

PRISE EN CHARGE DES ÉTATS D'AGITATION EXTRAHOSPITALIERS

le point de vue de l'urgentiste

M. Niquille C. Gremion S. Welker C. Damsa
Rev Med Suisse 2007; volume 3. 32493

Résumé

Les états d'agitation sont des urgences comportementales qui peuvent avoir de nombreuses causes somatiques et psychiatriques. La présence d'un médecin et la formation commune des équipes sont des déterminants de la qualité des soins en facilitant la désescalade et en garantissant, le cas échéant, l'application adéquate et sûre des mesures de contention physique. En extrahospitalier, le médecin du Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ou le médecin de garde de proximité doivent être présents pour gérer adéquatement de telles situations en collaboration avec les ambulanciers et la police. La désescalade par le dialogue, sans médication ni contention physique, doit être l'objectif principal recherché. Lorsqu'elle est impossible, le but du traitement est de permettre l'évaluation et l'orientation hospitalière adéquate d'un patient calmé mais non sédaté.

Introduction

L'état d'agitation se définit comme un trouble du comportement psychique, moteur et relationnel qui entraîne une réaction d'intolérance de l'entourage. Ces troubles du comportement recourent différentes dimensions. Les experts s'accordent sur le fait qu'une intervention urgente est nécessaire dès lors que le patient développe un comportement irritable et intimidant, des dégâts aux objets et, finalement, une menace auto ou hétéro-agressive imminente.¹⁻³

L'opposition aux soins, même lorsqu'elle est démontrée avec une certaine véhémence, ne peut être assimilée à une urgence vitale. Néanmoins, dans la pratique, les ambulanciers et médecins d'urgence sont fréquemment appelés à résoudre ce type de situation, ne serait-ce que pour pouvoir évaluer la situation somatique sous-jacente. Le problème réside alors davantage dans l'évaluation de la capacité de discernement que dans la gestion de la crise.

En milieu extrahospitalier, par définition non protégé, l'agitation sévère, fréquemment associée à la confusion mentale, expose le patient à de nombreux risques. Les témoins et les professionnels de santé peuvent également être exposés à des actes violents, volontaires ou involontaires.^{4,5}

Une évaluation interne réalisée au sein du SMUR (Cardiomobile) de Genève nous a montré que, dans un milieu urbain, le diagnostic d'état d'agitation aigu était retenu chez 1,2% des patients. Les médecins urgentistes, agissant dans le cadre d'un SMUR, ou les

médecins de garde peuvent donc se retrouver occasionnellement confrontés à ce type de situation qui demande généralement une réaction rapide et adéquate.¹

L'appui d'un psychiatre en extrahospitalier n'est pas nécessaire lorsqu'une atteinte somatique est à l'origine de l'état d'agitation et demeure souvent impossible à réaliser dans les délais imposés par ce type d'urgence comportementale, même lorsqu'il s'agit d'une origine psychique. Le médecin doit donc conjuguer au mieux ses connaissances et son expérience pour résoudre la situation.

Le taux d'exposition individuelle des intervenants, médecins ou ambulanciers, reste donc relativement faible et la gestion de ces cas peut s'avérer très inconfortable, voire générer des contre-attitudes néfastes de la part des soignants. La présence d'un médecin et la formation commune de l'ensemble des intervenants sont fondamentales et ont été identifiées comme un déterminant de la qualité des soins offerts aux patients agités suite à une tentative de suicide.⁶

Comme toute situation de crise, donc de rupture d'équilibre, l'état d'agitation peut être approché avec une méthode de gestion pragmatique qui conduit dans un premier temps à analyser le degré d'urgence, puis à prévenir toute aggravation ou dommage secondaire, avant de reprendre le contrôle de la situation et de pouvoir procéder au diagnostic et au traitement définitifs. La logique de la démarche diagnostique habituelle s'efface donc au profit des mesures de préservation prises sur une base symptomatique, dans l'attente de pouvoir évaluer la situation de manière plus complète. Cette démarche suppose une intégration complète des éléments de la chaîne de secours et un dialogue soutenu entre les acteurs extra et intrahospitaliers. Cette méthode a déjà été largement éprouvée dans le cadre de la prise en charge de la réanimation cardio-pulmonaire (protocoles ILCOR/ACLS) et des patients traumatisés (protocoles ACS/ATLS).⁷⁻⁹

In fine, l'objectif est de permettre l'admission hospitalière d'un patient calmé mais non sédaté, disponible immédiatement pour une évaluation somatique et psychiatrique complète, sans qu'il soit nécessaire de passer par une étape d'isolement, donc sans rupture de continuité de la chaîne de surveillance vitale (figure 1). Cette permanence du monitoring est fondamentale chez des patients dont le diagnostic est parfois peu clair et qui reçoivent des associations médicamenteuses pouvant compromettre gravement les fonctions cardiorespiratoires.

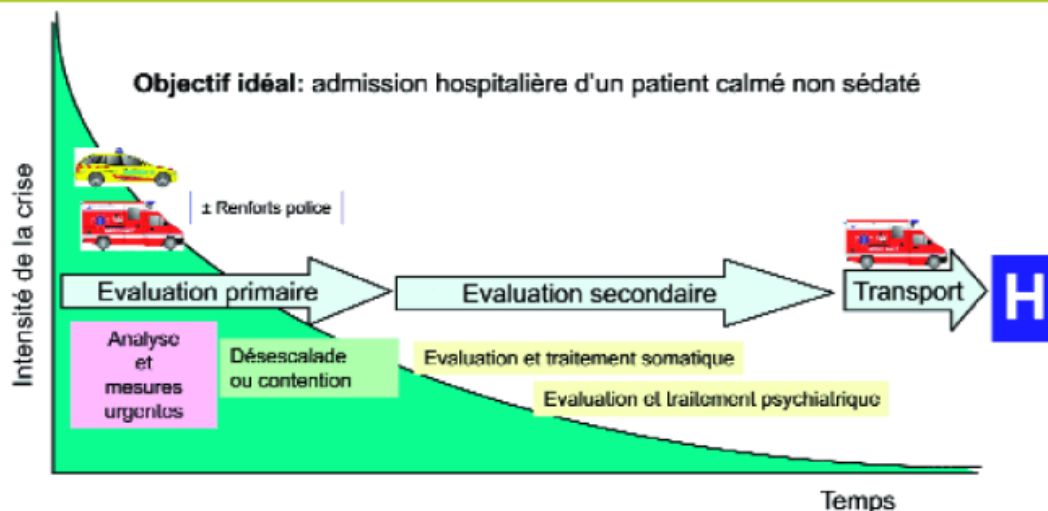


Figure 1. Schéma du déroulement d'une intervention extrahospitalière pour un patient présentant un état d'agitation

Le but de cet article est de présenter une approche globale pragmatique des patients souffrant d'agitation et de discuter les options de traitement d'urgence.

Évaluation primaire

Analyse de situation et mesures urgentes

Sécurité

L'évaluation de la sécurité de l'intervention doit être réalisée à deux niveaux. Premièrement, les régulateurs de la centrale 144, qui retiennent la notion d'agitation ou de trouble aigu du comportement, doivent rechercher des éléments indicateurs de gravité tels que menaces auto ou hétéro-agressives, réclusion avec ou sans séquestration de tiers ou autres comportements à risque. L'engagement des moyens de préservation (police, pompiers, secours médicaux) doit être proportionné au risque pour le patient et son entourage. Du côté médical, nous défendons l'idée d'une médicalisation de premier échelon systématique, seule à même de répondre aux nombreux problèmes diagnostiques, médico-légaux et éthiques sous-jacents à de telles crises.

Deuxièmement, l'appréciation de la sécurité sur site doit être réalisée conjointement par le médecin, les ambulanciers et les forces de sécurité. Les principaux éléments à contrôler sont listés dans le tableau 1. Il convient de rechercher les éléments de menace immédiate, tels le risque de défenestration, l'usage d'armes ou d'objets assimilés, notamment les seringues ainsi que les actes d'automutilation.^{4,5} Les intervenants doivent maintenir une vigilance permanente et veiller en premier lieu à leur propre sécurité, l'élément principal étant de ne jamais rester seul avec le patient durant cette première phase et de veiller à préserver une issue en cas de dégradation de la situation.

Tableau 1. Approche du patient agité : évaluation des risques immédiats

Présence d'armes ou équivalents	<ul style="list-style-type: none"> • Armes à feu • Armes blanches • Objets tranchants ou contondants • Liquides inflammables, corrosifs ou explosifs • Liquides biologiques
Environnement dangereux *	<ul style="list-style-type: none"> • Groupe menaçant • Chiens de combat
Signes de passage imminent à un acte ciblé (cf. tableau 4)	<ul style="list-style-type: none"> • Menace de défenestration ou autre acte autoagressif • Actes en cours ou récents de violence à l'égard des personnes, des animaux ou des objets • Réclusion avec ou sans séquestration de tiers • Comportement intimidant (menaces verbales ou physiques) • Agitation psychomotrice progressive • Intoxication alcoolique ou autres substances • Délire paranoïde chez un patient psychotique • Troubles de la personnalité avec mauvais contrôle des impulsions
Risques liés à des actes non ciblés	<ul style="list-style-type: none"> • Chutes accidentelles • Blessures involontaires des intervenants par un patient combatif

Des éléments d'environnement doivent également être pris en compte. Dans le milieu urbain, nous relevons des situations, encore occasionnelles et difficiles à chiffrer, où les secours médicaux se trouvent confrontés à des groupes menaçants qui entravent le bon déroulement des secours, généralement dans un contexte de polyintoxication par des drogues illicites. La prise en charge d'un patient agité dans ce contexte peut s'avérer particulièrement difficile.

Éléments anamnestiques auprès de l'entourage

Dans la mesure du possible, il convient de recueillir tous les éléments anamnestiques possibles auprès du patient, si un contact peut être établi, ou de l'entourage, afin de trouver une cause possible. On recherche les indicateurs des principales causes somatiques ou toxiques, sans toutefois chercher à poser un diagnostic précis à ce stade mais en se concentrant sur les éventuelles causes accessibles à un traitement causal immédiat. Les éléments anamnestiques utiles dans cette première phase figurent dans le tableau 2 et permettent d'évoquer les principales causes traitables en extrahospitalier.^{1,10}

Tableau 2. Éléments anamnestiques à rechercher auprès du patient, des proches et autres témoins durant l'évaluation primaire

Durée et évolution de l'événement aigu actuel•	<ul style="list-style-type: none"> • Heure de survenue ? • Apparition soudaine ou progressive ? Aggravation ou amélioration au cours du temps ? • Désorientation spatio-temporelle ? • Fluctuations de l'état de conscience ?
Événement déclenchant	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de médicaments, drogues illicites ou alcool ? • Trauma ? • Crise convulsive ?
Antécédents somatiques	<ul style="list-style-type: none"> • Diabète ? • Epilepsie ? • Troubles cardiorespiratoires ? • Etat fébrile ?
Antécédents psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> • Antécédents de passage à l'acte ? • Idéation suicidaire ou violente exprimée récemment ? • Troubles dissociatifs ? • Troubles maniaques ? • Troubles de la personnalité ? • Démence ?
Antécédents socioprofessionnels	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs de stress récents ? • Comportement social actuel ?

Score d'agitation

L'utilisation d'un score pour mesurer l'intensité de l'agitation vise deux buts principaux. Premièrement, la quantification permet d'objectiver la crise et d'en suivre l'évolution naturelle ou consécutive à un traitement. Elle est indépendante du diagnostic et s'applique aussi bien aux situations somatiques que psychiatriques.

Deuxièmement, l'incidence des états d'agitation diminue lorsqu'une évaluation standardisée est pratiquée. Cet effet d'observateur, bien connu a été largement rapporté dans la littérature.^{11,12} A notre connaissance, l'amélioration des soins par l'utilisation des mesures objectives n'a jamais été étudiée dans le domaine des urgences extrahospitalières.

L'échelle Positive and negative syndrome scale-excited component (PANSS-EC) (tableau 3) serait la seule applicable en extrahospitalier. Il s'agit d'une échelle de cinq items, testant chacun un axe comportemental, chacun d'eux étant mesuré de un (absent) à sept (sévère). Plusieurs limites doivent être mentionnées. Premièrement, il s'agit d'une sous-échelle extraite d'une autre échelle validée pour l'évaluation des troubles psychotiques

(PANSS).¹³ Sa validité pour l'évaluation des agitations d'autres origines que psychiatriques reste à établir. Deuxièmement, la traduction française que nous proposons n'a pas encore été validée à ce jour. Troisièmement, elle n'est pas applicable de manière simple et universelle. Dans sa version anglophone, la cohérence intraobservateurs a été démontrée lorsque l'échelle est appliquée sans formation préalable, alors que la cohérence interobservateurs n'est atteinte que par le biais d'une formation spécifique.

**Tableau 3. Positive and negative syndrome scale-
excited component (PANSS-EC)**
Chaque signe est noté de 1 (absent) à 7 (sévère).

- Excitation
- Hostilité
- Tension
- Manque de collaboration
- Mauvais contrôle des impulsions

En d'autres termes, l'échelle PANSS-EC permet donc d'évaluer une situation et d'en documenter le suivi par un même professionnel de santé. Dans l'état actuel des connaissances, elle ne permet pas de mesurer valablement l'évolution lorsque plusieurs professionnels non formés se succèdent auprès d'un même patient.

Autres éléments d'appréciation

La mesure d'un score ne peut donner l'ensemble des informations nécessaires à la suite de la prise en charge. Dans la phase initiale, il faut comprendre la situation du patient par rapport à la réalité, rechercher la présence d'une confusion mentale et déterminer les possibilités d'entrer en relation avec lui. De plus, il faut évidemment déterminer si l'état d'agitation peut se traduire en intentions violentes et si le patient a les moyens de concrétiser ces intentions (tableau 1). Le sexe masculin, la présence d'autres personnes agitées ou violentes, l'heure nocturne et la consommation d'alcool ou de substances illicites sont des indicateurs de violence imminente.⁴

Mesures d'urgence

Objectifs

Les mesures d'urgence ont pour objectif de protéger les intervenants, les témoins et le patient, tout en recherchant une relation d'apaisement avec ce dernier. Elles doivent créer les conditions favorables à l'examen secondaire puis à l'orientation du patient dans les meilleures conditions possibles.

Ces mesures doivent être entreprises avec calme, détermination et de manière coordonnée entre tous les intervenants.

Protection et renforts

Dès que possible, les fenêtres doivent être placées sous contrôle, afin de prévenir une défenestration volontaire ou involontaire et tout arme ou objet pouvant servir d'arme doit être tenu hors de portée du patient.

En cas de menace de défenestration imminente, l'approche du patient doit être, si possible, simultanée au déploiement de coussins d'amortissement par les pompiers.

Si le patient est armé, le repli des soignants doit être immédiat et l'intervention doit être confiée aux forces de police spécialisées. La négociation sous la menace n'est pas de la compétence médicale et la police dispose généralement de négociateurs spécialement formés à cet effet.

Les renforts doivent être suffisamment nombreux pour assurer la maîtrise physique du patient en toute sécurité en cas de nécessité. La force développée peut être considérable et il n'est pas rare de devoir recourir jusqu'à huit personnes pour contenir un patient. Néanmoins, l'objectif principal de la «démonstration de force» initiale n'est pas la contention, mais la restauration d'un cadre favorable à l'intervention médicale. Il est donc essentiel que ces renforts se déploient de manière calme et rassurante et ne contribuent pas à augmenter l'agressivité ambiante. Le médecin doit donc collaborer étroitement avec l'ensemble des partenaires pour créer les conditions propices à son intervention.

Désescalade ou contention physique ?

La désescalade est le premier objectif recherché et vise à reprendre le contrôle de la situation sans contention physique ni administration de médication parentérale. Un schéma d'approche pratique est proposé à la figure 2.²

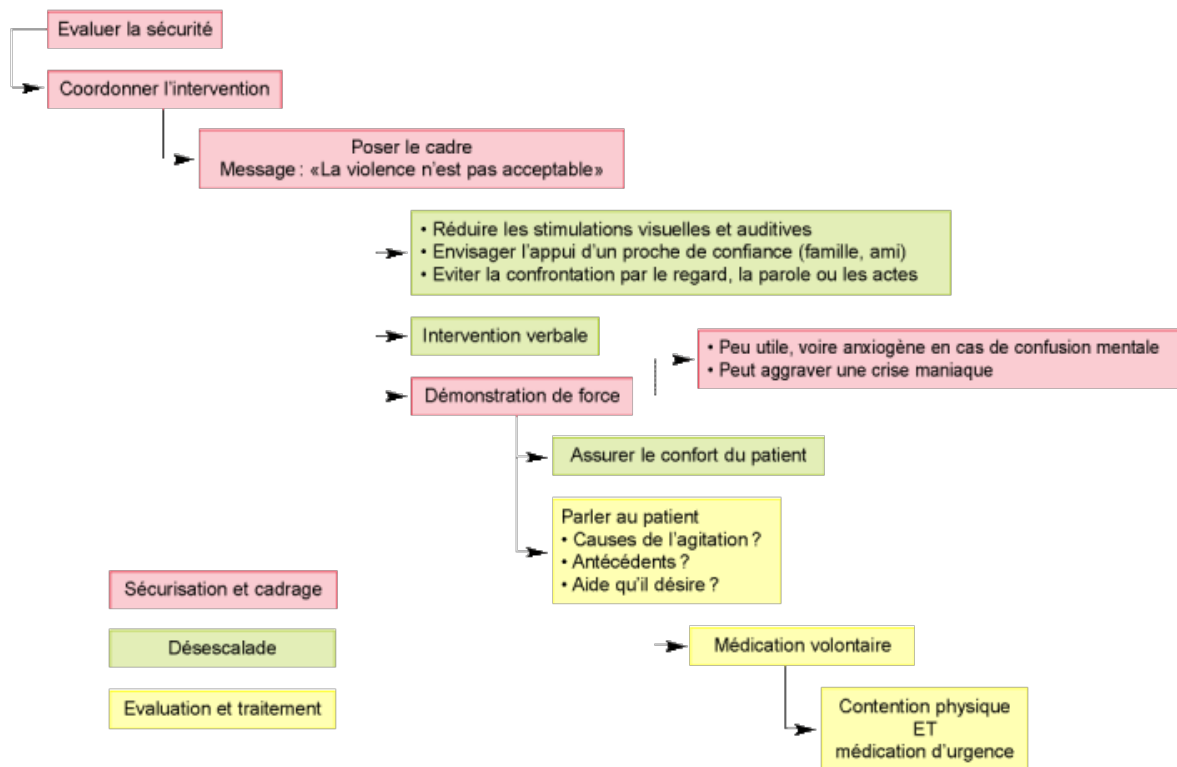


Figure 2. Schéma de principe d'approche du patient agité en extrahospitalier
(Adapté de réf. 3).

Le médecin doit veiller à maintenir le calme au sein de l'équipe d'intervention. Outre la réduction des stimulations du patient, une ambiance calme et attentive favorise la sécurité, en facilitant les échanges verbaux et non verbaux entre intervenants.

Comme évoqué, la démonstration de force doit être perceptible par le patient mais doit contribuer à établir un cadre de travail et doit être dépourvue d'agressivité. En cas de confusion mentale, cette démonstration peut créer de l'anxiété et être inutile chez un patient désorienté qui n'est pas en mesure de comprendre le message délivré par le déploiement des ambulanciers, policiers ou agents de sécurité. Ce moyen est également à utiliser avec discernement en cas de crise maniaque et peut augmenter le risque de passage immédiat à un acte violent.

Le cadre de sécurité étant posé, il convient d'assurer le confort du patient et de tenter d'établir un contact verbal avec lui, en évitant toute attitude de confrontation. Lors des interventions extrahospitalières, en particulier dans la rue ou les lieux publics, la présence fréquente de très nombreux intervenants impose une attitude vigilante quant à la protection du secret médical. Il est important de rechercher un endroit permettant d'entamer une discussion en sécurité, mais aussi en toute discrétion. Cette recherche est souvent un excellent prétexte pour créer un premier lien thérapeutique avec le patient. Le médecin ne doit toutefois pas sacrifier sa propre sécurité et il lui revient de décider s'il veut rester seul avec le patient. Dans tous les cas, les soignants doivent toujours se trouver entre le patient et une issue de repli, les autres renforts se tenant prêts à intervenir sur un mot-clé ou un signal prédéfini.

L'usage des mesures de contention physique doit être strictement réservé aux situations de menaces graves et doit être limité dans le temps. Une médication d'urgence doit y être associée simultanément.^{1,2}

Si la contention a déjà été réalisée par la police avant l'arrivée des secours médicaux, elle sera maintenue, le temps de réaliser l'examen secondaire et de décider de la suite du traitement. Le médecin peut utiliser le retrait de la contention dans la recherche d'une alliance thérapeutique avec le patient.

Planification

Le médecin doit informer les partenaires de ses décisions et un plan d'action conjoint doit être discuté.

Si une tentative de désescalade est entreprise, il faut en définir le cadre, éventuellement la durée maximale et surtout les mots-clés ou signaux qui doivent déclencher une intervention de contention. Le cas échéant, la contention doit être confiée à des professionnels de la sécurité et le médecin ne devrait pas y participer. Elle se déroule néanmoins sous son ordre et sa responsabilité et il doit veiller à ce qu'elle soit conduite rapidement, sans violence de la part des intervenants et sans risques de lésions physiques ou d'anxiété inutile pour le patient.⁶

Si un traitement médicamenteux est prévisible, il doit être disponible et prêt dès le début de la tentative de désescalade.

Évaluation secondaire

Evaluation somatique^{1,10}

Les principaux diagnostics somatiques qui peuvent être associés à un état d'agitation sont présentés dans le tableau 4. Les agitations dues à des pathologies organiques sont la conséquence d'une confusion mentale (delirium) dont les critères sont également rapportés dans le tableau 4. Bien que l'étiologie soit peu claire, il est probable que les perturbations hypoxiques, médicamenteuses, métaboliques ou toxiques induisent des modifications du fonctionnement des neurotransmetteurs cérébraux.

Tableau 4. Critères diagnostiques de la confusion mentale

<p>Critères diagnostiques de la confusion mentale (delirium) : Confusion assessment method (CAM)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Installation aiguë et évolution fluctuante 2. Inattention, perte de concentration 3. Désorganisation de la pensée 4. Altération de la conscience <p>Le diagnostic requiert les critères 1 et 2 ainsi que l'un des critères 3 ou 4</p>	<p>Médicaments et drogues</p> <p>Analgésiques • Opiacés</p> <p>Sédatifs et sevrage de sédatifs • Benzodiazépines</p> <p>Anticholinergiques • Anti-H₁ • Phénothiazine • Antiparkinsoniens</p> <p>Antidépresseurs • Tricycliques • Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (SSRI)</p> <p>Anti-inflammatoires • Corticostéroïdes • AINS</p> <p>Antihypertenseurs et antiarythmiques • Bêtabloqueurs • Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) • Anticalciques • Digoxine</p> <p>Antibiotiques • Quinolones • Macrolides</p> <p>Antipaludéens • Méfloquine</p> <p>Anticonvulsivants • Barbituriques</p> <p>Drogues illicites et sevrage de drogues • Alcool • THC • LSD • Cocaïne • GHB • Dérivés des amphétamines</p>
<p>Etiologies</p> <p>Cardiorespiratoires et métaboliques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hypoxémie • Hypercarbie • Etat de choc • Hypoglycémie • Hyperglycémie/Acidocétose • Sepsis • Troubles électrolytiques • Hyper ou hypothermie <p>Autres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etat fébrile • Douleur • Globe vésical • Fécalome <p>Neurologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Démence • AVC • Traumatisme cérébral avec ou sans processus expansif • Processus expansifs intracrâniens <ul style="list-style-type: none"> – Hématome sous-dural – Œdème – Tumeur • Infections <ul style="list-style-type: none"> – Méningite – Encéphalite • Epilepsie postcritique • Déficit vitamérique B₁ (encéphalopathie de Gayet-Wernicke) 	

Dès que les conditions sont réunies pour un examen clinique, l'équipe soignante doit s'efforcer de compléter un premier bilan qui permettra de diagnostiquer une éventuelle menace vitale immédiate, puis de préciser l'anamnèse détaillée auprès des proches ou, si l'évolution de la situation le permet, auprès du patient. Elle est ciblée sur les circonstances de survenue de la crise, les pathologies somatiques connues, les traitements en cours, les allergies, la consommation d'alcool et de drogues illicites. Dans ces deux cas, il convient de rechercher des variations de consommation récente, soit dans le sens d'une augmentation, soit d'un sevrage.

L'évaluation clinique classique Airway-breathing-circulation est essentielle surtout si le patient a fait l'objet de mesures de contention physique ou médicamenteuses. Les paramètres vitaux, avec mesure de la tension artérielle aux deux bras, incluant la fréquence respiratoire, la SpO₂ et la température constituent la documentation de base (tableau 5). Elle doit être complétée par une mesure de la glycémie et un examen neurologique ciblé sur les pupilles, la recherche de déficits focaux et d'un méningisme. Le score de Glasgow, bien que créé initialement pour l'évaluation des situations traumatiques et non comme un instrument de monitoring des comas médicaux, a acquis une large popularité et sera généralement mesuré de manière répétée en cas de fluctuations de l'état de conscience. Les variations interobservateurs peuvent néanmoins être importantes.

Tableau 5. Eléments de monitoring et de diagnostic extrahospitaliers

<ul style="list-style-type: none"> • ECG continu, 3 dérivations • Tension artérielle • Fréquence respiratoire • Saturométrie artérielle (SaO₂) 	<ul style="list-style-type: none"> • Température • Glycémie capillaire • Score de Glasgow • Diamètre et réactivité pupillaire
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Les mesures thérapeutiques immédiates et adéquates doivent être entreprises en cas de découverte d'une pathologie organique menaçante selon les recommandations actuelles en médecine d'urgence. Il est néanmoins important de rappeler que, bien que la littérature médicale soit partagée sur le sujet, le traitement d'urgence d'une hypoglycémie chez un patient aux antécédents inconnus devrait toujours associer le glucose et la thiamine (vitamine B₁, Benerva) afin de prévenir une encéphalopathie de Wernicke.

Evaluation psychiatrique

Les principaux diagnostics psychiatriques sont énumérés et classés dans le tableau 6.

Le diagnostic psychiatrique précis relève du spécialiste. Les choix thérapeutiques extrahospitaliers qui tiennent compte du diagnostic psychiatrique sont généralement limités mais néanmoins existants. Le médecin d'urgence doit être capable d'identifier les entités nosologiques nécessitant un traitement spécifique.

Tableau 6. Principaux diagnostics psychiatriques à considérer en cas d'agitation

* Etats mixtes : attention au risque de passage à l'acte suicidaire. Les syndromes ci-dessous peuvent être intriqués, particulièrement avec les abus de substances.

Type de troubles	Exemples (listes non exhaustives)
Abus d'alcool et de substances illicites	<ul style="list-style-type: none"> • Consommation abusive • Sevrage
Troubles psychotiques	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrénie • Troubles délirants persistants • Troubles schizo-affectifs
Troubles de la personnalité	<ul style="list-style-type: none"> • Antisociale • Paranoïaque • Histrionique • Narcissique
Troubles affectifs unipolaires et bipolaires	<ul style="list-style-type: none"> • Etat maniaque avec ou sans éléments psychotiques • Etats mixtes * • Etats dépressifs avec ou sans éléments psychotiques
Troubles dissociatifs et états dissociatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble dissociatif de l'identité • Trouble de dépersonnalisation
Troubles paniques	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome de stress post-traumatique décompensé • Attaques de panique

Traitement médicamenteux

Objectif

Lorsque les causes somatiques traitables ont été écartées, ou que des éléments orientent vers une affection psychiatrique, le traitement médicamenteux idéal devrait permettre de calmer rapidement le patient, tout en évitant une sédation gênant l'évaluation ultérieure.

Voies d'administration

Si l'on parvient à établir une relation thérapeutique avec le patient, la voie orale/sublinguale doit être préférée. Dans le cas contraire, la voie intraveineuse est souvent difficile à obtenir dans les situations de contention et la voie intramusculaire reste le moyen de choix. De plus, la plupart des données actuelles de la littérature sont relatives aux voies orale ou intramusculaire, plutôt qu'intraveineuse. Le médecin doit cependant rester attentif aux complications potentielles et peser les risques et les bénéfices de cet acte. Outre les complications hémorragiques et infectieuses potentielles de l'injection i.m. réalisée dans des conditions parfois difficiles, l'équipe soignante doit être attentive aux risques de blessures par aiguille en présence de patients qui se débattent. Finalement, il faut rester attentif à l'impact psychologique de ce geste traumatisant et à ses conséquences potentielles sur la relation thérapeutique.¹⁴

Choix médicamenteux

Il existe actuellement un vaste choix thérapeutique à l'usage du médecin psychiatre spécialisé, en particulier pour le traitement des troubles psychotiques et bipolaires, question qui dépasse le cadre de la prise en charge extrahospitalière urgente. Le médecin d'urgence doit néanmoins pouvoir s'appuyer sur quelques «valeurs sûres» qui lui permettent d'assurer le traitement de première ligne d'un patient en état d'agitation aiguë. Les choix vont s'orienter autour des principales situations-types rapportées aux tableaux 6 et 7.

Tableau 7. Traitement médicamenteux en fonction du diagnostic

(Adapté de réf. 2,10).

* Malgré les mises en gardes de la firme pharmaceutique commercialisant l'olanzapine intramusculaire quant à son association avec les benzodiazépines, les experts ont recommandé cette association dans certaines situations.

Les posologies sont données à titre indicatif et n'engagent pas la responsabilité des auteurs.

Diagnostics	Traitements de première intention			
	Per os		Intramusculaire	
Pas de diagnostic connu	Lorazépam	1 à 4 mg	Lorazépam	2 à 4 mg
Etiologie organique (delirium)			Halopéridol + traitement causal	5 à 10 mg
Intoxication avec des produits stimulants	Lorazépam	2 à 4 mg	Lorazépam	4 mg
Intoxication alcoolique	Lorazépam	2 à 4 mg	Lorazépam	2 à 4 mg
Sevrage alcoolique	Lorazépam	4 mg	Lorazépam	4 à 8 mg
Schizophrénie	A. Olanzapine B. Risperidone C. Risperidone + Lorazépam D. Halopéridol + Lorazépam	A. 10 à 20 mg B. 1 à 3 mg C. 3 mg + 2mg D. 5 mg + 2mg	A. Olanzapine B. Halopéridol + Lorazépam C. Olanzapine + Lorazépam *	A. 10 mg B. 5 mg + 2 mg C. 10 mg + 2 mg
Manie	A. Olanzapine B. Risperidone + Lorazépam C. Halopéridol + Lorazépam D. Risperidone	A. 10 à 20 mg B. 3 mg + 2 mg C. 5 mg + 2 mg D. 3 mg	A. Olanzapine B. Halopéridol + Lorazépam C. Olanzapine + Lorazépam *	A. 10 mg B. 5 mg + 2 mg C. 10 mg + 2 mg
Troubles dépressifs avec symptômes psychotiques	A. Olanzapine B. Olanzapine + Lorazépam C. Risperidone D. Risperidone + Lorazépam	A. 10 à 20 mg B. 10 mg + 2 mg C. 3 mg D. 3 mg + 2mg	Olanzapine	10 mg
Trouble de personnalité	A. Lorazépam B. Olanzapine C. Risperidone	A. 2 à 4 mg B. 10 à 20 mg C. 3 mg	A. Lorazépam B. Halopéridol + Lorazépam C. Olanzapine	A. 4 mg B. 5 mg + 2 mg C. 10 mg

Les antipsychotiques atypiques p.o. les plus utilisés en urgence (olanzapine, rispéridone et quétiapine), sont clairement préférables aux antipsychotiques typiques p.o. (halopéridol) sauf en cas de grossesse.

L'olanzapine i.m. seule montre quelques avantages par rapport à l'halopéridol i.m. lors du traitement des troubles psychotiques aigus, en particulier une plus grande rapidité d'action et une réduction du risque de survenue d'un syndrome extrapyramidal.

Plusieurs associations sont proposées et largement utilisées en urgence. Leur choix dépend de l'expérience du praticien et, pour une même entité clinique, aucune de ces combinaisons de première ligne ne démontre d'avantage thérapeutique significatif. Les experts ne reconnaissent pas systématiquement une meilleure efficacité des associations médicamenteuses sur l'hypervigilance, le délai d'action ou une diminution des effets secondaires.²

Prévention de l'akathisie

A ce jour, aucune étude n'a démontré l'utilité de l'administration d'emblée d'un anticholinergique tel que le bipéridène pour prévenir l'akathisie lors du traitement d'urgence par des antipsychotiques. Il s'agit néanmoins d'un effet secondaire anxiogène

pour le patient et les experts s'accordent plutôt sur l'association avec une benzodiazépine, d'emblée ou secondaire à celle de l'antipsychotique.

Monitoring

Les mesures de contention physique ou l'administration urgente d'une benzodiazépine et d'un antipsychotique peuvent avoir de nombreux effets cardiaques et respiratoires. La mort subite consécutive à l'administration des antipsychotiques est un phénomène connu. Ces complications potentiellement létales sont généralement facilement traitables lorsqu'elles sont détectées immédiatement. Ce risque impose un monitoring des paramètres vitaux et une observation constante du patient, en extrahospitalier et lors des premières heures suivant son admission dans un service d'urgences.

Orientation hospitalière

Une prise en charge préhospitalière bien conduite devrait permettre de résoudre la crise et, dans un premier temps, d'hospitaliser le patient en milieu somatique afin de surveiller les fonctions vitales et de compléter le bilan médical et psychiatrique.

Idéalement, l'admission d'un patient calmé dans le service des urgences doit permettre d'éviter de recourir à des mesures d'isolement durant lesquelles la surveillance vitale est difficile et l'évaluation psychiatrique laborieuse.

L'hôpital de destination doit être averti afin de pouvoir mobiliser un service de sécurité ou des moyens de renfort pour encadrer l'arrivée du patient et permettre, si cela n'a pas été fait avant, le retrait des mesures de contention dans les meilleures conditions possibles.

Au-delà de l'hospitalisation en service d'urgences, le patient pourra être orienté vers les structures de soins adaptées, le domicile ou, le cas échéant, remis à la disposition de la police.

Bibliographie

- 1 * L'agitation en urgence, conférence de consensus. JEUR 2003;16:137-58.
- 2 ** Allen MH, Currier GW, Carpenter D, et al. The expert consensus guideline series. Treatment of behavioral emergencies 2005. J Psychiatr Pract 2005;11 (Suppl. 1): 5-108;quiz 110-2.
- 3 Kennedy GJ, Onuogu E, Lowinger R. Psychiatric emergencies : Rapid response and life-saving therapies. Geriatrics 1999;54:38-42,45-6.
- 4 Grange JT, Corbett SW. Violence against emergency medical services personnel. Prehosp Emerg Care 2002; 6:186-90.
- 5 Flannery RB. Precipitants to psychiatric patient assaults : Review of findings 2004-2006, with implications for EMS and other health care providers. Int J Emerg Ment Health 2007;9:5-11.
- 6 Cailhol L, Allen M, Moncany AH, et al. Violent behavior of patients admitted in emergency following drug suicidal attempt : A specific staff educational crisis

- intervention. Gen Hosp Psychiatry 2007;29:42-4.
- 7 Dane FC, Russell-Lindgren KS, Parish DC, et al. In-hospital resuscitation : Association between ACLS training and survival to discharge. Resuscitation 2000;47: 83-7.
- 8 Hazinski MF, Nadkarni VM, Hickey RW, et al. Major changes in the 2005 AHA Guidelines for CPR and ECC : Reaching the tipping point for change. Circulation 2005; 112(Suppl. 24):IV206-11.
- 9 van Olden GD, Meeuwis JD, Bolhuis HW, et al. Clinical impact of advanced trauma life support. Am J Emerg Med 2004;22:522-5.
- 10 ** Nassisi D, Yashuaru O. ED management of delirium and agitation. Emergency Medicine Practice 2007; 9:1-20.
- 11 De Amici D, Klersy C, Ramajoli F, et al. Impact of the Hawthorne effect in a longitudinal clinical study : The case of anesthesia. Control Clin Trials 2000;21: 103-14.
- 12 Damsa C, Ikelheimer D, Adam E, et al. Heisenberg in the ER : Observation appears to reduce involuntary intramuscular injections in a psychiatric emergency service. Gen Hosp Psychiatry 2006;28:431-3.
- 13 Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP. The positive and negative syndrome scale (PANSS) : Rationale and standardisation. Br J Psychiatry 1989;(Supl.):59-67.
- 14 Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. Psychiatr Serv 2005;56:1123-33.

* à lire

** à lire absolument

Contact auteur(s)

Drs Marc Niquille et
Christophe Gremion
Brigade sanitaire cantonale
Drs Sylvie Welker et Cristian Damsa
Unité d'accueil, urgences
et liaison psychiatrique
Service des urgences
Département de médecine
communautaire
HUG, 1211 Genève 14
marc.niquille@hcuge.ch