

**UNIVERSITE D'ANGERS**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

**Année 2006**

N°

**THESE**

Pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Qualification en : Médecine générale

Par

**Christine CHEVALIER**  
Née le 15 octobre 1975 à ALENCON

---

Présentée et soutenue publiquement : **le 20 Avril 2006**

**Les patients agités dans le service des urgences au  
CHU d'Angers : Analyse des pratiques sur une  
période de six mois.**

Président du jury : Monsieur le Professeur A.DELHUMEAU  
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur P.M.ROY

# FACULTE DE MEDECINE D'ANGERS

---

<b>Doyen</b>	Pr SAINT-ANDRE
<b>Vice doyen recherche</b>	Pr CALES
<b>Vice doyen pédagogie</b>	Pr RICHARD

**Doyens Honoraires :** Pr BIGORGNE, Pr EMILE, Pr REBEL, Pr RENIER

**Professeurs Emérites :** Pr PIDHORZ, Pr RONCERAY

**Professeurs Honoraires :** Pr ACHARD, Pr ALLAIN, Pr ALQUIER, Pr BREGEON, Pr CARBONNELLE, Mme Pr M. CAVELLAT, Pr CHAUVET, Pr COULLAUD, Pr DENIS, Pr DESNOS, Pr EMILE, Pr FRANCOIS, Pr FRESNEAU, Pr GROSIEUX, Pr GUNTZ, Pr HUREZ, Pr JOUBAUD, Pr LARGET-PIET, Pr LARRA, Pr LIMAL, Pr MARCAIS, Pr PIDHORZ, Pr REBEL, Pr RENIER, Pr RONCERAY, Pr ROGNON, Pr SIMARD ; Pr TADEI, Pr TRUELLE, Pr TUCHAIS, Pr WARTEL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

<b>MM ARNAUD</b>	Chirurgie générale
<b>ASFAR</b>	Réanimation médicale
<b>AUBE</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>AUDRAN</b>	Rhumatologie
<b>Mme BARTHELAIX</b>	Biologie cellulaire
<b>MM BASLE</b>	Cytologie et histologie
<b>BERRUT</b>	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
<b>BEYDON</b>	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
<b>BONNEAU</b>	Génétique
<b>BOYER</b>	Gastroentérologie ; hépatologie
<b>de BRUX</b>	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
<b>CALES</b>	Gastroentérologie ; hépatologie
<b>Mme CARON-POITREAU</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>MM CHABASSE</b>	Parasitologie et mycologie
<b>CHAPPARD</b>	Cytologie et histologie
<b>Mme COCHEREAU</b>	Ophtalmologie
<b>MM COUPRIS</b>	Chirurgie infantile
<b>COUTANT</b>	Pédiatrie
<b>DARSONVAL</b>	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
<b>DAUVER</b>	Radiologie et imagerie médicale
<b>DELHUMEAU</b>	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
<b>DESCAMPS</b>	Gynécologie obstétrique ; gynécologie médicale
<b>DIQUET</b>	Pharmacologie fondamentale

	<b>DUBAS</b>	Neurologie
	<b>DUBIN</b>	Oto-rhino-laryngologie
	<b>DUVERGER</b>	Pédopsychiatrie
<b>MM</b>	<b>ENON</b>	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
	<b>FANELLO</b>	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
	<b>FOURNIE</b>	Gynécologie – obstétrique ; gynécologie médicale
	<b>FRESSINAUD-MASDEFEIX</b>	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
	<b>FURBER</b>	Cardiologie
	<b>GAMELIN</b>	Cancérologie ; radiothérapie
	<b>GARNIER</b>	Médecine générale (professeur associé)
	<b>GARRE</b>	Psychiatrie d'adultes
	<b>GESLIN</b>	Cardiologie
	<b>GINIES</b>	Pédiatrie
	<b>GRANRY</b>	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
	<b>GUY</b>	Neurochirurgie
	<b>HAMY</b>	Chirurgie générale
<b>Mme</b>	<b>HUNAUT-BERGER</b>	Hématologie ; transfusion
<b>MM</b>	<b>HUEZ</b>	Médecine générale (professeur associé)
	<b>IFRAH</b>	Hématologie ; transfusion
	<b>JALLET</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>Mme</b>	<b>JEANNIN</b>	Immunologie
	<b>JOLY-GUILLOU</b>	Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière
<b>MM</b>	<b>LAUMONIER</b>	Chirurgie infantile
	<b>LEFThERIoTIS</b>	Physiologie
	<b>LEGRAND</b>	Rhumatologie
	<b>LE JEUNE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>Mme</b>	<b>LUNEL-FABIANI</b>	Bactériologie, virologie ; hygiène hospitalière
<b>MM</b>	<b>MALTHIERY</b>	Biochimie et biologie moléculaire
	<b>MASSIN</b>	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	<b>MENEI</b>	Neurochirurgie
	<b>MERCAT</b>	Réanimation médicale
	<b>MERCIER</b>	Anatomie
	<b>PARE</b>	Médecine générale (professeur associé)
<b>Mme</b>	<b>PENNEAU-FONTBONNE</b>	Médecine et santé au travail
<b>MM</b>	<b>PENNEAU</b>	Médecine légale et droit de la santé
	<b>PICHARD</b>	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	<b>POUPLARD</b>	Pédiatrie
	<b>RACINEUX</b>	Pneumologie
	<b>REYNIER</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>Mme</b>	<b>RICHARD-CREMIEUX</b>	Médecine physique et de réadaptation
<b>MM</b>	<b>RITZ</b>	Nutrition
	<b>RODIEN</b>	Médecine C
	<b>ROHMER</b>	Endocrinologie et maladies métaboliques
<b>Mme</b>	<b>ROUSSELET-CHAPEAU</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>MM</b>	<b>SAINT-ANDRE</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
	<b>SAUMET</b>	Physiologie
	<b>SORET</b>	Urologie
	<b>SUBRA</b>	Néphrologie
	<b>URBAN</b>	Pneumologie
	<b>VERRET</b>	Dermatologie - vénéréologie

ZANDECKI

Hématologie ; transfusion

MAITRES DE CONFERENCES

<b>Mr ANNAIX</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>Mlle BLANCHET</b>	Hématologie ; transfusion
<b>MM BOUCHARA</b>	Parasitologie et mycologie
<b>CHEVAILLER</b>	Immunologie
<b>Mme CHEVALIER</b>	Biologie cellulaire
<b>CHRETIEN</b>	Cytologie et histologie
<b>MM CRONIER</b>	Anatomie
<b>CUSTAUD</b>	Physiologie
<b>DENIZOT</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>M DUCLUZEAU</b>	Nutrition
<b>Mme EL KASSAR</b>	Hématologie ; transfusion
<b>MM FORTRAT</b>	Physiologie
<b>FOURNIER</b>	Anatomie
<b>GALLOIS</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>HINDRE</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>JEANGUILLAUME</b>	Biophysique et médecine nucléaire
<b>Mme LE BOUIL-PREMELCABIC</b>	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique
<b>Mme LOISEAU-MAINGOT</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>M LONCHAMPT</b>	Physiologie
<b>Mlle MESLIER</b>	Physiologie
<b>Mme MICHALAK-PROVOST</b>	Anatomie et cytologie pathologiques
<b>Mlle MOREAU</b>	Cytologie et histologie
<b>MM NICOLAS</b>	Neurologie
<b>PAPON</b>	Anatomie
<b>Mme PASCO-PAPON</b>	Radiologie et Imagerie médicale
<b>MM PAYAN</b>	Bactériologie - virologie, hygiène hospitalière
<b>PUISSANT</b>	Génétique
<b>Mme ROUGE-MAILLART</b>	Médecine légale et droit de la santé
<b>SAVAGNER</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>MM SIMARD</b>	Biochimie et biologie moléculaire
<b>SIX</b>	Biostatistiques, informatique médicale et technologies
<b>TURCANT</b>	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique

*Par délibération en date du 28 janvier 1966, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

## **Composition du jury**

**Président du jury :** Monsieur le Professeur DELHUMEAU

**Directeur de thèse et membre du jury :**

Monsieur le Docteur ROY

**Membres du jury :** Madame le Professeur PENNEAU-FONTBONNE

Monsieur le Professeur GARRE

Monsieur le Docteur LHUILLIER

***Monsieur le Professeur DELHUMEAU,***

*vous me faites l'honneur de présider mon jury.  
pour votre disponibilité et vos qualités d'écoute et d'enseignement,  
veuillez croire en ma sincère considération.*

***Madame le Professeur PENNEAU-FONTBONNE,***

*pour votre expérience et votre gentillesse,  
nn acceptant de participer à mon jury,  
je tiens à vous exprimer ma profonde reconnaissance.*

***Monsieur le Professeur GARRE,***

*pour votre expérience et votre gentillesse,  
en acceptant de participer à mon jury,  
je tiens à vous exprimer ma profonde reconnaissance.*

***Monsieur le Docteur LHUILLIER,***

*Pour mon accueil dans votre Service,  
Veuillez recevoir toute ma gratitude en acceptant de juger ce travail.*

*Monsieur le Docteur ROY*

*Pour vos connaissances, votre rigueur, votre pédagogie et votre disponibilité.*

*Comptez sur ma profonde estime.*





**Les patients agités dans le service des urgences au CHU  
d'Angers : analyse des pratiques sur une période de six  
mois .**

## TABLE DES MATIERES

I) RAPPELS ET ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES .....	16
I.1) DEFINITIONS .....	16
I.2) EXAMEN CLINIQUE .....	16
I.2.1) <i>Les différentes échelles d'évaluation de l'agitation</i> .....	16
I.2.2) <i>L'examen clinique et paraclinique du patient agité</i> .....	21
I.3) ETIOLOGIES .....	22
I.4) PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE .....	24
I.4.1) <i>Abord relationnel</i> .....	24
I.4.2) <i>Contention</i> .....	24
I.4.3) <i>Traitement médicamenteux</i> .....	25
I.4.3.1) <i>Les molécules utilisées, indications, contre indications</i> .....	25
a) <i>Les neuroleptiques (13)</i> .....	25
b) <i>Les antipsychotiques</i> .....	28
c) <i>Les benzodiazépines</i> .....	29
d) <i>Autres : le promathézine (Phénergant ®)</i> .....	31
e) <i>Association neuroleptiques + benzodiazépines</i> .....	31
I.4.3.2) <i>Les posologies</i> .....	32
I.4.3.3 ) <i>Les effets secondaires</i> .....	32
a) <i>Les neuroleptiques(41)</i> .....	32
b) <i>Les benzodiazépines</i> .....	33
I.5) QUELLES SONT LES RECOMMANDATIONS OFFICIELLES ?.....	34
I.5.1) <i>La 9<sup>ème</sup> conférence de consensus décembre 2002 : l'agitation en urgence (42)</i> ....	34
I.5.1.1) <i>Les explorations à réaliser en urgence</i> .....	34
I.5.1.2) <i>L'approche relationnelle</i> .....	34
I.5.1.3) <i>La contention</i> .....	34
I.5.1.4) <i>Le traitement médicamenteux</i> .....	34
I.5.1.5) <i>Le recours aux forces de l'ordre</i> .....	35
I.5.1.6) <i>La surveillance</i> .....	35
I.5.1.7) <i>La structure d'accueil</i> .....	36
I.5.1.8) <i>Le psychiatre</i> .....	36
I.5.2) <i>The expert consensus guidelines series(USA)(42)</i> .....	36
I.5.2.1) <i>De quel type de recommandations s'agit-il ?</i> .....	36
I.5.2.2) <i>Evaluations médicale et paramédicale initiales</i> .....	37
I.5.2.3) <i>La prise en charge relationnelle</i> .....	38
I.5.2.4) <i>La contention</i> .....	38
I.5.2.5) <i>Le traitement médical</i> .....	38
I.5.2.7) <i>Schéma global pour la prise en charge du patient agité</i> .....	41
II) ANALYSE DES PRATIQUES AU CHU D'ANGERS .....	42
II.1) BUTS .....	42
II.2) METHODE.....	42
II.2.1) <i>Type d'étude</i> .....	42
II.2.2) <i>Critères d'inclusion</i> : .....	42
II.2.3) <i>Recueil des données</i> : .....	42
II.2.3) <i>Méthode d'analyse</i> .....	43
II.3) RESULTATS .....	43
II.3.1) <i>Analyse de la population</i> .....	43
II.3.1.1) <i>Incidences , répartition selon l'âge et le sexe</i> .....	43
II.3.1.2) <i>Le code d'entrée IAO</i> .....	44
II.3.1.3) <i>Répartition selon l'heure d'arrivée</i> .....	44

II.3.1.4) Mode de transport aux urgences .....	45
II.3.1.5) Les antécédents .....	45
II.3.1.6) Le traitement habituel .....	46
II.3.2) Les facteurs déclenchants de l'agitation.....	46
II.3.3) L'examen clinique .....	47
II.3.3.1) Les signes fonctionnels et physiques .....	47
II.3.3.2) Les constantes vitales .....	47
II.3.4) Les examens paracliniques.....	48
II.3.4.1) La biologie.....	48
a) La glycémie, le ionogramme sanguin .....	48
b) Les recherches de toxiques .....	48
c) Les autres examens biologiques.....	48
II.3.4.2) L'électrocardiogramme.....	48
II.3.5) Prise en charge thérapeutique .....	49
II.3.5.1) Contention physique .....	49
II.3.5.2) Le traitement médical.....	49
a) Traitement de première intention.....	49
b) Traitement de deuxième intention.....	51
II.3.5.3) La prise en charge relationnelle.....	51
II.3.6) La surveillance.....	52
II.3.6.1) Réévaluation de l'intensité de l'agitation.....	52
II.3.6.2) Réévaluation de la tension artérielle .....	52
II.3.6.3) Réévaluation de la fréquence cardiaque .....	52
II.3.6.4) Réévaluation de la température .....	52
II.3.6.5) Réévaluation du score de Glasgow .....	53
II.3.6.6) Réévaluation de la saturation en oxygène.....	53
II.3.6.6) Effet secondaire des traitements .....	53
II.3.7) Orientation des patients après sédation.....	53
II.3.8) Etiologies de l'agitation.....	54
II.4) DISCUSSION.....	55
II.4.1) La population .....	55
II.4.1.1) Incidence .....	55
II.4.1.2) Répartition selon le sexe.....	56
II.4.1.3) Le code IAO.....	56
II.4.1.4) Les horaires d'admission .....	57
II.4.1.5) Les antécédents, les traitements .....	57
a) les antécédents .....	57
b) Traitements .....	57
II.4.2) L'examen clinique .....	58
II.4.2.1) Les signes fonctionnels et les signes physiques.....	58
II.4.2.2) Les constantes vitales .....	58
a) L'évaluation initiale .....	58
b) La surveillance.....	59
II.4.3) Les examens complémentaires .....	60
II.4.4) La prise en charge thérapeutique.....	61
II.4.4.1) La prise en charge relationnelle .....	61
II.4.4.2) La contention.....	61
II.4.4.3) Le traitement médical.....	62
a) Le choix de la molécule.....	62
b) le choix de la molécule en fonction de l'étiologie.....	62
II.4.5) Analyse des étiologies et de l'orientation des agitations .....	63
II.4.5.1) L'orientation des patients agités .....	63
II.4.5.2) Les étiologies des agitations .....	64

III) CONCLUSION..... 66  
V) BIBLIOGRAPHIE..... 78

## INTRODUCTION

L'agitation est une urgence médicale. Sa prise en charge a un objectif double, faire un diagnostic afin d'éliminer une pathologie nécessitant des soins rapides et également, maîtriser le plus rapidement possible la situation, afin de protéger le patient et l'entourage (l'équipe médicale, les autres patients, les accompagnateurs).

Il semble difficile de donner une prévalence exacte des états d'agitation dans les services d'urgences en France étant donné le faible nombre d'études réalisées. Deux études donnent les chiffres suivants :

- 5,6 patients agités pour 1000 admissions aux urgences (1) du CHU de Rouen entre 1997 et 1998 (1)
- une prévalence évaluée à 12,2 situations d'agitation pour 1000 admissions dans un service d'accueil des urgences, d'après un questionnaire remplis par 137 chefs de service des services d'urgences des hôpitaux et cliniques français métropolitains sur l'année 2000 (2).

Certains disent qu'il s'agit avant tout d'un symptôme, d'autres la considèrent comme un comportement réactionnel venant se greffer sur un tableau clinique. La définition de l'agitation est vaste, mais elle n'est pas synonyme de dangerosité. Il faut avant tout repérer rapidement les éléments prédictifs d'un passage à l'acte violent.

Afin d'évaluer l'incidence de ce trouble du comportement, ses caractéristiques et sa prise en charge dans le service des urgences du CHU d'Angers (SAU), nous avons réalisé une analyse des pratiques sur une période de 6 mois.

Notre objectif est de comparer la pratique dans le SAU d'Angers et les dernières recommandations officielles françaises (La 9<sup>ème</sup> conférence de consensus. L'agitation en urgence (petit enfant excepté), organisée en décembre 2002 par la Société Francophone de Médecine d'Urgence à Toulouse).

## I) RAPPELS ET ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES

### I.1) Définitions

L'agitation se définit comme une perturbation quantitative (par excès) et qualitative (inadaptation par rapport à la situation) des comportements moteur, psychique et relationnel. Elle suscite une réaction d'intolérance de l'entourage et du milieu (3, 4).

Une violence implicite ou explicite peut ou non s'associer à l'ensemble du tableau.

L'agitation est secondaire à une pathologie propre somatique ou psychiatrique, avec ou sans élément déclenchant.

L'agitation constitue une manifestation dont les répercussions sur le fonctionnement des urgences d'un hôpital général sont rapidement intolérables.

### I.2) Examen clinique

#### *I.2.1) Les différentes échelles d'évaluation de l'agitation*

Le patient agité est quoi qu'il arrive une urgence médicale. Il faut néanmoins pouvoir repérer parmi ces patients ceux à risque d'un passage à l'acte auto ou hétéroagressif.

On distingue classiquement deux formes d'agitation (3):

- l'agitation incontrôlable :

avec violences : le patient est conduit aux urgences par les forces de l'ordre, les pompiers, il menace verbalement, frappe, tente de fuir. Tout entretien est impossible. Le risque de violence est extrême.

avec signes de passage à l'acte violent imminent (tableau n°1): ce patient doit être pris en charge immédiatement, faute de quoi, le passage à l'acte violent est probable. Il faut savoir repérer les éléments prédictifs d'un passage à l'acte violent par la simple observation du patient.

- l'agitation contrôlable :

Cette forme permet un entretien et un examen rapide. Le caractère contrôlable est lié à la détente du patient au fil de sa prise en charge relationnelle.

#### Les éléments prédictifs d'un passage à l'acte violent (tableau n°I)

<p>Antécédents de comportements violents</p> <p>Port d'armes</p> <p>Facteurs sociaux</p> <p>Sexe masculin</p> <p>Jeunesse</p> <p>Toxicomanie</p> <p>Refus de s'asseoir</p> <p>Incapacité à rester en place</p> <p>Sursauts et immobilisation avec ébauche de gestes de menace ou de défense</p> <p>Changements brutaux inexplicables d'activité</p> <p>Menaces, insultes</p> <p>Voix modifiée (timbre, rythme)</p> <p>Tension musculaire</p>
--

Il existe plusieurs échelles et/ou score d'évaluation de l'agitation qui vont permettre à l'équipe soignante de coter le degré d'agitation, puis ensuite de contrôler l'efficacité de la prise en charge thérapeutique.

Voici les plus couramment utilisées :

### **The overt aggression scale (1, 5)**

C'est l'échelle la plus couramment utilisée. Elle a été créée en 1986 par Yudofsky et son équipe. Elle permet une description simple, quantitative et qualitative de l'agitation.

Il existe une traduction française validée par MM. Verlaeten et Charles en 1989 et par Ciadella en 1990 (tableau II).

Tableau II : Overt Aggression Scale – traduction française de Verlaeten et collaborateurs

<p><u>1 Agression verbale : 1 à 4</u></p> <p><b>1</b> Fait beaucoup de bruit, crie de colère  <b>2</b> Lance des insultes personnelles de petite portée, par exemple : « vous êtes stupides »  <b>3</b> Parle vulgairement ; dans sa colère utilise un langage grossier ; fait des menaces modérées envers les autres ou lui-même  <b>4</b> Fait clairement des menaces de violence envers autrui ou lui-même (par ex : « je vais te tuer » ou demande à être aidé pour se contrôler</p> <p style="text-align: center;"><u>2 Agression physique envers les objets : de 1 à 4</u></p> <p><b>1</b> Claque les portes ; disperse ses vêtements ; fait du désordre  <b>2</b> Jette des objets par terre, donne des coups de pied dans les meubles sans les casser, abîme les murs  <b>3</b> Casse les objets, fracasse les fenêtres  <b>4</b> Met le feu, jette les objets de façon dangereuse</p> <p style="text-align: center;"><u>3 Agression physique envers soi-même : de 1 à 4</u></p> <p><b>1</b> Se pique ou s'arrache la peau ; se frappe ; s'arrache les cheveux (sans s'infliger de lésions sinon bénignes)  <b>2</b> Se heurte violemment la tête; frappe du poing les objets ; se jette par terre ou sur les objets (se fait mal, mais les lésions sont bénignes)  <b>3</b> Petites coupures ou ecchymoses ou brûlures (lésions modérées)  <b>4</b> Se mutile, se fait de larges entailles, se mord jusqu'au sang, provoque des lésion(s) interne(s), fractures (s) ; se casse les dents ;perte de connaissance (lésions graves)</p> <p style="text-align: center;"><u>4 Agression physique envers autrui : de 1 à 4</u></p> <p><b>1</b> Fait des gestes menaçants ;tourne autour des gens ; s'agrippe aux vêtements d'autrui  <b>2</b> Frappe, donne des coups de pied, pousse, tire les cheveux d'autrui (sans causer de lésion)  <b>3</b> Attaque les autres causant des lésions minimales ou modérées (ecchymoses, foulures, contusions)  <b>4</b> Attaque les autres causant des lésions graves (fractures, déchirures profondes, lésions internes)</p>
---

### The overt agitation severity scale OASS (6)

Ce score (tableau n°3) est utilisé pour mesurer l'intensité de l'agitation quelle qu'en soit l'étiologie à partir de comportements moteurs et vocaux.

Validée en 1997 par 2 études en milieu psychiatrique aux USA, elle nécessite une période d'observation de 15 minutes (tableau n°III).

Il n'existe pas de traduction française validée.

Son utilisation semble intéressante pour des patients agités au cours d'une affection somatique mais difficilement utilisable en urgence et ne prend pas en compte la dimension de la violence et de la dangerosité potentielle du patient.

Tableau n°III : Overt Agitation Severity Scale (Yudofsky, 1997)

BEHAVIOR, INTENSITY(I)	FREQUENCY(F)					SEVERITY SCORE(SS)=I*F
	0.not present	1.rarely	2.some time of the time	3 .most of the time	4.always	
<b>A.Vocalizations &amp; Oral/Facial Movements</b>						
1.Whimpering, whining, moaning, grunting, crying	0	1	2	3	4	=
2. Smacking or licking of lips, chewing, clenching jaws, licking, grimacing, spitting	0	1	2	3	4	=
3. Rocking, twisting, banging of head	0	1	2	3	4	=
4. Vocal perseveration, screaming, cursing, threatening, wailing	0	1	2	3	4	=
<b>B.Upper Torsi &amp; Upper Extremity Movements</b>						
1.Tapping fingers, fidgeting,or wringing of hands, swinging or flailing arms	0	1	2	3	4	=
2.Task perseverating (opening or closing drawers, folding and unfolding clothes, picking at objects, clothes, or self, pulling at own hair)	0	1	2	3	4	=
3. Rocking (back & forth, bobbing (up and down), twisting, writhing of torso, rubbing or masturbating self	0	1	2	3	4	=
4. Slapping, swatting, hitting at objects or others	0	1	2	3	4	=
<b>C.Lower Extremity Movements</b>						
1.Tapping toes, clenching toes, tapping heels, extending, flexing or twisting feet	0	1	2	3	4	=
2. Shaking legs, tapping knees and/or thighs, thrusting pelvis, stomping	0	1	2	3	4	=
3. Pacing, wandering	0	1	2	3	4	=
4. Trashing legs, kicking at objects or others	0	1	2	3	4	=

### **The motor agitation and retardation scale (MARS) (7)**

Ce score (tableau n°IV) permet de quantifier les troubles moteurs, à la fois à type d'agitation et de ralentissement chez les patients dépressifs.

Il a été évalué et validé en 1997 aux USA. Il n'y a pas de traduction française.

Elle nécessite une période d'observation du patient de 10 minutes par un clinicien entraîné

Son utilisation est limitée dans un service prenant en charge des agitations aiguës.

Tableau IV. The Motor Agitation and Retardation Scale

Chaque item est noté sur 4 :

1) aucun – 2) rare ou moyen - 3) périodique ou modéré 4) continu ou sévère

Motor agitation

body : (increased axial truncal movement)

hands legs and feet (tension in fingers and hands, hand movement, foot/lower leg movement)

face (movement /tension in mouth, static facial expression)

eyes (abnormal staring, increased blinking, erratic eye movement)

voice

Motor retardation scale

body (abnormal gait, immobility of trunk/proximal limbs, postural collapse, motor slowness)

hands, legs, feet

face : lack of facial expressivity

eyes : downcast gaze

voice : reduced voice volume, slurring of speech, delayed speech onset, monotone speech

### **The Cohen-Mansfield agitation inventory (CMAI) (8)**

Il s'agit d'un outil qui permet de mesurer l'agitation des patients agités déments vivant en institution, créée en 1989 par Cohen-Mansfield.

Une traduction en langue française (tableau N°V) a été validée en 1999 par V. Deslauriers (8)

Le comportement est évalué à partir des deux dernières semaines par un membre de l'équipe institutionnelle.

Il existe une version courte de cette échelle.

De part sa nature, l'utilisation de cette échelle n'est pas adaptée à un service d'urgence.

Tableau n°V : Traduction française du Cohen-Mansfield Agitation Inventory, par Deslauriers, 1999

Chaque item est noté de 1 à 7

0 non évaluable

1 jamais

2 moins d'une fois par semaine à une fois par mois

3 une à deux fois par semaine

4 quelques fois au cours de la semaine

5 une à deux fois par jour

6 plusieurs fois par jour

7 plusieurs fois par heure .

Le score correspond à la somme de tous les items.

Agitation physique non agressive

1 cherche à saisir

2 déchire les affaires

3 mange des produits non comestibles

4 fait

5 déambule

6 se déshabille, se rhabille

7 attitude répétitives

8 essaie d'aller ailleurs ( fugue)

9 manipulation non conforme d'objet

10 agitation

11 recherche constante d'attention

12 cache des objets

13 amasse des objets

Agitation verbale non agressive

14 répète les mots, phrases

15 se plaint

16 émet des bruits bizarres

17 fait des avances sexuelles verbales

Agitation + agressivité physique

18 donne des coups

19 bouscule

20 mord

21 crache

22 donne des coups de pied

23 griffe

24 se lève, blesse les autres

25 tombe volontairement

26 lance les objets

Agitation + agressivité verbale

27 jure

28 est opposant

29 pousse des hurlements

### **L'échelle de Richards (9)**

Il s'agit d'une échelle simple validée, créée par Richards aux Etats-Unis.

Il existe une traduction française validée (tableau n°6).

Nous avons choisi cette échelle pour notre étude à cause de sa simplicité et sa facilité d'utilisation en urgence.

Elle est réalisable par le personnel médical et paramédical, en quelques secondes, et permet de suivre l'évolution du patient après sédation chimique.

Tableau n°VI : traduction française de l'échelle de Richards.

<p><b>6</b> violent, ne se contrôle pas  <b>5</b> très anxieux, agité, crie  <b>4</b> anxieux, ne tient pas en place  <b>3</b> éveillé, coopérant  <b>2</b> somnolent, peut être facilement réveillé  <b>1</b> sommeil profond</p>
--

Il existe deux autres échelles similaires en langue anglaise, qui n'ont pas de traduction française : The Behavioral Activity Rating Scale ( BARS Scores) et The Modified Thomas Combativeness Scale)

#### *1.2.2) L'examen clinique et paraclinique du patient agité*

L'interrogatoire et l'examen clinique chez un patient en état d'agitation ne sont souvent réalisables qu'après contention et sédation.

Les 2 seuls examens paracliniques à réaliser de façon systématique selon la conférence de consensus de 2002 sont une glycémie capillaire et une saturation artérielle en oxygène.

Ensuite, si le patient présente une affection psychiatrique connue et que son examen clinique est normal, il n'y a pas nécessité de faire d'autre examen paraclinique, la prise en charge peut être psychiatrique.

Si par contre, le patient n'a pas d'antécédent de pathologie psychiatrique et qu'il s'agit d'une agitation inaugurale, ou si l'examen clinique est anormal quels que soient les antécédents, des examens complémentaires seront nécessaires et devront être orientés par la clinique.

Aucune étude n'a validé une démarche de prescription d'examens complémentaires. Seules les recherches toxicologiques sanguines et urinaires ont fait l'objet d'étude et leur réalisation n'a montré qu'un très faible impact sur la prise en charge thérapeutique. Néanmoins, selon la réactualisation de la conférence de consensus de 1992 sur l'intoxication éthylique aigüe (IEA) dans les services d'accueil et d'urgences, il semble nécessaire de doser l'éthanolémie puisqu'une étude avait montré que 23 % des patients avec une IEA n'étaient pas identifiés cliniquement (10).

Une étude réalisée aux urgences de Rouen entre 1997 et 1998 a évalué l'incidence des intoxications par l'alcool et la présence d'autres toxiques dans le sang chez les patients agités aux urgences. Elle a montré que l'on retrouvait de l'alcool et ou des médicaments dans le sérum de la quasi majorité de ces patients. L'association alcool-benzodiazépine était particulièrement élevée. L'auteur l'explique par l'effet désinhibiteur de ses molécules. Par ailleurs, plusieurs agitations dans cette étude, ont été rapportées à des syndromes sérotoninergiques (au cours d'overdose mais aussi à des doses thérapeutiques de drogues sérotoninergiques) (11).

### I.3) Etiologies

Deux grands cadres étiologiques sont à distinguer, les causes organiques et les causes psychiatriques.

Il faut savoir repérer le syndrome confusionnel associé à une agitation, car il s'agit d'une urgence médicale. L'agitation s'y accompagne classiquement de troubles de la conscience avec altération de la vigilance entraînant une perplexité anxieuse caractéristique, ainsi qu'une désorientation temporo-spatiale, des troubles mnésiques, un certain degré d'onirisme.

Certains éléments orientent vers une cause organique : l'absence d'antécédents psychiatriques, la brutalité du début, l'existence d'une intoxication ou de l'interruption d'un traitement, et l'association avec une confusion.

Inversement, on s'orientera vers une étiologie psychiatrique devant l'existence d'antécédents psychiatriques ou psychopathologiques, un examen somatique normal (lorsque celui ci est possible) et le caractère spécifique de certaines agitations.

Le tableau n°VII reprend les étiologies les plus fréquentes des états d'agitation en séparant les origines psychiatriques des origines organiques.

PATHOLOGIE	CLINIQUE
<b>Agitations « psychiatriques »</b>	
Pas de pathologie	Après un traumatisme aigu. Absence d'antécédents.
Agitations névrotiques	Le sujet peut indiquer les circonstances déclenchantes. Souvent personnalité histrionique
Agitations « caractérielles »	Contexte d'intolérance à la frustration. Agitation parfois majeure. Souvent personnalité antisociale
Bouffée délirante aiguë	Début brutal, délire hallucinatoire polymorphe. Agitation parfois difficile à maîtriser.
Schizophrénie	Episode inaugural ou poussée évolutive. Idées délirantes bizarres, hallucinations auditives, dissociation
Délire chronique	Agitation rare, souvent au cours d'un délire de persécution ou érotomane décompensé Sujets potentiellement dangereux Délire structuré en réseau
Etat maniaque	Exaltation de l'humeur, euphorie ou dysphorie, désinhibition ; rare manie furieuse ; épisodes semblables fréquents
Etat mélancolique	L'agitation peut se produire lorsque l'anxiété est au premier plan
<b>Agitations « organiques »</b>	
Ivresse pathologique	Fréquence des agitations avec violence : action désinhibitrice de l'alcool
Agitation induite par d'autres substances : opiacés, cannabis, cocaïne, hallucinogènes, solvants, médicaments psychotropes (sédatifs et hypnotiques, parfois antidépresseurs) Sevrage aux benzodiazépines	Clinique varie selon la substance
Etats confusionnels = pathologies organiques sous-jacentes : - infections générales - affections intra-crâniennes (méningites, encéphalites etc...) - affections métaboliques (insuffisance rénale, hépatique, pulmonaire, troubles électrolytiques, hypoxie, troubles endocriniens)	Délire confusio-onirique, désorientation temporo-spatiale, troubles de la mémoire, agitation parfois violente
Agitation dans le cadre d'une démence	Souvent nocturne, peut être progressive Penser à la déshydratation ou à la rétention urinaire et/ou fécale
Intoxications médicamenteuses	Volontaires ou involontaires par surdosage Clinique varie selon la molécule
Intoxications professionnelles (plomb, oxyde de carbone, solvants)	Clinique varie selon le produit
Fureur épileptique	Avec violence incontrôlée, avec confusion et amnésie consécutives

Tableau n°VII: étiologies des agitations

#### I.4) Prise en charge thérapeutique

Il s'agit d'une urgence thérapeutique qui comporte trois volets :

- l'abord relationnel du patient et de l'équipe médicale
- le traitement médicamenteux
- la contention.

##### *I.4.1) Abord relationnel*

Il doit être fait avant toute contention physique et ou médicale. Il s'agit d'une obligation médicale puisqu'il désarme souvent l'agressivité mais aussi médico-légale, puisque l'utilisation de contention physique ou chimique ne peut se justifier qu'après l'échec de la prise en charge relationnelle (3).

Il consiste à écouter et à parler au patient, pour d'abord établir un lien et permettre ainsi de rétablir les conditions nécessaires aux démarches diagnostique et thérapeutique.

Le patient doit avoir un référent de l'équipe médicale et paramédicale (le médecin qui le prend en charge et un membre de l'équipe infirmière : souvent un(e) infirmier(e) psychiatrique).

##### *I.4.2) Contention*

La contention consiste à restreindre ou à maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit ou un brancard.

L'usage de la contention est controversé, peu d'études ont été faites sur la contention dans les services d'urgence contrairement aux services de psychiatrie.

Seuls deux textes réglementaires semblent donner une légitimité à la contention physique comme modalité thérapeutique :

Le règlement des hôpitaux psychiatriques de 1938 cite son usage parfois nécessaire sur prescription du chef de service uniquement.

Plus récemment, les fiches de transparence adressées aux médecins-conseils, dans le chapitre des psychotropes : « il arrive que le neuroleptique ne puisse pas dispenser d'une contention physique, au moins pendant le délai de 20 à 60 minutes parfois nécessaire à l'action des médicaments dans cette indication ».

Il doit s'agir dans tous les cas d'une mesure adjuvante, prescrite, surveillée et limitée dans le temps.

Un rapport de l'ANAES définit 23 critères afin d'améliorer les conditions d'isolement des patients et de valider l'aspect thérapeutique de cette mesure(12).

D'un point de vue légal, la contention ne nécessite pas forcément une hospitalisation sous contrainte, le motif d'assistance à personne en danger prévaut ici, d'autant que la durée est brève. Néanmoins le consentement de l'entourage, s'il est présent, est toujours requis, et systématiquement consigné sur la fiche de surveillance.

Les recommandations de la conférence de consensus de 2002 sont les suivantes :

Le patient est saisi par quatre soignants (un par membre) empaumant chacun le bras et l'avant bras ou le mollet et la cuisse, sur ordre d'un cinquième soignant (le coordonnateur), qui saisit la tête dès que possible, la maintenant sur le côté, ce qui évite les morsures et que le regard du patient ne croise celui des soignants qui l'attachent. Le patient est couché sur le dos, sur un brancard, chaque membre étant maintenu par une attache, la ceinture ventrale bouclée, puis les attaches verrouillées. Le patient est partiellement déshabillé et recouvert d'un drap, ce qui permet de préserver sa dignité. Il est fouillé pour supprimer tout objet potentiellement dangereux et sa ceinture de pantalon est retirée. Puis la tête du brancard est surélevée pour réduire le risque d'inhalation.

Guedj conseille que l'un des membres de l'équipe soit une femme et que le patient ne soit pas laissé seul. Il doit pouvoir parler en permanence à quelqu'un en attente de l'effet sédatif de la contention physique et du relais médicamenteux (12).

En résumé, les actions du personnel soignant doivent répondre à quatre critères de qualité :

- 1 sécurité du patient et de l'environnement
- 2 dignité et respect du patient
- 3 caractère approprié de la contention
- 4 permanence du soin

#### *1.4.3) Traitement médicamenteux*

Il a un triple objectif puisqu'il doit permettre l'examen clinique, réduire l'agitation et limiter la durée de la contention.

Il faut toujours avoir à l'esprit le risque iatrogène du traitement, et ce d'autant plus que l'examen (interrogatoire et examen somatique) du patient agité est difficile et parfois incomplet.

Le traitement sédatif utilisé en première intention en 2000 dans les services d'urgences en France était la loxapine (84 % des établissements). Les autres molécules utilisées étaient le cyamémazine, le dropéridol, l'halopéridol, le méprobamate, le clomazepam, le chlorazépate dipotassique, ainsi que le midazolam en intra-nasal (2).

Aucune étude de niveau de preuve élevé n'a comparé des molécules entre elles et en fonction des situations cliniques autres que psychiatriques (3).

##### *1.4.3.1) Les molécules utilisées, indications, contre indications*

###### *a) Les neuroleptiques (13)*

Ils sont apparus dans les années 1950 et ont d'abord été appelés « tranquillisants majeurs » ou « ataraxiques ».

L'apparition, plus récente, de médicaments provoquant notablement moins d'effets secondaires neurologiques, a conduit à les distinguer sous le terme d'antipsychotiques (distinction absente de la littérature américaine, pour laquelle l'ensemble de ces produits répond au terme d'antipsychotiques).

La sédation est l'un des tous premiers effets connus et exploités des neuroleptiques.

Il existe de nombreuses classifications de ces molécules (qui se sont multipliées depuis 1952, date de commercialisation du Largactil®), sans qu'aucune ne se soit imposée :

classification chimique  
 classification neurobiochimique  
 classification selon l'effet clinique

### *a.1) Droperidol (Droleptan®)*

Cette molécule est un neuroleptique de la famille des butyrophénones.

Ses *indications* sont les états d'agitation ou les psychoses aiguës et chroniques et les états d'agressivité chez l'adulte.

Ses *contre-indications absolues* sont l'hypersensibilité connue au produit ou à un de ses composants, les états comateux, une hypokaliémie connue, une bradycardie inférieure à 55 battements par minute, un traitement en cours susceptible d'entraîner une bradycardie, un ralentissement de la conduction cardiaque, un allongement de la repolarisation cardiaque, un allongement de l'intervalle QT, un syndrome dépressif sévère, le phéochromocytome, l'allaitement et les agonistes dopaminergiques.

Ses *contre-indications relatives* sont l'éthylisme et les médicaments entraînant un allongement du QT.

Elle a l'intérêt d'être d'action sédatrice rapide (20 mn par voie intra-musculaire) et a une demi-vie courte (4 heures, contre 20 heures pour l'haldol et 16 heures pour le lorazepam).

Une étude a démontré sa supériorité en terme de rapidité d'action par rapport au lorazepam en 1997, et n'a pas remarqué d'effets secondaires graves (14).

De même, un autre auteur (J Shale), en 2003, après une revue de la littérature, conclut qu'en pratique clinique, le droperidol est une molécule extrêmement efficace et sûre pour traiter les patients agités et/ou violents. Selon lui, malgré la mise en garde de la FDA américaine (Food and Drug Administration), alors qu'il existe un risque théorique d'allongement du QT, il n'y a pas eu de morts subites décrites dans la littérature (15, 16).

Le Droleptan® était la drogue recommandée dans la conférence de consensus de 1992 sur la prise en charge de l'intoxication alcoolique aiguë dans un service d'Accueil et d'Urgence. Il a été très largement utilisé en France jusqu'en 1997, date à laquelle la pharmacovigilance a confirmé l'existence d'un risque d'allongement du QT et ses conséquences graves. Dès lors la posologie a été réduite et son utilisation est réservée dans les services possédant des télémétries (17).

### *a.2) Haloperidol (Haldol®)*

C'est un neuroleptique de la famille des butyrophénones, et le neuroleptique de référence dans les pays anglosaxons, pour le traitement de l'agitation chez le patient psychotique.

Son activité antipsychotique prédomine sur l'activité sédatrice.

De très nombreux travaux l'ont comparé aux benzodiazépines, aux autres neuroleptiques ou à des associations (18-24).

Il a une *Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)* pour le traitement de courte durée des états d'agitation et d'agressivité au cours des états psychotiques aigus ou chroniques par voie injectable (une ampoule de 1 ml contenant 5 mg d'halopéridol) et par voie orale (solution de 2 mg par ml, un flacon de 15 ml) plutôt réservée aux enfants.

Son délai d'action et sa demi-vie sont plus élevés que celui du droperidol (par voie intramusculaire son délai d'action est de 60 à 90 minutes, avec une forte variabilité interindividuelle). Sa demi-vie est de 19 heures.

Ses *contre-indications absolues* sont une hypersensibilité connue à la molécule ou à l'un des composants de la solution, les états comateux, la dépression du système nerveux central due à l'alcool ou à d'autres agents dépresseurs, des lésions des noyaux gris centraux et l'association aux agonistes dopaminergiques.

Ses *contre-indications relatives* sont l'allaitement, l'alcool, le lithium, le lévodopa, et les médicaments donnant des torsades de pointe.

L'importance de *ses effets secondaires* (20% des cas), qui peuvent apparaître à distance, ne fait plus de cette molécule, la molécule de première intention en pratique. Il faut noter cependant qu'il est le seul neuroleptique dépourvu d'action anticholinergique.

#### a.3) La cyamémazine (Tercian®)

Il s'agit d'un neuroleptique de la famille chimique des phénothiazines de la classe des aliphatiques.

Il associe les propriétés sédatives, antihistaminiques et antiproductives.

Il a comme *indications*, les états psychotiques aigus ou chroniques, le traitement de courte durée des états d'anxiété de l'adulte en cas d'échec des thérapeutiques habituelles, et chez l'enfant de plus de 6 ans, les troubles du comportement graves avec états d'agitation et agressivité.

Il est utilisé par voie orale (solution buvable à 40 mg par ml) et par voie intra-musculaire (ampoule de 5 ml contenant 50 mg du produit).

Ses *contre-indications* sont le risque de glaucome par fermeture de l'angle et le risque de rétention urinaire par obstacle uréthro-prostatique, l'hypersensibilité connue à la molécule ou aux produits composant la solution, porphyrie, antécédents d'agranulocytose toxique, grossesse, intolérance au gluten, les agonistes dopaminergiques à l'exception du lévodopa.

L'intérêt de ce produit n'a pas été rapporté chez le patient non-psychotique et ses risques cardiovasculaires sont rappelés par l'AFSAPPS.

#### a.4) Loxapine (Loxapac®)

Il s'agit du chef de file de la famille des dibenzo-oxazepines. C'est le neuroleptique le plus utilisé en France pour les états d'agitation. Il est parfois associé aux neuroleptiques atypiques.

Ses *indications* sont les psychoses chroniques, les psychoses aiguës délirantes, les bouffées délirantes aiguës, les états maniaques et hypomaniaques, les états d'agitation, d'agressivité et d'anxiété associés à des troubles psychotiques ou psychopathiques, liés à la débilité mentale, à l'alcoolisme, à la comitialité.

Ses *contre-indications absolues* sont l'hypersensibilité connue à la loxapine ou à l'un des ses constituants, comas ou états graves causés par l'alcool ou certains médicaments barbituriques, enfants de moins de 16 ans (en l'absence d'études), agonistes dopaminergiques.

Ses *contre-indications relatives* sont l'alcool et les agonistes dopaminergiques (17).

L'action est double puisqu'elle porte à la fois sur l'agitation motrice mais aussi sur l'agitation psychique.

Le pic plasmatique est atteint en 1 heure 30, sa demi-vie est de 8 heures. L'action maximale apparaît en moyenne au bout de 48 minutes, et dès la 15<sup>ème</sup> minute chez certains patients (25).

Aucune complication grave n'est rapportée faisant suite à son utilisation pour la sédation du patient agité.

Il faut noter également que son utilisation n'est pas contre-indiquée chez l'épileptique.

Très largement utilisé dans les services des urgences en France, son efficacité et sa tolérance ont été rapportées dans plusieurs études ouvertes (1, 26). La Loxapine n'a, par contre, pas fait l'objet d'une évaluation prospective, randomisée, ce que souligne le texte long de la Conférence de Consensus sur l'agité (3).

### *b) Les antipsychotiques*

Il semble que l'efficacité des antipsychotiques soit supérieure aux neuroleptiques classiques, et que l'incidence des effets secondaires soit moins élevée.

Selon deux auteurs Yildiz (27) et Currier (28-31), les antipsychotiques devraient être considérés comme le traitement de premier choix chez les patients agités en association ou non avec les benzodiazépines.

Il s'agit de la conclusion de plusieurs études comparant les antipsychotiques et les benzodiazépines ou l'association des deux, et d'études comparant les antipsychotiques aux neuroleptiques.

En ce qui concerne leur sécurité d'emploi, il semble qu'ils soient aussi fiables que les neuroleptiques classiques en phase aiguë (30). Dans cet article, l'auteur (G. Currier) déconseille l'association d'olanzapine avec le lorazepam.

Le ziprazidone présente, selon lui, moins de risque que les autres antipsychotiques et les neuroleptiques classiques par sa première métabolisation par l'aldéhyde oxydase.

Toutefois, il faut réserver leur indication aux agitations d'origine psychiatrique .

Selon l'auteur Whelan (32), utiliser les antipsychotiques aux nombreux effets secondaires graves alors qu'il existe les benzodiazépines plus sûres, qui ont fait leur preuve, consiste à faire prendre un risque supplémentaire à ses patients, et notamment en cas d'étiologie incertaine et d'alcoolisation associée.

A noter également le surcoût de ces molécules par rapport aux molécules classiques.

Ils existent sous forme orale (comprimés et forme velotables) et injectables par voie intramusculaire.

#### *b.1) Ziprazidone (Géodon®)*

Il s'agit d'un antipsychotique atypique sur le marché aux Etats Unis, non commercialisé en France.

Plusieurs études, comparant l'haldoperidol et le ziprazidone administrés par voie intramusculaire à des patients présentant une agitation psychomotrice d'origine psychiatrique, ont montré une action supérieure en terme de rapidité et d'efficacité, de tolérance et d'acceptation du traitement par le patient.

De même, ces études ont montré une meilleure tolérance, avec une réduction significative des mouvements anormaux rencontrés avec l'halopéridol (33).

L'efficacité clinique persiste lors du passage de la forme intra-musculaire à la forme orale, ce qui est intéressant pour l'acceptation et l'observance futures des patients.

Utilisé par voie intra-musculaire, il a une action rapide (30 à 45 minutes, contre 8 heures par voie orale), et une demi-vie courte (inférieure à 3 heures).

### *b.2) Olanzapine (Zyprexa®) injectable*

Il s'agit du seul antipsychotique atypique injectable disponible sur le marché en France, il est réservé à l'usage hospitalier.

Son *indication* est le contrôle rapide de l'agitation et des troubles du comportement chez les patients schizophrènes ou chez les patients présentant des états maniaques : il est donc réservé aux agitations d'origine psychiatrique.

Son conditionnement (poudre pour solution injectable dosée à 10mg à reconstituer) rend difficile son utilisation en urgence.

Les formes orales (comprimés enrobés et orodispersibles) n'ont pas cette indication.

Ses *contre-indications* sont l'hypersensibilité à l'olanzapine ou à l'un de ses excipients, et les patients présentant un risque accru de glaucome à angle fermé (17).

### *b.3) Risperidone (Risperdal®)*

Il s'agit d'un des antipsychotiques les moins sédatifs.

L'étude de Currier (25) a démontré une efficacité équivalente de l'association risperidone-lorazepam par voie orale et de l'association haloperidol-lorazepam.

Cette étude remet en question l'utilisation préférentielle de la voie intra-musculaire pour les états d'agitation aigüe (même s'il existe de nombreux biais dans l'étude et notamment l'obligation du consentement des patients, qui écarte probablement les patients les plus agités).

### *c) Les benzodiazépines*

Les benzodiazépines sont un groupe de médicaments bien individualisé quant à leur structure chimique et possédant des propriétés pharmacologiques homogènes : anti-convulsivantes, sédatives, myorelaxantes et anxiolytiques.

Elles se distinguent par leur pharmacocinétique et leur métabolisme.

Dans l'indication de l'agitation, c'est l'effet hypnotique qui est recherché, il est donc préférable d'utiliser des benzodiazépines à demi-vie courte, pour éviter les problèmes d'accumulation.

C'est la classe de choix en cas d'intoxication alcoolique.

Les *contre-indications absolues* sont la myasthénie, les antécédents d'intolérance ou d'hypersensibilité aux benzodiazépines, l'insuffisance respiratoire grave.

Les *contre-indications relatives* sont l'insuffisance hépatique ou respiratoire, le premier trimestre de la grossesse et les myopathies évoluées.

Un des inconvénients majeurs est la variabilité de la résorption par voie intra-musculaire de la plupart des molécules, ce qui rend plus difficile cette voie d'administration, obligeant à des réinjections fréquentes.

Il existe un antidote spécifique aux benzodiazépines : le flumazénil, ce qui offre un avantage majeur.

*c.1) Lorazépam (Temesta ®)*

C'est la benzodiazépine de choix aux Etats Unis notamment lorsque l'étiologie de l'agitation n'est pas connue, en raison de demi vie courte (allant de 10 à 20 heures) et de son élimination de métabolites non actifs.

La voie intra-veineuse est indisponible en France. Elle peut être administrée par voie intramusculaire, sa résorption est alors rapide, contrairement au chlorazepate dipotassique ou au diazepam.

Ses *indications* sont le traitement symptomatique des manifestations anxieuses sévères et/ou invalidantes et la prévention du delirium tremens et des autres manifestations du sevrage alcoolique.

*c.2) Midazolam (Hypnovel ®)*

L'intérêt de cette molécule est sa rapidité d'action.

Ses *indications* sont chez l'adulte une sédation vigile avant et pendant les procédures à visée diagnostique ou thérapeutique avec ou sans anesthésie locale, la sédation en unité de soins intensifs et utilisée en anesthésie en prémédication, en induction de l'anesthésie et en agent sédatif en association (17).

Fréquemment utilisée en anesthésie par voie intraveineuse, elle l'est beaucoup moins en psychiatrie, probablement par les difficultés à obtenir un abord veineux chez un patient agité.

Son utilisation par voie nasale peut alors être préférée, sa biodisponibilité est de 83 % .

Par voie intraveineuse, il a un délai d'action de 90 secondes à 2 minutes avec une durée d'action de 1 à 2 heures pour la sédation.

Sa demi-vie d'élimination est de 2 à 3 heures.

Son efficacité a été rapportée dans le cadre de l'urgence dans des études ouvertes où elle est utilisée par voie intramusculaire ou intraveineuse (34). Une étude a montré que le midazolam agissait plus vite que l'haloperidol et le lorazepam, leur efficacité étant la même (35).

Par voie intra-nasale, elle a une efficacité dès les 15 premières minutes et sa durée d'action est de 15 à 60 minutes.

L'efficacité et l'innocuité de cette voie d'utilisation est rapportée dans deux études ouvertes (36-38).

*c.3) Le clorazépate dipotassique ( Tranxène®)*

La conférence de consensus de la Société Francophone de médecine d'Urgence de 1992 recommande son utilisation lors de l'ivresse alcoolique par voie intra-veineuse par titration jusqu'à l'obtention d'un début de sédation.

Cette molécule a une demi-vie prolongée (de 30 à 150 heures) ce qui la rend peu adaptée à la sédation en urgence, d'autant plus que son conditionnement est un inconvénient (poudre à reconstituer).

*d) Autres : le prométhazine (Phénergant ®)*

Utilisé aux USA pour son effet sédatif, il s'agit d'un antihistaminique H 1.

En France, il est disponible sous forme de comprimés, de sirop à 0,1% et de crème à 2%, et n'a l'indication que pour les manifestations allergiques et pour le traitement des insomnies.

*e) Association neuroleptiques + benzodiazépines*

Plusieurs études ont comparé ces molécules entre elles ou l'association de molécules entre elles.

Elles ont démontré la supériorité de l'association des molécules en terme d'efficacité de la sédation mais aussi devant la diminution des effets secondaires (27).

Deux études de fiabilité élevée (39) ( l'étude TREC à Rio de Janeiro, qui a inclus 301 patients, comparait l'association Halopéridol + Prométhazine versus Midazolam (18) et une étude indienne à Vellore qui a inclus 200 patients, comparait l'association Halopéridol+ Prométhazine versus Lorazépam (40)) ont montré l'efficacité supérieure de l'association par rapport aux benzodiazépines seules, en terme de rapidité d'action et sécurité.

### I.4.3.2) Les posologies

La posologie minimale efficace doit être recherchée.

Tableau n°VIII : Les posologies des différentes molécules utilisées

Molécules	Posologies/24h				Réinjections toutes les	Titration	Diminution de la posologie
	IM	IV	PO	IN			
dropéridol	5 mg	non	non	non	5 mg : à 15-30mn puis toutes les 4-6 heures	non	Sujets âgés et mauvais état général : moitié des doses
halopéridol	5 à 20 mg	non	1 à 20 mg	non		non	
cyamémazine	25 à 200mg	non	50 à 600mg	non		non	Sujet âgé : 100mg po
olanzapine	10 mg				2 <sup>ème</sup> à 2 h(max)		
ziprazidone	2 à 20 mg				Toutes les 4 heures (40mg /24 h au max)		
loxapine	200 mg		200 mg		Au max 600mg/24h		
lorazépam		0,5 à 2 mg				oui	
midazolam	0,15mg/kg	2-2,5mg		0,2mg/kg ou 5mg			

### I.4.3.3 ) Les effets secondaires

#### a) Les neuroleptiques(41)

On distingue les effets indésirables:

- psychiques : le syndrome d'indifférence psychomotrice, la somnolence (ce qui est ici le but recherché), les accès d'angoisse et les réactivations délirantes, les symptômes dépressifs, les accès confuso-oniriques qui sont rares. Ces effets indésirables psychiques sont beaucoup plus rarement observés avec les antipsychotiques.
- neurologiques : les effets extrapyramidaux sont différents selon leur chronologie d'apparition. Les plus précoces sont les dystonies ou dyskinésies aiguës (dès la 36<sup>ème</sup> heure). Puis les syndromes parkinsoniens, l'akathisie, puis les dyskinésies tardives, parfois longtemps après ou au cours d'un traitement prolongé.

- Les crises d'épilepsie provoquées par les neuroleptiques sont exceptionnelles, une épilepsie connue et traitée ou un terrain à risque justifient donc une prescription prudente.
- les autres: les hypotensions artérielles, les effets anticholinergiques (sécheresse de bouche, mydriase, la constipation, la dysurie), une discrète hyperthermie, des troubles de l'activité sexuelle, l'hyperprolactinémie, la prise de poids.
- cardiaques: allongement de l'espace QT avec des conséquences potentiellement graves  
L'AFSAPPS a publié la liste de 12 neuroleptiques qui présentent un risque d'allongement du QT et/ou de torsade de pointe, parmi lesquels figurent le chlorpromazine (Largactil®), le cyamémazine (Tercian®), la lévomépromazine (Nozinan®), la tioridazine (Melleril®), le droperidol (Droleptan®), l'halopéridol (Haldol®). La loxapine ne fait pas partie de cette liste.
- cutanés et oculaires : photosensibilisation
- hématologiques: discrète leucopénie avec lymphocytose relative sont fréquents.  
D'exceptionnels cas d'agranulocytoses gravissimes ont été rapportés avec la clozapine.
- digestifs : occlusions par atonie intestinale et hépatites toxiques.
- le classique syndrome malin des neuroleptiques : rare (0,1 %), mais grave, il associe une hyperthermie sans cause retrouvée, des sueurs profuses, une pâleur, une hypertonie extrapyramidale importante, une hébétude, des signes de déshydratation, une hypotension, une tachycardie, puis au bout de 48 heures, si le traitement n'a pas été interrompu, des troubles de la vigilance apparaissent associés à des troubles cardio-vasculaires et respiratoires. La prise en charge doit se faire en réanimation.

Les antipsychotiques ont les mêmes effets secondaires mais leurs incidences sont moindres dans la majorité des cas.

#### *b) Les benzodiazépines*

On distingue :

- les troubles cardio-vasculaires qui sont la bradycardie (mais aussi, la tachycardie) et l'hypotension artérielle.
- sur le plan respiratoire, en cas de surdosage, on observe une dépression respiratoire avec hypoxie et bradypnée voire un arrêt respiratoire. Ce risque est majoré lors de l'association avec des médicaments dépresseurs du système nerveux central (dérivés morphiniques, autres benzodiazépines, barbituriques, anti- dépresseurs sédatifs, anti-hypertenseurs centraux).
- des manifestations neurologiques allant d'une ébriété, ataxie, confusion, dépression, somnolence (surtout chez les patients âgés) jusqu'à l'agitation paradoxale. Des phénomènes de désinhibition avec comportements paradoxaux et propos incohérents, accompagnés d'une amnésie antérograde peuvent apparaître.

Une étude montre que le midazolam, utilisé par voie intra-nasale induit nettement moins d'effets secondaires à doses équivalentes que s'il est utilisé par voie intra-veineuse.

## I.5) Quelles sont les recommandations officielles ?

### *I.5.1) La 9<sup>ème</sup> conférence de consensus décembre 2002 : l'agitation en urgence (42)*

#### *1.5.1.1) Les explorations à réaliser en urgence*

Les examens systématiques (inclus dans l'examen clinique) sont une glycémie capillaire et une saturation artérielle en oxygène.

En ce qui concerne les autres examens, aucune stratégie de prescription n'est validée à ce jour. L'âge, l'anamnèse et la clinique orienteront les examens complémentaires.

#### *1.5.1.2) L'approche relationnelle*

Elle est obligatoire et nécessaire tout au long de la prise en charge.

Elle est encadrée par la circulaire du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'encadrement des situations de violence.

#### *1.5.1.3) La contention*

La contention physique reste une mesure d'exception, temporaire, qui doit toujours être associée à une prescription médicamenteuse.

Il doit y avoir une prescription médicale immédiate ou différée.

La technique de contention est décrite ci dessus (cf chapitre Prise en charge thérapeutique la contention).

#### *1.5.1.4) Le traitement médicamenteux*

Il est souhaitable d'utiliser un nombre restreint de molécules que l'on maîtrise bien, en évitant des associations complexes et en privilégiant la voie orale.

Aucune étude de niveau de preuve élevé ne permet la comparaison des molécules entre elles dans les situations cliniques autres que psychiatriques.

Le traitement est étiologique quand il existe une cause somatique et un traitement curatif. La prise en charge de l'ivresse aiguë et de son sevrage a fait l'objet d'une conférence de consensus qui préconise l'utilisation des benzodiazépines. De même, les benzodiazépines sont recommandées dans les agitations liées à une intoxication aiguë à la cocaïne.

Selon l'actualisation de la conférence de consensus concernant les intoxications éthyliques aiguës, le dropéridol n'est plus cité, la place prépondérante est occupée par les benzodiazépines (diazépam et chlorazépate) et peut s'y ajouter, en cas d'effet insuffisant, l'halopéridol (10).

On préférera les neuroleptiques dans les indications suivantes :

- agitation chez un patient ayant un trouble bipolaire: antipsychotique (loxapine) et/ou benzodiazépine (lorazépam)
- états d'agitation au cours des démences : rispéridone ou autre anti-psychotiques
- agitation du sujet âgé : les anti-psychotiques sont indiqués en première intention (rispéridone et loxapine).

Dans les autres situations et en particulier lorsque l'étiologie de l'agitation n'est pas déterminée, il semble que la loxapine fasse l'unanimité des professionnels. Elle est le plus souvent associée à une benzodiazépine qui a pour avantage de diminuer les effets secondaires des neuroleptiques.

L'association permet également de diminuer les posologies des 2 molécules.

Les experts précisent que la thérapeutique la plus sûre reste la benzodiazépine. Le choix de la molécule reste donc entier au prescripteur...

#### *1.5.1.5) Le recours aux forces de l'ordre*

S'il est impossible d'approcher le patient, l'administrateur de garde peut être sollicité par le médecin et le cadre infirmier pour avoir recours aux forces de l'ordre (circulaire du 15 décembre 2000), sur la base d'un protocole élaboré entre l'établissement hospitalier et la police.

#### *1.5.1.6) La surveillance*

Les recommandations sont floues.

Pour le patient n'ayant pas reçu de traitement médical : il est spécifié que lorsque l'agitation a été contrôlée, le patient doit être mis à l'écart au calme et avoir une surveillance clinique rapprochée toutes les 15 minutes.

Si le patient a reçu un traitement médical, les modalités de surveillance dépendent de la nature des anomalies cliniques observées et sont laissées à l'appréciation de chacun.

Si le patient a reçu une sédation susceptible de compromettre la fonction ventilatoire, il doit être transféré en milieu de soins intensifs. Les modalités de surveillance consistent au minimum en une surveillance « continue » des signes vitaux (pression artérielle, fréquence cardiaque et respiratoire, oxymétrie de pouls, monitoring cardiaque et score de Glasgow).

Le recours à la contention physique implique systématiquement l'ouverture d'une fiche de surveillance de mise sous contention. Le patient ne doit, en aucun cas, être isolé et/ou enfermé.

La surveillance sous contention est stricte (surveillance des sangles, hydratation, nourriture, besoins naturels). Il doit y avoir une surveillance régulière des paramètres vitaux, vérification des sangles et de l'état cutané tous les quarts d'heure, en surveillant l'apparition d'un effet garrot, le patient ne doit pas pouvoir se détacher.

En cas de sédation, le relevé des paramètres vitaux est effectué toutes les demi-heures au minimum et doit apparaître dans la fiche de surveillance, qui fait partie du dossier médical.

Un examen clinique s'effectue au terme de la surveillance hospitalière et précède la sortie du patient.

#### *1.5.1.7) La structure d'accueil*

Le service d'urgence doit être en mesure de fournir un espace calme ayant un accès ouvert et avoir un personnel à proximité en nombre suffisant (5 personnes).

Un protocole doit avoir été établi au préalable (un coordinateur est désigné et le circuit du patient a été défini à l'avance).

#### *1.5.1.8) Le psychiatre*

Il doit pouvoir intervenir 24 h sur 24, à la demande du médecin urgentiste.

### *1.5.2) The expert consensus guidelines series(USA)(42)*

#### *1.5.2.1) De quel type de recommandations s'agit-il ?*

Ce texte est une série de recommandations faites par un groupe de 50 experts (regroupant des membres de l'Association Américaine d'urgences psychiatriques, ainsi que des auteurs ayant publié sur les urgences psychiatriques et la psychopharmacologie).

Il a été publié en mai 2001.

Il s'agit plus d'une synthèse de leurs opinions respectives que de recommandations collégiales: une série de 61 questions a été posée à 52 experts à propos des éléments clés des troubles aigus du comportement.

Ces recommandations s'adressent d'abord aux cliniciens psychiatres, puis s'étendent aux praticiens qui prennent en charge les patients agités.

Il s'agit de recommandations précises, qui détaillent la prise en charge des différents cadres étiologiques, ainsi qu'une hiérarchisation des prescriptions médicales en fonction des niveaux de preuves obtenus dans les différentes études.

### *1.5.2.2) Evaluations médicale et paramédicale initiales*

Les experts distinguent :

- d'une part l'évaluation d'un **patient dont l'agitation semble liée à une pathologie psychiatrique :**

Evaluation des signes vitaux ( non précisés )

Inspection du patient

Recherches des antécédents

Screening des toxiques

Mini mental State

Evaluer l'éventualité d'une grossesse chez toutes les femmes en âge de procréer.

Il n'y a alors pas lieu de faire un électrocardiogramme ou un examen radiotomographique en l'absence de points d'appel.

- d'autre part l'évaluation d'un **patient dont l'étiologie semble organique :**

Evaluation des signes vitaux

Interroger les témoins et - ou l'entourage du patient

Parler au patient

Inspection du patient

Vérifier les éventuels passages antérieurs du patient dans le service d'urgence

Saturation en oxygène, glycémie capillaire, screening des toxiques

Si c'est possible un examen clinique méthodique, si non contention

Administration d'une médication parentérale

examen méthodique

+/- examens paramédicaux en fonction de la clinique

Un traitement par voie orale est ensuite proposé au patient.

- ainsi que l'évaluation d'un **patient dont l'agitation semble liée à de l'alcool ou une autre substance toxique**

Evaluation des signes vitaux

Parler au patient

Interroger les proches ou les témoins

Faire un screening des toxiques

Evaluer le degré d'alcool expiré

Inspection

### *1.5.2.3) La prise en charge relationnelle*

Chez un patient imminemment violent, il faut:

- d'abord s'entretenir avec le patient
- lui proposer une médication par voie orale volontaire
- lui montrer le potentiel physique qui peut potentiellement intervenir
- lui offrir à boire et à manger ou toute autre assistance
- et l'isoler en fermant la porte

Selon les experts, il n'y a pas lieu dans 80 % des cas d'utiliser des drogues parentérales ou la contention.

### *1.5.2.4) La contention*

Il semble que contrairement aux britanniques, la contention soit en première ligne de traitement de l'agitation aux Etats-Unis (OP 57).

Si celle-ci semble efficace, et qu'il existe une amélioration, il ne faut pas utiliser de traitement médical parentéral, mais un traitement par voie orale seulement si besoin.

Si l'amélioration sous contention physique est insuffisante, un traitement parentéral est mis en place.

Il faut réévaluer l'indication de la contention physique au bout d'une heure (au maximum au bout de 2 heures).

### *1.5.2.5) Le traitement médical*

Le choix de la thérapeutique est largement détaillé. Il existe cinq tableaux regroupant les molécules adaptées (en distinguant le premier et le deuxième choix) en fonction de différentes situations rencontrées.

- L'agitation est d'origine psychiatrique
- L'agitation est d'origine organique ou inconnue
- Il s'agit d'une première manifestation psychiatrique
- Le patient agité présente des problèmes médicaux associés (ex : grossesse, problème cardiaque ...)
- Stratégie de deuxième intention après l'échec de la première intention .

Ces différents tableaux sont présentés en annexe.

Avant toute prescription d'un traitement médical il faut s'assurer, dans la mesure du possible, de l'absence d'allergie médicamenteuse, de contre-indications aux molécules. Il faut rechercher une prise associée de toxique qui pourrait interagir et traiter si possible l'étiologie de l'agitation.

Les experts préfèrent la prise du traitement par voie orale si possible (formes liquides concentrées ou vélotab), sinon par voie parentérale (intra-musculaire essentiellement).

En effet ils rapportent les limites de la voie intra-musculaire :

- risque d'effets secondaires
- le traumatisme mental et physique infligé au patient
- cela compromet la future relation médecin malade
- le risque possible de contamination par l'aiguille
- la compliance à long terme

Le tableau IX reprend les molécules en fonction des étiologies, ainsi que le traitement de première ligne (puis alternatif) oral puis parentéral.

Tableau n°IX : Molécules utilisées en fonction des étiologies

QuickTime™ et un  
décompresseur TIFF (LZW)  
sont requis pour visionner cette image.

En résumé :

- en cas d'agitation liée à une origine psychiatrique, on préférera des benzodiazépines seules ou des antipsychotiques conventionnels ou atypiques seuls ou associés en cas d'utilisation de la voie parentérale.

En alternative à ses molécules, on peut utiliser le dropéridol seul.

- en cas d'agitation liée à une étiologie organique, on préférera les benzodiazépines ou les antipsychotiques seuls ou associés, ou le rispéridone seul. Il n'y a pas de recommandations de première ligne.

#### *1.5.2.6) Surveillance*

Les experts interrogés considèrent qu'une surveillance continue (scope + vidéo) est nécessaire pendant le période de contention physique.

Ils estiment qu'un passage tous les 15 minutes est raisonnable (au maximum toutes les demi-heures).

*I.5.2.7) Schéma global pour la prise en charge du patient agité*

Schéma n° 1 :Schéma global de la prise en charge selon Expert Consensus guideline Series  
(USA)

QuickTime™ et un  
décompresseur TIFF (LZW)  
sont requis pour visionner cette image.

## II) ANALYSE DES PRATIQUES AU CHU D'ANGERS

### II.1) Buts

Les buts de ce travail sont :

- de préciser les caractéristiques épidémiologiques des patients agités en terme d'incidence, de sexe, d'âge, d'antécédents et la cause de l'agitation.
- de comparer la prise en charge réalisée en pratique courante dans le service des Urgences du CHU d'Angers avec les recommandations de la conférence de consensus de 2002.

### II.2) Méthode

#### *II.2.1) Type d'étude*

Cette étude est une analyse des pratiques, prospective et monocentrique.

Elle est réalisée du 1<sup>er</sup> mars 2005 au 31 août 2005 dans le service des Urgences du CHU d'Angers.

#### *II.2.2) Critères d'inclusion :*

Sont inclus tous les patients admis pour état d'agitation ou développant une agitation au cours de leur séjour aux urgences.

- soit le patient est inclus en temps réel par l'équipe médicale le prenant en charge
- soit le patient est inclus dans un deuxième temps, à la relecture des dossiers des patients admis aux urgences dont le motif d'entrée est trouble du comportement et/ou agressivité selon la codification réalisée par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO).

#### *II.2.3) Recueil des données :*

La fiche d'évaluation utilisée est mentionnée en annexe 1.

Les éléments étudiés sont :

- les renseignements administratifs : identité, âge, structure d'accueil,
- mode de transport, présence des forces de l'ordre
- circonstances déclenchantes
- antécédents, traitements
- examen clinique (constantes vitales, signes fonctionnels et physiques)
- examens complémentaires
- conséquences de l'agitation
- traitement reçu (prise en charge relationnelle, contention, thérapeutique)
- surveillance
- orientation du patient
- étiologie de l'agitation

### *II.2.3) Méthode d'analyse*

Une analyse descriptive des paramètres épidémiologiques avec calcul des moyennes, écart-type, médiane a été réalisée à l'aide du logiciel Excel (Microsoft).

## II.3) Résultats

### *II.3.1) Analyse de la population*

#### *II.3.1.1) Incidences , répartition selon l'âge et le sexe.*

Sur la période étudiée, 83 patients ont été inclus dont 3 à deux reprises, 42 en temps réel et 41 à la relecture des dossiers.

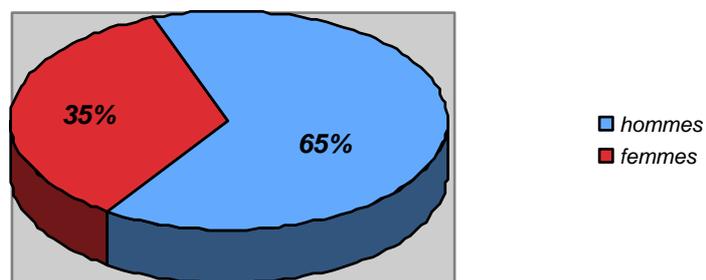
L'incidence des états d'agitation correspond pour cette période à 3,8 patients pour 1000 admissions dans le Service d'Accueil des Urgences : 6,9 ‰ dans le secteur médical et 0,2 ‰ dans le secteur chirurgical.

L'âge moyen est de 41,8 ans avec un écart type à 18,9 et une médiane à 37 ans. Les âges extrêmes s'étendent de 15 à 90 ans .

Il s'agit de 54 hommes (65,1%) et 29 femmes (34,1%) (figure n°1).

Figure n°1 :Répartition Hommes/Femmes

#### **répartition homme/femme**



### II.3.1.2) Le code d'entrée IAO

Le motif d'admission selon la codification de l'IAO est :

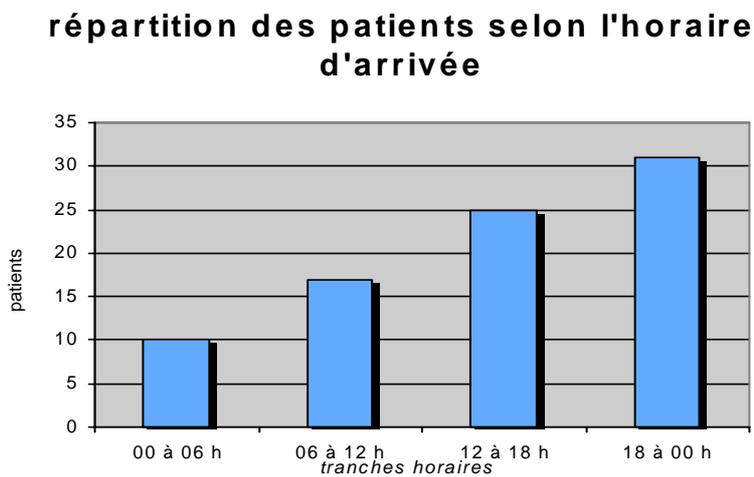
- troubles comportements (227) dans 49 cas
- agressivité (114) dans 6 cas
- autre motif : 9 cas

Cette donnée est manquante dans 20 dossiers.

### II.3.1.3) Répartition selon l'heure d'arrivée

La répartition des horaires d'admissions de ces patients est mentionnée dans la figure 2

Figure n°2 : Répartition des patients selon l'heure d'arrivée

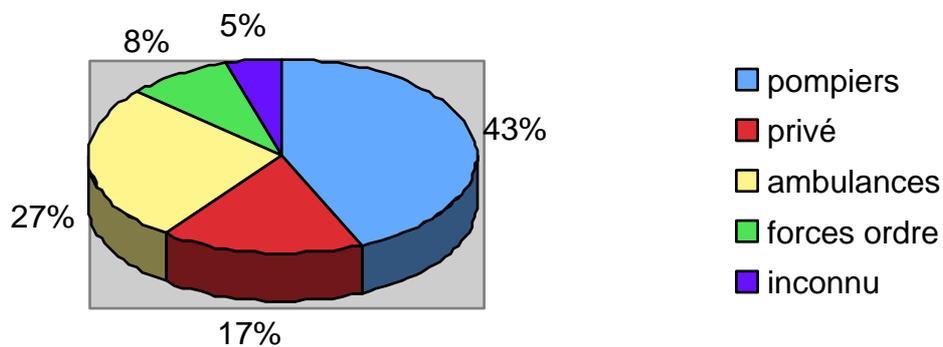


### II.3.1.4) Mode de transport aux urgences

Le mode de transport vers les urgences est connu pour 79 patients et manque dans 4 cas (figure 3).

Figure n°3 : Mode de transport au SAU

#### mode de transport au SAU



### II.3.1.5) Les antécédents

Les antécédents sont détaillés dans le tableau VIII

Tableau n°VIII :Fréquence des antécédents.

ANTECEDENTS		Données renseignées	Données manquantes
Episode d'agitation antérieure	28	42	41
Episode de violence antérieure	20	40	43
Toxicomanie	7	45	38
Alcoolisme chronique	26	53	30
Démence	8	57	26
Mesure de Protection Juridique	6	49	34
Suivi psychiatrique	33	62	21
Suivi cardiologique	4	46	37
Insuffisance rénale	2	45	38
Insuffisance hépatique	1	45	38
Suivi neurologique	9	44	39

### II.3.1.6) Le traitement habituel

Les traitements habituels des patients sont détaillés dans le tableau IX.

Tableau n°IX :Fréquence des traitements

TRAITEMENTS	OUI		NON	NE SAIT PAS	PAS DE REPONSE
	N	(%)			
connu du patient	39	<b>67,2</b>	19	0	25
anticoagulant	2	<b>3,3</b>	58	22	1
antidépresseurs	13	<b>21,6</b>	47	22	1
neuroleptiques	15	<b>25,4</b>	44	23	1
benzodiazépines	19	<b>32,2</b>	40	23	1
carbamates	6	<b>10,3</b>	52	24	1

### II.3.2) Les facteurs déclenchants de l'agitation

- dans 30 dossiers, une prise de toxique (alcool, cannabis, 1datura, médicament) est mentionnée.
  - dans 5 dossiers, des événements extérieurs au patient (deuil, séparation, crise conjugale) sont mentionnés.
  - dans 6 dossiers, des traumatismes physiques (accident de la voie publique et traumatisme crânien) sont mentionnés.
  - dans 2 dossiers, une rixe est mentionnée.
  - dans 17 dossiers, d'autres facteurs déclenchants (dont 1 retour de voyage à l'étranger, 2 ruptures thérapeutiques, 2 convulsions, 1 placement en maison de retraite, 1 interpellation par la police) sont mentionnés.
  - dans 16 dossiers, aucun facteur déclenchant n'est mentionné à l'admission.
- cette donnée est manquante dans 7 dossiers

### II.3.3) L'examen clinique

#### II.3.3.1) Les signes fonctionnels et physiques

L'examen clinique est détaillé dans le tableau X.

Tableau n°X : Fréquence des signes fonctionnels ou physiques

SIGNES FONCTIONNELS OU PHYSIQUES	OUI	NON	PAS DE REPONSE
Odeur oenologique de l'haleine	29	46	8
Menaces ( verbales et physiques)	27	48	8
Injection conjonctivale	22	53	8
Eléments délirants	17	58	8
Véllités suicidaires	15	60	8
Signe de traumatisme crânien	8	67	8
Douleur	7	68	8
Signes de traumatismes autres	6	69	8
Déficit neurologique focal	4	71	8
Confusion	4	71	9

#### II.3.3.2) Les constantes vitales

- la Pression Artérielle (TA) initiale :

Elle est mentionnée dans 59 dossiers (72,3%) :

- normale (TA systolique entre 100 et 140 mmHg) dans 47 dossiers
- basse (TA systolique inférieure à 100 mmHg) dans 1 dossier
- haute (TA systolique supérieure à 140 mmHg) dans 11 dossiers

- la Fréquence Cardiaque (FC) initiale :

est mentionnée dans 52 dossiers (62,6%)

- elle est normale (entre 80 et 99 / mn) dans 27 dossiers
- elle est élevée (plus de 100 / mn) dans 25 dossiers

- la température initiale

est mentionnée dans 47 dossiers (56,6%)

- elle est normale (entre 36,5 et 37,9°C) dans 41 dossiers
- elle est élevée (plus de 38 °C) dans 5 dossiers
- elle est basse (moins de 36,5°C) dans 1 dossier

- la Saturation en Oxygène (SAO2) initiale

est mentionnée dans 39 dossiers (soit 47%), elle est toujours normale ( entre 90 et 100%)

- la Fréquence Respiratoire (FR) initiale est mentionnée dans 14 dossiers
  - elle est normale ( entre 15 et 19/mn ) dans 5 dossiers
  - elle est basse ( inférieure à 15/mn) dans 3 dossiers
  - elle est élevée ( plus de 20/mn) dans 6 dossiers
- le poids apparaît dans 30 dossiers

#### *II.3.4) Les examens paracliniques*

##### *II.3.4.1) La biologie*

###### *a) La glycémie, le ionogramme sanguin*

la glycémie capillaire est renseignée dans 42 dossiers (50,6%).  
 une glycémie est disponible sur le ionogramme sanguin chez 19 patients des 41 patients qui n'ont pas eu de glycémies capillaires. Parmi les résultats aucune hypoglycémie n'apparaît.  
 un ionogramme sanguin était présent dans 56 dossiers (67,4%)

###### *b) Les recherches de toxiques*

- Une **éthanolémie** était présente dans 41 dossiers.
- Une **recherche des toxiques dans le sang** était présente dans 19 dossiers.
- Une **recherche des toxiques dans les urines** était présente dans 7 dossiers .

###### *c) Les autres examens biologiques*

- **Ponction lombaire**: 1 dossier.
- **Numération Formule Sanguine Plaquettes** : 8 dossiers
- **Taux de Prothrombine** : 4 dossiers
- **Bandelette Urinaire et/ou Examen CytoBactériologique des Urines** : 4 dossiers
- **Bilan Hépatique** dans 3 dossiers
- **CRP** :3 dossiers
- **Hémocultures** : 2 dossiers
- **Carboxyhémoglobinémie** :1 dossier
- **TSH** : 1 dossier
- **Calcémie** :1 dossier
- **BHCG** : 1 dossier

##### *II.3.4.2) L'électrocardiogramme*

- Electrocardiogramme : 35 dossiers

### *II.3.4.3) Les examens radiologiques*

- **Tomodensitométrie** : 10 dossiers .

### *II.3.5) Prise en charge thérapeutique*

#### *II.3.5.1) Contention physique*

- 62 patients ont eu une contention physique , 12 patients n'en ont pas eu, cette donnée est manquante dans 9 dossiers
- 42 mentionnent la prescription médicale écrite de la contention (cette donnée est manquante dans 7 dossiers)
- 14 mentionnent le nombre d'intervenants présents lors de la contention (en moyenne 6,5)
- la durée de contention est mentionnée dans 19 dossiers (extrêmes allant de 10 minutes à 20 heures 30 minutes), et la durée moyenne de contention est de 7 heures 50 minutes.

#### *II.3.5.2) Le traitement médical*

##### *a) Traitement de première intention*

La figure 4 reprend les traitements de première intention.

- 68 patients ont reçu un traitement médical, 10 n'en ont pas eu et cette donnée est manquante dans 5 dossiers.

##### *a.1) 37 patients ont reçu des neuroleptiques seuls :*

- 22 patients ont reçu une injection intramusculaire de LOXAPAC® (avec une moyenne de 2,1 ampoules)
- 7 patients ont reçu du LOXAPAC® par voie orale (avec une moyenne de 1,8 ampoules)
- 6 patients ont reçu du TERCIAN par voie orale (avec une moyenne de 30 gouttes)
- 1 patient a reçu de l'HALDOL par voie orale (15 gouttes d'HALDOL Fort)
- 1 patient a reçu du DIPIPERON par voie orale

##### *a.2) 20 patients ont reçu des benzodiazépines seules*

- 4 patients ont reçu du SERESTA 50 par voie orale (avec une moyenne de 1 cp)
- 4 patients ont reçu de l'HYPNOVEL par injection intra-veineuse lente (avec une moyenne de 2,25 mg)
- 2 patients ont reçu de l'HYPNOVEL par voie intra-nasale (avec une moyenne de 2 mg)
- 3 patients ont reçu de l'HYPNOVEL par voie intra-veineuse, en titration (moyenne de la dose totale de 9,3 mg)
- 2 patients ont reçu du TRANXÈNE en injection intra-veineuse lente (avec en moyenne 15 mg)
- 1 patient a reçu du TRANXENE® par voie intra musculaire (50 mg)
- 1 patient a reçu du RIVOTRIL® par voie intra-veineuse (1 mg)
- 1 patients a reçu du XANAX 0,5 ®par voie orale (1 cp)

a.3) 1 patient a reçu un autre traitement

-1 patient a reçu du NARCAN® (dose non précisée)

a.4) 9 patients ont reçu l'association d'un neuroleptique et d'une benzodiazépine

-4 patients ont reçu l'association LOXAPAC® IM et HYPNOVEL® IV

-2 patients ont reçu l'association LOXAPAC® PO et HYPNOVEL® IV

-1 patient a reçu l'association LOXAPAC® IM et HYPNOVEL® IN

-1 patient a reçu l'association LOXAPAC® PO et SERESTA® PO

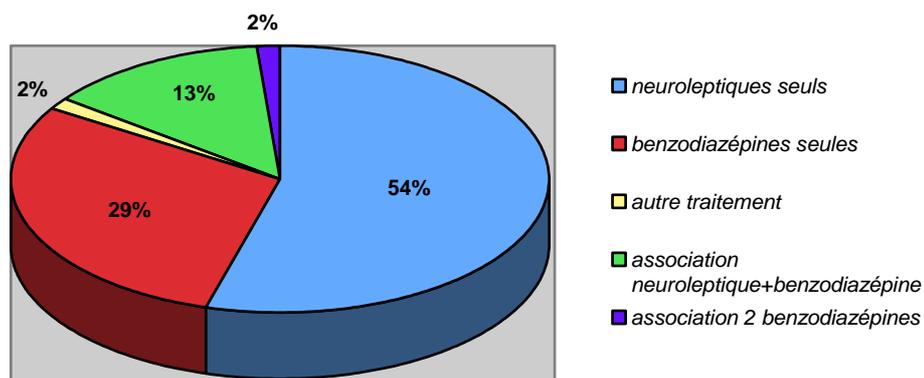
-1 patient a reçu l'association LOXAPAC® PO et TEMESTA® PO

a.5) 1 patient a reçu l'association de 2 benzodiazépines

1 patient a reçu l'association SERESTA® PO et HYPNOVEL® IN

Figure n°4 : Répartition des traitements de première intention

### Répartition des traitements de première intention



*b) Traitement de deuxième intention*

-12 patients ont eu l'adjonction d'un deuxième traitement pour la prise en charge de l'agitation

*b.1 ) 4 patients ayant reçu une benzodiazépine ont eu à nouveau une benzodiazépine*

*b.2) 4 patients ayant reçu initialement un neuroleptique ont reçu à nouveau un neuroleptique*

*b.3) 2 patients ayant initialement reçu une benzodiazépine ont reçu un neuroleptique dans un deuxième temps*

*b.4) 2 patients ayant initialement reçu des neuroleptiques ont reçu des benzodiazépines dans un deuxième temps*

*c) Traitement en fonction des étiologies*

Tableau XI : Fréquence des traitements en fonction des étiologies.

Etiologies Traitements	Pas de traitement	Benzodiazépine seule	Neuroleptique seul	Association Neuroleptique et benzodiazépine	autres	Traitement inconnu
toxiques	4	10	10	2	0	4
Médicales autres	1	3	1	3	1	0
psychiatriques	2	8	18	3	0	2
inconnues	0	1	7	2	0	0

*II.3.5.3) La prise en charge relationnelle.*

- 68 patients ont eu une prise en charge relationnelle, cette donnée est manquante dans 11 dossiers.

- 44 des 68 patients ont été pris en charge par l'infirmière psychiatrique aux urgences, 20 ne l'ont pas été, cette donnée est manquante dans 19 dossiers.

- 14 des 68 patients ont été pris en charge par le psychiatre, cette donnée est manquante dans 17 dossiers.

### *II.3.6) La surveillance.*

- 41 patients ont eu au moins une réévaluation d'une des constantes vitales et/ou du degré de l'agitation notée sur le dossier

- dans 42 dossiers, aucune réévaluation des constantes ou de l'intensité de l'agitation n'apparaît dans le recueil des données

#### *II.3.6.1) Réévaluation de l'intensité de l'agitation.*

- dans 30 dossiers, l'échelle de Richards est évaluée au moins à 2 reprises.

Quand elle est évaluée régulièrement, elle l'est en moyenne 3,6 fois.

#### *II.3.6.2) Réévaluation de la tension artérielle*

30 dossiers, la TA a été notée dans le dossier au moins à deux reprises:

elle est notée 1 fois dans 10 dossiers

elle est notée 2 fois dans 17 dossiers

elle est notée 3 fois dans 3 dossiers

elle est notée 4 fois dans 5 dossiers

elle est notée 5 fois dans 1 dossier

elle est notée 6 fois dans 2 dossiers

elle est notée 7 fois dans 2 dossiers

la durée moyenne entre 2 prises de TA est de 2 h 30.

#### *II.3.6.3) Réévaluation de la fréquence cardiaque*

- Dans 32 dossiers la FC est réévaluée au moins 1 fois :

elle est réévaluée 1 fois dans 20 dossiers

elle est réévaluée 2 fois dans 5 dossiers

elle est réévaluée 3 fois dans 3 dossiers

elle est réévaluée 4 fois dans 1 dossier

elle est réévaluée 5 fois dans 6 dossiers

#### *II.3.6.4) Réévaluation de la température*

- Dans 8 dossiers, la réévaluation de la température apparaît.

### II.3.6.5) Réévaluation du score de Glasgow

- Dans 14 dossiers la réévaluation du score de Glasgow apparaît.

### II.3.6.6) Réévaluation de la saturation en oxygène

- Dans 19 dossiers la réévaluation de la saturation apparaît.

### II.3.6.6) Effet secondaire des traitements

Il a été noté une chute de la Tension Artérielle Systolique de 270 à 140 mmHg chez un patient présentant une alcoolisation aigüe avec agitation ayant reçu 100 mg de LOXAPAC® par voie intramusculaire, la tension artérielle s'est maintenue par la suite.

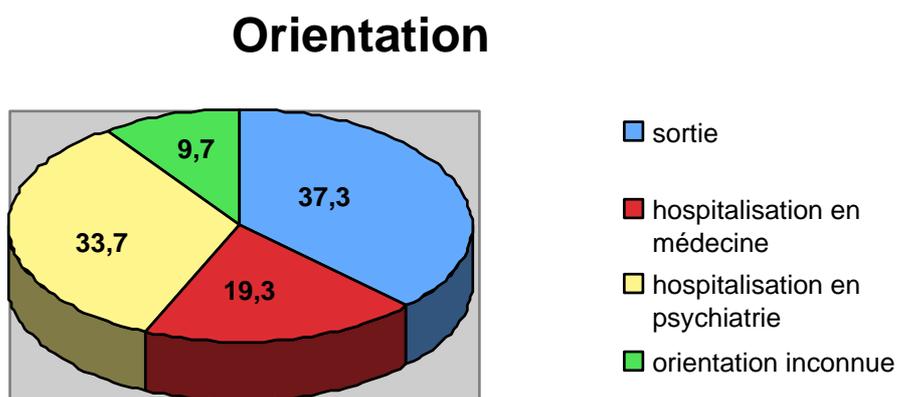
Il n'a été noté aucun effet secondaire du traitement

### II.3.7) Orientation des patients après sédation.

Parmi les 83 patients :

- 31 sont sortis (28 sorties simples, 2 certificats de non hospitalisation, 1 sortie contre avis médical), 13 rendez-vous (psychiatre ou médecins généralistes) sont notés dans le dossier.
- 44 ont été hospitalisés :
  - 28 en psychiatrie (16 hospitalisations à la demande d'un tiers, 10 hospitalisations libres, 2 hospitalisations d'office).
  - 16 sur le CHU (14 en médecine, 1 en alcoologie, 1 en réanimation)
  - dans 8 dossiers, cette donnée est manquante

Figure 5 : Orientation des patients



### II.3.8) Etiologies de l'agitation.

Sont distinguées les étiologies médicales (incluant les intoxications alcooliques aiguës et d'autres toxiques) et les étiologies d'origine psychiatrique (incluant les prises de toxique dans un but suicidaire).

Les étiologies médicales : 39

- prise de toxiques : 30
- infection urinaire : 2
- pneumopathies : 2
- suspicion encéphalopathie hypertensive : 1
- hémorragie cérébro-méningée : 1
- épilepsie : 1
- démence : 1
- intolérance à la morphine : 1

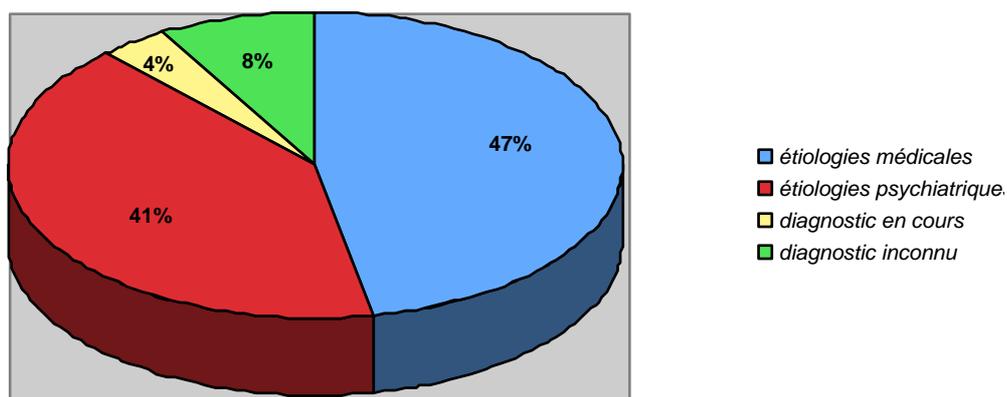
Les étiologies psychiatriques : 34

- diagnostic psychiatrique non précisé : 16
- syndrome dépressif ,tentative de suicide : 10
- trouble de la personnalité : 3
- psychose : 3
- décompensation d'une psychose maniaco-dépressive : 1
- bouffée délirante aiguë : 1

Les diagnostics non précisés et démarches en cours : 10

Figure n°6 Répartition des patients selon l'étiologie

#### Répartition selon les étiologies



## II.4) Discussion

### *II.4.1) La population*

#### *II.4.1.1) Incidence*

L'incidence des états d'agitation, dans notre étude, est de 6,9 pour 1000 admissions. Cette incidence est probablement sous estimée.

La moitié des patients a été incluse rétrospectivement, en conséquence les états d'agitations apparus chez les patients admis pour un autre motif ne sont pas pris en compte.

L'inclusion des dossiers en temps réel est limitée par deux phénomènes :

- d'une part la désorganisation du fonctionnement du service engendrée par ces patients
- d'autre part la prise en charge d'une majorité de ces patients est faite par l'équipe médicale de garde qui ne participe pas aux études en cours dans le service des urgences (une grande majorité des admissions se fait entre 18 heures et 6 h)

Néanmoins, cette incidence correspond à celle des rares études publiées dans la littérature. Une même étude réalisée dans le Service d'Accueil des Urgences de Rouen en 1998 (1) a inclus 100 patients sur une période de 9 mois, ce qui correspond à une incidence de 5,6 pour 1000 admissions dans le secteur médical des urgences.

L'analyse de l'observatoire régional des Urgences de Midi-Pyrénées a trouvé en 2001, à partir du codage des dossiers des urgences (manifestation principale du séjour à l'accueil des urgences ou bien en tant que manifestation associée) 3604 dossiers ayant des manifestations d'agitation, ce qui correspond à 8 patients sur 1000 (3) admissions.

Aux Etats-Unis, entre janvier 1995 et janvier 1997, une étude à Sacramento en Californie dans le service des urgences (14) a recruté 259 patients agités, alors qu'il y a environ 65000 admissions par an, ce qui correspond à une incidence de 1,99 patients agités pour 1000 admissions.

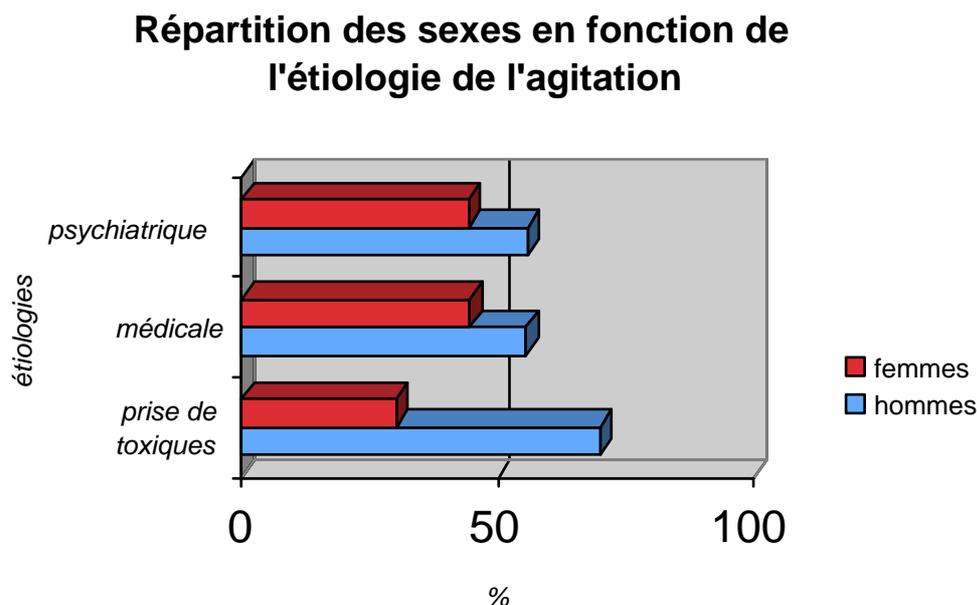
#### II.4.1.2) Répartition selon le sexe.

Il s'agit d'une population majoritairement masculine (65,1%), jeune (âge médian à 37 ans).

L'inégalité de répartition homme/femme est plus marquée pour les agitations liées aux prises de toxiques.

L'étude de Rouen (1) trouvait une répartition homme/femme plus égale, et une population également jeune (33 ans).

Figure n°7 : Répartition des sexes en fonction de l'étiologie de l'agitation



#### II.4.1.3) Le code IAO

On remarque que le code d'admission 114 réservé aux patients violents (priorité 1 = prise en charge devant être faite dans les 10 minutes) n'est utilisé que 6 fois alors que le code 227 réservé aux troubles du comportement (priorité 2 = prise en charge dans les vingt minutes) est utilisé 49 fois.

Le code 227 est un code très souvent utilisé dans la journée, peu spécifique.

Il faudrait donc pouvoir repérer dès l'admission, par la recherche des « facteurs prédictifs de passage à l'acte violent », les patients qui risquent de s'agiter parmi tous ceux cotés 227.

En effet, au moins un quart de notre population étudiée, avait un critère prédictif de passage à l'acte violent (tableau n°I).

Il n'existe pas de code propre aux patients agités qui demandent pourtant une prise en charge rapide. Il serait intéressant d'en créer un qui prendrait en compte les patients « agités non violents » en priorité 1.

Il existerait donc 3 types de codage :

- le patient violent (code 114)
- le patient agité non violent (code X , priorité 1)
- le patient présentant un trouble du comportement avec critères prédictifs de passage à l'acte violent (code Y, priorité 1)

#### *II.4.1.4) Les horaires d'admission*

Les admissions sont croissantes dans la journée avec un pic entre 18 heures et minuit, ce qui correspond à la période de garde et donc de diminution des effectifs par rapport à la journée.

La conférence de consensus recommande une équipe de 5 personnes pour la mise en place de la contention chez les agités, or, en période de sous effectif, il semble difficile qu'une grande partie de l'équipe médicale soit mobilisée par ses patients. Ceci renforce la difficulté de prise en charge de ces patients. Même si il est difficile de pallier au manque de moyen humain, une prise en charge standardisée (par le protocole du service), peut permettre de gérer ses situations « de crise » plus facilement.

#### *II.4.1.5) Les antécédents, les traitements*

Les antécédents médicaux ainsi que les traitements sont souvent mal connus du patient et du malade.

##### *a) les antécédents*

On sait que au moins 20 % de ces patients sont alcooliques chroniques et que au moins 40 % ont un suivi psychiatrique.

Les autres antécédents fréquents sont la toxicomanie, les troubles neurologiques et la démence.

##### *b) Traitements*

Dans plus de la moitié des cas le médecin ne connaît pas le traitement du patient lors de la prise en charge, d'où la nécessité d'utiliser des traitements ayant le moins de contre-indications et d'interactions possibles.

## II.4.2) *L'examen clinique*

### II.4.2.1) *Les signes fonctionnels et les signes physiques*

L'étude des signes cliniques amènent à plusieurs réflexions :

- les signes fonctionnels liés à l'intoxication alcoolique, et aux pathologies psychiatriques (éléments délirants et vellétés suicidaires) sont prépondérants ce qui correspond à la population étudiée.
- les patients, parallèlement à leur agitation, sont agressifs : les menaces verbales sont retrouvées chez au moins 1/3 des patients, et les menaces physiques chez un patient sur cinq.

Les éléments cliniques orientant vers une cause organique sont plus rares (déficit neurologique et confusion dans 5 % des cas) alors que les étiologies médicales sont plus fréquentes (11%). La clinique seule ne permet donc pas toujours de repérer chez ces patients une cause organique (autre qu'une intoxication médicamenteuse et alcoolique).

### II.4.2.2) *Les constantes vitales*

On constate que l'évaluation et le suivi des constantes vitales sont insuffisants par rapport aux recommandations faites par la conférence de consensus.

#### *a) L'évaluation initiale*

La Pression Artérielle initiale n'apparaît pas dans au moins un dossier sur 4

La Fréquence Cardiaque initiale n'apparaît pas dans plus d'un tiers des cas. La température n'apparaît pas dans presque un dossier sur 2 .

Alors que la saturation en oxygène est l'un des 2 examens paracliniques recommandés par la conférence de consensus (avec la glycémie capillaire), on constate qu'elle n'apparaît dans le dossier que dans moins de la moitié des cas

La fréquence respiratoire n'apparaît que dans 17 % des dossiers.

Le poids apparaît dans un peu plus d'un tiers des dossiers.

Le caractère rétrospectif d'une partie de l'étude est probablement la principale explication à ces données manquantes, la feuille de recueil des constantes n'étant pas toujours retrouvée dans le dossier des urgences lorsque le patient est hospitalisé.

Conserver un double de cette feuille de surveillance des constantes permettrait d'attester de la prise en charge réalisée.

*b) La surveillance*

La retranscription dans le dossier de la surveillance fait souvent défaut. Dans 1 dossier sur 2, ni les constantes vitales ni l'agitation ne sont réévaluées.

Il existe une limite à notre évaluation de la surveillance. Certains patients ont un monitoring continu de leurs paramètres vitaux et cet élément n'apparaissait pas dans notre recueil des données. Il est cependant peu probable que cela corresponde à la majorité des situations où ces données sont manquantes.

La surveillance doit apparaître dans le dossier médical, une impression des paramètres vitaux devrait être imprimée et consignée sur l'observation à la fin de la prise en charge.

De plus, la conférence de consensus précise qu'une fiche de contention doit être faite pour chaque patient contenu, dans laquelle la surveillance est consignée. Seule une fiche de contention a été placée dans un dossier (mais n'était pas remplie) alors que 62 patients au moins ont été contenus.

Dans la conférence de consensus, le rythme des surveillances (de la pression artérielle, de la température, des fréquences cardiaques et respiratoires) est donné à 30 minutes chez le patient contenu.

Dans notre étude, la moitié des patients a eu une surveillance tensionnelle. La durée moyenne entre deux prises de tension artérielle est de 2h30.

Aucun effet secondaire des médicaments n'a été relevé chez ces patients sur la période observée. On peut se demander si, en faisant une surveillance par monitoring en continu des constantes vitales chez tous les patients, on n'aurait pas eu des baisses de pression artérielle significatives plus fréquemment.

Sept patients sur huit n'ont pas eu de contrôle de leur température, or on sait que plus d'un patient sur deux a reçu des neuroleptiques. Le syndrome malin des neuroleptiques est un accident rare mais grave. Les premiers symptômes surviennent dans les 24-48 heures après l'administration du médicament et sont une élévation de la température, une hypotension, une tachycardie associées à des sueurs et une hébétude.

Ainsi par un examen clinique simple, régulier et précoce, un dépistage de cette complication est possible très rapidement.

La conférence de consensus (texte long) recommande que lorsqu'un patient reçoit un traitement susceptible de modifier son mode respiratoire (notamment les benzodiazépines), il soit placé en soins intensifs et surveillé. Ce dernier point semble excessif et difficilement réalisable, mais le monitoring des paramètres vitaux (rythme cardiaque, pression artérielle, fréquence respiratoire et saturation en oxygène) semble être l'alternative de choix, facilement réalisable techniquement, puisqu'un scope est présent dans toutes les chambres des urgences et de l'unité de courte hospitalisation.

### *II.4.3) Les examens complémentaires*

Dans plus d'un dossier sur quatre, les recommandations de la conférence de consensus concernant la prescription d'examen paraclinique ne sont pas respectées.

En effet, alors que la glycémie capillaire doit être un examen systématique, elle n'a été évaluée que dans 3 dossiers sur 4.

Un ionogramme sanguin a été fait dans au moins 67% des dossiers sans qu'aucune anomalie n'ait été trouvées.

Dans l'étude réalisée à Rouen, 85 % des patients avaient eu un ionogramme sanguin (7 dysnatrémies et 10 baisses de la réserve alcaline avaient été retrouvées) sans qu'aucune modification thérapeutique n'ait été faite.

On peut donc s'interroger sur l'intérêt des ionogrammes systématiques chez le patient agité. La conférence de consensus précise qu'aucun travail n'a validé une démarche de prescription d'examens paracliniques.

Les signes cliniques d'imprégnation alcoolique sont présents dans un dossier sur trois. L'éthanolémie est réalisée pour un patient agité sur deux. Cet examen est donc fait même s'il n'y a pas de signe d'appel clinique.

La conférence de consensus ne précise pas quand faire cet examen. Les études conduites jusqu'à présent (sur les recherches toxicologiques sanguines et urinaires) ont montré un faible impact sur la prise en charge thérapeutique.

Par ailleurs, l'actualisation de la conférence de consensus sur l'intoxication éthylique aigüe aux urgences (10) de 2001, recommande cet examen de façon systématique en cas de suspicion clinique d'alcoolisation (l'éthanolémie est d'ailleurs suffisante).

Il serait donc intéressant d'évaluer les impacts diagnostique et thérapeutique du ionogramme sanguin et de l'alcoolémie systématiques chez les agités dans une étude ultérieure.

Un électrocardiogramme a été fait chez 42% des patients alors que 67% ont reçu un neuroleptique. L'électrocardiogramme doit être réalisé à la recherche de contre-indications éventuelles. Cependant, le caractère d'urgence et l'agitation motrice, expliquent ce faible pourcentage. Il devra être fait après sédation.

On ne peut pas occulter les conséquences médico-légales lors de la prise en charge des patients agités, qui se fait souvent sans leur accord. Aussi, l'observation du patient, doit être la plus complète possible (prise des constantes initiales, glycémie capillaire, surveillance).

#### *II.4.4) La prise en charge thérapeutique*

##### *II.4.4.1) La prise en charge relationnelle*

-

La quasi-totalité des patients a « eu une prise en charge relationnelle », tout en sachant que ce terme est probablement très différent d'un médecin à l'autre et d'un infirmier à l'autre.

L'infirmière de l'UPAP est intervenue dans la prise en charge d'au moins un patient agité sur deux.

Le psychiatre est intervenu dans 17% des cas, ce qui est nettement moins fréquent que dans l'étude réalisée au CHU de Rouen où une consultation psychiatrique avait été demandée chez 66 % des patients agités. Le taux d'hospitalisation en psychiatrie était alors moindre (25% contre 37% dans notre étude) et le taux de sortie plus élevé (61% contre 33% dans notre étude).

L'intervention du psychiatre dans le service des urgences en cas d'agitation permet-elle de diminuer le nombre d'hospitalisations ?

La conférence de consensus dit que le médecin psychiatre doit être sollicité précocement sans préciser quand il doit intervenir.

##### *II.4.4.2) La contention*

Au moins 75 % des patients agités ont eu une contention physique.

La prescription écrite de la contention n'est retrouvée que dans 62% des dossiers médicaux. Il faut rappeler qu'il s'agit d'un acte médical à but thérapeutique, prescrit par le médecin, qui en assume les conséquences médico-légales. La contention physique ne doit pas être une pratique systématique dès qu'un patient s'agite.

Il est difficile d'évaluer le nombre d'intervenants pour la contention et la durée moyenne de contention étant donnée la fréquence des données manquantes pour cette question. Pourtant l'heure de début et de levée (partielle et totale) de la contention doivent être inscrites dans la fiche de contention.

La contention doit permettre d'attendre que la contention chimique soit efficace, or la durée moyenne trouvée est de 7 h30. La réévaluation de la contention doit être faite plus tôt. Les recommandations américaines recommandent une réévaluation de la nécessité de la contention entre 1 et 2 heures après sa mise en place. La conférence de consensus n'en fait pas état.

### *II.4.4.3) Le traitement médical*

#### *a) Le choix de la molécule*

Comme le recommande la conférence de consensus, la loxapine (78,3 %) est majoritairement utilisée. On constate que cette molécule est utilisée à une posologie inférieure que celle recommandée (en moyenne 125 mg contre 200 mg dans la conférence de consensus). On constate aussi le désintérêt des prescripteurs pour l'halopéridol (2,7 % des prescriptions).

Seuls 29,4 % des patients ont reçu une benzodiazépine seule. Le midazolam (45 %) est la benzodiazépine la plus prescrite.

Seuls 13,2% ont reçu l'association neuroleptique-benzodiazépine.

Chez les patients psychotiques c'est l'association d'un neuroleptique à une benzodiazépine qui s'avère être le traitement le plus efficace en terme de niveau de sédation (21). De plus, dans cette étude, dans le bras benzodiazépine-neuroleptique moins d'effets secondaires sont constatés que dans le bras neuroleptiques seuls. Pourtant nos prescripteurs semblent réticents à utiliser une association. La prise fréquente de toxiques chez nos patients, pouvant être à l'origine d'interactions complexes, peut expliquer en partie cette méfiance. La conférence de consensus précise d'ailleurs qu'il est souhaitable d'utiliser un nombre restreint de molécules que l'on connaît bien.

#### *b) le choix de la molécule en fonction de l'étiologie*

Contrairement aux recommandations de la conférence de consensus, les médecins ne privilégient pas l'utilisation des benzodiazépines en cas d'intoxication alcoolique : il y a autant de neuroleptiques que de benzodiazépines prescrits.

La benzodiazépine majoritairement utilisée est le midazolam par voie intra-veineuse.

On peut remarquer qu'aucun patient n'a reçu de midazolam par voie intra-musculaire. Même si ce n'est pas le cas pour le midazolam, on sait que la résorption des benzodiazépines par voie intra-musculaire est très variable d'un patient à l'autre. Ceci explique peut-être la réticence de nos prescripteurs à son utilisation.

L'utilisation d'un neuroleptique par voie intra-musculaire séduit donc le prescripteur, à la fois par son utilisation facile et aussi par son efficacité constante.

Seuls 4 patients ont eu une administration par voie intra-nasale de midazolam (50 % a eu besoin de complément de sédation). Cette voie semble intéressante, mais elle reste à évaluer.

Pour les étiologies autres que toxiques, il subsiste de nombreuses interrogations et il n'y a pas de molécules recommandées. Le choix semble s'orienter majoritairement vers les neuroleptiques.

Dans les étiologies psychiatriques : les neuroleptiques sont utilisés dans 60% des cas (seuls dans 54% et en association avec des benzodiazépines dans 6 % des cas). La conférence de consensus recommande l'utilisation des neuroleptiques atypiques de préférence.

Chez les patients déments 62% des patients ont reçu des neuroleptiques (seuls dans 37% et en association dans 25 % des cas).

Dans les agitations dont l'étiologie est inconnue, dans 90 % des cas les neuroleptiques ont été utilisés (seuls dans 70 % et en association dans 20 % des cas).

En France, une étude (HYPLOSE) doit comparer prochainement ces 2 classes thérapeutiques en comparant le midazolam et la loxapine, par voie intra-musculaire, chez les patients agités aux urgences (étude prospective, multicentrique, randomisée, double aveugle).

#### II.4.5 ) Analyse des étiologies et de l'orientation des agitations

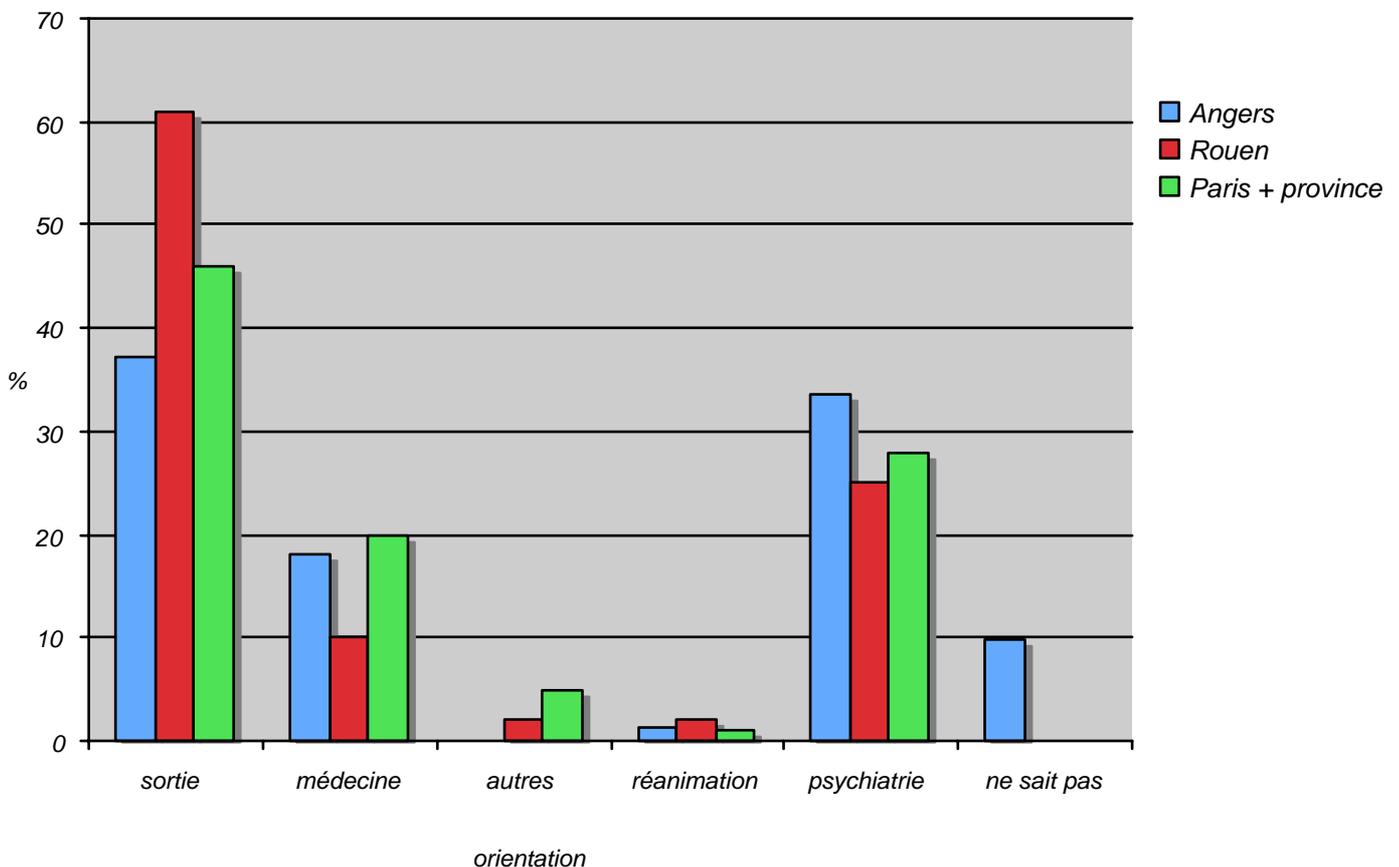
##### II.4.5.1) L'orientation des patients agités

Un tiers des patients est sorti, un deuxième tiers est hospitalisé en psychiatrie et 15 % des patients sont hospitalisés dans un service de médecine après leur prise en charge aux urgences.

Comparaison avec la littérature (Figure n°8)

Figure n°8 : Comparaison de l'orientation selon 4 études

### Comparaison de l'orientation des patients agités selon 4 études



Dans notre étude, les patients qui sont adressés aux urgences pour un état d'agitation sont plus souvent hospitalisés en psychiatrie et sortent moins que dans les autres études de la littérature. Dans l'étude de F.Moritz, on constate que les patients rentrent beaucoup plus souvent à leur domicile (71%) et sont moins hospitalisés en psychiatrie. La proportion des hospitalisations en médecine est la même.

De même, selon l'étude rétrospective multicentrique réalisée en 1995 dans cinq SAU parisiens et de province, par Bultel(43), les patients sortent plus (presque la moitié) et les hospitalisations en psychiatrie sont moins fréquentes (18 %).

Dans l'étude américaine de Richards (16) dans un service d'urgence d'un hôpital public à Sacramento, les patients sont plus souvent hospitalisés en médecine qu'en psychiatrie (35% contre 15%), et le retour à domicile est plus fréquent qu'à Angers.

#### *II.4.5.2) Les étiologies des agitations*

Les agitations d'origine psychiatrique sont le diagnostic principal des agitations au CHU d'Angers. Elles représentent un peu plus de 40 % des admissions. La deuxième étiologie est la prise de toxiques (l'alcool majoritairement) : un tiers (36,3%) des patients agités a consommé une substance responsable de leur comportement. Ces patients sont très majoritairement des sujets jeunes (seuls 6 sur les 30 ont plus de 50 ans). Les causes médicales, en excluant la prise de toxique, représentent 11% des patients agités. Les patients les plus âgés ont un risque plus élevé que leur agitation soit le symptôme d'une pathologie organique : en effet sur les 8 patients dont l'étiologie est médicale (autre que l'intoxication alcoolique) 6 ont plus de 59 ans

Comparaison avec la littérature :

On remarque qu'à Angers les agitations d'origine psychiatrique sont plus fréquentes que dans les autres études réalisées en France et que parallèlement les agitations liées aux prises de toxiques sont nettement moins nombreuses.

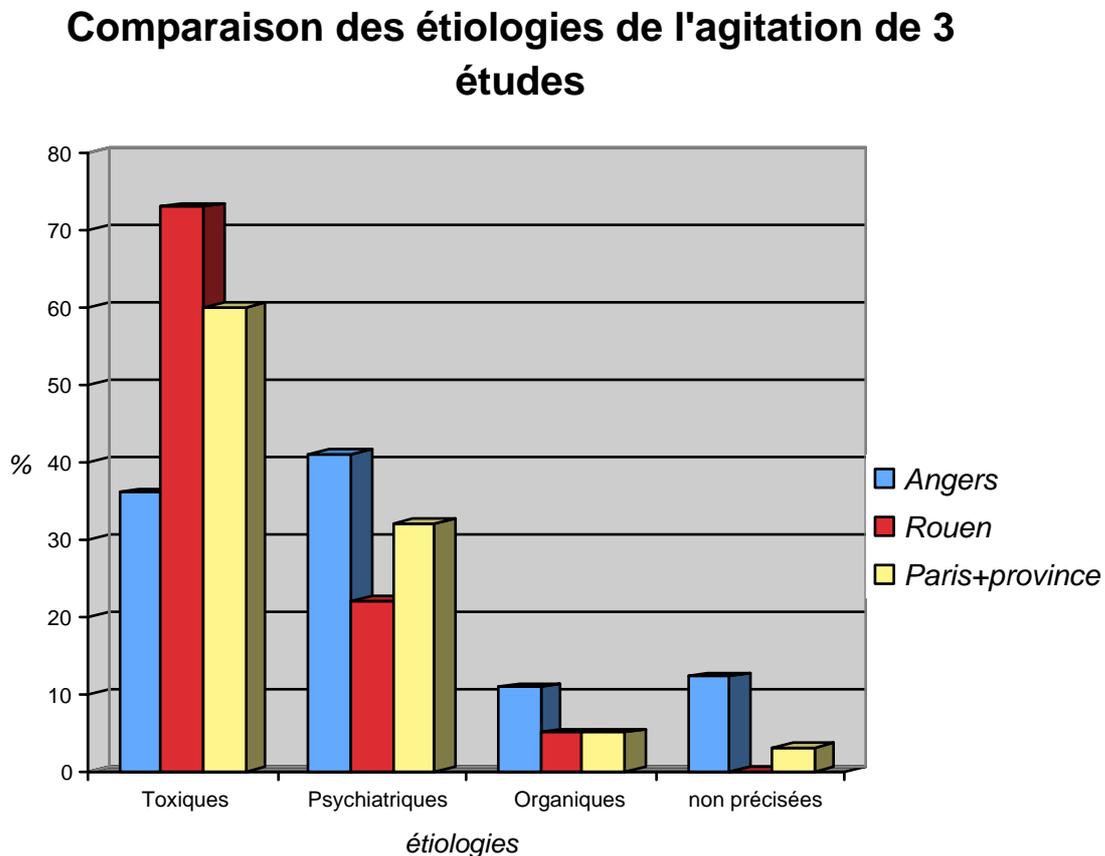
Ceci est peut être lié au fait que nous avons classé les agitations secondaires à une prise de toxique (alcool, médicament, autres) dans un but suicidaire dans les étiologies psychiatriques.

Les causes médicales, en excluant la prise de toxique, représentent 11% des patients agités.

Les patients âgés ont un risque plus élevé que leur agitation soit le symptôme d'une pathologie organique : en effet sur les 8 patients dont l'étiologie est médicale (autre que l'intoxication alcoolique) 6 ont plus de 59 ans.

Les patients dont l'agitation est liée à l'alcool sont très majoritairement des sujets jeunes (seuls 6 sur les 30 ont plus de 50 ans ).

Figure n°9 : Comparaison des étiologies de l'agitation de 3 études



### III) CONCLUSION

La prise en charge des patients agités dans le service d'urgence du CHU d'Angers est un phénomène fréquent (un patient tous les 2 jours).

C'est une urgence médicale qui nécessite un traitement immédiat en cas de violence avérée ou probable. Ceci nécessite un repérage dès l'arrivée du patient, des signes prédictifs d'un passage à l'acte violent. Nous proposons ainsi la création d'un code d'admission propre aux patients agités qui prend en compte ce caractère d'urgence.

Il s'agit d'une population majoritairement jeune et masculine, souvent agressive et potentiellement dangereuse (à la fois pour elle et pour les autres), dont on connaît peu les antécédents et le traitement lors de son arrivée.

Dans notre étude, les étiologies de l'agitation sont souvent psychiatriques et en rapport avec une intoxication alcoolique et/ou médicamenteuse. Néanmoins, dans un cas sur dix, l'agitation est le symptôme d'une pathologie organique.

La conférence de consensus de 2002 sur l'agitation en urgence reprend les points essentiels de la prise en charge.

L'analyse des pratiques que nous avons réalisée met en évidence plusieurs points importants.

La glycémie capillaire n'apparaît dans le dossier que trois fois sur quatre alors que sa réalisation systématique est préconisée.

La prise initiale et la surveillance des constantes vitales et du niveau de sédation du patient n'est pas suffisamment faite. Un patient sur deux a eu une réévaluation de ses constantes vitales et le rythme de surveillance de la pression artérielle est de 2 heures 30 minutes, alors que la conférence de consensus recommande une surveillance toutes les 30 minutes.

75% des patients ont eu une contention physique, sans qu'aucune fiche de surveillance de la contention ne soit remplie. La conférence de consensus recommande la réalisation systématique de cette fiche.

Nous proposons l'utilisation systématique d'un monitoring continu des paramètres vitaux avec impression secondaire des éléments étudiés et leur consignation dans le dossier. Il ne faut pas oublier que la prise en charge de ces patients se fait presque toujours contre leur gré. A l'heure où les conséquences médico-légales sont un point essentiel de notre activité médicale, notre pratique doit être la plus transparente possible.

D'autre part, la conférence de consensus recommande que les patients dont l'agitation est liée à l'intoxication alcoolique soient sédatés par des benzodiazépines, alors que l'utilisation des neuroleptiques et des benzodiazépines est aussi fréquente dans notre étude.

La prise en charge des patients agités garde, après notre travail, plusieurs points à évaluer :

La réalisation d'un ionogramme sanguin et d'une éthanolémie doit-elle être systématique ? Y-a-t-il, en pratique, un intérêt à la réalisation de ces examens sans signe d'appel clinique ?

Parmi les deux classes thérapeutiques (neuroleptique et benzodiazépine) actuellement disponibles, laquelle semble la plus adaptée à utiliser pour les agitations dont on ne connaît pas d'emblée l'étiologie ? L'étude SEPAG qui devrait débiter prochainement et comparer la loxapine au midazolam apportera peut-être un élément de réponse.

IV) ANNEXES

Annexe n°1 : Fiche de recueil des données

Fiche à remettre au secrétariat des Urgences

**ETAT D'AGITATION**

Etiquette patient

Code IOA :

 Médecine  Chirurgie  UHCD  SAS d'accueil**CONTEXTE :**

Arrivée : date /\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/ heure /\_\_\_/\_\_\_/

Traitement reçu avant l'admission :  oui  non

Si oui : Molécule : ..... Posologie : ..... Voie : .....

Mode de transport aux SAU : Privé .....  oui  nonPompiers .....  oui  nonAmbulance .....  oui  nonTransport médicalisé .....  oui  nonPrésence des forces de l'ordre : .....  oui  non

Facteur déclenchant (cocher les éléments de réponse) :

 rixe  traumatisme  toxique  événement extérieur  autre ( préciser) :

.....

**DONNEES GENERALES :**

ANTECEDENTS :

Episode agitation antérieur .....  oui  non  ne sait pasEpisode violence antérieur .....  oui  non  ne sait pasToxicomanie .....  oui  non  ne sait pasEthylisme chronique .....  oui  non  ne sait pasDémence .....  oui  non  ne sait pasMesure de protection .....  oui  non  ne sait pasSuivi psychiatrique .....  oui  non  ne sait pas

Suivi médical :

Cardiologique .....  oui  non  ne sait pasInsuffisance rénale .....  oui  non  ne sait pasInsuffisance hépatique .....  oui  non  ne sait pasNeurologique .....  oui  non  ne sait pas**TRAITEMENT**Connu du patient  oui  non  ne sait pasAnticoagulant  oui  non  ne sait pas

Traitement psychotrope :

Neuroleptique .....  oui  non  ne sait pasBenzodiazépine .....  oui  non  ne sait pasAntidépresseurs .....  oui  non  ne sait pasCarbamates .....  oui  non  ne sait pas

EXAMEN CLINIQUE :  
SIGNES GENERAUX :

- Poids : ..... Kg  
TA : ...../... mmHg  
FC : ...../...../min  
T ° : ..... °C  
SpO2 : .....%  
FR : ..... /min

SIGNES FONCTIONNELS ET PHYSIQUES :

Douleur .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Odeur oenolique de l'haleine .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Injection conjonctivale .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Signes de traumatisme crânien .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autres traumatismes .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Asymétrie pupillaire .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Déficit neurologique focal .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Éléments délirants .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Idées suicidaires .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Menaces verbales .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Menaces physiques .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Confusion .....	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

EXAMENS COMPLEMENTAIRES (mentionner les examens réalisés et leurs résultats):

BIOLOGIE :           Dextro : .....  oui  non  
                   Ethanolémie .....  oui  non  
                   Iono .....  oui  non  
                   Recherche de toxiques (sang) .....  oui  non  
                   Recherche de toxiques (urine) .....  oui  non  
                   Autres : .....  oui  non

ECG :  oui  non QT =

IMAGERIE CEREBRALE  oui  non

Autres (preciser) : .....

CONSEQUENCES DE L'AGITATION

Pour le patient :

Blessure(s)  oui  non

Pour les soignants :

Blessure(s) .....  oui  non

Injures reçues .....  oui  non

Pour les accompagnants :

Blessures .....  oui  non

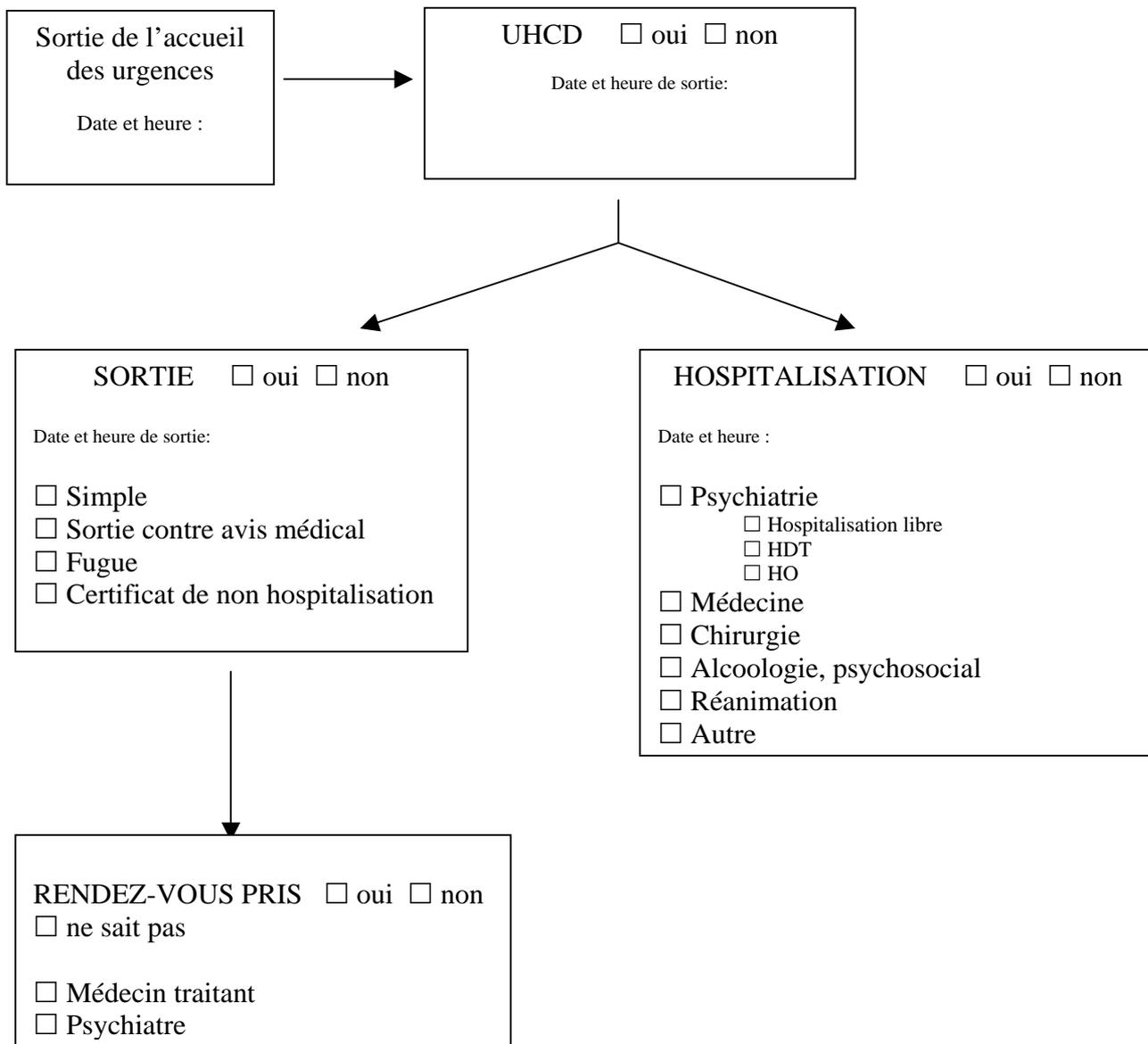
Injures .....  oui  non

Pour le matériel : .....  oui  non

Commentaires :



## ORIENTATION :



Une étiologie à l'état d'agitation a-t-elle été trouvée ? (Préciser)

Médicale  oui  non (cocher)

PRISE DE TOXIQUES (alcool, médicaments, drogues), préciser :

HYPOGLYCEMIE

HYPOXIE, HYPERCAPNIE

ETATS DE CHOCS

EPILEPSIE

HEMORRAGIE MENINGEE

MENINGITE, MENINGO-ENCEPHALITE

AVC

MASSE INTRACRANIENNE

GLOBE VESICAL, FECALOME

HYPERTHERMIE

TRAUMATISME

AUTRE préciser

Psychiatrique  oui  non préciser

QuickTime™ et un  
décompresseur TIFF (LZW)  
sont requis pour visionner cette image.

---

QuickTime™ et un  
décompresseur TIFF (LZW)  
sont requis pour visionner cette image.

QuickTime™ et un  
décompresseur TIFF (LZW)  
sont requis pour visionner cette image.

QuickTime™ et un  
décompresseur TIFF (LZW)  
sont requis pour visionner cette image.

## V) BIBLIOGRAPHIE

1. Moritz F, Bauer F, Boyer A, et al. [Patients in a state of agitation at the admission service of a Rouen hospital emergency department]. *Presse Med* 1999;28(30):1630-4.
2. Bourdinaud V, Pochard F. [Survey of management methods for patients in a state of agitation at admission and emergency departments in France]. *Encephale* 2003;29(2):89-98.
3. JEUR. Conférence de consensus: l'agitation en urgence (petit enfant excepté). In: JEUR; 2003; 2003.
4. Dequin. L'essentiel en médecine d'urgence et en thérapeutique: de la plainte du patient à la décision thérapeutique; 2003.
5. Yudofsky SC, Silver JM, Jackson W, Endicott J, Williams D. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *Am J Psychiatry* 1986;143(1):35-9.
6. Yudofsky SC, Kopecky HJ, Kunik M, Silver JM, Endicott J. The Overt Agitation Severity Scale for the objective rating of agitation. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1997;9(4):541-8.
7. Sobin C, Mayer L, Endicott J. The motor agitation and retardation scale: a scale for the assessment of motor abnormalities in depressed patients. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998;10(1):85-92.
8. Deslaurier. Validation de l'inventaire d'agitation de Cohen Mansfield; 1999.
9. Moritz. Etude HYPLOSE: Comparaison de l'Hypnovel® au Loxapac® pour la sédation des patients agités aux urgences. In. CHU ROUEN; 2005.
10. SFMU. Actualisation de la 2ème conférence de consensus: L'intoxication Ethylique Aigüe dans le service d'Accueil et d'Urgence, 1992, Saint Etienne. In; 2001; 2001.
11. Moritz F, Gouille JP, Girault C, Clarot F, Droy JM, Muller JM. Toxicological analysis in agitated patients. *Intensive Care Med* 1999;25(8):852-4.
12. Guedj MJ, Raynaud P, Braitman A, Vanderschooten D. [The practice of restraint in a psychiatric emergency unit]. *Encephale* 2004;30(1):32-9.
13. Currier GW. Standard therapies for acute agitation. *The Journal of Emergency Medicine* 2004;17(supplement):9\_12.
14. Richards JR, Derlet RW, Duncan DR. Chemical restraint for the agitated patient in the emergency department: lorazepam versus droperidol. *J Emerg Med* 1998;16(4):567-73.
15. Shale JH, Shale CM, Mastin WD. A review of the safety and efficacy of droperidol for the rapid sedation of severely agitated and violent patients. *J Clin Psychiatry* 2003;64(5):500-5.
16. Richards JR. Droperidol in the emergency department: is it safe? *J Emerg Med* 2003;24(4):441-7.
17. Vidal. 2005.
18. Rapid tranquillisation for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomised trial of midazolam versus haloperidol plus promethazine. *Bmj* 2003;327(7417):708-13.
19. Clinton. Haloperidol for sedation of disruptive emergency patients. *Ann Emerg Med* 1987;16:319-22.
20. Bienik. A double-blind study of lorazepam versus the combination of haloperidol and lorazepam in managing agitation. *Pharmacotherapy* 1998;1:57-62.
21. Battaglia. Haloperidol, lorazepam or both for psychosis agitation? *Am J Emerg Med* 1997;15:335-40.
22. Currier GW. Risperidone liquid concentrate and oral lorazepam versus intramuscular haloperidol and intramuscular lorazepam for treatment of psychotic agitation. *J Clin Psychiatry* 2001;3:153-7.
23. Dorevitch. intramuscular flunitrazepam versus intramuscular haloperidol in the emergency treatment of aggressive psychotic behavior. *Am J Psychiatry* 1999;156:142-4.

24. Garza-Trevino. Efficacy of combinations of intramuscular antipsychotics and sedative-hypnotics for control of psychotic agitation. *Am J Psychiatry* 1989;146:1598-601.
25. Currier GW, Chou JC, Feifel D, et al. Acute treatment of psychotic agitation: a randomized comparison of oral treatment with risperidone and lorazepam versus intramuscular treatment with haloperidol and lorazepam. *J Clin Psychiatry* 2004;65(3):386-94.
26. Mairesse. Intérêt de la loxapine injectable dans les agitations aiguës d'origine psychotique. Etude ouverte chez 53 patients admis à l'infirmerie Psychiatrique (IPPP). *Information Psychiatrique* 1993:289-96.
27. Yildiz. Pharmacological management of agitation in emergency settings. *Emerg Med J* 2003;20(4):339-46.
28. Currier GW, Allen MH, Bunney EB, et al. Novel therapies for treating acute agitation. *J Emerg Med* 2004;27(4 Suppl):S13-8.
29. Currier GW, Allen MH, Bunney EB, et al. Intramuscular antipsychotics: clinical experience review. *J Emerg Med* 2004;27(4 Suppl).
30. Currier GW, Allen MH, Bunney EB, et al. Safety of medications used to treat acute agitation. *J Emerg Med* 2004;27(4 Suppl):S19-24.
31. Currier GW, Allen MH, Bunney EB, et al. Future directions in research. *J Emerg Med* 2004;27(4 Suppl):S27-9.
32. Whelan KR, Dargan PI, Jones AL, O'Connor N. Atypical antipsychotics not recommended for control of agitation in the emergency department. *Emerg Med J* 2004;21(5):649.
33. Brook S. Intramuscular ziprasidone: moving beyond the conventional in the treatment of acute agitation in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2003;19:13-8.
34. Ramoska. Midazolam use in the emergency department. *J Emerg Med* 1991;4:247-51.
35. Nobay F, Simon BC, Levitt MA, Dresden GM. A prospective, double-blind, randomized trial of midazolam versus haloperidol versus lorazepam in the chemical restraint of violent and severely agitated patients. *Acad Emerg Med* 2004;11(7):744-9.
36. Bourrier. Utilisation du midazolam pour traiter l'agitation psychomotrice dans un service d'urgences. *Réanimation Urgences* 1995;2:232.
37. Hervé. Sédation vigile des patients agités aux urgences: utilisation du midazolam par voie intra-nasale(abstract). *JEUR* 2002;hors série 1(15):39.
38. Pallancher. Evaluation de l'association loxapine en intra-musculaire et midazolam en intra-nasal dans les états d'agitation aiguë rencontrés dans un service d'urgence. *Aners*; 2004.
39. Huf G, Alexander J, Allen MH. Haloperidol plus promethazine for psychosis induced aggression. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;1.
40. Alexander J, Tharyan P, Adams C, John T, Mol C, Philip J. Rapid tranquillisation of violent or agitated patients in a psychiatric emergency setting. Pragmatic randomised trial of intramuscular lorazepam v. haloperidol plus promethazine. *Br J Psychiatry* 2004;185:63-9.
41. J.Massol. Prescription des psychotropes; 2005.
42. Allen MH, Currier GW, Hughes DH, Reyes-Harde M, Docherty JP. The Expert Consensus Guideline Series. Treatment of behavioral emergencies. *Postgrad Med* 2001:89-90.
43. J.BULTEL. Prise en charge médicale des états d'agitation dans les services d'accueil urgences. Etude rétrospective multicentrique. *Actualités en Réanimation et Urgences* 1995:498-519.

## **Les patients agités dans le service des urgences au CHU d'Angers : analyse des pratiques sur une période de six mois.**

---

### **RESUMÉ**

La prise en charge des patients agités dans un service d'urgences est un phénomène fréquent. Il s'agit d'une urgence à la fois thérapeutique et diagnostique.

Nous avons réalisé une analyse des pratiques prospective dans le service des urgences du CHU d'Angers sur une période de six mois en 2005, afin de les comparer aux recommandations françaises (la conférence de consensus de 2002 : L'agitation en urgence). 83 patients ont été pris en charge sur cette période pour un état d'agitation.

Il s'agit d'une population jeune, majoritairement masculine dont on connaît peu les antécédents et le traitement et qui est souvent agressive à la fois verbalement et physiquement.

La prise de toxique et les pathologies psychiatriques sont majoritairement trouvées comme étiologies de l'agitation, les causes organiques représentent 10 % des cas.

Le traitement majoritairement utilisé est la loxapine, comme le proposent les experts.

Aucun effet secondaire n'a été relevé.

Il apparaît dans notre pratique que les points suivants ne sont pas en accord avec la conférence de consensus :

- la prise initiale et le rythme de surveillance des constantes vitales sont inférieurs aux recommandations.

Nous proposons l'utilisation systématique d'un monitoring continu des paramètres vitaux du patient, avec impression secondaire et consignation dans le dossier.

- les fiches de surveillance des patients contenus n'apparaissent pas dans les dossiers.

- dans les agitations par intoxication alcoolique, le traitement ne correspond pas à celui préconisé. En effet, les neuroleptiques sont autant utilisés que les benzodiazépines qui sont les seules recommandées dans cette situation.

La prise en charge de ces patients se fait le plus souvent contre leur gré, il est donc important que notre pratique soit la plus transparente possible.

---

### **MOTS-CLÉS**

Agitation, Urgences, C.H.U Angers, Analyse des pratiques, Conférence de consensus.

2006 ANGERS Les patients agités aux urgences du CHU CHEVALIER  
d'Angers : analyse des pratiques sur une période de six mois