



Agitation

4.10.2

4.10.1

Origine probable de l'agitation

Traumatique

5.14.1

Organique / Toxique
Inconnue

Psychiatrique /
Trouble du comportement

5.13.1

- 5.19.1 • Hypoglycémie
- 5.18.1 • Epilepsie
- 4.8.1 • Hypoxie / hypercarbie
- 5.11.1 • Etat fébrile / sepsis
- 5.21.1 • Intoxication ou sevrage
- 8.4.1 • Douleur
- 5.17.1 • Déficit neurologique
- Globe vésical
- Démence vasculaire / Alzheimer

Traitement causal

Persistance agitation

5.12.1

Définition

Trouble du comportement psychique, moteur et relationnel engendrant une réaction d'intolérance de l'entourage.

Distinction

L'agitation peut être source de violence mais un patient peut-être violent sans être agité ni relever de la compétence médicale.

Appréciation des risques

Conjointe, entre les équipes médicales et les forces de sécurité. Maintenir une vigilance permanente et veiller en premier lieu à sa propre sécurité:

- Ne jamais rester seul avec le patient durant cette première phase
- Veiller à préserver une issue en cas de dégradation de la situation
- Rechercher les éléments de menace immédiate:

Présence d'armes ou équivalents	Armes à feu Armes blanches Objets tranchants ou contondants Liquides inflammables, corrosifs ou explosifs Liquides biologiques
Environnement dangereux	Groupe menaçant Chiens de combat
Signes de passage imminent à un acte ciblé	Menace de déféstration ou autre acte auto-agressif Actes en cours ou récents de violence à l'égard des personnes, des animaux ou des objets Réclusion avec ou sans séquestration de tiers Comportement intimidant (menaces verbales ou physiques) Agitation psychomotrice progressive Intoxication alcoolique ou autres substances Délire paranoïde chez un patient psychotique Troubles de la personnalité avec mauvais contrôle des impulsions
Risques d'actes non ciblés (agitation postcritique, posttraumatique ou confusion mentale liée à d'autres affections médicales) Risques liés à des actes non ciblés	Chutes accidentelles Blessures involontaires des intervenants par un patient combatif

Attitude

- Le but de la prise en charge est l'admission hospitalière d'un patient calme et non sédaté, afin que l'évaluation somatique et psychiatrique complète puisse se faire sans délai, dans de bonnes conditions, et en évitant l'étape d'isolement, pendant laquelle la surveillance des paramètres vitaux est compromise
- Rechercher prioritairement la désescalade par le dialogue
- En cas de nécessité de démonstration de force ou de contention physique, celles-ci doivent se dérouler le plus calmement possible, de manière coordonnée.
- Leur but est de restaurer un cadre de travail sécurisé tant pour le patient que pour les intervenants puis de permettre l'évaluation primaire et le traitement.
 - En principe, les intervenants sanitaires ne doivent pas prendre part directement aux mesures de contention, à appliquer par la police.
- En cas de phase maniaque la démonstration de force peut augmenter le risque immédiat de passage à un acte violent
- La contention physique doit être réservée aux situations de menace grave et être limitée dans le temps
 - la contention physique peut s'avérer très anxiogène
 - la nécessité d'associer médication d'urgence doit être systématiquement évaluée
- Si une médication est nécessaire, rechercher la collaboration du patient et privilégier une administration par voie orale.

- **Remarque importante:**

Tout patient violent n'est pas nécessairement agité et ne requiert pas obligatoirement un traitement médical. Les intervenants sanitaires doivent veiller à identifier soigneusement le motif de la contrainte.

En l'absence d'indication médicale, l'exercice de la force à seule fin de rétablissement de l'ordre public est de la seule responsabilité de la police.

En cas de doute, un avis psychiatrique peut être sollicité ultérieurement dans les locaux de police.

La sécurité avant tout

Lorsqu'une sédation médicamenteuse est nécessaire, une aspiration fonctionnelle doit être immédiatement disponible. Toujours se tenir prêt à devoir intuber le patient, et considérer l'intubation si la sédation n'est pas efficace ou si cette dernière compromet la liberté des voies aériennes.

Eviter au maximum le mélange de substances en cas de sédation du patient non intubé (potentialisation des opiacés et des benzodiazépines). Une sédation bien conduite chez un patient non intubé doit conduire à un score de Ramsay entre 2 et 4 (l'ouverture des yeux à l'appel doit toujours être possible).

Score de sédation de Ramsay:²

1. Malade anxieux, agité
2. Malade coopérant, orienté et calme
3. Malade répondant aux ordres
4. Malade endormi mais avec une réponse nette à la stimulation de la glabelle ou à un bruit intense
5. Malade endormi répondant faiblement aux stimulations ci-dessus
6. Pas de réponse aux stimulations nociceptives

Références:

M. Niquille C. Gremion S. Welker C. Damsa , Prise en charge des états d'agitation extrahospitaliers : le point de vue de l'urgentiste, Rev Med Suisse. 2007 Aug 15;3(121):1839-46

Ramsay MA, Br Med J, 2(5920): 656-9, 1974