HAL
open science

Prise en charge des patients agités hors-étiologies psychiatriques : enquête déclarative sur vignettes cliniques auprès des médecins urgentistes de Nouvelle-Aquitaine en 2018

Mathilde Blaiset

To cite this version:

Mathilde Blaiset. Prise en charge des patients agités hors-étiologies psychiatriques : enquête déclarative sur vignettes cliniques auprès des médecins urgentistes de Nouvelle-Aquitaine en 2018. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02485026

HAL Id: dumas-02485026

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02485026v1

Submitted on 19 Feb 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2019 Thèse n° 70

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
le 12 juin 2019

Par Mathilde BLAISET
Née le 4 mars 1990 à Paris

Prise en charge des patients agités – hors étiologies psychiatriques : enquête déclarative sur vignettes cliniques auprès des médecins urgentistes de Nouvelle-Aquitaine en 2018

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Éric Tellier

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Fabrice Bonnet ..... Président du jury
Madame le Docteur Sylvie Maurice ..... Rapporteur de thèse
Monsieur le Professeur Philippe Castera ..... Juge
Monsieur le Professeur Michel Galinski ..... Juge
Monsieur le Docteur Éric Tellier ..... Directeur de thèse

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Année 2019 Thèse n°70

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
le 12 juin 2019

Par Mathilde BLAISET
Née le 4 mars 1990 à Paris

Prise en charge des patients agités – hors étiologies psychiatriques : enquête déclarative sur vignettes cliniques auprès des médecins urgentistes de Nouvelle-Aquitaine en 2018

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Éric Tellier

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Fabrice Bonnet ..... Président du jury
Madame le Docteur Sylvie Maurice ..... Rapporteur de thèse
Monsieur le Professeur Philippe Castera ..... Juge
Monsieur le Professeur Michel Galinski ..... Juge
Monsieur le Docteur Éric Tellier ..... Directeur de thèse

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Fabrice BONNET,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ma thèse. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À Madame le Docteur Sylvie MAURICE,
Tu as eu la gentillesse de me proposer d'être mon rapporteur de thèse. Merci pour ton aide, tes conseils avisés et ton soutien moral !

À Monsieur le Professeur Michel GALINSKI,
Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Permettez-moi de vous témoigner mon profond respect et ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Philippe CASTERA,
Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'assister à la soutenance de ma thèse afin de juger ce travail. Je tiens à vous exprimer ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Éric TELLIER,
Je te remercie de m'avoir accordé ta confiance et d'avoir dirigé ce travail. Merci pour ton soutien et tes conseils.

À Marie Danet, merci de m'avoir donné ton avis sur ce travail avec toute la rigueur dont je te sais capable. Et merci de nous avoir fait aimer la gériatrie dans toute sa complexité !

À tous les médecins urgentistes qui ont répondu à mon questionnaire. Merci d'y avoir consacré du temps et de m'avoir permis de réaliser ce travail.

À mes parents, pour leur amour et leur soutien inconditionnel depuis toujours. À ma mère, merci d'être toujours là et de savoir trouver les mots justes. À mon père, merci de m'avoir toujours poussée dans tout ce que j'ai entrepris.
À Geneviève pour sa gentillesse et sa douceur.
À Gé qui m'a supportée patiemment et avec amour pendant toute ma 1ère année (et toutes celles d'après !) !

À mon frère, Paul, merci d'être là tout simplement, pour tous les moments qu'on a passés ensemble, pour ton rire si communicatif. Merci de m'avoir transmis la passion du vélo !

À mes beaux-parents, Véronique et Serge, merci de m'avoir accueillie aussi naturellement dans votre famille. Et merci Véronique pour votre aide précieuse pour la relecture et la mise en page de ce travail.

À Fabien, parce que la vie à tes côtés est un bonheur. Merci pour notre break de 6 mois autour du monde et pour les rencontres et réflexions qui en ont découlé, pour tous nos voyages à vélo, pour tous les instants simples du quotidien, pour ton enthousiasme contagieux et pour ton petit accent Béarnais !

À mes amies de toujours, Claire, Flora et Léa, parce que nous nous sommes construites ensemble. Je ne serais jamais devenue celle que je suis aujourd'hui sans nos discussions interminables et nos fous rires dans le Gers.

À ma coloc préférée, mon alliée de voyage et ma confidente du quotidien, Cag! Merci aussi pour toutes les cousinades à Bayonne !

Aux dudes and dudettes d'Erasmus, Seb, Jarrett, David, Zsuzsi, lors de nos retrouvailles à Cracovie 5 ans après, c'était comme si nous n'étions jamais partis. J'espère que ce sera pareil pour les 10 ans !

Aux copains/copines de l'externat, Lisa, Clem, Maeva, nos week-ends entre filles à refaire le monde me font toujours un plaisir fou ! Carole, Max, Élisa, Antho, merci pour toutes les bringues et vacances passées ensemble !

À la Team des Bergeracois, Isa, Amandine, Ben, Claire, Muss, Mona, Nico, Thomas, Marion, pour ce 1er semestre riche en émotions, pour tous les moments qu'on a partagés ensemble depuis, et pour tous ceux qu'on partagera encore, je l'espère !

À la famille des Agenais, Sido, Romain, Nono, Marion, Rachel, Momo, Yacine, Clément, Lulu, Inès, Simon, Alix, John, pour ce semestre communautaire incroyable, pour tous les débats qui éveillent nos consciences et toutes les soirées passées ensemble.
Un petit mot particulier à Sido et Romain, notre point d'attache à tous, merci pour votre générosité, votre bienveillance infaillible et votre amitié.

À Camille, pour ce semestre de gériatrie éprouvant et passionnant et pour tous ces débats sur notre façon d'envisager la médecine générale ; à Céline, pour tous les bons moments passés ensemble à Agen, Bordeaux ou Bayonne ; et à toutes les autres belles rencontres de l'internat.

À tous les copains Bordelais, Inès, Thibault, Alice, Émilie, Marion, Camille, JF, Pauline, JB, merci pour tous les week-ends, entre Lamonzie, Bonnery, Saint-Lary, l'Herbe, Nantes, La Rochelle, et bien d'autres ! Merci d'adoucir encore mon quotidien !

SOMMAIRE

ABRÉVIATIONS 8
PRÉAMBULE 9
1. INTRODUCTION 10
2. GÉNÉRALITÉS 11
2.1. Etiologies de l'agitation 11
2.1.1. Causes organiques et toxiques 11
2.1.2. Causes psychiatriques 12
2.1.3. Fréquence dans les services d'urgences 13
2.2. Moyens de prise en charge 14
2.2.1. Approche relationnelle 14
2.2.2. Contention physique 15
2.2.3. Traitements médicamenteux 16
2.3. Cas particulier des personnes âgées 26
2.4. Cas particulier des patients alcoolisés 27
2.5. Objectifs 29
3. MATÉRIEL ET MÉTHODE 30
3.1. Recherches documentaires 30
3.2. Type d'étude 30
3.3. Critères d'inclusion et d'exclusion 31
3.4. Questionnaire 31
3.4.1. Diffusion 31
3.4.2. Contenu 31
3.5. Recueil des données 34
3.6. Analyse statistique 34
4. RÉSULTATS 35
4.1. Caractéristiques des médecins 35
4.2. Cas cliniques 37
4.2.1. Cas cliniques 1 et 3 : patients alcoolisés 37
4.2.2. Cas cliniques 2 et 4 : patients âgés 42

4.2.3. Déterminants de la prise en charge 46
5. DISCUSSION 49
5.1. Limites et forces de l'étude 49
5.1.1. Limites de l'étude 49
5.1.2. Forces de l'étude 50
5.2. Discussion des principaux résultats 51
5.2.1. Prise en charge de l'agitation chez les patients alcoolisés 51
5.2.2. Prise en charge de l'agitation chez les patients âgés 53
5.2.3. Comparaison des prises en charge des patients alcoolisés et des patients âgés ..55
5.2.4. Comparaison des prise en charge selon l'existence d'un protocole 55
5.2.5. Comparaison des prises en charge selon l'ancienneté des medecins 56
6. CONCLUSION 57
7. BIBLIOGRAPHIE 58
ANNEXES 64

ABRÉVIATIONS

AMM :	Autorisation de Mise sur le Marché
ANSM :	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
BPCO :	BronchoPneumopathie Chronique Obstructive
CH :	Centre Hospitalier
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
EHPAD :	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ENT :	Espace Numérique de Travail
HAS :	Haute Autorité de Santé
IEA:	Intoxication Éthylique Aiguë
IM :	IntraMusculaire
INSERM :	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IOA :	Infirmier(ère) Organisateur(trice) de l'Accueil
IV :	IntraVeineuse
RBP :	Recommandations de Bonne Pratique
SAU :	Service d'Accueil des Urgences
SFMU :	Société Française de Médecine d'Urgence
TNCM :	Trouble NeuroCognitif Majeur

PRÉAMBULE

Le travail qui va suivre m'a été inspiré par ma courte expérience d'interne de 3e semestre dans le service des urgences d'Agen.

En effet, la prise en charge de patients agités est une situation que nous avons tous rencontrée à un moment de notre parcours et qui m'a particulièrement interpellée.

Nous avons tendance, face au danger potentiel que peut représenter un patient agité, à avoir facilement recours à des traitements sédatifs et à la contention physique, qui restent, ne l'oublions pas, des solutions souvent traumatisantes pour les patients, leurs proches et même pour les soignants.

Je venais alors de terminer mon stage de gériatrie, au cours duquel j'avais aussi été souvent témoin de l'épuisement des soignants qui me sollicitaient pour trouver des "solutions" pour calmer les patients déambulants ou agités, source d'agacement ou d'anxiété pour les équipes.

Ce sont les raisons pour lesquelles j'ai voulu réaliser ce travail. Le Docteur Tellier a alors accepté de me guider pour mener à bien ce projet.

La première partie sera un rappel sur les nombreuses étiologies de l'agitation et sur les traitements envisageables.

La seconde partie concernera notre étude. Par le biais d'un questionnaire informatisé, nous avons interrogé les médecins urgentistes de Nouvelle-Aquitaine en leur proposant de décrire leur attitude thérapeutique dans quatre situations cliniques fictives selon la méthode des vignettes. Les cas concernaient deux patients sujets à une intoxication éthylique aiguë et deux patients âgés.

1. INTRODUCTION

L'agitation se définit comme une perturbation du comportement moteur, psychique et relationnel, caractérisé notamment par une perte de contrôle des actes, de la parole et de la pensée. Elle suscite une réaction d'intolérance de la part de l'entourage. (1)

Elle peut s'accompagner d'une violence verbale et comportementale avec auto- ou hétéro-agressivité.

La prise en charge de ces patients agités constitue une préoccupation quotidienne des services d'urgence, puisqu'il s'agit du motif d'admission d'un patient sur cent. (2)

Du fait de la dangerosité du patient pour lui-même et pour autrui, du risque de fugue et de désorganisation immédiate de l'activité médicale et paramédicale, l'état d'agitation préoccupe tous les intervenants des services d'urgences. Il s'agit d'une véritable urgence étiologique et thérapeutique, ce d'autant plus que laisser attendre un patient agité peut majorer encore l'état d'agitation et aboutir à un risque plus élevé d'agressivité et de désorganisation du service.

La particularité de la prise en charge des patients dans les services d'urgences réside dans la faible disponibilité des informations relatives aux habitudes de vie, aux antécédents médicaux ou aux traitements médicamenteux. L'interrogatoire, permettant habituellement de recueillir ces renseignements, sera souvent irréalisable ou peu contributif dans le cadre de l'agitation, il faudra donc se contenter des données de l'examen clinique, souvent succinct dans un premier temps, pour établir la prise en charge immédiate. L'intérêt de la prise en charge de l'agitation sera donc, non seulement d'assurer la sécurité du patient et de son entourage, mais aussi de permettre la réalisation de l'examen clinique, afin d'essayer d'établir un diagnostic étiologique plus précis pour adapter par la suite la prise en charge thérapeutique. (3)

À ce jour, beaucoup d'études se sont intéressées aux différents moyens de prise en charge de l'agitation. Une grande partie d'entre elles concerne cependant des patients psychiatriques.

La conférence de consensus de la SFMU sur l'agitation date de 2002 et rappelle la variabilité des situations cliniques et des étiologies, expliquant la complexité de la prise en charge en rendant compte de la difficulté d'une démarche diagnostique et thérapeutique standardisée. (1)

Nous avons donc voulu nous pencher sur la démarche thérapeutique employée à l'égard des patients agités et plus spécifiquement dans deux situations particulières, à savoir l'intoxication éthylique aiguë et le patient âgé, confus ou atteint de démence. Les raisons, qui nous ont poussés à étudier ces deux populations, seront développées dans les généralités.

2. GÉNÉRALITÉS

2.1. ÉTIOLOGIES DE L'AGITATION

Il convient de distinguer deux grands cadres étiologiques que sont, d'une part les agitations organiques (y compris toxiques) et, d'autre part les agitations psychiatriques.

Les agitations psychiatriques seront citées ici, car il s'agit d'une part importante des différentes étiologies de l'agitation, mais elles ne seront pas étudiées dans ce travail. En effet, il s'agit de patients nécessitant une prise en charge spécialisée, souvent assurée par les psychiatres rattachés aux services d'urgences, et non pas par les urgentistes eux-mêmes, ou encore directement dans des services d'urgences psychiatriques dédiés.

2.1.1. CAUSES ORGANIQUES ET TOXIQUES

Certains éléments devront orienter particulièrement vers une cause organique ou toxique : l'absence d'antécédent psychiatrique, l'apparition brutale, l'existence d'une intoxication ou de l'interruption d'un traitement et l'association avec une confusion (caractérisée par une désorientation temporo-spatiale, une fluctuation des symptômes dans le temps et une recrudescence nocturne). Le syndrome confusionnel est défini précisément par les critères DSM 5 *(annexe 1).*

Cependant, même sans signe d'orientation, les causes organiques et toxiques devront systématiquement être recherchées, quel que soit l'âge, par un examen clinique minutieux et complet, dès que cela est possible.

Parmi les causes organiques les plus fréquentes :

-Causes neurologiques :

- traumatiques (hématome sous dural) ;
- infectieuses (méningite et méningo-encéphalite) ;
- vasculaires (accidents vasculaires cérébraux) ;
- tumorales ;
- épileptiques ;

-Causes métaboliques (hypoglycémie, acidocétose diabétique, troubles électrolytiques, hyperthyroïdie, syndrome de cushing, hypoxie, hypercapnie) ;

-Infarctus du myocarde ;

-États de choc ;

-Rétention aiguë d'urines, fécalome ;

-Douleur (quelle que soit la cause).

Chez les patients âgés, il sera indispensable d'être particulièrement attentif à rechercher une cause organique, plus fréquente dans cette tranche d'âge. Il faudra systématiquement éliminer la rétention aiguë d'urines, le fécalome et l'hyperthermie (quelle qu'en soit la cause). (1) (2)

En cas de Trouble NeuroCognitif Majeur (TNCM) ou démence, il sera obligatoire de rechercher une douleur, souvent non communiquée et non traitée, et pouvant être une cause importante d'agitation. (4)

Les causes toxiques sont elles aussi multiples. Elles ont pour facteurs favorisants des difficultés socio-professionnelles, un facteur déclenchant et un trouble de la personnalité.

L'étiologie la plus fréquente chez l'adulte jeune et l'adolescent est l'intoxication éthylique aiguë, majoritairement chez les hommes.
Dans les cas d'intoxication éthylique aiguë (IEA), l'agitation est importante et souvent associée à une auto- ou à une hétéro-agressivité. La présentation, l'incoordination motrice, la logorrhée, l'haleine œnolique et l'injection conjonctivale sont fortement évocatrices. Mais le diagnostic de certitude sera aisément posé par le dosage sanguin de l'alcoolémie.
Il ne faudra cependant pas oublier, même chez le patient alcoolisé, de rechercher une autre cause potentielle (l'examen clinique complet restant donc indispensable).
On pourra aussi retrouver des états d'agitation liés au syndrome de sevrage alcoolique, qui porte le nom de delirium tremens.

La prise de stupéfiants (opiacés, cannabis, cocaïne, amphétamines...) devra aussi être recherchée. Leur syndrome de sevrage pouvant de même être une cause d'état d'agitation.

Pour finir, l'intoxication médicamenteuse volontaire aux benzodiazépines, inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ou antidépresseurs tricycliques, aux corticoïdes ou aux anticholinergiques est une autre cause possible d'état d'agitation.

On pourra aussi en observer lors de sevrages brutaux aux morphiniques ou aux benzodiazépines. (5)

Chez la personne âgée, la cause toxique est à évoquer notamment en raison de l'importance de la iatrogénie. Bien que l'origine des agitations soit souvent multifactorielle, on estime que 12 à 39 % des agitations du sujet âgé sont imputables aux médicaments en raison de nombreux facteurs prédisposants, tels que les troubles cognitifs (risque de surdosage ou de sevrage brutal), les déficits sensoriels et surtout la polymédication. (6) (7)
De plus, chez la personne âgée, il faudra être d'autant plus vigilant que des facteurs déclenchants, comme la déshydratation, la dénutrition ou encore une interaction médicamenteuse, pourront rendre toxiques des substances jusque-là bien tolérées. (1)

2.1.2. CAUSES PSYCHIATRIQUES

On s'orientera vers une cause psychiatrique devant l'existence d'antécédent psychiatrique, d'un examen somatique normal (si celui-ci est réalisable) et devant le caractère spécifique de certaines agitations.

<u>La bouffée délirante aiguë</u> : elle survient chez un sujet sans antécédent psychiatrique. Elle est caractérisée par des hallucinations, un syndrome délirant riche et varié et une labilité de l'humeur.

Elle peut être provoquée par une prise de stupéfiants (cannabis, ecstasy, amphétamines, cocaïne, opiacés...), qui sera donc à rechercher systématiquement.

L'accès maniaque : il se produit le plus souvent chez des sujets ayant des antécédents psychiatriques personnels (dépression, manie) ou familiaux. Il est caractérisé par une exaltation euphorique de l'humeur, une mégalomanie, une excitation physique et psychique avec tachypsychie, logorrhée, hyperactivité ludique et une désinhibition globale.
Il faudra rechercher l'arrêt d'un traitement thymorégulateur ou l'introduction d'un traitement antidépresseur. (7)

L'attaque de panique ou crise d'angoisse aiguë : elle se définit par la survenue brutale d'une peur intense et sans objet, qui s'accompagne d'un sentiment de mort imminente, de la peur de devenir fou ou de la crainte d'une catastrophe. Elle est associée à des signes somatiques, tels que l'oppression thoracique, la dyspnée, la palpitation, les sueurs, les tremblements, les sensations vertigineuses ou les nausées.

La schizophrénie : l'agitation sera associée à des interprétations délirantes, un syndrome d'influence ou un syndrome dissociatif. On constate une désorganisation de la pensée et un contact froid.
Il faudra se méfier du risque de passage à l'acte pouvant être très impulsif du fait de pensées étrangères qui s'imposent au sujet.

Le délire chronique paranoïaque : le danger vient de la désignation d'un persécuteur. En dehors du délire de persécution, on ne retrouve pas d'impact sur le fonctionnement social ou de bizarrerie du comportement. Si le patient inclut le praticien dans ses persécuteurs, il refusera tout contact et pourra se montrer agressif lors des tentatives de communication ou d'examen.

Les personnalités antisociales ou psychopathiques : ces patients présentent une intolérance à l'attente ou à la frustration. Leur histoire est marquée par une instabilité professionnelle et sentimentale et souvent par des passages répétés en psychiatrie, aux urgences, voire en milieu carcéral. Ils arriveront souvent aux urgences à la suite d'agression ou de rixe. (2)

2.1.3. FRÉQUENCE DANS LES SERVICES D'URGENCES

Aux urgences, selon une étude de 1999 réalisée au CHU de Rouen, les causes toxiques étaient les plus fréquentes, puisqu'elles représentaient à elles seules 73 % des étiologies des états d'agitation.
Parmi elles, la cause d'agitation la plus fréquente était de loin l'IEA, qui représentait dans cette même étude 48 % des motifs d'agitation aux urgences et impliquait principalement les hommes. (8)
Dans une thèse sur l'agitation réalisée dans le service d'urgences du CHU d'Angers en 2006, les causes psychiatriques étaient les plus fréquentes (40 %), suivies par la prise de toxiques (36 %), parmi lesquels l'alcool était majoritaire. (9)

Il nous a donc paru évident de nous attarder sur la prise en charge de l'agitation en cas d'intoxication éthylique aiguë.

Quant aux causes organiques non toxiques, elles ne représentaient aux urgences que 5 % des cas d'agitation dans l'étude menée à Rouen en 1999. La cause à éliminer en premier lieu sera systématiquement l'hypoglycémie qui peut donner des tableaux pseudo-ébrieux. (8)

On note aussi que 5 % des cas d'agitation concernaient des patients atteints de démence ou Trouble NeuroCognitif Majeur (TNCM), toujours dans cette étude réalisée à Rouen.
Or l'incidence des TNCM est en constante augmentation du fait du vieillissement de la population. D'après un rapport du World Alzheimer Report 2015, la population mondiale atteinte de TNCM est de 46,8 millions et est supposée doubler tous les 20 ans. (10)
La question des particularités de prise en charge de ces patients fragiles, aux lourdes comorbidités souvent associées, et auxquels nous allons être de plus en plus confrontés, nous a donc semblé primordiale à aborder.
Pour en souligner l'importance, une revue Cochrane de 2002 rapportait que 70 % des patients atteints d'un TNCM (quelle que soit l'étiologie de la démence) présentent des épisodes d'agitation. (11)

2.2. MOYENS DE PRISE EN CHARGE

Quelle que soit la façon de prendre en charge un malade agité, l'objectif consiste, dans un premier temps, à assurer la sécurité du patient et celle de son entourage et, dans un second temps, de permettre une évaluation clinique à visée diagnostique, afin d'adapter la prise en charge. (12)

2.2.1. APPROCHE RELATIONNELLE

Il s'agit du premier temps de la prise en charge d'un patient agité.

Elle doit se faire le plus rapidement possible après l'arrivée du patient et son évaluation par l'Infirmière d'Organisatrice de l'Accueil (IOA), afin de prévenir l'escalade vers la violence et vers l'acte auto- ou hétéro-agressif.
Elle doit comporter dans un premier temps une évaluation globale du patient et du risque de passage à l'acte imminent.

Idéalement, le patient devra être placé au calme, séparé de son entourage. Le médecin adoptera une attitude calme, mais ferme. Il commencera par se présenter, puis par expliquer sans jargon médical, en utilisant le vocabulaire du patient, la suite de la prise en charge en se tenant à une distance assurant sa sécurité (une allonge de bras). Il devra se positionner du côté de la sortie, porte ouverte, sans jamais tourner le dos au patient. S'il doit se rapprocher du patient, afin par exemple de commencer l'examen clinique, il devra impérativement le prévenir et lui donner des explications.

Il devra aussi essayer de rassurer le patient et de le ramener vers la réalité, en lui proposant, par exemple, une boisson. (7)
L'objectif de ce contact verbal vise à instaurer un climat de confiance dans l'objectif d'obtenir une alliance thérapeutique. Il faut faire preuve d'empathie pour permettre au patient de décrire sa détresse et pour l'aider à désamorcer les aspects émotionnels négatifs de l'urgence.
La règle veut que l'approche relationnelle soit la première étape de la prise en charge d'un patient agité. Cependant, si celui-ci s'avère violent dès son arrivée et qu'il met en danger l'équipe ou sa propre personne, l'approche relationnelle se limitera à une évaluation rapide et globale du patient et de la gravité de la situation. Une contention associée à une sédation seront à envisager d'emblée.

2.2.2. CONTENTION PHYSIQUE

La Haute Autorité de la Santé (HAS) définit la contention comme suit : “La contention physique dite passive est l’utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou une partie du corps, dans le seul but d’obtenir de la sécurité pour une personne qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté”. (13)

Il existe plusieurs types de contention physique (14) :

-la contention limitant la mobilité ⇨ liens de poignets et de chevilles, ceinture, harnais, camisole…;
-la contention limitant la liberté ⇨ chambre d’isolement, unité de soins verrouillées… ;
-les contentions adjacentes au mobilier ⇨ barrières de lit, tablettes de fauteuil…

Il s'agit d'une privation de libertés, qui doit donc rester une mesure d'exception. Son usage répond au respect de certaines règles.

La contention physique pourra être envisagée dans deux situations d’agitation bien distinctes :

-patient agressif envers lui-même ou envers autrui ;
-patient à risque de chute. (14)

L’approche relationnelle devra cependant toujours être envisagée en premier lieu. La contention physique ne sera pratiquée que lorsque l’agitation est telle que l’approche relationnelle devient illusoire.

La contention doit être employée, afin de permettre une sédation médicamenteuse. Sans sédation associée, l'utilisation de la contention devient discutable du fait du risque de majoration de l'agitation avec des risques traumatiques, de déshydratation, de rhabdomyolyse ou encore d'hyperthermie maligne. (1)(15)

De plus, il s'agit d'un acte thérapeutique, qui doit être prescrit et appliqué uniquement de manière temporaire. Dès que la sédation médicamenteuse est efficace, la contention devra être levée.

Pour être correctement mise en place, la contention physique nécessite l'intervention de cinq personnes entraînées. Elle requiert aussi une surveillance spécifique (ventilation, points de contention), afin d'assurer une qualité de soins en respectant l'intégrité physique et morale du patient. (7)
Elle ne doit en aucun cas être utilisée à titre punitif, de façon injustifiée, pour pallier un manque de personnel, pour le confort de l'équipe ou pour réduire son anxiété. (2)
Il faudra être particulièrement vigilant dans les services d'urgences, où le seuil de tolérance du personnel, confronté à l'agitation d'un patient, apparaît notamment corrélé à l'activité du service et à la charge de travail. (16)
En effet, une étude de 2005 réalisée en psychiatrie montre que l'utilisation de la contention diminue, lorsque le ratio personnel soignant/patients est plus important. (17)

À ce jour, il n'y a aucune étude prouvant l'efficacité thérapeutique de la contention dans les services d'urgences, alors que les effets secondaires, quant à eux, sont bien décrits.

2.2.3. TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Les objectifs du traitement médicamenteux sont les suivants :

-rendre possible un examen clinique ;
-réduire l'agitation, l'anxiété et le défaut de contrôle des pulsions à un niveau permettant de restaurer rapidement la sécurité de l'environnement des soins, en évitant une sédation trop profonde, qui pourrait nuire à l'alliance thérapeutique ultérieure ;
-limiter la durée de la contention physique. (1)

La voie orale est à privilégier si le patient est coopérant. (18) (19)
Cependant, la situation rend souvent difficile l'utilisation de traitements oraux ou intraveineux et favorise l'utilisation de la voie intramusculaire ou intranasale pouvant plus facilement être délivrés sans le consentement du patient.

La prise en charge des états d'agitation fait l'objet de thérapeutiques variées. À ce jour, la littérature ne permet pas de répondre de manière univoque à la question du choix de la molécule à utiliser dans les différentes situations d'agitation dans les services d'urgences. Et ce, d'autant plus que la plupart des études comparant les molécules entre elles sont réalisées dans des situations d'agitation d'étiologie psychiatrique.

2.2.3.1. LES BENZODIAZÉPINES

En plus d'être anticonvulsivantes et myorelaxantes, les actions anxiolytique et sédative des benzodiazépines font d'elles un traitement de choix pour les patients agités.

On préférera les formes à action rapide et à demi-vie courte, afin d'éviter l'accumulation de la molécule.

L'existence d'un antagoniste spécifique de leur action, le flumazénil (Anexate®), représente un avantage majeur de leur utilisation.

Un des principaux inconvénients est la variabilité de la résorption par voie intramusculaire de la plupart des molécules, ce qui rend plus difficile cette voie d'administration, obligeant à des réinjections fréquentes.

Leurs effets secondaires sont principalement :

-la dépression respiratoire en cas de surdosage, particulièrement chez les sujets âgés ou atteints de BPCO ou en cas d'association médicamenteuse ;
-l'hypotension orthostatique, notamment chez les sujets âgés (1) ;
-les troubles neuropsychiatriques avec somnolence, amnésie antérograde, altération des fonctions psychomotrices et des troubles du comportement (nervosité, idées délirantes, état confuso-onirique...) ;
-la dépendance, notamment lors d'utilisation prolongée ;
-la tolérance, diminution progressive de l'effet thérapeutique pour une même dose administrée pendant plusieurs semaines, qui ne nous intéresse pas dans le cadre de l'urgence ;
-le syndrome de sevrage, lors de l'arrêt du traitement. (20)

2.2.3.1.1. LE MIDAZOLAM (Hypnovel®)

Le midazolam constitue une molécule bien connue, car utilisée en médecine depuis 1986.(21)

Grâce à sa rapidité d'action (15 à 30 minutes) et à sa demi-vie courte (2 à 3 heures), il reste une molécule de choix dans la prise en charge des patients agités. (22)

Le midazolam est utilisé notamment par voie intramusculaire et intranasale, particulièrement en cas d'IEA. La voie injectable peut aussi être utilisée en intraveineuse.

Comme les autres benzodiazépines, son utilisation doit être associée à une surveillance hémodynamique et respiratoire, afin de prévenir l'apparition d'effets indésirables. (23)

Dans une étude de 2004 menée dans un service d'urgences générales, l'efficacité du midazolam a été démontrée comme étant équivalente au lorazepam et à l'halopéridol, tous utilisés par voie intramusculaire avec, comme avantage, un délai d'action plus rapide. (24)

Une étude très récente de 2018 comparait l'efficacité du midazolam 5 mg IM aux antipsychotiques (haloperidol, olanzapine et ziprasidone) dans une population comprenant 88 % d'intoxication éthylique aiguë. Elle confirmait une efficacité supérieure, en termes de sédation, du midazolam par rapport aux autres molécules (et à une efficacité équivalente à l'olanzapine). (25)

Quant aux effets indésirables, une revue de la littérature de janvier 2019 mettait en avant la bonne tolérance du midazolam, globalement meilleure que celle des antipsychotiques, avec comme effets secondaires principaux, l'hypotension et la désaturation. Elle soulignait son intérêt potentiel chez les patients âgés déments mais concluait que des investigations complémentaires étaient nécessaires pour pouvoir le confirmer. (26)

2.2.3.1.2. LE LORAZEPAM (Temesta®)

Le lorazepam est une autre benzodiazépine très utilisée aux États-Unis dans la prise en charge des patients agités, voire violents sans symptôme psychotique. (27) (28)

L'action est relativement rapide (pic plasmatique atteint entre 30 minutes et 4 heures après la prise orale) et la demi-vie est courte (entre 10 et 20 heures). Sa tolérance est très bonne.

Seule benzodiazépine parfaitement absorbée lorsqu'elle est injectée par voie intramusculaire (28), elle n'est cependant pas commercialisée en France sous forme injectable.

Une étude de 1997 chez des patients psychotiques démontrait une efficacité équivalente entre le lorazepam 2 mg et l'halopéridol 5 mg injectable en termes de sédation pour de moindres effets secondaires (et à une efficacité supérieure de l'utilisation conjointe des deux traitements, sans majoration du risque d'effets indésirables). (29)

Une revue systématique de 2017 concluait en termes d'efficacité à une supériorité du lorazepam versus placebo, à une efficacité semblant équivalente aux antipsychotiques typiques (dropéridol et halopéridol) et à une supériorité de la combinaison lorazepam/faible dose d'antipsychotiques par rapport à une monothérapie. La tolérance du lorazepam était quant à elle meilleure que celle des antipsychotiques. (30)

2.2.3.1.3. LE CLORAZÉPATE DIPOTASSIQUE (Tranxène®)

Le clorazépate dipotassique ne constitue pas le traitement idéal en cas de prise en charge en urgences en raison d'une action un peu plus lente, quelle que soit sa forme (pic plasmatique obtenu en 60 minutes) et d'une demi-vie très longue (30 à 150 heures).

Il existe par voie orale en gélules ou par voie injectable, mais son conditionnement en poudre à mettre en solution rend aussi son utilisation moins fréquente en situation d'urgences. (7)

Son utilisation est cependant recommandée par la conférence de consensus sur la prise en charge de l'éthylisme aigu dans les services d'urgences. (22)

2.2.3.1.4. LE DIAZEPAM (Valium®)

Le diazepam existe sous forme orale en comprimés et en solution buvable et par voie injectable en intramusculaire et intraveineuse.

Son action est assez rapide, quelle que soit sa voie d'administration (pic plasmatique obtenu entre 30 et 1h30), mais sa résorption est bien meilleure par voie intraveineuse. Par contre, sa demi-vie est longue (entre 32 et 47 heures). (7)

Le diazepam est lui aussi préconisé par la conférence de consensus sur la prise en charge de l'éthylisme aigu de 2006. (22)

2.2.3.1.5. L'OXAZEPAM (Seresta®)

L'oxazepam a une action assez rapide (pic plasmatique obtenu en 2 heures) et une demi-vie courte (environ 8 heures).

Il n'est cependant disponible que par voie orale sous forme de comprimés.

Il est recommandé dans certains cas d'agitation aiguë dans un contexte de TNCM, au même titre que le lorazepam en raison de leur demi-vie courte. (31)

2.2.3.1.6. L'ALPRAZOLAM (Xanax®)

L'alprazolam est intéressant, du fait de sa rapidité d'action (pic plasmatique atteint entre 30 minutes et 2 heures après la prise orale) et de sa demi-vie courte (entre 10 et 20 heures), identique à celle du lorazepam.

Utilisé essentiellement dans les cas d'agitation des personnes âgées du fait de sa bonne tolérance (32), il n'est disponible que sous forme orale en comprimés et implique donc un patient relativement compliant.

2.2.3.2. LES NEUROLEPTIQUES DITS "CLASSIQUES"

Les neuroleptiques dits "classiques" restent critiqués en raison de l'importance du risque d'effets secondaires cardiovasculaires.

De plus, leur efficacité n'est étudiée quasiment que dans des études concernant des patients atteints de pathologies psychiatriques. Les résultats sont donc difficilement transposables à une population d'urgences générales non psychiatriques.

Leurs effets secondaires principaux sont :

-neurologiques ⇨ effets extra pyramidaux avec, dans un premier temps (dans les 36 premières heures), l'apparition de dyskinésies aiguës ou de dystonies, réversibles et, dans un second temps, un syndrome parkinsonien et des dyskinésies tardives, irréversibles ;
⇨ abaissement du seuil épileptogène (7) ;

-neuropsychiatriques : somnolence, confusion, délire, irritabilité ;

-cardiovasculaires : hypotension artérielle, allongement du QT avec risque de torsade de pointe (l'ANSM cite, entre autres comme neuroleptiques susceptibles d'allonger le QT, la cyamémazine, le droperidol et l'halopéridol) (33) *(Annexe 2)* ;

-digestifs : occlusion intestinale et colite ischémique (34) ;

-endocriniens : galactorrhée, aménorrhée, impuissance en cas d'utilisation prolongée ;

-anticholinergiques : mydriase, bouche sèche, constipation, dysurie, avec un risque de rétention aiguë d'urines, notamment en cas d'hypertrophie bénigne de prostate ;

-hématologiques : discrètes leucopénies, rares cas d'agranulocytose décrits avec la clozapine (35) ;

-allergiques ;

-le syndrome malin des neuroleptiques, rare (entre 0,07 et 2,2 %), mais gravissime (mortalité d'environ 11 %) (36), associant hyperthermie, syndrome extrapyramidal, rhabdomyolyse, troubles neurovégétatifs.

2.2.3.2.1. LA LOXAPINE (Loxapac®)

La loxapine est très utilisée en France, notamment en raison de sa relative rapidité d'action (1h30 environ) et surtout de sa demi-vie courte (8 heures). (1) (8)

Elle existe sous forme orale en comprimés ou en solution buvable et par voie injectable en intramusculaire.

Elle a l'avantage de ne pas faire partie des neuroleptiques signalés par l'ANSM comme étant associés à un risque d'allongement du QT et/ou de torsade de pointe et est parfois assimilée aux antipsychotiques atypiques.

La forme inhalée (Adasuve®), commercialisée en France depuis 2014, a été récemment étudiée à plusieurs reprises dans la prise en charge de patients agités dans le cadre de pathologies psychiatriques ou de prise de stupéfiants. Le traitement est considéré comme efficace, d'action rapide, avec peu d'effets secondaires et avec l'avantage d'être peu invasif. Cependant, il nécessite un minimum de coopération de la part des patients. (37) (38) (39)

2.2.3.2.2. L'HALOPÉRIDOL (Haldol®)

Le délai d'action et la demi-vie de l'halopéridol sont plus élevés que celui du dropéridol (son délai d'action est compris entre 2 et 6 heures après une prise orale et de l'ordre de 20 à 40 minutes si utilisé sous forme injectable). Sa demi-vie est en moyenne de 24 heures.

Il existe sous forme orale en comprimé et en solution buvable et sous forme injectable par voie intramusculaire.

Depuis des années, il constitue un neuroleptique très utilisé dans la prise en charge de l'agitation (40), notamment dans une population psychiatrique, car ayant une forte action antipsychotique. (41)

Il est recommandé de lui associer une benzodiazépine, afin de diminuer sa posologie et de limiter ainsi les effets secondaires extra pyramidaux. (18) (29)
Il est cependant de plus en plus délaissé au profit des antipsychotiques atypiques, en raison de la fréquence plus élevée de ses effets secondaires. (19)

Utilisé parfois pour réduire les épisodes d'agitation chez les patients atteints de TNCM, il n'a pas montré sa supériorité versus placebo dans cette indication selon une revue Cochrane de 2002. Par contre, il est efficace dans la réduction de l'agressivité chez ces mêmes patients. (11)

2.2.3.2.3. LA CYAMÉMAZINE (Tercian®)

La cyamémazine a un délai d'action de 15 minutes et une demi-vie de 10 heures. (7)

Elle est employée par voie orale (solution buvable à 40 mg par ml notamment, mais existe aussi sous forme de comprimés) et par voie intramusculaire (ampoule de 5 ml comprenant 50 mg du produit).

Ses risques cardiovasculaires sont rappelés par l'ANSM, avec notamment un risque d'allongement du QT et de torsade de pointes. (33)

Son intérêt chez le patient agité non psychotique n'est pas rapporté. (2)

2.2.3.2.4. LE DROPÉRIDOL (Droleptan®)

Le dropéridol a l'intérêt d'être d'action sédative rapide (20 minutes par voie intramusculaire contre 30 à 120 minutes par voie orale) et a une demi-vie courte (entre 1 et 3 heures).
Il est utilisé notamment en intramusculaire.

Une étude de 1992 sur des patients agités et agressifs concluait à une rapidité d'action légèrement meilleure que l'halopéridol, sans nécessiter plus de nouvelles injections et sans majoration du risque d'effet secondaire à la dose de 5 mg. (42)

De même, une autre étude de 1998, réalisée dans un service d'urgences générales, montrait une action plus rapide du dropéridol (entre 2,5 et 5 mg en fonction du poids) par rapport au lorazepam (entre 2 et 4 mg en fonction de poids) dans la prise en charge de l'agitation. (43)

Utilisé en France comme molécule de première intention dans la prise en charge des patients agités dans les services d'urgences il y a quelques années, sa commercialisation est interrompue en 2001 en raison d'un risque d'allongement du QT et de troubles graves du rythme et sa posologie est alors diminuée. (15)

Son recours est déconseillé, notamment en cas d'intoxication alcoolique (alors qu'il était considéré comme le traitement de référence par la conférence de consensus de 1996 sur la prise en charge de l'ivresse éthylique aiguë).

Le lien de cause à effet entre le dropéridol à des doses thérapeutiques et l'allongement du QT entraînant la mort reste pourtant discuté dans de nombreux articles. (44) (45) (46)

2.2.3.3. LES NEUROLEPTIQUES ATYPIQUES

Aussi efficaces que les neuroleptiques classiques, ils sont associés à un nombre moindre d'effets secondaires et sont désormais considérés avec les benzodiazépines, auxquels ils peuvent d'ailleurs être associés, comme un des traitements médicamenteux de référence de l'agitation. (19) (47)

Les effets secondaires sont globalement les mêmes que pour les neuroleptiques classiques, mais ils sont cependant plus rares. Les effets extrapyramidaux notamment sont moins fréquents. (2)

2.2.3.3.1. LA RISPERIDONE (Risperdal®)

Le délai d'action de la risperidone est plus long que celui des neuroleptiques classiques (pic plasmatique obtenu en 1 à 2 heures) et sa demi-vie est de 24 heures.

Elle existe sous forme orale en comprimés ou en solution buvable. La seule forme injectable de la risperidone est une forme intramusculaire à libération prolongée, peu adaptée au contexte d'urgences.

Elle est associée à un risque quasi inexistant d'allongement du QT et d'effets secondaires cardiaques.

Cependant, la risperidone fait partie des neuroleptiques les moins sédatifs et est donc peu utilisée pour la prise en charge du patient agité. (2)

Son innocuité dans la prise en charge de l'agitation, y compris en cas d'IEA, en association ou non avec une benzodiazépine, a été confirmée par une étude rétrospective réalisée entre 2012 et 2015. (48)

Elle peut être utilisée aussi dans des cas d'agitation avec agressivité et opposition chez la personne âgée atteinte de TNCM. (31)
Le risque d'effets secondaires, et notamment d'hypotension, malgré des doses moins élevées, reste néanmoins important chez cette catégorie de patients. (49)

2.2.3.3.2. L'OLANZAPINE (Zyprexa®)

Le délai d'action de l'olanzapine est rapide sous forme injectable (15 à 45 minutes) et beaucoup plus long par voie orale (pic plasmatique obtenu en 5 à 8 heures).

Il s'agit du seul antipsychotique atypique injectable disponible sur le marché en France. Il est réservé à l'usage hospitalier.

D'efficacité similaire à l'haloperidol sur une population psychiatrique (41), sa présentation en France, sous forme de poudre à reconstituer à la dose de 10 mg, rend néanmoins son utilisation moins courante dans le contexte de l'urgence.
Dans une étude de 2002 sur des patients agités dans un contexte de TNCM, la supériorité de l'olanzapine intramusculaire par rapport au lorazepam avait été démontrée sans majoration du risque d'effets secondaires. (50)

2.2.3.4. AUTRE TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX : LA KÉTAMINE

La kétamine constitue un anesthésique général non barbiturique classiquement utilisé dans les services d'urgences pour la sédation rapide en cas d'intubation.
Sa demi-vie très courte (environ 3 heures) sous forme injectable (intramusculaire et intraveineuse) rend cette molécule intéressante dans le contexte de l'urgence.

Ses effets indésirables sont :

-neuropsychiatriques : hallucinations, anxiété, insomnies ;
-cardiovasculaires : hyper- ou hypotension, tachycardie ;
-respiratoires : dépression respiratoire pouvant aller jusqu'à l'arrêt respiratoire, bronchospasme ;
-digestifs : nausées, vomissements ;
-allergiques.

Une étude de 2015 (concernant une population non psychiatrique avec notamment 21,9 % d'intoxication éthylique aiguë) a montré son intérêt sous forme intramusculaire ou intraveineuse dans la prise en charge initiale de l'agitation sévère dans un contexte d'urgences sans effet secondaire grave. Elle nécessitait cependant souvent l'association à d'autres traitements médicamenteux pour le contrôle de l'agitation. (51)

Une autre étude monocentrique réalisée en 2017 montrait la supériorité de la kétamine en termes de rapidité d'action chez des patients très agités violents par rapport au midazolam, au lorazepam et à l'halopéridol. Son profil de tolérance dans cette indication nécessite cependant de nouvelles investigations. (52)

La kétamine n'a pour l'instant pas d'AMM dans cette indication.

De plus en plus étudié, son intérêt sous forme intranasale est aussi prouvé dans la prise en charge de la douleur dans les services d'urgences sans apparition d'effets secondaires importants. (53)

2.2.3.5. SYNTHÈSE DES TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX

Tableau 1 : Récapitulatif des différentes molécules disponibles pour la prise en charge médicamenteuse des patients agités

	Délai d'action	Demi-Vie	Voie d'administration
BENZODIAZÉPINE			
Alprazolam	30-120min	10-20h	PO
Clorazepate dipotassique	60min	30-150h	IM, IV, PO
Diazepam	30-90min	32-47h	IM, IV, PO
Lorazepam	30min-4h	10-20h	IM,IV (USA) / PO (FR)
Midazolam	15-30min	2-3h	IM, IN, IV
Oxazepam	120min	8h	PO
NEUROLEPTIQUE CLASSIQUE			
Cyamémazine	15min	10h	IM, PO
Dropéridol	20-120min	1-3h	IM
Halopéridol	30min-6h	24h	IM, IV, PO
Loxapine	90min	8h	IM, PO (+inhalée)
NEUROLEPTIQUE ATYPIQUE			
Olanzapine	30min-8h	30h	IM, PO
Risperidone	60-120min	24h	PO
AUTRES			
Kétamine	30sec-5min	3h	IM, IN, IV

La conférence de consensus de la SFMU sur l'agitation aux urgences de 2002 considérait les benzodiazépines comme la classe thérapeutique ayant le meilleur rapport bénéfice/risque dans des situations d'agitation d'étiologie inconnue, notamment les benzodiazépines d'action courte (midazolam) ou intermédiaire (lorazepam). (1)
Parmi les antipsychotiques, il faudra préférer les neuroleptiques atypiques (loxapine, risperidone), toujours selon la conférence de consensus de 2002.

Cependant, de récentes études tendent à montrer que l'association benzodiazépines et antipsychotiques permet un meilleur contrôle de l'agitation sans majoration du risque d'effets secondaires. (19) (54)

2.3. CAS PARTICULIER DES PERSONNES ÂGÉES

La population gériatrique prise en charge pour agitation aux urgences est importante, notamment en cas de TNCM et ne va cesser d'augmenter (55).
Selon des données de l'INSERM concernant plus particulièrement la maladie d'Alzheimer, il y a, à ce jour, environ 900 000 personnes atteintes en France. Ce chiffre devrait s'élever à 1,3 million d'ici 2020.
Les premières causes des TNCM sont à ce jour la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées, c'est-à-dire les maladies cérébrovasculaires, la démence à corps de Lewy et la dégénérescence fronto-temporale. (55)

Un patient atteint de TNCM est un patient à risque de confusion aiguë et donc d'agitation. Il est recommandé d'évoquer une confusion aiguë devant toute aggravation brutale des fonctions cognitives ou devant toute modification de la vigilance ou du comportement antérieur.
Néanmoins, toute agitation chez une personne démente n'est pas synonyme de confusion. (56)

En cas de TNCM, l'enquête étiologique systématique de la confusion est la même qu'en l'absence de TNCM, telle que nous l'avons décrite précédemment.
Il ne faut pas oublier que la difficulté à s'exprimer de ces patients pourra entraîner une agitation dans des situations pourtant banales, tels qu'une douleur, un fécalome ou une rétention aiguë d'urines. (4)

Il s'agit d'une population fragile, souvent polypathologique, pour laquelle la polymédication est fréquente avec, de ce fait, des particularités de prise en charge. (57)

Des recommandations de bonne pratique de la HAS ont été rédigées en 2009 à propos de la prise en charge initiale de l'agitation en cas de confusion chez les personnes âgées.
Elles préconisent bien sûr de commencer systématiquement par des mesures non médicamenteuses.
Dans un premier temps, il faudra aussi rechercher une cause médicamenteuse (changement de traitement, de posologie, automédication) à l'agitation. (56)
Comme pour la population générale, le traitement médicamenteux ne devra être envisagé que si les mesures non médicamenteuses sont insuffisantes et en cas :

-d'agitation importante ou d'anxiété sévère provoquant chez le patient une souffrance significative ;
-de dangerosité pour lui-même ou pour autrui ;
-de comportement empêchant des traitements ou des examens indispensables pour le patient.

Le texte précise aussi qu'aucun traitement n'a à ce jour l'AMM pour l'indication "confusion aiguë de la personne âgée".
Les doses prescrites devront être inférieures à celles usuellement utilisées chez l'adulte. Il faudra préférer la voie orodispersible ou buvable et privilégier les monothérapies et ce, en vue de limiter les effets indésirables.

Concernant la molécule à employer, les recommandations de la HAS préconisent en cas d'agitation sévère :

-avec symptômes anxieux prépondérants de préférer une benzodiazépine de demi-vie courte et de pic d'action rapide (type alprazolam, lorazepam et oxazépam) ;

-avec troubles productifs (hallucinations, délires) de favoriser un neuroleptique adapté au profil du patient.

Des recommandations britanniques de 2006 préconisent en cas de confusion chez la personne âgée d'utiliser en première intention l'halopéridol et en deuxième intention le lorazepam (les deux molécules sont à utiliser par voie orale en priorité et par voie injectable en cas de nécessité). (58)

Un article de la revue américaine JAMA de 2017 considère que l'halopéridol peut être utilisé dans les cas de confusion avec délires en raison de sa grande rapidité d'action et de sa disponibilité par voie injectable en IM et en IV. (59)

Dans le cas particulier de l'agitation chez les patients atteints de TNCM, quelques études font le point sur les nouvelles pistes thérapeutiques non médicamenteuses, en particulier sur la musicothérapie et sur la thérapie par le toucher (massages, etc..). Mais elles concernent plutôt la prévention de troubles psychocomportementaux chroniques de patients atteints de TNCM et aucune d'entre elles n'étudie l'agitation aiguë dans les services d'urgences, où ces thérapies sont à ce jour impossibles à mettre en œuvre, faute de temps et de moyens. (60)
La musicothérapie en particulier semble prometteuse et ce, à partir de 30 à 50 minutes d'écoute de musique familière par jour pendant 3 à 5 jours consécutifs. (61)
L'effet bénéfique chez les patients serait dû à l'amélioration de l'attention et au rappel de souvenirs personnels positifs. (62)

2.4. CAS PARTICULIER DES PATIENTS ALCOOLISÉS

L'incidence des IEA dans les services d'urgences en France est très importante.
Elle a été mesurée entre 5 et 10 % des consultations en services d'urgences selon les études. (63)
Les recommandations pour la pratique clinique de la HAS de 2001 «orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une IEA, des patients admis aux urgences des établissements de soins» rapportaient que lorsqu'un dosage d'alcoolémie était réalisé en systématique aux urgences, 17,4 % des patients avaient une alcoolémie positive. (64)

Une étude réalisée aux États-Unis entre 2001 et 2011 concluait que les passages aux urgences pour des problèmes liés à la consommation d'alcool étaient en constante augmentation. (65)

Dans le cas de l'IEA, il est rappelé dans plusieurs études l'importance d'un examen clinique complet afin de ne pas méconnaître les potentiels diagnostics différentiels et notamment l'hypoglycémie qu'il faudra éliminer de manière systématique à l'aide d'une glycémie capillaire. (22) (66)
Le dosage sanguin de l'alcoolémie est toujours considéré comme l'examen de référence pour poser le diagnostic de certitude d'IEA. Il ne sera pas systématique en cas d'IEA simple et non compliquée mais pourra être utilisé en cas de doute diagnostique. (22) (64)

Sur le plan thérapeutique en cas d'agitation, l'actualisation 2006 de la conférence de consensus de la SFMU de 2003 relative à la prise en charge de l'éthylisme aiguë dans les services d'urgences préconise l'utilisation de benzodiazépines et, notamment, du diazepam ou du clorazepate en intraveineux ou encore du midazolam en intranasal.
Selon cette même conférence de consensus, les neuroleptiques type halopéridol peuvent être employés en dernier recours en cas d'agitation majeure, mais ils doivent être prescrits avec prudence en raison d'un risque de iatrogénie majoré par l'alcoolisation. (22)
Le dropéridol n'est plus recommandé.

Cette prise en charge médicamenteuse devra systématiquement être associée à une bonne hydratation et à l'administration de vitamine B1 en prévention de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke, notamment en cas d'éthylisme chronique. La voie veineuse n'est pas obligatoire en cas d'IEA non compliquée sans hypoglycémie.

La contention physique, si elle avait été nécessaire, devra systématiquement être levée dès l'obtention de la sédation médicamenteuse. (22)

Contrairement à la conférence de la SFMU, une conférence de consensus américaine rédigée en 2012 par l'American Association of Emergency Psychiatry recommandait quant à elle de favoriser l'utilisation d'antipsychotiques en cas d'agitation dans un contexte d'IEA en raison de l'effet dépresseur respiratoire des benzodiazépines. L'haloperidol était l'antipsychotique de première intention et la risperidone était conseillée en deuxième intention.
Elle préconisait cependant de favoriser les benzodiazépines en cas de syndrome de sevrage alcoolique. (18)

Une récente étude rétrospective réalisée aux États-Unis entre 2012 et 2015 concluait à l'innocuité de la risperidone dans la prise en charge du patient agité dans le cadre d'une intoxication éthylique aiguë. (49)

Une autre étude de 2018 montrait l'intérêt du midazolam en intramusculaire par rapport à l'olanzapine, à la ziprasidone et à l'halopéridol dans la prise en charge de patients agités, notamment en cas d'IEA (88 % de la population étudiée), aux urgences. (25)

La prise en charge du syndrome de sevrage ou delirium tremens, souvent associé à un état d'agitation intense, comprendra un traitement par benzodiazépines à demi-vie courte ou longue per os ou intraveineux associé à une supplémentation en vitamine B1 et à un traitement par α- et/ou -bloquants en cas de manifestations adrénergiques (hypersudation, tachycardie, hypertension). (22)

La conférence de consensus rappelle que l'entretien psychiatrique qui devrait idéalement être réalisé avant la sortie du patient ne l'est pas dans 75% des cas.(22)

2.5. OBJECTIFS

Nous avons donc souhaité décrire les modalités actuelles de prise en charge de l'agitation dans les services d'urgences de Nouvelle-Aquitaine.

Ce travail a donc eu pour objectif principal d'étudier les pratiques déclarées en 2018 des médecins urgentistes dans les différents services de Nouvelle-Aquitaine face à l'agitation de deux populations particulières, à savoir les patients alcoolisés et les patients âgés, déments ou confus, représentés par des vignettes cliniques.

Le choix de ces populations a été fait selon un argument de fréquence et en raison des particularités de prise en charge qui leur sont inhérentes.

3. MATÉRIEL ET MÉTHODE

3.1. RECHERCHES DOCUMENTAIRES

La recherche documentaire a été effectuée grâce au moteur de recherche PubMed en accès libre depuis l'Espace Numérique de Travail (ENT) de l'Université de Bordeaux.

Pour réaliser ces recherches, les mots-clés étaient traduits en anglais en terme Mesh via le site internet Cismef.fr, site de l'Université de Rouen, permettant ainsi de préciser les recherches.

D'autres sites comme ScienceDirect, Scopus et EM-Premium, disponibles eux aussi depuis l'ENT, ont également été utilisés.

3.2. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude observationnelle, quantitative, descriptive par questionnaire informatisé utilisant la méthode des vignettes, multicentrique à l'échelle régionale en Nouvelle-Aquitaine et avec une période de recueil de 6 mois.

Nous nous sommes inspirés de la méthode des vignettes, qui consiste à questionner des professionnels de santé à partir d'une même situation clinique, dont on fait varier certains paramètres.
La vignette est un cas clinique bref basé sur un patient fictif dans une situation clinique réaliste. Le médecin interrogé doit décrire son attitude s'il était confronté à cette situation.
L'objectif n'est pas d'évaluer les connaissances des médecins interrogés, mais plutôt d'étudier en pratique les attitudes de ces médecins dans les situations cliniques décrites dans les vignettes. (68)

L'avantage de cette méthode est qu'elle facilite la réalisation d'études de plus grande échelle et qu'elle permet d'étudier des situations, quelles que soient leurs prévalences.

Les études montrent qu'il s'agit d'un outil pratique et puissant, notamment recommandé pour étudier la façon dont certains facteurs vont influer sur les décisions thérapeutiques des professionnels de santé. (69)

L'anonymat était garanti afin que la pratique déclarée face à la situation clinique décrite reflète le plus possible la réalité de la prise en charge.

3.3. CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Pouvaient être inclus dans notre étude tous les médecins urgentistes travaillant en 2018 dans un des services d'urgences de Nouvelle Aquitaine suivants :

> CHU de Bordeaux, de Poitiers, CH d'Agen, de Pau, Périgueux, Bayonne, Libourne, Langon, Villeneuve-sur-Lot, Marmande, Sarlat, Dax, Saint-Palais, Arcachon, Cognac, La Rochelle, Royan, Confolens, Jonzac, Tulle, Saintonge, Saint-Jean-d'Angély, Brive-La-Gaillarde, Rochefort, Guéret, Limoges, Angoulême, Saint Yrieix, Aubusson, Niort, Ussel, l'Hôpital des Armées de Robert Picqué et la Polyclinique Bordeaux Nord.

Il n'y avait pas de critères d'exclusion a priori, mais la liste des services d'urgences de Nouvelle-Aquitaine n'étant pas exhaustive, les services dont nous n'avions pas d'adresse électronique n'ont pas pu être contactés.

3.4. QUESTIONNAIRE

3.4.1. DIFFUSION

Un premier questionnaire test réalisé sur Google form avait été envoyé au service d'urgences du CH d'Agen en octobre 2016, permettant de mettre en évidence un défaut dans les possibilités de réponse, avec la possibilité de sélectionner un seul moyen de prise en charge par cas clinique.

Un nouveau questionnaire a donc été réalisé sur Surveymonkey en avril 2018 et envoyé pour la première fois en mai 2018, suivi de quatre courriels de relance en juin, août, septembre et octobre 2018, soit un recueil de réponses sur une période de 6 mois.

Pour pouvoir diffuser le questionnaire, les secrétariats ou les cadres de santé des différents services ont été contactés par téléphone, afin d'obtenir leurs adresses électroniques et ce sont eux qui ont diffusé par la suite le questionnaire aux médecins urgentistes des services par l'intermédiaire du lien https://fr.surveymonkey.com/r/HG555P7

3.4.2. CONTENU

Le questionnaire final réalisé sur Surveymonkey a été conçu selon la méthode des vignettes, c'est-à-dire sous forme de cas cliniques hypothétiques, dont nous avons fait varier certains paramètres.

Il se divisait en deux parties. La première portait sur les caractéristiques du médecin urgentiste remplissant le questionnaire :

1) Dans quel type d'hôpital exercez-vous ?

-centre hospitalier universitaire
-clinique
-centre hospitalier
-autre

2) Quel est votre nombre d'années d'expérience ?

-moins de 5 ans d'expérience
-entre 5 et 15 ans
-plus de 15 ans

3) Y a-t-il un protocole établi dans le service dans lequel vous travaillez concernant la prise en charge d'un patient agité ?

-oui
-non
-autre

Cette partie était brève, seuls les critères, nous semblant importants pour l'interprétation des données, avaient été choisis. L'anonymat était ainsi garanti.

La deuxième partie comportait quatre cas cliniques, deux relatifs à des patients alcoolisés et deux impliquant des patients âgés décrits brièvement dans l'énoncé.

Le premier cas clinique était énoncé comme suit :

> "Vous recevez aux urgences Mr R. 68 ans, éthylique chronique, connu du service d'urgences pour ses multiples intoxications aiguës éthyliques, agité, qui crie, jure et menace vos collègues."

Le second cas clinique :

> "Le jour suivant, vous recevez Mme C. 94 ans, connue pour sa démence sévère associée à une maladie de Parkinson. Elle vous est envoyée par son EHPAD, car elle devient ingérable, elle hurle et insulte les autres résidents. Son traitement ne vous est pas joint."

Le troisième cas clinique :

> "Vous recevez ce jour Mr Z. 32 ans, non connu du service d'urgences, amené par son épouse qui l'a trouvé chez lui dans cet état. Son épouse semble dire qu'il n'a pas d'antécédent particulier et qu'il ne prend a priori pas de traitement.
> Il est très agité, agressif dès qu'on lui parle ou essaie de s'approcher de lui et déambule dans l'entrée des urgences, alors que l'IOA interroge son épouse. Vous remarquez immédiatement son haleine éthylique et l'injection conjonctivale. Évidemment lorsque vous tentez de l'examiner, il ne se laisse pas faire."

Le quatrième cas clinique :

> "Vous recevez aux urgences Mr P., 88 ans, amené par ses enfants, car ils l'ont trouvé un peu perdu en allant lui rendre visite, ce qui n'est pas habituel.
> En effet, Mr P. est un patient autonome, qui vit seul à son domicile avec simplement une aide ménagère qui lui fait les courses et le ménage.
> Aujourd'hui, Mr P. semble désorienté, ne tient pas en place. Il tente de mordre votre collègue, alors qu'il essaie de l'installer sur un brancard, et commence à crier."

La question posée après chaque cas clinique était systématiquement la même, à savoir : quel moyen de prise en charge de l'agitation utilisez-vous ?

Les différentes possibilités de réponses étaient la contention physique seule, l'approche relationnelle seule, la sédation médicamenteuse seule ou l'association de deux des propositions précédentes (contention physique et approche relationnelle ; sédation médicamenteuse et approche relationnelle ou contention physique et sédation médicamenteuse).

En fonction de la réponse choisie, une ou plusieurs (si la réponse choisie était une association de deux moyens de prise en charge) sous-question(s) en découlai(en)t.

Si le médecin avait opté pour la contention physique, il avait les possibilités de choix suivantes:

-des liens de chevilles et de poignets
-des barrières de lit
-une ceinture ventrale
-une chambre d'isolement

Si la réponse sélectionnée concernait l'approche relationnelle, le médecin pouvait alors choisir entre :

-attitude ferme, directive tout en essayant de créer une alliance thérapeutique
-attitude douce et empathique, plutôt basée sur l'écoute afin de créer une relation de confiance entre votre patient et vous

Si la sédation médicamenteuse avait été choisie, la question suivante concernait la molécule choisie parmi la liste ci-dessous :

-risperidone/risperdal®,
-olanzapine/zyprexa®,
-halopéridol/haldol®,
-kétamine®,
-cyamémazine/tercian®,
-loxapine/loxapac®,
-diazepam/valium®,
-clorazepate/tranxène®,
-oxazepam/seresta®,
-lorazepam/temesta®,
-midazolam/hypnovel®,
-"autre" avec la réponse de son choix.

Suivait alors une nouvelle question au sujet de la voie d'administration intraveineuse, per os, intranasale ou intramusculaire.

3.5. RECUEIL DES DONNÉES

Les données étaient collectées directement par le logiciel de réalisation de questionnaire informatisé "Surveymonkey" de mai 2018 à octobre 2018.

A la fin de la période de recueil, les données ont été extraites directement à partir de "Surveymonkey" vers Excel puis vers le logiciel Epi Info.

3.6. ANALYSE STATISTIQUE

Les données ont été analysées avec le logiciel d'analyse statistique Epi Info. Certains résultats ont ensuite été traduits en tableaux ou figures pour plus de lisibilité. Toutes les données ont été utilisées.

Dans les résultats, le dénominateur pour les pourcentages calculés sera le nombre de médecins répondants pour chaque cas clinique, sauf pour les molécules utilisées et les voies d'administration. Dans ce cas, le dénominateur sera le nombre de médecins ayant choisi la sédation médicamenteuse.

En raison de la vraisemblable corrélation intra observateur, dans la mesure où un même médecin décrivait successivement son intention de prise en charge face à 4 cas, nous n'avons pas réalisé de tests statistiques pour inférer les éventuelles différences constatées en fonction des caractéristiques des cas ou en fonction des caractéristiques des médecins.
Toutes les différences sont celles constatées à l'échelle des échantillons.

4. RÉSULTATS

4.1. CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS

Nous avons obtenu 170 réponses au questionnaire. Parmi les 170 médecins, 162 ont répondu au moins au premier cas clinique et constitueront donc notre population étudiée.

Dans notre questionnaire, nous proposions 4 cas cliniques. Tous les médecins n'ont pas complété la totalité des 4 cas.

Nous pourrons décrire les réponses ainsi :

-162 pour le premier cas clinique ;
-156 pour le deuxième cas clinique, soit 96 % des médecins participants ;
-152 pour le troisième cas clinique, soit 94 % des médecins participants ;
-150 pour le dernier cas clinique, soit 93 % des médecins participants.

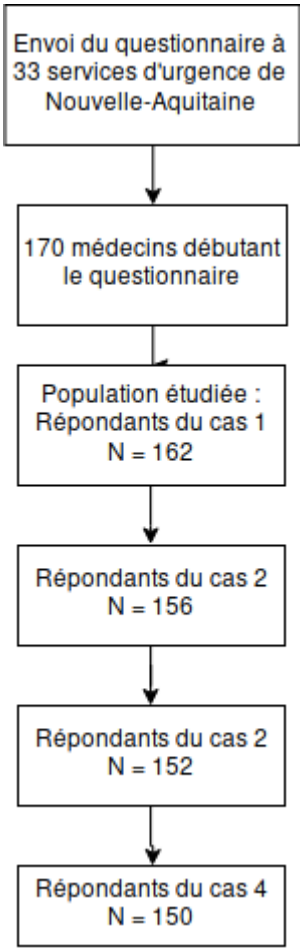

Figure 1: Diagramme de flux de notre étude

Sur ces 162 médecins, 116 exerçaient dans un centre hospitalier (CH), soit 71,5 %, 42 dans un centre hospitalier universitaire (CHU), soit 26 %, et 4 urgentistes travaillaient en clinique soit 2,5 %.

La répartition en années d'expérience était la suivante :

-58 médecins (36 %) ayant moins de 5 ans d'expérience ;
-55 médecins (34 %) ayant entre 5 et 15 ans d'expérience ;
-49 médecins (30 %) ayant exercé en tant qu'urgentiste pendant plus de 15 ans.

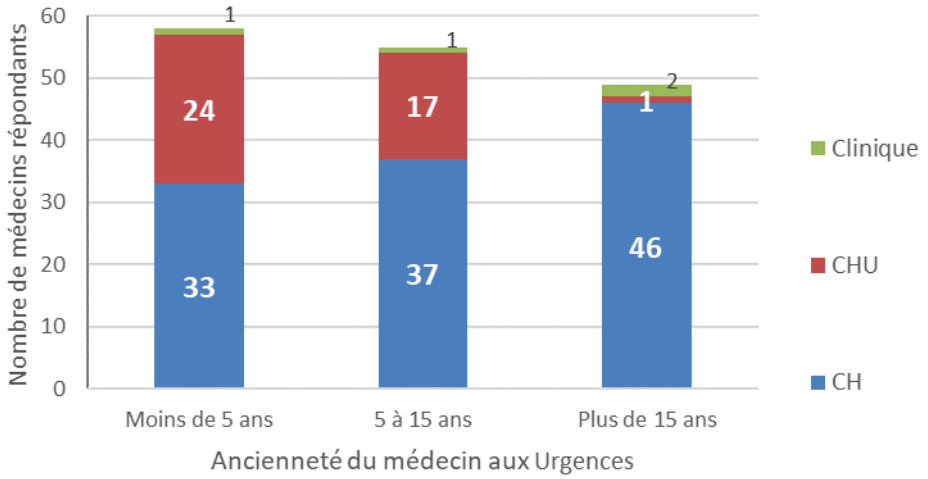

Figure 2 : Répartition des médecins répondants selon l'ancienneté et le lieu d'exercice
Enquête auprès des médecins urgentistes de Nouvelle Aquitaine 2018 sur la prise en charge de l'agitation

On constate que les médecins ayant le plus d'années d'expérience avaient plus tendance à travailler en centre hospitalier qu'en centre hospitalier universitaire, où les médecins ayant moins de 5 ans d'expérience étaient les plus représentés.

Concernant l'existence d'un protocole de service pour la prise en charge de patients agités, 43 médecins (26 %) ont répondu "oui" contre 113 médecins (70 %) "non".

6 médecins (4 %) ont répondu "autre" à cette question en précisant :

-pour deux d'entre eux ⇨ un protocole était en cours d'élaboration ;
-pour un autre médecin⇨ il ne savait pas s'il existait ou non un protocole ;
-pour un médecin ⇨ il existait un protocole au sujet de la prise en charge paramédicale seulement ;
-pour un médecin ⇨ un protocole existait seulement pour les modalités de réalisation d'une contention et d'une sédation, ainsi que pour la gestion d'une salle d'apaisement, mais pas de prise en charge globale ;
-pour un médecin ⇨ il existait un protocole relatif à l'agitation chez des patients gériatriques uniquement.

Pour pouvoir effectuer certaines comparaisons, nous considérerons que les quatre premiers avaient une réponse équivalente à l'absence de protocole et que pour les deux derniers un protocole existait.

Dans le détail, 34 des 116 médecins de CH (29 %) déclaraient qu'ils disposaient d'un protocole versus 11 des 42 médecins de CHU (26 %). Aucun des 4 médecins exerçant en clinique ne déclarait disposer d'un tel protocole.

4.2. CAS CLINIQUES

Notre questionnaire comportait 4 cas cliniques.
Dans l'analyse des résultats, nous décrirons successivement les deux cas concernant les patients alcoolisés (cas cliniques 1 et 3) et les deux cas de patients âgés (cas cliniques 2 et 4). Les résultats seront présentés de manière globale, puis en fonction du type de prise en charge (relationnelle, contention ou médicamenteuse), qu'elle soit utilisée seule ou en association avec une autre.

Afin de faciliter la lecture, nous utiliserons les formules « les médecins utilisaient» ou «les médecins pratiquaient…». Il convient bien entendu de comprendre «les médecins déclaraient utiliser» ou «les médecins déclaraient pratiquer...» puisque leurs réponses sont des déclarations d'intention et non des observations de pratique.

4.2.1. CAS CLINIQUES 1 ET 3 : PATIENTS ALCOOLISÉS

Le premier cas clinique intéressait un patient de 68 ans, éthylique chronique :

> "Vous recevez aux urgences Mr R. 68 ans, éthylique chronique, connu du service d'urgences pour ses multiples intoxications aiguës éthyliques, agité, qui crie, jure et menace vos collègues."

Le troisième cas clinique portait sur un patient jeune sujet à une alcoolisation aiguë :

> "Vous recevez ce jour Mr Z. 32 ans, non connu du service d'urgences, amené par son épouse qui l'a trouvé chez lui dans cet état. Son épouse semble dire qu'il n'a pas d'antécédent particulier et qu'il ne prend a priori pas de traitement.
> Il est très agité, agressif dès qu'on lui parle ou essaie de s'approcher de lui et déambule dans l'entrée des urgences, alors que l'IOA interroge son épouse. Vous remarquez immédiatement son haleine éthylique et l'injection conjonctivale. Évidemment lorsque vous tentez de l'examiner, il ne se laisse pas faire."

- **Prise en charge globale de l'agitation**

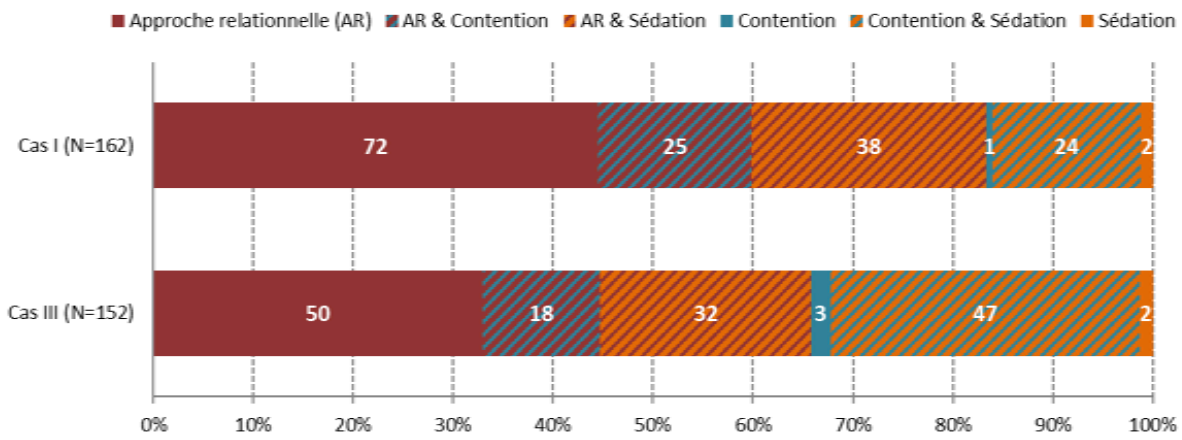

Figure 3 : Prise en charge globale de l'agitation - Cas 1 et 3
Enquête sur vignettes cliniques auprès des médecins urgentistes de Nouvelle Aquitaine 2018

Dans le cas 1 relatif au patient éthylique chronique, les médecins favorisaient une approche relationnelle seule (44 %), puis l'associaient à une sédation (23,5 %). Les associations contention physique/approche relationnelle et contention physique/sédation médicamenteuse étaient appliquées dans les mêmes proportions (15 %).

Dans le cas 3 concernant le patient jeune sujet à une alcoolisation aiguë, autant de médecins ont décrit l'approche relationnelle seule que l'association contention physique et sédation médicamenteuse (33 %). Ils ont ensuite favorisé l'association approche relationnelle/sédation médicamenteuse (21%).

- **Approche relationnelle**

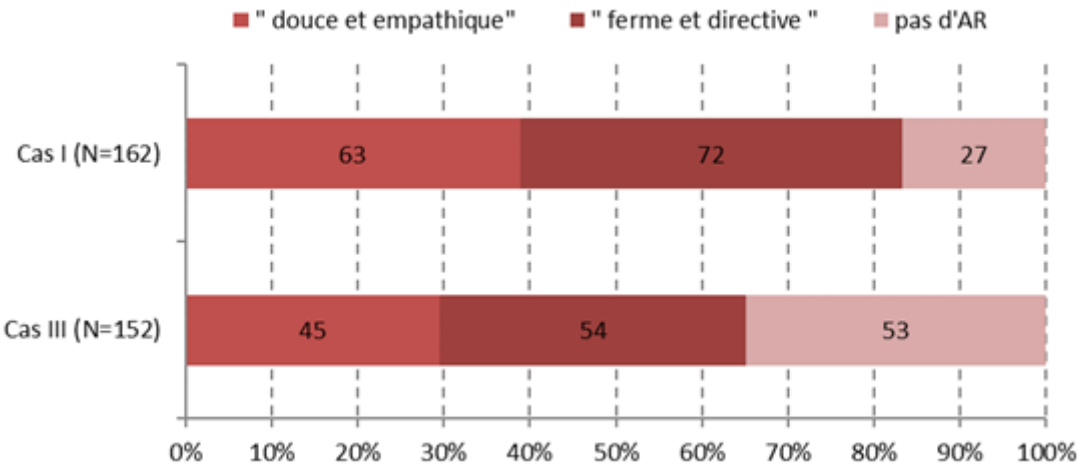

Figure 4 : Type d'approche relationnelle - Cas 1 et 3
Enquête sur vignettes cliniques auprès des médecins urgentistes de Nouvelle Aquitaine 2018

L'approche relationnelle était davantage décrite dans le cas 1 (83 % versus 65 %), qui portait sur le patient éthylique chronique. Elle était, dans les deux situations, majoritairement ferme.

- **<u>Contention physique</u>**

Nous avons choisi de privilégier la représentation des résultats concernant les contentions physiques limitant la mobilité (liens de poignets et de chevilles, ceinture ventrale ou les deux), en sachant qu'elles peuvent être associées ou pas à la chambre d'isolement et/ou aux barrières de lit.

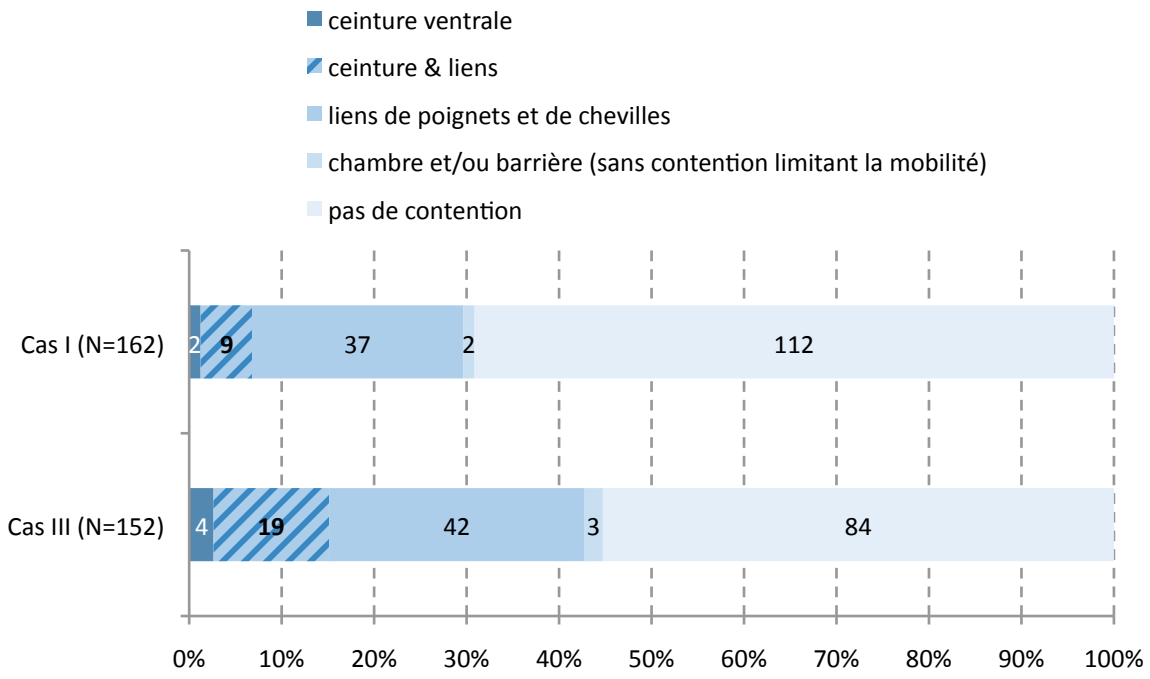

Figure 5 : Type de contention - Cas 1 et 3

Enquête sur vignettes cliniques auprès des médecins urgentistes de Nouvelle Aquitaine 2018

Dans le cas 3, concernant le patient jeune alcoolisé, la contention physique limitant la mobilité type liens de poignets et de chevilles et/ou ceinture ventrale était globalement plus utilisée que dans le cas 1 (43 % versus 30 %).

Par ailleurs, on dénombre 13 médecins qui ont eu recours à une chambre d'isolement dans le cas 1 versus 18 dans le cas 3, qu'elle soit associée ou non à un autre type de contention physique.
11 médecins ont mis en place des barrières de lit dans le cas 1 versus 21 dans le cas 3, en association ou non à un autre type de contention physique.
La chambre d'isolement et les barrières de lit n'étaient quasiment jamais prescrites comme seule contention et étaient plus souvent associées à des liens de chevilles et de poignets. *(Annexe 3)*

- **<u>Sédation médicamenteuse</u>**

Type de sédation médicamenteuse :

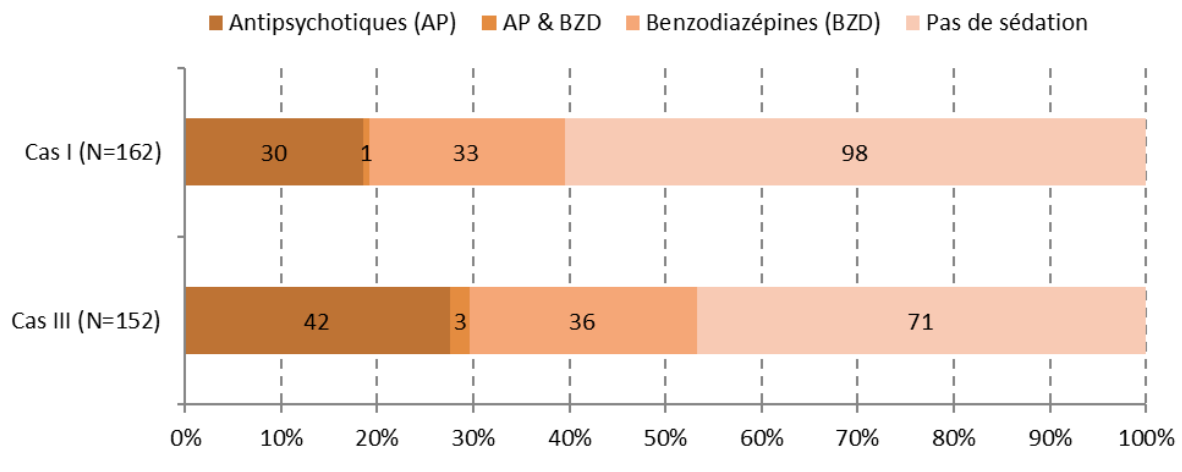

Figure 6 : Classes médicamenteuses - Cas 1 et 3

Enquête sur vignettes cliniques auprès des médecins urgentistes de Nouvelle Aquitaine 2018

Dans les cas 1 et 3, respectivement 40 % et 53 % des médecins ont déclaré prescrire une sédation médicamenteuse avec davantage de prescription d'antipsychotiques dans le cas 3 relatif à une intoxication éthylique aiguë chez un patient jeune (28 % versus 19 %).

Les benzodiazépines sont prescrites dans les mêmes proportions dans les 2 cas cliniques (20 % et 24 %).

Types de molécules :

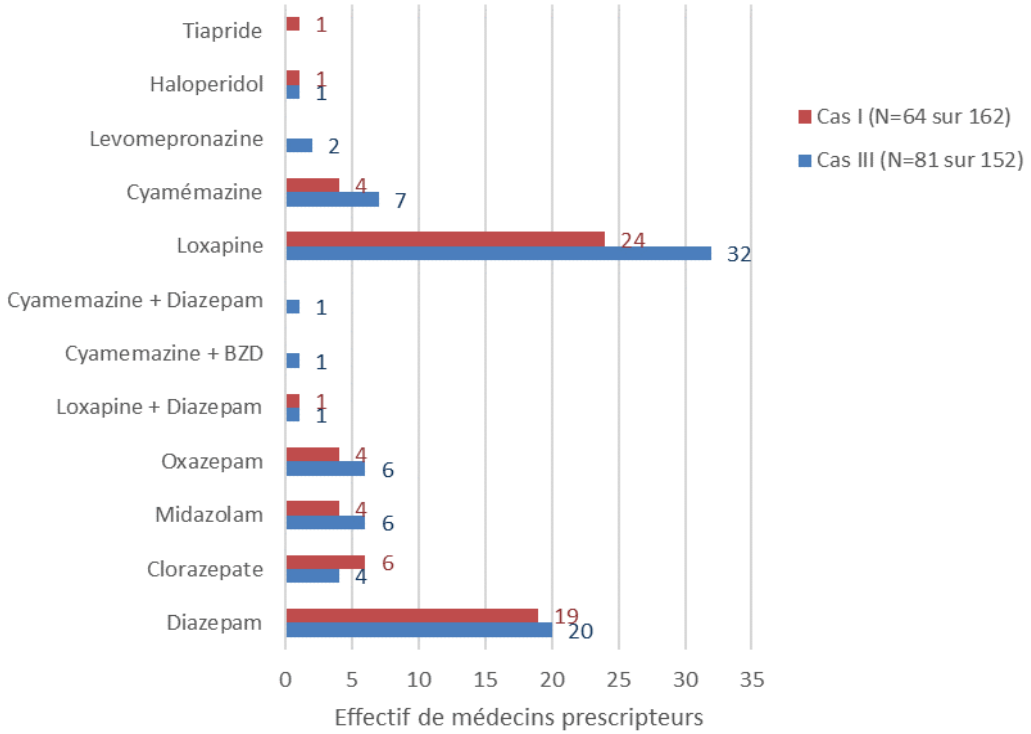

Figure 7 : Types de molécules utilisées - Cas 1 et 3

Enquête sur vignettes cliniques auprès des médecins urgentistes de Nouvelle Aquitaine 2018

On constate que la molécule la plus choisie par les médecins répondants était la loxapine dans les deux situations cliniques, respectivement par 37,5% et 39,5 % des médecins ayant choisi la sédation médicamenteuse (24 médecins sur 64 et 32 médecins sur 81).
Venait ensuite le diazepam dans des proportions similaires dans les deux situations cliniques (30 et 25 % des médecins)

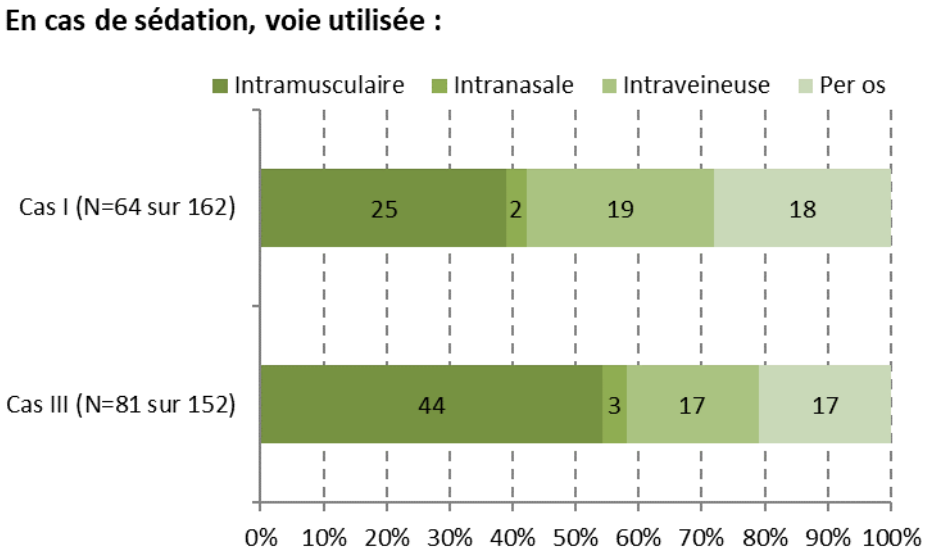

Figure 8 : Types de voies utilisées en cas de sédation - Cas 1 et 3
Enquête sur vignettes cliniques auprès des médecins urgentistes de Nouvelle Aquitaine 2018

Selon les déclarations des médecins répondants, la voie intramusculaire était la voie la plus utilisée, et était beaucoup plus pratiquée dans le cas 3, donc le cas d'intoxication éthylique aiguë chez un patient jeune (54 % dans le cas 3 versus 39 % dans le cas 1).

La loxapine était utilisée quasi exclusivement par voie intramusculaire dans les deux situations cliniques (19/24 et 29/32 médecins recourant à cette molécule).

Le diazepam était administré majoritairement en intraveineux (11/19 dans le cas 1 et 12/20 dans le cas 3) puis par voie orale (8/19 dans le cas 1 et 6/20 dans le cas 3). *(Annexe 4)*

4.2.2. CAS CLINIQUES 2 ET 4 : PATIENTS ÂGÉS

Le cas clinique 2 concernait une patiente âgée atteinte d'un TNCM :

> "Le jour suivant, vous recevez Mme C. 94 ans, connue pour sa démence sévère associée à une maladie de Parkinson. Elle vous est envoyée par son EHPAD, car elle devient ingérable, elle hurle et insulte les autres résidents. Son traitement ne vous est pas joint."

Le cas clinique 4 impliquait un patient âgé confus, sans étiologie évidente à cette confusion :

> "Vous recevez aux urgences Mr P., 88 ans, amené par ses enfants, car ils l'ont trouvé un peu perdu, en allant lui rendre visite, ce qui n'est pas habituel.
> En effet, Mr P. est un patient autonome, qui vit seul à son domicile avec simplement une aide-ménagère, qui lui fait les courses et le ménage.
> Aujourd'hui, Mr P. semble désorienté, ne tient pas en place. Il tente de mordre votre collègue alors qu'il essaie de l'installer sur un brancard, et commence à crier."

- **<u>Prise en charge globale de l'agitation</u>**

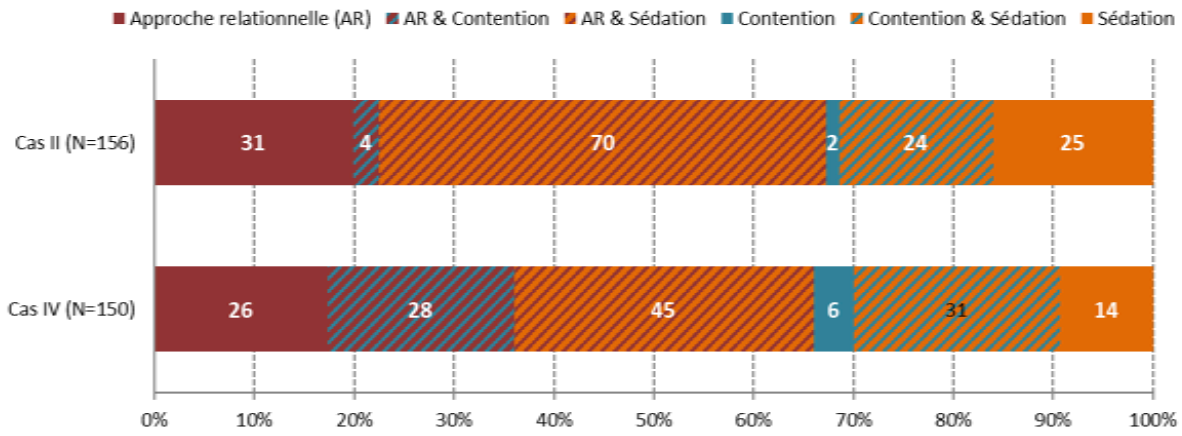

Figure 9 : Aspects de la prise en charge globale de l'agitation - Cas 2 et 4
Enquête sur vignettes cliniques auprès des médecins urgentistes de Nouvelle Aquitaine 2018

L'approche relationnelle associée à la sédation médicamenteuse était l'approche prépondérante dans ces situations cliniques, en particulier dans le cas 2 (45 %) qui concernait la patiente atteinte de TNCM.

- **Approche relationnelle**

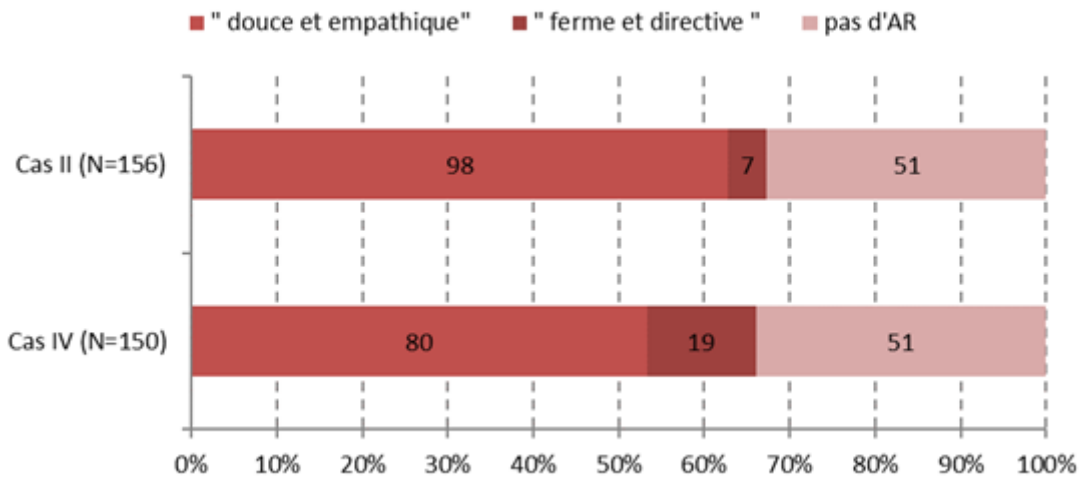

Figure 10 : Type d'approche relationnelle - Cas 2 et 4

Enquête sur vignettes cliniques auprès des médecins urgentistes de Nouvelle Aquitaine 2018

L'approche relationnelle était globalement décrite dans les mêmes proportions (2/3 des cas, soit respectivement 67 et 66 %) dans les deux situations cliniques et était dans la quasi-totalité des cas douce et empathique.

- **Contention physique**

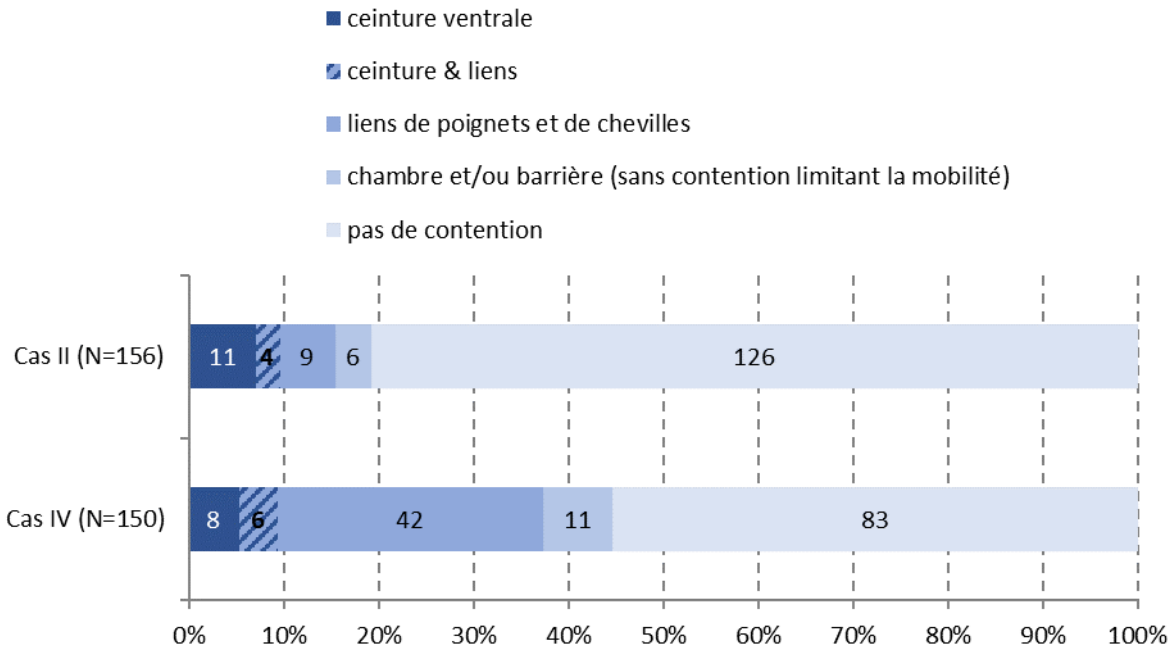

Figure 11 : Type de contention - Cas 2 et 4

Enquête sur vignettes cliniques auprès des médecins urgentistes de Nouvelle Aquitaine 2018

Dans le cas 4 d'un patient confus agressif, la contention physique limitant la mobilité était deux fois plus décrite que dans le cas 2 qui portait sur une patiente démente, 37 % versus 15 %, et en particulier les liens de poignets et de chevilles.

Par ailleurs, 6 médecins déclaraient avoir recours à une chambre d'isolement dans le cas 2, contre 10 dans le cas 4, associée ou non à un autre type de contention physique.
Enfin, 18 médecins préféraient employer des barrières de lit dans le cas 2, contre 29 dans le cas 4, seules ou en association.
Les barrières de lit et la chambre d'isolement étaient une fois de plus décrites surtout en association avec un autre type de contention limitant la mobilité. *(Annexe 5)*

- **<u>Sédation médicamenteuse</u>**

Type de sédation médicamenteuse :

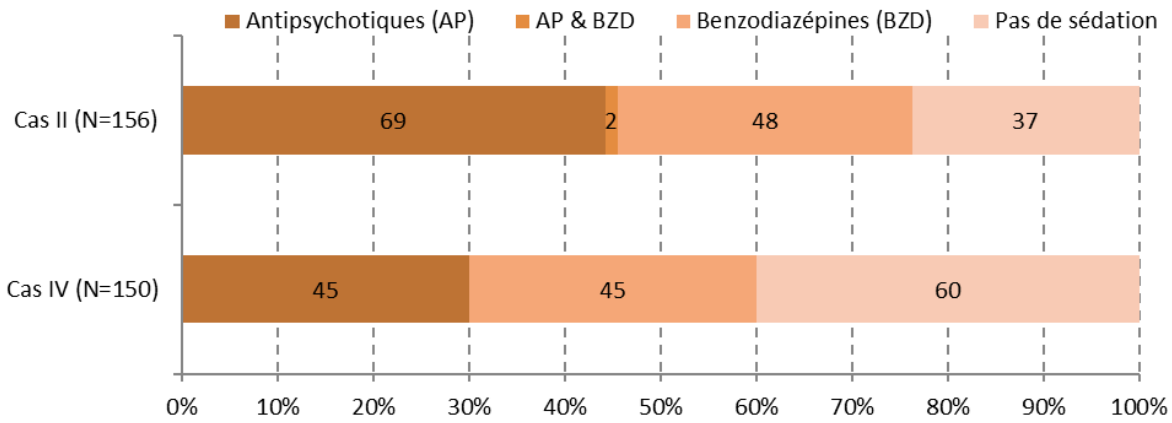

Figure 12 : Classes médicamenteuses - Cas 2 et 4
Enquête sur vignettes cliniques auprès des médecins urgentistes de Nouvelle Aquitaine 2018

Le traitement médicamenteux était plus décrit dans le cas 2 (76 %) que dans le cas 4 (60 %).

Dans le cas 2 concernant la patiente démente, les médecins prescrivaient plus souvent des antipsychotiques que des benzodiazépines (44 % versus 31 %), alors que dans le cas 4, antipsychotiques et benzodiazépines étaient administrés dans les mêmes proportions (30%).

Types de molécules :

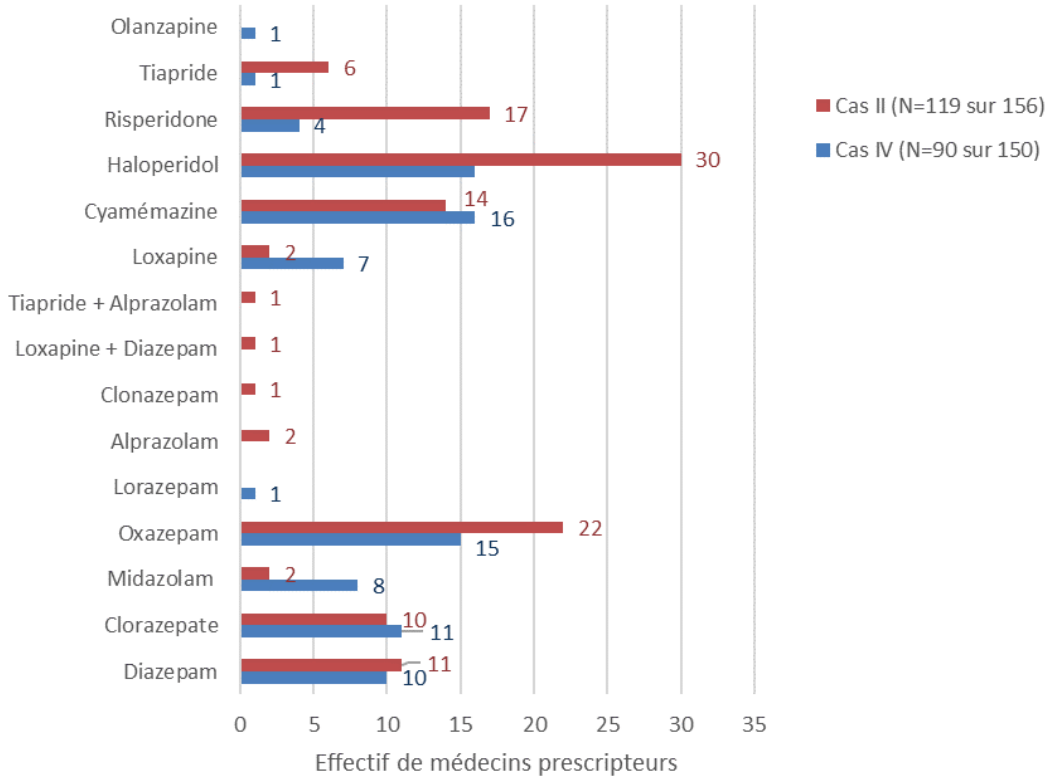

Figure 13 : Types de molécules utilisées - Cas 2 et 4

Enquête sur vignettes cliniques auprès des médecins urgentistes de Nouvelle Aquitaine 2018

Dans le cas 2 de la patiente démente, les antipsychotiques les plus prescrits étaient l'haloperidol et la risperidone, respectivement 25 % et 14 %. L'oxazepam était la 2e molécule la plus prescrite (18,5 % des médecins ayant utilisé la sédation médicamenteuse).

Par contre dans le cas 4 du patient confus, les molécules les plus employées étaient la cyamémazine, l'haloperidol et l'oxazepam dans les mêmes proportions, respectivement 18 %, 18 % et 17 %.

Dans les 2 cas, outre l'oxazepam, les benzodiazépines également prescrites étaient le diazepam et le clorazepate.

En cas de sédation, voie utilisée :

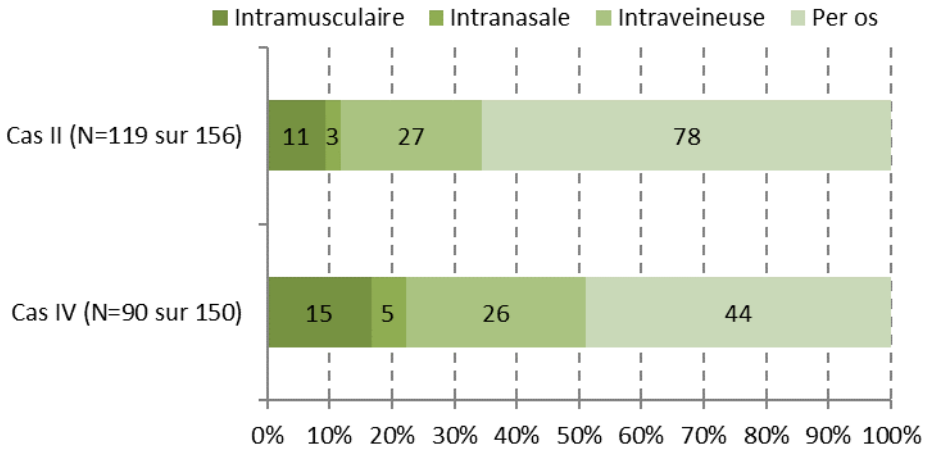

Figure 14 : Types de voies utilisées en cas de sédation - Cas 2 et 4

Enquête sur vignettes cliniques auprès des médecins urgentistes de Nouvelle Aquitaine 2018

Les voies intramusculaire, intranasale et intraveineuse étaient utilisées quasiment dans les mêmes proportions dans les deux cas. Dans le cas 2, la voie per os était beaucoup plus pratiquée que dans le cas 4, qui restait cependant la voie majoritaire dans les deux situations cliniques (66 % dans le cas 2 ; 78/119 et 49 % dans le cas 4 ; 44/90). La voie intraveineuse était la deuxième option préférentielle (23 % dans le cas 2 ; 27/119 et 29 % dans le cas 4 ; 26/90).

Les molécules les plus prescrites dans le cas 2, l'halopéridol, la risperidone et l'oxazepam, étaient quasiment exclusivement utilisées par voie orale.

Dans le cas 4, l'haloperidol, l'oxazepam et la cyamémazine étaient aussi employés très majoritairement par voie orale. Le diazepam et le clorazepate étaient plus utilisés par voie intraveineuse. *(Annexe 6)*

Nous allons maintenant rechercher quels sont les déterminants de la prise en charge.

4.2.3. DÉTERMINANTS DE LA PRISE EN CHARGE

<u>Comparaison entre les patients alcoolisés (cas 1 et 3) et les patients âgés (cas 2 et 4)</u>

Sur le plan de l'approche relationnelle, elle était décrite dans les mêmes proportions dans les cas 2,3 et 4 et était plus utilisée dans le cas 1, qui concernait le patient éthylique chronique. L'approche douce et empathique était plus fréquente avec les patients âgés.

La contention physique limitant la mobilité (liens de poignets et de chevilles et ceinture ventrale) était plus pratiquée dans le cas 3 (43 % des médecins), qui concernait le jeune alcoolisé, puis dans le cas 4 (37 % des médecins) relatif au patient âgé confus.
Dans le cas 2 abordant la patiente démente, la contention physique, quelle que soit son type, était la moins employée (à peine 20 % des médecins répondants).
Les médecins avaient globalement peu recours à la chambre d'isolement ou aux barrières de lit seules, mais les utilisaient en complément d'une contention limitant la mobilité.
C'est dans le cas 4 du patient confus que les médecins déclaraient le plus souvent recourir aux barrières de lit et à la chambre d'isolement, majoritairement en association avec un autre type de contention limitant la mobilité.

Le traitement médicamenteux était plus employé dans les cas impliquant les patients âgés.

Sur le plan des molécules, la loxapine était le neuroleptique le plus courant dans les cas concernant les patients alcoolisés, alors que pour les patients âgés l'halopéridol, la cyamémazine et la rispéridone étaient les plus prescrits.
Quant aux benzodiazépines, le diazepam était plus prescrit pour les patients alcoolisés, alors que chez les patients âgés, il s'agissait de l'oxazepam.

Concernant la voie d'administration, la voie orale était beaucoup plus fréquente dans les cas 2 et 4 des patients âgés (respectivement 66 et 49 % des médecins utilisant la sédation médicamenteuse) par rapport aux cas 1 et 3 (28 et 21 %).
La voie intranasale était très peu employée, quel que soit le cas.
La voie intraveineuse était décrite à peu près dans les mêmes proportions dans les deux populations différentes. Dans les cas 2 et 4 relatifs aux patients âgés, respectivement 23 % et 29 % des médecins ayant choisi un traitement médicamenteux contre 30 et 21 % dans les cas 1 et 3.
La voie intramusculaire était majoritairement utilisée dans les cas 1 et 3, qui concernaient les patients alcoolisés, par respectivement 39 et 54 % des médecins utilisant un traitement médicamenteux contre 9 et 17 % dans les cas 2 et 4.

<u>Comparaison des moyens de prise en charge en fonction de l'ancienneté dans les 4 cas cliniques</u>

Pour rechercher l'influence éventuelle de l'expérience du médecin sur son attitude thérapeutique, nous avons « comparé » les prises en charge en fonction de l'ancienneté du médecin en rassemblant les quatre situations cliniques.

Dans un premier temps, nous avons évalué le type d'approche relationnelle en fonction de l'ancienneté des urgentistes et nous n'avons trouvé aucune différence. *(Annexe 7)*

La contention physique quant à elle était légèrement plus utilisée par les médecins ayant moins de 5 ans d'expérience. Cependant, on ne constate cette différence que sur l'utilisation des liens de poignets et de chevilles, pas sur celle de la ceinture ventrale. *(Annexe 7)*

On constate cependant que les classes médicamenteuses n'étaient pas utilisées avec la même fréquence selon le nombre d'années d'expérience.
Les médecins les plus expérimentés avaient tendance à prescrire plus d'antipsychotiques que les jeunes médecins qui, au contraire, préféraient les benzodiazépines.
On remarque un recours plus important à la cyamémazine et à la loxapine par les médecins ayant le plus d'années d'expérience.
À l'inverse, les médecins les moins expérimentés utilisaient plus souvent l'oxazepam, l'haloperidol et le diazepam.
Le nombre de médecins ayant recours à une sédation médicamenteuse était globalement le même, quel que soit le nombre d'années d'expérience. *(Annexe 8)*

Quant à la voie d'administration, on ne remarque pas de différence d'utilisation en fonction du nombre d'années d'expérience des médecins.

Comparaison en fonction de l'existence ou non d'un protocole concernant l'agitation

Pour rechercher l'influence éventuelle d'un protocole disponible dans les services d'urgences sur l'attitude déclarée des médecins, nous avons « comparé » les prises en charge avec et sans protocole en rassemblant les quatre situations cliniques.

Concernant l'utilisation de la contention physique, il n'y avait pas de différence entre les cas décrits par les médecins, qu'ils disposent d'un protocole ou pas. *(Annexe 9)*

Il n'y avait pas non plus de différence évidente portant sur la description de l'approche relationnelle, toutes situations cliniques confondues, qu'un protocole soit disponible ou pas. *(Annexe 9)*

Sur l'ensemble des cas décrits, la sédation médicamenteuse était prescrite dans les mêmes proportions que les médecins disposent d'un protocole ou pas.
On constate cependant que les antipsychotiques étaient légèrement moins souvent prescrits (26 %), lorsqu'un protocole était disponible, au profit des benzodiazépines (30 %).
En considérant les molécules dans le détail, la différence d'emploi la plus importante concernait le valium (14 % des cas en présence d'un protocole vs 8 % sinon). *(Annexe 10)*

5. DISCUSSION

5.1. LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE

5.1.1. LIMITES DE L'ÉTUDE

Notre étude était observationnelle, descriptive à partir d'un questionnaire informatisé fondé sur la méthode des vignettes. Ce type d'étude expose à plusieurs biais :
- La possibilité d'un biais de désirabilité, ou de conformité au protocole s'il en existe, ou à la littérature, qui est maximale dans ce type d'étude (67) ;

- Le fait que l'étude soit déclarative sur un cas fictif, qui nous renseigne sur les intentions de prescriptions des médecins répondants et non sur leurs pratiques.
Il ne s'agit pas de véritables prises en charge face à de véritables patients pour lesquels, outre les éléments décrits dans le cas clinique, s'ajoutent, non seulement l'urgence de leur prise de décision, mais aussi la réalité des moyens disponibles. Ce biais est lui aussi décrit dans les études concernant la méthode des vignettes. (69)
Ce type d'étude a pu favoriser les réponses en faveur d'une approche relationnelle, qui n'est pas toujours facile à mettre en pratique dans la réalité, malgré les bonnes intentions du praticien. L'utilisation de la contention physique a pu être sous-estimée.
De plus, nous avons fait varier plusieurs paramètres par cas clinique, ce qui rend les patients à la fois comparables (patients âgés versus patients alcoolisés), mais aussi différents selon d'autres critères (âges, co-morbidités, hommes et femmes, degré d'agressivité…), comme au quotidien dans notre pratique médicale. Ces critères ont pu influencer leur prise en charge déclarée, autant que les paramètres que nous souhaitions initialement étudier.

- Le fait que les réponses soient à choix multiples semble mésestimer les pratiques par rapport à des réponses ouvertes. Elles ne permettent pas aux médecins d'exprimer toutes les réponses potentielles aux situations proposées. (67) (70)
Par exemple, à propos des possibilités de réponses énoncées dans notre questionnaire, le fait de ne pouvoir sélectionner qu'une seule molécule dans les traitements médicamenteux potentiels a pu sous-estimer les associations médicamenteuses. Certains médecins ont utilisé la réponse "autre" pour préciser qu'ils associaient deux molécules.
Ainsi, les fréquences d'utilisation des molécules sont-elles à considérer comme les bornes basses d'utilisation.

- Un biais de sélection est aussi possible dans la mesure où tous nos résultats demandaient une participation au questionnaire de la part des médecins, nous pouvons considérer que les répondants sont des urgentistes s'intéressant à la problématique de l'agitation, et donc potentiellement plus au fait des pratiques actuelles et des recommandations sur la question.

- Nous n'avons pas posé la question de l'existence de chambres d'isolement dans les différents services et nous n'avons pas réussi à trouver ces informations en ligne, mais nous pouvons imaginer qu'elles n'existent pas dans tous les services d'urgences de Nouvelle-Aquitaine. En effet, selon la conférence de consensus de la SFMU sur l'agitation, seuls 30 % des services d'urgences de France disposeraient d'une chambre d'isolement. (1) Par conséquent, l'utilisation d'une chambre d'isolement peut être expliquée par sa présence ou non dans les différents services d'urgences et non par un véritable choix thérapeutique.

- Pour garantir l'anonymat absolu des participants et ainsi maximiser le taux de réponses, nous n'avons pas recueilli le lieu exact d'exercice, ce qui ne permet pas de vérifier la représentativité géographique de l'échantillon. Cependant, nous avons eu des réponses d'urgentistes de centres hospitaliers, de centres hospitaliers universitaires et de quelques cliniques. La diversité des modes d'exercices existe donc dans notre échantillon.

5.1.2. FORCES DE L'ÉTUDE

Si de nombreuses études se sont déjà penchées sur l'agitation dans les services d'urgences et que l'IEA était souvent le motif principal rapporté, nous n'en avons trouvé aucune ayant, comme la notre, étudié spécifiquement les pratiques des médecins face à des situations d'IEA ou à des patients âgés.

Nous avons choisi de réaliser une étude observationnelle à l'aide de questionnaires informatisés facilitant ainsi le recueil de données. La méthode quantitative était la plus adaptée pour répondre à notre objectif.

Il nous semble que le choix de présenter quatre vignettes cliniques est "validé" par le fait que la quasi-totalité des répondants est allée au bout du questionnaire. L'anonymat des réponses a pu être aussi un facteur favorisant la participation des médecins sollicités.

La méthode des vignettes nous a semblé la plus adaptée pour étudier deux groupes de patients particuliers. Elle nous a même permis au sein du groupe de patients âgés de faire la distinction entre la confusion et la démence.

Au total, nous avons pu obtenir un nombre important de réponses sur la prise en charge déclarée, dont nous faisons l'hypothèse qu'elles pourraient être représentatives de la pratique actuelle des urgentistes de Nouvelle-Aquitaine.

5.2. DISCUSSION DES PRINCIPAUX RÉSULTATS

5.2.1. PRISE EN CHARGE DE L'AGITATION CHEZ LES PATIENTS ALCOOLISÉS

Dans notre étude, en cas d'IEA, les traitements médicamenteux choisis par les médecins répondants étaient majoritairement le diazepam et la loxapine.
Le diazepam, tout comme le clorazepate et le midazolam (peu cités dans notre étude), font partie des traitements les plus recommandés par plusieurs études et notamment, la conférence de consensus de la SFMU de 2006 sur l'éthylisme aigu dans les services d'urgences. (22) (66)

Quant à la loxapine, bien que peu recommandée par la littérature qui lui préfère l'haloperidol (18) (22) (66), elle reste une molécule très utilisée en France.
Nous n'avons trouvé aucune étude analysant spécifiquement les pratiques en cas d'IEA. Cependant dans une étude réalisée en 1999 au CHU de Rouen, l'agitation était liée à 73 % à une cause toxique, dont 48 % d'ivresse pathologique seule et 11 % de prise conjointe d'alcool et de médicaments et on retrouvait le recours à la loxapine dans 80 % des cas d'agitation. (8)
De même, dans la thèse de médecine réalisée en 2006 sur l'agitation au service d'accueil des urgences du CHU d'Angers dans laquelle l'IEA était la deuxième étiologie la plus représentée (après les causes psychiatriques), la molécule la plus utilisée était la loxapine (dans 46% des cas). (9)

Les prescriptions réalisées dans notre étude étaient donc en accord avec les recommandations ou avec les pratiques rapportées par les études en France.

La voie d'administration majoritaire dans les cas d'IEA était la voie intramusculaire. Il faut préciser que la loxapine était employée très majoritairement en intramusculaire. Quant au diazepam, il était administré préférentiellement par voie intraveineuse ou orale.

La conférence de consensus de 2006 préconise l'utilisation des benzodiazépines par voie intraveineuse et souligne la possibilité d'utilisation du midazolam par voie intranasale. (21)
Un article de 2011 sur l'IEA de 2011 conclut, concernant les benzodiazépines, qu'il faut préférer la voie orale. La voie intraveineuse peut être envisagée en raison de sa bonne biodisponibilité, mais elle est considérée comme moins facilement réalisable. L'utilisation du midazolam en intranasal est là encore évoquée comme étant une bonne alternative. (66)
Si l'on reprend l'étude réalisée au CHU de Rouen en 1999 et la thèse de 2006 au CHU d'Angers, la loxapine est appliquée majoritairement par voie intramusculaire. (8) (9)
Quant aux benzodiazépines, nos résultats sont donc plutôt en accord avec les recommandations. Concernant la loxapine, ils restent cohérents par rapport aux pratiques rapportées dans les études.

Nous pouvons cependant nous étonner de la faible utilisation du midazolam en intranasal en France.

La contention physique a été plus décrite chez le patient jeune dans le cadre d'une intoxication éthylique aiguë que chez le patient plus âgé éthylique chronique (43 versus 30 %). Il s'agissait majoritairement de liens de poignets et de cheville ou de ceinture ventrale. Cela peut probablement s'expliquer par la notion de dangerosité perçue par les médecins face à ces deux patients. Un patient alcoolisé de 32 ans, agité, apparaît plus facilement menaçant qu'un patient alcoolisé de 68 ans éthylique chronique, qui semblera sans doute plus "fragile" aux yeux du personnel soignant.

La contention physique n'était quasiment jamais pratiquée seule et majoritairement associée à une sédation médicamenteuse, mais on note quand même 15 et 12 % d'association approche relationnelle et contention physique sans sédation médicamenteuse dans les deux situations cliniques 1 et 3.

Dans l'étude réalisée au CHU de Rouen, 86 % des patients avaient nécessité une contention physique, sans précision sur le type de contention physique employée. Il faut à nouveau préciser que l'étude ne portait pas exclusivement sur des patients agités alcoolisés, mais que l'intoxication éthylique aiguë était le principal motif d'agitation. 84 % des patients bénéficiant d'une contention physique avaient aussi été sédatés par traitement médicamenteux. (8)
Dans la thèse de 2006 sur l'agitation au CHU d'Angers 75 % des patients inclus avaient nécessité une contention physique. Il n'est pas précisé si celle-ci avait été associée ou non à un traitement médicamenteux ou à une approche relationnelle. (9)

La littérature est unanime sur la nécessité de sédation par traitement médicamenteux en cas de contention physique pour en limiter les effets secondaires et la durée. (1) (15)

Les possibilités de réponses au questionnaire ne permettant cependant pas de sélectionner les trois types de prise en charge de l'agitation, nous sous-estimons donc peut être le nombre de médecins qui auraient sélectionné l'association approche relationnelle/contention physique/traitement médicamenteux. Cela pourrait expliquer en partie le nombre de médecins n'ayant pas associé la contention physique et la sédation médicamenteuse.
Le nombre de médecins, ayant eu recours à la contention physique dans notre étude, est globalement bien inférieur aux chiffres des études déjà réalisées en France. N'oublions pas qu'il s'agissait d'une enquête déclarative.

Concernant l'approche relationnelle, elle était utilisée dans les cas 1 et 3, par respectivement 83 et 65 % des médecins.
Dans la thèse sur l'agitation aux urgences du CHU d'Angers, 82 % des patients bénéficiaient d'une approche relationnelle.
Le plus faible recours à l'approche relationnelle dans le cas 3 peut être expliqué par le fait que le patient est décrit comme "agressif dès qu'on lui parle". L'approche relationnelle a pu sembler d'emblée illusoire.

5.2.2. PRISE EN CHARGE DE L'AGITATION CHEZ LES PATIENTS ÂGÉS

Dans le cadre de la confusion (patient du cas clinique 4), les molécules les plus prescrites par les médecins participants étaient deux antipsychotiques, l'halopéridol (18%) et la cyamémazine (18%), et une benzodiazépine, l'oxazepam (17%).

La voie orale était celle utilisée par le plus grand nombre : 49 % des médecins ayant choisi une sédation médicamenteuse déclaraient choisir cette voie (44 sur 90).

La conférence de consensus sur la confusion aiguë chez la personne âgée de mai 2009 préconise, en cas d'agitation sévère avec délire, de recourir à un "neuroleptique adapté au profil du patient" et, en cas d'anxiété associée, de privilégier une benzodiazépine de demi-vie courte. (56) Elle insiste aussi sur l'importance de toujours préférer la voie buvable ou orodispersible, et la monothérapie.
Des recommandations britanniques de 2006 sur la prise en charge de la confusion des personnes âgées préconisent l'emploi d'halopéridol seule par voie orale. (58)
Un article de la revue américaine JAMA de 2017 considère lui aussi que l'halopéridol peut être utilisé dans les cas de confusion avec délires en raison de sa grande rapidité d'action. (59)

Le patient était décrit comme "un peu perdu", "désorienté", "ne tient pas en place" et "commence à crier". Certains médecins ont pu interpréter cette attitude comme une manifestation d'anxiété, d'autres comme une attitude délirante, ce qui peut expliquer la différence de leurs prescriptions médicamenteuses.
La prescription de la cyamémazine n'est pas préconisée dans la littérature et, dans le cas présent, on ne peut qu'émettre l'hypothèse que le choix des médecins est explicable par son action rapide et, comme l'halopéridol, sa disponibilité sous forme orale. Mais cela n'explique pas pourquoi ils ont préféré cette molécule à l'halopéridol.

Dans cette même situation clinique, la contention physique était utilisée par 45 % des médecins répondants.
Pourtant, la même conférence de consensus sur la confusion du sujet âgé de 2009 précise que la contention physique doit rester une solution de dernier recours, quand toutes les alternatives se sont soldées par des échecs et que le patient est considéré comme dangereux pour lui-même ou pour autrui. (56)
De plus, il est aussi décrit dans des recommandations de la HAS de 2000 intitulées « limiter la contention physique chez le sujet âgé » que la contention physique peut majorer la confusion et l'agitation et augmente le risque de chutes et donc de blessures. (13)
Néanmoins, une enquête hospitalière publiée en 2010 montrait la fréquence de l'utilisation de la contention physique, en particulier chez les patients âgés confus et ce, en dépit des recommandations. Dans cette enquête, la prévalence de la contention sur l'ensemble des services était de 15 %. Elle était de 34 % dans le service de gériatrie et de 73 % dans la zone d'hospitalisation de très courte durée (zone usuellement rattachée à un service d'urgences). Le service des urgences ne faisait pas partie des services étudiés. Les résultats globaux montrent que les patients âgés de plus de 60 ans représentaient 87 % de la population des personnes contenues. Il s'agissait cependant plus de barrières de lit. (71)

Dans le cas clinique, nous indiquions que le patient confus "tente de mordre un collègue" dès son arrivée, ce qui peut expliquer l'utilisation importante de la contention physique en réponse à cette hétéro-agressivité.

Enfin, l'approche relationnelle est décrite très majoritairement douce et empathique dans le but de créer une relation de confiance. On peut penser que, face à une personne âgée confuse, l'objectif est d'apaiser le patient.

Dans le cas clinique concernant la patiente démente, les molécules les plus prescrites étaient deux antipsychotiques, l'haloperidol (25%) et la risperidone (14%), et une benzodiazépine, l'oxazepam (18,5%).
Là encore, la voie orale était largement préférée : 66 % des médecins ayant déclaré choisir la sédation médicamenteuse optaient pour la voie per os (78 sur 119).

Une revue de la littérature réalisée aux États-Unis en 2002 conclut qu'il faut préférer les antipsychotiques atypiques (dont fait partie la risperidone) en raison de leurs moindres effets secondaires extrapyramidaux et cardiovasculaires. (72)
Un autre article plus récent de 2011 préconise de toujours utiliser la monothérapie et d'adapter la molécule aux symptômes. Comme dans la conférence de consensus sur la confusion, il est recommandé d'utiliser en cas de symptômes anxieux une benzodiazépine (l'oxazepam en première intention) et en cas de délire, d'agressivité ou d'opposition un antipsychotique, entre autres la risperidone (et le tiapride que nous ne proposions pas dans la liste des traitements médicamenteux). (31)
Les préconisations de la HAS sur les troubles du comportement perturbateurs dans le cadre de la maladie d'Alzheimer (et de maladies apparentées) de mai 2009 ne donnent pas de démarche thérapeutique claire. Elles insistent sur l'intérêt d'éliminer une cause organique sous-jacente et rappellent l'importance des traitements non médicamenteux qui doivent toujours précéder l'utilisation de psychotropes. (73)

À nouveau, le choix de la classe médicamenteuse (antipsychotique ou benzodiazépine) dépendait donc de l'interprétation que faisait le médecin de l'énoncé "patiente ingérable, hurle et insulte les autres résidents". Le choix de la molécule est quant à lui justifié par la littérature.

La contention physique était relativement peu utilisée (19 % des médecins) dans cette situation clinique.
Nous citerons à nouveau les recommandations de bonne pratique de la HAS de 2000 sur la contention du sujet âgé pour justifier cette faible application en raison des risques liés à la contention physique chez la personne âgée. (13)

Pour finir, l'approche relationnelle était pratiquée par 67 % des médecins avec le choix d'une approche douce et empathique.

Nous avons vu dans les limites à notre questionnaire que les médecins ne pouvaient pas préciser si leur service disposait d'une chambre d'isolement. La rare utilisation de ces chambres, quel que soit le cas clinique, peut donc probablement être expliquée par leur absence dans certains services.

La plus grande fréquence d'utilisation des contentions limitant la mobilité peut aussi être liée à l'absence de solution d'isolement.

5.2.3. COMPARAISON DES PRISES EN CHARGE DES PATIENTS ALCOOLISÉS ET DES PATIENTS ÂGÉS

Nous avons été surpris de constater que l'approche relationnelle était finalement plus citée dans le cas 1, relatif au patient alcoolisé éthylique chronique, que dans les cas des patients âgés.

L'autre résultat inattendu portait sur la fréquence de prescription d'une sédation médicamenteuse chez les patients âgés.
Nous pouvons faire l'hypothèse que cela permet de diminuer la prescription de contention physique, qui a été globalement moins décrite chez les patients âgés que chez les patients alcoolisés.

On peut cependant se réjouir de la prédominance de l'utilisation la voie orale chez les patients âgés, par opposition aux cas d'intoxication éthylique aiguë, dans lesquels le traitement par voie intramusculaire était majoritaire.

5.2.4. COMPARAISON DES PRISE EN CHARGE SELON L'EXISTENCE D'UN PROTOCOLE

Globalement, selon les réponses des médecins participants, peu de services bénéficiaient d'un protocole sur la prise en charge de patients agités. Mais avaient-ils tous connaissance des protocoles disponibles dans leur service ?

L'absence de recommandations consensuelles récentes sur la prise en charge de l'agitation rend sans doute difficile la réalisation d'un protocole, d'autant plus, comme nous l'avons vu, qu'en fonction des étiologies et des caractéristiques des patients, les recommandations divergent.
Nous n'avons pas demandé de précisions quant aux contenus des protocoles disponibles, notamment s'il s'agissait de protocoles généraux concernant n'importe quel patient agité sans distinction d'âge ou d'étiologie ou s'il s'agissait de protocoles dans certaines situations particulières (patient alcoolisé, par exemple).
Un seul urgentiste précisait que le protocole existant ne concernait que les patients âgés.

Dans notre étude, il ne semblait pas exister de différence entre les prises en charge selon la présence ou non d'un protocole dans les services.

Toutefois, l'existence d'un protocole ne signifie pas qu'il est forcément respecté, d'autant plus qu'il ne sera pas applicable à toutes les situations.

Il faut aussi garder à l'esprit que l'agitation est une situation de désorganisation avec une potentielle dangerosité du patient, durant laquelle le médecin doit agir vite et n'aura pas forcément le temps d'aller consulter le protocole proposé.

5.2.5. COMPARAISON DES PRISES EN CHARGE SELON L'ANCIENNETÉ DES MEDECINS

Nous n'avons pas constaté de différence dans les modalités globales de prise en charge en fonction de l'ancienneté du médecin.

La seule différence constatée concernait le type de molécule utilisée. Les médecins avec plus de 15 ans d'expérience avaient plus tendance à employer la loxapine et la cyamémazine, alors que les médecins ayant moins de 5 ans d'expérience avaient davantage recours aux benzodiazépines (oxazepam et diazepam) et à l'haloperidol.

Les recommandations sur la prise en charge de l'agitation sont anciennes et on ne note pas de modification importante ces 15 dernières années. À l'exception de l'arrêt de commercialisation du dropéridol qui remonte à 2001, mais que nous ne proposions pas parmi les choix de réponses dans les traitements médicamenteux.

Par rapport à l'haloperidol et à la loxapine, la cyamémazine est le premier traitement à avoir été commercialisé (mise sur le marché en 1972).

La préférence des jeunes médecins pour l'oxazepam et le diazepam est peut-être expliquée par l'existence d'un antagoniste aux benzodiazépines applicable comme antidote en cas de surdosage, le flumazénil, permettant d'en neutraliser les effets.

6. CONCLUSION

Cette étude met en lumière les prises en charge déclarées des médecins urgentistes de Nouvelle-Aquitaine face à deux situations de patients agités, les patients alcoolisés et les patients âgés.

Dans l'ensemble, les pratiques des médecins sont en accord avec les données de la littérature et avec les pratiques rapportées dans différents travaux déjà publiés.

Il pourrait cependant être intéressant de réaliser de nouvelles études de pratiques, basées non sur des intentions face à des cas fictifs, mais sur la description de situations réelles afin de pallier les biais de désirabilité ou de conformité à un protocole de service ou à des études réalisées. Il serait demandé au médecin de renseigner non seulement la prise en charge, mais aussi toutes les caractéristiques cliniques du patient justifiant leur attitude thérapeutique. Il nous semblerait aussi important de pouvoir renseigner le contexte général, par exemple l'heure de la prise en charge, les effectifs humains en présence, le nombre de patients en attente au moment de l'arrivée du patient agité, mais aussi le nombre de gardes qu'ont dû réaliser le médecin et le personnel soignant les jours précédents.
Nous pourrions ainsi vérifier si, dans les services d'urgences, les prises en charge sont éventuellement influencées par l'état d'épuisement du personnel soignant présent.

Au vu de nos résultats, l'existence d'un protocole de service aurait une influence limitée sur les prises en charge.
Il pourrait être cependant intéressant, pour vérifier cette hypothèse, de réaliser des études prospectives avec analyse des prises en charge avant et après la mise en place d'un protocole au sein d'un même établissement, ou entre établissements avec et sans protocole, en appariant sur le type de patient.
La réalisation d'un protocole est cependant complexe, car il doit s'adapter à différentes populations de patients en raison des différences de traitements à envisager selon l'âge, les antécédents et l'étiologie de l'agitation.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Société Française de Médecine d'Urgence. Conférence de Consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) ». Toulouse : SFMU ; 2002

2. Moritz F. Malade agité aux urgences. EMC - Médecine Urgence. janv 2010;5(1):1-11.

3. Horn M, Vaiva G, Dumais A. Prise en charge médicamenteuse des agitations aux urgences : recommandations théoriques et études des pratiques. Presse Médicale. janv 2015;44(1):20-6.

4. Brown R, Howard R, Candy B, Sampson EL. Opioids for agitation in dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2015 may 14:CD009705

5. Bakay S, Iweins A, Scantamburlo G, Ansseau M, Pitchot W. La prise en charge de l'agitation en urgence. Rev Médicale Liège. 2013;68(11):553-6.

6. Cudennec T. Étiologies de l'état d'agitation. Soins Gérontologie. nov 2017;22(128):47-8.

7. Moritz F, Jenvrin J, Canivet S, Gerault D. Conduite à tenir devant une agitation aux urgences. Réanimation. déc 2004;13(8):500-6.

8. Moritz F, Bauer F, Boyer A, Lemarchand P, Kerleau JM, Moirot E, et al. Les patients agités au service d'accueil et d'urgences du CHU de Rouen. Presse Med. oct 1999;28(30):1630-4.

9. Chevalier C. Les patients agités dans le service des urgences au CHU d'Angers : Analyse des pratiques sur une période de six mois [Thèse d'exercice pour le Diplôme d'État de docteur en Médecine] [France] : Université d'Angers; 2006.

10. Ijaopo EO. Dementia-related agitation: a review of non-pharmacological interventions and analysis of risks and benefits of pharmacotherapy. Transl Psychiatry. oct 2017;7(10):e1250.

11. Lonergan E, Luxenberg J, Colford JM, Birks J. Haloperidol for agitation in dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2002 apr 22:CD002852

12. Horn M, Vaiva G, Dumais A. Prise en charge médicamenteuse des agitations aux urgences : réponse à la lettre Le traitement médicamenteux de l'agitation aux urgences : le cas des personnes âgées. Presse Médicale. nov 2015;44(11):1213-4.

13. Haute Autorité de Santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. HAS ; 2000 oct.

14. Van de Vyvere A, Dumont C. Procédures et contention physique. Rev Médicale Brux. 2013;34:368-75.

15. Bourrier P, Derouet N, Saci S. Traitement de l'agitation de l'adulte en service d'urgence. JEUR. 16(2):2003;212-8.

16. Charpeaud T, Eymere P, Goutain E, Garnier M, Tixeront C, Geneste J, et al. La contention physique au service des urgences : indications et principes de mise en œuvre. Urgences 2012. 30 mai-1er juin 2012. Paris. p.1-12.

17. Khazaal Y, Bonsack C, Borgeat F. Coercion in psychiatry: current knowledge and perspectives. Rev Med Suisse. feb 2005;1(7):515-8.

18. Wilson M, Pepper D, Currier G, Holloman G, Feifel D. The Psychopharmacology of Agitation: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychopharmacology Workgroup. West J Emerg Med. feb 2012;13(1):26-34.

19. Yildiz A. Pharmacological management of agitation in emergency settings. Emerg Med J. jul 2003;20(4):339-46.

20. Agence Nationale de Sécurité du Médicament. État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France [Internet]. 2013 déc. Disponible sur : https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information

21. Ramoska EA, Linkenheirner R, Glasgow C. Midazolam use in the emergency department. J Emerg Med. jul 1991;9(4):247-51.

22. SFMU. Actualisation 2006 de la seconde conférence de consensus 1992 « L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil des urgences ».SFMU ; 2006

23. Wright SW, Chudnofsky CR, Dronen SC, Wright MB, Borron SW. Midazolam use in the emergency department. Am J Emerg Med. mar 1990;8(2):97-100.

24. Nobay F, Simon BC, Levitt MA, Dresden GM. A Prospective, Double-blind, randomized trial of midazolam versus haloperidol versus lorazepam in the chemical restraint of violent and severely agitated patients. Acad Emerg Med. jul 2004;11(7):744-9.

25. Klein LR, Driver BE, Miner JR, Martel ML, Hessel M, Collins JD, et al. Intramuscular midazolam, olanzapine, ziprasidone, or haloperidol for treating acute agitation in the emergency department. Ann Emerg Med. oct 2018;72(4):374-85.

26. Bloch F, Karoui I, Boutalha S, Defouilloy C, Dubaele J-M. Tolerability of midazolam to treat acute agitation in elderly demented patients: A systematic review. J Clin Pharm Ther. avr 2019;44(2):143-7.

27. Currier GW, Allen MH, Bunney EB, Daniel DG, Francis A, Jagoda A, et al. Standard therapies for acute agitation. J Emerg Med. nov 2004;27(4):S9-12.

28. Citrome L, Volavka J. Violent patients in the emergency setting. Psychiatr Clin North Am. dec 1999;22(4):789-801.

29. Battaglia J, Moss S, Rush J, Kang J, Mendoza R, Leedom L, et al. Haloperidol, lorazepam, or both for psychotic agitation? A multicenter, prospective, double-blind, emergency department study. Am J Emerg Med. jul 1997;15(4):335-40.

30. Kousgaard S, Licht R, Nielsen R. Effects of Intramuscular Midazolam and Lorazepam on Acute Agitation in Non-Elderly Subjects – A Systematic Review. Pharmacopsychiatry. jul 2017;50(04):129-35.

31. Pahin A, Haffen E, Sechter D, Vandel P. Stratégies thérapeutiques des troubles psycho-comportementaux dans la démence. EMC - Psychiatr. jan 2011;8(3):1-14.

32. Ancill RJ, Carlyle WW, Liang RA, Holliday SG. Agitation in the Demented Elderly: A Role for Benzodiazepines? Int Clin Psychopharmacol. 1991;6(3):141-6.

33. Agence Nationale de Sécurité du Médicament. Interactions médicamenteuses des neuroleptiques donnant des torsades de pointes [Internet]. 2001. Disponible sur : https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Communiques-Communiques-Points-presse/Interactions-medicamenteuses-des-neuroleptiques-modification-de-libelle

34. Upala S, Wijarnpreecha K, Jaruvongvanich V, Bischof E, Sanguankeo A. Antipsychotics-induced ischemic colitis. Am J Emerg Med. nov 2015;33(11):1716.e5-1716.e6.

35. Alvir JMaJ, Lieberman JA, Safferman AZ, Schwimmer JL, Schaaf JA. Clozapine-Induced Agranulocytosis -- Incidence and Risk Factors in the United States. N Engl J Med. jul 1993;329(3):162-7.

36. Adnet P, Lestavel P, Krivosic-Horber R. Neuroleptic malignant syndrome. Br J Anaesth. jul 2000;85(1):129-35.

37. Pollack CV. Inhaled loxapine for the urgent treatment of acute agitation associated with schizophrenia or bipolar disorder. Curr Med Res Opin. jul 2016;32(7):1253-60.

38. de Berardis D, Fornaro M, Orsolini L, Iasevoli F, Tomasetti C, de Bartolomeis A, et al. The Role of Inhaled Loxapine in the Treatment of Acute Agitation in Patients with Psychiatric Disorders: A Clinical Review. Int J Mol Sci. feb 2017;18(2):349.

39. Roncero C, Ros-Cucurull E, Palma-Álvarez RF, Abad AC, Fadeuilhe C, Casas M, et al. Inhaled Loxapine for Agitation in Intoxicated Patients: A Case Series. Clin Neuropharmacol. 2017;40(6):281-5.

40. Clinton JE, Sterner S, Stelmachers Z, Ruiz E. Haloperidol for sedation of disruptive emergency patients. Ann Emerg Med. mar 1987;16(3):319-22.

41. Baldaçara L, Sanches M, Cordeiro DC, Jackowski AP. Rapid tranquilization for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomized trial of olanzapine, ziprasidone, haloperidol plus promethazine, haloperidol plus midazolam and haloperidol alone. Rev Bras Psiquiatr. mar 2011;33(1):30-9.

42. Thomas H, Schwartz E, Petrilli R. Droperidol versus haloperidol for chemical restraint of agitated and combative patients. Ann Emerg Med. apr 1992;21(4):407-13.

43. Richards J, Derlet R, Duncan D. Chemical restraint for the agitated patient in the emergency department: lorazepam versus droperidol. J Emerg Med. jul 1998;16(4):567-73.

44. Calver L, Isbister GK. High dose droperidol and QT prolongation: analysis of continuous 12-lead recordings: Droperidol is unlikely to be associated with QT prolongation. Br J Clin Pharmacol. may 2014;77(5):880-6.

45. Kao LW, Kirk MA, Evers SJ, Rosenfeld SH. Droperidol, QT prolongation, and sudden death: What is the evidence? Ann Emerg Med. apr 2003;41(4):546-58.

46. Mullins M, Van Zwieten K, Blunt JR. Unexpected cardiovascular deaths are rare with therapeutic doses of droperidol. Am J Emerg Med. jan 2004;22(1):27-8.

47. Rund DA, Ewing JD, Mitzel K, Votolato N. The use of intramuscular benzodiazepines and antipsychotic agents in the treatment of acute agitation or violence in the emergency department. J Emerg Med. oct 2006;31(3):317-24.

48. Pepa PA, Lee KC, Huynh HE, Wilson MP. Safety of Risperidone for acute agitation and alcohol intoxication in emergency department patients. J Emerg Med. oct 2017;53(4):530-5.

49. Wilson MP, Nordstrom K, Hopper A, Porter A, Castillo EM, Vilke GM. Risperidone in the emergency setting is associated with more hypotension in elderly patients. J Emerg Med. nov 2017;53(5):735-9.

50. Meehan K. Comparison of rapidly acting intramuscular olanzapine, lorazepam, and placebo a double-blind, randomized study in acutely agitated patients with dementia. Neuropsychopharmacology. apr 2002;26(4):494-504.

51. Hopper AB, Vilke GM, Castillo EM, Campillo A, Davie T, Wilson MP. Ketamine use for acute agitation in the emergency department. J Emerg Med. jun 2015;48(6):712-9.

52. Riddell J, Tran A, Bengiamin R, Hendey GW, Armenian P. Ketamine as a first-line treatment for severely agitated emergency department patients. Am J Emerg Med. jul 2017;35(7):1000-4.

53. Andolfatto G, Willman E, Joo D, Miller P, Wong W-B, Koehn M, et al. Intranasal ketamine for analgesia in the emergency department: a prospective observational series. Miner J, éditeur. Acad Emerg Med. oct 2013;20(10):1050-4.

54. Korczak V, Kirby A, Gunja N. Chemical agents for the sedation of agitated patients in the ED: a systematic review. Am J Emerg Med. dec 2016;34(12):2426-31.

55. Krolak-Salmon P, Letrilliart L, Ceccaldi M, Andrieu S, Guérin O, Dubois B, et al. Vers une stratégie nationale de diagnostic des troubles cognitifs. Approche commune du Collège

de médecine générale et des spécialistes des troubles neurocognitifs. Presse Médicale. jan 2018;47(1):75-83.

56. Haute Autorité de Santé. Confusion aiguë chez la personne âgée : prise en charge initiale de l'agitation. Recommandations de bonne pratique. HAS ; 2009 mai.

57. Dicko M, Caillet P, Lafuente-Lafuente C, Paillaud E. Agitation iatrogène chez le sujet âgé : prévalence, causes et prise en charge. Presse Médicale. fev 2013;42(2):181-6.

58. Potter J, multidisciplinary Guideline Development Group convened by the British Geriatrics Society in conjunction with the Royal College of Physicians, George J. The prevention, diagnosis and management of delirium in older people: concise guidelines. Clin Med. 1 may 2006;6(3):303-8.

59. Yohanna D, Cifu AS. Antipsychotics to treat agitation or psychosis in patients with dementia. JAMA. sept 2017;318(11):1057.

60. Millan-Calenti JC, Lorenzo-López L, Alonso-Búa B, de Labra Pinedo C, González-Abraldes I, Maseda A. Optimal nonpharmacological management of agitation in Alzheimer's disease: challenges and solutions. Clin Interv Aging. fev 2016;175.

61. Dimitriou T-D, Verykouki E, Papatriantafyllou J, Konsta A, Kazis D, Tsolaki M. Non-pharmacological interventions for agitation/aggressive behaviour in patients with dementia: a randomized controlled crossover trial. Funct Neurol. sept 2018;33(3):143-7.

62. Leggieri M, Thaut MH, Fornazzari L, Schweizer TA, Barfett J, Munoz DG, et al. Music intervention approaches for alzheimer's disease: a review of the literature. Front Neurosci. 2019;13:132.

63. Menecier P, Girard A, Badila P, Rotheval L, Lefranc D, Menecier-Ossia L. L'intoxication éthylique aiguë à l'hôpital : un enjeu clinique. Étude prospective sur un an en hôpital général. Rev Médecine Interne. avr 2009;30(4):316-21.

64. Haute Autorité de Santé. Orientations diagnostiques et prise en charge, au décours d'une intoxication éthylique aiguë, des patients admis aux urgences des établissements de soins. Recommandations pour la pratique clinique. HAS ;2001.

65. Mullins PM, Mazer-Amirshahi M, Pines JM. Alcohol-related visits to us emergency departments, 2001–2011. Alcohol Alcoholism. jan 2017;52(1):119-25.

66. Philippe J-M, Sureau C, Ruiz D, Teil S. Intoxication éthylique aiguë. EMC - Médecine Urgence. janv 2011;6(3):1-16.

67. Veloski J, Tai S, Evans AS, Nash DB. Clinical vignette-based surveys: a tool for assessing physician practice variation. Am J Med Qual. may 2005;20(3):151-7.

68. Evans SC, Roberts MC, Keeley JW, Blossom JB, Amaro CM, Garcia AM, et al. Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies. Int J Clin Health Psychol. may 2015;15(2):160-70.

69. Converse L, Barrett K, Rich E, Reschovsky J. Methods of observing variations in physicians' decisions: the opportunities of clinical vignettes. J Gen Intern Med. aug 2015;30(S3):586-94.

70. Pham T, Roy C, Mariette X, Lioté F, Durieux P, Ravaud P. Effect of response format for clinical vignettes on reporting quality of physician practice. BMC Health Serv Res [Internet]. dec 2009 ;9(1). Disponible sur: https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-128

71. Menier C, Rodriguez B, Lassaunière J-M, Langlade A, Stambouli A. La contention physique passive : une enquête de prévalence dans un centre hospitalo-universitaire. Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. oct 2010;9(5):232-41.

72. Kindermann SS, Dolder CR, Bailey A, Katz IR, Jeste DV. Pharmacological treatment of psychosis and agitation in elderly patients with dementia: four decades of experience. Drugs Aging. 2002;19(4):257-76.

73. Haute Autorité de Santé. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs. Recommandations de bonne pratique. HAS ; 2009 mai.

ANNEXES

Annexe 1

Critères diagnostiques de la confusion mentale (delirium) du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 [7].

A	Trouble de l'attention ou de la conscience
B	Début brutal avec rupture avec l'état de base et tendance à fluctuer au cours de la journée
C	Un autre trouble cognitif est associé : trouble de la mémoire, désorientation, trouble du langage, capacités visuospatiales, troubles de la perception
D	Les critères A et C ne sont pas mieux expliqués par une démence préexistante, établie, et ne surviennent pas dans un contexte réduction sévère de la stimulation tel que le coma
E	Démonstration par l'interrogatoire, l'examen physique ou les résultats biologiques que le delirium est une conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale, de l'intoxication par une substance ou du sevrage d'une substance, de l'utilisation d'un médicament, d'une substance toxique, etc.

Annexe 2

Neuroleptiques à risque d'allongement du QT et/ou de torsade de pointes selon l'ANSM

— chlorpromazine (Largactil®)
— cyamémazine (Tercian®)
— lévomépromazine (Nozinan®)
— thioridazine (Melleril®)
— trifluopérazine (Terfluzine®)
— amisulpride (Soliam®)
— sulpiride (Dogmatif®)
— sultopride (Barnetil®)
— tiapride (Tiapridal®)
— dropéridol (Droleptan®)
— halopéridol (Haldol®)
— pimozide (Orap®)

Annexe 3

Détail des moyens de contentions déclarés pour les cas 1 et 3

MOYENS DE CONTENTION	CAS 1	CAS 3
Barrières de lit	1	0
Barrières de lit & chambre d'isolement	0	0
Ceinture ventrale	0	2
Ceinture ventrale & barrières de lit	0	1
Ceinture ventrale & barrières de lit & chambre d'isolement	0	0
Ceinture ventrale & chambre d'isolement	2	1
Ceinture ventrale & liens de poignets et de chevilles	4	8
Ceinture ventrale & liens de poignets et de chevilles & barrières de lit	3	6
Ceinture ventrale & liens de poignets et de chevilles & barrières de lit & chambre d'isolement	1	3
Ceinture ventrale & liens de poignets et de chevilles & chambre d'isolement	1	2
Chambre d'isolement	1	3
Liens de poignets et de chevilles	25	26
Liens de poignets et de chevilles & barrières de lit	4	7
Liens de poignets et de chevilles & barrières de lit & chambre d'isolement	2	4
Liens de poignets et de chevilles & chambre d'isolement	6	5
Au total : au moins un type de contention	*50*	*68*
Aucune contention physique	*112*	*84*
Total	162	152

Annexe 4

Détail des molécules et des voies d'administration pour les cas 1 et 3

CAS I	Intra-musculaire	Intra-veineuse	Intra-nasale	Per os	Total
Clorazepate	0	5	0	1	**6**
Cyamémazine	3	0	0	1	**4**
Diazepam	0	11	0	8	**19**
Haloperidol	0	1	0	0	**1**
Lorazepam	0	0	0	0	**0**
Loxapine + Diazepam	1	0	0	0	**1**
Loxapine	19	1	0	4	**24**
Midazolam	2	0	2	0	**4**
Levomepromazine	0	0	0	0	**0**
Olanzapine	0	0	0	0	**0**
Oxazepam	0	0	0	4	**4**
Risperidone	0	0	0	0	**0**
Rivotril	0	0	0	0	**0**
Cyamémazine + BZD	0	0	0	0	**0**
Cyamémazine + Diazepam	0	0	0	0	**0**
Tiapride	0	1	0	0	**1**
Pas de sédation					***98***
Total, N (% des répondants)	**25 (15,4%)**	**19 (11,7%)**	**2 (1,2%)**	**18 (11,1%)**	**162**

CAS III	Intra-musculaire	Intra-veineuse	Intra-nasale	Per os	Total
Clorazepate	1	2	0	1	**4**
Cyamémazine	6	0	0	1	**7**
Diazepam	2	12	0	6	**20**
Haloperidol	1	0	0	0	**1**
Lorazepam	0	0	0	0	**0**
Loxapine + Diazepam	1	0	0	0	**1**
Loxapine	29	2	0	1	**32**
Midazolam	1	1	3	1	**6**
Levomepromazine	2	0	0	0	**2**
Olanzapine	0	0	0	0	**0**
Oxazepam	0	0	0	6	**6**
Risperidone	0	0	0	0	**0**
Rivotril	0	0	0	0	**0**
Cyamémazine + BZD	0	0	0	1	**1**
Cyamémazine + Diazepam	1	0	0	0	**1**
Tiapride	0	0	0	0	**0**
Pas de sédation					***71***
Total, N (% des répondants)	**44 (28,9%)**	**17 (11,2%)**	**3**	**17 (11,2%)**	**152**

Annexe 5

Détail des moyens de contentions déclarés pour les cas 2 et 4

MOYENS DE CONTENTION	CAS 2	CAS 4
Barrières de lit	4	10
Barrières de lit & chambre d'isolement	1	0
Ceinture ventrale	9	4
Ceinture ventrale & barrières de lit	1	1
Ceinture ventrale & barrières de lit & chambre d'isolement	1	2
Ceinture ventrale & chambre d'isolement	0	1
Ceinture ventrale & liens de poignets et de chevilles	0	3
Ceinture ventrale & liens de poignets et de chevilles & barrières de lit	2	2
Ceinture ventrale & liens de poignets et de chevilles & barrières de lit & chambre d'isolement	2	1
Ceinture ventrale & liens de poignets et de chevilles & chambre d'isolement	0	0
Chambre d'isolement	1	1
Liens de poignets et de chevilles	2	26
Liens de poignets et de chevilles & barrières de lit	6	11
Liens de poignets et de chevilles & barrières de lit & chambre d'isolement	1	2
Liens de poignets et de chevilles & chambre d'isolement	0	3
Au total : au moins un type de contention	30	67
Aucune contention physique	*126*	*83*
Total	156	150

Annexe 6

Détail des molécules et des voies d'administration pour les cas 2 et 4

CAS II	Intra-musculaire	Intra-veineuse	Intra-nasale	Per os	Total
Clorazepate	2	8	0	0	10
Cyamémazine	1	3	0	10	14
Diazepam	3	4	0	4	11
Haloperidol	1	3	1	25	30
Lorazepam	0	0	0	0	0
Loxapine + Diazepam	1	0	0	0	1
Loxapine	1	0	0	1	2
Midazolam	0	0	2	0	2
Nozinan	0	0	0	0	0
Olanzapine	0	0	0	0	0
Oxazepam	0	1	0	21	22
Risperidone	1	3	0	13	17
Rivotril	0	1	0	0	1
Cyamémazine + BZD	0	0	0	0	0
Cyamémazine + Diazepam	0	0	0	0	0
Tiapride	1	3	0	2	6
Tiapride + Alprazolam	0	1	0	0	1
Alprazolam	0	0	0	2	2
Pas de sédation	*0*	*0*	*0*	*0*	*37*
Total, N (% des répondants)	**11 (7,1%)**	**27 (17,3%)**	**3 (1,9%)**	**78 (50,0%)**	**156**

CAS IV	Intra-musculaire	Intra-veineuse	Intra-nasale	Per os	Total
Clorazepate	2	7	0	2	11
Cyamémazine	1	3	0	12	16
Diazepam	1	8	0	1	10
Haloperidol	3	2	1	10	16
Lorazepam	0	0	0	1	1
Loxapine + Diazepam	0	0	0	0	0
Loxapine	6	1	0	0	7
Midazolam	1	3	4	0	8
Nozinan	0	0	0	0	0
Olanzapine	0	0	0	1	1
Oxazepam	0	1	0	14	15
Risperidone	1	0	0	3	4
Rivotril	0	0	0	0	0
Cyamémazine + BZD	0	0	0	0	0
Cyamémazine + Diazepam	0	0	0	0	0
Tiapride	0	1	0	0	1
Tiapride + Alprazolam	0	0	0	0	0
Alprazolam	0	0	0	0	0
Pas de sédation	*0*	*0*	*0*	*0*	*60*
Total, N (% des répondants)	**15 (10,0%)**	**26 (17,3%)**	**5 (3,3%)**	**44 (29,3%)**	**150**

Annexe 7

Résultats concernant l'approche relationnelle et la contention physique prescrite selon l'ancienneté des urgentistes

	Ancienneté en années			
Type d'approche relationnelle	**Moins de 5 ans**	**Entre 5 et 15 ans**	**Plus de 15 ans**	**Total**
"Douce et empathique"	98	102	86	286
%	44,6%	47,7%	46,2%	43,1%
"Ferme et directive"	54	55	43	152
%	24,6%	25,7%	23,1%	24.5%
Pas d'AR	*68*	*57*	*57*	*182*
%	*30,9%*	*26,6%*	*30,7%*	*29,4%*
TOTAL	220	214	186	620
%	100%	100%	100%	

	Ancienneté en années			
Moyens De contention physique	**Moins de 5 ans**	**Entre 5 et 15 ans**	**Plus de 15 ans**	**Total**
Ceinture ventrale	9	4	12	**25**
%	4,1%	1,9%	6,5%	4,0%
Ceinture ventrale et liens de poignets et chevilles	14	13	11	**38**
%	6,4%	6,1%	5,9%	6,1%
Liens de poignets et chevilles	53	48	29	**130**
%	24,1%	22,4%	15,6%	21,0%
Ni liens, ni ceinture	*144*	*149*	*134*	***427***
%	*65,5%*	*69,6%*	*72,0%*	*68,9%*
TOTAL	220	214	186	**620**
%	100%	100%	100%	

Annexe 8

Prescriptions de sédation en fonction de l'ancienneté des médecins aux urgences.
(effectifs et % du total des médecins répondants)

	Ancienneté en années			
CLASSE	**Moins de 5 ans**	**Entre 5 et 15 ans**	**Plus de 15 ans**	**Total**
Antipsychotiques	**56**	**60**	**70**	186
%	25,5%	28,0%	37,6%	30%
AP et BZD	**4**	**2**	**0**	6
%	1,8%	1,0%		1%
Benzodiazepines	**65**	**63**	**34**	162
%	29,5%	29,4%	18,3%	26,1%
Pas de sédation	***95***	***89***	***82***	*266*
%	*43,2%*	*41,6%*	*44,1%*	*42,9%*
TOTAL	**220**	**214**	**186**	620
%	100%	100%	100%	100%

	Ancienneté en années			
Voie d'administration	**Moins de 5 ans**	**Entre 5 et 15 ans**	**Plus de 15 ans**	**Total**
Intramusculaire	**37**	**30**	**28**	**95**
%	16,8%	14,0%	15,1%	15,3%
Intraveineuse	**25**	**42**	**22**	**89**
%	11,4%	19,6%	11,8%	14,4%
Intranasale	**4**	**5**	**4**	**13**
%	1,8%	2,3%	2,2%	2,1%
Per os	**59**	**48**	**50**	**157**
%	26,8%	22,4%	26,9%	25,3%
Pas de sédation	***95***	***89***	***82***	***266***
%	*43,2%*	*41,6%*	*44,1%*	*42,9%*
TOTAL	**220**	**214**	**186**	**620**
%	100%	100%	100%	100%

Annexe 8 (suite)

Détail des prescriptions de sédation en fonction de l'ancienneté des médecins aux urgences
(effectifs et % du total des médecins répondant)

	Ancienneté en années			
Molécule	**Moins de 5 ans**	**Entre 5 et 15 ans**	**Plus de 15 ans**	**Total**
Clorazepate	12	11	8	31
%	5,45%	5,14%	4,30%	5,00%
Cyamémazine	9	12	20	41
%	4,09%	5,61%	10,75%	6,61%
Diazepam	23	28	9	60
%	10,45%	13,08%	4,84%	9,68%
Haloperidol	21	14	13	48
%	9,55%	6,54%	6,99%	7,74%
Lorazepam	0	1	0	1
Loxapine + Diazepam	3	0	0	3
Loxapine	16	24	25	65
%	7,27%	11,21%	13,44%	10,48%
Midazolam	7	8	5	20
%	3,18%	3,74%	2,69%	3,23%
Nozinan	2	0	0	2
Olanzapine	0	1	0	1
Oxazepam	22	13	12	47
%	10,00%	6,07%	6,45%	7,58%
Risperidone	6	6	9	21
%	2,73%	2,80%	4,84%	3,39%
Rivotril	1	0	0	1
Cyamémazine + BZD	1	0	0	1
Cyamémazine + Diazepam	0	1	0	1
Tiapride	2	3	3	8
Tiapride + Alprazolam	0	1	0	1
Alprazolam	0	2	0	2
Pas ttt	*95*	*89*	*82*	*266*
%	*43,18%*	*41,59%*	*44,09%*	*42,90%*
TOTAL	220	214	186	620
%	100%	100%	100%	100%

Annexe 9

Approche relationnelle et contention prescrites
selon l'existence d'un protocole de prise en charge de l'agitation dans l'établissement
à la connaissance du médecin répondant

	Protocole de prise en charge de l'agitation		
Type d'approche relationnelle	**Non**	**Oui**	**Total**
"Douce et empathique"	**196**	**90**	**286**
%	43,5%	52,3%	46,1%
"Ferme et directive"	**118**	**34**	**152**
%	26,3%	19,8%	24,5%
Pas d'AR	**134**	**48**	**182**
%	29,9%	27,9%	29,4%
TOTAL	**448**	**172**	**620**
%	100%	100%	100%

	Protocole de prise en charge de l'agitation		
Contention physique	**Non**	**Oui**	**Total**
Ceinture ventrale	**20**	**5**	**25**
%	4,4%	2,9%	4,0%
Ceinture ventrale & liens	**26**	**12**	**38**
%	5,8%	7,0%	6,1%
Liens de poignets et de cheville	**93**	**37**	**130**
%	20,8%	21,5%	21,0%
Pas de contention physique	**309**	**118**	**427**
%	*69,0%*	*68,6%*	*68,9%*
TOTAL	**448**	**172**	**620**
%	100%	100%	100%

Annexe 10

Sédation prescrite
selon l'existence d'un protocole de prise en charge de l'agitation dans l'établissement
à la connaissance du médecin répondant

		Protocole de prise en charge de l'agitation		
CLASSE		**Non**	**Oui**	**Total**
Antipsychotiques		**142**	**44**	**186**
	%	31,7%	25,6%	30,0%
AP et BZD		**5**	**1**	**6**
	%	1,1%	0,6%	1,0%
Benzodiazépines		**110**	**52**	**162**
	%	24,6%	30,2%	26,1%
Pas de sédation		**191**	**75**	**266**
	%	42,6%	43,6%	42,9%
TOTAL		**448**	**172**	**620**
	%	100%	100%	100%

Annexe 10 (suite)

Détail de la sédation prescrite
selon l'existence d'un protocole de prise en charge de l'agitation dans l'établissement
à la connaissance du médecin répondant

	Protocole de prise en charge de l'agitation		
Molécule	**Non**	**Oui**	**Total**
Clorazepate	21	10	31
%	4,69%	5,81%	5,00%
Cyamémazine	31	10	41
%	6,92%	5,81%	6,61%
Diazepam :	35	25	60
%	7,81%	14,53%	9,68%
Haloperidol	36	12	48
%	8,04%	6,98%	7,74%
Lorazepam	0	1	1
Oxapine °+ Diazepam	3	0	3
Loxapine	46	19	65
%	10,27%	11,05%	10,48%
Midazolam	16	4	20
%	3,57%	2,33%	3,23%
Levomepromazine	2	0	2
Olanzapine	1	0	1
Oxazepam	38	9	47
%	8,48%	5,23%	7,58%
Risperidone	18	3	21
%	4,02%	1,74%	3,39%
Clonazepam	0	1	1
Cyamémazine + BZD	1	0	1
Cyamémazine +Diazepam	1	0	1
Tiapride	8	0	8
%	1,79%	0,00%	1,29%
Tiapride et alprazolam	0	1	1
Alprazolam	0	2	2
pas ttt	191	75	266
%	42,63%	43,60%	42,90%
TOTAL	448	172	620

RÉSUMÉ

Introduction: l'agitation est une préoccupation quotidienne des services d'urgences.

L'objectif de ce travail était d'étudier les pratiques déclarées des médecins urgentistes de Nouvelle-Aquitaine face à l'agitation, dans deux situations particulières, l'intoxication éthylique aiguë et les patients âgés.

Méthode: Une étude quantitative, observationnelle, descriptive par le biais d'un questionnaire informatisé réalisé selon la méthode des vignettes et diffusé entre mai et octobre 2018 avec deux cas d'intoxication éthylique aiguë et deux cas concernant des patients âgés, l'une atteinte de démence et l'autre de confusion.
Michèle DickoPage 75 21/05/19
Résultats: Nous avons obtenu de 162 à 150 réponses selon les vignettes. Peu de médecins (26,5%) déclaraient avoir accès à un protocole concernant l'agitation aux urgences.
Chez les patients alcoolisés, les molécules que les médecins déclaraient utiliser en majorité étaient la loxapine (par voie intramusculaire) et le diazepam (par voie intraveineuse ou orale).
Chez les patients âgés, les médecins déclaraient prescrire plus d'haloperidol et d'oxazepam, en majorité par voie orale.
Les répondants déclaraient utiliser la contention physique principalement en l'associant à une sédation médicamenteuse.

Conclusion: Des études de pratique et non sur vignettes cliniques permettraient d'aller plus loin dans l'interprétation des résultats et d'explorer les déterminants extra-cliniques de la prise en charge (effectifs, fatigue des professionnels de santé..).

ABSTRACT

Introduction: Agitated patients are a concern on a daily basis for the emergency services.

The aim of this work was to study the declared practices of emergency doctors, in the Nouvelle Aquitaine region, coping with agitated patients in two particular situations; acute alcoholic intoxication and elderly patients.

Method: A quantitative, observational, descriptive study by means of a computerized questionnaire carried out with the use of clinical vignettes. Results were gathered from May to October 2018. Two cases of acute alcoholic intoxication were observed and two cases concerning elderly patients; one patient suffering from dementia and the other from confusion.

Results: We obtained between 162 and 150 responses. Only (26.5%) of doctors reported having access to a protocol in emergency services relating to agitated patients.

In patients affected by alcohol, doctors declared that the medications most commonly used were loxapine (intramuscularly) and diazepam (intravenously or orally). In elderly patients, doctors declared more predominant use of haloperidol and oxazepam (orally).

Respondents reported using physical restraint principally in association with drug sedation.

Conclusion: Practical studies, not clinical vignettes, could allow us to further interpret the results and explore the non-clinical determinants of medical care (e.g. practitioner numbers, fatigue levels of healthcare professionals etc).

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.