

UNIVERSITÉ DE LILLE

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI-WAREMBOURG

Année 2020

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Des étiologies à sa prise en charge : réflexion autour de l'agitation
aux Urgences**

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 18 mars 2020

à 18 heures au Pôle Formation

par Pierre-Marie DEBACQ

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Frédérique WAREMBOURG

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Résumé	2
Glossaire	3
Introduction.....	4
Partie 1 : Revue de la littérature sur les étiologies et facteurs de risque d'agitation	7
1.1 Introduction.....	8
1.2 Objectifs	9
1.3 Méthodologie.....	10
1.4 Résultats de la revue de la littérature	13
1.5 Synthèse des résultats sur les étiologies et facteurs de risque d'agitation	29
1.6 Conclusion.....	35
Partie 2 : Étude descriptive des patients ayant présenté un état d'agitation aux Urgences adultes du CHU de Lille en 2017	36
2.1 Introduction et objectifs de l'étude	37
2.2 Matériel et méthodes.....	38
2.3 Résultats	43
2.4 Discussion.....	68
2.5 Conclusion.....	76
Partie 3 : Proposition de prise en charge de l'agitation aux Urgences en fonction des données de la littérature et de l'étude descriptive	77
3.1 9 ^e conférence de consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) »	78
3.2 Et depuis 2002 ?	85
3.3 Urgentistes et psychiatres : un travail en collaboration avec quelques différences de points de vue	95
3.4 Conclusion.....	98
Conclusion	108
Bibliographie.....	110
Annexe	115

Résumé

Contexte – L'agitation (psychomotrice) d'un patient est un syndrome pouvant impressionner les soignants aux Urgences générales, se trouvant alors démunis. Il leur est tentant de faire appel à une équipe de Psychiatrie pour gérer l'agitation. Nous nous sommes intéressés aux étiologies de l'agitation afin de déterminer si la gestion de celle-ci doit être uniquement une spécificité du psychiatre et réfléchir à une amélioration de la prise en charge de ce syndrome aux Urgences.

Méthode – Une revue de la littérature sur les étiologies de l'agitation dans différents types de services d'urgence a d'abord été réalisée. Puis nous avons entrepris une étude descriptive en 2017 aux Urgences adultes du CHU de Lille, afin de réaliser un état des lieux de la prise en charge de l'agitation. Enfin, avec cela, et en nous penchant sur diverses recommandations, nous avons proposé une synthèse et une possibilité de prise en charge de l'agitation.

Résultats – La littérature démontre que les étiologies diffèrent en fonction du lieu d'urgence : prédominance de causes addictologiques aux Urgences générales, psychiatriques aux Urgences psychiatriques, de ventilation mécanique et de douleurs aux Soins intensifs. Au CHU de Lille, le taux d'agitation est de 0,87 %. Les patients agités de moins de 65 ans le sont soit pour une cause addictologique (32,80 %), soit psychiatrique (32,80 %), avec deux sous-groupes qui se distinguent : symptômes d'allure psychotique (31,97 % des causes psychiatriques) et anxiété (31,97 % également). Pour ceux de 65 ans et plus, l'agitation est associée à une confusion d'origine diverse et variée (66,54 % des cas). La répartition des avis psychiatriques en cas d'agitation est de 55,42 % pour une cause psychiatrique, 30,72 % pour une cause addictologique et 14,86 % pour d'autres cas. En tout, 17 % des patients agités ont dû être contenus, et 31,13 % n'ont pas reçu de traitement sédatif associé. Enfin, la synthèse des recommandations indique que le traitement non médicamenteux consiste en des techniques relationnelles (désescalade, place de l'entourage...) et notamment la recherche de facteurs de risque d'agitation. Il existe des guides concernant le traitement médicamenteux, sans avoir de *consensus* clair. De même, les échelles d'évaluation existantes n'explorent l'état clinique qu'à l'instant T, alors que l'agitation évolue de manière rapide et imprévisible. L'ensemble de ces résultats nous a permis d'émettre une proposition de prise en charge de l'agitation aux Urgences.

Conclusion – L'agitation aux Urgences est un syndrome transnosographique, où l'urgentiste travaille en coordination avec différentes spécialités, dont la psychiatrie.

Glossaire

ACEP: *American College of Emergency Physicians*

APA: *American Psychiatric Association*

BETA: *Best practices for Evaluation and Treatment of Agitation*

CHU : Centre hospitalier et universitaire

CIC: *Crisis Intervention Center*

CIM 10 : 10^e version de la Classification internationale des maladies

CMP : Centre médico-psychologique

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en Addictologie

CPP : Comité de protection des personnes

CRP : Protéine C réactive

DES : Diplôme d'études spécialisées

DSM-5: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^e version)

ECG : Électrocardiogramme

IC 95 % : Intervalle de confiance à 95 %

IEP (numéro) : numéro d'identification externe du patient

HAS : Haute Autorité de Santé

OR: *Odds Ratio*

SFMU : Société française de médecine d'urgence

SOFA: *Sepsis-related Organ Failure Assessment*

SPDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SPDRE : Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'État

SpO2 : Saturation en oxygène

STAGE Study: "State of Acute Agitation at psychiatric Emergency in Europe" Study

TC : Traumatisme crânien

INTRODUCTION

L'agitation psychomotrice se définit, selon le Larousse, comme étant une « conduite paroxystique plus ou moins incohérente associant une excitation motrice et une excitation psychique ». (1) Nous retrouvons ainsi deux composantes distinctes à ce syndrome : motrice et psychique.

Le DSM-5 reprend ces deux composantes et approfondit la définition en décrivant l'agitation comme « une activité motrice excessive associée à un état de tension interne. L'activité est en général improductive et stéréotypée. Elle comprend des comportements tels que l'impossibilité de rester sur place et/ou de rester assis, la marche sans but, des frottements de mains, etc. » (2)

L'agitation est un syndrome bruyant traduisant très régulièrement une souffrance physique et/ou psychique importante. Cependant, ce caractère bruyant peut rapidement nuire à la relation médecin-patient, car il peut souvent être associé à de l'agressivité envers d'autres patients, l'entourage et/ou les soignants. (3) C'est dans ces moments qu'il peut être ainsi facile de vouloir « se débarrasser » au plus vite du patient, pour ne pas être gêné dans notre quotidien. (4)

Les services d'urgence accueillent de plus en plus de personnes avec des motifs variés. Il existerait actuellement une augmentation importante de l'activité de nombreux services d'urgence. (5) L'agitation, nécessitant des moyens humains importants, peut être compliquée à prendre en charge dans ces conditions. Par ailleurs, les équipes de Psychiatrie présentes aux Urgences sont régulièrement interpellées pour la prise en charge des patients agités, et ce, dès leur arrivée dans ce service, alors même que l'agitation est un syndrome. Ainsi, une étiologie se cache derrière ce phénomène bruyant...

Par conséquent, l'agitation doit-elle être uniquement réservée à la Psychiatrie ? Ou est-ce plus complexe que cela ? Pour ce travail, nous nous sommes donc intéressé aux différentes étiologies associées à ce syndrome, afin de réfléchir à une proposition de prise en charge de l'agitation (ou des agitations ?).

C'est pourquoi, dans un premier temps, nous effectuerons une revue de la littérature traitant des étiologies de l'agitation, pour ensuite proposer un état descriptif des patients agités aux Urgences du CHU de Lille au cours de l'année 2017. Fort de ces éléments ainsi que de différentes propositions de la littérature, nous terminerons par une proposition de prise en charge au sein des structures d'urgence.

Partie 1 :

Revue de la littérature sur les étiologies et
facteurs de risque d'agitation

1.1 Introduction

L'agitation est un état pouvant se rencontrer dans diverses pathologies. Différentes sociétés savantes et groupes de travail ont pu étudier le sujet, comme la SFMU (Société française de médecine d'urgence), qui, dans sa conférence de *consensus* sur l'agitation aux Urgences (excepté pour le petit enfant) de 2002, évoque plusieurs causes d'agitation, classées en différentes catégories (6) :

- causes somatiques :
 - hypoxie, hypercapnie,
 - états de choc,
 - hypoglycémie,
 - troubles électrolytiques,
 - épilepsie,
 - hémorragie méningée,
 - méningite, méningo-encéphalite,
 - accidents vasculaires cérébraux,
 - masses intracrâniennes,
 - globe vésical, fécalome,
 - hyperthermie,
 - traumatologie méconnue,
 - douleur ;
- causes addictologiques :
 - alcool,
 - stupéfiants, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes,
 - médicaments, notamment chez le sujet âgé ;

- causes psychiatriques :
 - accès maniaque,
 - bouffée délirante aiguë, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes,
 - schizophrénie,
 - délires chroniques paranoïaques,
 - personnalités antisociales et états limites,
 - attaque de panique,
 - crise de nerfs (ou agitation hystérique).

Un groupe de travail, le *Project BETA Workgroup* (« BETA » étant l'acronyme de *Best practices for Evaluation and Treatment of Agitation*), propose, en 2012, une classification de l'agitation en quatre catégories, reprenant les trois catégories précédentes et ajoutant l'agitation indifférenciée, celle-ci devant être traitée comme d'origine somatique, mais sans étiologie précise trouvée. (7)

1.2 Objectifs

Pour cette première partie, nous nous sommes intéressé à ce qui existait dans la littérature scientifique sur les étiologies et les facteurs de risque d'agitation. Nous avons ainsi voulu connaître la prévalence des différentes étiologies et les facteurs de risque d'agitation trouvés dans les études. Nos objectifs secondaires étaient de comparer les différentes étiologies en fonction :

- du lieu de l'étude ;
- de l'âge des patients.

1.3 Méthodologie

a) Sélection des articles

Les mots-clés ["*psychomotor agitation*" AND ("*causes*" OR "*etiology*")], en anglais et en français, ont été utilisés pour cette revue de la littérature. Les différentes bases de données consultées sont : PubMed, Ascodocpsy, LiSSa et ScienceDirect.

Une sélection des articles s'est faite sur le titre, dans un premier temps. Puis, après avoir supprimé les doublons et les articles n'ayant pas de rapport avec le sujet, nous avons lu le résumé des études restantes. Si celui-ci correspondait au thème de notre revue, l'article était inclus.

Nous avons également lu les références pour chaque étude retenue, afin d'inclure les articles pouvant faire partie de notre revue de la littérature. Ces derniers ont été sélectionnés selon la méthode citée ci-dessus.

Nous avons établi le *flowchart* en **figure 1**.

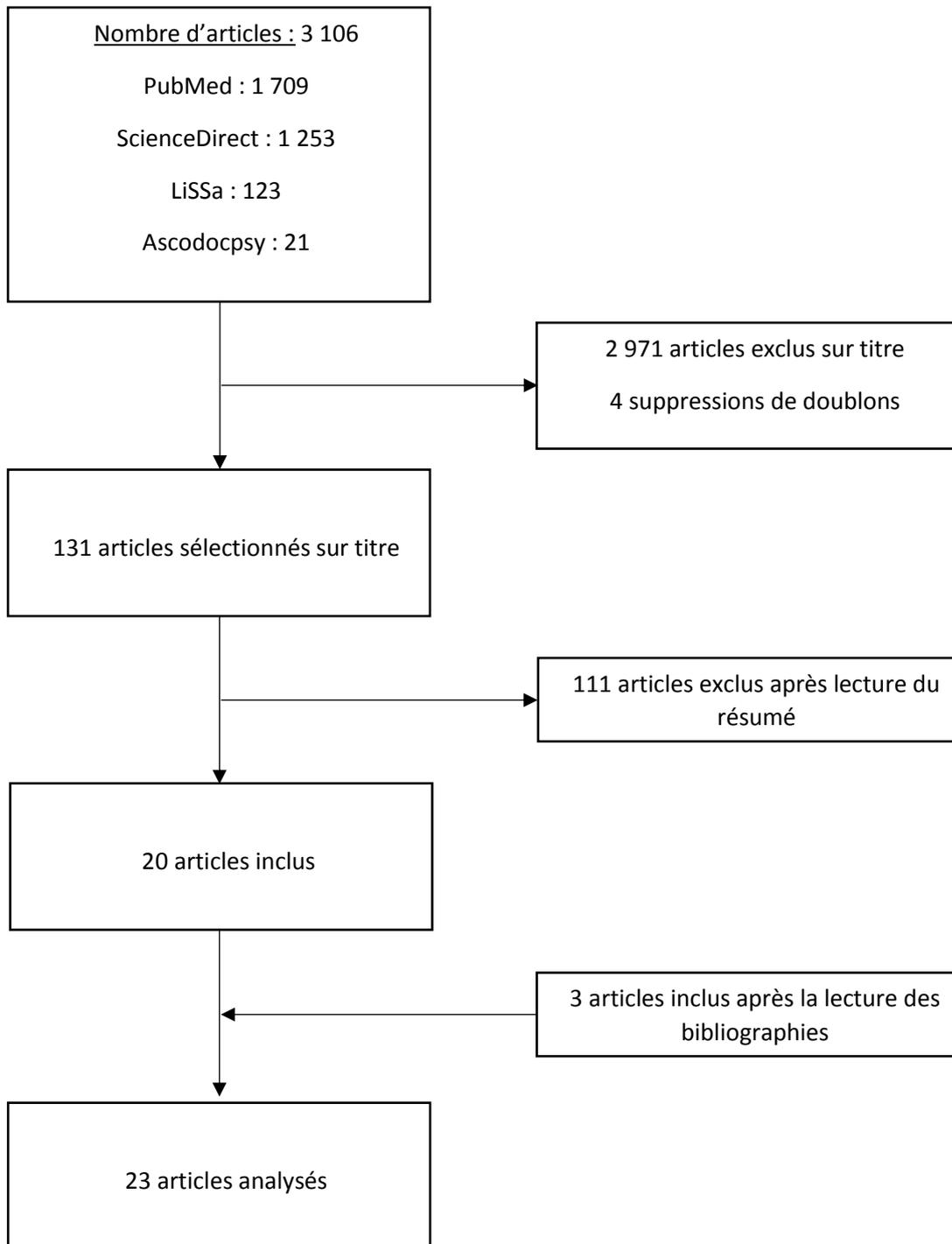


Figure 1 : Diagramme de flux des articles sélectionnés pour la revue de la littérature

b) Date de la revue

Les consultations d'articles ont été effectuées en mars 2018, avec une révision complémentaire en novembre 2018.

c) Caractéristiques recueillies

Nous avons recherché et sélectionné des études prospectives ou rétrospectives. Celles-ci devaient donner une fréquence d'agitation survenant dans le service de l'étude et/ou une répartition des étiologies et/ou facteurs de risque d'agitation chez les patients inclus.

Nous avons également extrait les données concernant le lieu (Urgences générales, Unités de Soins intensifs, Urgences psychiatriques...), afin de voir s'il pouvait exister une différence d'étiologie en fonction du lieu. De même, les informations sur la date et la durée de l'étude ont été extraites.

En parallèle, nous nous sommes intéressé au nombre de sujets inclus, afin de pouvoir estimer la puissance de l'étude en question.

d) Présentation des résultats

Nous avons décidé de présenter nos résultats en fonction du lieu de l'étude : d'abord aux Urgences générales, puis aux Soins intensifs, avant de finir aux Urgences psychiatriques. Nous terminerons cette revue de la littérature en nous focalisant sur la personne âgée.

1.4 Résultats de la revue de la littérature

a) Au sein des Urgences générales

L'ensemble des résultats concernant les Urgences générales est synthétisé à la fin de cette sous-partie (**tableau 1**).

Une étude prospective de l'équipe du Dr Moritz a été menée auprès des patients agités dans un service d'urgence au CHU de Rouen, avec inclusion de tout nouveau patient présentant un état d'agitation. (8) Les résultats montrent une incidence des états d'agitation de 0,56 % des admissions. L'alcool et l'usage de toxiques concernent 73 % des cas. Un facteur déclenchant a été identifié chez seulement 17 % des patients. Environ 25 % des patients ont été adressés à une unité psychiatrique pour une prise en charge spécialisée. Les auteurs avancent également l'hypoglycémie comme diagnostic somatique principal, étant donné que cette étiologie arrive en tête des étiologies somatiques, avec 4 % du total des patients.

Un autre travail du Dr Bourdinaud et du Dr Pochard, en 2003, s'est également intéressé à la prise en charge des patients en état d'agitation dans les services d'accueil et d'urgence en France. (9) L'équipe dirigeant l'étude a opté pour une méthodologie différente, en interrogeant directement les équipes des Urgences générales de France. Cette étude montre une prévalence estimée de situations d'agitation à 1,22 % du total des admissions. En tout, 29,5 % des services ont répondu au questionnaire réalisé pour cette enquête. Celle-ci a établi deux facteurs prédictifs d'une agitation, qui sont l'alcool (88 %) et la polytoxicomanie (46,3 %).

L'équipe du Dr Martel, quant à elle, s'est intéressée à l'utilisation de différents psychotropes sédatifs au cours de son étude en 2005. (10) Ont ainsi été recensés 144 sujets ayant présenté un état d'agitation aux Urgences générales. L'équipe a

alors recherché le(s) facteur(s) déclenchant(s) décrit(s) par le service des Urgences : 93,7 % des patients avaient comme facteur déclenchant une consommation d'alcool ; 11,8 % avaient eu une consommation de drogue illicite ; 20,8 %, un traumatisme crânien ; 9,7 %, une étiologie psychiatrique ; 0,7 %, une confusion.

Un travail a été mené en 2007 par l'équipe de Downes et al. auprès de patients ayant nécessité un déclenchement d'alarme pour agitation au sein des Urgences générales d'un hôpital australien. Cet article est intéressant, car il y est spécifié que le centre d'inclusion dispose d'une équipe de Psychiatrie de liaison. (11) En tout, 122 dossiers ont été analysés, pour 143 déclenchements d'alarme. Les diagnostics associés à l'état d'agitation sont : l'auto-agressivité (38 %, répartis de cette façon : 27 % d'auto-intoxication, 10 % d'automutilation et 1 % comprenant l'intrication de celles-ci), l'éthylisation et la consommation d'autres toxiques (33 %, répartis de cette façon : 14 % d'éthylisation, 14 % de consommation d'autres toxiques et 5 % comprenant l'intrication de celles-ci), les troubles psychiatriques (11 %), les troubles organiques (10 %), le sevrage (2 %) et les autres (6 %).

En 1987, l'équipe de Clinton et al. a étudié l'utilisation d'halopéridol chez des patients agités. (12) Elle a ainsi recruté une population à partir des Urgences générales, mais également à partir de son *Crisis Intervention Center* (CIC), unité d'Urgences psychiatriques s'articulant avec les Urgences générales. Il s'agit ici de l'intérêt de cette étude, c'est-à-dire de pouvoir comparer les patients du CIC et des Urgences générales. Ainsi, en nous intéressant à l'étiologie de l'agitation, nous pouvons remarquer que l'alcool prédomine aux Urgences générales (50 % des patients agités), alors que la psychose prédomine au CIC (49,2 % des patients).

Notons le travail du Dr Gerrer, alors étudiant en thèse de dernière année de DES de Psychiatrie, dont l'objectif principal était de savoir si la prise en charge du patient

agité admis aux Urgences du CHU de Dijon était conforme aux recommandations de 2002. L'objectif secondaire de cette étude était d'établir une description épidémiologique de la population de patients agités sur l'année 2017. (13) La prévalence des états d'agitation était de 0,38 %. En tout, 196 patients ont été inclus. L'auteur de la thèse a classé les causes d'agitation en trois catégories : ivresse alcoolique (24 % des cas), cause psychiatrique (50 % des cas) et cause organique (26 % des cas).

Enfin, une étude prospective récente, conduite par Miner et al., a été réalisée et a concerné l'ensemble des patients se présentant au sein des Urgences générales d'un hôpital urbain américain. L'équipe a inclus les épisodes d'agitation et les a analysés. (14) Ce travail est intéressant, car il s'agit d'un travail sur une population conséquente (43 488 patients). Sur l'ensemble des inclusions, 1 146 ont présenté un état d'agitation, soit une prévalence de 2,6 %. Les causes ont été recensées avec une possibilité d'intrication de plusieurs d'entre elles : d'origine psychiatrique (20 %), d'origine médicale (11 %), liées à l'alcool (83 %), liées à d'autres drogues (12 %).

Parmi ces étiologies, nous avons pu retrouver quelques études sur l'état d'agitation chez les traumatisés crâniens. (15) Ainsi, dans une population de personnes traumatisées, en nous appuyant sur une étude menée entre 2007 et 2009 mesurant la prévalence d'agitation chez ces patients, nous pouvons compter 53 patients sur 146 inclusions, soit 36,3 % des patients. (16) De plus, toujours d'après cette étude, le risque d'agitation est associé à la constatation de lésions sur le *scanner* cérébral.

Nom de l'article	Auteur	Lieu	Année	Nombre de patients	Incidence	Étiologies /
						Facteurs de risque
Les patients agités au service d'accueil et d'urgence du CHU de Rouen	Moritz et al.	Urgences générales	1999	100	0,56 %	Addictologie (73 %) Psychiatrie (25 %) Hypoglycémie (4 %)
Enquête sur la prise en charge des patients en état d'agitation dans les services d'accueil et d'urgence en France	Bourdinaud et Pochard	Urgences générales	2003	29,5 % des Urgences générales de France	1,22 %	Alcool (88 %) Polytoxicomanie (46,3 %)
<i>Management of Acute Undifferentiated Agitation in the Emergency Department: A Randomized Double-Blind Trial of Droperidol, Ziprasidone, and Midazolam</i>	Martel et al.	Urgences générales	2005	144	NC	Alcool (93,7 %) Traumatisme crânien (20,8 %) Drogue illicite (11,8 %) Psychiatrie (9,7 %) Confusion (0,7 %)
<i>Structured team approach to the agitated patient in the emergency department</i>	Downes et al.	Urgences générales	2007	122	0,55 %	Auto-intoxication (27 %) Éthylisation (14 %) Consommation d'autres drogues (14 %) Troubles psychiatriques (11 %) Troubles organiques (10 %) Automutilation (10 %) Autres (6 %) Éthylisation et conso. de drogues (5 %) Sevrage (2 %) Auto-intoxication et automutilation (1 %)

Tableau 1 : Caractéristiques de l'étude et étiologies de l'agitation trouvées pour les différents articles concernant les Urgences générales

Nom de l'article	Auteur	Lieu	Année	Nombre de patients	Incidence	Étiologies / Facteurs de risque
<i>Haloperidol for sedation of disruptive emergency patients</i>	Clinton et al.	Urgences générales et Crisis Intervention Center	1987	136	NC	<u>Urgences générales</u> Éthylisation aiguë (50,4 %) Troubles de la personnalité (15,4 %) Traumatisme crânien (14,5 %) Psychose (7,7 %) Autres drogues (7,7 %) Démence (2,6 %) Post-critique (1,7 %) <u>CIC</u> Psychose (49,2 %) Éthylisation aiguë (31,7 %) Troubles de la personnalité (17,5 %) Autres drogues (1,6 %)
Les patients agités dans le service des Urgences du CHU de Dijon : analyse des pratiques sur l'année 2017	Gerrer	Urgences générales	2017	192	0,38 %	Psychiatrique (50 %) Organique (26 %) Alcool (24 %)
<i>The Characteristics and Prevalence of Agitation in an Urban County Emergency Department</i>	Miner et al.	Urgences générales	2012-2014	1 146	2,60 %	Alcool (83 %) Psychiatrique (20 %) Autres drogues (12 %) Somatique (11 %)

Tableau 1 (suite) : Caractéristiques de l'étude et étiologies de l'agitation trouvées pour les différents articles concernant les Urgences générales

Nom de l'article	Auteur	Lieu	Année	Nombre de patients	Incidence
<i>Neuropsychiatric Disorders in Persons With Severe Traumatic Brain Injury: Prevalence, Phenomenology, and Relationship With Demographic, Clinical, and Functional Features</i>	Ciurli et al.	Unité de Réhabilitation	2007-2008	120 patients ayant un traumatisme crânien	24 % des patients avec un TC
<i>Agitation after traumatic brain injury and predictors of outcome</i>	Singh et al.	Unité de Réhabilitation	2007-2009	146 patients ayant un traumatisme crânien	36,3 % des patients avec un TC

Tableau 2 : Caractéristiques de l'étude et prévalence d'agitation trouvées pour les différents articles concernant les traumatisés crâniens

b) L'agitation dans un service de Soins intensifs

Nous avons pu trouver des articles sur l'agitation aux Soins intensifs et/ou en Réanimation. Nous les avons résumés ci-dessous, avec une synthèse à la fin de cette sous-partie, sous la forme du **tableau 3**.

Une étude menée par Jaber et al. au début des années 2000 au sein d'un service de Soins intensifs montre qu'en l'espace de huit mois, sur 182 patients inclus, 95 ont présenté un état d'agitation, soit 52 % des patients inclus. (17) Jaber et al. se sont intéressés aux facteurs de risque de développer une agitation et ont ainsi trouvé ceci :

- antécédents de prescription de psychotropes au long cours (OR : 5,63 ; IC 95 % : [1,32 – 23,70]) ;
- antécédents d'alcoolisme (OR : 3,32 ; IC 95 % : [1,12 – 10,00]) ;
- dysnatrémie (OR : 4,95 ; IC 95 % : [1,95 – 12,54]) ;
- hyperthermie (OR : 4,52 ; IC 95 % : [1,80 – 11,49]) ;
- utilisation de sédation dans les 48 heures avant l'épisode d'agitation (OR : 4,03 ; IC 95 % : [1,62 – 10,40]) ;
- *sepsis* (OR : 2,61 ; IC 95 % : [1,03 – 6,58]).

Fraser et al. ont mené une étude similaire, mais en distinguant les patients « jeunes » des patients « âgés ». (18) Sur un nombre de 130 patients inclus, 92 ont présenté un état d'agitation, soit 70,8 %. Il n'a pas été trouvé de différences significatives liées à l'âge du patient, que ce soit sur la fréquence, la durée ou la sévérité de l'agitation. Lors de l'analyse descriptive des étiologies probables d'agitation ont été rapportées :

- l'anxiété pour 22 % des patients ;
- la confusion pour 19 % d'entre eux ;
- la iatrogénie pour 17 % d'entre eux ;
- la douleur pour 15 % d'entre eux.

Burk et al. se sont également intéressés à la question, en cherchant les facteurs prédictifs d'agitation chez les patients admis en Soins intensifs. (19) Ils ont analysé les facteurs prédictifs à l'admission dans le service et 24 heures avant l'épisode d'agitation. En ce qui concerne les facteurs à l'admission, ont pu être trouvés de manière significative :

- les antécédents de dépendance à des drogues illicites (OR : 2,43 ; IC 95 % : [1,18 – 5,15]) ;
- un score SOFA (*Sepsis-related Organ Failure Assessment*) dans les catégories respiratoires et/ou neurologiques élevé, traduisant des défaillances d'organe :
 - o respiratoires (OR : 1,58 ; IC 95 % : [1,12 – 2,28]),
 - o neurologiques (OR : 1,90 ; IC 95 % : [1,45 – 2,54]) ;
- l'utilisation de contention (OR : 3,77 ; IC 95 % [1,39 – 11,53]).

Concernant les facteurs de risque dans les 24 heures précédant l'épisode d'agitation, plusieurs ont été trouvés :

- des antécédents psychiatriques (OR : 6,24 ; IC 95 % : [1,4 – 32,4]) ;
- un score SOFA augmenté (OR : 2,3 ; IC 95 % : [2,1 – 2,6]) ;
- une PaO₂/FiO₂ < 200 (OR : 4,7 ; IC 95 % : [1,4 – 17,9]) ;
- un pH augmenté (OR : 1,3 ; IC 95 % : [1,02 – 1,75]) ;
- l'utilisation de contention (OR : 1,04 ; IC 95 % : [1,01 – 1,08]) ;

- la ventilation mécanique (OR : 1,03 ; IC 95 % : [1,01 – 1,04]) ;
- la douleur (OR : 1,2 ; IC 95 % : [1,05 – 1,4]) ;
- la présence d'un cathéter urinaire (OR : 3,8 ; IC 95 % : [1,2 – 12,98]).

Yu et al. ont réalisé une étude afin de déterminer l'incidence et les causes d'agitation dans un service de soins postopératoires chez 2 000 patients. (20) En tout, 426 d'entre eux ont présenté un état d'agitation, soit 21,3 % de la population d'étude. Parmi les facteurs de risque d'agitation, l'équipe a pu trouver l'utilisation de Doxapram (stimulant respiratoire) avec un OR de 9,2 (IC 95 % : 6,2 – 15,4), la douleur avec un OR de 8,2 (IC 95 % : 4,5 – 16,9), ainsi que la présence d'une sonde trachéale et/ou d'un cathéter urinaire avec des OR respectifs de 7,6 (IC 95 % : 5,1 – 11,3) et 4,4 (IC 95 % : 2,6 – 8,9).

Almeida et al. ont également mené une étude dans leur service de Soins intensifs. (21) En tout, 113 patients ont été inclus, et l'incidence d'agitation dans les sept jours suivant l'admission était de 31,8 %. Les différents facteurs de risque d'agitation sont :

- l'addiction tabagique avec un OR de 4,49 (IC 95 % : 1,33 – 15,17) ;
- la confusion avec un OR de 24,14 (IC 95 % : 5,15 – 113,14) ;
- une douleur modérée ou sévère avec un OR de 5,74 (IC 95 % : 1,73 – 19,10) ;
- la ventilation mécanique avec un OR de 10,14 (IC 95 % : 2,93 – 35,10).

Nom de l'article	Auteur	Lieu	Année	Nombre de patients	Incidence	Étiologies / Facteurs de risque
<i>A Prospective Study of Agitation in a Medical-Surgical ICU: Incidence, Risk Factors, and Outcomes</i>	Jaber et al.	Unité de Soins intensifs	1999-2000	182	52 %	Antécédents de psychotropes au long cours Antécédents d'alcoolisme Dysnatrémie Hyperthermie Sédation dans les 48 heures précédant l'agitation <i>Sepsis</i>
<i>Frequency, Severity, and Treatment of Agitation in Young versus Elderly Patients in the ICU</i>	Fraser et al.	Unité de Soins intensifs	1995	130	70,80 %	Anxiété (22 %) Confusion (19 %) Iatrogénie (17 %) Douleur (15 %)
<i>Predictors of agitation in critically ill adults</i>	Burk et al.	Unité de Soins intensifs	2014	200	NC	<u>À l'entrée</u> Antécédents de dépendance Score SOFA respiratoire et/ou neurologique élevé Utilisation de contention <u>Dans les 24 heures précédentes</u> Antécédents psychiatriques Score SOFA augmenté PaO ₂ /FiO ₂ < 200 pH augmenté Utilisation de contention Ventilation mécanique Douleur Présence d'un cathéter urinaire

Tableau 3 : Caractéristiques de l'étude et étiologies de l'agitation trouvées pour les différents articles concernant les unités de Soins intensifs

Nom de l'article	Auteur	Lieu	Année	Nombre de patients	Incidence	Étiologies / Facteurs de risque
<i>Emergence agitation in adults: risk factors in 2,000 patients</i>	Yu et al.	Service post-opératoire	2008	2000	21,30 %	Utilisation de stimulant respiratoire Douleur Sonde trachéale et/ou cathéter urinaire
<i>Risk factors for agitation in critically ill patients</i>	Almeida et al.	Unité de Soins intensifs	2014	113	31,80 %	Addiction tabagique Confusion Douleur modérée ou sévère Ventilation mécanique

Tableau 3 (suite) : Caractéristiques de l'étude et étiologies de l'agitation trouvées pour les différents articles concernant les unités de Soins intensifs

c) Aux Urgences psychiatriques

Les données recueillies pour cette sous-partie sont synthétisées à la fin de celle-ci, dans le **tableau 4**.

Les cas d'agitation et/ou d'agression aux Urgences psychiatriques peuvent atteindre un taux de 31 % selon certaines études, comme celle de Dhossche. (22) D'ailleurs, dans son article, l'auteur constate que l'agitation chez des patients hospitalisés en Psychiatrie est souvent associée à une symptomatologie d'allure psychotique, ainsi qu'à une consommation récente de toxiques. Cependant, le Dr Dhossche ne trouve pas d'études concernant cette association chez les patients aux Urgences psychiatriques et il en fait donc l'objectif principal de son travail. Les résultats montrent qu'il ne remarque pas de lien significatif entre agitation et consommation récente de toxiques, mais qu'il en remarque un entre symptomatologie d'allure psychotique et agitation. Néanmoins, le Dr Dhossche suggère que, dans le contexte de l'urgence psychiatrique, le caractère aigu et bruyant des troubles d'allure psychotique peut plus facilement masquer une prise de toxiques associée.

Une autre étude, celle de McNiel et al., a consisté à déterminer le rôle de la violence et/ou de l'agitation dans le choix du praticien des Urgences psychiatriques à hospitaliser le patient ou non. (23) L'auteur ne trouve pas de lien entre violence/agitation et hospitalisation. En effet, les résultats suggèrent que les variables cliniques, telles que le « diagnostic posé aux Urgences psychiatriques » et la « sévérité des troubles », sont des facteurs prédictifs plus importants d'une décision d'hospitalisation que la présence d'une agitation.

Une analyse descriptive des diagnostics des patients agités fait apparaître une majorité de schizophrénie et autres psychoses, d'épisodes maniaques, de

consommation de drogues et d'épisodes dépressifs. À noter également une part somatique assez faible (5,6 %) et une propension importante aux diagnostics « autres », regroupant de nombreuses autres pathologies.

Rappelons également que l'étude de Clinton et al. (12), ayant recruté des patients dans les Urgences générales mais également au *Crisis Intervention Center* (CIC), qui est une unité d'Urgences psychiatriques s'articulant avec les Urgences générales, présente des résultats similaires aux précédentes études, en faisant apparaître une majorité de patients agités avec une étiologie psychotique (49,2 % des patients agités du CIC).

Enfin, nous souhaitons évoquer ici une étude récente de 2016 : la *STAGE Study*. (24) Il s'agit d'une étude multicentrique à l'échelle européenne qui s'est déroulée sur une semaine. Les auteurs ont inclus tous les patients ayant présenté une agitation au sein de l'un des 27 services d'Urgences psychiatriques participant à travers l'Europe, soit 7 295. Sur ce total, 334 agitations ont été enregistrées (4,6 % avec un intervalle de confiance à 95 % compris entre 4,12 et 5,08). Cela permet de donner une incidence plus représentative, compte tenu du nombre de patients.

Les résultats de la *STAGE Study* trouvent également des étiologies semblables aux précédentes études réalisées aux Urgences psychiatriques, avec une majorité de personnes incluses ayant un diagnostic de schizophrénie (50,3 % des épisodes), de troubles bipolaires (24,2 % des épisodes), de consommation de toxiques (16,4 % des épisodes), de troubles de la personnalité (14,5 % des épisodes) ou un autre diagnostic (27,3 % des épisodes comprenant l'autisme, la déficience mentale, les troubles affectifs, l'anorexie...). Il est à noter qu'il n'y a pas forcément de cause unique trouvée, car, pour environ un tiers des épisodes (32,7 %), une consommation

d'alcool est rapportée alors que les antécédents de tabagisme concernent la moitié des patients ayant eu un épisode d'agitation (49,7 %).

Nom de l'article	Auteur	Lieu	Année	Nombre de patients	Incidence	Étiologies / Facteurs de risque
<i>The role of violence in decisions about hospitalization from the psychiatric emergency room</i>	McNiel et al.	Urgences psychiatriques	1988	321	31 %	Schizophrénie (31,7 %) Consommation de drogues (21,6 %) Autres (18,8 %) Épisode maniaque (9,7 %) Autres psychoses (6,9 %) Épisode dépressif (5,6 %) Somatique (5,6 %)
<i>Aggression and recent substance abuse: absence of association in psychiatric emergency room patients</i>	Dhossche DM.	Urgences psychiatriques	1996	311	30,87 %	Psychose
<i>State of Acute Agitation at Psychiatric Emergencies in Europe: The STAGE Study</i>	San et al.	Urgences psychiatriques	2014	7295	4,60 %	Schizophrénie (50,3 %) Troubles bipolaires (24,2 %) Consommation de toxiques (16,4 %) Troubles de la personnalité (14,5 %) Autres diagnostics (27,3 %) : autisme, déficience mentale, troubles affectifs, anorexie...

Tableau 4 : Caractéristiques de l'étude et étiologies du syndrome d'agitation trouvées pour les différents articles concernant les Urgences psychiatriques

d) La personne âgée

Les états d'agitation chez la personne âgée sont facilement reliés à la démence dans notre culture. Même si la démence peut être un facteur majorant l'état d'agitation, une étude de Ancill, Carlyle et al. montre qu'il existe un élément déclencheur autre que le diagnostic seul de démence dans 67 % des cas : une dépression, un état de confusion, des douleurs sont les causes principales. Le recrutement de cette étude s'est fait parmi les patients d'une unité psychogériatrique. (25)

Une autre étude de Ancill, Embury et al. montre que le diagnostic de dépression chez une majorité de patients en psychogériatrie est sous-évalué. Sur cent patients présentant des troubles du comportement à type d'agitation, le diagnostic de démence passe de 74 % en préadmission à 44 % après observation et évaluation. À l'inverse, celui de dépression passe de 13 à 42 %. (26)

La dépression, en psychogériatrie, peut prendre des formes frustes, parmi lesquelles l'agitation et l'agressivité peuvent masquer la dépression. Nous n'aurons pas un tableau clinique franc, mais un tableau subsyndromique avec uniquement des troubles des fonctions instinctuelles ou simplement un tableau de perplexité anxieuse et/ou d'agressivité avec agitation... Selon certains auteurs, il s'agirait d'un trouble dépressif sans tristesse de la personne âgée. (27)

Concernant la confusion, plusieurs études montrent que le diagnostic de confusion chez les patients âgés aux Urgences présentant un état d'agitation varie de 25 à 64 %. (28, 29) Cependant, confusion et agitation sont deux urgences médicales bien distinctes. En effet, 33 % des patients présentant une confusion ne sont pas agités. (28)

Certaines études montrent également que l'agitation du sujet âgé peut être due à une aide inadaptée par les aidants, pour de multiples raisons : manque de formation, épuisement au fil du temps, maltraitance... Les aidants, tout comme les soignants, peuvent être un facteur déclenchant dans 12,5 à 15 % des manifestations d'agitation du sujet âgé. (30)

Enfin, dans le cadre des troubles neurodégénératifs, il peut se produire une apparition de symptômes d'allure psychotique, tels que les hallucinations, les syndromes délirants de persécution... Ces symptômes sont susceptibles de générer une rupture avec un état antérieur et une anxiété importante, source d'agitation chez ces patients. (31) Cependant, la notion de « psychose » reste encore très débattue de nos jours. (32)

Tout comme n'importe quel autre patient, la douleur chez la personne âgée est un symptôme pouvant se manifester par une agitation, surtout lorsque le moyen de communication du patient est altéré. (6)

1.5 Synthèse des résultats sur les étiologies et facteurs de risque d'agitation

a) Analyse de l'incidence de l'agitation dans les différentes études de notre revue

À partir des études analysées précédemment, nous pouvons déterminer une incidence de l'agitation en fonction des lieux de soins d'urgence, repris sur la **figure 2**. Nous constatons que, même si nous avons un nombre d'études peu conséquent, l'incidence de l'agitation diffère en fonction du lieu de soins. Les agitations semblent plutôt fréquentes aux Soins intensifs (chiffre d'incidence allant de 21,30 à 70 % des patients), contrairement aux Urgences générales (de 0,38 à 2,60 %). Pour expliquer cette différence, nous émettons l'hypothèse d'une présence

plus importante de facteurs de risque d'agitation aux Soins intensifs (douleurs, inconfort, état clinique instable...) qu'aux Urgences générales, accueillant une population plus diverse et variée. (33)

Pour ce qui est des Urgences psychiatriques, nous avons des chiffres intermédiaires (de 4,6 à 31 %), avec un fait notable : la seule étude comportant un nombre important de patients inclus (7 295 patients dans l'étude de San et al.) diffère des deux autres études, avec un chiffre d'incidence plus faible (4,6 % dans l'étude de San et al., contre environ 30 % pour les deux autres études, incluant 311 et 321 patients).

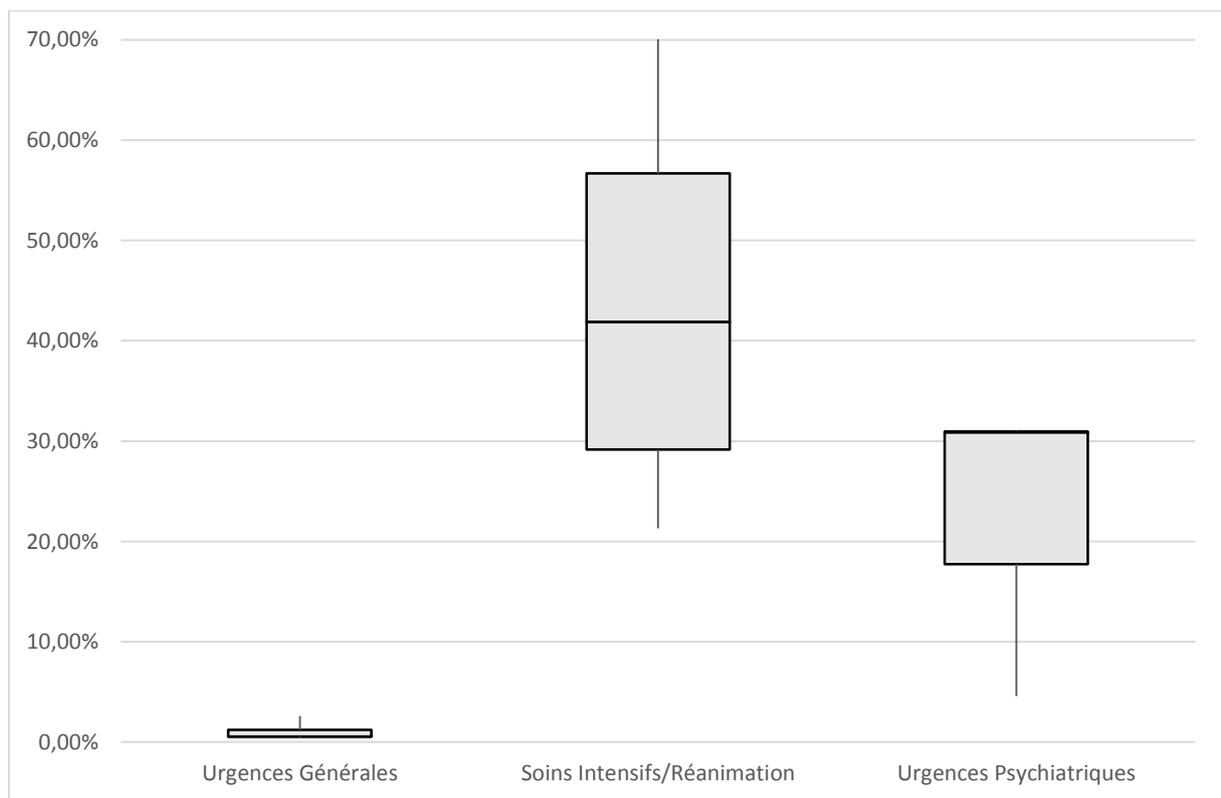


Figure 2 : Incidence de l'agitation en fonction du lieu de soins d'urgence

b) Étiologies et/ou facteurs de risque en fonction du lieu de l'étude

Nous vous proposons une synthèse de l'occurrence des différentes étiologies en fonction du lieu de l'étude (**tableau 5**). Nous remarquons ainsi que la consommation d'alcool et/ou les antécédents addictologiques sont des causes assez fréquentes d'agitation, et ce, quel que soit le lieu d'hospitalisation du patient.

Une étiologie psychiatrique est souvent trouvée, peu importe le lieu, avec une prédominance nette de diagnostics de schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques dans les Urgences psychiatriques.

Enfin, les médecins des services de Soins intensifs et/ou de Réanimation ont également pu étudier les étiologies des états d'agitation, et il s'avère que l'une des plus fréquentes est la douleur.

Étiologies / Facteurs de risque	Urgences générales	Réanimation / Soins intensifs	Urgences psychiatriques	Total
Addictologie - Drogue(s) autre(s)	6	2	3	11
Addictologie - Alcool	7	2	1	10
Psychiatrie	5	1	0	6
Troubles organiques	3	1	1	5
Troubles psychotiques	1	0	3	4
Douleur	0	4	0	4
Confusion	1	2	0	3
Troubles de la personnalité	1	0	2	3
Traumatisme crânien	2	0	0	2
Ventilation mécanique	0	2	0	2
Schizophrénie	0	0	2	2
Épisode maniaque	0	0	2	2
Hypoglycémie	1	0	0	1
Auto-intoxication	1	0	0	1
Automutilation	1	0	0	1
Sevrage	1	0	0	1
Démence	1	0	0	1
Déficit post-critique	1	0	0	1
Antécédents de prescription de psychotropes	0	1	0	1
Dysnatrémie	0	1	0	1
Hyperthermie	0	1	0	1
<i>Sepsis</i>	0	1	0	1
Sédation dans les 48 h précédentes	0	1	0	1
Anxiété	0	1	0	1
Iatrogénie	0	1	0	1
Utilisation de contention	0	1	0	1
Épisode dépressif	0	0	1	1

Tableau 5 : Étiologies ou facteurs de risque d'agitation trouvés dans les différents articles de la revue de la littérature (exprimés en « occurrence »)

La répartition des étiologies des états d'agitation selon le lieu de l'étude nous montre que celles-ci semblent différer avec :

- une prédominance de la composante addictologique aux Urgences générales et une moindre importance de la composante psychiatrique (**figure 3a**) ;

- une présence de facteurs de risque spécifiques pour les Soins intensifs (ventilation mécanique...) et d'autres pouvant également être trouvés chez n'importe quel type de patients, comme la douleur, par exemple (même si cela n'est pas évoqué dans notre revue de la littérature) (**figure 3b**) ;
- une prédominance de la pathologie psychotique aux Urgences psychiatriques, avec une composante « alcool » présente, mais dans une moindre mesure qu'aux Urgences générales (**figure 3c**).

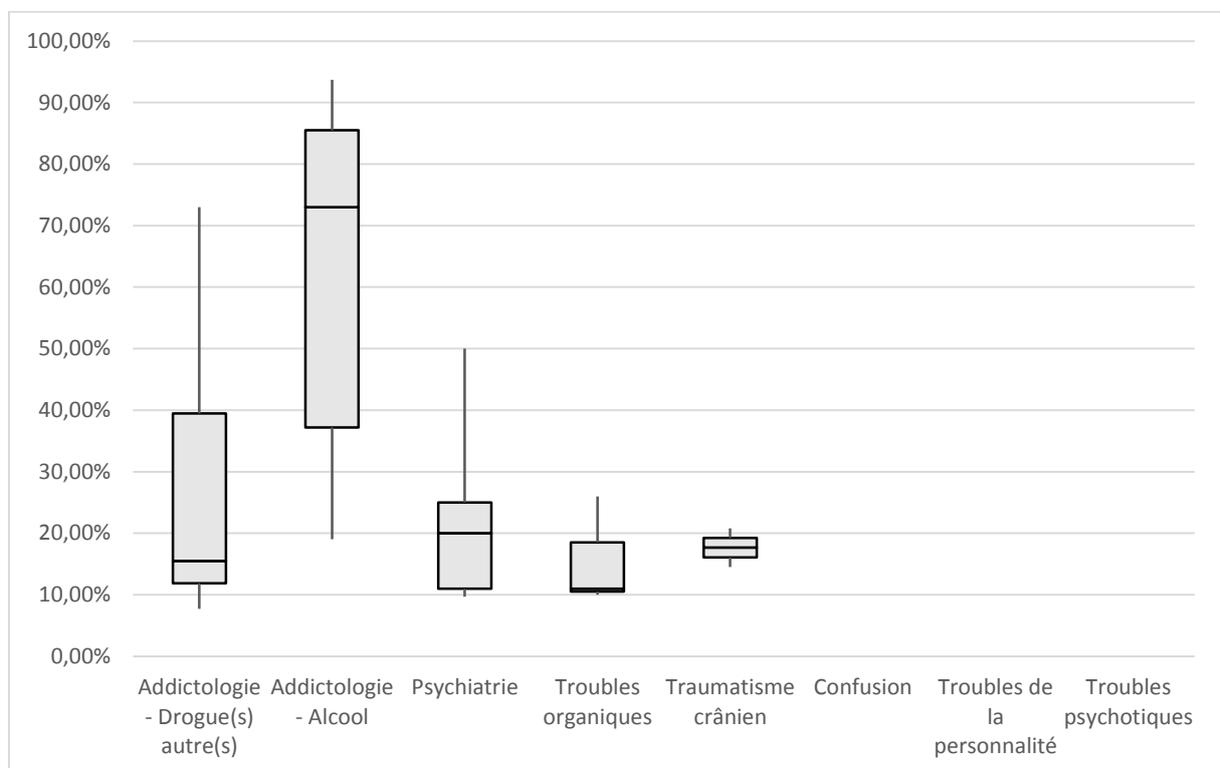


Figure 3a : Étiologies ou facteurs de risque d'agitation chez les patients aux Urgences générales
Ne figurent pas la confusion (0,70 %), les troubles de la personnalité (15,4 %) et les troubles psychotiques (7,70 %), car nous ne disposons que d'une seule valeur pour chaque étiologie.

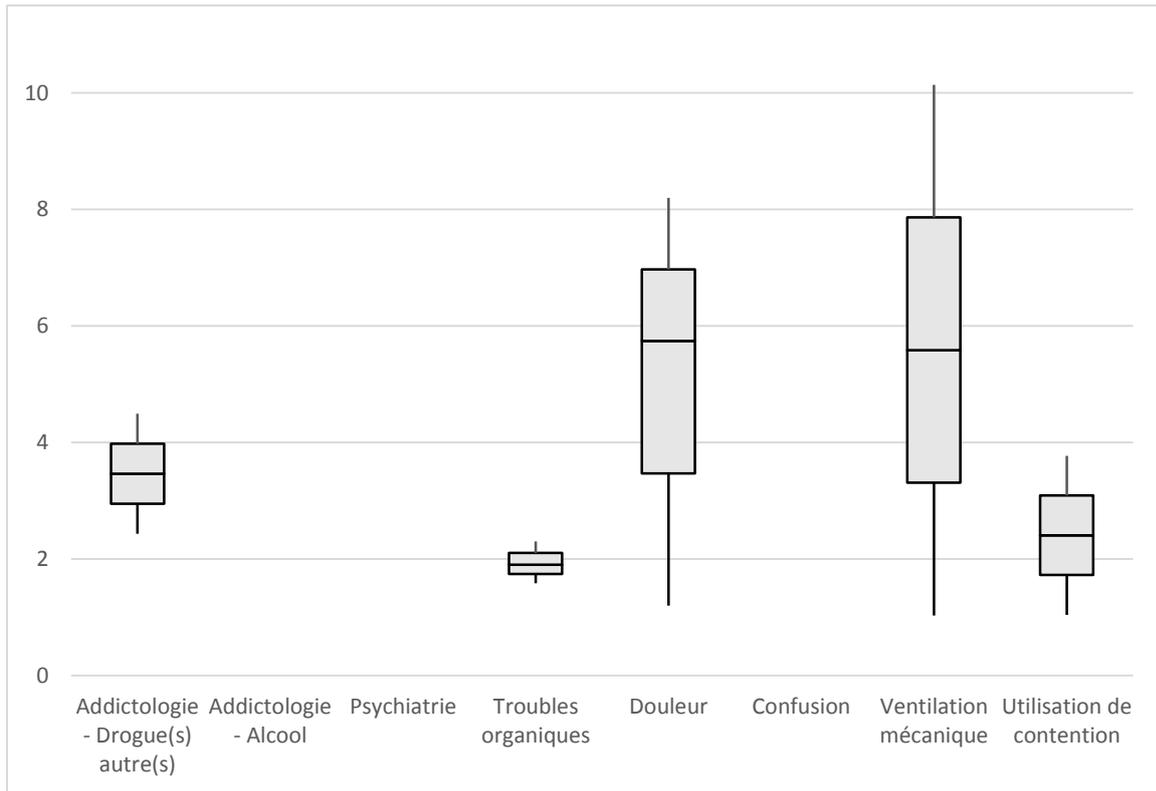


Figure 3b : Étiologies ou facteurs de risque d'agitation chez les patients aux Soins intensifs / Réanimation (exprimés en Odds Ratio)
 Ne figurent pas l'alcool (3,32 %), la confusion (24,14 %) et les troubles psychiatriques (6,24 %), car nous ne disposons que d'une seule valeur pour chaque étiologie.

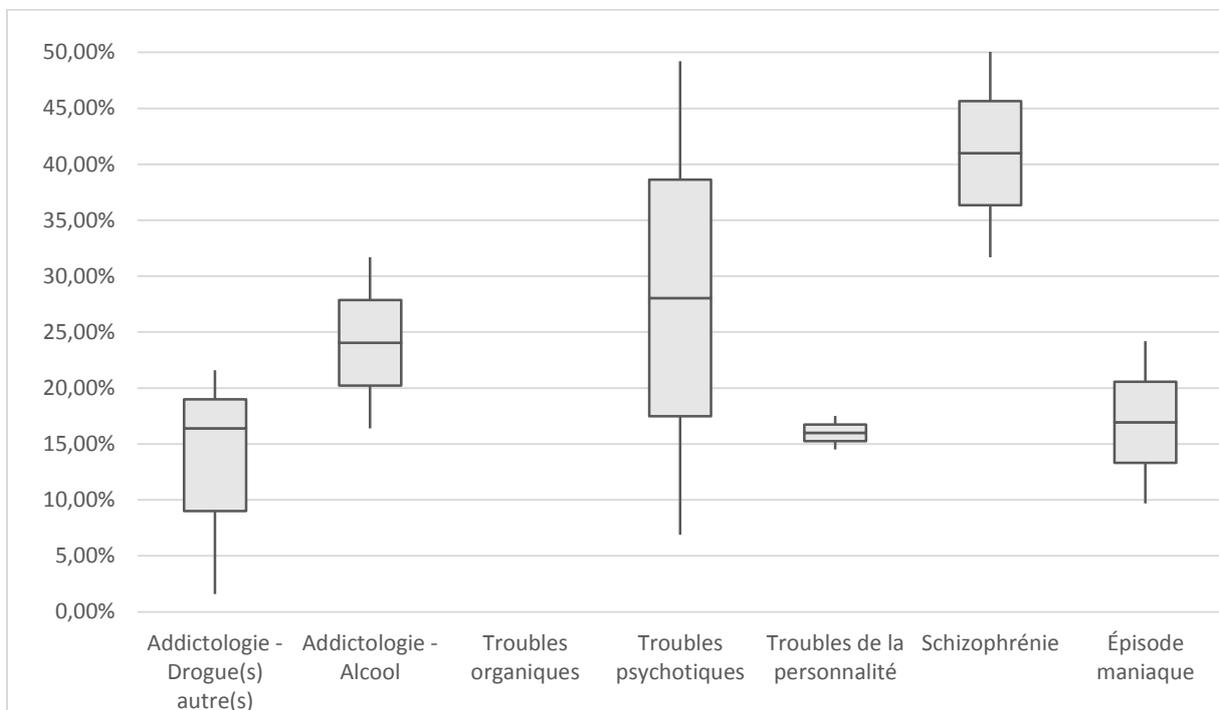


Figure 3c : Étiologies ou facteurs de risque d'agitation chez les patients aux Urgences psychiatriques
 Ne figurent pas les troubles organiques (5,60 %) car nous ne disposons que d'une seule valeur pour chaque étiologie.

c) Agitation chez la personne âgée

Enfin, pour la personne âgée, en guise de synthèse, nous pouvons reprendre un sigle proposé par Roberge (34), permettant d'évoquer les étiologies principales d'agitation : « D3AP » pour « *Delirium/Confusion*, Douleur, Dépression, Aide inappropriée et Psychose ».

1.6 Conclusion

La revue de la littérature nous permet de voir que les étiologies de l'agitation diffèrent en fonction du lieu de soins, avec une prédominance de troubles addictologiques aux Urgences générales, de troubles psychotiques aux Urgences psychiatriques et d'étiologies spécifiques (ventilation mécanique...) ou non spécifiques aux Soins intensifs (douleurs...). De même, l'incidence d'agitation semble différer en fonction du lieu de soins d'urgence, ce qui est sans doute dû aux spécificités de la population accueillie (état clinique instable aux Soins intensifs *versus* population plus diverse aux Urgences générales...).

Partie 2 :

Étude descriptive des patients ayant
présenté un état d'agitation aux Urgences
adultes du CHU de Lille en 2017

2.1 Introduction et objectifs de l'étude

L'agitation psychomotrice est un syndrome ayant de nombreuses étiologies possibles, différentes en fonction de l'âge, d'après notre revue de la littérature. D'ailleurs, celle-ci permet de mettre en évidence le faible nombre d'études s'intéressant à l'étiologie de l'épisode d'agitation survenant au sein d'un service d'urgence. De plus, la plupart de ces travaux incluent un faible nombre de patients.

L'agitation peut être rapidement un obstacle dans la relation soignant-soigné, en suscitant un rejet auprès du personnel médical et/ou paramédical, à cause de son caractère brutal et violent. (35)

Pouvoir identifier les étiologies de l'agitation psychomotrice les plus fréquentes au sein d'un service d'Urgences générales permettrait de fournir des informations, formations et/ou protocoles de soins en fonction de ces étiologies les plus fréquemment rencontrées. Cela améliorerait la relation soignant-soigné, grâce à une meilleure prise en considération du syndrome d'agitation psychomotrice, et cela permettrait donc de diminuer le rejet que celui-ci peut susciter.

C'est pour cela que nous avons décidé de réaliser une étude descriptive sur l'agitation au sein des Urgences générales, incluant une unité d'Urgences psychiatriques, d'un hôpital universitaire (le CHU de Lille). L'objectif de ce travail est, en effet, d'analyser les étiologies sous-jacentes aux états d'agitation pour les patients pris en charge dans le service des Urgences adultes du CHU de Lille en 2017.

Les objectifs secondaires sont :

- décrire les avis spécialisés demandés par les urgentistes pour ces patients ;
- décrire les étiologies pour lesquelles un avis psychiatrique a été demandé ;
- décrire l'orientation à la sortie des patients agités ;
- décrire les traitements reçus par ces patients ;
- déterminer la proportion de contention prescrite chez ces patients, ainsi que la proportion de patients contenus ayant reçu une sédation ;
- décrire les étiologies pour lesquelles une contention a été nécessaire.

2.2 Matériel et méthodes

a) Lieu de l'étude

Les Urgences de l'hôpital Roger Salengro du CHU de Lille se divisent en plusieurs secteurs de prise en charge (Urgences médico-chirurgicales, Circuit court, Urgences pédiatriques, Déchocage...). Le nombre de passages en 2017 aux Urgences adultes était d'environ 70 000. (36) Le logiciel utilisé est *Resurgences*®.

Nous avons exclu de notre étude les patients des Urgences pédiatriques.

b) Première méthodologie retenue

Nous avons retenu comme méthodologie, dans un premier temps, une extraction de données du logiciel *Resurgences*® sur trois années (de 2015 à 2017) des dossiers de patients ayant présenté un état d'agitation à leur entrée et/ou au cours de leur passage. La requête a été formulée de cette manière :

- Diagnostic principal = R451 (code CIM 10 de l'agitation psychomotrice) ;
- ET/OU Diagnostic complémentaire = R451 ;
- ET/OU Encart examen clinique et/ou évolution du patient contient « violen » ;
- ET/OU Encart examen clinique et/ou évolution du patient contient « agit ».

La recherche des termes « violen » et « agit » permet ainsi d'inclure les mots « violent(e) », « violence » et « agité(e) », « agitation ».

Comme nous l'avions prévu, nous avons procédé à une analyse préliminaire sur la base des observations cliniques et la cotation diagnostique de plusieurs dossiers pris au hasard parmi les 1 881 dossiers qui ont été inclus. Il a été constaté une discordance sur 80 % des dossiers pris au hasard entre la cause allouée d'agitation dans l'observation clinique de l'urgentiste et la cotation diagnostique de l'épisode associée aux Urgences.

Après avoir pris un avis auprès des médecins urgentistes, il semble que ceux-ci cotent uniquement le diagnostic principal du passage aux Urgences. Or, l'épisode d'agitation survenant au cours du passage aux Urgences est souvent dû à une cause autre que le diagnostic principal. Ainsi, cet épisode d'agitation (cotation R451) et la cause allouée, faisant souvent office, normalement, de « diagnostic complémentaire », ne sont pas mentionnés lors du codage du dossier.

Nous avons joint en **annexe** les différents résultats de l'analyse préliminaire des 1 881 dossiers, à savoir les diagnostics des patients ayant présenté un épisode d'agitation, de 2015 à 2017, aux Urgences du CHU de Lille.

Afin d'éviter ce biais découvert au cours de l'analyse préliminaire, nous avons changé notre méthodologie, que nous allons vous détailler maintenant.

c) Type d'étude et patients inclus

Dans cette étude épidémiologique descriptive, transversale, observationnelle, monocentrique et rétrospective, nous avons inclus les patients venus aux Urgences adultes avec un motif d'agitation et/ou ayant présenté un état d'agitation au cours de leur séjour.

La période d'inclusion choisie est comprise entre le 1^{er} janvier 2017 et le 31 décembre 2017 inclus.

Nous avons ainsi repris les dossiers, caractérisés par leur numéro IEP (numéro de passage aux Urgences), extraits de la base de données, comme expliqué précédemment, et avons ouvert le dossier clinique afin d'extraire les données suivantes :

- sexe et âge ;
- cause(s) trouvée(s) (ou suggérée[s] par l'urgentiste) d'agitation ;
- avis spécialisé demandé ;
- prescriptions réalisées (dont la contention) ;
- orientation du patient à sa sortie.

Les sujets étaient exclus si nous ne trouvions pas de motifs d'agitation au cours de la lecture de leur dossier.

d) Analyse statistique

Il s'agit d'une analyse statistique descriptive.

Concernant les étiologies, nous les avons regroupées en catégories, essentiellement par spécialité concernée, pour obtenir des résultats plus facilement identifiables.

Au vu de la littérature précédemment citée, nous avons pu constater une différence notoire entre la population gériatrique et le reste des patients. C'est pourquoi nous avons également décrit les causes d'agitation en fonction de l'âge (« moins de 65 ans » *versus* « 65 ans et plus »).

Si plusieurs causes d'agitation étaient trouvées pour un même patient, nous avons compté les différentes étiologies séparément. Nous avons ainsi privilégié le décompte en matière d'occurrence.

Nous avons également analysé les avis spécialisés demandés pour chaque patient ayant présenté un état d'agitation et les avons répertoriés par spécialité.

Si plusieurs spécialités sont intervenues pour un même patient, nous avons également compté en matière d'occurrence, comme pour les étiologies, en séparant ces différentes spécialités.

Si l'avis d'un spécialiste était retrouvé plusieurs fois pour le même épisode d'agitation, nous avons compté uniquement une occurrence de la spécialité pour l'épisode. Pour la majorité des épisodes, si plusieurs praticiens de la même spécialité intervenaient, il s'agissait de poursuivre la prise en charge initiée par le confrère précédent.

De même, nous avons isolé les avis psychiatriques et avons recensé les catégories d'agitation pour lesquelles un avis psychiatrique a été demandé.

De plus, nous avons recensé le nombre de patients ayant eu une prescription de contention et/ou une mention de « mise en contention » dans l'observation médicale. Les étiologies des patients agités ayant nécessité une contention ont également été reportées dans notre analyse. Enfin, nous avons recensé le traitement sédatif reçu par le patient agité contenu lors de l'épisode de passage aux Urgences.

Était considéré comme traitement sédatif dans notre étude tout traitement de la classe des anxiolytiques (benzodiazépines ou non) ou traitement neuroleptique sédatif, à n'importe quelle posologie prescrite par l'urgentiste ou par un spécialiste intervenant sur la prise en charge du patient concerné.

Concernant les orientations à la sortie, nous avons décrit la destination de sortie de chaque patient, en mettant l'accent, pour la Psychiatrie et l'Addictologie, sur la proposition de prise en charge hospitalière ou ambulatoire que nous avons pu trouver dans les observations des urgentistes et/ou du (ou des) spécialiste(s) intervenu(s).

Enfin, nous avons recensé les traitements des patients en fonction de la catégorie de l'étiologie des patients et de leur âge. Nous avons ainsi séparé cette analyse descriptive en quatre catégories : Addictologie, Psychiatrie, autres étiologies chez les moins de 65 ans et étiologies chez les 65 ans et plus.

e) Informatique et libertés

L'anonymat des patients a été garanti par le numéro IEP. Nous n'avons jamais eu à travailler et/ou stocker des données nominatives. Un avis a été pris auprès d'un médecin de Santé Publique du CHU de Lille, confirmant qu'un accord CNIL n'était pas nécessaire.

Pour les mêmes raisons, et après avis auprès du CPP, notre étude ne nécessitait aucun accord de sa part.

2.3 Résultats

a) Caractéristiques de la population et incidence d'épisode d'agitation

Nous avons pu extraire, pour la première étude, 1 881 dossiers de patients ayant présenté un état d'agitation depuis 2015. Puis, après avoir redéfini notre étude, ce sont 626 dossiers correspondant aux patients ayant présenté un état d'agitation en 2017 qui ont été analysés, soit un chiffre d'incidence de l'agitation en 2017 de 0,87 % (nombre de passages dans les services adultes des Urgences du CHU de Lille en 2017, d'après *Resurgences*® : 71 455).

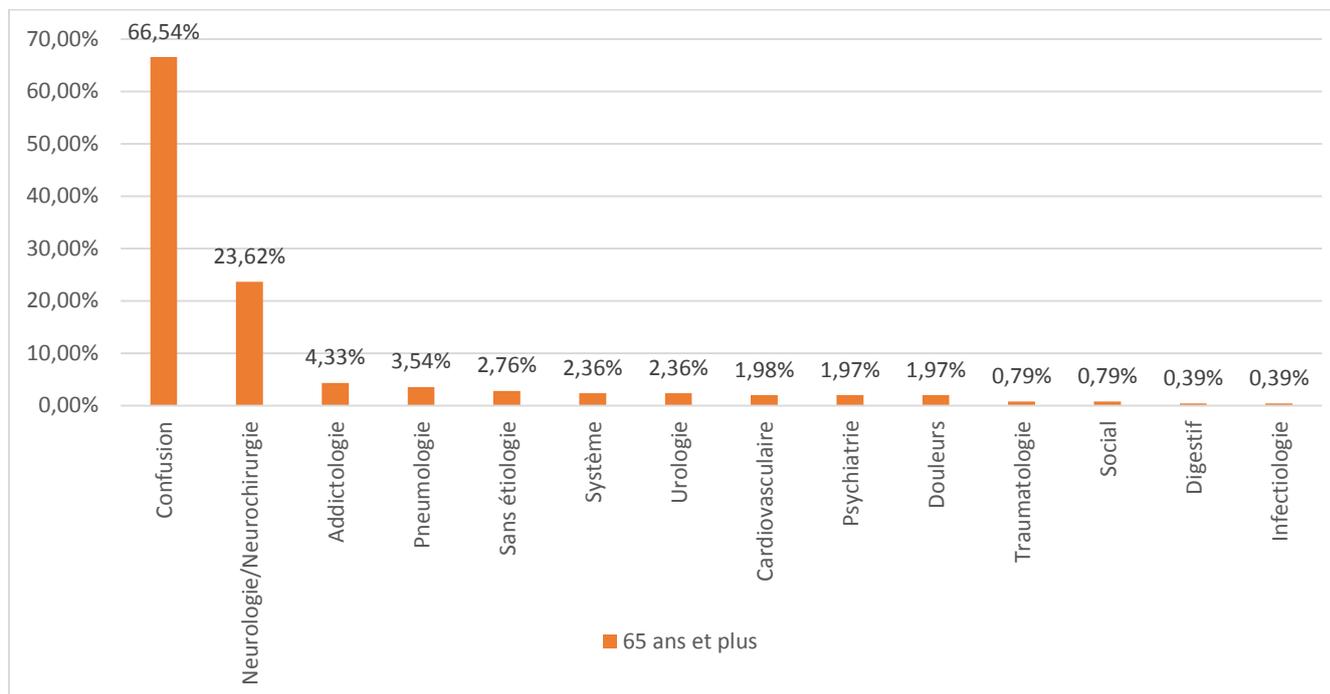
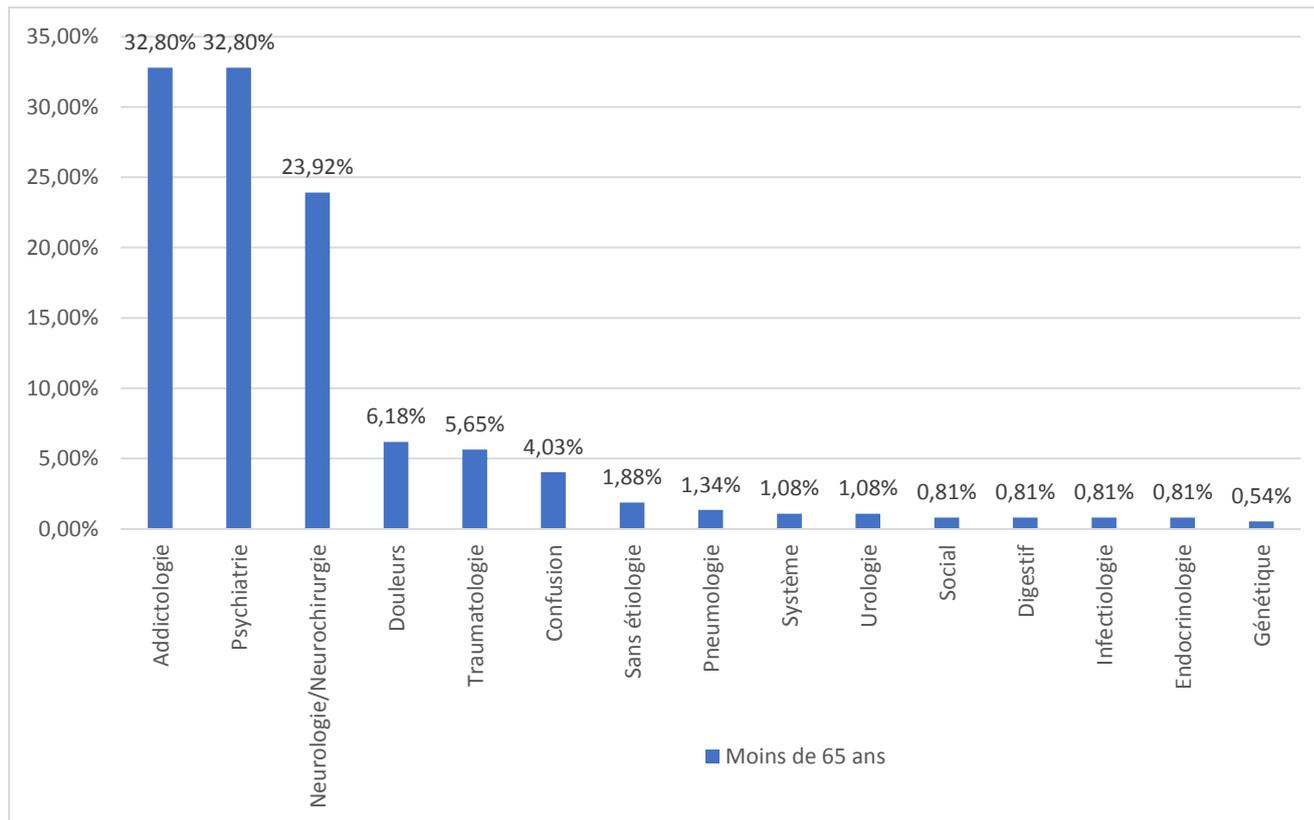
Les caractéristiques socio-démographiques sont reprises dans le **tableau 6**, dans lequel nous pouvons voir une légère majorité d'hommes et de personnes de moins de 65 ans.

Âge		Sexe	
Moins de 65 ans	65 ans et plus	Femme	Homme
372	254	272	354
59,42 %	40,58 %	43,45 %	56,55 %

Tableau 6 : Caractéristiques de la population analysée

b) Causes d'agitation trouvées aux Urgences adultes du CHU de Lille en 2017

Sur l'ensemble des dossiers analysés, nous avons pu classer les différentes causes trouvées en catégories, reprises dans les **figures 4a et 4b**.



Figures 4a et 4b : Causes d'agitation en fonction de l'âge, exprimées en pourcentage par rapport au total des patients de chaque tranche d'âge

Nous pouvons ainsi constater que les étiologies des états d'agitation sont bien différentes en fonction de l'âge.

Alors que les plus jeunes, soit les patients de moins de 65 ans, présentent une agitation aux Urgences pour des motifs psychiatriques et addictologiques majoritairement, c'est dans le cadre d'une confusion avec des étiologies variées que les patients plus âgés, de 65 ans et plus, s'agitent. Seules les causes neurologiques et/ou neurochirurgicales d'agitation sont retrouvées en nombre dans nos deux tranches d'âge.

b.1) Chez les moins de 65 ans

Nous trouvons, aux mêmes proportions, les causes psychiatriques et addictologiques d'agitation (32,8 %) chez les patients de moins de 65 ans.

Comme le montre la **figure 5**, nous trouvons deux types d'agitation dans les causes psychiatriques : l'agitation anxieuse et l'agitation d'allure psychotique.

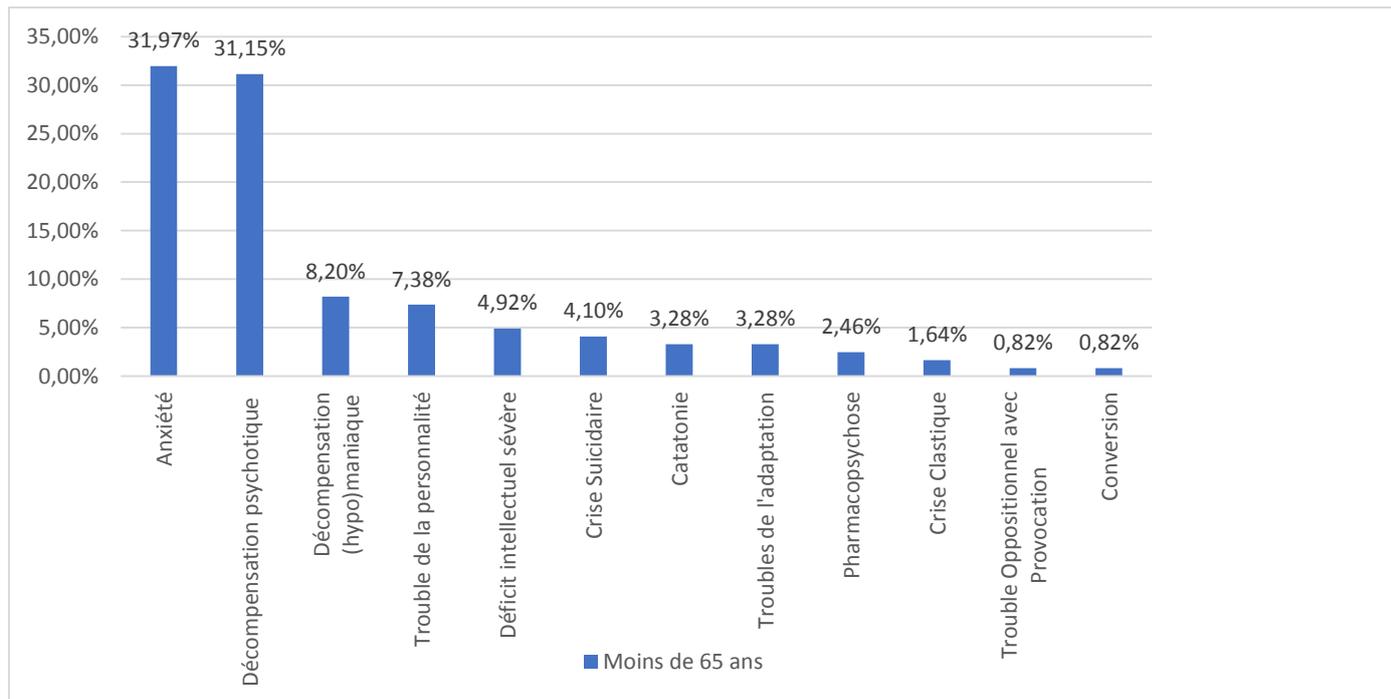


Figure 5 : Détail des causes psychiatriques d'agitation trouvées, exprimées en pourcentage par rapport au total des causes psychiatriques d'agitation chez les moins de 65 ans

Concernant les causes addictologiques, nous pouvons voir que l'alcool, tant l'intoxication aiguë que le sevrage aigu, occupe une place prépondérante, puisque 86,88 % des personnes présentant un état d'agitation en lien avec l'Addictologie ont une cause liée à l'alcool (**figure 6**). Le reste des consommations de produits n'est que peu représenté.

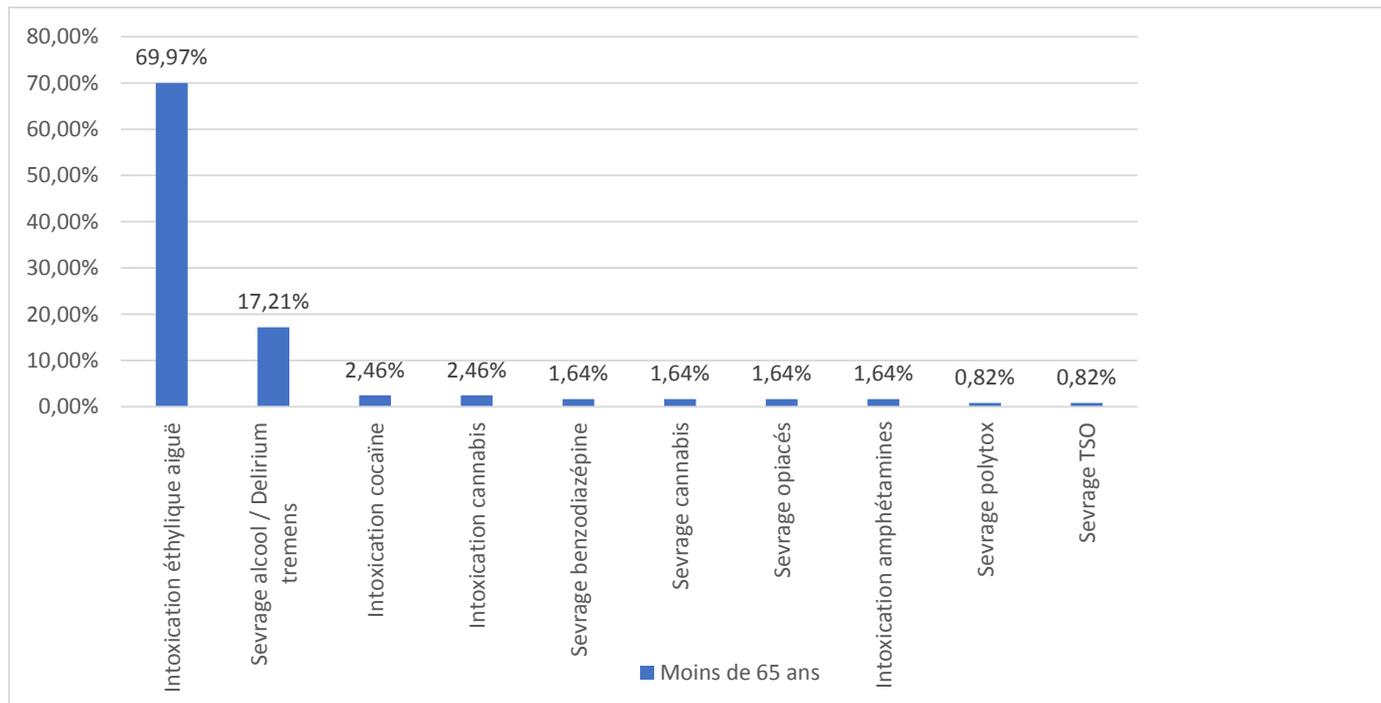


Figure 6 : Détail des causes addictologiques d'agitation trouvées, exprimées en pourcentage par rapport au total des causes addictologiques d'agitation chez les moins de 65 ans

b.2) Chez les 65 ans et plus

Le syndrome confusionnel est présent pour les deux tiers des patients de 65 ans et plus (**figure 4b**), avec des étiologies variées : fécalome, pneumopathie, infection urinaire, rétention aiguë d'urine... (**figure 7**) Notons qu'il n'existe pas d'épine irritative trouvée pour 20,12 % d'entre eux. Cette absence de cause de confusion peut s'expliquer, pour une partie, par la nécessité d'exams complémentaires non réalisables aux Urgences, mais plutôt en unité d'Hospitalisation. Ainsi, les patients sont transférés dans un service conventionnel pour la prise en charge de la confusion et la suite du bilan diagnostic. Une autre hypothèse pourrait être un transfert direct vers un service conventionnel dès le diagnostic de syndrome confusionnel posé, sans recherche approfondie de cause à celui-ci.

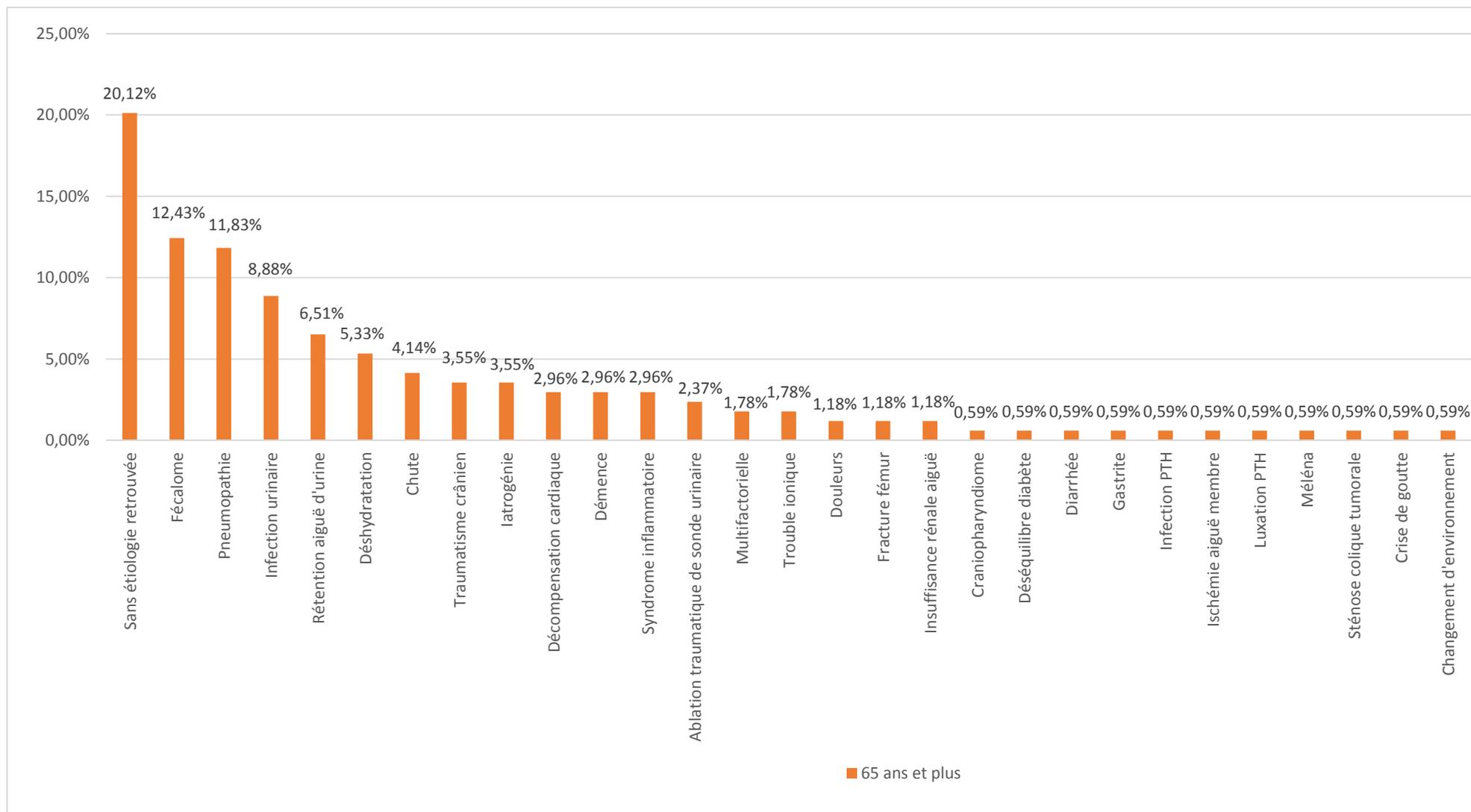


Figure 7 : Détail des causes confusiogènes d’agitation trouvées, exprimées en pourcentage par rapport au total des causes confusiogènes d’agitation chez les 65 ans et plus

b.3) Les étiologies neurologiques et neurochirurgicales

Parmi les différentes étiologies, ce sont celles concernant la neurologie et la neurochirurgie qui arrivent en deuxième position chez les personnes âgées de 65 ans et plus (23,96 % des agitations) et en troisième position chez les plus jeunes, de moins de 65 ans (23,60 % des agitations).

La population de patients de moins de 65 ans est sujette à présenter un état d'agitation dans les crises convulsives, spécifiquement en post-critique et lors des traumatismes crâniens. Les plus âgés, de 65 ans et plus, présentent plutôt des causes d'agitation au cours d'une démence (**figure 8**).

b.4) Conclusion concernant les étiologies de l'agitation aux Urgences

Ainsi, les principales étiologies de l'agitation aux Urgences sont l'alcool, l'agitation anxieuse et l'agitation au décours d'une psychose pour les plus jeunes, de moins de 65 ans, alors que l'agitation liée au syndrome confusionnel avec diverses étiologies est la plus fréquente pour les personnes plus âgées, de 65 ans et plus. Enfin, les étiologies neurologiques et neurochirurgicales sont à prendre en compte, quel que soit l'âge, notamment les traumatismes crâniens, la démence et les déficits post-critiques épileptiques.

Nous voyons donc qu'il existe plusieurs étiologies de l'agitation et que celle-ci mérite d'être prise en charge différemment en fonction de ce qui est suspecté par le praticien.

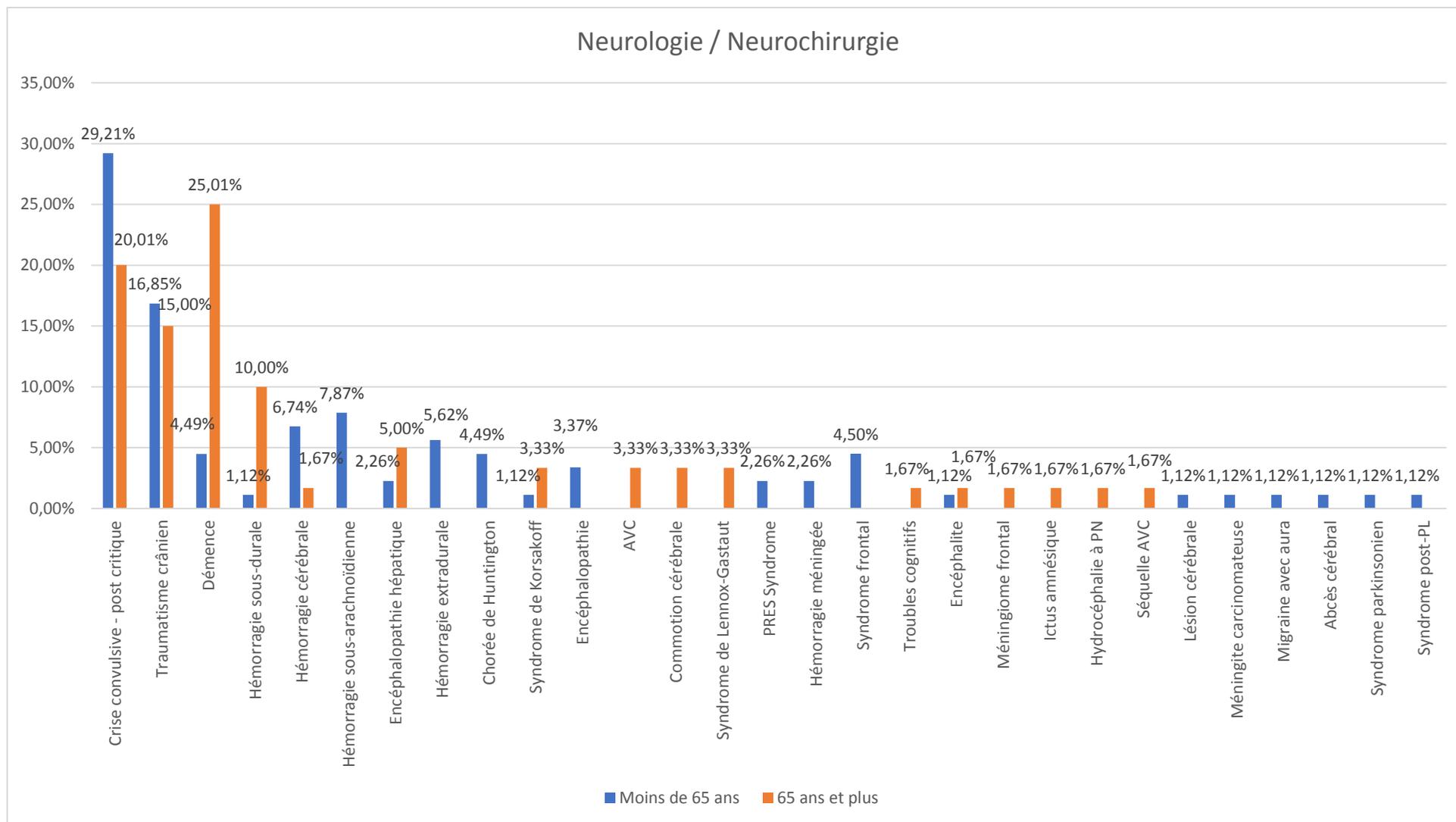
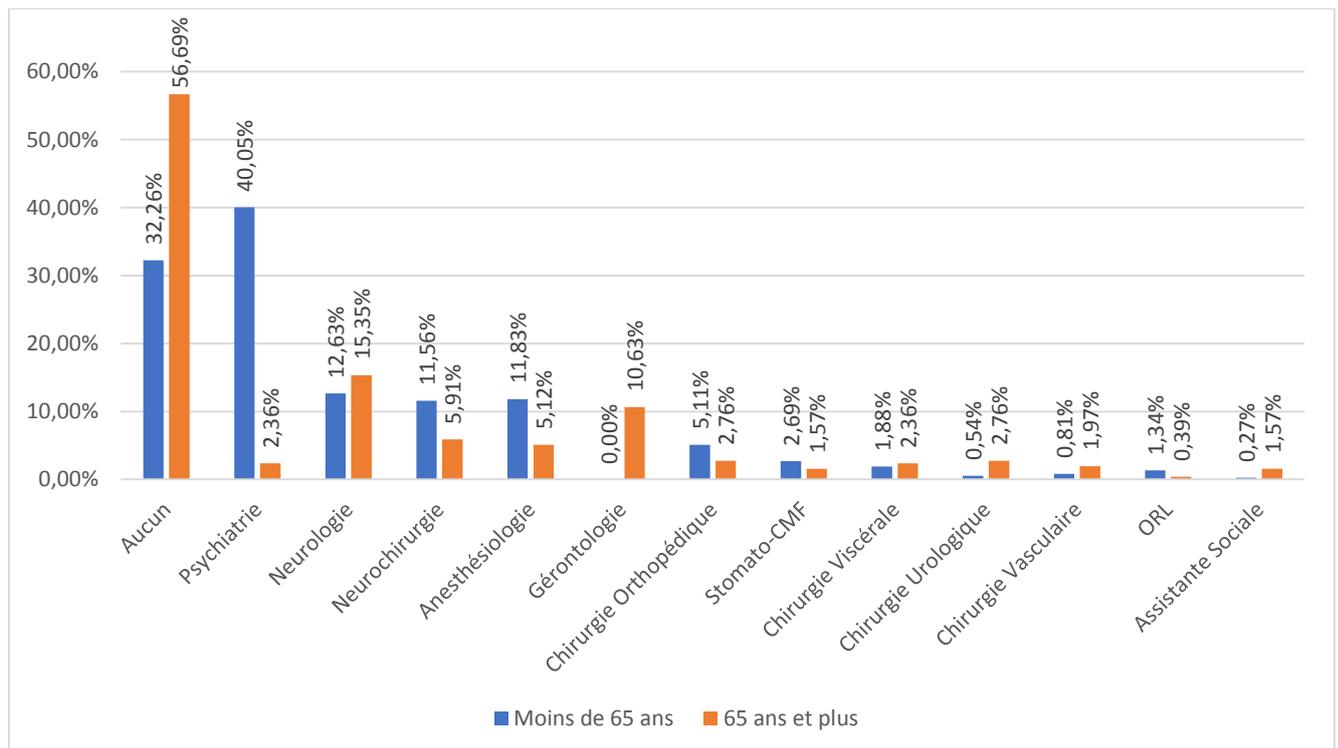


Figure 8 : Détail des causes neurologiques et/ou neurochirurgicales d’agitation trouvées, exprimées en pourcentage par rapport au total de ces causes, par tranche d’âge. Exemple : 29,21 % des patients de moins de 65 ans ayant présenté une agitation d’origine neurologique ont eu un diagnostic de crise convulsive post-critique.

c) Quelles spécialités sont appelées en cas d'agitation aux Urgences ?c.1) Les avis spécialisés demandés pour chaque patient agité

Les urgentistes peuvent faire appel à des confrères spécialistes pour avoir un avis concernant leur patient. Nous avons donc regardé quelles spécialités sont appelées par les urgentistes en cas d'agitation (**figure 9**).



	Moins de 65 ans	65 ans et plus
Réanimation	0,81 %	0,39 %
Cardiologie	0,81 %	0,00 %
Gynécologie-obstétrique	0,54 %	0,00 %
Chirurgie infantile	0,54 %	0,00 %
Rhumatologie	0,27 %	0,39 %
Soins palliatifs	0,00 %	0,79 %
Radiologie interventionnelle	0,27 %	0,00 %
Chirurgie thoracique	0,00 %	0,39 %
Gastro-entérologie	0,00 %	0,39 %

Figure 9 : Avis spécialisé demandé pour les patients présentant un état d'agitation, avec présentation des spécialités sollicitées pour moins de 1 % des patients en tableau complémentaire.

Chez les personnes de moins de 65 ans, un tiers des patients agités est pris en charge uniquement par l'urgentiste. Il s'agit de patients présentant un état d'ivresse sans comorbidité autre associée ou de patients présentant un état d'agitation rapidement hospitalisé en secteur conventionnel, par exemple. Pour un peu moins de la moitié de ces patients, un avis psychiatrique est demandé. Nous reverrons ci-après pour quel profil de patient sont sollicités les psychiatres. Enfin, les neurologues, neurochirurgiens et anesthésistes voient respectivement environ un patient sur dix.

Les personnes de 65 ans et plus ayant un état d'agitation sont prises en charge uniquement par les urgentistes, pour plus de la moitié d'entre elles. Ce chiffre s'explique par la recherche d'épine irritative, notamment lors d'un syndrome confusionnel, au cours de l'examen clinique et paraclinique directement par l'urgentiste, sans faire appel à un autre spécialiste. En fonction de l'élément déclencheur, le patient est soit traité directement par l'urgentiste, soit hospitalisé dans l'un des services conventionnels (Gériatrie, par exemple).

Nous voyons également que, pour 15,35 % de ces patients, la neurologie est sollicitée, ce qui concorde avec le résultat principal de notre étude, qui montre que la spécialité arrive en deuxième position des causes d'agitation pour cette tranche d'âge. De plus, le neurologue, tout comme le gérontologue (10,63 %), peut être sollicité en deuxième ligne, quand la recherche d'épine irritative par l'urgentiste s'avère infructueuse.

c.2) Concernant les avis psychiatriques

Nous nous sommes intéressé à la spécialité psychiatrique, afin de voir le profil de patient pour lequel elle est sollicitée (**figure 10**).

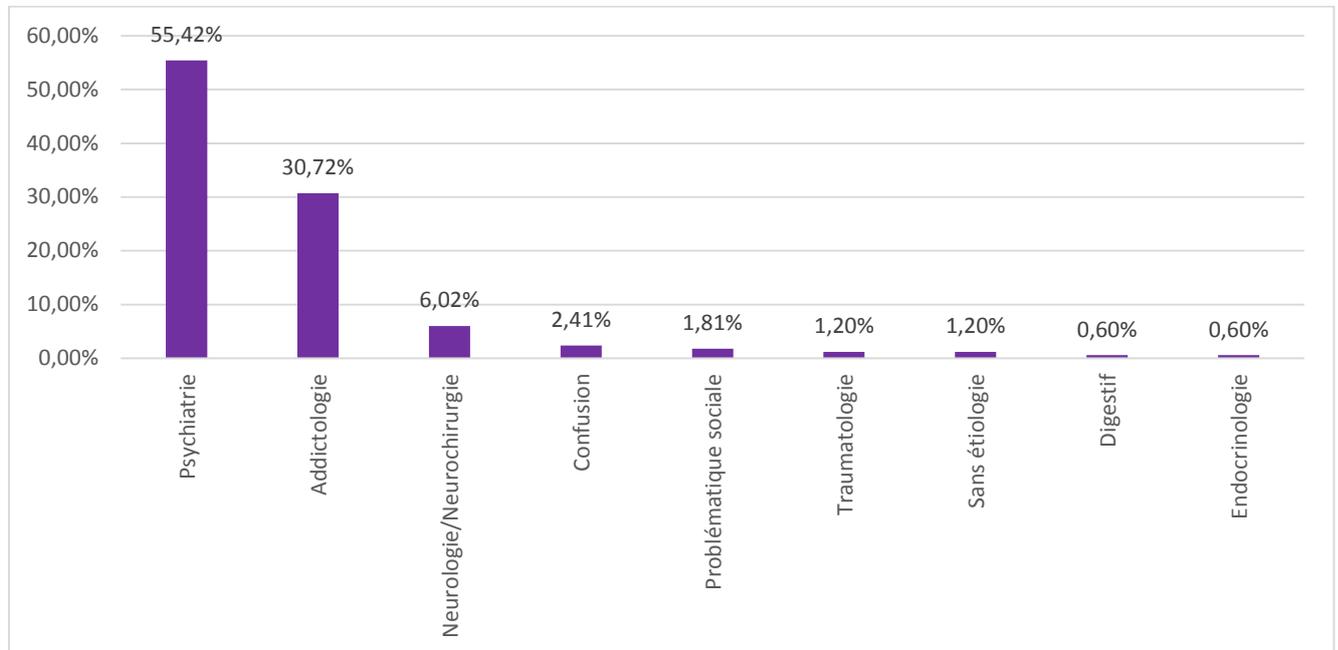


Figure 10a

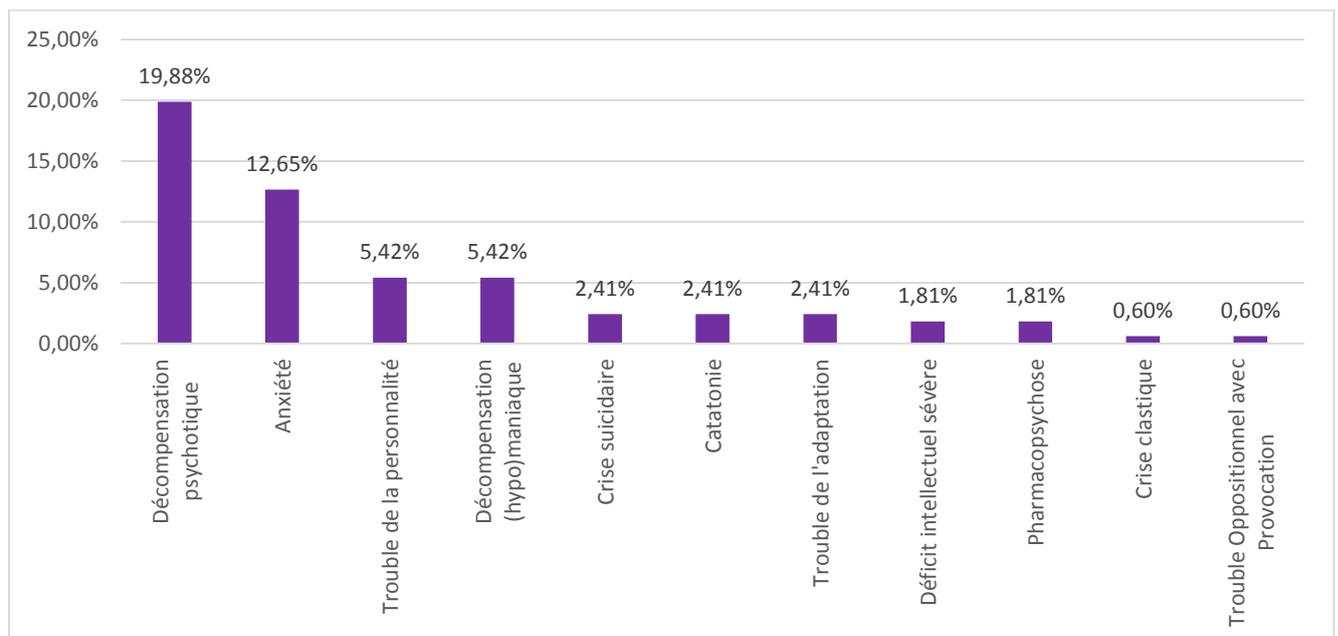


Figure 10b

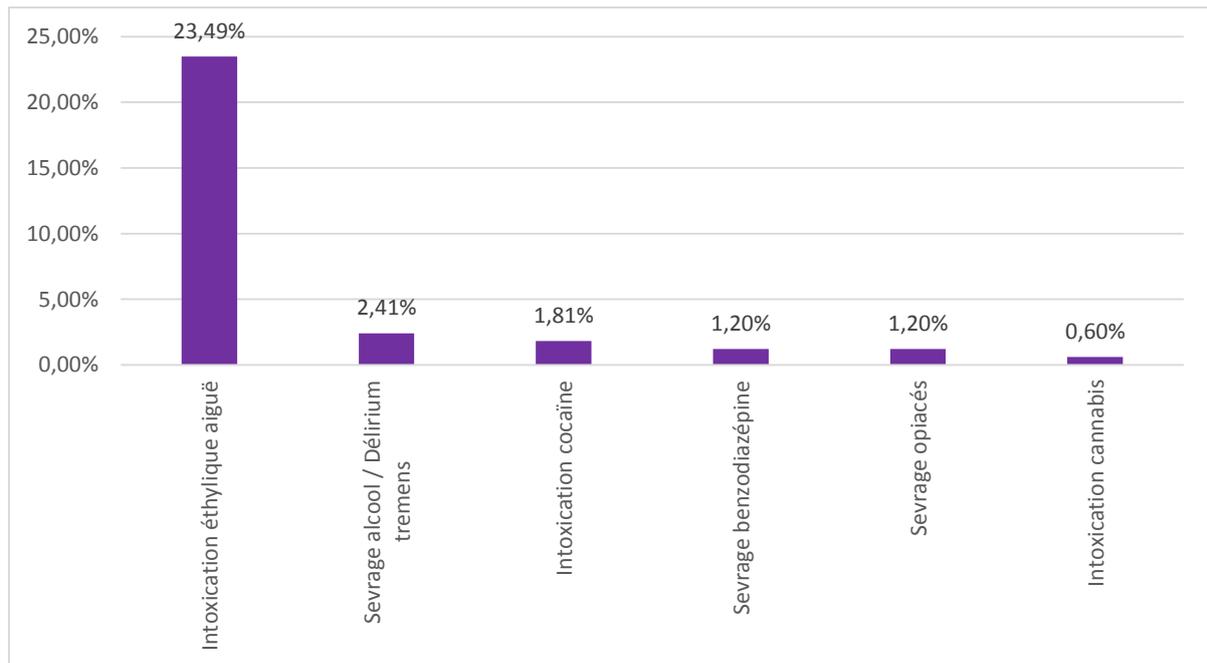


Figure 10c

Figures 10a, 10b et 10c : Causes d'agitation trouvées chez les patients pour lesquels un avis psychiatrique est demandé, avec détail pour les causes psychiatriques (10b) et addictologiques (10c)

Les psychiatres sont appelés, dans la moitié des cas, pour un patient présentant une étiologie psychiatrique d'agitation. Nous pouvons constater qu'il existe un taux d'avis demandé plus important pour l'agitation dans le cadre d'une psychose que pour l'agitation anxieuse. En effet, quand nous regardons la proportion de patients bénéficiant d'un avis psychiatrique en fonction de la cause d'agitation par rapport à l'ensemble des patients ayant la même cause d'agitation (**tableau 7**), une agitation anxieuse sur deux n'est pas vue par l'équipe de Psychiatrie et est gérée par l'urgentiste seul, contrairement à la décompensation psychotique, pour laquelle quasiment neuf patients sur dix sont évalués sur le plan psychiatrique aux Urgences.

	Proportion de patients ayant un avis psychiatrique par rapport à l'ensemble des patients ayant la même cause d'agitation
Psychiatrie	72,44 %
Décompensation psychotique	86,84 %
Anxiété	50,00 %
Trouble de la personnalité	90,00 %
Décompensation (hypo)maniaque	90,00 %
Crise suicidaire	66,67 %
Catatonie	100,00 %
Trouble de l'adaptation	100,00 %
Déficit intellectuel sévère	50,00 %
Pharmacopsychose	100,00 %
Crise clastique	50,00 %
Trouble oppositionnel avec provocation	100,00 %
Addictologie	38,35 %
Intoxication éthylique aiguë	43,33 %
Sevrage alcool / <i>Delirium tremens</i>	18,18 %
Sevrage benzodiazépine	33,33 %
Intoxication cocaïne	100,00 %
Intoxication cannabis	33,33 %
Sevrage opiacés	100,00 %

Tableau 7 : Proportions de patients bénéficiant d'un avis psychiatrique par rapport à l'ensemble des patients présentant la même cause d'agitation

Nous pouvons également remarquer qu'un peu moins du tiers des avis psychiatriques est destiné à un patient présentant une problématique addictologique (**figure 10**). Cela peut s'expliquer par l'existence possible de comorbidité psychiatrique chez ces patients et aussi par un argument plus local, puisque la gestion des avis addictologiques au CHU de Lille est confiée à l'équipe de Psychiatrie. Cependant, plus de la moitié des patients présentant une problématique d'addiction est uniquement gérée par l'urgentiste (**tableau 7**). En effet, quand le

patient présente une ivresse aiguë sans comorbidité psychiatrique, il n'est pas forcément vu par une équipe spécialisée.

c.3) Conclusion concernant les avis spécialisés

Nous pouvons donc dire que l'agitation aux Urgences est prise en charge par les urgentistes seuls pour environ un tiers des patients jeunes (de moins de 65 ans) et pour plus de la moitié des patients âgés de 65 ans et plus. En cas d'agitation dans un cadre de confusion, l'intervention du neurologue et du gériatre arrive en seconde ligne après celle de l'urgentiste.

Les avis spécialisés demandés pour les patients de moins de 65 ans concordent avec les étiologies de l'agitation, pour lesquelles nous trouvons une prédominance de sollicitation de l'équipe de Psychiatrie, gérant sa spécialité ainsi que l'Addictologie. De plus, les urgentistes prennent davantage en charge seuls l'agitation anxieuse que l'agitation dans le cadre d'un trouble d'allure psychotique.

d) Agitation, contention et anxiolyse

Concernant la contention, nous pouvons voir qu'environ 17 % des patients ayant présenté un état d'agitation ont dû être contenus au cours de leur séjour aux Urgences (**figure 11**).

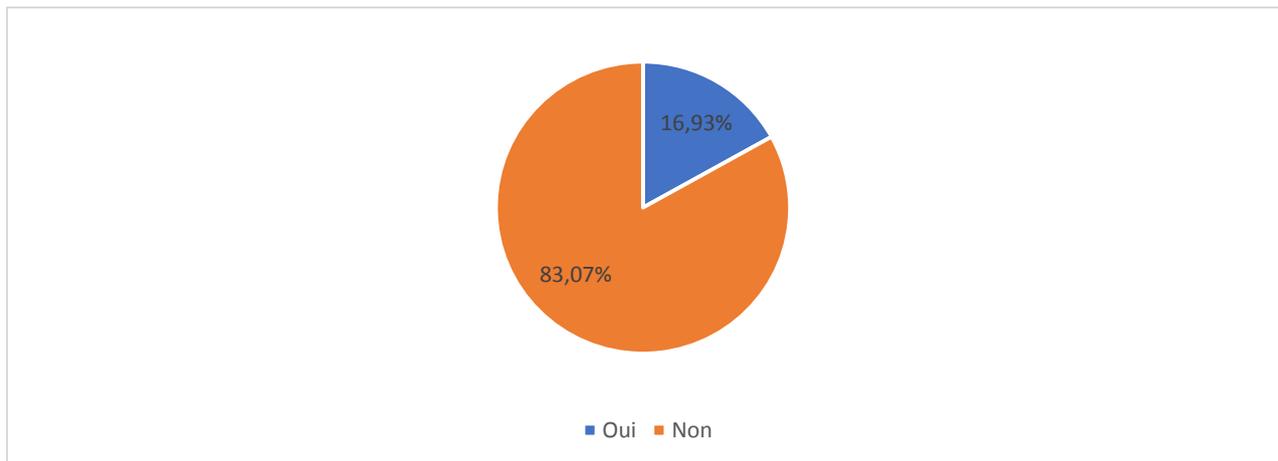


Figure 11 : Réalisation d'une contention chez les patients agités

Quand nous regardons le profil des patients contenus, nous observons qu'il s'agit, pour une part importante, de patients présentant une cause addictologique d'agitation. Viennent ensuite les causes psychiatriques et, en troisième position, la confusion.

Parmi les addictions, c'est bien entendu les causes liées à l'alcool qui sont majoritairement représentées. En Psychiatrie, l'agitation liée à une origine psychotique est majoritaire parmi les patients avec une étiologie psychiatrique (**figure 12 et tableau 8**).

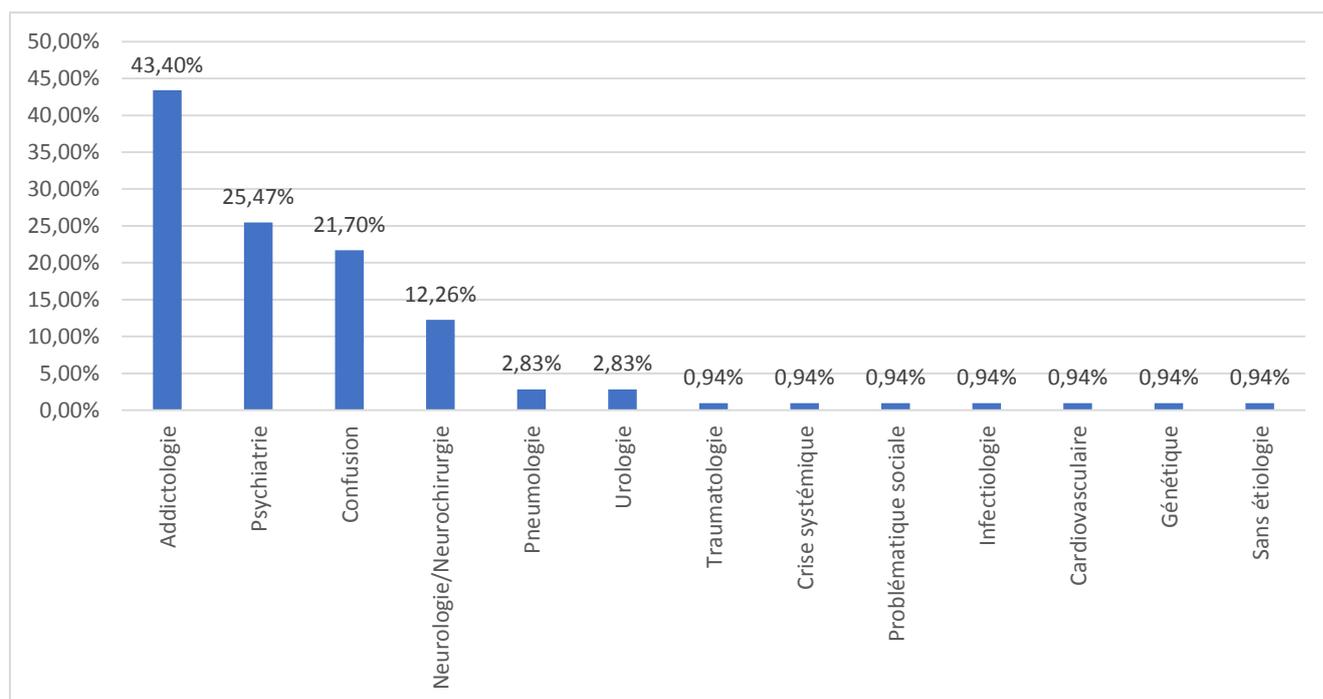


Figure 12 : Profil des patients agités contenus

Addictologie	
Intoxication éthylique aiguë	80,43 %
Sevrage alcool / <i>Delirium tremens</i>	8,70 %
Sevrage benzodiazépine	4,35 %
Intoxication cocaïne	4,35 %
Sevrage tabagique	2,17 %
Psychiatrie	
Décompensation psychotique	62,97 %
Trouble de la personnalité	11,11 %
Anxiété	7,41 %
Déficit intellectuel sévère	7,41 %
Décompensation hypomaniaque	3,70 %
Crise suicidaire	3,70 %
Pharmacopsychose	3,70 %

Tableau 8 : Détail des causes addictologiques et psychiatriques des patients contenus

Nous nous sommes également intéressé aux caractéristiques des patients agités contenus, ce qui nous permet de remarquer qu'il existe une proportion plus importante de patients âgés de moins de 65 ans et qu'il y a une légère majorité d'hommes par rapport aux femmes (**figure 13**).

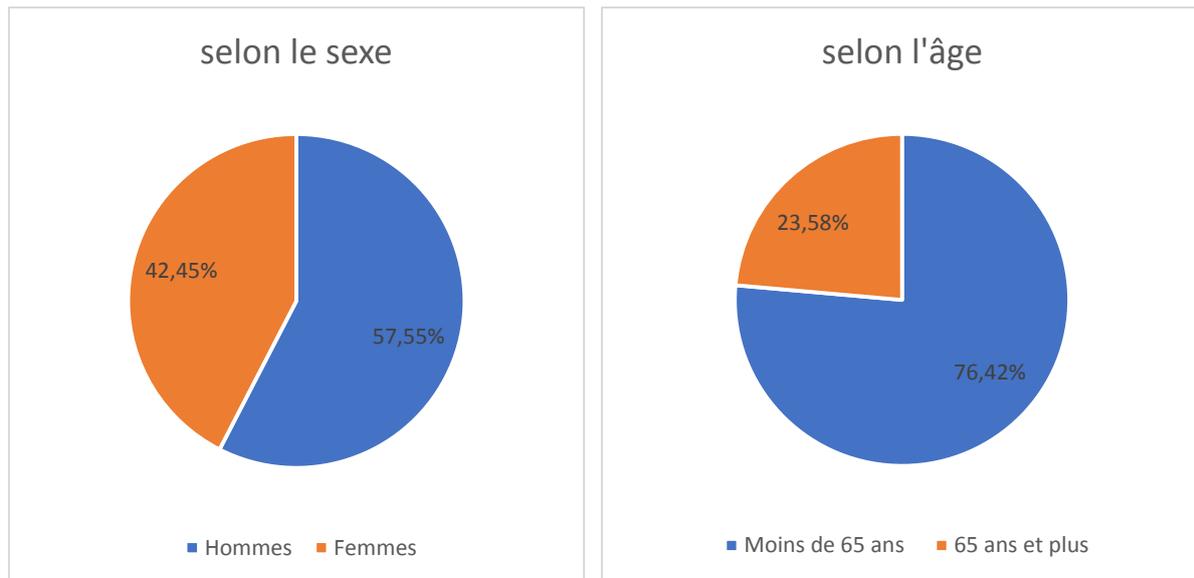


Figure 13 : Caractéristiques des patients agités contenus

Concernant l'administration d'un traitement sédatif chez les patients contenus, nous avons noté qu'environ un tiers des patients n'en a pas reçu au cours de son épisode d'agitation (**figure 14**).

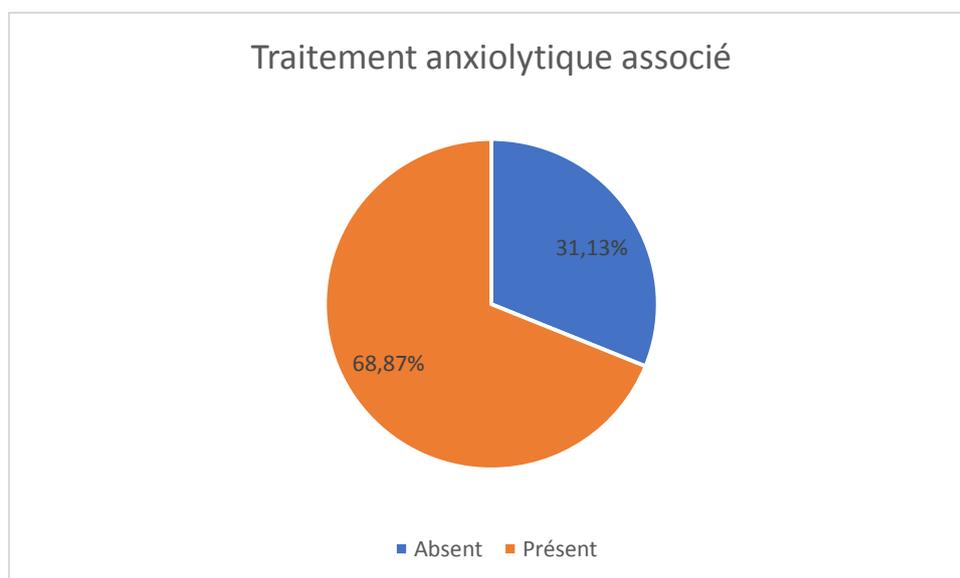


Figure 14 : Proportion de patients contenus ayant reçu un traitement anxiolytique

e) Orientation à la sortie des Urgences des patients agités

En regardant la destination de sortie des patients agités (**tableau 9**), nous pouvons constater un taux globalement semblable d'hospitalisation pour les patients ayant une étiologie somatique ou psychiatrique d'agitation (entre 40,09 et 47,24 %). Les patients avec une cause addictologique d'agitation retournent plus facilement à domicile, contrairement aux autres étiologies de l'agitation. Cela est sans doute dû à la spécificité de l'Addictologie, fonctionnant essentiellement sans admission en urgence.

Cause \ Orientation	Somatique	Psychiatrique	Addictologique	Sociale	Sans étiologie
Retour à domicile	40,09 %	47,24 %	70,68 %	20,00 %	71,43 %
Hospitalisation hors Psy	58,29 %	4,72 %	18,05 %	20,00 %	7,14 %
Soins libres		14,96 %	4,51 %	40,00 %	7,14 %
SPDT		27,56 %			
SPDRE		1,57 %		20,00 %	
Fugue	0,46 %	3,94 %	6,02 %		14,29 %
Police			0,75 %		
Décès	1,15 %				

Tableau 9 : Récapitulatif de l'orientation à la sortie des Urgences pour les patients agités, exprimé en pourcentage par rapport au total des causes concernées

Exemple de lecture : 40,09 % des patients ayant une cause somatique d'agitation sont retournés à leur domicile. (Les cases noircies correspondent à 0,00 %.)

Si nous nous intéressons davantage à la Psychiatrie, il existe différentes orientations possibles en ambulatoire. La **figure 15** montre que, pour environ un patient sur trois, aucun suivi ambulatoire n'a été préconisé, quel qu'il soit. Un autre tiers a reçu les coordonnées du centre médico-psychologique (CMP) de son secteur. Le dernier tiers s'est réparti entre un rendez-vous d'urgence et/ou une poursuite du suivi ambulatoire.

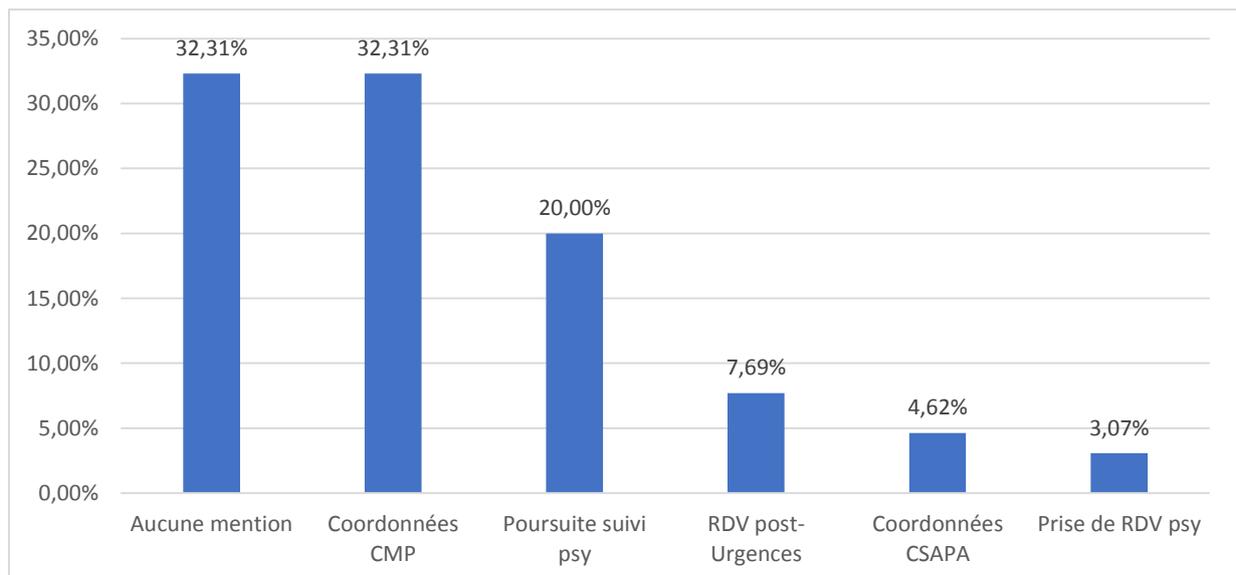


Figure 15 : Organisation à la sortie des Urgences pour les patients ayant présenté une agitation avec cause psychiatrique

Nous avons pu constater qu'il est proposé, pour un peu moins de la moitié des patients ayant une étiologie addictologique d'agitation (48,54 %), un retour à domicile uniquement (**figure 16**).

Cela peut notamment s'expliquer par le fait qu'une majeure partie de patients pris en charge aux Urgences dans un contexte d'intoxication éthylique aiguë, sans signe de décompensation psychiatrique associée, restent aux Urgences en « dégrisement » pour quelques heures sans avoir vu d'équipe addictologique. Les urgentistes prennent seuls en charge ce profil de patient assez fréquemment.

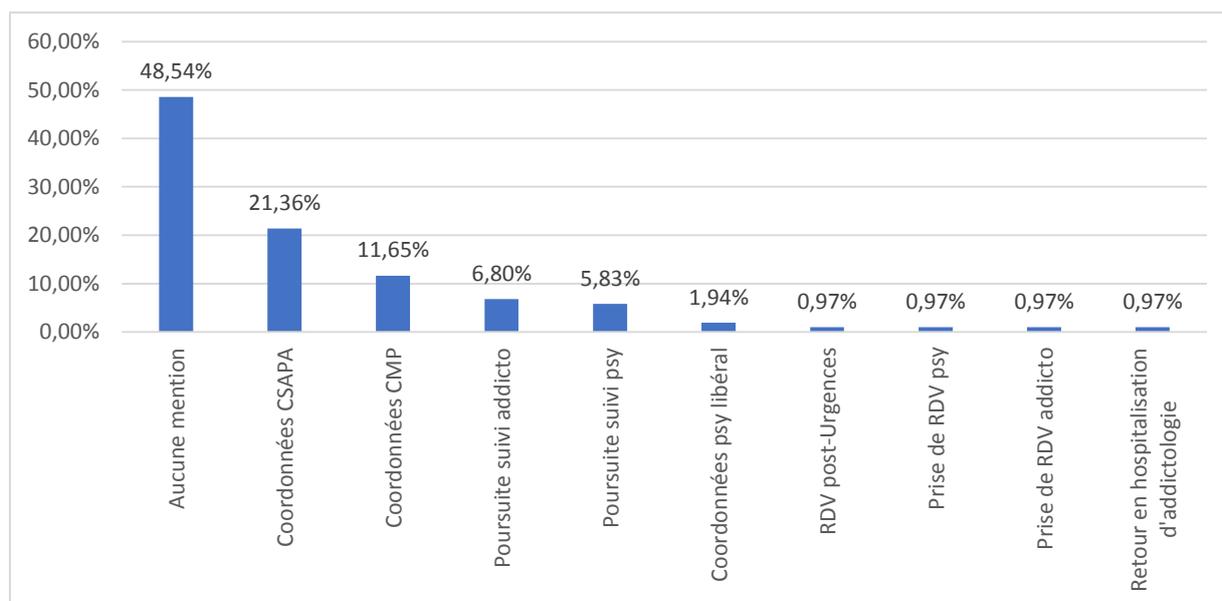


Figure 16 : Organisation à la sortie des Urgences pour les patients ayant présenté une agitation avec cause addictologique

f) Traitement administré au cours du passage aux Urgences

Enfin, nous avons recensé les différents traitements administrés aux Urgences pour les patients ayant présenté une agitation psychomotrice. Afin d'avoir des résultats interprétables, nous avons décidé de séparer les patients en quatre catégories.

Chez les patients présentant une étiologie psychiatrique d'agitation, nous pouvons remarquer, outre l'absence de traitement en première intention, que la majeure partie des traitements correspond à des traitements anxiolytiques de diverses classes : benzodiazépine, neuroleptique sédatif ou antihistaminique (**figure 17**).

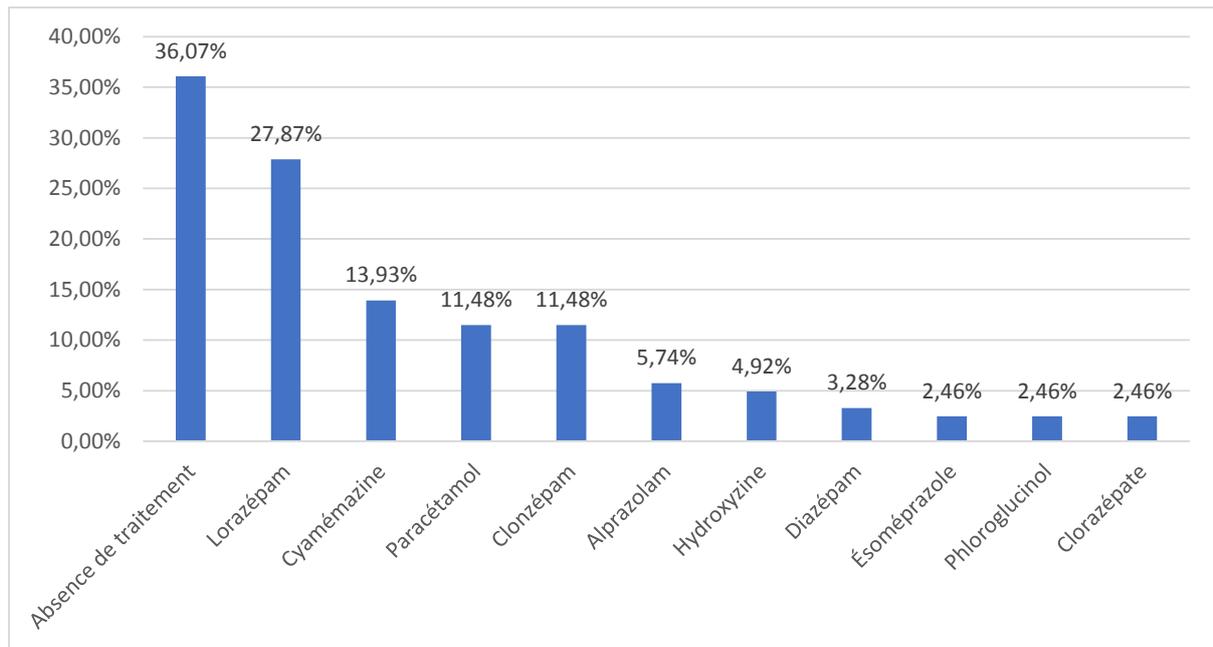


Figure 17 : Traitement reçu aux Urgences par les patients avec une étiologie psychiatrique d'agitation
Il est normal d'avoir un total supérieur à 100 %, puisqu'un patient peut avoir reçu plusieurs traitements. Exemple de lecture : 36,07 % des patients avec une agitation d'origine psychiatrique n'ont reçu aucun traitement.

Pour les sujets agités avec une origine addictologique, l'absence de traitement reste le premier « traitement ». Viennent ensuite les traitements de prévention aiguë du *delirium tremens* (**figure 18**).

Chez les patients de moins de 65 ans présentant un trouble autre que psychiatrique et addictologique, nous avons de nouveau, comme premier « traitement », l'absence de traitement.

Nous constatons que les traitements les plus fréquemment prescrits sont les antalgiques (paracétamol, tramadol...). Comme anxiolytique, seul l'ATARAX® (hydroxyzine) apparaît dans les traitements les plus prescrits chez ces patients (**figure 19**).

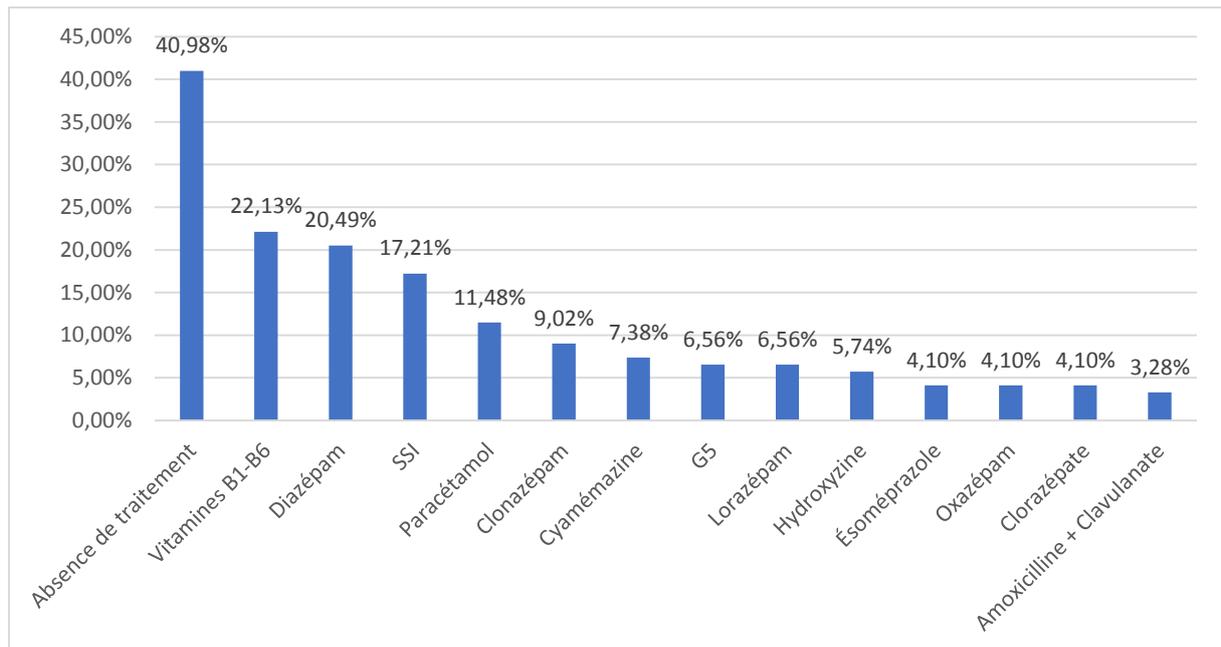


Figure 18 : Traitement reçu aux Urgences par les patients avec une étiologie addictologique d'agitation

Il est normal d'avoir un total supérieur à 100 %, puisqu'un patient peut avoir reçu plusieurs traitements.

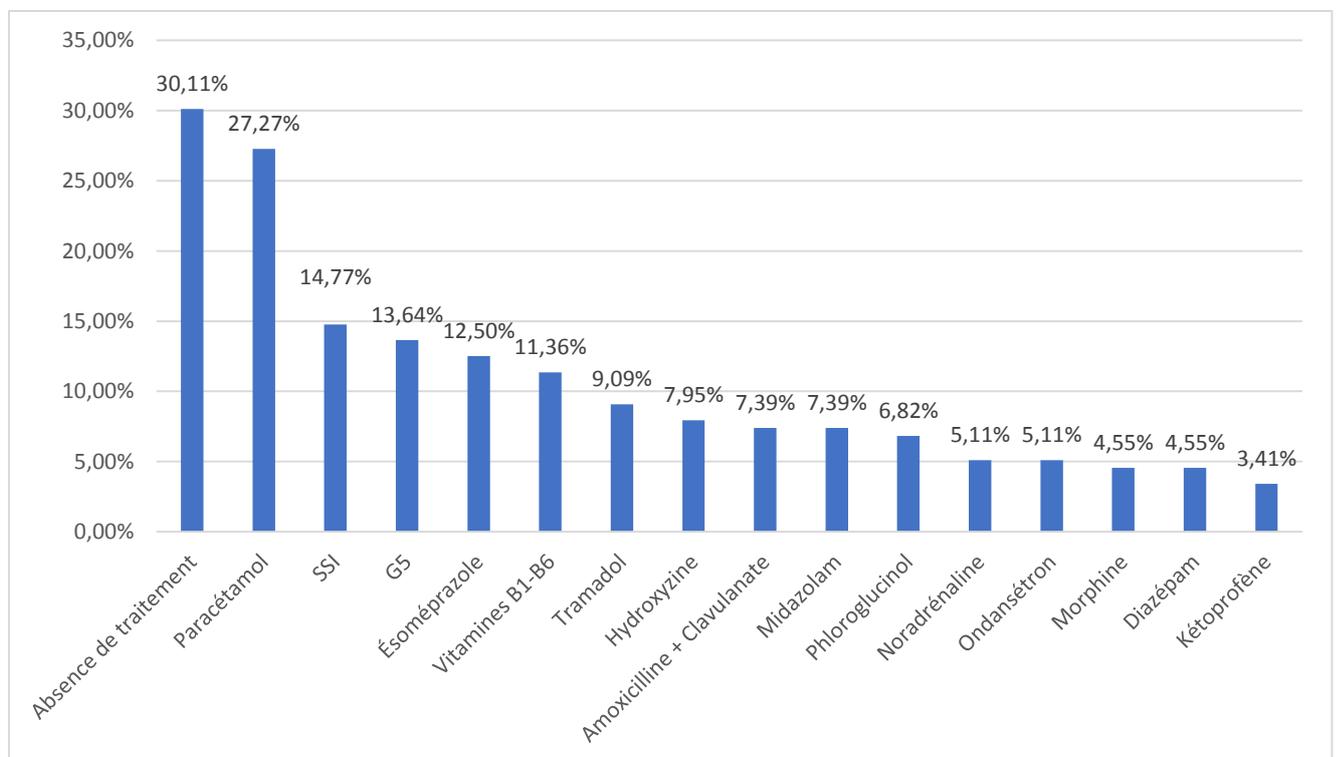


Figure 19 : Traitement reçu aux Urgences par les patients de moins de 65 ans avec une étiologie autre qu'addictologique ou psychiatrique d'agitation

Il est normal d'avoir un total supérieur à 100 %, puisqu'un patient peut avoir reçu plusieurs traitements.

Enfin, pour les patients de 65 ans et plus, nous observons, de même, que l’absence de traitement arrive en tête. Les différents traitements étiologiques d’une épine irritative de confusion viennent ensuite (réhydratation, douleur, sondage urinaire, laxatif...), ainsi que divers traitements anxiolytiques (hydroxyzine, midazolam...) **(figure 20)**.

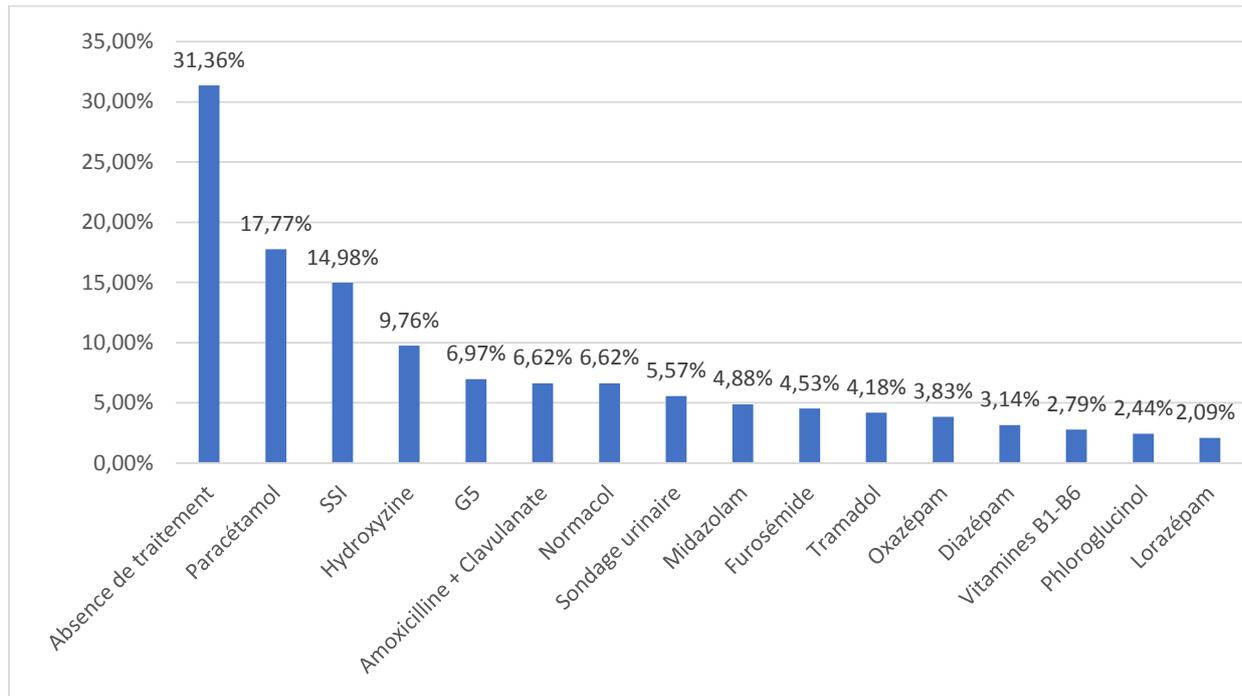


Figure 20 : Traitement reçu aux Urgences par les patients de 65 ans et plus, quelle que soit l’étiologie de l’agitation

Il est normal d’avoir un total supérieur à 100 %, puisqu’un patient peut avoir reçu plusieurs traitements.

Pour terminer cette partie, nous avons isolé les traitements anxiolytiques, afin de voir quelle classe était préférentiellement prescrite en fonction des quatre catégories **(figures 21a, 21b, 21c et 21d)**.

Alors que l’hydroxyzine semble être privilégiée chez les patients ne présentant pas d’étiologie addictologique ou psychiatrique, ce sont les benzodiazépines (diazépam ou VALIUM® et lorazépam ou TEMESTA®) et la cyamémazine (TERCIAN®) qui semblent être préférentiellement prescrites pour ces étiologies.

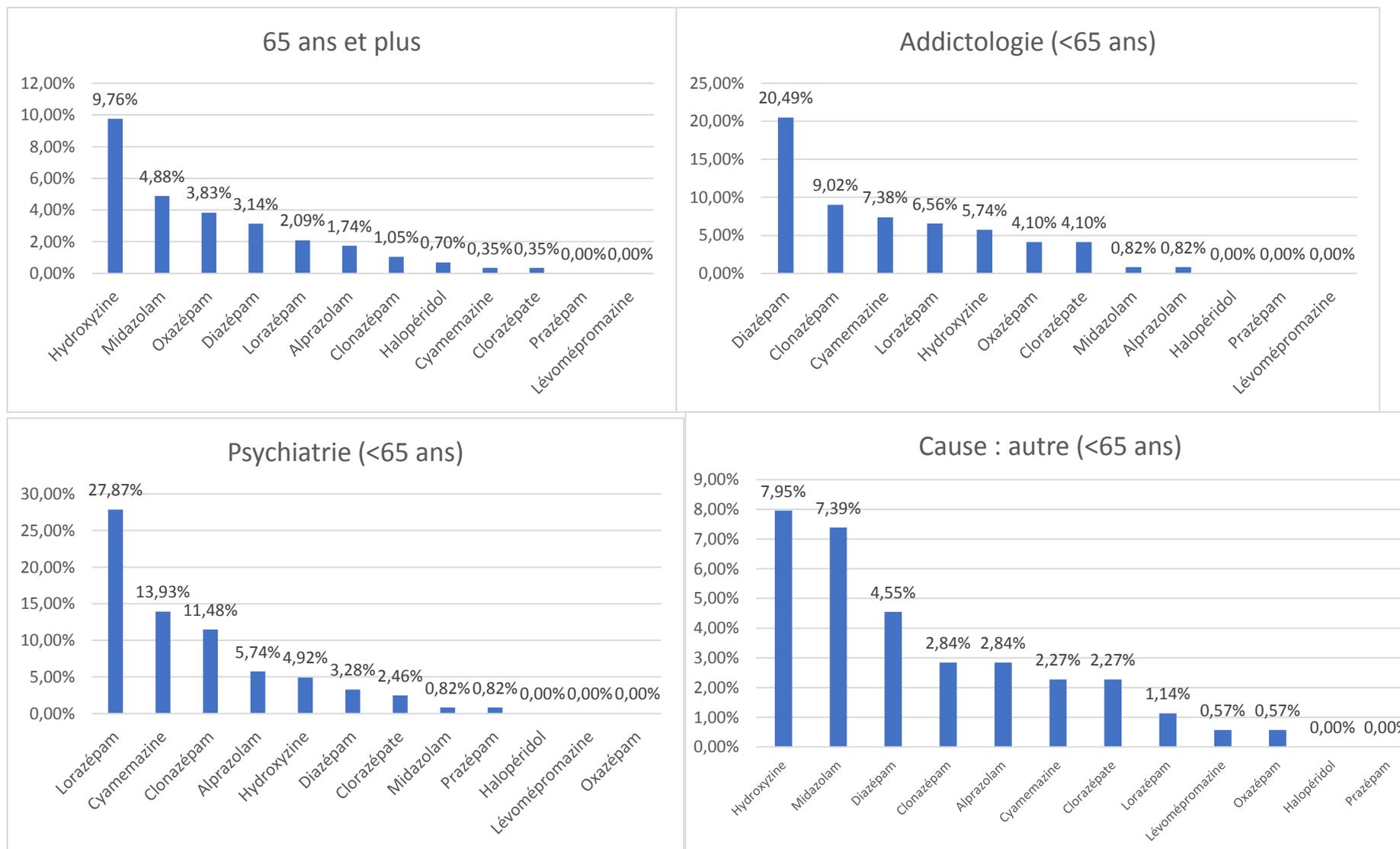


Figure 21 : Traitement anxiolytique reçu aux Urgences en fonction de l’étiologie et/ou de l’âge. *Exemple de lecture : 27,87 % des patients avec une étiologie psychiatrique d’agitation ont reçu un traitement par lorazépam.*

Si nous devons faire une synthèse pour les traitements, nous pouvons remarquer que les patients de moins de 65 ans avec une étiologie psychiatrique ou une étiologie addictologique reçoivent un traitement anxiolytique et/ou de prévention du sevrage à l'alcool. Les patients ayant une étiologie de l'agitation autre que psychiatrique ou addictologique reçoivent, eux, un traitement antalgique et/ou un traitement étiologique de l'agitation.

Enfin, les prescriptions d'anxiolytiques sont davantage à type d'antihistaminique pour les causes non psychiatriques et non addictologiques, alors qu'il y a une prescription préférentielle de benzodiazépine ou de neuroleptique sédatif pour les patients agités avec une étiologie psychiatrique ou addictologique.

2.4 Discussion

a) Résumé des résultats

Au cours de cette étude épidémiologique observationnelle, nous avons calculé un taux d'agitation, pour l'année 2017 aux Urgences du CHU de Lille, de 0,87 %.

Afin de décrire les différentes étiologies de l'agitation, nous avons séparé les patients en deux catégories selon leur âge, avec une borne à 65 ans :

- Les patients les plus jeunes présentent une agitation davantage d'origine addictologique (en large majorité liée à l'alcool), psychiatrique (avec une proportion égale d'agitation anxieuse et d'origine psychotique) et neurologique/neurochirurgicale (essentiellement liée à des crises convulsives et au traumatisme crânien).
- Chez les patients ayant 65 ans ou plus, la confusion est trouvée comme étant la cause majoritaire d'agitation dont les étiologies sont diverses et variées : constipation/fécalome, pneumopathie, infection urinaire, rétention aiguë d'urine, déshydratation, etc. Notons également la présence des étiologies neurologiques/neurochirurgicales en deuxième position, avec une prédominance de la démence, des crises convulsives, du traumatisme crânien et de l'hémorragie sous-durale.

Pour un tiers des patients de moins de 65 ans et la moitié des patients plus âgés, l'urgentiste gère seul, c'est-à-dire sans prendre d'avis auprès d'autres confrères. À l'inverse, l'avis d'un psychiatre est requis pour 40,05 % des patients agités de moins de 65 ans, alors que ce sont les neurologues et gériatres qui sont le plus sollicités pour les patients âgés.

Les psychiatres sont ainsi sollicités pour un peu plus de la moitié des cas pour une agitation d'origine psychiatrique et un peu moins d'un tiers des cas pour une origine addictologique. L'urgentiste fait davantage appel à l'avis psychiatrique pour une agitation psychotique (neuf fois sur dix environ), alors que seulement la moitié des agitations anxieuses est vue par un psychiatre.

Environ 17 % des patients agités ont dû être contenus. Plus de 40 % des contentions l'ont été à la suite d'une agitation d'origine addictologique, et environ 25 % à la suite d'une agitation d'origine psychiatrique. Parmi ces patients contenus, 31,13 % n'ont reçu aucun traitement anxiolytique au cours de leur passage aux Urgences.

Pour les patients ayant une étiologie somatique ou psychiatrique d'agitation, la proportion d'hospitalisation au décours des Urgences est d'environ 45 %. Ce chiffre diffère pour l'Addictologie, avec moins de 30 %.

Concernant les retours à domicile :

- Un tiers des patients ayant une agitation de cause psychiatrique bénéficie d'un retour à domicile sans autre condition, contre un peu moins de la moitié des patients en Addictologie.
- Un tiers des patients psychiatriques et un tiers des patients en Addictologie reçoivent les coordonnées du CMP et/ou du CSAPA.
- Un tiers des patients psychiatriques bénéficie d'une prise de rendez-vous ou d'une poursuite d'un rendez-vous, contre un sixième des patients en Addictologie.

Enfin, concernant les traitements reçus au cours de leur passage aux Urgences, les patients de plus de 65 ans reçoivent essentiellement un traitement étiologique et antalgique. Les patients dont l'étiologie est addictologique ont, pour la majorité, un

traitement de prévention du sevrage à l'alcool ; les patients pour qui l'étiologie est psychiatrique reçoivent des anxiolytiques ainsi que des neuroleptiques sédatifs ; et, enfin, les patients de moins de 65 ans avec une étiologie somatique d'agitation reçoivent essentiellement des antalgiques. Concernant les anxiolytiques prescrits préférentiellement, l'hydroxyzine est privilégiée pour les patients n'ayant pas d'étiologie addictologique et/ou psychiatrique. Les anxiolytiques de type benzodiazépine ou les neuroleptiques sédatifs sont favorisés chez les patients avec une étiologie psychiatrique et/ou addictologique.

b) Forces et limites de notre étude

L'une des principales forces de notre étude réside dans son nombre d'inclusions. En effet, à partir de 1 881 inclusions lors de notre première analyse, pas moins de 626 patients ont été retenus, ce qui est considérable au vu des études précédentes, que nous avons parcourues lors de la revue de la littérature. (8, 10, 11, 13) Cela nous permet d'obtenir des résultats plus précis sur les différentes caractéristiques que nous avons explorées.

Au vu du peu d'études réalisées sur le sujet, la nôtre ressort comme étant originale sur la recherche de diagnostic d'agitation. Cela permet de rappeler le caractère transnosographique de l'agitation, comme nous avons pu le démontrer dans nos résultats.

Nous avons fait le choix des Urgences du CHU de Lille, car il s'agit d'un service accueillant un bassin de vie important (la métropole lilloise) et disposant d'une unité d'Urgences psychiatriques incluse dans les Urgences générales. Celle-ci est

composée d'un infirmier ou d'une infirmière présent(e) 24 heures sur 24, d'un médecin psychiatre et/ou d'un(e) interne en Psychiatrie se relayant également pour assurer la permanence des soins. Il s'agit donc d'une caractéristique intéressante, car peu d'études se sont intéressées à l'étiologie de l'agitation dans un service intégrant les Urgences psychiatriques dans les Urgences générales. En effet, dans notre revue de la littérature, nous avons pu relever une seule étude, celle de Clinton et al. (12), associant un service d'Urgences générales avec un CIC (*Crisis Intervention Center*), qui paraît ressembler à une forme de Centre d'Accueil et de Crise (CAC) anglo-saxonne.

Au départ, nous voulions réaliser cette étude au sein des Urgences d'un centre hospitalier périphérique de la région des Hauts-de-France disposant d'une équipe de Psychiatrie de liaison et d'une équipe d'Addictologie également. Cependant, la réalisation a été complexe, avec des refus pour des raisons diverses. Néanmoins, nous restons persuadé que cela pourrait être intéressant de comparer les résultats obtenus dans cette étude avec des résultats dans un centre hospitalier disposant d'une équipe d'Addictologie de liaison.

L'une des principales limites de notre étude réside dans sa méthodologie, à savoir le caractère rétrospectif. Nous avons fait ce choix par rapport au prospectif, pour nous permettre de ne pas avoir d'oublis d'inclusions et, ainsi, d'éviter un biais de recrutement.

Concernant le mode de recrutement, nous avons choisi, lors de notre première analyse, de rechercher, sur le logiciel *Resurgences*®, le codage diagnostique de l'agitation selon la CIM 10, à savoir le code R451. Celui-ci était recherché dans le

diagnostic principal et/ou dans le(s) diagnostic(s) associé(s). Afin de ne pas laisser de dossiers de côté, nous avons déjà prévu des omissions de codage R451. C'est pourquoi nous avons ajouté la recherche de termes comme « agit » et « violen » dans les observations médicales et/ou infirmier.

À la suite de notre analyse préliminaire, nous avons décidé de changer de méthodologie, afin d'éviter un biais de confusion. En effet, nous avons pu nous rendre compte que le(s) diagnostic(s) retenu(s) et la (les) cause(s) allouée(s) à l'épisode d'agitation pendant le passage aux Urgences n'étaient pas identiques dans 80 % des dossiers. C'est la raison pour laquelle nous avons revu notre méthodologie, afin de trouver la cause réelle d'agitation allouée par le médecin spécialiste de l'urgence.

De plus, en modifiant notre méthodologie d'étude, nous nous sommes assuré que les dossiers comprenaient bien un épisode d'agitation psychomotrice. Nous avons pu exclure ceux qui avaient été retenus en premier lieu, alors que l'observation clinique comprenait notamment la mention « absence d'agitation ». De même, nous avons exclu les patients uniquement violents sans agitation.

Concernant la description des étiologies de l'agitation, nous avons choisi de séparer les dossiers en fonction de l'âge, au vu des différences entre la population gériatrique et le reste de la population, comme indiqué dans différents articles et/ou manuels. (37) Nous avons donc choisi notre *cut-off* à 65 ans. Cela permet d'avoir une lecture plus claire de nos résultats, en prenant ainsi en compte la spécificité de la population âgée.

c) Incidence de l'agitation et ses étiologies

Pour rappel, l'incidence d'agitation dans notre étude est de 0,87 %. Ce chiffre est conforme aux différentes études menées au sein des Urgences générales, à savoir qu'il est compris entre 0,38 et 2,60 %. (8, 9, 11, 13, 14) Nous pouvons ainsi voir que, malgré la présence d'une unité d'Urgences psychiatriques au sein même des Urgences générales, le taux d'incidence ne se rapproche pas de celui des études ayant eu lieu au sein des Urgences psychiatriques, qui, pour rappel, est compris entre 4,60 et 31 %. (22-24) Il s'agit d'un chiffre original de notre étude, que nous tenions à souligner.

À propos des étiologies de l'agitation, nous trouvons des chiffres intéressants au regard de la littérature existante. Alors que nous avons relevé une prédominance de la composante addictologique aux Urgences générales et du trouble d'allure psychotique aux Urgences psychiatriques, notre étude montre, chez les adultes de moins de 65 ans, une égale proportion de ces deux catégories d'étiologies. Encore une fois, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il s'agit justement du double regard, psychiatrique et urgentiste, au sein d'une même structure, qui permet d'obtenir ces résultats. Cela montre l'originalité de notre étude, devant être confirmée par de nouveaux travaux dans des établissements similaires.

Chez le sujet âgé de 65 ans et plus, alors que nous avons évoqué le sigle D3AP (*Delirium/Confusion, Douleur, Dépression, Aide inappropriée et Psychose*) (34) lors de notre revue de la littérature, la catégorie majoritaire d'agitation trouvée dans notre étude pour cette population est la confusion. La douleur ne représente que 1,97 % des causes d'agitation chez ces personnes, et la dépression n'apparaît pas dans nos

chiffres. Nous pourrions évoquer une sous-estimation de ces diagnostics. Voici les hypothèses que nous pouvons formuler :

- Pour la cause « douleur », nous pourrions évoquer un manque de formation, mais cela ne semble pas être la cause de cette sous-estimation, car les équipes des Urgences sont habituées et formées à évaluer la douleur des patients (à l'entrée par l'infirmier d'accueil et d'orientation, mais également par les équipes au cours de la prise en charge de ceux-ci), avec la présence d'un infirmier référent pour la douleur.

Parfois, la douleur du sujet âgé peut se manifester uniquement par de l'agitation, de l'opposition, sans évocation claire de l'algie. (38) De même, la douleur chez un patient confus peut être dissimulée par la confusion elle-même, et cela peut rendre l'évaluation difficile. Rappelons qu'il existe des outils (comme les échelles Algoplus et Doloplus) pouvant être facilement utilisés pour ces patients. (39, 40)

Au vu de la formation existante des équipes, l'hypothèse la plus probable de cette sous-estimation trouvée est donc un potentiel biais dans notre étude, lié au recueil d'informations. Nous avons cherché les étiologies de l'agitation dans les notes cliniques ; or, les évaluations de la douleur sont indiquées dans les tableaux de données paracliniques (*via* une échelle numérique analogique), ce que nous avons omis de prendre en compte.

Nous trouvons, dans les **figures 19 et 20**, un taux important de patients ayant reçu une prescription de paracétamol, ce qui permet de mettre en avant le biais lié au recueil d'informations sur la douleur, qui est pourtant traitée par les urgentistes.

- Le diagnostic de dépression, lui, ne se fait pas dans un contexte d'urgence. En effet, le rôle des Urgences, dans ce cas-là, serait de pouvoir soulager et orienter le patient. Le diagnostic interviendrait dans un second temps et en dehors du caractère urgent.

d) Les avis psychiatriques

Une des particularités du service des Urgences du CHU de Lille est l'absence d'équipe d'Addictologie en son sein. C'est pour cela que l'équipe de Psychiatrie est sollicitée dans 30,72 % des cas chez des patients ayant une étiologie addictologique d'agitation. Il serait ainsi intéressant d'envisager la reproduction de cette étude avec une équipe d'Addictologie intervenant au sein des Urgences. Les patients agités seraient-ils vu uniquement par l'Addictologie ? Ou l'équipe de Psychiatrie serait-elle également mobilisée, au vu de l'agitation ?

Au sujet des agitations ayant une cause psychiatrique, il semblerait que l'urgentiste ne fasse pas appel systématiquement au psychiatre quand il s'agit d'une anxiété. Cependant, n'y aurait-il pas un intérêt à disposer d'un avis psychiatrique même quand l'agitation anxieuse est passée ? Ne serait-ce que pour réaliser une évaluation du syndrome anxieux ayant entraîné l'agitation ? Ou alors fournir les coordonnées du centre médico-psychologique (CMP) du secteur pour une évaluation *a posteriori* ?

e) La contention

Parmi les 16,93 % de patients ayant nécessité une contention, 31,13 % n'ont reçu aucune sédation, que ce soit avant, pendant et/ou après la contention. Il s'agit d'un

chiffre à remarquer, car les recommandations préconisent un traitement sédatif en cas de contention. (6) Il semble essentiel, malgré des recommandations datant de 2002, de pouvoir rappeler ce principe au cours d'un point de formation sur les patients agités. Cependant, avant cela, il faudrait envisager de comprendre quels sont les freins à la prescription de sédation chez les urgentistes, malgré les recommandations.

2.5 Conclusion

Notre étude descriptive au sein des Urgences adultes du CHU de Lille, comprenant les Urgences psychiatriques, a permis de mettre en évidence différentes étiologies, chez le sujet jeune, de l'agitation aux Urgences :

- psychiatrique :
 - o anxieuse,
 - o psychotique ;
- addictologique ;
- somatique (neurologique essentiellement).

Chez la personne âgée, la confusion avec ses différentes étiologies prédomine les causes d'agitation.

L'agitation n'est pas uniquement du domaine de la Psychiatrie, mais les équipes de Psychiatrie sont bien entendu concernées par ce syndrome. Il existe ainsi différentes formes d'agitation, nécessitant une prise en charge spécifique en fonction de la cause trouvée.

Partie 3 :

Proposition de prise en charge de
l'agitation aux Urgences en fonction des
données de la littérature et de l'étude
descriptive

3.1 9^e conférence de consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) » (6)

La dernière conférence de *consensus* concernant la prise en charge du patient agité aux Urgences date de 2002. Il s'agit d'un texte de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) de plus de quinze ans, avec lequel les urgentistes travaillent encore. Cette conférence traite de plusieurs champs de la prise en charge de l'agitation, que nous allons détailler ci-après.

a) Les formes cliniques de l'agitation

La SFMU distingue deux formes d'agitation :

- l'agitation incontrôlable, avec deux sous-niveaux :
 - o l'agitation avec violences : elle correspond au niveau extrême d'agitation, rendant la relation thérapeutique impossible,
 - o l'agitation avec signes de passage à l'acte violent imminent : il s'agit du niveau pouvant évoluer vers l'agitation violente. Il existe des signes précurseurs pouvant être repérés au cours de l'examen clinique **(tableau 10)** ;
- l'agitation contrôlable, assurant ainsi au praticien de commencer l'examen clinique et permettant, grâce à l'instauration d'une alliance thérapeutique, de calmer l'agitation du patient et de poursuivre ainsi les différentes investigations cliniques.

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

Tableau 10 : Éléments prédictifs d'un passage à l'acte violent, selon la SFMU

Chez la personne âgée, l'agitation se manifeste sous forme verbale agressive (insultes, propos déplacés), avec éventuellement des stéréotypies verbales ou des gémissements. Il existe également la possibilité de trouver une agressivité physique marquée par des coups, des morsures, des jets d'objets ou des fugues, des déambulations et/ou des stéréotypies gestuelles.

b) L'abord relationnel

Un abord relationnel adapté et empathique permet de désamorcer de potentielles situations d'agressivité, de violence et d'agitation. (41)

Cet abord relationnel adapté est l'affaire de tous, sur la totalité du parcours du patient aux Urgences, de l'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO) au médecin urgentiste, en passant par l'équipe paramédicale.

Il est ainsi nécessaire, par la relation soignant-soigné, d'instaurer un climat de confiance, afin d'obtenir une alliance thérapeutique. L'information doit passer par la répétition des indications et buts des différents actes réalisés. L'empathie utilisée au cours des différents échanges permet de désamorcer les aspects émotionnels parfois forts vécus aux Urgences.

Il faut également profiter des collègues de l'équipe soignante pour ne pas hésiter à changer d'interlocuteur si le patient devient agressif envers l'un des membres de l'équipe.

Les auteurs soulignent l'importance de l'entourage du patient :

- Il peut être source d'information pour les équipes soignantes. Un entourage étayant est également une possibilité de rassurer et d'apaiser le patient au cours d'un contexte stressant, comme celui des Urgences.
- Cependant, les accompagnants, dans ce même contexte de stress, peuvent communiquer leurs angoisses et ainsi intensifier l'agitation du patient et/ou l'entretenir.

c) Les étiologies de l'agitation

Les différentes étiologies ont été évoquées dans la partie **1.1** de cette thèse. D'après la conférence de *consensus*, les pathologies psychiatriques représentent 62 % d'entre elles ; les pathologies organiques, 25 % ; et les causes toxiques, 25 % également (il existe une intrication chez certains patients). En regardant selon la tranche d'âge, les causes toxiques et l'intoxication éthylique prédominent chez les

13-19 ans ; et les causes psychiatriques, chez les 20-54 ans. Pour les patients de plus de 55 ans, les causes sont multifactorielles, avec l'intrication des pathologies organiques.

Cela diffère de notre étude sur la proportion des étiologies de l'agitation aux Urgences du CHU de Lille, qui laissait observer un écart bien plus réduit entre les causes psychiatriques et addictologiques. De même, nous avons observé, au cours de notre travail, une proportion de pathologies organiques plus importante.

d) Les explorations en urgence

En urgence, les auteurs recommandent une prise de la saturation en oxygène (SpO₂) et une glycémie capillaire (niveau de preuve 2A).

En cas d'agitation, s'il s'agit d'un patient psychiatrique connu avec une anamnèse et un examen clinique normal comprenant les deux paramètres, il n'est pas nécessaire de faire davantage d'examen, et le patient peut ainsi être orienté vers le psychiatre (niveau de preuve 2B).

Pour les autres patients (ceux n'ayant pas d'antécédents psychiatriques connu et/ou d'examen clinique anormal...), des examens complémentaires à la recherche d'une cause somatique seront nécessaires. Cependant, au moment de la conférence, les examens paracliniques n'ont pas fait l'objet d'études ou alors ont montré un faible impact sur la prise en charge thérapeutique du patient (niveau de preuve 2A).

e) Le traitement médicamenteux en urgence

Contrairement à d'autres syndromes ou maladies, le traitement médicamenteux de l'agitation ne fait pas de *consensus* clair. Il existe des protocoles locaux, en fonction

de l'expérience de chacun. (42) Cependant, la conférence de *consensus* préconise certaines molécules en fonction des situations :

- En cas d'étiologie organique, le traitement curatif de celle-ci reste l'essentiel de la prise en charge de l'agitation.
- En cas d'étiologie toxique, les auteurs recommandent :
 - o le clorzébate en cas d'ivresse alcoolique et le diazépam en cas de signe de sevrage ;
 - o les benzodiazépines sans distinction en cas d'intoxication à la cocaïne.
- En cas d'étiologie psychiatrique, soit une benzodiazépine, soit un antipsychotique sédatif est recommandé(e).
- Si l'agitation est d'origine inconnue, les benzodiazépines sont recommandées en première intention.
- Enfin, chez la personne âgée, les antipsychotiques sont recommandés en première ligne.

La voie orale ou sublinguale est toujours à privilégier si le patient est coopérant (agitations contrôlables essentiellement). En cas d'impossibilité en *per os*, la voie intramusculaire est la plus adaptée.

Le traitement utilisé en urgence doit répondre à un triple objectif :

- permettre un examen clinique ;
- réduire l'agitation ;
- limiter la durée de contention physique si celle-ci est posée.

f) La contention

La contention consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit ou un brancard. Les objectifs, d'après la conférence de *consensus*, sont d'assurer la sécurité du patient et de l'entourage, ainsi que de prévenir la rupture thérapeutique. Les indications sont :

- la prévention d'une auto-agression et/ou d'une hétéro-agression, après échec des autres alternatives ;
- la prévention d'une rupture thérapeutique alors qu'il existe une nécessité de soins ;
- la diminution des stimulations externes, en isolant le patient.

La prescription d'une contention ne doit jamais se justifier à titre punitif et/ou si l'état clinique ne nécessite pas ces mesures. De même, il n'est pas accepté que la contention ait uniquement pour but(s) d'apaiser l'équipe soignante et/ou de pallier le manque de personnel. Enfin, les affections organiques non stabilisées sont une contre-indication également.

La contention correspond à un ultime recours, après échec des autres alternatives tracées dans le dossier du patient. Elle est ainsi décrite comme devant être exceptionnelle et prescrite de manière temporaire. Elle doit toujours être associée à une sédation médicamenteuse.

L'application de la contention ne dispense pas l'équipe soignante d'informer le patient sur le déroulement de la prise en charge. Il est également essentiel de ne pas rompre la prise en charge relationnelle.

Enfin, une réévaluation régulière doit permettre de lever progressivement cette contention.

g) La surveillance

Les auteurs distinguent diverses possibilités :

- S'il n'y a eu aucune médication et qu'une prise en charge relationnelle a suffi, le patient doit être au repos, au calme et avoir une surveillance rapprochée (quinze minutes).
- S'il y a eu une médication, il convient alors de faire une surveillance adaptée au traitement reçu (ex. : fonction ventilatoire en cas d'administration de benzodiazépines), avec une surveillance des signes vitaux en continu.
- Enfin, s'il y a eu une contention physique, il y a nécessité d'ouvrir une fiche de surveillance adaptée avec divers paramètres, tels que la surveillance des liens, l'hydratation, la nourriture, les besoins d'élimination, les signes éventuels de complication (phlébite, etc.).

h) Conclusion

Il semble important de signaler que cette conférence de *consensus* date de plus de quinze ans et qu'aucune actualisation, jusqu'à présent, n'a permis d'établir un protocole clair en fonction des situations. Cette conférence constitue néanmoins une base sur laquelle travaillent les urgentistes quand il s'agit de prendre en charge l'agitation d'un patient au sein de leurs services.

En nous appuyant sur cette base, nous allons maintenant tenter, à partir de textes plus récents et de notre étude, de définir un nouveau protocole de prise en charge de l'agitation aux Urgences de Lille.

3.2 Et depuis 2002 ?

Depuis la conférence de *consensus* de 2002, il n'existe pas de nouvelles recommandations portant sur le patient agité aux Urgences. Cependant, diverses recommandations traitent en partie de l'agitation aux Urgences.

a) L'agitation psychomotrice chez le patient présentant une éthyliation aiguë

L'ivresse éthylique est l'une des étiologies trouvée dans notre étude. La Société française de médecine d'urgence a rédigé une conférence de *consensus* sur la prise en charge des patients alcoolisés lors de leur passage au service d'accueil et d'urgence. (43) Elle a été rédigée en 1992, avec une révision en 2003, puis en 2006.

La société savante recommande, en cas d'intoxication éthylique aiguë avec agitation psychomotrice, un traitement par benzodiazépine (diazépam ou clorazépate) par voie intraveineuse. En 1992, lors de la conférence de *consensus* originale, elle indiquait la possibilité d'utilisation du dropéridol, mais, au moment de la révision de 2003, et au vu du risque cardiovasculaire important, cette molécule a été retirée des possibilités évoquées de traitement médicamenteux.

L'administration du midazolam en intranasale a également été décrite, mais reste à évaluer. (44)

Enfin, d'après la révision de 2006, certains neuroleptiques, comme l'halopéridol, peuvent être prescrits en dernier recours lors d'une agitation majeure. Ils sont cependant à utiliser avec prudence, au vu du risque iatrogénique majoré par l'alcoolisation.

b) Recommandations chez la personne âgée

En 2009, la Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations sur la prise en charge initiale de l'agitation lors d'une confusion aiguë chez la personne âgée. (45) Nous avons décidé d'évoquer cela au vu des résultats de notre étude, montrant une proportion importante d'agitation au cours d'un syndrome confusionnel chez le sujet âgé.

La HAS indique qu'il est important mais difficile, pour le praticien, de faire la distinction entre un trouble du comportement au décours d'une démence et une confusion, souvent d'origine multifactorielle, dont les principaux symptômes à rechercher sont :

- la perturbation de la conscience de soi et de son environnement ;
- les troubles de l'attention ;
- les troubles cognitifs ;
- les troubles de la vigilance ;
- les troubles psychiatriques.

Ces symptômes présentent un début brutal (ou rapidement progressif), avec une fluctuation des signes sur 24 heures avec recrudescence vespérale. Devant un syndrome confusionnel, il est important d'envisager l'étiologie iatrogène et d'arrêter ainsi tout traitement confusogène pouvant l'être.

Enquête étiologique	
<p>La confusion aiguë est souvent multifactorielle. Penser systématiquement aux médicaments :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ arrêter les médicaments pouvant être responsables d'une confusion et/ou ceux non indispensables, ▶ adapter les modalités de l'arrêt à la classe thérapeutique. 	
Principaux facteurs prédisposants	<ul style="list-style-type: none"> • Démence avérée ou troubles cognitifs chroniques sous-jacents • Immobilisation, aggravée par une contention physique • Déficit sensoriel (visuel ou auditif) • Existence de comorbidités multiples • Dénutrition • Polymédication • Antécédents de confusion, notamment postopératoire • Troubles de l'humeur, en particulier les états dépressifs
Principaux facteurs déclenchants	<ul style="list-style-type: none"> • Infectieux (infection urinaire, pulmonaire, etc.) • Médicamenteux (dont le sevrage en benzodiazépine) • Cardiovasculaires (par exemple, syndrome coronarien) • Neurologiques (accident vasculaire cérébral, hématome sous-dural, épilepsie, etc.) • Métaboliques et endocriniennes (déshydratation, hypoxie, etc.) • Psychiatriques (dépression, stress, deuil, etc.) • Toxiques (alcool, monoxyde de carbone, etc.) • Généraux (chirurgie, anesthésie générale, subocclusion, fièvre, contention, privation sensorielle, etc.)

Tableau 11 : Étiologies du syndrome confusionnel chez la personne âgée

Au vu des différentes étiologies (**tableau 11**), il est ainsi recommandé de mener un interrogatoire, un examen clinique complet, ainsi qu'une batterie d'exams paracliniques en première intention, comprenant : Ionogramme sanguin, urée, protidémie, créatininémie avec clairance de la créatinine, calcémie, glycémie capillaire, hémogramme, CRP, saturation en oxygène, bandelette urinaire et ECG.

Le traitement étiologique reste le traitement prioritaire. En ce qui concerne le traitement non médicamenteux pouvant prévenir l'agitation du patient confus, la HAS recommande :

- de favoriser l'apaisement (présence d'un entourage proche et/ou de la famille, communication bienveillante avec le patient...);
- de préserver la communication (prêter attention à la communication non verbale, maintenir les appareils auditifs et visuels...);
- d'éviter l'isolement ;
- d'évaluer le bénéfice/risque de tout acte invasif (préférer un cathéter veineux obturé).

Il est également indiqué que la contention physique doit être exceptionnelle. Elle est la solution ultime après l'échec des autres alternatives. Contenir un patient permet les investigations et les traitements nécessaires tant que celui-ci est dangereux pour lui-même ou pour autrui.

Concernant le traitement médicamenteux, aucune thérapeutique n'a obtenu l'autorisation de mise sur le marché pour l'indication « confusion aiguë de la personne âgée ». Cependant, les auteurs de la HAS préconisent un traitement médicamenteux en cas de :

- mesures non médicamenteuses insuffisantes ;
- symptômes comportementaux sévères (agitation/anxiété) avec une souffrance significative ;
- mise en danger du patient ou d'autrui ;

- symptômes empêchant des traitements ou des examens indispensables à la prise en charge.

Le choix du type de molécule dépend également de la symptomatologie de l'agitation :

- anxiété prédominante : benzodiazépine à pic d'action rapide et à demi-vie courte ;
- troubles productifs : neuroleptique adapté.

Enfin, il est demandé de privilégier une monothérapie avec une durée de prescription courte et une dose plus faible que chez l'adulte jeune. L'effet doit être évalué dès la première prise et avant le renouvellement de la prescription, avec arrêt du traitement dès le contrôle des symptômes gênants.

c) Prévention et prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en Psychiatrie

La Haute Autorité de Santé a publié, en 2016, un guide de programmes et d'outils, afin de soutenir les équipes de Psychiatrie, en améliorant leurs compétences dans la prévention et la prise en charge des moments de violence. (46)

Nous sommes conscient que nous sortons ici du cadre des Urgences et que les situations de violence ne sont pas toutes des agitations psychomotrices, puisque la violence peut être verbale et/ou physique et/ou contre les objets.

Cependant, comme nous pouvons le voir dans ce guide, il existe quelques éléments traitant de l'agitation, qu'il serait intéressant d'envisager dans les services d'urgence :

Tout d'abord, il existe des facteurs pouvant expliquer des situations d'agitation, que la HAS propose de regrouper en trois groupes :

- les facteurs « internes » : caractéristiques du patient (pathologie, âge, sexe...);
- les facteurs « externes » : architecture, flux et types de patients, temporalité, formation et expérience des professionnels ;
- l'interaction entre les personnes et la situation.

Le temps de l'accueil en Hospitalisation psychiatrique est un moment où la prévention des phénomènes de violence et/ou d'agitation semble importante. Ce temps d'accueil existe également aux Urgences.

Certains des principes peuvent donc être repris, comme :

- personnaliser l'accueil, notamment en s'assurant de la prise en charge de l'entourage si besoin (enfants, parents âgés, animaux...), qui peut être une préoccupation pour les patients, source de tension anxieuse chez eux, pouvant amener à un état d'agitation dû à des incompréhensions soignant-soigné ;
- informer les patients, ainsi que la famille, dans le respect de leurs droits ;
- favoriser l'adaptation à l'hospitalisation (ex. : permettre aux patients fumeurs d'aller fumer si l'état clinique le permet ou proposer un substitut nicotinique dans le cas contraire).

La HAS propose d'évaluer la violence pour tous les patients, par la recherche de trois facteurs de risque :

- antécédents de violence, d'agitation et/ou de comportements impulsifs ;
- trouble mental sévère (troubles psychotiques, troubles de l'humeur) ;
- antécédents ou consommation d'alcool et/ou de drogues.

Si, à partir de ces trois éléments, un risque de violence et/ou d'agitation est identifié, une évaluation spécifique doit être menée, comprenant :

- les facteurs statiques :
 - o antécédents de violence,
 - o délinquance précoce,
 - o personnalité antisociale ;
- les facteurs dynamiques :
 - o capacité d'introspection difficile,
 - o symptômes actifs de maladie mentale grave,
 - o mauvaises relations avec l'équipe soignante ;
- des éléments déclencheurs :
 - o conditions de venue aux Urgences, par exemple (avec les forces de l'ordre, les pompiers...) ;
- les signaux d'alerte :
 - o agitation psychomotrice croissante,
 - o retrait inexpliqué ;
- les facteurs de protection :
 - o contrôle émotionnel,

- personnes-ressources dans l'entourage présentes aux Urgences, par exemple ;
- les stratégies de retour au calme, identifiées par le patient lui-même.

Des échelles comme le HCR-20 (*Historical Clinical Risk Management 20-item scale*) (47) peuvent être utilisées. Il s'agit d'une échelle utilisant un questionnaire de type entretien semi-dirigé reprenant les différents éléments d'évaluation que nous venons de détailler. Cela permet aux cliniciens d'évaluer, *via* vingt items, le risque d'agressivité et de violence du patient.

De même, le guide préconise d'accorder une place à la famille du patient, ce qui semble également applicable au service des Urgences. En effet, la famille, quand elle est bienveillante, peut être un allié précieux dans la prise en charge du patient, ainsi que dans son apaisement. Elle peut le rassurer et ainsi éviter une potentielle agitation.

Il est aussi recommandé de privilégier les techniques de désescalade verbale en évitant une montée symétrique de l'agressivité et de la violence. Il existe ainsi des techniques déjà enseignées aux équipes soignantes en Psychiatrie (ex. : programme OMEGA) étant adaptées à la spécificité des Urgences. (48)

Enfin, la Haute Autorité de santé émet des recommandations sur la thérapeutique de l'agitation, qui ne diffèrent pas des précédentes recommandations : privilégier la voie orale, administrer un anxiolytique de type benzodiazépine en cas d'anxiété majeure ou un antipsychotique sédatif en cas de symptomatologie d'allure psychotique associée, passer par la voie intramusculaire en cas de refus de voie orale, éviter les associations de molécule.

d) Évaluation et gestion de l'agitation en Psychiatrie (49)

La dernière conférence de *consensus* sur l'évaluation et la gestion de l'agitation en Psychiatrie est sortie en 2016. Il s'agit d'un travail conduit par un panel de psychiatres experts internationaux dans le domaine de l'agitation. La participation s'est faite par *e-mail* et téléconférence. L'établissement de la conférence de *consensus* s'est fait par l'intégration des revues de littérature, des méta-analyses, des essais cliniques et des *guidelines* sur l'agitation les plus utilisés.

Les experts s'accordent à dire qu'il est nécessaire d'éliminer toute cause somatique d'agitation dans un premier temps. Les différentes étiologies, d'après la conférence, sont reprises ici dans le **tableau 12**.

Agitation from general medical condition

- Head trauma
- Encephalitis, meningitis or other infection
- Encephalopathy (particularly from liver or renal failure)
- Exposure to environmental toxins
- Metabolic derangement (e.g., hyponatremia, hypocalcaemia, hypoglycaemia)
- Hypoxia
- Thyroid disease
- Seizure (postictal)
- Toxic levels of medication (e.g., psychiatric or anticonvulsant)

Agitation from intoxication/withdrawal

- Alcohol
- Other drugs (cocaine, ecstasy, ketamine, bath salts, inhalants, methamphetamines)

Agitation from psychiatric disorder

- Psychotic disorder
- Manic and mixed states
- Agitated depression
- Anxiety disorder
- Personality disorder
- Reactive or situational agitation (adaptive disorder)
- Autism spectrum disorder

Undifferentiated Agitation (presumed to be from a general medical condition until proven otherwise)

Tableau 12 : Étiologies de l'agitation d'après *Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus*

L'évaluation de l'agitation psychomotrice peut se faire *via* différentes échelles validées :

- *the Agitation Severity Scale (ASS)* ;
- *the Overt Agitation Severity Scale (OASS)* ;
- *the Behavioural Activity Rating Scale (BARS)* ;
- *the Clinical Global Impression Scale for Aggression (CGI-A)* ;
- *the Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI)* ;
- *the Overt Aggression Scale (OAS)* ;
- *the Staff Observation Aggression Scale (SOAS)*.

Les auteurs de la conférence de *consensus* relèvent que l'ASS a été décrite comme étant simple d'utilisation, par les urgentistes, notamment. C'est une échelle basée sur vingt-et-un items comportementaux observés et validés chez des patients agités, chaque item étant coté de « absent » (0 point) à « toujours présent » (3 points). Un score élevé permet d'argumenter la présence d'une agitation. (50) Cependant, que ce soit avec l'ASS ou une autre échelle, le principal inconvénient retrouvé à chaque fois est l'évaluation à un « temps T » de l'état du patient. Or, une agitation présente une sévérité variant d'un extrême à l'autre très rapidement, et cela, aucune échelle valide ne peut l'évaluer.

Comme les recommandations de la HAS, les experts mettent la priorité sur une intervention non pharmacologique si celle-ci est possible (désescalade verbale, pacification...), avec la contention en ultime recours.

Enfin, concernant les molécules à utiliser, les experts expriment un avis sur la pharmacologie de chacune, mais n'avancent pas de conduite à tenir assez claire.

D'ailleurs, les auteurs estiment que, en se basant sur les essais cliniques, donner une conduite à tenir claire, faisant *consensus* sur l'évaluation et la gestion de l'agitation n'est pas entièrement possible, car les études de forte puissance sont trop peu nombreuses. Ils encouragent ainsi à la réalisation de nouvelles études, pour permettre d'avancer dans la recherche dans ce domaine.

3.3 Urgentistes et psychiatres : un travail en collaboration avec quelques différences de points de vue

a) Une complémentarité nécessaire...

Pour une partie des hôpitaux, les patients présentant une agitation et arrivant aux Urgences générales sont pris en charge par :

- le personnel de ce service,
- ainsi que par une équipe de Psychiatrie associée ou se déplaçant au lit des malades. (51)

Ces situations d'urgence nécessitent, pour les équipes, de travailler avec les avantages et les contraintes de chacune, afin d'intégrer les patients, en permettant :

- d'accueillir les situations critiques dans les Urgences générales et de réduire l'effet de stigmatisation ;
- de les intégrer dans une équipe pluridisciplinaire pour les pathologies mixtes (ex. : tentative de suicide, agitation) ;
- de les intégrer dans un réseau de soins, en permettant l'orientation vers les différentes structures de soins de relais. (52)

Comme le révèle également l'étude de Tucci et al. (53), il semble intéressant d'envisager un examen somatique de ces patients, puisque 35 à 50 % d'entre eux présentent une comorbidité somatique inaugurant ou exacerbant leur tableau d'allure psychiatrique, dont l'un des syndromes peut être l'agitation psychomotrice.

b) ... avec des divergences de points de vue, néanmoins

Nous allons maintenant prendre un exemple américain montrant les divergences de points de vue entre urgentistes et psychiatres sur la prise en charge des patients présentant un trouble d'allure psychiatrique, notamment chez les patients alcoolisés, puisque, pour rappel, l'alcool est une origine fréquente d'agitation. Nous nous basons sur les *guidelines* de deux sociétés savantes américaines : l'ACEP (*American College of Emergency Physicians*) et l'APA (*American Psychiatric Association*).

En 2006, l'ACEP publie des recommandations, reprises dans son *guideline*, sur la prise en charge des patients psychiatriques aux Urgences. (54, 55)

Celles-ci indiquent que, pour tout patient psychiatrique, l'évaluation diagnostique doit reposer essentiellement sur l'anamnèse et l'examen clinique. Les bilans biologiques et les recherches de toxiques n'affectent pas la prise de décision de l'urgentiste, car, d'après les auteurs, ils révèlent très rarement une anomalie qui n'aurait pas été détectée par l'examen clinique et/ou l'anamnèse. De plus, ces bilans, s'ils sont prescrits, ne doivent pas retarder la prise en charge et/ou le transfert en unité de Soins psychiatriques.

Enfin, pour les patients alcoolisés, l'évaluation psychiatrique ne doit pas dépendre du taux d'alcool, mais des capacités cognitives des patients au moment de l'entretien.

L'APA, elle, dans son *guideline* (56), indique que le psychiatre, au décours de son évaluation, peut demander d'initier ou de poursuivre les investigations cliniques de l'urgentiste avant de poser un diagnostic. Elle préconise une exploration somatique avec bilan biologique, afin d'éliminer une cause organique aux troubles présentés par le patient. De même, l'Association américaine de Psychiatrie reconnaît que psychiatres et urgentistes peuvent avoir des points de vue différents sur l'utilité des bilans biologiques et des recherches de toxiques.

Il semble ainsi que l'ACEP préconise une évaluation rapide par l'équipe psychiatrique, alors que l'APA semble plus modérée et souhaite une exploration médicale somatique plus approfondie de l'urgentiste, en lien avec le psychiatre.

À partir de cet exemple, nous avons voulu montrer que psychiatres et urgentistes trouvent des points communs et arrivent à collaborer pour une meilleure prise en charge des patients présentant une agitation pouvant être d'origines diverses. Cependant, des différences de points de vue existent sur la manière de prendre en charge ces patients.

3.4 Conclusion

a) Résumé des données de la littérature

Les dernières recommandations portant sur la prise en charge des patients agités aux Urgences datent de 2002. Les textes traitant du syndrome d'agitation après celui de 2002 apportent quelques éléments nouveaux, sans réellement remettre en cause ceux de la SFMU.

Concernant la gestion des patients présentant une agitation, les textes recommandent un abord relationnel empathique favorisant l'alliance thérapeutique.

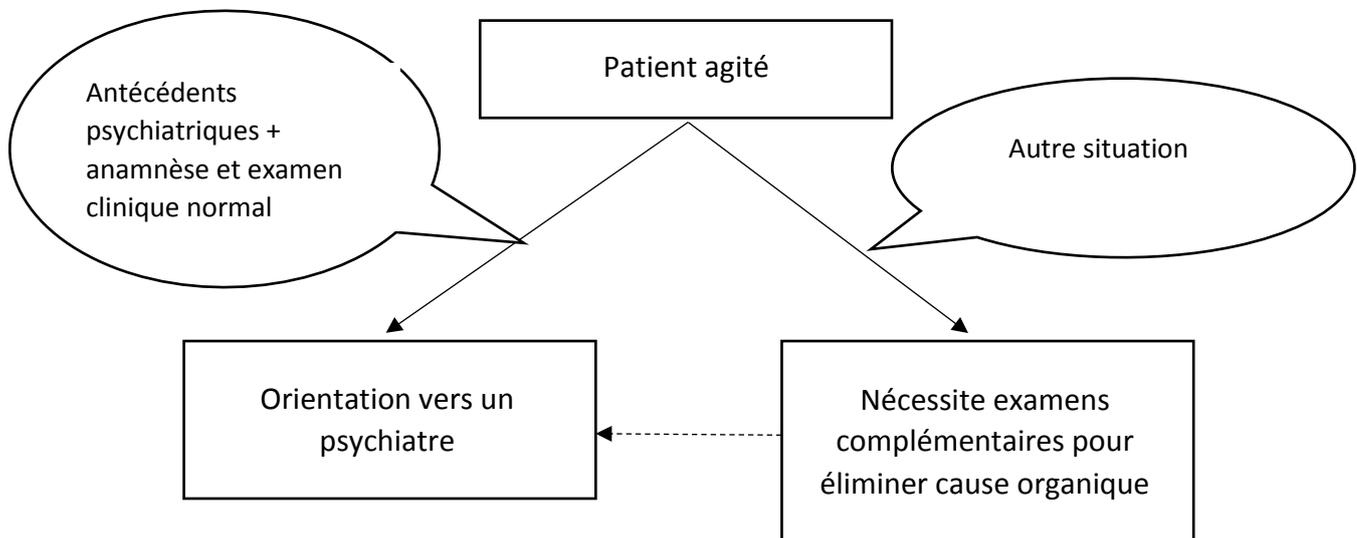
Afin de prévenir un épisode d'agitation, il est important :

- d'évaluer le risque d'agitation d'un patient. Il existe de nombreuses échelles de l'agitation, mais évaluant celle-ci avec des symptômes extrêmement variables, à un instant donné. La HAS propose cependant d'évaluer le risque d'agitation d'un patient par l'exploration de trois facteurs de risque. Ceux-ci se concentrent essentiellement sur des problématiques addictologiques et/ou psychiatriques. Cela n'est pas forcément exhaustif, mais pourrait permettre de prévenir certains épisodes ;
- de faciliter l'hospitalisation du patient en lui laissant, par exemple, la possibilité de fumer si c'est possible (proposition de substitut nicotinique dans le cas contraire) ;
- d'informer régulièrement le patient, ainsi que son entourage, si possible et si accord du patient, au cours de son passage aux Urgences, qui peut être stressant pour lui ;

- d'évaluer l'intérêt de la place de l'entourage. Un membre de la famille et/ou de l'entourage proche peut être une aide dans l'alliance thérapeutique, en rassurant le patient. Cependant, il peut y avoir l'effet inverse si cette personne communique son propre stress auprès du patient ;
- de préférer les méthodes non pharmacologiques (désescalade verbale, réassurance...) avant d'envisager un traitement pharmacologique et la contention comme ultime solution.

Les causes organiques d'agitation doivent être éliminées à partir d'un examen clinique et d'une anamnèse complète. Certains recommandent également une prise de constantes comprenant une saturation en oxygène et une glycémie capillaire.

Concernant l'orientation, les recommandations de la SFMU indiquent :



Concernant le traitement, il est recommandé de traiter l'étiologie de l'agitation en priorité. Il n'existe pas de recommandations bien précises pouvant être intégrées dans un guide de bonnes pratiques. Cependant, les différents textes étudiés

semblent privilégier, en *per os* dans un premier temps ou alors en intramusculaire (ou intraveineux) si refus ou impossibilité du *per os* :

- le clorzébate en cas d'ivresse éthylique et le diazépam en prévention d'un sevrage éthylique ;
- les benzodiazépines en cas d'intoxication à la cocaïne ;
- un traitement par benzodiazépine pour les patients présentant un trouble psychiatrique ainsi que pour les patients âgés, qui semble indiqué en cas d'anxiété majeure, alors qu'un traitement antipsychotique sédatif est préconisé en cas de troubles productifs ;
- les benzodiazépines si l'étiologie n'est pas connue.

Enfin, la contention doit être l'ultime alternative, avec des indications précises de mise en danger du patient et/ou de son environnement. Elle doit être réévaluée régulièrement avec une fiche de surveillance et ne doit pas empêcher de poursuivre la relation thérapeutique.

Il est important de voir une approche inclusive permettant à l'urgentiste d'éliminer toute cause organique à l'origine de l'agitation du patient, tout en laissant au psychiatre la possibilité de garder son rôle propre en prenant en charge l'agitation d'origine psychiatrique. De plus, un examen somatique semble être un impératif au vu des différentes étiologies de l'agitation que nous avons pu trouver au cours de notre étude. Le bilan paraclinique doit être guidé par l'examen clinique initial de l'urgentiste.

b) Proposition de prise en charge de l'agitation aux Urgences du CHU de Lille

Au vu des éléments cités précédemment, voici une proposition de prise en charge de l'agitation aux Urgences du CHU de Lille :

1) Évaluation du risque d'agitation dès l'infirmier d'accueil et d'orientation (figure 22)

a. L'infirmier d'accueil et d'orientation (IAO), au cours de son évaluation globale, peut déceler un état d'agitation (association d'une activité motrice excessive avec un état de tension interne +/- présence d'une activité en général improductive et stéréotypée +/- impossibilité de rester sur place et/ou de rester assis, marche sans but, frottements de mains, etc.). Dans cette situation, il peut mettre en œuvre les méthodes non pharmacologiques, voire l'instauration d'un traitement médicamenteux si un médecin est disponible et si cela s'avère nécessaire. Le patient sera rapidement orienté pour une prise en charge en zone médicale.

b. En cas d'absence d'agitation, l'IAO recherche trois facteurs de risque d'agitation :

- trouble mental sévère (trouble psychotique, trouble de l'humeur) ;
- antécédents de consommation ou consommation actuelle d'alcool ou de drogue ;
- antécédents d'agitation et/ou de violence.

S'il ne trouve pas au moins l'un de ces facteurs, le risque d'agitation est faible, voire nul. L'équipe des Urgences poursuit alors la prise en charge du patient.

c. Mais, s'il est trouvé au moins l'un de ces trois facteurs, l'évaluation se poursuit de manière plus approfondie avec recherche :

- de symptômes actifs de maladie mentale grave (troubles de l'humeur, incohérence des pensées, production délirante...);
- de la condition de venue aux Urgences (avec les forces de l'ordre, les pompiers...);
- des signaux d'alerte : agitation psychomotrice croissante, retrait inexplicable (**si présence : prévention non pharmacologique +/- traitement médicamenteux si médecin disponible**) ;
- des facteurs de protection : contrôle émotionnel, personnes-ressources présentes ;
- des stratégies de retour au calme, identifiées par le patient lui-même, à mettre en œuvre si possible (présence de l'entourage, tabac ou substitut nicotinique si impossibilité de sortir fumer, prise d'un traitement anxiolytique).

Enfin, avant d'orienter le patient en zone médicalisée, il est important de pouvoir consigner, dans son dossier, les différents éléments cités, afin de pouvoir les utiliser si cela s'avère nécessaire (ex. : les stratégies de retour au calme).

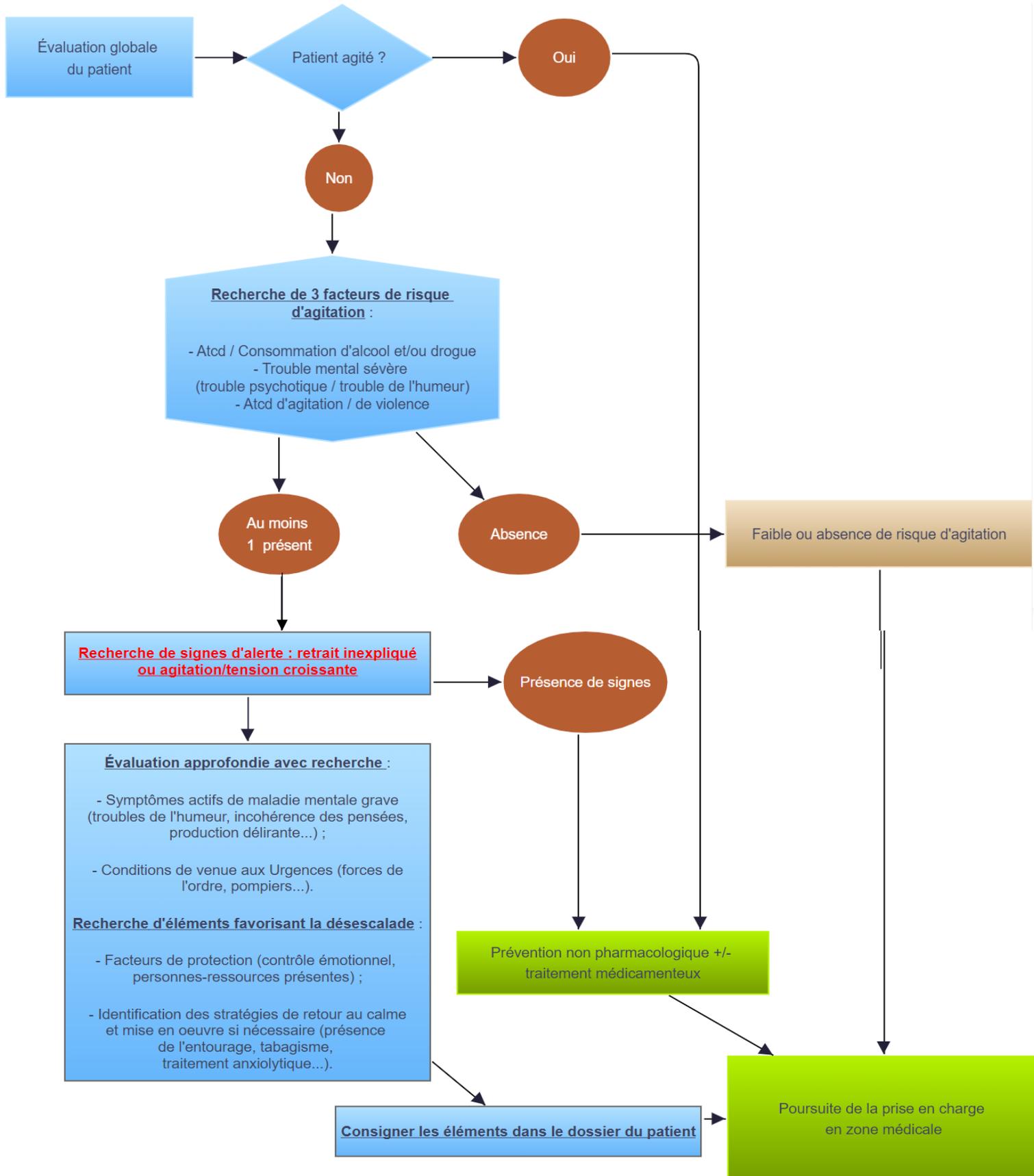


Figure 22 : Proposition de prise en charge de l'agitation au niveau de la zone d'accueil et d'orientation

2) Évaluation et CAT en zone médicalisée (figures 23a, 23b et 23c)

L'agitation n'est qu'un symptôme. La recherche de l'étiologie se fait sur :

- l'anamnèse : trouble inaugural, évolution progressive, rechutes, antécédents ;
- la prise des constantes (dont SaO2 et glycémie capillaire) ;
- la recherche d'une cause neurologique : troubles mnésiques, troubles de l'orientation temporo-spatiale, niveau de conscience, examen clinique neurologique ;
- la recherche d'une cause psychiatrique : évaluation de l'humeur, de symptômes productifs, de la cohérence des pensées... ;
- la recherche d'une cause addictologique : anamnèse, attitude ébrieuse et dosage sanguin pour confirmer (ou infirmer) la prise d'alcool, notamment, ou toute autre substance ;
- un examen clinique complet à la recherche d'une cause organique (rétention aiguë d'urine, fécalome, douleurs, cause traumatologique, cause neurologique...).

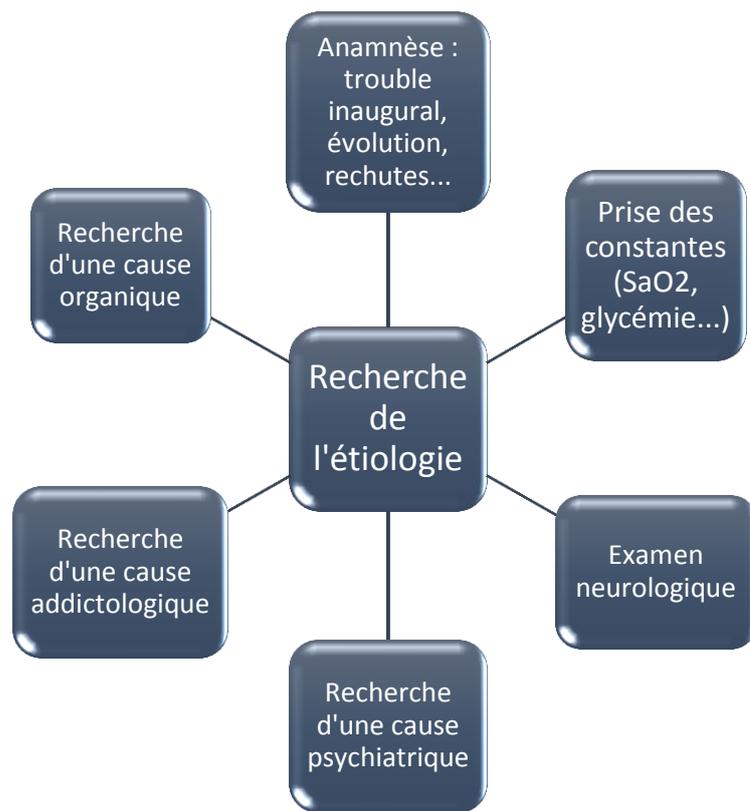


Figure 23a : Proposition de prise en charge de l'agitation en zone médicalisée – Recherche de l'étiologie

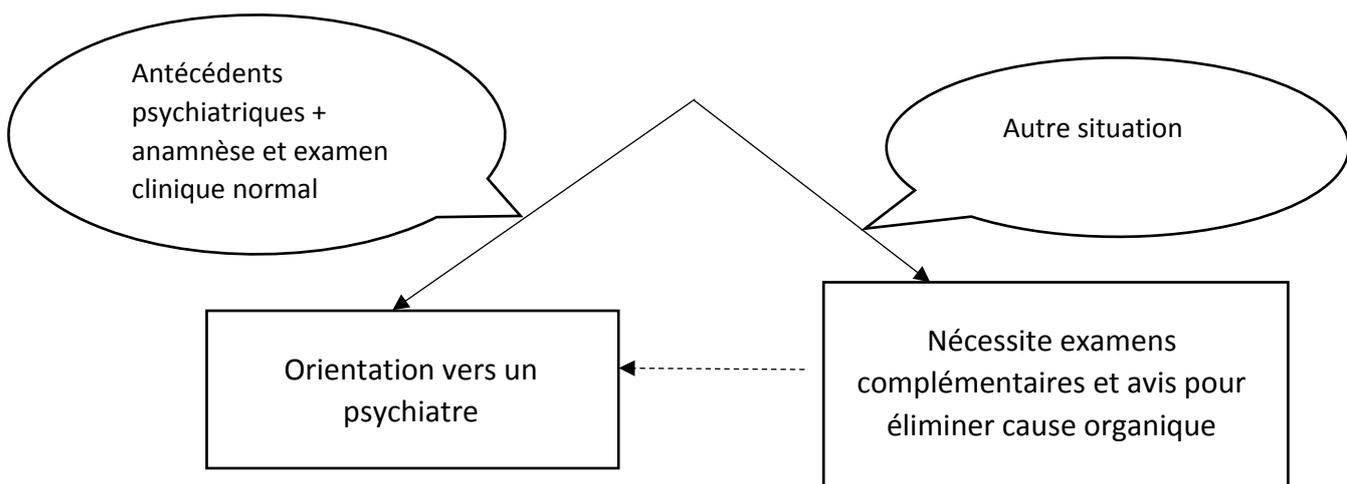


Figure 23b : Orientation à la suite de l'examen clinique recherchant l'étiologie

Traitement médicamenteux et contention

En cas d'échec des méthodes non pharmacologiques :

- Le traitement étiologique de l'agitation reste le traitement à privilégier.
- La voie *per os* est le mode d'administration à proposer en premier abord. La voie parentérale doit être envisagée en cas d'impossibilité et/ou de refus du *per os*.
- Il faut également voir les traitements personnels du patient et prescrire ce qu'il peut éventuellement déjà prendre.

La contention doit être l'alternative ultime, après échec des autres moyens, pour :

- mettre en sécurité le patient ;
- permettre les examens nécessaires ;
- apaiser le patient en le coupant des stimulations externes.

Elle nécessite une surveillance particulière et rapprochée, avec une fiche de surveillance à consigner dans le dossier médical. Elle doit être réévaluée régulièrement et levée dès que cela est possible.

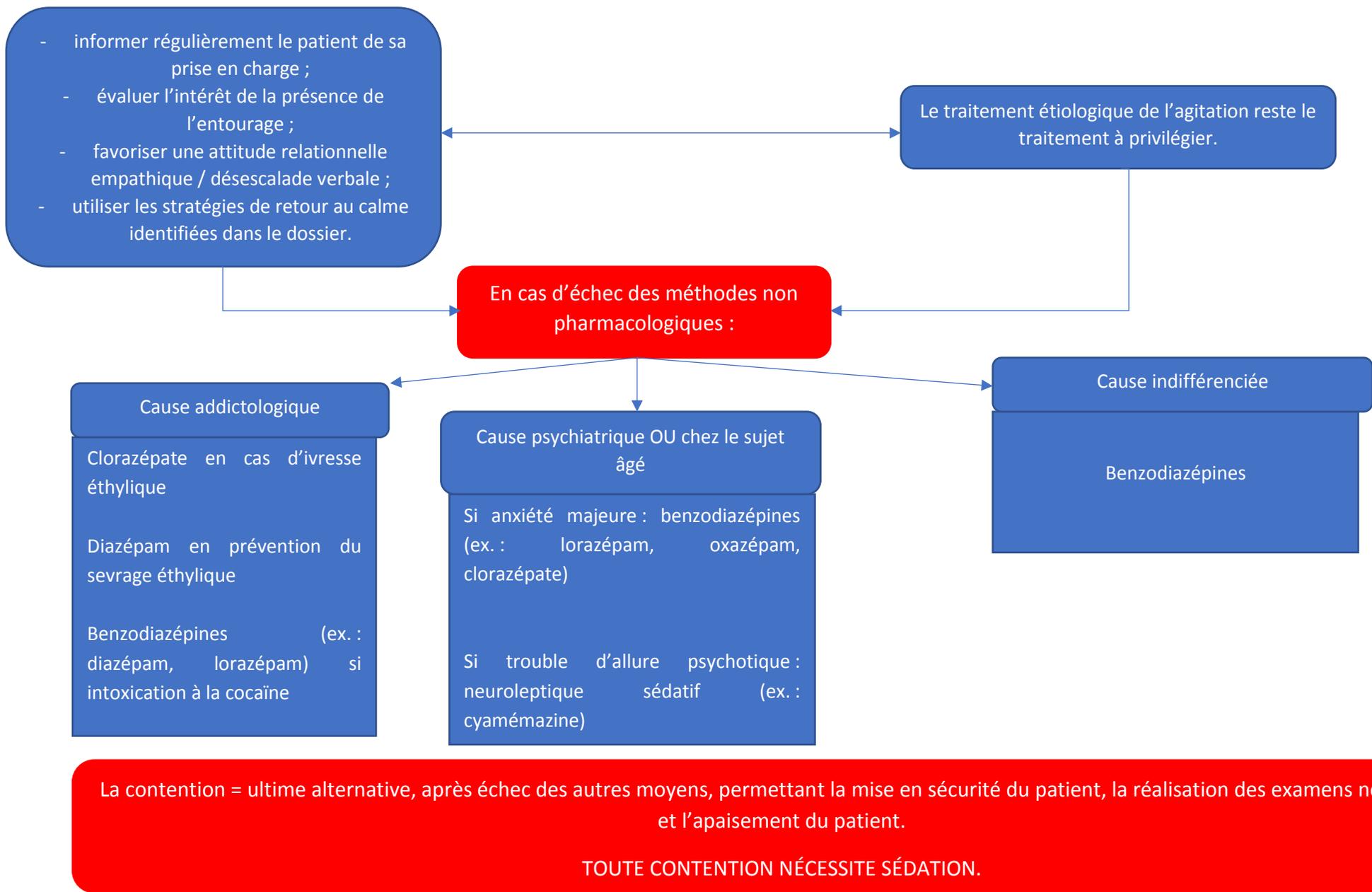


Figure 23c : Proposition de traitement de l'agitation aux Urgences

CONCLUSION

Notre étude, avec un nombre de patients assez important, a permis de rappeler les étiologies du syndrome d'agitation psychomotrice, ainsi que leur fréquence, dans un service d'Urgences générales doté d'une unité d'Urgences psychiatriques.

L'agitation psychomotrice est un syndrome transnosographique d'étiologie différente selon l'âge du patient.

Ce syndrome, bien qu'induisant des comportements pouvant être brutaux, violents, inattendus... n'est pas l'apanage de la spécialité psychiatrique. Cependant, il est certain que le psychiatre a également son rôle de collaborateur à jouer dans la prise en charge du patient agité, au vu de la fréquence importante des étiologies psychiatriques de l'agitation chez le sujet jeune.

Même si l'agitation reste un syndrome pouvant se manifester subitement, il existe des moyens de prévenir certains états d'agitation. Notre travail a d'ailleurs permis de proposer une prise en charge, essentiellement basée sur de la prévention et des techniques non médicamenteuses, pouvant être appliquée aux Urgences, même si sa faisabilité reste à évaluer.

Cependant, la prise en charge n'est pas entièrement consensuelle, notamment au niveau de la thérapeutique médicamenteuse. Il nous semble donc important de réaliser de nouvelles études, afin d'établir un réel *consensus* sur la prise en charge thérapeutique du patient agité.

BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse É. Expressions : agitation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/agitation/1671>
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. In Washington DC; 2013.
3. Thomas G. Prendre en charge un état d'agitation.
4. Zoupanos BN, Bryois C. [Treatment of agitation in the emergency room]. Rev Med Suisse. 13 juill 2005;1(27):1810- 3.
5. Au congrès Urgences 2018, la surcharge des services dénoncée, Buzyn rassure [Internet]. Le Quotidien du Médecin. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2018/06/14/au-congres-urgences-2018-la-surcharge-des-services-denoncee-buzyn-rassure_858885
6. LEJONC JL. Agitation en urgence (petite enfance exceptée) : 9^e conférence de consensus [Internet]. Paris: Société française de médecine d'urgence; 2002. 42 p. Disponible sur: http://www.sfm.org/documents/consensus/cc_agitation_long.pdf
7. Nordstrom K, Zun LS, Wilson MP, Md VS, Ng AT, Bregman B, et al. Medical evaluation and triage of the agitated patient: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta medical evaluation workgroup. West J Emerg Med. févr 2012;13(1):3- 10.
8. Moritz F, Bauer F, Boyer A, Lemarchand P, Kerleau JM, Moiro E, et al. Les patients agités au service d'accueil et d'urgence du CHU de Rouen. Presse Med. 9 oct 1999;28(30):1630- 4.
9. Bourdinaud V, Pochard F. Enquête sur la prise en charge des patients en état d'agitation dans les services d'accueil et d'urgences en France. Encephale. avr 2003;29(2):89- 98.
10. Martel M, Sterzinger A, Miner J, Clinton J, Biros M. Management of Acute Undifferentiated Agitation in the Emergency Department: A Randomized Double-Blind Trial of Droperidol, Ziprasidone, and Midazolam. Academic Emergency Medicine. 1 déc 2005;12(12):1167- 72.
11. Downes MA, Healy P, Page CB, Bryant JL, Isbister GK. Structured team approach to the agitated patient in the emergency department. Emergency Medicine Australasia. juin 2009;21(3):196- 202.
12. Clinton JE, Sterner S, Stelmachers Z, Ruiz E. Haloperidol for sedation of disruptive emergency patients. Ann Emerg Med. mars 1987;16(3):319- 22.
13. Gerrer P-A. Les patients agités dans le service des urgences du CHU de Dijon : Analyse des pratiques sur l'année 2017 [Internet]. [Dijon]: UFR des Sciences de Santé de Dijon; 2018. Disponible sur: <https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/site/esupversions/fa9f170c-daad-4bd8-9e61-1e99bb6daa30>
14. Miner JR, Klein LR, Cole JB, Driver BE, Moore JC, Ho JD. The Characteristics and Prevalence of Agitation in an Urban County Emergency Department. Annals of Emergency Medicine. 1 oct 2018;72(4):361- 70.
15. Ciurli P, Formisano R, Bivona U, Cantagallo A, Angelelli P. Neuropsychiatric Disorders in Persons With Severe Traumatic Brain Injury: Prevalence, Phenomenology, and Relationship With

- Demographic, Clinical, and Functional Features. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2011;26(2):116- 26.
16. Singh R, Venkateshwara G, Nair KPS, Khan M, Saad R. Agitation after traumatic brain injury and predictors of outcome. *Brain Inj*. 2014;28(3):336- 40.
 17. Jaber S, Chanques G, Altairac C, Sebbane M, Vergne C, Perrigault P-F, et al. A Prospective Study of Agitation in a Medical-Surgical ICU: Incidence, Risk Factors, and Outcomes. *Chest*. 1 oct 2005;128(4):2749- 57.
 18. Fraser GL, Prato BS, Riker RR, Berthiaume D, Wilkins ML. Frequency, Severity, and Treatment of Agitation in Young versus Elderly Patients in the ICU. *Pharmacotherapy*. janv 2000;20(1):75- 82.
 19. Burk RS, Grap MJ, Munro CL, Schubert CM, Sessler CN. Predictors of agitation in critically ill adults. *Am J Crit Care*. sept 2014;23(5):414- 23.
 20. Yu D, Chai W, Sun X, Yao L. Emergence agitation in adults: risk factors in 2,000 patients. *Can J Anaesth*. sept 2010;57(9):843- 8.
 21. Almeida TML de, Azevedo LCP de, Nosé PMG, Freitas FGR de, Machado FR. Risk factors for agitation in critically ill patients. *Rev Bras Ter Intensiva*. déc 2016;28(4):413- 9.
 22. Dhossche DM. Aggression and recent substance abuse: absence of association in psychiatric emergency room patients. *Compr Psychiatry*. oct 1999;40(5):343- 6.
 23. Mc Niel D. The role of violence in decisions about hospitalization from the psychiatric emergency room. *American Journal of Psychiatry*. févr 1992;149(2):207- 12.
 24. San L, Marksteiner J, Zwanzger P, Figuero MA, Romero FT, Kyropoulos G, et al. State of Acute Agitation at Psychiatric Emergencies in Europe: The STAGE Study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 27 oct 2016;12:75- 86.
 25. Ancill RJ, Carlyle WW, Liang RA, Holliday SG. Agitation in the Demented Elderly: A Role for Benzodiazepines? *International Clinical Psychopharmacology*. 1991;6(3):141- 6.
 26. Ancill RJ, Embury GD, Macewan GW, Kennedy JS. The Use and Misuse of Psychotropic Prescribing for Elderly Psychiatric Patients. *The Canadian Journal of Psychiatry*. oct 1988;33(7):585- 9.
 27. Gallo JJ, Rabins PV, Lyketsos CG, Tien AY, Anthony JC. Depression Without Sadness: Functional Outcomes of Nondysphoric Depression in Later Life. *Journal of the American Geriatrics Society*. mai 1997;45(5):570- 8.
 28. Naughton BJ, Moran MB, Kadah H, Heman-Ackah|| Y, Longano J. Delirium and Other Cognitive Impairment in Older Adults in an Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*. juin 1995;25(6):751- 5.
 29. Levkoff SE, Besdine RW, Wetle T. Acute confusional states (delirium) in the hospitalized elderly. *Annu Rev Gerontol Geriatr*. 1986;6:1- 26.
 30. Cohen-Mansfield J, Werner P, Marx MS. The social environment of the agitated nursing home resident. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. nov 1992;7(11):789- 98.

31. Webster J, Grossberg GT. Late-Life Onset of Psychotic Symptoms. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. juin 1998;6(3):196- 202.
32. Bouché C, Hazif-Thomas C, Thomas P. Les symptômes psychotiques de la maladie d'Alzheimer sont-ils psychotiques ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. avr 2016;174(3):182- 4.
33. Vuagnat A. Les Urgences Hospitalières, qu'en sait-on? [Internet]. DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). 2013. Disponible sur: www.drees.sante-gouv.fr
34. Roberge RF. L'agitation chez la personne âgée. Approche diagnostique et thérapeutique. *Can Fam Physician*. déc 1996;42:2392- 8.
35. Riesen M, Larose S. La prise en charge d'un patient agité dans un service d'urgences. [mémoire]. [Lausanne]: Université de Lausanne; 2014.
36. Urgences Adultes [Internet]. Disponible sur: <http://www.chru-lille.fr/urgences/services-urgences/98083.html>
37. Boiteux C, Boillet V, Picard A. Urgence psychiatrique. //www.em-premium.com/data/traites/ps/37-57924/ [Internet]. 23 juill 2014
38. Agit A, Balci C, Yavuz BB, Cankurtaran E, Kuyumcu ME, Halil M, et al. An Iceberg Phenomenon in Dementia: Pain. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. juill 2018;31(4):186- 93.
39. Kacem S. Focus sur la douleur de la personne âgée aux urgences. *Douleurs : Évaluation - Diagnostic - Traitement*. nov 2012;13:A29- 30.
40. Rat P, Jouve E, Bonin-Guillaume S. L'échelle Algoplus® pour l'évaluation comportementale des douleurs induites. *SOINS* [Internet]. 21 oct 2010; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/269516/lechelle-algoplus-r-pour-levaluation-comportementa>
41. Rocca P, Villari V, Bogetto F. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. juin 2006;30(4):586- 98.
42. Horn M, Vaiva G, Dumais A. Prise en charge médicamenteuse des agitations aux urgences : recommandations théoriques et études des pratiques. *La Presse Médicale*. janv 2015;44(1):20- 6.
43. Sureau C, Charpentier S, Philippe J. Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 « l'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences » - Société Française de Médecine d'Urgence.
44. Hervé J, Renaud B, et al. Sédation vigile des patients agités aux urgences (SAU) : utilisation du midazolam par voie intranasale. *JEUR* 2002. suppl.1 : 1S27.
45. Haute Autorité de Santé. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation [Internet]. 2009. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/confusion_aigue_chez_la_personne_agee_-_recommandations_2009-07-08_16-58-24_661.pdf

46. Haute Autorité de santé. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en psychiatrie. 2016.
47. Douglas KS, Hart SD, Webster CD, Belfrage H, Guy LS, Wilson CM. Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20^{V3}): Development and Overview. *International Journal of Forensic Mental Health*. 3 avr 2014;13(2):93- 108.
48. Formation OMEGA [Internet]. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. Disponible sur: <http://asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/omega-de-base>
49. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry*. 2016;17(2):86- 128.
50. Strout TD. Psychometric Testing of the Agitation Severity Scale for Acute Presentation Behavioral Management Patients in the Emergency Department: *Advanced Emergency Nursing Journal*. 2014;36(3):250- 70.
51. Seletti B, Launay C, Garnier B, Brun-Ney D, Boulard JC, Petitjean F. Accueil des urgences psychiatriques au sein d'un centre hospitalier universitaire. Intérêt de l'intégration dans un réseau de soin sectorisé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. avr 2001;159(3):160- 6.
52. Norroy B. L'unité d'accueil des urgences psychiatriques du CHR de Nancy : bilan d'une année d'activité [thèse]. Nancy 1; 1991.
53. Tucci VT, Moukaddam N, Alam A, Rachal J. Emergency Department Medical Clearance of Patients with Psychiatric or Behavioral Emergencies, Part 1. *Psychiatric Clinics of North America*. sept 2017;40(3):411- 23.
54. Lukens TW, Wolf SJ, Edlow JA, Shahabuddin S, Allen MH, Currier GW, et al. Clinical policy: critical issues in the diagnosis and management of the adult psychiatric patient in the emergency department. *Ann Emerg Med*. janv 2006;47(1):79- 99.
55. Psychiatric patients in the emergency department - American College of Emergency Physicians [Internet]. Disponible sur: <http://www.acep.org/how-we-serve/sections/emergency-medicine-practice-management--health-policy/news/september-2015/psychiatric-patients-in-the-emergency-department/>
56. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Psychiatric Evaluation of Adults. 2^e. Washington DC; 2006.

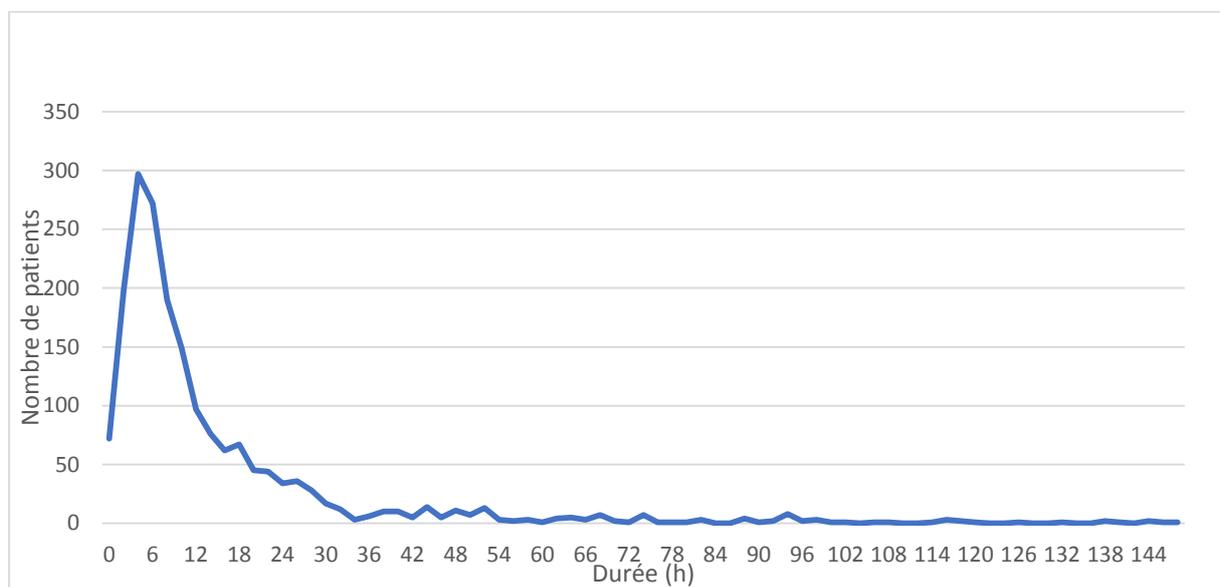
Annexe

À partir des données de *Resurgences*®, nous avons pu extraire 1 881 patients ayant présenté un état d'agitation aux Urgences du CHU de Lille depuis 2015.

<u>Sexe</u>		<u>Âge</u>	
Femme	Homme	Moins de 65 ans	65 ans et plus
824	1 057	1 079	802
43,81 %	56,19 %	57,36 %	42,64 %

Caractéristiques démographiques des patients

Les patients ayant présenté un état d'agitation ont passé en moyenne 17 heures 47 minutes aux Urgences, avec une répartition reprise sur la figure 1.



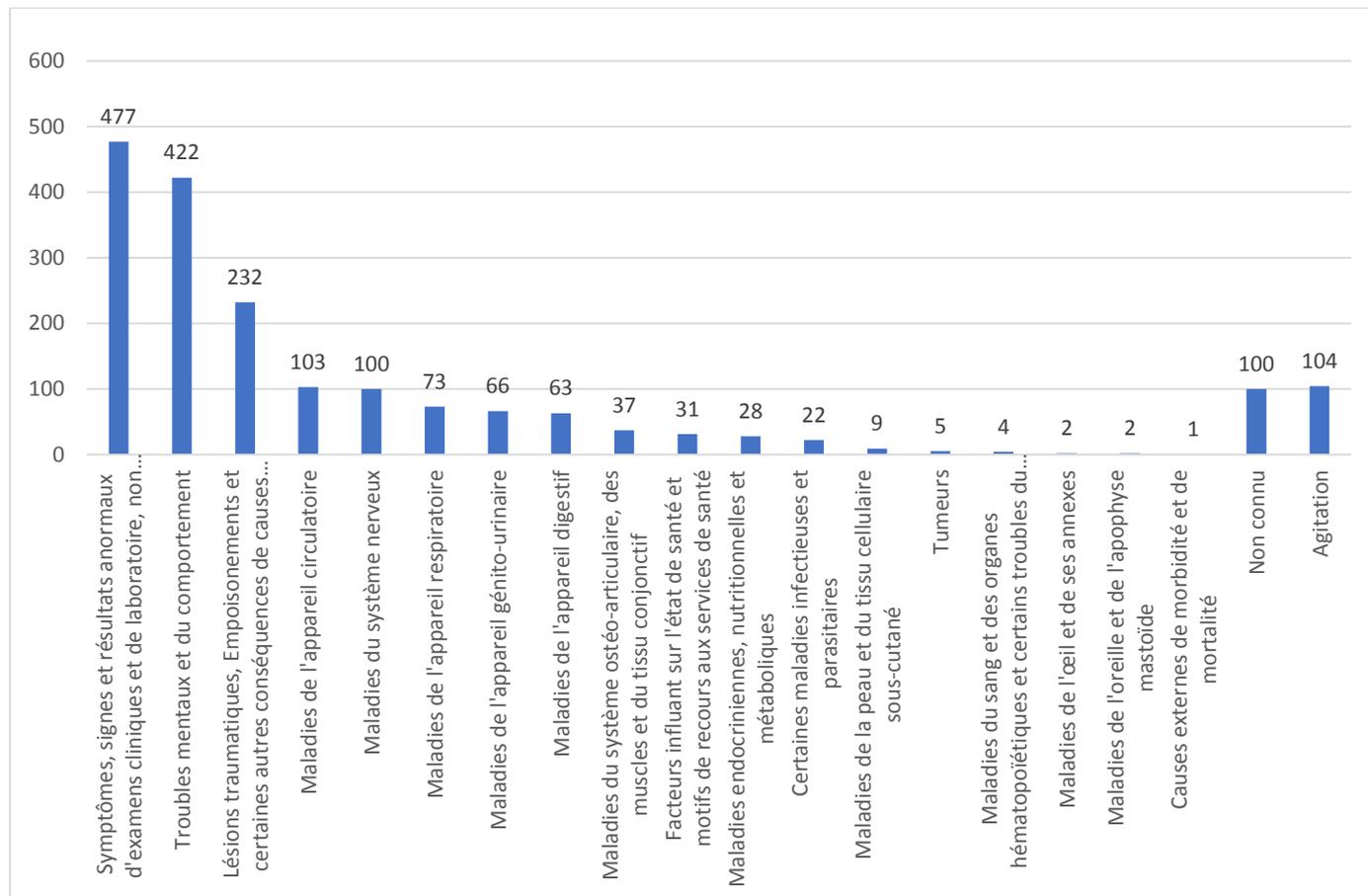
Durée de séjour des patients

I] Diagnostic à la sortie des Urgences du CHU de Lille (objectif principal)

1) Sans prendre en compte l'âge

À chaque patient pouvait être associé un diagnostic à sa sortie. Si un patient ne disposait pas d'un diagnostic, il était classé en « Non connu ». De même, nous avons mis à part le diagnostic « Agitation ».

Pour les autres diagnostics, nous en avons recensé 508 différents de la 10^e édition de la Classification internationale des maladies (CIM 10), qui ont pu être répertoriés en 266 sous-catégories, puis en 110 catégories et, enfin, en 18 chapitres (figures 2 et 3 et tableau 2). La classification a été réalisée en suivant celle proposée par la CIM 10.



Diagnostic à la sortie des patients ayant présenté un état d'agitation au cours de leur passage aux Urgences du CHU de Lille (n = 1 881)

Diagnostiques	Moins de 65 ans	65 ans et plus	TOTAL	
<u>I] Certaines maladies infectieuses et parasitaires</u>	<u>12</u>	<u>10</u>	<u>22</u>	<u>1,17 %</u>
Annexe Autres maladies bactériennes	5	Pierre-Marie DEBACQ 6	11	0,58 %
Autres maladies infectieuses	1	3	4	0,21 %
Maladies intestinales infectieuses	2	1	3	0,16 %
Autres maladies virales	1	0	1	0,05 %
Infections virales du système nerveux central	1	0	1	0,05 %
Maladies dues à des protozoaires	1	0	1	0,05 %
Maladies dues au virus de l'immunodéficience humaine	1	0	1	0,05 %
<u>II] Tumeurs</u>	<u>1</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>0,27 %</u>
Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue	0	3	3	0,16 %
Tumeurs malignes	1	1	2	0,11 %
<u>III] Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire</u>	<u>1</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>0,21 %</u>
Aplasies médullaires et autres anémies	1	3	4	0,21 %
<u>IV] Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques</u>	<u>16</u>	<u>12</u>	<u>28</u>	<u>1,49 %</u>
Anomalies du métabolisme	7	6	13	0,69 %
Autres anomalies de la régulation du glucose et de la sécrétion pancréatique interne	4	5	9	0,48 %
Diabète sucré	2	1	3	0,16 %
Affections de la glande thyroïde	1	0	1	0,05 %
Autres carences nutritionnelles	1	0	1	0,05 %
Maladies des autres glandes endocrines	1	0	1	0,05 %
<u>V] Troubles mentaux et du comportement</u>	<u>365</u>	<u>57</u>	<u>422</u>	<u>22,43 %</u>
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	161	7	168	8,93 %
Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	71	14	85	4,52 %
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	47	3	50	2,66 %
Troubles de l'humeur	46	2	48	2,55 %
Troubles mentaux organiques, y compris troubles symptomatiques	8	24	32	1,70 %
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	18	6	24	1,28 %
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	9	1	10	0,53 %
Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	2	0	2	0,11 %
Troubles du développement psychologique	2	0	2	0,11 %
Retard mental	1	0	1	0,05 %
<u>VI] Maladies du système nerveux</u>	<u>58</u>	<u>42</u>	<u>100</u>	<u>5,32 %</u>

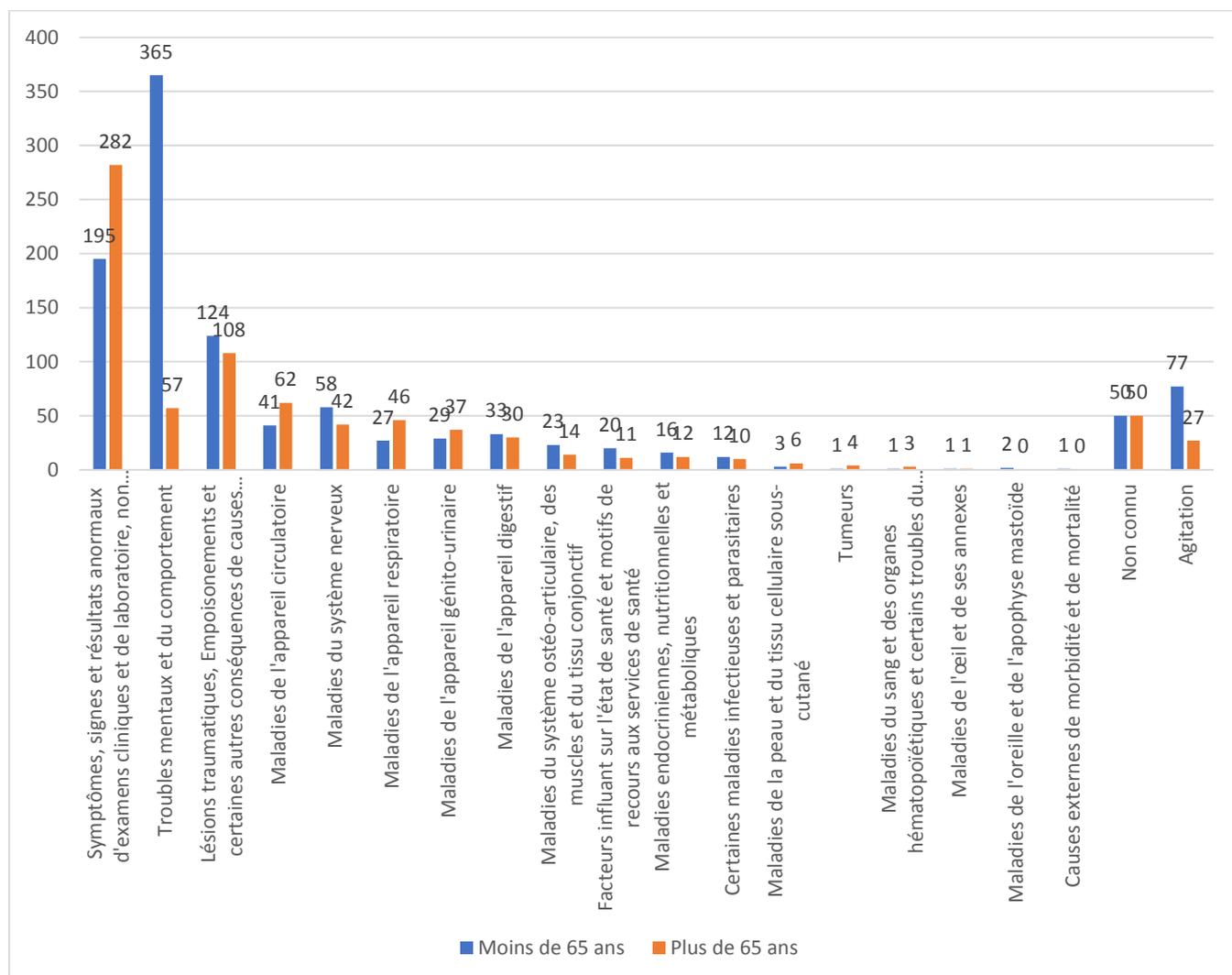
Affections épisodiques et paroxystiques	38	23	61	3,24 %
Syndromes extrapyramidaux et troubles de la motricité	6	8	14	0,74 %
Autres affections du système nerveux	4	6	10	0,53 %
Maladies inflammatoires du système nerveux central	6	0	6	0,32 %
Autres affections dégénératives du système nerveux	0	3	3	0,16 %
Maladies démyélinisantes du système nerveux central	1	2	3	0,16 %
Paralysies cérébrales et autres syndromes paralytiques	2	0	2	0,11 %
Affections dégénératives systémiques affectant principalement le système nerveux central	1	0	1	0,05 %
<u>VII] Maladies de l'œil et de ses annexes</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>0,11 %</u>
Affections de la conjonctive	0	1	1	0,05 %
Troubles de la vision et cécité	1	0	1	0,05 %
<u>VIII] Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde</u>	<u>2</u>	<u>0</u>	<u>2</u>	<u>0,11 %</u>
Maladies de l'oreille interne	2	0	2	0,11 %
<u>IX] Maladies de l'appareil circulatoire</u>	<u>41</u>	<u>62</u>	<u>103</u>	<u>5,48 %</u>
Maladies cérébrovasculaires	34	25	59	3,14 %
Autres formes de cardiopathies	1	26	27	1,44 %
Maladies des artères, artérioles et capillaires	1	4	5	0,27 %
Affections cardiopulmonaires et maladies de la circulation pulmonaire	2	2	4	0,21 %
Cardiopathies ischémiques	3	0	3	0,16 %
Maladies hypertensives	0	3	3	0,16 %
Maladies des veines, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, non classées ailleurs	0	1	1	0,05 %
Troubles autres et non précisés de l'appareil circulatoire	0	1	1	0,05 %
<u>X] Maladies de l'appareil respiratoire</u>	<u>27</u>	<u>46</u>	<u>73</u>	<u>3,88 %</u>
Grippe et pneumopathie	7	29	36	1,91 %
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	10	6	16	0,85 %
Autres maladies respiratoires touchant principalement le tissu interstitiel pulmonaire	1	3	4	0,21 %
Maladies du poumon dues à des agents externes	1	3	4	0,21 %
Affections aiguës des voies respiratoires supérieures	3	0	3	0,16 %
Autres affections aiguës des voies respiratoires inférieures	2	1	3	0,16 %
Autres maladies de l'appareil respiratoire	0	3	3	0,16 %
Autres affections de la plèvre	1	1	2	0,11 %
Autres maladies des voies respiratoires supérieures	2	0	2	0,11 %
<u>XI] Maladies de l'appareil digestif</u>	<u>33</u>	<u>30</u>	<u>63</u>	<u>3,35 %</u>
Autres maladies de l'intestin	12	17	29	1,54 %
Maladies de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum	9	1	10	0,53 %
Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas	2	5	7	0,37 %
Autres maladies de l'appareil digestif	3	3	6	0,32 %

Maladies du foie	3	1	4	0,21 %
Maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires	2	2	4	0,21 %
Entérites et colites non infectieuses	1	1	2	0,11 %
Maladies de l'appendice	1	0	1	0,05 %
<u>XII] Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané</u>	<u>3</u>	<u>6</u>	<u>9</u>	<u>0,48 %</u>
Infections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1	3	4	0,21 %
Autres affections de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	0	2	2	0,11 %
Dermatoses et eczéma	1	1	2	0,11 %
Urticaire et érythème	1	0	1	0,05 %
<u>XIII] Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif</u>	<u>23</u>	<u>14</u>	<u>37</u>	<u>1,97 %</u>
<u>a) Dorsopathies</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	<u>15</u>	<u>0,80 %</u>
Autres dorsopathies : dorsalgies	10	3	13	0,69 %
Spondylopathies	0	2	2	0,11 %
<u>b) Affections des tissus mous</u>	<u>10</u>	<u>2</u>	<u>12</u>	<u>0,64 %</u>
Autres affections des tissus mous	8	2	10	0,53 %
Myopathies	2	0	2	0,11 %
<u>c) Arthropathies</u>	<u>3</u>	<u>7</u>	<u>10</u>	<u>0,53 %</u>
Autres affections articulaires	2	6	8	0,43 %
Arthroses	1	0	1	0,05 %
Polyarthropathies inflammatoires	0	1	1	0,05 %
<u>XIV] Maladies de l'appareil génito-urinaire</u>	<u>29</u>	<u>37</u>	<u>66</u>	<u>3,51 %</u>
Lithiases urinaires	17	2	19	1,01 %
Maladies rénales tubulo-interstitielles	5	10	15	0,80 %
Autres maladies de l'appareil urinaire	2	12	14	0,74 %
Insuffisance rénale	3	9	12	0,64 %
Maladies des organes génitaux de l'homme	2	3	5	0,27 %
Glomérulopathies	0	1	1	0,05 %
<u>XV] Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs</u>	<u>195</u>	<u>282</u>	<u>477</u>	<u>25,36 %</u>
Symptômes et signes relatifs à la connaissance, à la perception, à l'humeur et au comportement	66	135	201	10,69 %
Symptômes et signes généraux	69	64	133	7,07 %
Symptômes et signes relatifs aux appareils circulatoire et respiratoire	18	31	49	2,60 %
Symptômes et signes relatifs à l'appareil digestif et à l'abdomen	31	7	38	2,02 %
Symptômes et signes relatifs à l'appareil urinaire	2	23	25	1,33 %
Symptômes et signes relatifs aux systèmes nerveux et ostéo-musculaire	2	18	20	1,06 %
Résultats anormaux de l'examen du sang, sans diagnostic	5	0	5	0,27 %
Symptômes et signes relatifs au langage et à la voix	1	4	5	0,27 %
Symptômes et signes relatifs à la peau et au tissu cellulaire sous-cutané	1	0	1	0,05 %

<u>XVI] Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes</u>	<u>124</u>	<u>108</u>	<u>232</u>	<u>12,33 %</u>
<u>a) Lésions traumatiques</u>	<u>96</u>	<u>89</u>	<u>185</u>	<u>9,84 %</u>
Lésions traumatiques de la tête	51	57	108	5,74 %
Lésions traumatiques de la hanche et de la cuisse	8	9	17	0,90 %
Lésions traumatiques du poignet et de la main	4	6	10	0,53 %
Lésions traumatiques de l'épaule et du bras	5	4	9	0,48 %
Lésions traumatiques du genou et de la jambe	7	2	9	0,48 %
Lésions traumatiques du thorax	7	2	9	0,48 %
Lésions traumatiques de l'abdomen, des lombes, du rachis lombaire et du bassin	6	2	8	0,43 %
Lésions traumatiques du coude et de l'avant-bras	4	2	6	0,32 %
Lésions traumatiques de la cheville et du pied	0	3	3	0,16 %
Lésions traumatiques du cou	3	0	3	0,16 %
Certaines complications précoces des traumatismes	1	1	2	0,11 %
Effets dus à un corps étranger ayant pénétré dans un orifice naturel	0	1	1	0,05 %
<u>b) Empoisonnements</u>	<u>21</u>	<u>4</u>	<u>25</u>	<u>1,33 %</u>
Effets toxiques de substances d'origine essentiellement non médicinale	13	3	16	0,85 %
Intoxications par des médicaments et des substances biologiques	8	1	9	0,48 %
<u>c) Certaines autres conséquences de causes externes</u>	<u>7</u>	<u>15</u>	<u>22</u>	<u>1,17 %</u>
Complications de soins chirurgicaux et médicaux, non classées ailleurs	5	15	20	1,06 %
Effets de causes externes, autres et non précisés	2	0	2	0,11 %
<u>XVII] Causes externes de morbidité et de mortalité</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>0,05 %</u>
Complications de soins médicaux et chirurgicaux	1	0	1	0,05 %
<u>XVIII] Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé</u>	<u>20</u>	<u>11</u>	<u>31</u>	<u>1,65 %</u>
Sujets ayant recours aux services de santé pour d'autres motifs	5	3	8	0,43 %
Sujets en contact avec les services de santé pour des examens divers	8	0	8	0,43 %
Sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux et des soins spécifiques	4	2	6	0,32 %
Sujets dont la santé peut être menacée par des conditions socio-économiques et psychosociales	0	5	5	0,27 %
Sujets dont la santé peut être menacée en raison d'antécédents personnels et familiaux et de certaines affections	3	1	4	0,21 %
<u>Agitation</u>	<u>77</u>	<u>27</u>	<u>104</u>	<u>5,53 %</u>

Non connu**50****50****100****5,32 %**

Répartition des catégories diagnostiques selon la CIM 10



Diagnostic à la sortie des patients ayant présenté un état d'agitation au cours de leur passage aux Urgences du CHU de Lille en fonction de l'âge (n = 1 881)

AUTEUR - Nom : DEBACQ

Prénom : Pierre-Marie

Date de soutenance : 18 mars 2020

Titre de la thèse : Des étiologies à sa prise en charge : réflexion autour de l'agitation aux Urgences

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : *Psychiatrie / Urgences* **DES + spécialité : *DES de Psychiatrie***

Mots-clés : agitation psychomotrice / Urgences / étiologie / thérapeutique

Résumé

Contexte : L'agitation (psychomotrice) d'un patient est un syndrome pouvant impressionner les soignants aux Urgences générales, se trouvant alors démunis. Il leur est tentant de faire appel à une équipe de Psychiatrie pour gérer l'agitation. Nous nous sommes intéressés aux étiologies de l'agitation afin de déterminer si la gestion de celle-ci doit être uniquement une spécificité du psychiatre et réfléchir à une amélioration de la prise en charge de ce syndrome aux Urgences.

Méthode : Une revue de la littérature sur les étiologies de l'agitation dans différents types de services d'Urgences a été réalisée. Puis nous avons entrepris une étude descriptive aux Urgences adultes du CHU de Lille en 2017, afin de réaliser un état des lieux de la prise en charge de l'agitation. Enfin, avec cela, et en nous penchant sur diverses recommandations, nous avons proposé une synthèse et une possibilité de prise en charge de l'agitation.

Résultats : La littérature démontre que les étiologies diffèrent en fonction du lieu d'Urgences : prédominance de causes addictologiques aux Urgences générales, psychiatriques aux Urgences psychiatriques, de ventilation mécanique et de douleurs aux Soins intensifs. Au CHU de Lille, le taux d'agitation est de 0,87 %. Les patients agités de moins de 65 ans le sont soit pour une cause addictologique (32,80 %), soit psychiatrique (32,80 %), avec deux sous-groupes qui se distinguent : symptômes d'allure psychotique (31,97 % des causes psychiatriques) et anxiété (31,97 % également). Pour ceux de 65 ans et plus, l'agitation est associée à une confusion, d'origine diverse et variée (66,54 % des cas). La répartition des avis psychiatriques en cas d'agitation est de 55,42 % pour une cause psychiatrique, 30,72 % pour une cause addictologique et 14,86 % pour d'autres cas. En tout, 17 % des patients agités ont dû être contenus, et 31,13 % n'ont pas reçu de traitement sédatif associé. Enfin, la synthèse des recommandations indique que le traitement non médicamenteux consiste en des techniques relationnelles (désescalade, place de l'entourage...) et notamment la recherche de facteurs de risque d'agitation. Il existe des guides concernant le traitement médicamenteux, sans avoir de *consensus* clair. De même, les échelles d'évaluation existantes n'explorent l'état clinique qu'à l'instant T, alors que l'agitation évolue de manière rapide et imprévisible. L'ensemble de ces résultats nous a permis d'émettre une proposition de prise en charge de l'agitation aux Urgences.

Conclusion : L'agitation aux Urgences est un syndrome transnosographique, où l'urgentiste travaille en coordination avec différentes spécialités, dont la psychiatrie.

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs : Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN - Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directrice de thèse : Madame le Docteur Frédérique WAREMBOURG