

# CONDUITE À TENIR DEVANT UN ÉTAT D'AGITATION

## I- Introduction:

L'état d'agitation est un trouble du comportement psychomoteur caractérisé par une hyperactivité motrice associée à une perte de contrôle des actes, de la parole et de la pensée. Il peut s'accompagner d'une violence verbale et comportementale avec auto- ou hétéroagressivité.

C'est une urgence absolue. Elle est symptomatique de nombreuses affections organiques et psychiatriques et nécessite une prise en charge immédiate avec deux objectifs qui sont de maîtriser la situation et de réaliser le diagnostic étiologique.

## II- Clinique:

- a. Les manifestations cliniques de l'agitation sont:
  - Motrice: déambulations, mouvements intenses et brusques, auto- et ou hétéroagressivité, crises clastiques.
  - Verbale: élévation de la voix, tendance logorrhéique, cris
  - La fureur: forme d'agitation extrême, incoercible, caractérisée par la violence des manifestations motrices à tendance destructrice.
  
- a. L'agitation peut être plus ou moins continue ou survenir par crises, intense ou modérée à type de subexcitation, violente et agressive, anxieuse ou euphorique et ludique, spectaculaire, avec des manifestations théâtrales
- b. Les formes mineures de l'agitation motrices sont:
  - irritabilité ou énervement: le sujet ne peut pas rester en place, il est instable, reconnaît l'anomalie de son état, ne supporte pas la moindre contrariété
  - turbulence: elle est constituée par une impossibilité de repos, une hyperkinésie, exécute des mouvements vifs et brusques avec des contractions toniques des muscles des membres, logorrhéique avec une tendance à l'hyperactivité improductive.

### III- Risques :

Le risque vital:

Tout état d'agitation, surtout chez un sujet sans antécédents psychopathologiques connus, peut masquer une urgence médicale qui peut engager le pronostic vital. Deux tableaux cliniques sont particulièrement évocateurs et doivent faire rechercher une affection organique à expression psychiatrique :

#### 1. 1. La confusion mentale:

Elle témoigne d'une souffrance cérébrale non spécifique et, dans la majorité des cas, liée à un trouble organique. Le tableau clinique est facile à reconnaître avec l'association de l'obnubilation de la conscience, d'une désorientation temporo spatiale, de troubles mnésiques et d'un délire onirique. L'état général est souvent très altéré. Les étiologies sont multiples (les affections cérébrales- les affections endocriniennes et métaboliques- les intoxications surtout alcooliques)

#### 1. 2. La crise aigue d'angoisse ou attaque de panique:

- Elle réalise un tableau extrêmement évocateur, surtout lorsque l'on y assiste : le début en est volontiers brutal, souvent la nuit. Cette "tempête de symptômes fonctionnels" a une expression psychique (panique intense, sensation de mort imminente), somatique (tachycardie, sueurs, oppression thoracique et striction pharyngée, vomissements, diarrhée, vertiges etc.) et comportementale, se traduisant souvent par une agitation fébrile.
- La durée est variable, de quelques minutes à quelques heures.
- Un examen médical est nécessaire tant pour rassurer le sujet que pour éliminer une affection organique

La dangerosité:

1. 1. Les états suicidaires:

Le risque de suicide doit être systématiquement évalué devant un tableau de dépression agitée. Le risque de passage à l'acte est d'autant plus important qu'il existe:

- des idées suicidaires clairement formulées,
- des thèmes dits mélancoliques : désespoir, dévalorisation, culpabilité, incurabilité, ruine etc.
- des symptômes de type obsessionnel-compulsif
- une insomnie totale
- un abus d'alcool
- une anxiété importante avec agitation
- des antécédents dépressifs
- des antécédents familiaux ou personnels de suicide
- un manque de support familial ou social.

1. 2. Les états psychotiques:

Devant tout état délirant, il importe d'en évaluer la dangerosité potentielle sur les critères suivants:

- la réticence
- la négation de l'état morbide
- l'exaltation affective
- le degré de conviction délirante
- la désignation d'un ou des persécuteurs
- antécédents de passage à l'acte hétéro-agressifs

#### **IV. Formes d'agitation :**

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

Cette agitation est d'intensité parfois bruyante associée à une anxiété importante. Cet état qui est contrôlable par le sujet est particulièrement sensible à l'approche relationnelle. Le contexte émotionnel intense va orienter le diagnostic.

- **Agitation maniaque:** l'exaltation euphorique de l'humeur ou l'hyperthymie expansive caractéristique de l'accès maniaque s'accompagne fréquemment d'une excitation psychique et physique caractérisée par une hyperactivité ludique voire une agitation désordonnée et stérile ainsi qu'une désinhibition globale. L'humeur est versatile, le contact est superficiel. Le diagnostic repose sur les éléments sémiologiques ainsi que sur la notion d'antécédents d'épisodes maniaques ou mélancoliques.

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

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

- **Agitation des schizophrénies:** les états d'agitation peuvent émailler l'évolution d'une maladie schizophrénique. Les antécédents et les symptômes schizophréniques sont évocateurs du diagnostic. Les états d'agitation atypiques, associés à des interprétations

déliirantes, un syndrome d'influence, un syndrome dissociatif peuvent constituer un mode d'entrée dans la schizophrénie. Il se caractérise par une excitation psychomotrice d'allure maniaque sans euphorie avec tachypsychie incohérente, agressivité, bizarrerie, négativisme voire indifférence. L'absence de syntonie, de froideur, et de l'ambivalence orientent le diagnostic.

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

- **Agitation et confusion mentale:** la confusion mentale constitue un état pathologique de la conscience. Les états confusionnels et confuso-oniriques soudains avec importantes fluctuations du niveau de conscience peuvent orienter vers le diagnostic d'épilepsie. Les tumeurs cérébrales, traumatismes crâniens, atteintes vasculaires cérébrales, encéphalites ; hydrocéphalie à pression normale constituent les autres causes neurologiques les plus fréquentes. Parfois la confusion peut accompagner une pathologie générale : maladies infectieuses, encéphalopathies métaboliques, intoxications médicamenteuses, intoxications alimentaires et professionnelles. La prise en charge est spécifique, d'abord symptomatique, puis étiologique.

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

- **Agitation liée à l'alcoolisme:** les états d'agitation liés à l'alcoolisme constituent une urgence très fréquente. Elle est caractérisée par un état d'excitation psychomotrice qui peut aboutir au déchaînement brutal d'une agressivité aussi imprévue que redoutable. L'accès de fureur paroxystique est symptomatique de l'ivresse pathologique de type

excito-moteur. Les bouffées confuso-oniriques ou confuso-délirantes ne sont pas exceptionnelles

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

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

V- Etiologies médicochirurgicales:

Les agitations d'origine psychiatrique sont envisagées une fois que l'on a éliminé de façon certaine une cause organique.

- **Médicaments**

L'agitation peut être provoquée par l'isoniazide, les corticoïdes, les confusions d'origine médicamenteuse sont fréquentes avec les psychotropes (antidépresseurs, benzodiazépines, lithium, antiparkinsoniens, L-Dopa).

- **Autres intoxications**

CO, plomb, atropiniques, amphetamines

- **Causes métaboliques et endocriniennes**

- hypoglycémie : la prise de médicaments hypoglycémisants retient l'attention en faveur du diagnostic ; signes cliniques : sueurs, confusion, hypertension généralisée

(avec signe de Babinski bilatéral), des convulsions sont parfois signalées ; l'agitation est un signe de la gravité de l'hypoglycémie (---> 1 mg IM ou IV de glucagon) ;

- acidocétose diabétique ;
- urémie ;
- grandes déshydratations (coma hyperosmolaire) ;
- perturbation de la natrémie, de la calcémie ;
- hypocapnie, hypercapnie (insuffisance respiratoire) ;
- hyperthyroïdie ;
- syndrome de Cushing ;
- hyperparathyroïdie.

#### a. Causes neuroméningées

- hémorragies méningées ;
- méningite : l'irritation méningée se manifeste éventuellement par une agitation
- encéphalites ;
- tumeurs cérébrales (frontales) ;
- hypertension intracrânienne ;
- hématome sous dural (aigu ou chronique) peut occasionner une symptomatologie trompeuse qui peut être à l'origine d'une agitation. Ils surviennent après un traumatisme, au cours d'un traitement anticoagulant, chez une personne âgée ou un éthylique. Après un traumatisme crânien causal, apparaissent des céphalées, une somnolence, une confusion, une irritabilité ; les convulsions sont rares et les signes de localisation tardifs (hémiparésie homo ou controlatérale, mydriase homolatérale). Un scanner cérébral détecte la collection sanguine ;
- épilepsie

VI- Conduite à tenir:

L'abord du patient:

1-Un entretien avec le patient:

Le séparer de son entourage

Parler avec le patient pour bloquer la spirale peur- agressivité

Adopter une attitude ferme et décidée face au patient.

2- L'interrogatoire : de l'entourage, puis du patient, chaque fois que cela sera possible.

- Rechercher les circonstances exactes de survenue de l'agitation.

- Rechercher les facteurs déclenchant d'ordre psychologique, l'existence d'une intoxication médicamenteuse volontaire ou accidentelle, la consommation d'alcool ou d'autres toxiques, un traumatisme physique, une pathologie organique sous-jacente chronique ou aiguë.

- Rechercher des antécédents psychiatriques et organiques



### 3- Les examens cliniques et paracliniques:

- L'examen somatique :

- Temps indispensable de l'évaluation.

- Il doit être particulièrement minutieux lorsque l'anamnèse relève des éléments en faveur d'une étiologie organique.

- L'examen psychiatrique :

- Consiste à observer et à écouter attentivement afin d'apprécier au mieux :

- Les caractéristiques de l'agitation : intensité ; permanence ; récurrence ; qualité de contact.

- L'état de conscience : désorientation temporelle et spatiale ; obnubilation.

- L'existence d'altération de l'humeur ; l'orientation ; l'attention ; l'affectivité.

- La présence de phénomènes hallucinatoires et délirants.

- Il permet de répondre à plusieurs questions :

- Le malade est-il confus ?

- Délirant ?

- Existe-t-il des troubles du contact ou de l'affectivité ?

- Les examens paracliniques: En fonction de l'âge, de l'anamnèse, de l'orientation clinique, un certain nombre d'examen complémentaires sera éventuellement utile:

Glycémie capillaire

Bilan standard : ionogramme, calcémie, NFS, CRP, bilan hépatique;

Saturation artérielle en oxygène (SpO<sub>2</sub>)

Alcoolémie, recherche qualitative de médicaments dans le sang

ECG

Imagerie cérébrale; PL; EEG

Vitesse de sédimentation

Traitement de l'agitation

## **Moyens non pharmacologiques: Le retour au calme**

La prise en charge du patient agité est immédiate. **Elle est initialement relationnelle.** L'abord du médecin est calme mais ferme. Le principe est de se présenter, de rassurer, de séparer le patient de ce qui semble contribuer à son état d'agitation, d'essayer de le ramener à la réalité en lui proposant par exemple une boisson. Le médecin garde toujours une distance de sécurité et se positionne systématiquement vers la sortie, porte ouverte.

Dans ce contexte difficile, lorsque l'approche relationnelle est en échec, l'équipe médicale est amenée à recourir à une **contention physique** à laquelle il est souvent nécessaire d'associer une sédation. La contention physique est un acte thérapeutique, prescrit et destiné à permettre la sédation médicamenteuse.

La surveillance de la contention (ceinture ventrale et attaches des membres) est spécifique : surveillance de la ventilation et des points de contention.

La surveillance du patient agité est continue comportant

- La pression artérielle
- Fréquence cardiaque
- Surveillance de l'état neurologique (score de Glasgow)
- Fréquence respiratoire et de la saturation artérielle en oxygène.
- Température

Les constantes sont relevées toutes les heures.

Moyens pharmacologiques:

Le traitement est bien entendu étiologique quand il existe une cause somatique et un traitement curatif.

La sédation pharmacologique du patient agité représente un risque lié à l'incertitude diagnostique. Il est donc souhaitable d'utiliser un nombre restreint de molécules que l'on maîtrise.

## **Les benzodiazépines**

Les benzodiazépines sont des molécules polyvalentes dont la toxicité et les effets secondaires sont faibles à condition de respecter certaines précautions d'utilisation.

Les contre-indications à l'utilisation de benzodiazépines sont les myasthénies, les décompensations respiratoires graves et les états démentiels précoces (aggravation de la symptomatologie déficitaire).

Les effets secondaires sont essentiellement: l'hypotension artérielle et la dépression respiratoire.

Les principales benzodiazépines sont le midazolam, le lorazépam, le clorazébate dipotassique et le diazépam.

- Le diazépam (Valium®), dans sa forme intrarectale est la médication de choix chez l'enfant.

- Le midazolam (Hypnovel®) est préféré pour des sédations courtes et quand un effet immédiat est nécessaire.

- Le lorazépam (Temesta®) administré par voie intramusculaire, sa résorption est rapide, contrairement au chlorazébate dipotassique ou au diazépam. L'activité sédatrice du lorazépam injectable est comparable à celle de l'halopéridol chez les patients psychotiques, sous neuroleptiques au long cours.

- Le clorazébate dipotassique (Tranxène®) recommandé lors de l'ivresse alcoolique, l'utilisation du clorazébate à la dose de 50 à 100 mg per os ou de 10 mg/min en titration par voie intraveineuse jusqu'à l'obtention d'un début de sédation.

## **Les neuroleptiques**

Neuroleptiques de première génération

L'halopéridol (Haldol®) est actif rapidement et a un minimum d'effet anticholinergique, les doses vont de 0,5 à 2 mg pour une agitation modérée (ou pour les patients âgés), 2 à 5 mg pour l'agitation moyenne, 10 à 20 mg pour l'agitation sévère, toutes les 4 à 6

heures, ce qui fait donc au maximum 80 mg par 24 heures. Il faut être attentif à l'apparition d'un syndrome extrapyramidal sous forme de dystonie aiguë dont le spasme laryngé est la complication la plus redoutable et de dyskinésie.

Certains neuroleptiques peuvent prolonger l'intervalle QT, tels que la chlorpromazine, la thioridazine, le pimozide, le dropéridol et la ziprazidone. Ceci est susceptible d'entraîner une tachycardie ventriculaire et une torsade de pointe. Il faut être particulièrement vigilant chez les patients présentant une hypokaliémie ou un syndrome du QT long congénital.

L'utilisation de la lévopromazine (Nozinan<sup>®</sup>) doit être prudente à forte dose en raison de son effet anticholinergique puissant et du risque d'induire une hypotension.

#### Neuroleptiques de deuxième génération

L'olanzapine est produite sous une forme injectable. Elle a été l'objet de différentes études démontrant son efficacité à 10 mg et sa bonne tolérance.

Les neuroleptiques de deuxième génération, tels que l'olanzapine, ont en effet un profil d'effets secondaires qui se manifestera plutôt dans les traitements au long cours (prise de poids, diabète).

La rispéridone: plusieurs auteurs rapportent une efficacité comparable ou supérieure à l'halopéridol dans le traitement de l'agitation. La rispéridone (Risperdal<sup>®</sup>) est disponible sous une forme liquide qui présente l'avantage d'une biodisponibilité plus rapide en comparaison avec le comprimé.

#### Indications des différentes thérapeutiques

Agitation dont l'étiologie est organique: Le traitement doit être prioritairement étiologique quand la cause est somatique et qu'il existe un traitement curatif (hypoglycémie, agitation de la phase post-critique comitiale, intoxication à l'oxyde de carbone)

- Lors d'un sevrage éthylique accompagné de délirium tremens, la conférence de consensus de 1999 de la Société Française d'Alcoologie recommande en première intention le diazépam, loxazépam étant également validés dans cette indication.

© <http://psychiatriefes.org/formation/etudiants/cours-des-urgences/conduite-a-tenir-devant-un-etat-d-agitation>

- Lors de l'ivresse alcoolique, il est recommandé d'utiliser le clorazépate à la dose de 50 à 100 mg peros ou 10 mg/min en titration par voie intraveineuse jusqu'à l'obtention d'un début de sédation.

- Lors d'une intoxication aiguë à la cocaïne, la prescription de benzodiazépines est également documentée.

- Lors d'intoxication de stimulants (amphétamine, kétamine, phencyclidine), les neuroleptiques sont déconseillés en raison du risque d'hyperthermie

- Agitation dont l'étiologie est psychiatrique :

États d'agitation au cours des démences : risperidone ou autre anti-psychotiques.

Agitation chez patient porteur d'un trouble bipolaire : anti-psychotique et ou BZD

Agitation du sujet âgé : les anti-psychotiques sont indiqués en première intention (rispéridone et loxapine)

Nécessité chez l'enfant de moins de 15 ans et le sujet âgé d'adapter les doses au poids, à l'état d'hydratation et la fonction rénale.

En l'absence d'efficacité sédatrice du traitement médical, une étiologie notamment somatique doit être recherchée.

## **VII-CONCLUSION**

L'état d'agitation est une urgence absolue. Elle peut avoir une origine organique, toxicologique et pas uniquement psychiatrique.

Des troubles organiques potentiellement réversibles doivent être systématiquement recherchés

Une sédation s'impose après échec de prise en contact avec le patient et risque pour le patient ou une tierce personne.