

URG

PSYCHIATRIE

Toutes les situations
d'urgence psychiatrique
en poche !

2^e édition

Sous la direction de
Céline Pouilly | Julie Geneste-Saelens |
Jérôme Liotier | Georges Brousse



Arnette

URG PSYCHIATRIE

Toutes les situations d'urgence en poche
2^e édition

Sous la direction de :
C. Pouilly, J. Geneste-Saelens, J. Liotier, G. Brousse

Arnette

Chez le même éditeur, Série URG'

- **URG' Pédiatrie 2^e édition**, J.-M. Pécontal, R. Dekkak, L. Jacquemot-Dekkek, P. Rouffet, P. Morbidelli, à paraître 2017
- **URG' Obstétrique**, G. Bagou, S. Goddet, G. Le Bail, 2017
- **URG' de garde 2017-2018**, F. Adnet, 2017
- **URG' Drogues 2^e édition**, P. Écalard, 2010 (mis à jour 2016)
- **URG' Neuro**, J. Liotier, B. Cretin, 2015
- **URG' Séniors**, J.-M. Pécontal, V. Perraud, O. Heye, 2012
- **URG' Voies digestives**, A. Balian, 2011
- **URG' Dermatologie**, C. Derancourt, J. Liotier, 2010
- **URG' Infirmier**, E. Liger, F. Lapostolle, 2010
- **URG' Certificats**, O. Heye, J.-M. Pécontal, V. Perraud, R. Dekkak, P. Morbidelli, 2009

© John Libbey Eurotext, 2017

ISBN : 978-2-7184-1473-7

Arnette

Éditions John Libbey Eurotext

127, avenue de la République

92120 Montrouge, France

Tél. : 01 46 73 06 60

e-mail : contact@jle.com

<http://www.jle.com>

John Libbey Eurotext Limited

34 Anyard Road, Cobham

Surrey KT11 2LA

Grande-Bretagne

Photo de couverture : © iStock

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploration du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.

Liste des auteurs

Coordinateurs :

Dr Céline Pouilly, psychiatre, CHU Clermont-Ferrand

Dr Julie Geneste-Saelens, psychiatre, CHU Clermont-Ferrand

Dr Jérôme Liotier, urgentiste, anesthésiste-réanimateur, Polyclinique Grand-Sud, Nîmes

Pr Georges Brousse, psychiatre, addictologue, CHU Clermont-Ferrand

Co-auteurs :

Dr Alexandre Taulemesse, psychiatre, Clinique du Grand-Pré, Durtol

Delphine Bourguet, psychologue, CHU Clermont-Ferrand

Dr Thomas Charpeaud, psychiatre, Clinique du Grand-Pré, Durtol

Dr Marjolaine Borel, urgentiste, CHU Clermont-Ferrand

Dr Géraldine Giroud, urgentiste, CHU Clermont-Ferrand

Dr Loïc Dopeux, urgentiste CHU Clermont-Ferrand

Dr Jean-Luc Buisson, urgentiste, CHU Clermont-Ferrand

Dr Pauline Joubert, pédopsychiatre, CHU Clermont-Ferrand

Dr Élise Sortais, gériatre, CHU Clermont-Ferrand

Ana-Maria Radu, interne de psychiatrie, CHU Clermont-Ferrand

Marion Vaysset, interne de psychiatrie, CHU Clermont-Ferrand

Dr Damien Richard, pharmacien, CHU Clermont-Ferrand

Dr Jean-Baptiste Genty, psychiatre, CHU Clermont-Ferrand

Dr Sophie Lauron, psychiatre, CHU Clermont-Ferrand

Dr Aurore Tremey, psychiatre, CHU Clermont-Ferrand

Dr Estelle Vaille-Perret, géro-psycho-psycho, CHU Clermont-Ferrand

Virginie Peyrichout, assistante sociale, CHU Clermont-Ferrand

Contributions :

Raphael Mery, interne de psychiatrie, CHU Clermont-Ferrand

Dr Mia Chibcheb, psychiatre, CHU Clermont-Ferrand

Audrey Cellier, assistante sociale, CHU Clermont-Ferrand

Brice Terrolles, IDE Urgences psychiatriques, CHU Clermont-Ferrand

Salima Lalioui, IDE Urgences psychiatriques, CHU Clermont-Ferrand

Marina Moreira, IDE Urgences psychiatriques, CHU Clermont-Ferrand

Carole Saludas, IDE Urgences psychiatriques, CHU Clermont-Ferrand

Annabel Lorioux, psychologue, CHU Clermont-Ferrand

Dr Nicolas Dublanquet, urgentiste, CHU Clermont-Ferrand

Dr Jennifer Saint-Denis, urgentiste, CHU Clermont-Ferrand

Préface et introduction :

Pr Pierre-Michel Llorca, psychiatre, CHU Clermont-Ferrand

Pr Jeannot Schmidt, urgentiste, interniste, CHU Clermont-Ferrand



PRÉFACE

En France, la prévalence des troubles psychiatriques en population générale est élevée : les troubles dépressifs concernent 11 % des hommes et 16 % des femmes, les troubles anxieux respectivement 17 et 25 % de ces deux groupes. Enfin, les conduites addictives – et en particulier l’abus ou la dépendance à l’alcool – touchent 7 % des hommes contre 1,5 % des femmes.

Les conséquences fonctionnelles de ces pathologies sont marquées, en particulier sur le plan professionnel. Cinquante pour cent des sujets présentant un trouble psychique déclarent une gêne professionnelle associée à des arrêts de travail.

Le recours au psychiatre a nettement augmenté comme en témoignent les délais d’attente pour obtenir une consultation en pratique privée ou l’augmentation des « files actives » des secteurs psychiatriques hospitaliers. Mais cet effet est biaisé par les données de la démographie médicale dont nous commençons à percevoir les premiers effets, avec les départs à la retraite des professionnels de la génération des *baby-boomers*. Elle va atteindre son niveau le plus bas d’ici 2020, avec une diminution de près de 30 % des praticiens en exercice.

En parallèle à la problématique complexe de l’offre de soin, de nombreux patients restent réticents à la consultation spécialisée du fait des représentations sociales de la maladie mentale. Les troubles mentaux restent stigmatisés, comme le montrent les différentes enquêtes d’opinion (Baromètre FondaMental-IPSOS 2014).

Ces deux paramètres ont comme conséquence des délais pour la prise en charge initiale parfois très longs, favorisant l’éclosion de tableaux cliniques aigus qui sont alors appréhendés en situation de crise.

Le recours aux services d’urgence hospitaliers devient un mode d’entrée fréquent dans le processus de soins spécialisés. Cela souligne le rôle pivot de tous les acteurs chargés de prendre en charge ces situations cliniques spécifiques.

Deux aspects peuvent être mis en exergue :

- l’interface somatopsychique est indispensable en situation d’urgence. Elle permet d’appréhender le sujet dans sa globalité, comme cela doit être la règle en médecine. Le travail intégré des différents spécialistes (urgentistes, psychiatres, mais aussi généralistes, chirurgiens, etc.) permet une démarche diagnostique performante prenant en compte les différents diagnostics différentiels possibles et les comorbidités. Il permet

également une prise en compte des interactions entre vécu psychique et manifestations somatiques. Cela contribue à une meilleure compréhension de ce qui peut être en jeu pour un patient en situation d'urgence ;

- le premier contact avec le système de soin est souvent fondateur de la façon dont le patient gèrera sa maladie plus tard. En psychiatrie, de nombreux troubles évoluent de façon chronique et l'observance est un enjeu majeur pour le pronostic. Développer des protocoles techniquement performants, et les maîtriser en pratique quotidienne, permet en situation d'urgence de ne pas négliger la dimension relationnelle, inter-humaine. Ceci accroît les chances que l'on donne au sujet de bénéficier de soins au long cours, dans les meilleures conditions possibles.

L'urgence psychiatrique est une discipline à part entière qui requiert compétences techniques, qualités relationnelles et abord du patient dans sa globalité et sa complexité.

Elle ne concerne pas que les psychiatres car, nous l'avons vu, les troubles mentaux touchent une grande partie de la population souvent prise en charge en soin primaire.

Cet ouvrage est un support pour l'acquisition de cette technicité dans toutes les situations d'urgence rencontrées.

Ne perdons jamais de vue :

- que la collaboration de tous les acteurs est indispensable,
- que la médecine – *et donc la psychiatrie* – est, avant toute chose, affaire de bon sens et de relation humaine...

Pr Pierre-Michel LLORCA

Psychiatre

SOMMAIRE

Préface	5	Partie II LES URGENCES MÉDICO-PSYCHIATRIQUES	67
Liste des sigles	9	Intoxication médicamenteuse : conduite à tenir initiale	69
Introduction	11	Approche clinique par toxidrome	75
Partie I LES URGENCES PSYCHIATRIQUES	13	Intoxications médicamenteuses volontaires aiguës graves	82
L'abord du patient aux urgences psychiatriques	15	Barbituriques	84
États d'agitation aux urgences	16	Carbamates	85
États anxieux – attaques de panique	26	Antidépresseurs tricycliques	86
États psychotiques aigus	30	Digitaliques	87
Accès maniaque	34	Anti-arythmiques – Classe I : quinidine- <i>like</i>	89
Accès dépressifs	38	Salicylés	90
Évaluation diagnostique de l'accès dépressif	40	Paracétamol	91
Prise en charge de l'accès dépressif	42	Lithium	93
Traitements antidépresseurs	45	Syndrome confusionnel	95
Crise suicidaire	48	Étiologies du syndrome confusionnel	96
Évaluation du potentiel suicidaire	49	Prise en charge du syndrome confusionnel	98
Conduite à tenir face à une crise suicidaire	50	Trouble à symptomatologie somatique : hypocondrie	99
Urgences psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent	52	Hallucinations (en dehors des hallucinations psychiatriques)	102
Urgences psychiatriques du sujet âgé	54	Hallucinations organiques ou lésionnelles	103
Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum	58	Prescription d'un bilan biologique, pharmacologique et toxicologique	107
Anorexie mentale	61	Interprétation du bilan biologique, pharmacologique et toxicologique	109
Précarité sociale aux urgences	63	Quand demander des examens d'imagerie en psychiatrie ?	111
Trousse d'urgence psychiatrique	65		

Partie III PSYCHOTRAUMA ET CRISE PSYCHIQUE	113	Intoxication au cannabis	141
Urgence médico-psychologique : les CUMP	115	Intoxication aux opiacés (héroïne, médicaments)	143
Intervention des CUMP	116	Intoxication à la cocaïne	145
Prise en charge par les CUMP	117	Intoxication aux amphétamines	146
Traumatisme psychique	118	Les nouveaux produits de synthèse	147
Stress professionnel et burn out (<i>burn out syndrome</i>)	122	Partie V EN PRATIQUE	149
Processus de deuil	123	Modalités d'hospitalisation en psychiatrie	151
Deuils pathologiques et compliqués	124	Certificats médicaux	153
Partie IV LES ADDICTIONS AUX URGENCES	125	Partie VI MÉDICAMENTS DE LA PSYCHIATRIE	155
Pathologies addictives	127	Hypnotiques	157
Intoxication alcoolique aiguë aux urgences	128	Thymorégulateurs	158
Cas de l'ivresse publique et manifeste aux urgences	131	Anxiolytiques	160
Check-list de toute ivresse publique et manifeste admise aux urgences	132	Antidépresseurs	162
Intervention brève	133	Neuroleptiques	165
L'entretien motivationnel	135	Partie VII ANNEXES	169
Alcool : le syndrome de sevrage éthylique	137	Glossaire	171
Stratégie de prise en charge diagnostique et thérapeutique	138	Lexique français-anglais	175
		Sites Internet utiles en psychiatrie	176
		Outils, échelles et scores utiles en psychiatrie	177

LISTE DES SIGLES

AINS	anti-inflammatoires non stéroïdiens	EDDP	métabolite de la méthadone
ALAT	alanine aminotransférase	EEG	électro-encéphalogramme
AMM	autorisation de mise sur le marché	EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
AMT	alphaméthyltryptamine		<i>eye movement desensitization and reprocessing</i>
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé	EMDR	
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	ESPT	état de stress post-traumatique
Anti-H1	anti-histaminiques de type 1	Fab	<i>fragment antigen binding</i>
ARS	Agence régionale de santé	FC	fréquence cardiaque
ASAT	aspartate aminotransférase	FR	fréquence respiratoire
ASE	aide sociale à l'enfance	GBL	gamma-butyrolactone
ATCD	antécédent	GHB	acide gamma hydrobutyrique
ATU	autorisation temporaire d'utilisation	HAD	<i>hospital anxiety and depression scale</i>
AVC	accident vasculaire cérébral	HAS	Haute Autorité de santé
AVK	antivitamines K	HDRS	<i>Hamilton depression rating scale</i>
Béta-HCG	hormone chorionique gonadotrophine	HL	hospitalisation libre
BPCO	bronchopneumopathie chronique obstructive	IC	insuffisance cardiaque
CAF	caisse d'allocations familiales	IDE	infirmière diplômée d'État
CCAS	centre communal d'action sociale	IEA	intoxication éthylique aiguë
CIM-10	classification internationale des maladies – 10 ^e version	IEC	inhibiteurs de l'enzyme de conversion
CIVD	coagulation intravasculaire disséminée	IM	intramusculaire
CO	monoxyde de carbone	IMAO	inhibiteurs de la mono-amine oxydase
cp	comprimé	IMC	indice de masse corporelle
CPAM	caisse primaire d'assurance-maladie	IMV	intoxication médicamenteuse volontaire
CPK	créatine phosphokinase	INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
CSAPA	centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie	INR	<i>International normalized ratio</i>
CUMP	cellule d'urgence médico-psychologique	IOT	intubation oro-trachéale
DCI	dénomination commune internationale	IPM	ivresse publique manifeste
DET	méthyltryptamine	IPP	inhibiteurs de la pompe à protons
DMT	diméthyltryptamine	IPPI	intervention psychothérapeutique post-immédiate
DPT	dipropyltryptamine	IRM	imagerie par résonance magnétique
DSM-5	<i>diagnostic and statistical manual of mental disorders</i> – version 5	IRSNA	inhibiteurs mixtes de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
ECBU	examen cyto bactériologique des urines	ISRS ou IRS	inhibiteurs (sélectifs) de la recapture de la sérotonine
ECG	électrocardiogramme	IV	intraveineux
ECLS	<i>Extra Corporal Life Support</i>	IVD	intraveineux direct
EDC	épisode dépressif caractérisé	IVSE	intraveineux à la seringue électrique
		JLD	Juge des libertés et de la détention

LDH	lactate déshydrogénase	SI	soins intensifs
LSD	diéthylamide de l'acide lysergique	SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
MADRS	<i>Montgomery-Asberg Depression Rating Scale</i>	SNC	système nerveux central
MBI	<i>Maslach Burn out Inventory</i>	SpO₂	saturation pulsée en oxygène
MDA	méthylène dioxamphétamine	SRLLF	Société de réanimation de langue française
MDMA	méthylène dioxyméthamphétamine	SSC	soins sans consentement
MDQ	<i>mood disorders questionnaire</i>	SSCDT	soin sans consentement à la demande d'un tiers
MG	médecin généraliste	SSCPI	soin sans consentement en cas de péril imminent
MMS	<i>mini mental state</i>	SSCRE	soin sans consentement à la demande d'un représentant de l'État
NBOMe	psychédélique, dérivé des phényléthylamines	SSE	syndrome de sevrage éthylique
NFS	numérotation formule sanguine	T°	température
OH	alcool	TA	tension artérielle
OPP	ordonnance de placement provisoire	TAG	trouble anxieux généralisé
ORL	oto-rhino-laryngé	TAS	tension artérielle systolique
PA	pression artérielle	TCC	thérapie cognitivo-comportementale
PANSS	<i>positive and negative syndrome scale</i>	TDM	tomodensitométrie
PC	perte de connaissance	THC	tétra-hydrocannabinol
PEC	prise en charge	THC-COOH	produit de la dégradation du THC
PLS	Position latérale de sécurité	THS	traitement hormonal substitutif
PO	<i>per os</i>	TOC	troubles obsessionnels compulsifs
PS	programme de soin	TP	taux de prothrombine
PS100	protéine S-100	TS	tentative de suicide
PTSD	<i>post traumatic stress disorder</i>	TSH	thyroïdostimuline
PUMP	poste d'urgence médico-psychologique	TSV	tachycardie supraventriculaire
PVC	pression veineuse centrale	UDAF	union départementale des associations familiales
QIDS-SR	<i>Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report</i>	UHCD	unité d'hospitalisation de courte durée
QT	intervalle de l'ECG	UMP	unité médico-psychologique
RP	radiographie pulmonaire	USI	unité de soins intensifs
SAMU	service d'aide médicale d'urgence	VIH	virus de l'immunodéficience humaine
Sat O₂	saturation en oxygène	VM	Ventilation mécanique
SAUV	salle d'accueil des urgences vitales	γ GT	gamma glutamyl transpeptidase
SC	syndrome confusionnel		
SDRA	syndrome de détresse respiratoire aigu		
SFMU	Société française de médecine d'urgence		

INTRODUCTION

« En médecine d'urgence, le temps est à l'urgence ; en psychiatrie d'urgence, l'urgence est au temps », me répétait souvent mon collègue psychiatre le Professeur Georges Brousse. Voilà une approche qui résume parfaitement les deux temps d'intervention dans la prise en charge d'un patient admis pour une urgence psychiatrique au sein d'un service des urgences.

Bien entendu ou malheureusement pourrait-on dire au vu des multiples situations complexes, l'urgence psychiatrique ne se résume pas aux situations de décompensation aiguë de pathologies psychiatriques connues telles que les délires, les hallucinations ou les états d'agitation de malades souffrant de psychose. Bien au contraire, ces mêmes situations sont parfois inaugurales d'une pathologie somatique pure ou sont l'expression d'un toxidrome bien plus complexe, impliquant des prises médicamenteuses, d'alcool et/ou de stupéfiants. La démarche initiale de l'urgentiste cherchera avant tout à comprendre et examiner le patient, apprécier la gravité et initier les thérapeutiques symptomatiques et/ou spécifiques.

Comprendre, c'est prendre soin de reprendre, dans le détail, le passé ancien et récent du patient, somatique et psychiatrique, afin que l'anamnèse propose rapidement des hypothèses diagnostiques solides.

Examiner, c'est faire abstraction du trouble psychiatrique du patient, le temps d'un examen somatique aussi complet que possible, examen enrichi de tous les examens complémentaires réalisables en première intention (biologie dite standard, électrocardiogramme, radiographie thoracique, etc.) ou nécessaire en deuxième intention (tomodensitométrie, électro-encéphalographie, dosages spécifiques, etc.). En aucun cas, la prise en charge somatique ne pourra se limiter à un « *screening* toxicologique large » réalisé dès l'installation en box aux urgences.

Apprécier la gravité est le cœur même du métier de l'urgentiste. Cette appréciation, qui repose avant tout sur l'examen clinique – c'est-à-dire répété et basé sur les paramètres vitaux usuels, se doit d'être partagée avec les autres intervenants de l'urgence, psychiatres et réanimateurs, parfois cardiologues, d'autres fois pneumologues ou cancérologues... Ce temps clinique, enrichi des résultats des examens complémentaires, ne doit en aucun cas se priver des appréciations de la famille ou de l'entourage du patient.

Enfin, initier les thérapeutiques symptomatiques et/ou spécifiques relève d'une approche réfléchie et basée sur des procédures de soins validées. Le temps de l'urgence ne saurait supporter celui de l'improvisation.

C'est à ce prix-là que la prise en charge des urgences psychiatriques fera l'objet d'une satisfaction partagée de tous, celle de l'urgentiste et du psychiatre, mais avant tout celle du malade qui doit rester au centre du débat.

Pr Jeannot Schmidt

Urgentiste

PARTIE I

Les urgences psychiatriques

L'abord du patient aux urgences psychiatriques	15
États d'agitation aux urgences	16
États anxieux – attaques de panique	26
États psychotiques aigus	30
Accès maniaque	34
Accès dépressifs	38
Évaluation diagnostique de l'accès dépressif	40
Prise en charge de l'accès dépressif	42
Traitements antidépresseurs	45
Crise suicidaire	48
Évaluation du potentiel suicidaire	49
Conduite à tenir face à une crise suicidaire	50
Urgences psychiatriques de l'enfant et de l'adolescent	52
Urgences psychiatriques du sujet âgé	54
Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum ..	58
Anorexie mentale	61
Précarité sociale aux urgences	63
Trousse d'urgence psychiatrique	65

● CONDUITE À TENIR

■ Établir le contact avec le patient :

- on préférera une pièce calme, pas de box « dédoublé » ni de consultation « couloir »
- se présenter
- expliquer le déroulement de la prise en charge immédiate, s'assurer ainsi de la capacité de compliance
- ne pas s'engager sur l'évolution (heure de sortie, hospitalisation) sauf si cela est indispensable à l'apaisement du patient

■ Faire sortir les proches

■ Être :

- à l'écoute
- empathique : comprendre la position du patient (émotion, affects, etc.) et lui témoigner que l'on a compris sa souffrance
- neutre, ne pas porter de jugement
- tolérant, rassurant, agréable
- ne pas hésiter à répondre aux demandes simples pour favoriser l'établissement du lien

● TECHNIQUES D'ENTRETIEN APPLICABLES AUX URGENCES

- L'entretien classique d'évaluation : évaluer la pathologie, le potentiel suicidaire « risque, urgence, dangerosité », la nécessité d'hospitalisation
- L'entretien de résolution de crise (cf. I.10 CRISE SUICIDAIRE) : aider le patient à sortir de la crise suicidaire, l'aider à envisager des solutions permettant de « repousser » l'idéation suicidaire
- Les interventions brèves centrées sur l'alcoolodépendance
- L'entretien motivationnel, essentiellement pour les conduites addictives : méthode de communication directive, centrée sur le patient, visant au changement de comportement par l'exploration et la résolution de l'ambivalence
- L'entretien spécifique : technique de médiation corporelle, le contrôle respiratoire, la relaxation

! RECOMMANDATIONS

- Éviter les attitudes de « bravade » en cas d'agitation ou de situation de tension
- Premier contact en binôme en cas de situation de tension (ou nombre conséquent si menace ou agitation)



L'ASTUCE D'URG'PSYCHIATRIE

Recueillir le maximum d'informations auprès de la famille ou d'une personne de confiance, les rassurer, répondre à leurs questions.



LE POINT DE VUE DU PSYCHIATRE

Les patients sous l'emprise de toxiques sont inaccessibles à l'entretien.

1/10 ...

● DÉFINITION

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

● ÉPIDÉMIOLOGIE

- Situation fréquente = 1 % [1] des motifs d'admission aux urgences
- Nécessité d'une approche pluridisciplinaire (médecins urgentistes et psychiatres) en raison de la dangerosité du patient pour lui-même et pour autrui, du risque de fugue et de la désorganisation immédiate de l'activité médicale et paramédicale

● QUAND PENSER À UNE CAUSE ORGANIQUE OU TOXIQUE ?

Les causes organiques ou toxiques représentent 65 % des agitations (*Tab. 1*). Les situations suivantes devront faire penser à une cause organique :

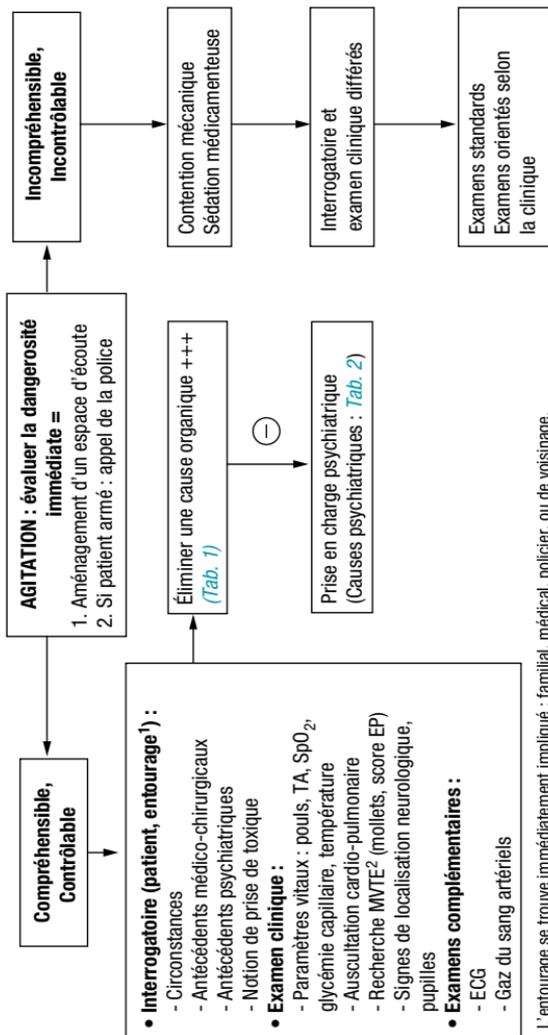
- Confusion mentale (désorientation temporo-spatiale, troubles mnésiques, hallucinations)
- Absence d'antécédents psychiatriques +++
- Brutalité du début
- Intoxication ou arrêt d'un traitement



L'ASTUCE D'URG'PSYCHIATRIE

Les deux objectifs majeurs pour l'urgentiste sont de maîtriser la situation le plus rapidement possible et de réaliser un diagnostic étiologique afin d'éliminer une pathologie organique curable.

▼ STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE



¹ L'entourage se trouve immédiatement impliqué : familial, médical, policier, ou de voisinage.

² MVTE : maladie veineuse thrombo-embolique.

▼ **Tableau 1.** Principales causes organiques de l'agitation

= 65 % des agitations	(60 % liées à l'alcool 5 % autres causes)
• Cardio-pulmonaires	Infarctus du myocarde, embolie pulmonaire
• Endocriniennes	Hypoglycémie (4 %), phéochromocytome, hyperthyroïdie
• Uro-digestives	Colique néphrétique, pancréatite aiguë, ulcère gastroduodéal
• Neurologiques	
Infectieuses	Méningite, encéphalite
Vasculaires	AVC, hématome sous-dural ou extradural, hémorragie méningée
Tumorales et inflammatoires	Œdème cérébral, tumeur cérébrale, sclérose en plaques
Autres	Épilepsie, démences, chorée de Huntington
• Toxiques	
Alcool	Intoxication éthylique aiguë, syndrome de sevrage éthylique
Drogues	Intoxication à la cocaïne, LSD, amphétamines, cannabis, ecstasy, intoxication à la datura, intoxication aux champignons hallucinogènes
Médicaments	Intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) ; intoxication aux anticholinergiques, antidépresseurs tricycliques ; réaction paradoxale aux benzodiazépines, syndrome de sevrage en benzodiazépines ou barbituriques
Gaz toxique	Intoxication au monoxyde de carbone (CO)

▼ **Tableau 2.** Principales causes psychiatriques de l'agitation

= 35 % des agitations
<ul style="list-style-type: none"> • Accès maniaques • Accès féconds psychotiques • Attaques de panique • Personnalité antisociale ou limite • Crise suicidaire