



ETATS D'AGITATION PSYCHOMOTRICE

GENERALITES

L'état d'agitation psychomotrice est un symptôme non-spécifique souvent associé à une importante violence et agressivité dirigée vers le patient lui-même ou une autre personne. On retrouve ce symptôme chez le patient lui-même mais également parfois chez ses proches (par exemple en cas de décès après l'échec d'une réanimation) On distingue à cette agitation psychomotrice des causes psychiatriques, organiques ou toxicologiques. Certaines étiologies sont typiques de contextes particuliers :

- En milieu **hospitalier** et institutionnel, l'agitation est plus volontiers d'origine organique, liée à des douleurs que le patient ne peut pas exprimer (patients intubés, ou post-opératoire) voire sont secondaire à l'utilisation de certains médicaments.
- En **pré-hospitalier**, les états d'agitation surviennent plus volontiers dans un contexte d'intoxications ou d'abus aigus.

Fréquent : intoxication aiguë d'alcool (evtl. associée à des troubles de personnalité), psychose aiguë (schizophrénique ou bipolaire), état psychomoteur agressif dans des situations de conflits psychosociaux sans cause psychiatrique, intoxication médicamenteuse/ co-intoxication ; troubles de la personnalité (« comportement dyssocial »)

Moins fréquent : état post-convulsif dans le cadre d'une épilepsie, réaction à un facteur de stress sévère, handicap mental, démence, délire/ symptômes de sevrage, TCC préalable, troubles de personnalité organiques

Rare : encéphalopathie aiguë (p.ex. : saignements intracrâniens, encéphalite), troubles métaboliques – « internistes » (hypoglycémie, insuffisance hépatique ou rénale, hyperthyroïdie, troubles respiratoires, ...) encéphalopathie subaiguë

Tab. 1 : Causes d'états d'agitation psychomotrice

ASPECTS LEGAUX

L'intervention de l'équipe médicale dans une situation d'agitation implique une responsabilité importante du fait que l'on peut être amené à prendre rapidement des mesures, parfois très restrictives, sur la base le plus souvent d'informations très modestes et ce, évidemment, le plus souvent sans le consentement du patient, qui va même, bien souvent, s'opposer tant physiquement que verbalement à l'aide. Toute mesure se doit donc d'être *raisonnable et proportionnelle* face aux risques présentés.

Dans de telles situations, le principe légal qui doit régler l'intervention est basé sur l'article 17 du code pénal suisse (1) :

« **Etat de nécessité licite** »

Quiconque commet un acte punissable pour préserver d'un danger imminent et impossible à détourner autrement un bien juridique lui appartenant ou appartenant à un tiers, agit de manière licite s'il sauvegarde ainsi des intérêts prépondérants. »



Cette base légale s'applique ainsi tant au travail policier pour la prise en charge des personnes agitées jugés « dyssociaux » qu'au travail médical. Dans tous les cas, avant de taxer le patient de « crise de folie » les causes organiques et toxiques doivent être exclues ce qui justifie bien souvent une consultation dans un hôpital de premier recours.

L'hospitalisation primaire en milieu psychiatrique s'impose par contre en cas d'état d'agitation catatonique chez un patient schizophrénique avéré.

L'indication à une hospitalisation en milieu psychiatrique spécialisé (après bilan somatique) s'impose secondairement pour

- 1.) Les états d'agitation maniaque.
- 2.) Eventuellement les états d'agitation psychopathique.

- 3.) Les états d'agitation non-catatoniques chez le schizophrénique.

LA CATATONIE :

A côté des manifestations paranoïdes d'une schizophrénie (dissociation et délire autistique), la forme hétérocatatonique peut se manifester par une catatonie, une forme de discordance comportementale majeure avec une perte de l'initiative motrice (stupeur), un négativisme réalisant une opposition active aux ordres et une rigidité musculaire particulière (flexibilité cirreuse). Ce ralentissement psycho-moteur extrême peut faire brutalement place à une excitation désordonnée (fureur catatonique) et redoutable.

EVALUATION

Pour des raisons de sécurité, le premier contact avec le patient agité se fait en groupe. Avant d'intervenir, un évaluation de la situation s'impose :

- Une **observation** de l'intensité, du déroulement dans le temps (intermittent, permanent) et de l'agitation exprimée :
- Y-a-t-il de signes de violence ? p.ex. des objets renversés et cassés, un désordre important. Y-a-t-il des objets dangereux ?
 - Y-a-t-il des blessés (le patient lui-même éventuellement) ?
 - Juger l'entourage du patient. Dans un espace public : y-a-t-il la possibilité de se rendre dans un endroit moins fréquenté ?
 - Eloigner des personnes non-concernées ou des personnes qui pourraient être à l'origine de l'agitation.
 - Existe-t-il des « chemins de fuite » ? (rester entre patient et la porte !)

L'écoute : On rencontre souvent une agitation mixte (verbale et à la fois gestuelle). La forme du langage et son contenu renseignent sur les préoccupations du patient.

- Le patient exprime-t-il des menaces ? (qu'il faut prendre toujours au sérieux !)
- L'anamnèse par une 3e personne (si possible : pas devant le patient).

ENTRETIEN DE DÉSESCALADE

Un soutien psychologique spécialisé n'est qu'exceptionnellement disponible, sur site, dans la première heure de la prise en charge du patient. Mais souvent on retrouve un membre de l'équipe, plus expérimenté qui peut mener l'entretien, le « talk down ». Il est ainsi suggéré, dans cette phase :

- D'établir un contact physique ; de toucher le patient, soit qu'on lui serre la main pour le saluer, soit qu'on lui prenne le pouls.
- De laisser parler le patient ; s'il ne parle pas, de lui demander de quoi il souffre.
- De prendre au sérieux le patient, de parler des situations « déclenchantes ».
- De lui expliquer ce qu'on fait/on va faire.
- De ne pas réagir à des provocations, d'éviter les comportements « virils ».
- De l'instruire sur les conséquences d'un éventuel comportement violent de sa part.
- De s'assurer du soutien (ambulanciers/police) pour l'application d'éventuelles mesures coercitives.

CONTENTION

En cas d'échec à la tentative d'établir un contact avec le patient, l'administration d'un sédatif va s'imposer, nécessitant souvent la contention au moins transitoire du patient. Pour un adulte, cela nécessite dans des conditions optimales de 4 à 6 personnes (4 pour les 4 extrémités, 1 pour tête et 1 pour le torse) + une personne pour les examens complémentaires (glycémie capillaire !) et enfin l'administration du médicament.

Légalement comme médicalement, la contention non-surveillée n'est ni permise, ni acceptable ! dès que possible, surtout si sédaté ; le patient devenu « dépendant » de l'équipe d'intervention doit être monitoré installé en décubitus latéral et surveillé en permanence.

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX (SEDATION)

Les deux classes de médicaments utilisées pour le traitement de l'état d'agitation en urgence (« rapid tranquilization ») sont les benzodiazépines (BZD) et le groupe hétérogène des médicaments antipsychotiques.

Bien qu'il n'y ait pas de supériorité démontrée entre ces deux groupes de médicaments dans cette indication. En absence d'une pathologie psychiatrique connue, en cas d'une agitation dans le contexte d'une crise épileptique suspectée et chez des sujets jeunes, **une monothérapie avec benzodiazépine est recommandée.**

L'administration d'un sédatif par voie orale devrait être essayée si acceptée par le patient.... Parmi celles-ci les formes galéniques orodispersibles permettent d'augmenter la compliance (car il n'est pas possible au patient, de « cacher » le comprimé dans l'espace buccal). La vitesse de résorption est par contre identique avec les autres formes galéniques d'administration orale.

Chez le patient non-collaborant, une administration médicamenteuse intraveineuse peut être très difficile sinon acrobatique ce d'autant qu'elle nécessite préalablement la pose d'un accès périphérique....

La présence d'une voie veineuse offre l'avantage de titrer la BZD (le plus souvent du midazolam = Dormicum®) et ainsi, autre avantage non négligeable, de pouvoir utiliser une molécule (la BZD) pour laquelle on dispose le cas échéant d'un antidote.

Le plus souvent toutefois, mais avant tout pour des questions de réalisation pratiques, l'administration intramusculaire d'un médicament antipsychotique est indiquée (début d'action de l'halopéridol (Haldol®) i.m.= 20-30 min !) le choix dans ces conditions, d'un antipsychotique est en relation avec l'absorption très inconstante des benzodiazépines en intramusculaire.

Les benzodiazépines

En augmentant l'activité des récepteurs centrales de GABA-A (un récepteur dit inhibiteur de l'activité neuronale) le groupe des benzodiazépines (BZD) peut diminuer de manière efficace la composante motrice de l'agitation. On distingue en outre un effet hypnotique, anxiolytique et anti-convulsif. Les médicaments de ce groupe dont l'action est par ailleurs rapide se différencient par leur durée d'action et les voies d'administration possibles. Un grand avantage de ce groupe de médicaments est **l'antagonisation potentielle par le flumazénil (Anexate®)**. Ce groupe de médicaments développe toutefois une tolérance avec perte d'efficacité dans le traitement à long terme. Or souvent les patients concernés sont des consommateurs de BZD au long cours. Les autres effets secondaires des BZD sont rares mais la prudence s'impose avec les patients âgés chez lesquels ces mêmes médicaments peuvent paradoxalement causer des états d'agitation (!) et chez des patients souffrant d'une pathologie pulmonaire sévère avec le risque d'une dépression respiratoire. A cause de cela, on recommande pour toutes les formes intraveineuses une injection lente en titrant jusqu'à obtention de l'effet souhaité.

Substance	Forme galénique	Pic plasma (h)	Dose unique maximale i.v. (mg)	t1/2 (h)
Lorazépam Temesta®	Expidet : 1-2.5mg Amp 1ml=4mg	2	5	10-15
Diazépam Valium® Stesolid®	Cp 2.5 - 10mg Amp 10mg/2ml Gttes, supp	1	10	20-40 (métabolites)
Clonazépam Rivotril®	Cp 0.5 - 2mg / gttes Amp 1mg/ml	2-3	1	39-40
Midazolam Dormicum®	Cp 7.5- 15 mg Amp 5mg/ml, 15mg/3ml	1	5	2-4
Halopéridol Haldol®	Cp 1 - 10mg Gttes 1 ou 10mg/ml Amp 1mg/5ml	3-6 3-6 20min (im)	5	12-38
Olanzapine Zyprexa®	Cp/Velotab : 5-10-15mg Amp 10mg/2ml	5-8 15min (im)	10 (im)	30-40

Tab. II: Médicaments utilisés dans le traitement de l'agitation.

Les antipsychotiques (= neuroleptiques)

Il s'agit d'un groupe chimiquement hétérogène avec effets antipsychotiques par action sur des récepteurs centraux différents (histaminiques, sérotoninergiques, dopaminergiques, cholinergiques). L'administration orale résulte cependant en une absorption plus lente avec un pic de concentration plasmatique atteint après plusieurs heures et des résultats moins prédictibles. Les antipsychotiques conventionnels ont des effets anti-agressifs, sédatifs et antipsychotiques. **En phase aiguë, l'action antipsychotique spécifique n'intervient pas**, puisqu'elle prend au moins plusieurs jours pour être manifeste. Les effets secondaires

dans ce groupe de médicaments sont si importants qu'ils servent de distinction entre les deux grands groupes d'antipsychotiques actuellement utilisés : les antipsychotiques *conventionnels* et les antipsychotiques *atypiques*. Pour l'instant, l'antipsychotique conventionnel halopéridol (Haldol®) est le standard pour l'intervention en urgence.

Dans une situation d'urgence, un effet secondaire des antipsychotiques à considérer est le **syndrome de long QT** avec le risque d'arythmie par torsade de pointes (TdP).

Alors que le risque moyen de développer une TdP des patients qui prennent de l'Haldol® est proche du double de celui d'une population témoin (qui ne prend pas d'antipsychotiques) ce risque est clairement augmenté après l'injection iv. Dans une étude rétrospective², on observait une prévalence de « long QT » de 20% et d'arythmies par TdP de 10% après administration intraveineuse de hautes doses d'Haldol® sur une courte durée de temps (>35mg/24h).

Comme recommandation générale, l'application intraveineuse de 5mg par 30min ne devrait pas être dépassée, et la dose journalière maximale devrait être inférieure à 20mg.

Lors d'un traitement au long cours par contre, ce sont surtout des **syndromes extrapyramidaux**, essentiellement des dyskinésies oro-faciales (avec une incidence de 5% par an) ainsi qu'une prise de poids qui sont à l'origine de mauvaise acceptation et d'une non-compliance des patients. Des troubles gastro-intestinaux (iléus/choléstase/ perturbation des tests hépatiques) sont observés, un syndrome malin aux neuroleptiques est lui, extrêmement rare.

Surtout les effets extrapyramidaux sont plus rares dans le groupe des antipsychotiques « atypiques » qui comprennent la clozapine (Leponez®), le rispéridone (Risperdal®), l'olanzapine (Zyprexa®) et le quétiapine (Seroque®). Par contre, le syndrome de long QT semble être aussi fréquent dans ce groupe³.

Pour l'instant dans ce groupe, seul le Zyprexa® est disponible en forme galénique intramusculaire, d'action rapide et représente une potentielle alternative à l'Haldol® dans une situation d'urgence. Si le Zyprexa® en application im est plus rapidement efficace dans le traitement de l'agitation aiguë chez les patients schizophréniques, par contre son application intramusculaire concomitante à celles de benzodiazépines n'est pas recommandée (manques d'études). Par ailleurs, la forme galénique d'application intramusculaire n'est pas admise pour injection intraveineuse !

Des formes galéniques de dépôt « decanoat », « depot » ou « consta » constituent des formes d'administration im qui sont très efficaces dans la prophylaxie de la récurrence mais n'ont évidemment pas d'indication en urgence.

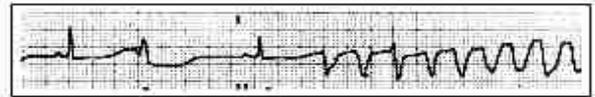


Fig. 1 : Tracé de rythme provenant d'un patient avec syndrome de long QT sous Haldol® montrant l'apparition d'une TdP².

A RETENIR

- Un état d'agitation peut avoir une origine organique, toxicologique et pas uniquement psychiatrique.
- Des troubles organiques potentiellement réversibles doivent être systématiquement recherchés : glycémie capillaire !!
- Une sédation s'impose après échec de prise en contact avec le patient et risque pour le patient ou une tierce personne.
- Des benzodiazépines devraient être utilisés en premier lieu (réversibilité !) ; en cas d'échec d'accès veineux, des médicaments antipsychotiques sont indiqués.
- Eviter autant que possible, l'injection d'Haldol® i.v. au vu du risque de long QT et TdP!
- Les antipsychotiques atypiques n'ont pas d'indication dans le traitement de l'agitation en pré-hospitalier.

Références :

- (1) cf également : Loeb, P. : Mesures de contrainte en médecine. Directives médico-éthiques de l'ASSM. Bulletin des médecins suisses. 2004. 85. 2707ff.
 (2) Sharma et al. : TdP associated with i.v. Haloperidol in critical ill patients. Am J Cardiol. 1998. 81:239-241
 (3) Ray et al. : Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. NEJM. 2009. 360:225ff..
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) : Clinical Practice Guidelines for Violence. 2005. [URL: http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=244477]
 Hanus, M./Olivier, L. : Psychiatrie de l'étudiant. Paris. 2003.
 N. Zoupanos et al. : Traitement de l'agitation aux urgences somatiques. RMS. 2005. 27: 30497.
 Pajonk et al. : Erregungszustände, Aggression und gewalttätiges Verhalten im Notarzt- und Rettungsdienst. AINS. 2008. 7-8:514ff.