

AGITATION ET DÉLIRE AIGU

Points clés :

- Agitation et Délire aigu constituent deux syndromes indépendants
- Ces syndromes n'ont pas de spécificité diagnostique
- Une cause non psychiatrique doit être systématiquement recherchée
- En cas d'agitation, l'étiologie est différente s'il s'agit d'une personne âgée, d'un sujet jeune, ou d'un sujet ayant des antécédents psychiatriques
- En cas d'idées délirantes aiguës, lorsqu'une étiologie non psychiatrique a été éliminée, il faut rechercher les symptômes psychiatriques associés.
- La prise en charge thérapeutique en urgence est celle de la pathologie sous-jacente en cas d'étiologie non psychiatrique
- La prise en charge repose la sédation et l'anxiolyse en cas de trouble psychiatrique
- Il faut systématiquement rechercher le risque suicidaire ou d'hétéroagressivité

Agitation et Délire aigu constituent deux syndromes différents, qu'il s'agit de caractériser indépendamment. Ces deux syndromes, fréquemment retrouvés aux urgences, ne sont pas systématiquement associés. La démarche diagnostique et thérapeutique dépendra de la présence d'un seul ou des deux syndromes. L'agitation et les idées délirantes n'ont pas de spécificité diagnostique et peuvent se rencontrer dans de nombreux troubles. Une cause non psychiatrique doit être systématiquement envisagée chez toute personne présentant un état d'agitation ou des idées délirantes d'apparition récente.

1 Agitation

La plupart du temps, la demande de soins dans le cadre de l'agitation aiguë n'émane pas du sujet mais de son entourage, qui fait alors souvent appel à des services d'urgence. Cette demande peut aussi émaner des forces de l'ordre intervenues à domicile ou sur la voie publique. L'agitation, qui représente 10 à 15 % des consultations psychiatriques aux urgences, est une situation complexe à gérer, car le praticien doit l'apaiser tout en laissant la possibilité de préciser le diagnostic qui sous tend ce symptôme.

1.1 Diagnostiquer un état d'agitation aigu

1.1.1 Définition et sémiologie de l'état d'agitation

Un état d'agitation se définit selon le DSM-IV comme « une activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure. L'activité est en général improductive et stéréotypée. Elle se traduit par des comportements tels que la marche de long en large, l'impossibilité de tenir en place, des frottements des mains, le fait de tirer ses vêtements, l'incapacité de rester assis ». Il s'agit donc d'un état de tension et d'hyperactivité physique et psychique. Dans la situation d'examen clinique, le sujet est impatient, ne tient pas en place, présentent des gestes répétitifs sans utilité ni but apparent. Les propos, cris, l'irritabilité, l'anxiété traduisent une tension psychique. Certaines situations peuvent témoigner d'une agitation « intérieure » isolée, qui ne s'accompagne pas forcément d'un retentissement comportemental. Ainsi, une forte

anxiété avec hyperactivité improductive de la pensée peut se traduire par une sidération anxieuse, la tachypsychie avec fuite idéique au cours d'un épisode maniaque peut s'accompagner d'une sidération comportementale. L'agitation doit être distinguée de l'hyperactivité, dans laquelle la motricité est orientée vers un but. Elle doit également être distinguée de l'akathisie (nécessité impérieuse de se déplacer, mouvements incessants des jambes...).

1.1.2 Interrogatoire

L'interrogatoire du patient ou de son entourage doit permettre de recueillir deux types d'informations qui orienteront la prise en charge : les circonstances de survenue de l'état d'agitation et les antécédents du patient.

1.1.2.1 Circonstances de survenue

Une date de début de l'apparition de l'état d'agitation doit être recherchée, ainsi que la modalité d'apparition : en effet, une agitation apparaissant de manière brutale, en quelques heures, n'orientera pas vers la même étiologie qu'une agitation apparue de manière plus progressive, sur plusieurs jours ou semaines. Enfin, il faut rechercher un événement récent potentiellement à l'origine de la symptomatologie (voyage ? événement de vie stressant?). Aux urgences, l'agitation est sous tendue dans 60% des cas par une intoxication éthylique et dans 4% des cas par une autre cause médicale non psychiatrique.

1.1.2.2 Antécédents

Les antécédents, psychiatriques et non psychiatriques, doivent être détaillés, l'état d'agitation pouvant entrer dans le cadre d'une décompensation aiguë d'une pathologie sous jacente.

1.1.3 Examen clinique

1.1.3.1 Recherche de signes de gravité

La priorité est la recherche de symptômes de gravité mettant en jeu le pronostic vital :

- un syndrome confusionnel (perturbation de la conscience accompagnée de modifications cognitives, altération de la mémoire, désorientation temporo spatiale, perturbation du langage, perturbations des perceptions) possiblement à l'origine d'un état d'agitation. La perturbation s'installe en un temps court et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée. L'histoire de la maladie, l'examen physique, et les examens complémentaires mettent en évidence l'étiologie de la confusion, conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale, de l'intoxication par une substance ou du sevrage d'une substance, de l'utilisation d'un médicament, d'une substance toxique, ou d'une combinaison de ces différents facteurs.
- autres signes de gravité :
 - des symptômes de déshydratation sévère, troubles hydroélectrolytiques

- des symptômes de sepsis, choc cardiovasculaire, détresse respiratoire aiguë

1.1.3.2 Symptômes non psychiatriques associés

Un examen physique est indispensable afin de rechercher des symptômes non psychiatriques associés, en priorité :

- des symptômes orientant vers un diagnostic neurologique (épilepsie, hématome sous-dural, hémorragie méningée, processus tumoral intracrânien, accident vasculaire cérébral ou ischémique transitoire, etc.), à savoir myosis, mydriase, symptômes méningés, signes de localisation neurologique, morsure de langue...
- des symptômes orientant vers un diagnostic endocrinien ou métabolique (hypoglycémie, troubles hydroélectrolytiques, dysthyroïdie, hyperparathyroïdie, hypercorticisme, maladie d'Addison, etc.) à savoir symptômes de déshydratation, globe urinaire...
- des symptômes orientant vers une origine infectieuse (méningite, encéphalite, septicémie, pneumopathies), à savoir hyperthermie, symptômes méningés, dyspnée, cyanose, sueurs profuses...

1.1.3.3 Symptômes psychiatriques associés

- symptomatologie thymique (symptomatologie dépressive, maniaque)
- symptomatologie psychotique (idées délirantes, hallucinations)
- symptomatologie anxieuse

1.1.4 Examens complémentaires

Le bilan biologique initial minimum doit permettre d'éliminer les étiologies mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel :

- un bilan biologique avec glycémie et ionogramme, calcémie, hémogramme, hémostase (en cas de nécessité de traitement par injection intramusculaire) ;
- un ECG (en cas de nécessité d'administration d'un traitement neuroleptique sédatif).
- Les autres examens sont à déterminer en fonction de l'anamnèse et de l'examen clinique complet. Il faut notamment discuter :
 - alcoolémie, dosage urinaire de toxiques
 - bilan hépatique, fonction rénale
 - la TSH
 - ponction lombaire, TDM cérébral, EEG
 - ECBU, goutte épaisse, radiographie pulmonaire

1.2 Déterminer l'étiologie de l'état d'agitation

Les causes à l'origine d'un état d'agitation sont nombreuses. L'approche consistant à raisonner en fonction des étiologies les plus fréquentes et/ou les plus graves en fonction du contexte épidémiologique permet de s'orienter de manière pragmatique. Trois situations fréquentes peuvent ainsi être distinguées (Cf. Tableau 1):

- L'état d'agitation survient de manière aiguë chez une personne âgée
- L'état d'agitation survient chez un sujet jeune, sans antécédents connus
- L'état d'agitation survient de manière aiguë chez sujet ayant des antécédents psychiatriques

1.2.1 Chez une personne âgée

La priorité est d'éliminer une cause médicale non psychiatrique, qu'il existe ou non des antécédents de troubles psychiatriques connus. Une iatrogénie médicamenteuse, un trouble hydro-électrolytique ou métabolique, une cause neurologique doivent être recherchés en première intention.

- une iatrogénie médicamenteuse : plusieurs médicaments peuvent être à l'origine d'une agitation dans cette population. Les psychotropes peuvent tous induire un état d'agitation, notamment les benzodiazépines (syndrome confusionnel à l'instauration ou au sevrage après arrêt brutal) et les antidépresseurs (confusion, syndrome sérotoninergique, virage maniaque ou hypomaniaque). D'autres médicaments sont à risque comme les corticoïdes, les agonistes dopaminergiques, les anticholinergiques, ou, plus rarement, les antipaludéens, l'isoniazide, l'interféron...
- un trouble hydro-électrolytique (dysnatrémie, hypercalcémie), une pathologie endocrinienne (hyperthyroïdie) ou métabolique (hypoglycémie)
- une pathologie neurologique ou neurochirurgicale : accident vasculaire cérébral, hématome sous-dural ou extra-dural, crise convulsive, tumeur, démence débutante
- D'autres étiologies, fréquentes chez les personnes âgées, sont ensuite recherchées :
 - une infection (urinaire, pulmonaire...)
 - un globe vésical ou un fécalome
 - une intoxication alcoolique aiguë ou un sevrage alcoolique (delirium tremens)
 - une intoxication au monoxyde d'azote
 - une pathologie cardiovasculaire : embolie pulmonaire, infarctus du myocarde
 - Une éventuelle pathologie psychiatrique ne pourra être évoquée qu'après un bilan clinique et paraclinique complet. En effet, l'agitation est très rarement un symptôme inaugural d'un trouble psychiatrique chez une personne âgée. Cependant, parmi ces pathologies, peuvent être évoqués :
 - un épisode dépressif caractérisé avec agitation anxieuse, associé ou non à des symptômes psychotiques
 - un épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte dans le cadre d'un trouble bipolaire à début tardif ou induit par les antidépresseurs
 - une attaque de panique isolée ou dans le cadre d'un trouble panique si répétition des épisodes
 - un trouble délirant à type de jalousie ou de persécution.

1.2.2 Chez un adulte jeune

De la même manière, chez l'adulte jeune, une pathologie médicale non psychiatrique doit être éliminée. On recherchera de manière prioritaire une étiologie toxique (intoxication ou sevrage), iatrogène, infectieuse.

- une intoxication aiguë à des substances psychoactives : alcool, cannabis et autres hallucinogènes (LSD), psychostimulants (cocaïne, amphétamine, ecstasy)
- un sevrage de substance psychoactive, notamment alcool, héroïne, autres morphiniques
- une iatrogénie médicamenteuse : les antidépresseurs et corticoïdes sont les plus fréquemment en cause. Il faut également connaître les effets paradoxaux des benzodiazépines, plus fréquents chez l'adulte jeune, avec un état d'agitation parfois incoercible. Les antipaludéens (notamment méfloquine) peuvent être impliqués, dans un contexte de voyage récent
- une pathologie métabolique (hypoglycémie) ou endocrinienne (hyperthyroïdie) ;
- une pathologie infectieuse : méningo-encéphalite herpétique, neuropaludisme
- une pathologie neurologique non infectieuse : crise convulsive, accident vasculaire cérébral hémorragique...
- une intoxication au monoxyde d'azote
- une embolie pulmonaire...

Une fois ces diagnostics éliminés, on peut envisager un diagnostic de trouble psychiatrique. L'agitation est un symptôme totalement aspécifique, et tous les troubles psychiatriques peuvent entraîner un état d'agitation. En l'absence d'antécédents connus, les diagnostics étiologiques les plus fréquents sont :

- une attaque de panique (crise d'angoisse aiguë) isolée ou dans le cadre d'un trouble panique
- un épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte dans le cadre d'un trouble bipolaire, ou suite à l'initiation récente d'un traitement antidépresseur, ou dans un contexte de postpartum, associé ou non à des symptômes psychotiques
- un épisode dépressif caractérisé avec agitation anxieuse, associé ou non à des symptômes psychotiques
- un trouble psychotique bref
- un trouble psychotique chronique débutant (trouble schizophréniforme, schizophrénie, trouble schizoaffectif, trouble délirant)
- enfin, une crise clastique dans le cadre d'un trouble de la personnalité pourrait être évoqué (surtout pour les personnalités borderline, antisociale ou histrionique), mais il s'agit d'un diagnostic d'élimination. Un diagnostic de trouble de la personnalité est en effet impossible à poser dans un contexte d'urgence.

1.2.3 Chez un sujet ayant des antécédents psychiatriques

La même démarche étiologique doit être gardée chez ces sujets. Une pathologie médicale non psychiatrique doit être éliminée en priorité. En effet, même si le diagnostic le plus probable de l'état d'agitation est celui d'une décompensation d'un trouble psychiatrique déjà connu, il faut rester vigilant, et notamment penser à rechercher une cause iatrogène à l'état d'agitation :

- un virage maniaque, hypomaniaque ou mixte suite à l'initiation d'un antidépresseur
- un syndrome sérotoninergique chez un patient suite à l'initiation d'antidépresseur
- un effet paradoxal des benzodiazépines
- un syndrome extrapyramidal des antipsychotiques (dyskinésie aiguë ou akathisie)
- un syndrome confusionnel induit par les psychotropes à action anticholinergique (antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques sédatifs type lévomépromazine ou cyamémazine, correcteurs des effets secondaires extrapyramidaux des antipsychotiques...)

1.3 Prise en charge un état d'agitation

Le patient est hospitalisé en urgence, avec son consentement si possible, sans consentement en cas de refus et de mise en danger (SPDT / SDRE). La prise en charge thérapeutique en urgence comprend une dimension relationnelle, et une dimension chimiothérapeutique, symptomatique en urgence (sédation et anxiolyse), et de la pathologie sous jacente en cas si une étiologie non psychiatrique est retrouvée. La prévention du risque suicidaire et l'évaluation de la dangerosité pour autrui doivent être systématiques.

1.3.1 Dimension relationnelle

L'état d'agitation pose toujours le problème du passage à l'acte, auto ou hétéroagressif, comportement d'allure impulsive en rupture avec les conduites habituelles du sujet. Un contact verbal instaurant un climat de confiance facilitant une alliance thérapeutique, un comportement empathique peuvent tenter de prévenir un passage à l'acte. La prise en charge relationnelle est une obligation médicale puisqu'elle désamorce dans un nombre important de cas l'agressivité, mais aussi médico-légale puisque l'utilisation d'une contention physique ou chimique ne peut se justifier qu'après échec de la prise en charge relationnelle. Des règles générales sont ensuite à appliquer :

- environnement le plus calme possible, chambre éclairée
- prévention du risque d'auto et hétéro agression, y compris involontaire (enlever tous les objets dangereux, fermer les fenêtres...)
- les mesures de contention doivent être évitées au maximum car la contention physique peut aggraver un syndrome confusionnel associé à l'agitation. Lorsqu'elle est indispensable du fait de la dangerosité du patient pour lui même ou son entourage, sa durée doit être limitée le temps d'obtenir une sédation médicamenteuse efficace.

1.3.2 Dimension chimiothérapeutique

Le traitement médicamenteux est étiologique et curatif lorsqu'il existe une cause non psychiatrique. Lors d'une agitation dont l'étiologie ne peut être déterminée, si un traitement anxiolytique et sédatif est nécessaire du fait de l'intensité de l'agitation, peuvent être prescrits :

- Des benzodiazépines à demi-vie courte (par ex. oxazépam per os) ou un anxiolytique d'une autre famille (par ex. hydroxyzine per os). Les contre-indications en urgence sont l'insuffisance respiratoire et la myasthénie. Si le patient refuse les traitements per os et que la voie intramusculaire (IM) est nécessaire, il est préférable de ne pas utiliser de benzodiazépines (mauvaise biodisponibilité par cette voie, durée d'action longue)
- Des neuroleptiques sédatifs (par ex. cyamémazine, lévomépromazine, loxapine per os ou IM) doivent être réservés aux d'états d'agitation très sévères car ils peuvent aggraver les troubles de la vigilance, et ne devraient pas être administrés sans électrocardiogramme préalable (risque de troubles de rythme en cas de QT long). les contre-indications absolues en urgence sont celles des anticholinergiques (glaucome à angle fermé, adénome de la prostate) et un syndrome du QT long. Il faut penser à toujours privilégier la monothérapie, prendre le temps d'évaluer l'effet du premier traitement prescrit, et éviter l'escalade des doses avec des effets cumulatifs différés sur la vigilance.

Une surveillance rapprochée (tolérance sur les fonctions vitales, efficacité sur l'état d'agitation) est indispensable. Lorsque qu'un trouble psychiatrique est à l'origine de l'état d'agitation, la mise en place d'un traitement adapté au trouble (thymorégulateur, antidépresseur, antipsychotique à visée antidépressive ou antimaniaque) doit se faire de manière différée, afin de permettre une évaluation sémiologique correcte à distance de la situation d'urgence, et après un bilan préthérapeutique.

2. Délire aigu

2.1 Diagnostiquer un délire aigu

2.1.1 Définition d'une idée délirante

Une idée délirante se définit selon le DSM-IV comme « une croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire. Il ne s'agit pas d'une croyance habituellement partagée par les autres membres du groupe ou du sous-groupe culturel du sujet (par ex. il ne s'agit pas d'un article de foi religieuse) ». On définit son caractère aigu par l'apparition récente depuis moins d'un mois.

2.1.2 Caractérisation de l'idée délirante

2.1.2.1 Thème

Le thème délirant correspond au sujet principal sur lequel porte le délire. La thématique délirante correspond à l'ensemble des idées du patient sur lesquelles porte sa conviction délirante. Les thématiques peuvent varier à l'infini, être unique ou multiples dans un même délire, s'associer entre elles de façon plus ou moins logique. Chaque thème peut être trouvé dans plusieurs types de trouble psychiatrique. La thématique la plus fréquente est la persécution ; il faut dans ce cas rechercher s'il existe un persécuteur désigné, c'est-à-dire une personne nominativement désignée comme étant à l'origine des persécutions ou du complot.

2.1.2.2 Mécanisme

Le mécanisme du délire correspond au processus par lequel le délire s'établit et se construit. Il s'agit du mode d'élaboration et d'organisation du délire. Il existe 4 types de mécanisme à l'origine des idées délirantes : les mécanismes interprétatif, hallucinatoire, intuitif et imaginatif.

2.1.2.3 Systématisation

Le degré de systématisation évalue l'organisation et la cohérence des idées délirantes. Elles peuvent être « non systématisées » (ou « paranoïdes ») si elles sont à thèmes multiples (polymorphes), sans cohérence ni lien logique entre elles. Elles sont dites systématisées (ou « paranoïaques ») si elles portent sur un thème unique (persécution, jalousie, érotomanie) et ont une organisation interne respectant la logique, même si le postulat de base est faux.

2.1.2.4 Adhésion

L'adhésion aux idées délirantes correspond au degré de conviction attaché à ces idées, est variable, mais peut être élevée. Lorsque la conviction est inébranlable, inaccessible au raisonnement et aux critiques, l'adhésion est dite « totale ». Lorsque l'adhésion est partielle, le patient est en mesure de critiquer son propre délire.

2.1.2.5 Retentissement émotionnel et comportemental

Le retentissement émotionnel et comportemental doit être évalué systématiquement : le niveau d'anxiété, souvent majeur, le risque suicidaire, et le risque de passage à l'acte hétéroagressif. La dangerosité pour soi-même ou pour autrui peut être la conséquence directe des idées délirantes (échapper au complot, expier ses fautes, se venger d'un persécuteur).

2.1.3 Symptômes psychiatriques associés

2.1.3.1 Autres symptômes psychotiques

La présence associée d'hallucinations (définies comme des perceptions sans objet) doit être recherchée. Elles peuvent concerner tous les sens : acoustico-verbales (voix unique ou multiples, connues ou inconnues), visuelles, cénesthésiques (sensibilité profonde (ondes, décharges électriques...) ou tactiles (sensibilité superficielle), olfactives (odeurs de putréfaction...), gustatives (goût amer, de pourriture...). La présence d'un syndrome de désorganisation (cognitif, émotionnel ou comportemental), et / ou d'un syndrome négatif (cognitif, émotionnel et comportemental) doit également être recherchée.

2.1.3.2 Symptômes thymiques

De manière systématique, il faut explorer la symptomatologie thymique, et si possible déterminer la chronologie d'apparition des symptômes thymiques et psychotiques (concomitante ou non).

2.2 Déterminer l'étiologie du délire aigu

En cas de symptômes psychotiques d'apparition aiguë, la même démarche étiologique que celle décrite précédemment pour l'état d'agitation s'applique : la recherche systématique d'une pathologie médicale non psychiatrique est indispensable, quels que soient l'âge et les antécédents du patient. Chez la personne âgée, on recherche les mêmes causes que celles évoquées précédemment, avec là encore de manière prioritaire une cause iatrogène, un trouble hydro-électrolytique, une cause neurologique, une infection. Chez l'adulte jeune, on recherche de manière prioritaire une cause toxique (intoxication ou sevrage), iatrogène, infectieuse, métabolique ou endocrinienne. En l'absence de pathologie médicale non psychiatrique retrouvée, plusieurs possibilités de diagnostics psychiatriques peuvent être évoquées :

- en présence de symptômes thymiques associés :
 - un épisode maniaque ou mixte avec caractéristiques psychotiques dans le cadre d'un trouble bipolaire ou d'un virage de l'humeur induit par l'initiation d'un traitement antidépresseur : les idées délirantes sont dans ce cas le plus souvent à thème mégalomane ou de persécution, mais tous les thèmes peuvent se rencontrer. L'existence d'une accélération (excitation psychomotrice, logorrhée), d'une diminution du besoin de sommeil orientent vers ce diagnostic.
 - un épisode dépressif caractérisé avec caractéristiques psychotiques : les idées délirantes congruentes à l'humeur sont le plus souvent à thème de culpabilité, de ruine, ou d'hypochondrie. L'existence d'un ralentissement psychomoteur oriente vers ce diagnostic.
- en présence d'autres symptômes psychotiques associés :
 - un trouble psychotique bref (bouffée délirante aiguë dans les classifications françaises) : les idées délirantes, hallucinations, la désorganisation du discours et du comportement sont survenues depuis plus d'un jour et moins d'un mois. Ce diagnostic est souvent posé par excès chez des patients présentant des épisodes maniaques ou mixtes avec caractéristiques psychotiques. Les symptômes thymiques doivent donc être évalués très attentivement.
 - un trouble psychotique chronique débutant ou non diagnostiqué (trouble schizophréniforme si < 6 mois, schizophrénie ou trouble schizoaffectif si > 6 mois, trouble délirant si > 1 mois). Le caractère aigu est ici apparent, le patient est vu en urgence, le plus souvent dans le cadre d'une agitation ou d'un passage à l'acte, alors que les symptômes psychotiques évoluent depuis plusieurs mois, voire plusieurs années.
 - une « psychose puerpérale », c'est à dire la survenue de symptômes psychotiques dans le post-partum (les symptômes thymiques doivent également soigneusement être recherchés car dans la quasi-totalité des cas il s'agit d'épisodes maniaques ou mixtes du post-partum).

2.3 Prise en charge un délire aigu

La prise en charge d'un état délirant aigu rejoint celle d'un état d'agitation aigu, à savoir :

- hospitalisation, avec ou sans consentement

- prévention d'un passage à l'acte auto ou hétéroagressif
- dimension relationnelle : climat de confiance, calme, alliance thérapeutique, éviter au maximum les mesures de contention, et si elles sont nécessaires, les limiter dans le temps.
- dimension médicamenteuse : traitement anxio-sédatif par benzodiazépines par voie orale, ou neuroleptiques sédatifs par voie orale, ou intramusculaire en cas de refus et de mise en danger du patient ou de l'entourage.

Tableau 1 : étiologies non psychiatriques à évoquer devant un état d'agitation aigu selon le terrain

	Chez un sujet âgé	Chez un sujet jeune sans antécédent connu	Chez un sujet ayant des antécédents psychiatriques
Étiologie médicamenteuse	une iatrogénie médicamenteuse	une iatrogénie médicamenteuse effets paradoxaux des benzodiazépines	un virage maniaque, hypomaniaque ou mixte suite à l'initiation d'un antidépresseur un syndrome sérotoninergique chez un patient suite à l'initiation d'antidépresseur un effet paradoxal des benzodiazépines un syndrome extrapyramidal des antipsychotiques (dyskinésie aiguë ou akathisie) un syndrome confusionnel induit par les psychotropes à action anticholinergique
Étiologie toxique	une intoxication alcoolique aiguë ou un sevrage alcoolique (delirium tremens) intoxication aiguë à des substances psychoactives un sevrage de substance psychoactive une intoxication au monoxyde d'azote	une intoxication alcoolique aiguë ou un sevrage alcoolique (delirium tremens) intoxication aiguë à des substances psychoactives un sevrage de substance psychoactive une intoxication au monoxyde d'azote	une intoxication alcoolique aiguë ou un sevrage alcoolique (delirium tremens) intoxication aiguë à des substances psychoactives un sevrage de substance psychoactive une intoxication au monoxyde d'azote

	un trouble hydro- électrolytique, une pathologie endocrinienne ou métabolique une infection	une pathologie métabolique ou endocrinienne une pathologie infectieuse	une pathologie médicale non psychiatrique en priorité
Autres étiologies	un globe vésical ou un fécalome une pathologie cardiovasculaire une pathologie neurologique ou neurochirurgicale	une pathologie neurologique non infectieuse une embolie pulmonaire...	

Résumé :

Agitation et Délire aigu constituent deux syndromes indépendants fréquemment retrouvés aux urgences. L'agitation et les idées délirantes n'ont pas de spécificité diagnostique et peuvent se rencontrer dans de nombreux troubles. Une cause non psychiatrique urgente doit être systématiquement envisagée chez toute personne présentant un état d'agitation ou des idées délirantes d'apparition récente. L'agitation se définit comme une activité motrice excessive en général improductive et stéréotypée, associée à un état de tension intérieure. L'interrogatoire du patient ou de son entourage doit permettre de recueillir deux types d'informations qui orienteront la prise en charge : les circonstances de survenue de l'état d'agitation et les antécédents du patient. L'examen clinique doit rechercher en priorité les signes de gravité, puis les symptômes non-psychiatriques et psychiatriques associés. Chez la personne âgée, on recherche de manière prioritaire une iatrogénie médicamenteuse, un trouble hydro-électrolytique, métabolique ou une cause neurologique. Chez l'adulte jeune, on recherchera de manière prioritaire une étiologie toxique (intoxication ou sevrage), iatrogène ou infectieuse. Chez une personne ayant des antécédents psychiatriques, une décompensation du trouble psychiatrique sera aussi recherchée. Les idées délirantes se caractérisent par leur thème, leur mécanisme, leur systématisation, l'adhésion et le retentissement comportemental et émotionnel. En cas de symptômes psychotiques d'apparition aiguë, la même démarche étiologique que pour l'agitation aiguë s'applique. En l'absence d'étiologie non psychiatrique, la présence de symptômes thymiques ou psychotiques associée doit être recherchée. La prise en charge thérapeutique en urgence d'une agitation ou d'un délire aigu est celle de la pathologie sous-jacente en cas d'étiologie non psychiatrique. Elle est symptomatique (sédation et anxiolyse) en cas de trouble psychiatrique. La prévention du risque suicidaire et l'évaluation de la dangerosité pour autrui doivent être systématiques.