

ÉTATS D'AGITATION ADULTE

Docteur Emmanuel HAFFEN / Besançon 2004

L'état d'agitation est un trouble du comportement fréquent multiforme et non univoque qui renvoie à de nombreuses pathologies, tant sur le plan psychiatrique que somatique.

Il s'agit d'une urgence. L'examen clinique systématique est complété, si besoin, par un bilan para-clinique, biologique et radiologique, orienté par la symptomatologie.

La conduite à tenir et l'orientation seront élaborées en fonction de l'évaluation clinique, de l'existence d'une co-morbidité médico-chirurgicale, de l'effet des premières interventions psychothérapeutiques et médicamenteuses ainsi que de la prise en compte de l'environnement social et familial. L'agitation correspond à un trouble du comportement psychomoteur qui est caractérisé par une hyperactivité motrice associée à une perte du contrôle des actes, de la parole et de la pensée. L'agitation est symptomatique de nombreuses affections organiques et psychiatriques. Elle se présente sous des formes diverses, continues ou intermittentes avec apparition d'accès imprévisibles voire violents, incoercibles.

L'évolution spontanée est souvent en relation avec l'attitude de l'entourage.

ÉTIOLOGIES

- **Agitation névrotique** : elle est brève et compréhensible en raison d'un contexte particulier. L'agitation met en avant l'expression corporelle qui se substitue à la parole.

Cette agitation est d'intensité parfois bruyante associée à une anxiété importante.

Cet état qui est contrôlable par le sujet est particulièrement sensible à l'approche relationnelle. L'expression de l'agitation est symptomatique de l'organisation sous-jacente de la personnalité. Les formes dégradées d'une véritable attaque hystérique tel qu'elle était décrite par Charcot s'assimilent bien souvent à une classique crise de nerf.

Le contexte émotionnel intense va orienter le diagnostic.

- **Agitation maniaque** : l'exaltation euphorique de l'humeur ou l'hyperthymie expansive caractéristique de l'accès maniaque s'accompagne fréquemment d'une excitation psychique et physique caractérisée par une hyperactivité ludique voire une agitation désordonnée et stérile ainsi qu'une désinhibition globale. L'humeur est versatile, le contact est superficiel. Aux moments d'élévation et d'optimisme, peuvent succéder irritation, colère, associées à une agitation qui peut être marquée et difficilement contrôlable. Dans les formes les plus sévères, il faut éliminer le diagnostic d'épilepsie, d'ivresse pathologique, de schizophrénie. Cette évolution rend fréquemment nécessaire le recours à un traitement sédatif. Le diagnostic repose sur les éléments sémiologiques ainsi que sur la notion d'antécédents d'épisodes maniaques ou mélancoliques.

- **Agitation des syndromes dépressifs** : le ralentissement psychomoteur est inconstant au cours des épisodes dépressifs. Il peut être remplacé par une agitation motrice déclenchée par une angoisse importante. L'aspect clinique des troubles moteurs peut être polymorphe, allant de l'inhibition à l'hyperactivité anxieuse et à l'état d'agitation qui peut alimenter et précipiter un passage à l'acte suicidaire. Les formes cliniques unipolaires des troubles maniaco-dépressifs s'accompagnent plus volontiers d'une agitation anxieuse. Les états d'agitation dans les épisodes mélancoliques sont associés généralement à une angoisse massive et un vécu délirant intense qui peut évoluer vers une véritable fureur auto-destructible et conduire au passage à l'acte suicidaire.

- **Agitation des bouffées délirantes aiguës** : comme dans tous les psychoses aiguës, l'agitation est toujours retrouvée. Elle est secondaire à l'adhésion au délire. Cette agitation est désordonnée, fluctuante, imprévisible. La recherche d'une cause organique ou toxique est une priorité. Dans les formes primaires, l'examen somatique est en général négatif à l'exception d'une déshydratation voire d'une hyperthermie. Certaines bouffées délirantes aiguës sont secondaires, notamment lors de maladies infectieuses par atteinte du système nerveux central, lors de traumatismes crâniens, sachant que la confusion mentale est alors plus fréquente, lors d'intoxications, notamment au décours d'une toxicomanie. L'agitation de la bouffée délirante aiguë se distingue de ceux de l'accès maniaque par une plus grande labilité de l'humeur, de fréquentes hallucinations et des symptômes délirants, variés et nombreux. La sédation de l'agitation s'impose dans la majorité des cas.

- **Agitation des schizophrénies** : les états d'agitation peuvent émailler l'évolution d'une maladie schizophrénique. Les antécédents et les symptômes schizophréniques sont évocateurs du diagnostic. Les états d'agitation atypiques, associés à des interprétations délirantes, un syndrome d'influence, un syndrome dissociatif peuvent constituer un mode d'entrée dans la schizophrénie. Il se caractérise par une excitation psychomotrice d'allure maniaque sans euphorie avec tachypsychie incohérente, agressivité, bizarrerie, négativisme voire indifférence. L'absence de syntonie, la froideur, l'hermétisme ainsi que le retrait effectif et l'ambivalence orientent le diagnostic. Dans de rares cas, on peut retrouver une agitation furieuse, entrecoupée de phases de mutisme avec impulsion agressive. Difficilement contrôlables par le sujet, les états d'agitation dans le cadre des schizophrénies requièrent, au même titre que n'importe quel autre état d'agitation des troubles psychotiques, une prise en charge thérapeutique appropriée.

- **Agitation des paranoïas** : l'agitation paranoïaque est rare ; elle est généralement induite par la problématique délirante sous la forme de passage à l'acte hétéro-agressif le plus souvent médico-légaux. Le risque apparaît majeur lorsqu'il existe un persécuteur désigné. L'agitation concerne autant les formes cliniques des délires passionnels que les délires d'interprétation.

- **Agitation et confusion mentale** : la confusion mentale constitue un état pathologique de la conscience, caractérisé par une obnubilation et une désorientation temporelle et spatiale, fluctuante dans le temps. L'agitation peut inaugurer le tableau clinique. Elle est marquée au cours des syndromes confusionnels subaigus. La symptomatologie associée aux troubles du sommeil et à l'obnubilation, une agitation anxieuse désordonnée

secondaire à l'onirisme intense et à l'anxiété. Le patient est rarement violent et agressif. Les signes généraux sont présents dont la nature et l'intensité dépendent toujours de la cause. La première étiologie reste l'alcoolisme dans le cadre des délires alcooliques subaigus et des delirium tremens. Les états confusionnels et confuso-oniriques soudains avec importantes fluctuations du niveau de conscience peuvent orienter vers le diagnostic d'épilepsie. Les tumeurs cérébrales, traumatismes crâniens, atteintes vasculaires cérébrales, encéphalites constituent les autres causes neurologiques les plus fréquentes. Parfois la confusion peut accompagner une pathologie générale : maladies infectieuses, encéphalopathies métaboliques, intoxications médicamenteuses, intoxications alimentaires et professionnelles. La prise en charge est spécifique, d'abord symptomatique, puis étiologique.

- **Agitation et démence** : l'agitation illustre parfois l'entrée dans un processus démentiel en lien avec une anxiété massive du fait de la prise de conscience des troubles. L'agitation peut également émailler l'évolution d'une démence constituée. La symptomatologie est polymorphe associée à des modifications du caractère, des épisodes de turbulence nocturne, des troubles de la conscience d'aspect oniroïde et peut être ponctuée d'un acte agressif dont les motivations sont obscures. Il est impératif d'éliminer une étiologie organique pouvant être à l'origine ou associée à l'état d'agitation.

- **Agitation liée à l'alcoolisme** : les états d'agitation liés à l'alcoolisme constituent une urgence très fréquente. L'ivresse aiguë, indépendamment de la quantité d'alcool ingérée est caractérisée par un état d'excitation psychomotrice qui peut aboutir au déchaînement brutal d'une agressivité aussi imprévue que redoutable. L'accès de fureur paroxystique est symptomatique de l'ivresse pathologique de type excito-moteur. Les bouffées confuso-oniriques ou confuso-délirantes ne sont pas exceptionnelles. En dehors des intoxications aiguës, les accidents de l'alcoolisme chronique, liés à un accès éthylique massif ou à une suspension brutale, constituent une cause fréquente d'agitation confuse. Le délire alcoolique aigu ou delirium tremens est actuellement moins fréquent, en raison notamment du diagnostic et du traitement précoce des états subaigus.

- **Agitation et toxicomanie** : la consommation de toxiques, drogues ou médicaments, peut être à l'origine d'un état d'agitation secondaire à une décompensation psychiatrique aiguë : délire, confusion, angoisse massive. Le syndrome de sevrage physique et psychique, en fonction des toxiques consommés constitue également un risque de survenue d'une agitation. L'interrogatoire et l'examen clinique oriente le diagnostic. Une complication organique n'est pas exclue et sera systématiquement recherchée.

- **Agitation et troubles de la personnalité** : l'organisation de la personnalité sur un mode anti-social expose au risque d'agitations dites caractérielles, en raison d'une incapacité à mentaliser les conflits et du fait de l'intolérance à la frustration. L'impulsivité est à l'origine des troubles comportementaux conduisant parfois à des actes médico-légaux. L'absence d'anxiété et d'anticipation à l'égard des conséquences des actes est classique dans ces états d'agitation.

DIAGNOSTIC

L'interrogatoire de l'entourage et du patient, chaque fois que cela est possible, renseigne sur les circonstances exactes de survenue de l'agitation. Il s'agit de rechercher les facteurs déclenchants d'ordre psychologique, l'existence d'une intoxication médicamenteuse volontaire ou accidentelle ou d'autres toxiques, un traumatisme physique, une pathologie organique sous-jacente, chronique ou aiguë, des antécédents psychiatriques et organiques qui mettent en lumière la notion de premier épisode ou de récurrence, l'affection prédisposant à ce type de manifestation aiguë ou de maladie organique limitant ou contre indiquant certaines mesures thérapeutiques. L'entretien clinique psychiatrique consiste à observer et à écouter attentivement afin d'apprécier au mieux : les caractéristiques de l'agitation (intensité, permanence, récurrence, qualité du contact), l'état de conscience (désorientation temporelle et spatiale, obnubilation), l'existence d'une altération de l'humeur, l'orientation, la lucidité, l'attention, l'affectivité, la présence de phénomènes hallucinatoires et délirants. L'existence de symptômes psychiatriques oriente le diagnostic étiologique. L'évaluation initiale permet de déterminer le degré de l'urgence ainsi que la conduite thérapeutique. Les critères de gravité associent un contact impossible à établir, une agressivité majeure, une violence incoercible, une agitation extrême, une intoxication associée (alcoolique ou autre), un vécu délirant intense associé ou non à des hallucinations, une angoisse massive qu'elle soit psychotique ou non.

CONDUITE A TENIR

L'approche relationnelle du patient agité vise à assurer une écoute et à rétablir le contact et le dialogue ce qui favorise souvent l'apaisement émotionnel. Cette action thérapeutique s'exerce dans le calme sans précipitation ni hésitation afin de permettre des investigations médicales et psychiatriques et d'engager les soins nécessaires. Il importe de percevoir les limites de cette approche simple, notamment lors d'états d'agitation incoercibles et dangereux où la sédation par un traitement médicamenteux est le premier geste à réaliser. Cette prescription va de pair avec certaines attitudes permettant de rassurer le malade et de l'aider à surmonter de façon moins dramatique cette phase pénible. Cela implique de rassurer sans porter de jugement, de dédramatiser la situation, de démystifier l'angoisse tout en évitant des réactions personnelles hostiles qui sont nuisibles à la prise en charge thérapeutique. La contention physique pourra être utilisée sachant qu'elle répond à des règles précises s'il s'agit d'un acte médical à part entière et qu'elle ne peut être que provisoire. L'indication est posée en fonction du tableau clinique : lors de la nécessité de transport, lors d'agitations très intenses, lors d'effets retardés de la thérapeutique médicamenteuse entreprise. Lorsque la prescription est décidée, la contention est appliquée sans discussion ni marchandage tout en maintenant le dialogue avec le patient. Elle oblige à une surveillance médicale stricte et régulière qui porte : sur l'état de conscience, les constantes hémodynamiques et respiratoires, l'état circulatoire sanguin périphérique. L'évolution sur le plan psychiatrique, notamment la sédation de l'agitation, la cohérence des propos du patient, l'efficacité des thérapeutiques médicamenteuses, l'absence de risques de récurrence permettront la levée de la contention.

TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Quelle que soit la forme clinique de l'agitation, un recours médicamenteux est indispensable dans la plupart des cas. Dans les formes cliniques mineures, le traitement médicamenteux qui prolonge l'approche relationnelle, pourra se limiter à un anxiolytique sédatif administré par voie orale ou intra-musculaire (TRANXENE 10 à 50 mg, VALIUM 10 mg). Dans les formes sévères, le traitement médicamenteux est une nécessité urgente. Les neuroleptiques seront préférées dans ces indications en raison de leur propriété sédatrice puissante et antiproductive. La voie d'administration choisie en fonction de l'état du sujet, est préférentiellement intra-musculaire. Le choix portera sur un produit d'action rapide, puissant, de durée limitée dans le temps, administré à une posologie adéquate en tenant compte des contre-indications et des précautions d'emploi. La monothérapie est toujours préférée, par exemple LOXAPAC (loxapine). Certains préconisent une association de deux neuroleptiques, l'un à potentialité sédatrice, l'autre antiproductif, notamment au cours des états d'agitation de l'accès maniaque des bouffées délirantes aiguës et des psychoses chroniques. Le recours aux neuroleptiques va impliquer une surveillance particulière qui porte sur les constantes hémodynamiques, tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire. Les neuroleptiques devront être utilisés avec beaucoup de précautions chez le sujet âgé. Dans ce cas, les neuroleptiques sédatifs et anxiolytiques, d'action prolongée, administrés par voie orale, seront préférés (NEULEPTIL, DIPIPERON). Ces traitements seront utilisés avec beaucoup de précautions car les psychotropes sont confusogènes et altèrent la vigilance. Le delirium tremens impose une sédation rapide (VALIUM) avec correction des troubles hydro-électrolytiques et vitamino-thérapie en milieu spécialisé.

ORIENTATION

L'orientation est fonction de différents critères : l'origine, le type, le degré de l'agitation et l'efficacité du traitement prescrit. La suspicion d'une organicité impose une hospitalisation en milieu médical. Lorsque la cause est purement psychiatrique, l'hospitalisation est discutée pour les états d'agitation mineurs qui cèdent rapidement. A l'inverse, les états d'agitation majeurs imposent une prise en charge en milieu spécialisé. Dans certains cas, en particulier, les états d'agitation de psychose chronique ou aiguë, existe une dangerosité pour le patient et son entourage qui nécessitera un recours aux hospitalisations sous contrainte : hospitalisation à la demande d'un tiers ou hospitalisation d'office.