le discours perd de sa cohérence, éviter de dire : *ce que vous dites n'a pas de sens ...* mais plutôt : *je ne suis pas sûr de comprendre ...*
- montrer que l'on est vraiment intéressé à lui et qu'on a l'intention de prendre le temps nécessaire pour l'écouter.
- si l'on ne peut établir un contact avec le patient, une autre personne présente peut aider à nouer ce contact, à donner des informations sur son état ou à lui faire accepter une médication.
- on peut offrir à boire au malade
- l'examen médical peut avoir un rôle rassurant à ne pas négliger et qui peut alterner avec le dialogue ; cet examen doit être aussi complet que possible et rechercher certaines étiologies : neurologiques, infectieuses etc.
- Savoir recourir au moment opportun à :
  - une aide chimiothérapique (voir plus loin)
  - un appel à du personnel de renfort (infirmiers, ambulanciers ou forces de l'ordre ; en sachant que la maîtrise qui vise à réduire l'agitation ne peut être confondue avec l'agressivité)
  - une contention physique (voir plus loin)

**3. L'examen physique** permet souvent d'améliorer le contact. Devant un tableau d'agitation aiguë, l'étiologie ou la participation organique risquent d'être négligée. L'erreur peut ici engager le pronostic vital.

Certains symptômes, l'ébriété, la turbulence, voire même l'agitation, doivent être initialement respectés et supportés dans la mesure où ils permettent un premier examen.

La prudence incite à parier d'abord sur une étiologie organique, surtout devant un tableau psychiatrique d'apparition brutale.

La réalité même du fait psychiatrique ne peut être décidée qu'après cet examen.

Un sujet traité et étiqueté psychiatrique depuis longtemps, doit être observé et écouté. Des découvertes d'organicité surviennent tôt ou tard chez des malades mentaux connus, comme tous ceux dont le discours est difficile à suivre et à comprendre, sujets submergés par l'angoisse, la peur, l'incompréhension, et la maladie. L'écoute approfondie du malade dégage parfois lentement, du discours où elle s'est noyée, une sémiologie organique discrète conduisant au diagnostic.

#### **4. Les examens paracliniques**

Devant une urgence d'allure psychiatrique il n'y a pas de bilan paraclinique standard sans recherche orientée.

Il convient de souligner que la démarche diagnostique de sécurité commence par le meilleur des examens complémentaires : l'interrogatoire de l'entourage et des témoins. Malheureusement, la caractéristique des situations d'urgence est justement le fait que ce lien est souvent brisé avec l'entourage. Ce désintérêt pour l'interrogatoire ou pour préciser les circonstances de survenue du trouble est soutenu par une croyance excessive dans l'aide que vont apporter les examens complémentaires.

Or quoi de plus fiable que la chronologie d'installation d'un trouble (tout trouble d'installation brutale ou récente chez un sujet sans antécédents psychiatriques est suspect de pathologie organique), le lieu où il s'est installé (intoxication au monoxyde de carbone), la notion d'un voyage récent (neuropaludisme), la nature d'une ordonnance médicamenteuse (corticothérapie, médicaments anti-HIV etc.), la notion de modifications thérapeutiques récentes (aussi bien l'introduction d'un nouveau médicament que l'arrêt avec le risque de syndrome de sevrage) sans même citer la banale crise comitiale parfaitement observée par les témoins, dont l'interrogatoire éviterait de se poser bien des questions devant une confusion avec agitation inexplicée.

Il faut enfin souligner l'intérêt d'examens pouvant être pratiqués dès l'admission du patient avec un résultat immédiat : bandelettes sanguines (hypo ou hyper glycémie rapidement diagnostiquée) et urinaires, ECG, gaz du sang.

#### **5. Les médicaments :**

La prescription de psychotropes occupe une place importante dans la prise en charge des états d'agitation. Leur utilisation est courante et leur multiplication permet aujourd'hui un choix de plus en plus ciblé. Rapidité d'action et relative spécificité apportent des réponses de plus en plus adéquates aux situations d'urgence et un meilleur confort de prise en charge pour le patient.

Les prescriptions se sont parfois standardisées mais des règles s'imposent et demeurent des préalables impératifs à toute prescription.

- éliminer toute affection organique sous-jacente ou cause masquée de l'état d'agitation de nature à contre-indiquer l'administration de psychotropes.
- prendre en compte le type et l'intensité du trouble.
- connaître l'existence de traitements antérieurs psychiatriques ou autres.
- avoir l'habitude du médicament utilisé et en connaître la durée d'action, les effets secondaires et les contre-indications.
- noter systématiquement toute prescription, qu'il y ait ou non transfert du patient, afin d'éviter d'une part, une sommation de psychotropes prescrits et, d'autre part, d'assurer une meilleure surveillance de la prescription.

En tous cas, il est recommandé de :

- Tenir le patient **informé** de ce qu'on a l'intention de faire.
- **Eviter** certains mots : tranquillisants, calmants, neuroleptiques, etc. Il faut lui dire qu'on ne cherche pas à l'endormir mais à tout faire, au contraire, pour l'aider à poursuivre l'entretien dans de bonnes conditions. Lui dire aussi qu'on ne cherche pas à changer ses idées - délire, hallucinations - mais à contrôler son agitation.
- Il est préférable de donner les médicaments **per os** : la voie intramusculaire, la plupart du temps inutile, est potentiellement dangereuse en l'absence de connaissance des antécédents du patient, troubles de l'hémostase, traitement anticoagulant, notamment chez l'éthylique chronique.
- Il faut savoir passer du temps à **convaincre** un sujet réticent ou apeuré. La médiation d'une infirmière entraînée à ce type de situation peut être un grand secours. Donné par elle, le médicament est souvent mieux accepté que des mains d'un médecin.
- Un entretien peut reprendre après une ou deux prises espacées de trente minutes à une heure.
- En situation d'urgence, on peut être amené à recourir d'emblée à la voie intramusculaire, surtout en cas de refus de traitement. Cette dernière solution n'est cependant pas d'efficacité beaucoup plus rapide et est souvent refusée avec encore plus d'énergie. Elle n'est alors utilisable que par un médecin assisté ou en milieu hospitalier, et réservée à des situations où le dialogue est impossible.

On privilégiera un médicament unique, d'action rapide et de durée d'action limitée au temps de l'urgence et à dose optimale

Deux grandes classes de médicaments psychotropes sont utilisées dans le cadre de l'urgence : les tranquillisants et les neuroleptiques.

Si le but est de calmer l'agitation, les médicaments les plus efficaces sont les neuroleptiques essentiellement sédatifs, par voie intramusculaire ou per os (Chlorpromazine, Levomépromazine, tiapride etc.). Si l'anxiété est au premier plan, les médicaments anxiolytiques peuvent être préférés (clorazépate dipotassique, diazépam, lorazépam, oxazépam etc.). Leur action est moins rapide et moins profonde mais leurs effets secondaires sont moindres. Dans leur cas, la voie intramusculaire ne permet pas une meilleure rapidité d'action que l'absorption per os

## **6. La sédation rapide**

L'Ecole américaine préconise, dans les états d'agitation sévères, des stratégies thérapeutiques dites de « sédation rapide » consistant en l'administration répétée et rapprochée,

toutes les demi-heures ou toutes les heures, PO ou par voie parentérale, d'un tranquillisant ou d'un neuroleptique, ou des deux en association ou en alternance, jusqu'à contrôler l'agitation et l'agressivité (ce qui nécessite généralement 2 à 4 heures). On peut ainsi alterner toutes les demi-heures une ampoule d'halopéridol et une ampoule de diazépam ou de clorzépate jusqu'à sédation de l'agitation. Les doses totales pouvant atteindre 20 mgs d'halopéridol, 60 mgs de diazépam et 200 mgs de tranxène. La sédation rapide impose *la présence constante du médecin*.

### **7. La contention physique**

C'est une mesure d'urgence à laquelle médecins et psychiatres doivent parfois recourir ; une étude (Lavoie et al., 1988), menée dans des services universitaires d'urgence, a montré que la contention était employée quotidiennement dans 25% des cas. D'un point de vue légal, aux USA, elle est considérée comme moins « agressive » que l'administration non acceptée d'un psychotrope.

Décision extrême, c'est une intervention à exécuter sans hésitation lorsqu'elle est prise et sans plus négocier avec le patient. Rappelons que c'est une mesure de sécurité qui rassure d'emblée certains sujets.

Il n'est pas rare qu'une contention de fortune ait été installée par l'entourage lors de certains appels à domicile ou décidés par la police lors d'un transfert à l'hôpital ; aussi injustifiée peut-elle sembler, ou maladroite dans son exécution, il faut mettre en garde le médecin contre la *levée intempestive de cette contention*. La prudence impose, avant toute manœuvre de libération, d'analyser la situation et d'apprécier les risques d'explosion. Devant un malade confus ou délirant, la contention doit être maintenue jusqu'à l'effet d'une chimiothérapie et levée ensuite progressivement après transfert en un lieu de sécurité.

Dans d'autres cas, il reviendra au médecin d'indiquer la contention physique : il doit le faire en connaissance de cause et non pour se soumettre au jugement exclusif de l'entourage ; il doit s'assurer que la contention sera effectuée avec humanité et respect ; il doit assumer sa responsabilité et tenter d'expliquer au patient les raisons d'une telle mesure (protéger le malade et son entourage d'un déchaînement de violence) ; la contention comporte, en effet, des avantages certains : retour au calme relatif, possibilité d'effectuer un examen sommaire et d'instituer une chimiothérapie, rétablissement de limites, retour à la réalité sous formes de contraintes physiques, sécurité pour le patient et l'entourage.

Il faut savoir qu'idéalement, pour réaliser une contention physique, quatre à cinq personnes sont nécessaires, pour protéger tant le malade que les intervenants ; si les conditions d'une bonne contention ne sont pas remplies, il est préférable de laisser partir le patient et d'alerter immédiatement la police.

### **8. Mesures juridiques**

La loi 83-92 prévoit l'hospitalisation sans le consentement de la personne atteinte de troubles mentaux quand (article 11) :

- les troubles rendent impossible le consentement
- l'état du malade impose des soins urgents

- son état représente une menace pour sa sécurité ou celle d'autrui.

Cette hospitalisation peut être réalisée selon deux modalités :

- l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) : elle est demandée par un parent (ascendant, descendant, conjoint, collatéraux, tuteur légal) et la demande doit être accompagnée de deux certificats médicaux (attestant que les conditions de l'article 11 sont remplies) datant de moins de quinze jours et établis par deux médecins dont l'un au moins est un psychiatre exerçant dans une structure sanitaire publique.

- l'hospitalisation d'office (HO) est décidée par le Président du tribunal de première instance territorialement compétent, au vu d'un avis médical écrit.

## CONCLUSION

Les états d'agitation sont une des pathologies psychiatriques qui sollicite le plus fréquemment le médecin urgentiste. Le tableau est souvent plus impressionnant que grave et parfaitement accessible, dans la grande majorité des cas, à une intervention thérapeutique appropriée.

La conduite à tenir doit être centrée sur l'évaluation du risque vital ou du risque de dangerosité et sur les mesures immédiates qui conditionneront le pronostic ultérieur.

L'une des décisions les plus importantes que le médecin doit prendre concerne l'hospitalisation du malade et ses modalités. L'admission en milieu spécialisé est impérative, et si nécessaire sans le consentement du sujet, devant tout état dangereux. Il faut se garder toutefois de la tentation facile d'hospitaliser car dans bon nombre de cas *l'hospitalisation résout tout ... à court terme pour le médecin ...* mais complique tout, à plus long terme, pour le malade. Une hospitalisation en milieu psychiatrique n'est jamais une mesure thérapeutique anodine. Comme tout traitement, il faut en peser les avantages et les inconvénients.

**Annexe I**

<b>Causes médicales de l'anxiété</b>	
<p><b>Troubles neurologiques</b>  Tumeurs cérébrales  TC  Epilepsie  Hémorragies méningées  Migraine  Encéphalite  SEP  Parkinson  Maladie de Wilson  Chorée de Huntington</p> <p><b>Maladies cardio-vasculaires  et respiratoires</b>  hypoxie</p> <p><b>Endocrinopathies</b>  *phéochromocytome  <b>hyperthyroïdie</b></p> <p><b>Maladies de système</b>  LED  Polyarthrite rhumatoïde  PAN  Artérite temporale</p>	<p><b>Etats carentiels</b>  Carence en Vit B12  Pellagre  Anémie</p> <p><b>Toxiques</b>  sevrage à l'alcool et aux substances psychoactives</p> <p>amphétamines  sympathomimétiques  vasopresseurs  caféine et sevrage à la caféine</p> <p><b>pénicilline</b>  sulfamides  cannabis</p> <p><b>intolérance à l'aspirine</b></p> <p><b>Divers</b>  syndrome post-hépatitique  <b>urémie</b>  syndrome prémenstruel  maladies fébriles  <b>infections chroniques</b>  <b>hypoglycémie</b>  cancers  porphyrie</p>