

Stratégie Nationale de Développement des Urgences

Référentiels en Médecine d'urgence

PRISE EN CHARGE DES ETATS D'AGITATION AUX URGENCES

STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE D'UN ETAT D'AGITATION :
HUIT ETAPES

ETAPES	RECUEIL DES DONNEES	ATTITUDES
I - PREMIERE ETAPE : Garantir la sécurité du médecin et celle du malade	- Anamnèse de l'entourage <i>avant</i> d'examiner le malade (antécédents, nature et évolution des troubles, contexte)	- Etre calme et non rejetant - S'assurer des conditions de sécurité de l'environnement
II- DEUXIEME ETAPE : Evaluer la dangerosité	- Anamnèse - Examen mental	- Si le risque de violence est imminent → traitement non spécifique immédiat de l'agitation (étape VI) avant de poursuivre l'examen mental et somatique
III- TROISIEME ETAPE Rechercher une étiologie organique	Anamnèse (antécédents médicaux et chirurgicaux, prise de toxiques, trauma...) Examen mental (rechercher des troubles cognitifs et de la conscience) Examen somatique y compris neurologique Examens paracliniques au besoin (biologie, toxicologie, imagerie..)	- Prudence dans la prescription du traitement médicamenteux (étape VI) - Traitement étiologique de l'étiologie organique - Après sédation de l'agitation, orienter dans un service de médecine ou de chirurgie en fonction de l'étiologie (VIII)
IV – QUATRIEME ETAPE Rechercher un trouble mental	Anamnèse (antécédents psychiatriques, évolution des troubles) et examen mental	Après sédation de l'agitation (étape VI), Orienter en fonction de la dangerosité et du consentement du malade à recevoir des soins (étape VIII) :
V - CINQUIEME ETAPE Rechercher une agitation réactionnelle	Anamnèse (facteur déclenchant, contexte évocateur, facteurs de personnalité prédisposants)	Si agitation réactionnelle : Ecoute, soutien psychologique et adresser éventuellement à une consultation de psychiatrie
VI - SIXIEME ETAPE Le traitement sédatif immédiat	- Informer le malade de la nécessité de recevoir un traitement - Si pas de consentement → contention avant d'administrer le traitement (étape VII) - Classe de psychotropes : les tranquillisants ou les neuroleptiques (classiques et éventuellement atypiques), en fonction de l'étiologie (étape VI)	
VII – SEPTIEME ETAPE La contention	- Uniquement si il existe un risque de violence - Le temps que le traitement agisse - Respecter les consignes de sécurité pour le malade et le personnel	
VIII-HUITIEME ETAPE Orienter le malade	Après sédation de l'agitation (VII) Orienter en fonction de l'étiologie (organique ou psychiatrique) et du degré de dangerosité	

STRATEGIE DE PRISE EN CHARGE D'UN ETAT D'AGITATION :

COMMENTAIRES

I - PREMIERE ETAPE : GARANTIR LA SECURITE

I-1- Recueillir le maximum d'informations avant d'examiner le malade :

- Lettre de liaison, forces de l'ordre, entourage...
- S'enquérir : - Des antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, judiciaires, d'un facteur déclenchant, de la prise de toxique...
 - De la nature des troubles et de leur évolution, des traitements pris...

I-2- Etablir le contact avec le patient

Rester calme, bienveillant et non rejetant

Etre rassurant car les réactions inappropriées de l'entourage angoissent le malade et aggravent l'agitation

I-3- S'assurer des conditions de sécurité de l'environnement

- Ne pas examiner le patient seul
- Se disposer de telle sorte que la porte reste accessible et écarter les objets potentiellement dangereux

II- DEUXIEME ETAPE : EVALUER LA DANGEROUSITE (VIOLENCE IMMINENTE)

➤ La dangerosité s'évalue en recherchant des facteurs de risque suivants par l'anamnèse et l'examen mental :

- **Des antécédents de passages à l'acte violents** (acte médico-légaux ou délictueux)
- **Un contexte environnemental déficient ou pathogène**
absence de support social adéquat (isolement ou environnement hostile, inadéquat)
- **Une pathologie psychiatrique**
 - état psychotique (hallucinations, délire)
 - état d'excitation maniaque
 - mélancolie anxieuse ou délirante
 - altération des fonctions supérieures
 - troubles de la personnalité favorisant l'impulsivité
 - notion d'intoxication à une substance psycho-active (exemple : ivresse)
- **Une intentionnalité de violence** (projet d'exécution d'un plan.)
- **Un contact de mauvaise qualité** : absence de demande d'aide, absence de sensibilité et de réactivité du malade à une attitude rassurante de soutien et d'écoute avec persistance de l'agitation

➤ Si le risque de violence est imminent, prescrire d'emblée un traitement sédatif (voir VI), éventuellement précédé d'une contention (voir VII)

III - TROISIEME ETAPE : RECHERCHER UNE ETIOLOGIE ORGANIQUE

- **Les étiologies organiques sont recherchées par l'anamnèse et l'examen somatique, qui doit être systématique**
- **Sont fortement évocateurs d'organicité les données suivantes :**
 - * La notion d'une pathologie organique et/ou la prise d'un toxique
 - * Des troubles de la conscience et/ou des fonctions cognitives
 - * Des signes d'appel somatique à l'examen, en particulier à l'examen neurologique
- **Demander des examens complémentaires en fonction des étiologies évoquées (exemple : bilan toxicologique devant une suspicion d'intoxication)**

Annexe de l'étape III : Principales étiologies organiques des états d'agitation

ETIOLOGIES	SIGNES D'APPEL
Causes neurologiques	
Epilepsie	Crise partielle complexe Etat de mal épileptique Etat confusionnel post-critique
Processus expansif intracrânien	Hématomes sous-duraux, extra-duraux, tumeurs cérébrales, abcès, thrombophlébites..
Accidents vasculaires cérébraux	Hémorragie méningée, embolie, accidents ischémiques.....
Etat démentiel	Dégénératifs, vasculaires, toxiques....
Encéphalite	Rage, HIV.....
Etiologies endocriniennes	
	Hypoglycémie Hyperparathyroïdie Dysthyroïdie Hypercorticisme Insuffisance surrénalienne
Encéphalopathies métaboliques	Insuffisance rénale, hépatique..
Maladies cardiovasculaires ou pulmonaires	Infarctus du myocarde, embolie pulmonaire....
Consommation de toxiques : Intoxication ou sevrage	Alcoolisme (Ivresse, délirium) Drogues et médicaments (antiparkinsonien de synthèse, amphétamines, opiacés, corticoïdes, psychotropes..) Toxiques ménagers ou professionnels (CO, Pb, organophosphorés, ..)
	Troubles du comportements de durée brève, stéréotypés. Notion de traumatisme Signes de localisation Syndrome d'HTIC Début brutal, céphalées, signes méningés , signes de localisation Altération des fonctions cognitives évoluant vers la chronicité. Signes infectieux, méningés... Antécédents médicaux, signes d'appel à l'examen clinique Antécédents, signes d'appel à l'examen Importante anxiété associée Notion de consommation de toxiques, de drogues, de médicaments Notion de consommation ou de sevrage à des toxiques entraînant une dépendance - dosage

IV- QUATRIEME ETAPE : RECHERCHER UN TROUBLE MENTAL

Par l'anamnèse (antécédents, nature et évolution des troubles) et l'examen mental

ETIOLOGIES	DIAGNOSTIC	FORME CLINIQUE DE L'AGITATION ET SYMPTOMES
Troubles de l'humeur	Manie	Humeur variable : Euphorie, familiarité exagérée. Parfois : colère, irritabilité. Sur le plan cognitif : Logorrhée, fuite d'idées, idées de grandeur Hyperactivité désordonnée et ludique (chants, cris...)
	Mélancolie anxieuse	Humeur dépressive : douleur morale avec tristesse et incapacité à éprouver du plaisir Thèmes dépressifs : idées de mort, d'incurabilité, de faute... Agitation du fait de l'anxiété associée, masquant le ralentissement psychomoteur Anorexie, insomnie de fin de nuit, baisse de la libido Dangerosité car risque suicidaire majeur
Etat psychotique	Schizophrénie	- Agitation sous-tendue par un état délirant et/ou hallucinatoire (attitudes d'écoute, soliloque, idées délirantes à contenu bizarre...) - Agitation inexplicée, impulsive, imprévisible en rapport avec un syndrome dissociatif
	Paranoïa	- Agitation en rapport avec le vécu délirant. Délire à thème de persécution, mégalomane ou de jalousie, à mécanisme interprétatif, présenté de façon cohérente. Patient revendicateur et méfiant
	Bouffée délirante aiguë	- Agitation en rapport avec un vécu délirant et hallucinatoire évoluant par « vagues » au cours du nyctémère Dangerosité pour tous les états psychotiques car risque médico-légal
Trouble anxieux	Attaque de panique (ou crise d'angoisse)	- Association de signes psychiques de l'angoisse (peur de mourir) et de signes somatiques de l'angoisse (tachycardie, sueurs, boule oesophagienne, sensations vertigineuses...) - Apparition inopinée, durée brève Eliminer une pathologie organique
Hystérie	Crise de Charcot	- Agitation théâtrale et désordonnée mimant grossièrement une crise tonico-clonique, apparue dans un contexte conflictuel
	Etat « dissociatif » hystérique	- Aspect théâtral du comportement, contexte conflictuel, état de conscience fréquemment modifié (dépersonnalisation)

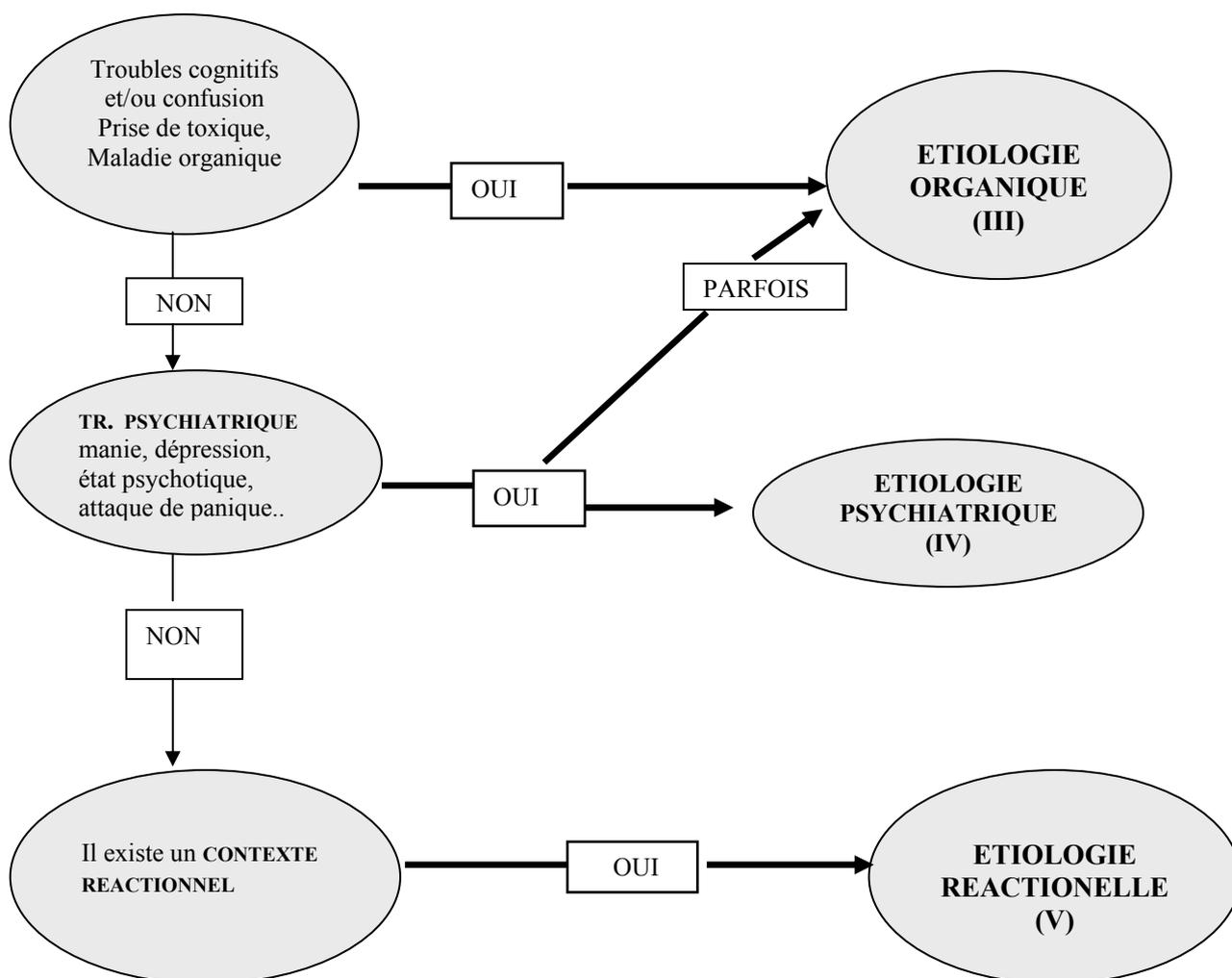
V – CINQUIEME ETAPE : RECHERCHER UNE AGITATION REACTIONNELLE

Rechercher par l'anamnèse et l'examen clinique :

- l'existence d'un stress : deuils, conflits conjugaux, familiaux ou professionnels...
- l'absence d'une étiologie organique ou psychiatrique

On trouve parfois une personnalité prédisposante : histrionique, antisociale, retard mental.

Annexe des étapes III – IV – V : Arbre de décision pour le diagnostic étiologique en fonction des données cliniques



VI - SIXIEME ETAPE : TRAITEMENT SEDATIF IMMEDIAT

Les médicaments

Classe	Nom	Spécialité	Présentation	Propriétés
Neuroleptiques	Chlorpromazine	Largactil®	A 25 mg - Cp 25-100 mg.	Sédatif + + +
	Halopéridol	Haldol®	A 5mg. - Gttes 2 ‰	Anti hallucinatoire ++ Anti- maniaque ++ Sédatif ++
Neuroleptiques atypiques Hors nomenclature hospitalière	Ziprasidone	Zeldox®	A 20 mg – Cp 40 mg	Sédatif + Anti maniaque + <i>Moins d' E.I.</i> <i>neurologiques</i>
	Olanzapine	Zyprexa®	Cp 5 - 10 mg	
	Risperidone	Risperdal®	Cp 2mg – gttes 1mg/ml	
Tranquillisants	Diazépam	Valium®	A 10 mg - Cp 5 mg..	Sédatif (anxiété non psychotique) Action sur la confusion mentale
	Chlorazépate	Tranxène®	A. 20-50 mg. - Gel 5 mg.	
	Méprobamate	Equanil®	A. 400mg. - Cp. 400mg.	

Le choix du produit

Etiologie	Médicament
Délire et hallucinations	Haldol® (+Largactil® si agitation ++)
Manie	Haldol® (+Largactil® si agitation ++)
Mélancolie délirante ou anxieuse	Largactil®
Confusion mentale	Valium®, Tranxène® ou Equanil® Associer de l'Haldol si il existe un onirisme
Crise d'angoisse	Valium®, Tranxène® ou Equanil®
Hystérie	Valium®, Tranxène® ou Equanil®
Agitation réactionnelle	Valium®, Tranxène® ou Equanil® Largactil si l'agitation persiste

Quelques règles générales de prescription

- Prudence dans les étiologies organiques et chez les personnes âgées
- Délai d'action 30 à 90 min → contention éventuelle en attendant l'action sédatif
- La surveillance porte sur :
 - L'état psychomoteur (évolution de l'agitation, de l'état émotionnel, état de conscience, qualité du contact.
 - L'apparition d'effets secondaires :
 - une sédation et des troubles de la vigilance pour les neuroleptiques et les tranquillisants
 - des dyskinésies aiguës (torticolis, révulsion des globes oculaires, protrusion de la langue..), qui imposent la prescription de Trihexyphénidyle (Parkizol® Artane® : 1 Amp à 10 mg. ou 1comp. à 5 mg) ou de Bipéridène (Akinéton LP®) : 1comp 4mg.
 - une hypotension
- En cas de persistance de l'agitation : Le traitement peut être renouvelé après une à quelques heures

VII - SEPTIEME ETAPE : LA CONTENTION

➤ Indications de la contention :

Risque de violence imminente

Refus du traitement sédatif chez un malade agité

➤ Règles de prescription de la contention :

➔ **Avoir recours à des personnes qualifiées en nombre suffisant** (agents de sécurité, forces de l'ordre, agents soignants formés) pour éviter des manœuvres dangereuses pour les intervenants et pour le malade

➔ **La contention doit rester le plus limitée dans le temps possible :**

- Pour permettre de pratiquer une injection

- Pour permettre d'attendre dans des conditions de sécurité suffisantes l'effet du produit prescrit

➔ **Le patient ne doit pas rester seul** afin de ne pas être livré à un sentiment d'angoisse. Un soignant doit rester en contact verbal avec lui.

➔ **La position du patient doit répondre à des exigences de confort et de sécurité :**

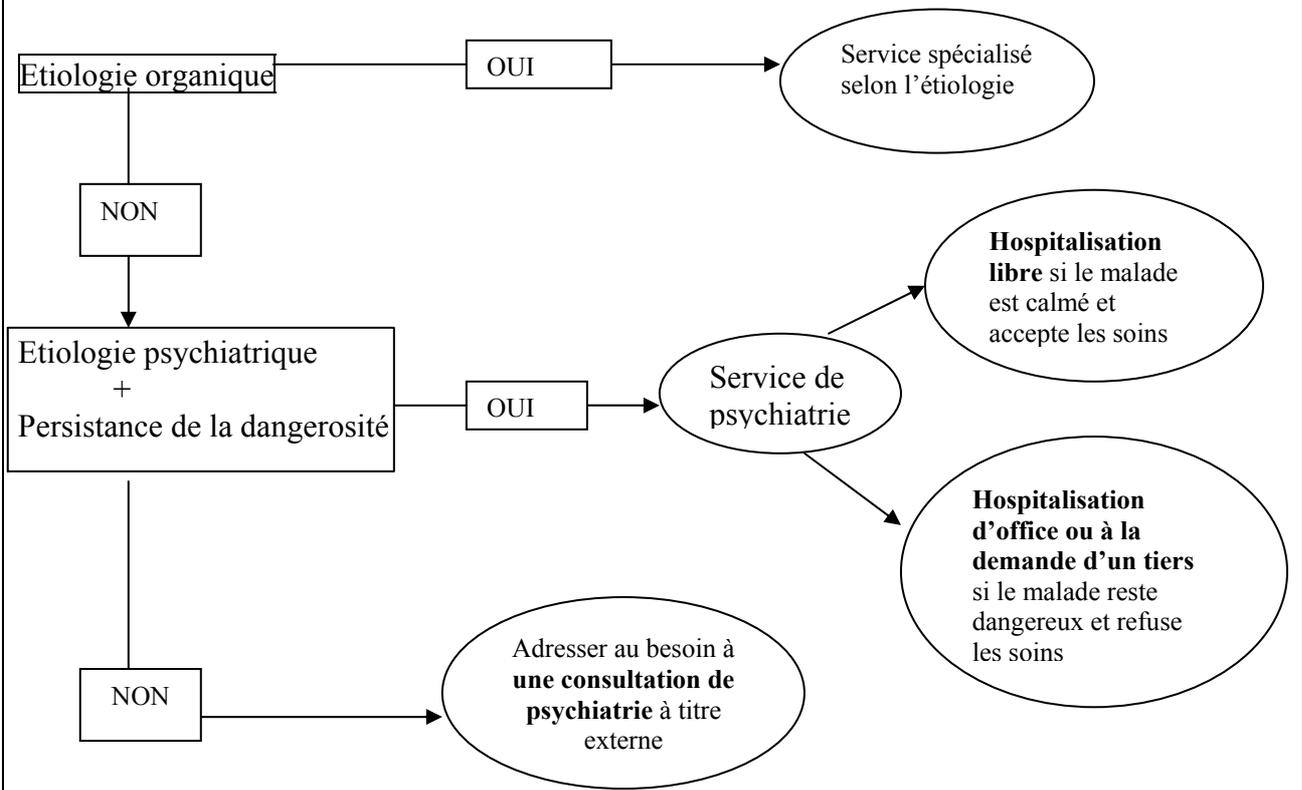
Jambes déployées, un bras tenu d'un côté et un autre à la tête. Une injection intraveineuse doit être possible.

La tête doit rester légèrement relevée pour diminuer le sentiment de vulnérabilité et diminuer la possibilité d'inhalation

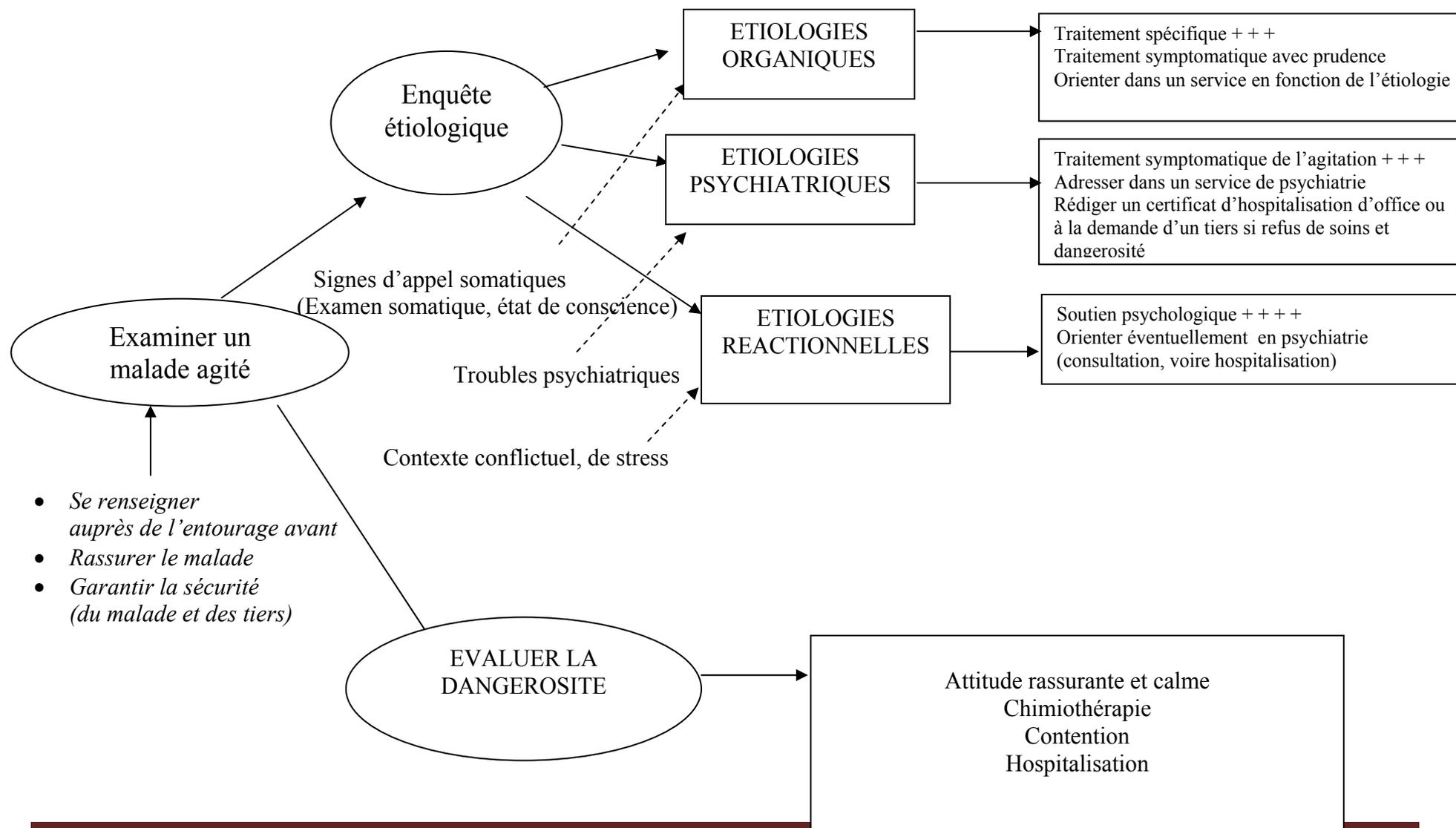
➔ **L'évaluation clinique doit être rapprochée** et la contention prudemment levée dès qu'elle n'est plus justifiée

VIII – HUITIEME ETAPE : ORIENTER LE MALADE

En fonction de l'étiologie et du risque de dangerosité



RECAPITULATIF CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE D'UN ETAT D'AGITATION



Ce référentiel a été élaboré par le Ministère de la Santé publique :

sous la direction de monsieur le Pr. Habib Achour, Directeur Général de la Santé,

Coordination : Dr Naoufel Somrani et Dr Henda Chebbi (unité de la médecine d'urgence)

Comité Scientifique : Président : Dr Fekri Abroug ; Membres : Dr Béchir Bouhajja, , Dr Hafedh Thabet, Dr Moncef Yaacoub , Dr Nabil Ben Salah, Dr Souheil El Atrous, Dr Sémir Nouira

Comité de rédaction : Dr Lotfi Gaha, Dr Geneviève Khiari

Ce Référentiel a été **validé** lors d'un séminaire avec la participation de : Dr Abdelaziz Zouari, Dr Adel Khélil, Dr Ahmed Balma, Dr Chédly Dziri, Dr Fakhreddine Haffani, Dr Habiba Drissa, Dr Hafedh Thabet, Dr Karim Tabbène, Dr Lotfi Zeglaoui, Dr Mohamed Besbes, Dr Mounir Bouaziz, Dr Néjib Karoui, Dr Sami Abdellatif, Dr Slaheddine Essoussi, Dr Slim Jedidi, Dr Sofiene Ben Ammou.