

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2024

2024 TOU3 15 66

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Yann TEISSEDOU

le 6 septembre 2024

Les patients en état d'agitation aiguë aux urgences : Description et analyse des pratiques professionnelles au CHU de Toulouse en 2022

Directrice de thèse : Dr Lola GRIOT

JURY

Madame le Professeur Sandrine CHARPENTIER	Présidente
Monsieur le Professeur Charles Henri HOUZE CERFON	Assesseur
Madame le Professeur Juliette SALLES	Assesseure
Monsieur le Docteur Clément SOUCHAUD	Assesseur
Madame le Docteur Lola GRIOT	Suppléante

FACULTÉ DE SANTÉ

Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine

2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépat-Gastro-Entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurora	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publiq	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
Mme LATROUS Leila
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
M. SIBAUD Vincent
Mme WOISARD Virginie

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
M. BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

Remerciements aux membres du Jury

Aux Professeurs Charpentier et Houzé-Cerfon, je vous serai éternellement reconnaissant et admiratif de l'implication immense dans notre formation et dans le développement de notre belle spécialité qu'est la médecine d'urgence, ainsi que d'avoir su dans ce contexte, libérer un peu de votre précieux temps pour moi.

Au Docteur Salles, merci énormément d'accorder votre attention à un jeune urgentiste qui s'intéresse à la psychiatrie.

Au Docteur Griot, je tiens à te remercier de m'avoir supporté et soutenu malgré mon retard et mes incompréhensions, et de t'intéresser à ce sujet difficile, mais majeur qu'est la psychiatrie aux urgences. Merci aussi au Docteur Balen d'avoir réalisé mes statistiques.

Au Docteur Souchaud, Clément...un merci ne serait être suffisant. Rarement je me suis senti aussi fier qu'à travers tes paroles. Ton humour, ta personnalité, tes compétences (discutables) sont une source d'inspiration. Ne change ,wtw je, vous, prie d'agréer Monsieur mes rien.

Remerciements personnels

À Marc, que dire, à part que sans toi je ne serais probablement pas ici. Ton intelligence et ta détermination sont un exemple. Merci de m'avoir encouragé quand j'étais au plus bas, de m'avoir fait rire et régaler au possible dans les bons moments. Tu me manques Jean Valjean...

À Arthur, effectivement quelle rencontre ! Une personne en or, accompagné d'une famille et d'une fiancée du même ordre. Tu es clairement devenu mon compère du DESMU, et j'espère que l'aventure continuera longtemps. Et évidemment merci pour ton aide pour m'avoir permis d'avancer dans cette thèse.

À la promotion DESMU 5, une promotion d'une qualité et d'une solidarité comme on en fait peu.

À mes amis de Cahors, aujourd'hui tristement incomplets. Merci pour nos superbes moments passés ensemble, qui je l'espère ne s'éteindront jamais.

À mes copains de la fac, sans qui celle-ci aurait été sûrement moins sympathique. Je suis heureux de vous avoir gardé à mes côtés et attends avec impatience chaque occasion de vous retrouver.

À l'équipe du PUG de Purpan, des Urgences de Cahors ainsi que de la Réanimation de Castres, merci pour votre accueil, votre pédagogie, et votre patience. Et merci à tous les médecins que j'ai côtoyé, pour le meilleur comme pour le pire.

À Maléna, pour ta sagesse, tes conseils, ton écoute, et évidemment pour ton aide pour la relecture de cette thèse. Merci également à Aissa, pour l'aide qu'apporte ton esprit ouvert à mes réflexions.

Aux bureaux de l'Internat, notamment actuel, merci pour votre confiance, les moments passés ensemble et tout le travail accompli.

À Mme Barthélémy, merci d'avoir cru en moi et de m'avoir révélé les qualités qui feraient ma réussite.

À Amélie, merci d'avoir été si présente pour moi ces dernières années et même si je ne le montre pas assez, tu es quelqu'un de très important à mes yeux, sois en certaine.

À Laurette, qui a toujours cru en moi et m'a toujours encouragé, et sans oublier Mathias pour ta présence et nos conversations.

À mon Papa, même si notre relation est parfois mouvementée, je ne pourrai jamais te remercier d'avoir été là, pour ton éducation, tes valeurs. J'espère que tu es fier de moi.

À Sabrina, Alice, Danièle, merci de m'avoir supporté toutes ces années. Et Rémi, merci de m'aimer, et j'aimerais le faire autant que tu le mérites.

À ma Mamie, soutien éternel, sans faille, qui a tant fait pour moi.

Et enfin à ma mère, dans le meilleur comme dans le pire, tu as contribué à faire de moi l'homme et le médecin que je suis aujourd'hui.

“Là où il y a un grand pouvoir, il y a une grande responsabilité.”

Winston Churchill

“Vis comme si tu devais mourir demain, apprends comme si tu devais vivre toujours.”

Mahatma Gandhi

“Tout ce que nous avons à décider, c'est ce que nous devons faire du temps qui nous est imparti.”

Gandalf

“Jeudi, vendredi, samedi, pas possible que ce soit déjà fini.”

F.B

TABLE DES MATIÈRES

I. ABRÉVIATIONS.....	10
II. INTRODUCTION.....	11
A. Définition et problématiques de l'agitation.....	11
B. Point sur les molécules utilisées : les benzodiazépines.....	12
C. Point sur les molécules utilisées : les neuroleptiques.....	12
D. Point sur les molécules utilisées : un manque d'Evidence Based Medicine.....	14
E. Des recommandations sur la gestion de l'agitation.....	14
F. Intérêt de l'étude.....	15
III. MATERIEL ET METHODE.....	15
A. Organisation du service des urgences du CHU de Toulouse.....	15
B. Type d'étude.....	15
C. Population étudiée.....	16
D. Variables recueillies.....	16
E. Analyse statistique.....	17
IV. RÉSULTATS.....	18
Figure 1 : Diagramme de flux.....	18
Tableau 1 : Caractéristiques de la population.....	19
Tableau 2 : Thérapeutiques utilisées selon la présentation clinique.....	19
Tableau 3 : Efficacité des thérapeutiques utilisées et voies d'administration.....	20
Tableau 4 : Doses médianes administrées.....	21
V. DISCUSSION.....	21
A. Caractéristiques de la population.....	21
B. Orientations.....	22
C. A propos de l'avis psychiatrique.....	23
D. L'usage de la contention :.....	23
E. Concernant les molécules utilisées.....	24
F. Limites.....	26
G. Perspectives.....	26
VI. CONCLUSION.....	28

I. ABRÉVIATIONS

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

SU : Structure des Urgences

PO : Per Os

IV : Intraveineux

IM : Intramusculaire

IN : Intranasal

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

RBPC : Recommandations de Bonnes Pratiques Cliniques

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

DCI : Dénomination Commune Internationale

IOT : Intubation Oro Trachéale

IOA : Infirmière Organisatrice de l'Accueil

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

II. INTRODUCTION

A. Définition et problématiques de l'agitation

Un nombre important de patients consultant aux urgences présentent une symptomatologie évocatrice d'une pathologie psychiatrique (10% des passages aux urgences du Centre Hospitalo-Universitaire de Toulouse, soit plus de 11 000 patients pour un motif psychiatrique en 2022). Ces passages ont un impact sur une Structure des Urgences (SU). Ces consultations ont une durée moyenne de séjour plus longue (La médiane de prise en charge des patients présentant un trouble psychiatrique au CHU de Toulouse était de 15h pour un maximum à 214 heures en 2022 (Thèse du Docteur Eva Brillant, Identification des facteurs de risques de pathologie somatique nécessitant une prise en charge spécifique des patients consultants aux urgences du CHU de Toulouse pour des symptômes psychiatriques en 2022), et engendrent proportionnellement davantage d'hospitalisation (1).

L'agitation, définie, dans le Manuel Pratique des Urgences Psychiatriques, comme "un état d'excitation avec augmentation de l'activité motrice, psychique et relationnelle, inadaptée et suscitant une réaction d'intolérance de l'entourage et du milieu", constitue un défi majeur aux urgences (2). Qu'elle se manifeste comme symptôme d'une pathologie psychiatrique connue, mode d'entrée dans une nouvelle pathologie, ou encore comme expression d'une origine somatique (organique, toxicologique ou iatrogène), l'agitation impose une prise en charge rigoureuse et immédiate. La présentation clinique souvent complexe des patients en état d'agitation, couplée aux risques d'auto et d'hétéro agressivité, rend la prise en charge particulièrement difficile. Le recours à la contention physique ou chimique, bien que parfois nécessaire pour assurer la sécurité du patient et de l'entourage, expose ces patients à un vécu traumatisant, représente une privation de liberté et n'est pas dénuée de risque (3,4). De plus, l'agitation peut générer un climat de tension et d'insécurité pour les personnels soignants, exposés à des agressions verbales voire physiques (5,6).

En cas d'échec de la désescalade verbale, la sédation chimique s'avère fréquemment indispensable pour juguler l'agitation aiguë. Cependant, le choix de l'agent sédatif optimal demeure un défi, en raison de l'absence d'une molécule unique et parfaite. Chaque option thérapeutique présente des avantages, des limites et des contre-indications propres, dépendant de sa classe pharmacologique et de ses caractéristiques pharmacocinétiques.

B. Point sur les molécules utilisées : les benzodiazépines

Les benzodiazépines sont des molécules dont l'utilisation seule ou en association à un neuroleptique, est documentée par la littérature depuis des années. Ces benzodiazépines ont une indication privilégiée dans l'intoxication aiguë par les toxiques psychostimulants ainsi que dans le sevrage en alcool (7). En revanche, dans le cadre de l'agitation induite par un trouble psychotique, leur effet est seulement sédatif (pas d'effet antiproductif) (8). Leurs principaux effets indésirables sont la dépression respiratoire, le coma, l'hypotension et l'inconvénient notable d'un caractère amnésiant, péjoratif pour une évaluation psychiatrique future. Elles ont l'avantage non négligeable d'avoir un antidote, le Flumazénil.

Le Midazolam, utilisable par voie IV, IM et IN, offre une sédation rapide et efficace (9) . Il n'est pour autant pas homologué pour la prise en charge de l'agitation en France, contrairement à d'autres pays du monde, mais son utilisation est autorisée dans le cadre de la sédation vigile pour procédures à visées diagnostique ou thérapeutique (10). Le Clonazépam, homologué en France uniquement comme anticonvulsivant, présente une bonne biodisponibilité IM mais un pic plasmatique tardif (3 heures), limitant son intérêt dans l'agitation aiguë (11). Le Diazépam possède l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour l'anxiété et l'agitation d'origine neuropsychiatrique. Il offre une action rapide (30 minutes à 1 h 30 per os), mais souffre d'une biodisponibilité IM médiocre (12). Enfin, l'Oxazépam, dernier métabolite actif du Clorazépate et du Diazépam peut être utilisé dans le cadre de l'urgence mais est limité par sa forme galénique exclusivement en comprimé (13).

C. Point sur les molécules utilisées : les neuroleptiques

Les neuroleptiques, dotés de propriétés sédatives et antipsychotiques, constituent une option thérapeutique dans la prise en charge de l'agitation aiguë. Leurs actions anti-dopaminergiques, anti-sérotoninergiques et adrénolytiques sont à l'origine des effets recherchés mais aussi des effets indésirables. L'allongement de l'intervalle QT, effet dose dépendant fréquemment induit, à risque de troubles du rythme, doit être considéré. Ils sont définis en deux classes, les antipsychotiques dits "typiques" (Haloperidol, Cyamemazine et Loxapine entre autres) et "atypiques" (Risperidone, Quetiapine et Olanzapine notamment), de découverte plus récente, avec moins d'effets indésirables neurologiques.

L'Halopéridol, "gold standard" dans les études sur les thérapeutiques de l'agitation, possède une affinité importante pour les récepteurs dopaminergiques, efficace ainsi sur les symptômes psychotiques mais à l'origine de syndromes extrapyramidaux fréquents. A noter un effet adrénolytique pourvoyeur d'hypotension orthostatique. Son effet antipsychotique n'est pas dose dépendant (14). Les phénothiazines, dont la plus utilisée en France étant la Cyamémazine, possèdent une activité anti-D2 moins importante mais apporte une activité anti-histaminiques potentialisant l'effet sédatif. Elles souffrent d'effets adrénolytiques et anticholinergiques forts, à l'origine d'effets indésirables, limitant leur intérêt (15). La Loxapine, neuroleptique intermédiaire entre les premières et deuxièmes générations, bénéficie notamment d'une activité anti-sérotoninergique, et antihistaminique. Elle est peu utilisée dans les autres pays en dehors de la France. Malgré peu d'études dans la littérature, une revue systématique de 2023 retrouve une meilleure et plus rapide efficacité que l'Halopéridol. Elle relève cependant certains biais rendant discutable cette conclusion, mais se montre rassurante concernant son utilisation (16). A noter que l'allongement du qt, propriété liée à cette classe de médicaments, n'a pas été relevé dans les études, avantage non négligeable dans le contexte de l'urgence. L'Olanzapine, seul antipsychotique atypique injectable disponible sur le marché en France, présente une efficacité proche voire meilleure que l'Halopéridol, avec en apparence moins d'effets indésirables notamment anticholinergiques et extrapyramidaux. Son conditionnement (poudre à reconstituer) et sa longue demi vie compliquent son utilisation dans le cadre de l'urgence. Il n'est pas pour le moment homologué pour la prise en charge de l'agitation (17). La Risperidone se distingue par de moindres effets sédatifs, anticholinergiques et extrapyramidaux. Elle est au moins aussi efficace que l'Halopéridol et l'Olanzapine (18). La Quétiapine manque d'argument dans la littérature pour appuyer son utilisation dans le cadre de l'agitation.

L'association neuroleptique + benzodiazépines diminue les effets extrapyramidaux du neuroleptique mais expose au risque d'une sédation excessive (particulièrement si neuroleptique de deuxième génération). Une revue systématique de 2017 retrouve par ailleurs une meilleure efficacité de la combinaison que des molécules seules (19).

D. Point sur les molécules utilisées : un manque d'Evidence Based Medicine

L'Agence des médicaments du Canada relève dans une revue des conclusions contradictoires entre les études au sujet de l'efficacité et de la sécurité pour la tranquillisation rapide aux urgences, avec des études de qualités modérées voire faibles, mettant alternativement en avant une molécule ou combinaison par rapport à une autre, et n'évaluant pas l'utilisation en fonction d'une étiologie ou d'un profil d'âge notamment (20). On comprend donc bien que tous ces médicaments ont à la fois des avantages et des inconvénients, sans étude de grande échelle et de bonne méthodologie pouvant en recommander l'une plutôt qu'une autre.

E. Des recommandations sur la gestion de l'agitation

Les recommandations de bonnes pratiques cliniques (RBPC) de 2021 émises par la SFMU et aux États-Unis celles du BETA PROJECT de 2020, sont vastes, et parfois contradictoires à propos des médications (7,21) .

La société française de médecine d'urgence (SFMU) appuie la pertinence de prendre en charge ces patients agités dans un box dédié, ce qui est quasiment inexistant dans les services d'urgences somatiques. Ils rappellent également que la notion de refus de soins psychiatriques, permettant d'outrepasser le consentement du patient est légitimée par la présence d'un trouble du jugement manifeste (idées délirantes) susceptible de mettre en danger le patient (risque suicidaire, vulnérabilité) ou autrui (violence).

Les recommandations américaines du Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation) appuient le fait que l'usage de la contention, nécessaire pour éviter le risque de blessure pour le patient et les équipes soignantes, est à l'origine de traumatismes psychologiques et physiques pour les patients. Les auteurs rappellent que l'intérêt de la sédation est d'apaiser le patient sans le sédaté à outrance.

Ces deux recommandations conseillent l'utilisation des molécules en contexte d'agitation en fonction de la présentation initiale. Devant une agitation sans signe psychotique ni orientation étiologique, les benzodiazépines sont recommandées en première intention. En présence d'éléments psychotiques, ils préconisent l'usage d'antipsychotiques (Loxapine non évoquées dans les recommandations américaines) potentiellement associées à une

benzodiazépine. Chez la personne âgée où sont suspectées des troubles psychocomportementaux liés à la démence, les antipsychotiques, notamment ceux de deuxième génération (Risperidone, Olanzapine) sont mis en avant. A noter qu'en contexte d'alcoolisation aiguë les recommandations diffèrent : les benzodiazépines sont recommandées en France alors que déconseillées aux États-Unis.

F. Intérêt de l'étude

À la lumière des données de la littérature et des recommandations actuelles, ainsi qu'au regard des défis posés par les états d'agitation aiguë, nous nous sommes intéressés aux caractéristiques des patients agités ainsi qu'aux pratiques thérapeutiques mises en œuvre dans notre SU pour la prise en charge de ceux-ci. Nous avons réalisé une étude épidémiologique descriptive des pratiques professionnelles en termes de prise en charge thérapeutique des patients admis pour agitation dans le service des urgences du CHU Toulouse sur l'année 2022.

III. MATERIEL ET METHODE

A. Organisation du service des urgences du CHU de Toulouse

Les urgences du CHU de Toulouse sont réparties sur 2 sites : Rangueil et Purpan. Ces sites disposent chacun de 3 filières distinctes que sont le circuit court (faibles urgences et moyens nécessaires), le circuit long (moyennes urgences et moyens nécessaires) et la Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV). Les urgences psychiatriques, situées sur le site de Purpan et indépendantes des urgences médico-chirurgicales, sont organisées en zone de consultation dite "zone froide" et en zone sécurisée dite "zone chaude". Les patients identifiés comme agités ou à risque d'agitation nécessitant une prise en charge initiale non psychiatrique sont préférentiellement orientés vers la filière longue du site de Purpan (Rangueil n'ayant à disposition qu'une équipe de liaison psychiatrique (infirmier, psychiatre)).

B. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle rétrospective et monocentrique au CHU de Toulouse, sur une durée de 6 mois. L'étude a porté sur les patients admis aux urgences somatiques en état d'agitation aiguë. Les données ont été collectées sur les sites de Purpan et de Rangueil. L'objectif de l'étude était de décrire la population des patients agités admis aux urgences somatiques et d'analyser les pratiques de prise en charge thérapeutique de cette agitation par les médecins urgentistes.

C. Population étudiée

Nous avons obtenu la liste de tous les patients orientés vers les urgences médico-chirurgicales de janvier 2022 à juin 2022 pour un motif de triage suggérant un état d'agitation potentiellement associé, soit ceux admis pour les motifs suivants : "agitation", "état dépressif", "épisode maniaque", "trouble du comportement", "troubles psychotiques", "auto-agressivité", "hétéro agressivité", "demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)", "hallucinations", "insomnie", "trouble du sommeil", "ralentissement psychomoteur", "rupture de traitement", "confusion/désorientation temporo-spatiale", extraits du logiciel ORBIS.

Pour définir notre population au plus près de celle de l'agitation violente ou à risque de violence, nécessitant des actions spécifiques et urgentes, nous avons décidé de nous appuyer sur la phrase de la définition de l'agitation citée plus haut "Elle est inadaptée (agitation) et suscite une réaction d'intolérance de l'entourage et du milieu...". Ont alors été exclues les situations qui ne correspondaient pas à la définition précédente après lecture des observations médicales et paramédicales, celles ne comprenant pas les termes "violence", "menace", "agressivité" et leurs dérivés. Les données manquantes en abondance, telles que les patients partis sans être vus par le médecin ont aussi été exclus.

D. Variables recueillies

L'ensemble de ces informations ont été extraites des documents du dossier médical, des transmissions paramédicales, ainsi que du logiciel de suivi des prescriptions médicales. Les variables observées sont les suivantes :

- L'âge et le sexe, ainsi que les antécédents psychiatriques connus à l'admission. Devant des antécédents souvent partiellement connus lors de l'entrée aux urgences

(antécédents/suivis psychiatriques), les différentes maladies psychiatriques préexistantes supposées à l'admission sont regroupées sous le terme "antécédents psychiatriques". Ceci ayant pour but d'étudier la population et les éventuelles spécificités des prises en charge selon le profil.

- Les thérapeutiques initiales ont été notées par leurs classes ("neuroleptiques", "benzodiazépines", "autre"), leur dénomination Commune International (DCI), et leurs doses en milligrammes.
- La nécessité d'une nouvelle sédation (nouvelle molécule ou réinjection) nécessaire au-delà de 30 minutes de la première, supposant un manque d'efficacité de celle-ci.
- L'utilisation d'une contention physique a été extraite des différentes observations.
- La présence d'effets indésirables graves (définie par un transfert vers la SAUV ou le déchoquage, une intubation orotrachéale (IOT) ou l'apparition d'une défaillance neurologique, respiratoire ou hémodynamique), a été recherchée.
- La présence d'un avis psychiatrique et son délai éventuel. Certaines évaluations psychiatriques n'étant réalisées qu'une fois dans le service dédié, les délais d'évaluation ou admission ont été comptabilisés sous une seule variable.
- L'hospitalisation sous contrainte effective.
- Le diagnostic final. Les diagnostics finaux concernant les agitations dues à une cause somatique ont été regroupées sous le terme "organique". Les prises de toxiques ont été regroupées sous le terme "intoxication". Par souci de clarté et de synthèse, et parce qu'il est difficile pour les psychiatres de poser un diagnostic précis à l'issue de leur examen aux urgences, les différentes hypothèses diagnostiques ont été synthétisées sous le terme de diagnostic final "psychiatrique".
- L'orientation du patient à la sortie des urgences.

E. Analyse statistique

L'analyse statistique des données anonymisées est réalisée à l'aide du logiciel STATA version 16. Toutes les variables de l'étude sont analysées de façon individuelle avec vérification du nombre de données manquantes et de valeurs aberrantes. La normalité de chaque distribution pour les variables quantitatives a été analysée. Il n'a pas été utilisé de méthode d'imputation pour les valeurs manquantes. Les variables quantitatives sont représentées par leurs médianes suivies du 1er quartile et du 3ème quartile de distribution (médiane

(p25%-p75)). L'analyse bivariée des variables quantitatives est réalisée par le test de rang de Man-Whitney. Les variables qualitatives sont exprimées en effectif et pourcentage (n (%))

IV. RÉSULTATS

La période de notre étude s'étend de janvier à juin 2022, avec un total de 1377 patients initialement éligibles. Après analyse des dossiers, 195 patients ont été inclus. Le diagramme de flux est représenté dans la Figure 1.

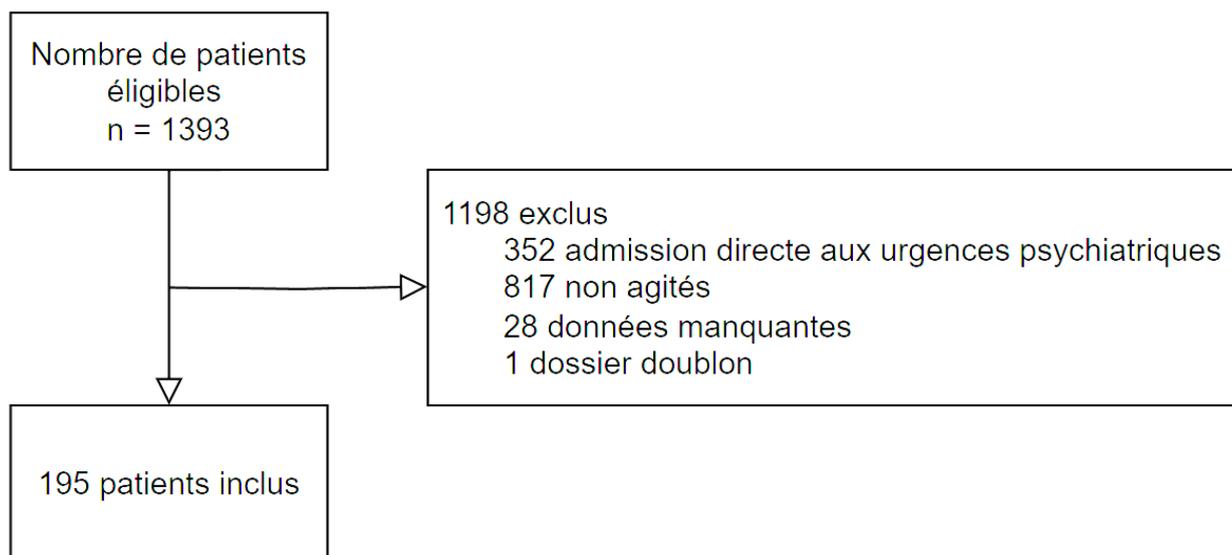


Figure 1 : diagramme de flux

Figure 1 : Diagramme de flux

La prévalence de l'agitation chez les patients adressés aux urgences somatiques pour un motif psychiatrique était de 7% (195 patients). Parmi ces patients agités, 157 (81%) ont été contentionnés physiquement. L'âge médian est de 35 ans et 98 patients (50%) ont entre 15 et 35 ans, avec au total 125 patients (64%) d'hommes. 74 patients (38%) ont un antécédent psychiatrique connu à l'admission. Un diagnostic psychiatrique est posé chez 81 patients (42%), d'intoxication chez 56 (26%) et d'ordre somatique pour 29 (15%), avec au total 92 (47%) de retour à domicile. Les caractéristiques de la population générale ainsi que des patients contentionnés ou non sont présentées dans le Tableau 1.

	Population générale n = 195	Patients non contentionnés 38 (19%)	Patients contentionnés physique 157 (81%)
Age en année (Q25 - Q75)	35 (25 - 54)	38 (28 - 74)	34 (25-52)
Catégorie d'âge :			
- 15 à 35 ans	98 (50%)	18 (47%)	80 (51%)
- 36 à 64 ans	69 (31%)	10 (26%)	50 (32%)
- plus de 65 ans	37 (19%)	10 (26%)	27 (17%)
Sexe masculin	125 (64%)	21 (55%)	104 (66%)
Antécédent psychiatrique	74 (38%)	14 (37%)	60 (38%)
Contention chimique :	166 (85%)	33 (87%)	133 (85%)
- par association NLP/BZD	13 (7%)	2 (5%)	11 (7%)
- par neuroleptique	124 (64%)	19 (50%)	105 (67%)
- par benzodiazépine	29 (15%)	12 (32%)	17 (11%)
Diagnostic final :			
- Intoxication	56 (29%)	8 (21%)	48 (31%)
- Organique	29 (15%)	8 (21%)	21 (13%)
- Psychiatrique	81 (42%)	16 (42%)	65 (41%)
- Indéterminé	29 (15%)	6 (16%)	23 (15%)
Evaluation psychiatrique réalisée	80 (41%)	13 (34%)	67 (43%)
Délai admiss°-évaluat° psy en heures (Q25 - Q75)	13 (8 - 19)	14 (7 - 17)	12 (8 - 21)
Soins sous contrainte	59 (30%)	6 (16%)	53 (34%)
Devenir :			
- Retour au domicile	92 (47%)	19 (50%)	73 (47%)
- Admission en somatique	26 (13%)	8 (21%)	18 (11%)
- Admission en psychiatrie	77 (39%)	11 (29%)	66 (42%)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Les caractéristiques des patients associées à l'utilisation d'une classe de médicaments sont présentées dans le tableau 2.

	Catégorie d'âge :			Antécédent psy	Diagnostic final :			
	15 à 35 ans	36 à 64 ans	plus de 65 ans		Intoxication	Organique	Psychiatrique	Indéterminé
Contention chimique :								
- par association NLP/BZD	8 (8%)	4 (7%)	1 (3%)	7 (9%)	3 (5%)	1 (3%)	6 (7%)	3 (10%)
- par neuroleptique	71 (72%)	36 (60%)	17 (46%)	44 (59%)	38 (68%)	9 (31%)	58 (72%)	19 (66%)
- par benzodiazépine	5 (5%)	12 (20%)	12 (32%)	11 (15%)	8 (14%)	12 (41%)	6 (7%)	3 (10%)
- Aucun	14 (14%)	8 (13%)	7 (18%)	12 (16%)	7 (13%)	7 (24%)	11 (14%)	4 (14%)

NLP = Neuroleptiques
BZD : Benzodiazépines

Tableau 2 : Thérapeutiques utilisées selon la présentation clinique

La contention chimique a été utilisée chez 166 patients (85%), avec une administration secondaire nécessaire chez 127 (23%) d'entre eux. Les neuroleptiques, les benzodiazépines et l'association neuroleptique + benzodiazépine ont été utilisés respectivement chez 124 (75%), 29 (17%) et 13 (8%) patients. Parmi les neuroleptiques, la Loxapine a été administrée chez 118 (71%) des patients et l'Halopéridol chez 14 patients (8%). La voie orale a été utilisée chez 55 patients (33%). La nécessité d'une nouvelle administration ou non selon les caractéristiques du

patient et des thérapeutiques utilisées est détaillée dans le tableau 3.

	Patients ayant nécessité une première administration médicamenteuse n = 166	Pas de nécessité de nouvelle administration n = 127 (77%)	Nécessité de nouvelle administration n = 39 (23%)
Age en année (Q1 - Q25)	35 (25 - 53)	34 (25 - 49)	47 (27-63)
Catégorie d'âge :			
- 15 à 35 ans	84	67 (80%)	17 (20%)
- 36 à 64 ans	52	39 (75%)	13 (25%)
- plus de 65 ans	30	21 (70%)	9 (30%)
Sexe masculin	105	83 (79%)	22 (21%)
Antécédent psychiatrique	62	44 (71%)	18 (29%)
Contention physique	133	99 (74%)	34 (26%)
Diagnostic final :			
- Intoxication	49	42 (86%)	7 (14%)
- Psychiatrique	70	51 (72%)	19 (27%)
- Indéterminé	25	19 (76%)	6 (24%)
Thérapeutique administrée :			
- Association NLP/BZD	13	11 (85%)	2 (15%)
- Neuroleptique :	124	98 (79%)	26 (21%)
- Loxapine toutes voies	118	95 (80%)	29 (19%)
- Loxapine PO	23	21 (91%)	2 (9%)
- Loxapine IM	94	73 (78%)	21 (22%)
- Loxapine IV	1	1 (100%)	0
- Haloperidol toutes voies	14	10 (71%)	4 (29%)
- Haloperidol PO	10	6 (60%)	4 (40%)
- Haloperidol IM	3	3 (100%)	0
- Risperidone PO	1	1 (100%)	0
- Cyamemazine PO	4	3 (75%)	1 (25%)
- Cyamemazine IM	1	1 (100%)	0
- Benzodiazépine :	29	18 (62%)	11 (37%)
- Diazepam IV	10	6 (60%)	4 (40%)
- Diazepam IM	6	5 (84%)	1 (16%)
- Midazolam IV	5	4 (80%)	1 (20%)
- Midazolam IM	2	1 (50%)	1 (50%)
- Oxazepam PO	15	10 (66%)	5 (33%)
- Bromazepam / Lorazepam PO	2	1 (50%)	1 (50%)
- Clonazepam IM	1	1 (100%)	0
- Clorazepate IV	1	1 (100%)	0

Tableau 3 : Efficacité des thérapeutiques utilisées et voies d'administration.

La nécessité d'une nouvelle administration ou non d'une nouvelle molécule selon la dose de médicament utilisée est décrite dans le Tableau 4.

	Population générale	Pas de nécessité de nouvelle administration	Nécessité de nouvelle administration
Thérapeutique administrée (Q1 - Q25)			
Neuroleptique :			
- Loxapine PO (mg)	50 (25 - 50)	50 (25 - 50)	50 (50 - 50)
- Loxapine IM (mg)	50 (50 - 50)	50 (50 - 50)	50 (50 - 50)
- Loxapine IV (mg)	25 (25 - 25)	25 (25 - 25)	N.A
- Haloperidol PO (mg)	1,5 (1 - 2)	2 (1 - 2)	1 (1 - 2)
- Haloperidol IM (mg)	5 (5 - 5)	5 (5 - 5)	N.A
- Risperidone PO (mg)	5 (5 - 5)	5 (5 - 5)	N.A
- Cyamemazine PO (mg)	22,5 (15 - 38)	25 (20 - 50)	10 (10 - 10)
- Cyamemazine IV (mg)	50 (50 - 50)	50 (50 - 50)	N.A
Benzodiazépine :			
- Diazepam IV (mg)	10 (10 - 10)	10 (10 - 10)	10 (10 - 10)
- Diazepam IM (mg)	10 (10 - 10)	10 (10 - 10)	10 (10 - 10)
- Midazolam IV (mg)	4 (2 - 5)	5 (3 - 7)	2 (2 - 2)
- Midazolam IM (mg)	2 (1 - 3)	3 (3 - 3)	1 (1 - 1)
- Oxazepam PO (mg)	25 (10 - 50)	37,5 (10 - 50)	10 (10 - 50)
- Bromazepam / Lorazepam PO (mg)	2,5 (2,5 - 2,5)	2,5 (2,5 - 2,5)	2,5 (2,5 - 2,5)
- Clonazepam IM (mg)	1 (1 - 1)	1 (1 - 1)	N.A
- Clorazepate IV (mg)	20 (20 - 20)	20 (20 - 20)	N.A

Tableau 4 : Doses médianes administrées

V. DISCUSSION

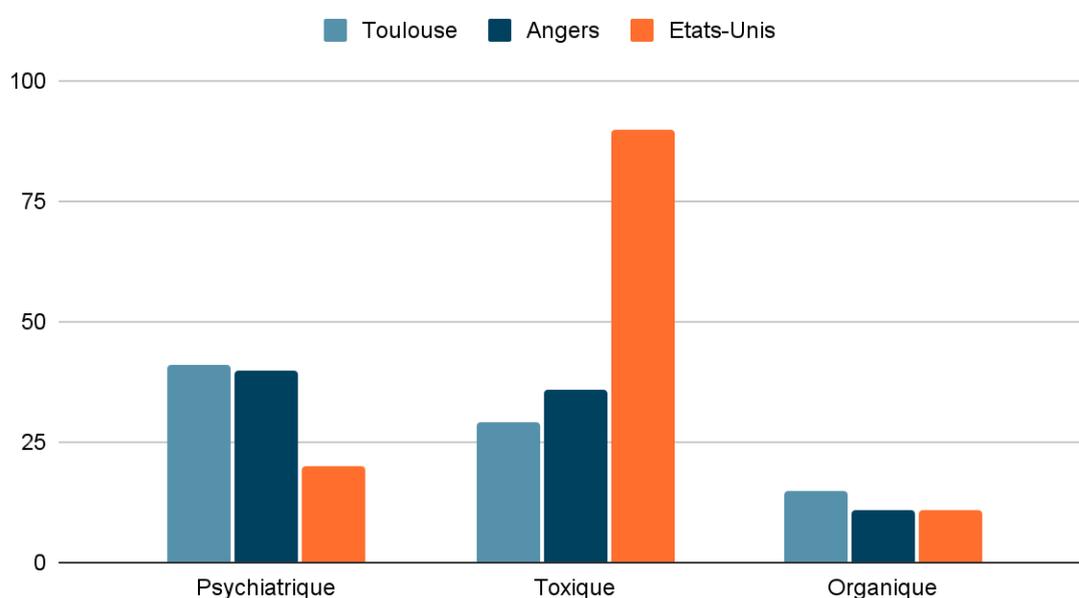
Afin de discuter des différents résultats, nous avons comparé certains de nos résultats à notamment 2 études, l'une à Angers par le docteur Chevalier, l'autre aux États-Unis par Miner et al (22,23).

A. Caractéristiques de la population

Dans notre étude, les patients présentant une agitation violente/à risque de violence étaient majoritairement des jeunes adultes de sexe masculin, proportions similaires à ceux des 2 études. On note que les patients dont la notion d'antécédents psychiatrique était connue à l'admission ne constituent pas la majorité, ni de la population étudiée, ni des contentionnés physiquement. Cette connaissance ne semble donc pas prédictive d'une agitation sévère nécessitant une contention physique. Pourtant, on retrouve dans deux études américaines une plus grande part de patients agités aux antécédents psychiatriques (61 et 60%) (24,25). Cependant, il est difficile de comparer cette notion d'antécédent psychiatrique, car dans les autres études, bien que l'antériorité psychiatrique soit relevée, il n'est pas fait mention de la connaissance avant la prise en charge thérapeutique ou a posteriori.

Les agitations d'origine psychiatrique constituaient le diagnostic final principal, suivi des intoxications, les causes organiques arrivaient en 3^e position. Ces chiffres sont très proches de ceux d'Angers mais très différents de ceux de Miner et al en dehors des causes organiques. La différence observée était attendue puisque que la consommation chronique de drogues récréatives chez les patients est plus importante aux États-Unis qu'en France. En effet, environ 50% de la population américaine a déjà utilisé une drogue récréative, contre 29% en Europe. De plus, les études montrent une prévalence plus élevée de la consommation de cannabis, de cocaïne et d'hallucinogènes chez les jeunes adultes américains comparativement aux jeunes français.

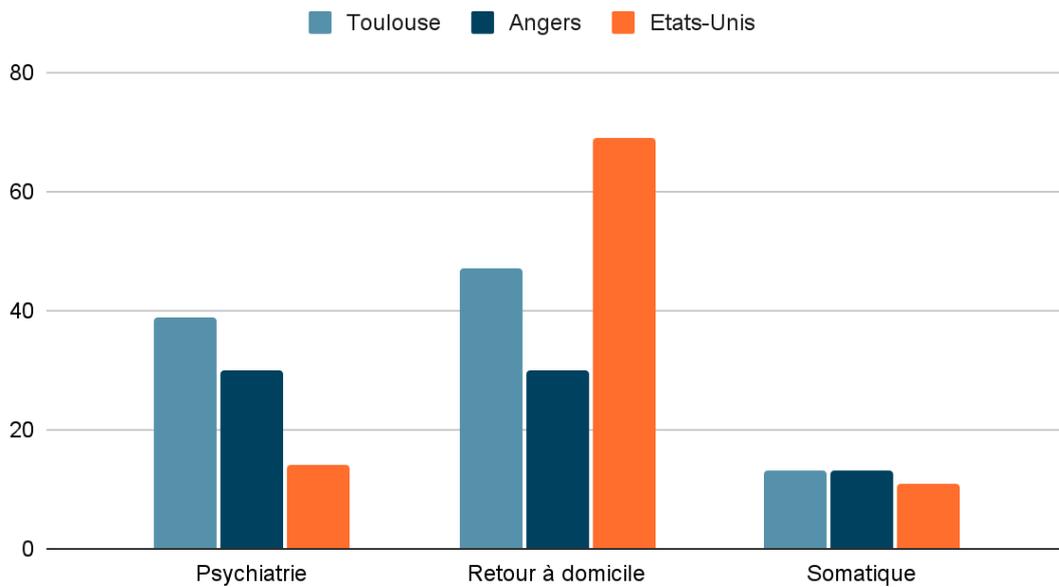
Figure 2 : Comparaison des étiologies de l'agitation



B. Orientations

Dans nos travaux, nous avons constaté qu'approximativement 50% des patients retournaient à domicile après leur prise en charge. Il est probable que cela concerne principalement des patients présentant des intoxications, ainsi qu'une proportion significative de patients psychiatriques. Nous questionnons si cette situation pourrait s'expliquer par une insuffisance de lits d'hospitalisation ou par une politique locale privilégiant les soins ambulatoires en psychiatrie.

Figure 3 : Comparaison des orientations



C. A propos de l'avis psychiatrique

Un avis psychiatrique a été donné pour 41 % des patients, cet avis étant généralement rendu avec une médiane de 13 heures après l'admission. Cette durée importante, corrélée avec les données de la littérature citée précédemment, implique une station prolongée dans un service non spécialisé dans la prise en charge des ces patients complexes, de par l'absence de locaux adaptés et de personnel expert dans la prise en charge des maladies psychiatriques. Ce délai peut être expliqué en partie par la nécessité d'un entretien psychiatrique chez un patient dont la conscience n'est pas altérée par les contentions chimiques, comme le rappelle les RBPC. Cette évaluation n'a été réalisée que dans 40% des cas chez les patients contentonnés physiquement, chiffre lié probablement au nombre de patients admis pour intoxication.

D. L'usage de la contention :

81% des patients ont été contentonnés physiquement, usage observé dans les mêmes proportions dans les 2 études. Il est à noter que la prescription écrite de la contention n'a jamais été retrouvée dans les dossiers médicaux. Il faut rappeler qu'il s'agit d'une prescription médicale, dont le médecin assume la responsabilité médico-légale. Il aurait été intéressant mais difficile (au vu des données manquantes fréquentes) d'évaluer la durée moyenne de contention et celle-ci doit contenir l'heure de début et de retrait de la contention. Dans notre étude, nous avons observé que 15% des patients contentonnés ne sont pas sédatisés. Cette

proportion élevée est préoccupante car une sédation adéquate est essentielle pour prévenir les traumatismes psychologiques et physiques associés à la contention évoqués en introduction. Ces résultats suggèrent un besoin urgent de revoir les protocoles de gestion des patients pour garantir des soins sûrs et éthiques.

E. Concernant les molécules utilisées

Dans une étude observant les préférences en matière de contention chimique à Hong Kong en 2015, où la Loxapine n'est pas implémentée, on remarque que les drogues les plus plébiscitées par les médecins urgentistes sont l'Halopéridol (47%) , suivi par le Midazolam (34%), puis par le Diazépam (14%) (26). Dans notre étude, les molécules de très loin les plus utilisées sont la Loxapine (71% des sédations), suivi par les benzodiazépines (18%) et l'Halopéridol (8%), résultats proches de ceux d'Angers. Lors d'une enquête sur la prise en charge des patients en état d'agitation dans les services d'urgences en France en 2008, les médecins urgentistes interrogés déclarent que le traitement sédatif qu'ils utilisent en première intention est la Loxapine IM, très largement (84%) ce qui est en accord avec les résultats de notre étude (27). La voie orale a été privilégiée dans environ 1 cas sur 3, ce qui témoigne d'une volonté d'utiliser cette voie moins traumatisante. On remarque une faible utilisation des associations neuroleptiques + benzodiazépines (8%). Miner et al montre dans leurs travaux une grande proportion d'utilisation de neuroleptiques atypiques, prescription rarissime dans notre étude. Il est possible que cela soit dû à un manque de connaissance et de formation des urgentistes français à l'égard de ces molécules.

Les neuroleptiques sont davantage utilisés chez les patients aux antécédents psychiatriques et ceux aux diagnostics finaux d'ordre psychiatrique. Chez les patients intoxiqués, on note l'utilisation préférentielle des neuroleptiques. Ces données sont en faveur d'une adéquation des prescriptions avec les recommandations (notamment américaines pour les intoxications, en effet, la peur de la sédation trop importante freinant probablement l'utilisation d'une benzodiazépine dans ces cas-là). Deux pratiques en désaccord avec les recommandations sont cependant à remarquer. D'une part, les benzodiazépines sont plus utilisées chez les patients âgés, potentiellement par appréhension des effets secondaires des neuroleptiques chez ces patients à risque. D'une autre part, les neuroleptiques sont privilégiés lors des diagnostics indéterminés.

Concernant l'efficacité, on relève une nécessité de réinjection chez 23% des patients contentionnés chimiquement, proportion proche de celles d'Angers (18%). Les patients âgés, avec un antécédent ou un diagnostic final psychiatrique ont nécessité d'une deuxième administration dans environ 30% des cas et sont les catégories les plus concernées par une nécessité de seconde réinjection.

Parmi les thérapeutiques les plus efficaces, on retrouve en tête l'association neuroleptique + benzodiazépine (résultats à modérer par le faible effectif) ainsi que les neuroleptiques seules, avec moins de 20% de réinjection, les benzodiazépines sont loin derrière avec quasiment 30% de réinjection. La Loxapine semble être plus efficace que l'Halopéridol avec respectivement 19% et 29% de réinjections.

Les doses moyennes des thérapeutiques sont relativement identiques selon les patients. Les doses les plus faibles sont plus impliquées dans les nécessités de nouvelle administration, ces doses étant souvent inférieures à celles recommandées. Cependant, l'utilisation prudente et raisonnée de ces thérapeutiques explique la faible proportion d'événements indésirables : seul un effet indésirable grave, sous la forme d'une hypotension avec trouble de la conscience a été relevé après utilisation de Midazolam en titration lors d'une ponction lombaire, rapidement résolutifs après antidote. Ceci est rassurant concernant la sécurité d'utilisation de la contention chimique lorsqu'elle est nécessaire. Il faut cependant rester vigilants, car l'étude de Miner et al, de plus grand effectif, retrouve davantage d'effets indésirables graves.

Fait notable, la contention chimique n'est que rarement prescrite, nos données sont essentiellement extraites des transmissions infirmières. Ceci expose à un risque de iatrogénie et médico-légal évidents.

La Kétamine n'a pas été utilisée au cours de la période analysée. Elle ne possède pour le moment pas l'AMM et reste absente des recommandations dans l'agitation en France, même si la RBPC de 2021 de la SFMU propose de discuter son utilisation par une équipe entraînée en pré-hospitalier. Cependant, les données dans la littérature (de niveaux de preuve plutôt faible) vont globalement tous dans le même sens en montrant une supériorité de la kétamine sur l'halopéridol en termes de sédation mais elle expose à plus de complications (notamment d'IOT) (28,29).

F. Limites

Notre étude présente des limites quant à la généralisation des résultats, car les pratiques cliniques en matière d'urgences psychiatriques varient d'une région à l'autre. On peut reprocher l'inclusion de patients avec une agitation sévère uniquement, et sans inclure les patients directement admis aux urgences psychiatriques, organisation non présente dans tous les SU français.

Les réinjections avant 30 minutes ont été considérées comme thérapeutiques initiales, empêchant d'étudier les causes et conséquences d'une réinjection précoce. De plus, l'hétérogénéité des traitements utilisés et leurs voies d'administration rendent difficile la comparaison de leur efficacité. Cette hétérogénéité est due à l'absence de littérature et de recommandations internationales robustes concernant la prise en charge de l'agitation aux urgences.

Il est important de noter que la récupération de toutes les données médicales des dossiers patients a été particulièrement ardue, en raison de dossiers insuffisamment remplis et de prescriptions manquantes. De plus, de nombreux patients ont fugué, ce qui limite le nombre de patients inclus et le volume de données exploitables. En pratique clinique dans les SU, nous constatons souvent que les dossiers médicaux des patients adressés pour des motifs psychiatriques sont incomplets, ce qui pose un risque médico-légal a fortiori compte tenu du nombre élevé de contentions physiques et chimiques. Ces données manquantes constituent une limite majeure à l'interprétation de nos résultats et représentent un axe principal d'amélioration pour nos futures prises en charge.

Malgré ces limitations, cette étude permet une première analyse de nos pratiques actuelles. Ces résultats auront un impact sur nos prises en charge, car nous chercherons à améliorer nos pratiques, potentiellement par des protocoles de soins, notamment en instaurant une sédation systématique lors de la contention.

G. Perspectives

Les échelles d'évaluation du risque d'agressivité ne sont pas utilisées au CHU de Toulouse. Comme rappelé dans la RBPC de la SFMU, ces échelles ont été développées en milieu psychiatrique et sont peu adaptées à la temporalité d'un SU. Pourtant, une étude interventionnelle de 2021, expérimentant l'introduction d'échelles infirmières d'évaluation de

l'agitation montre une diminution des interventions de sécurité et de contention chimique (). Il serait intéressant d'étudier l'implémentation d'échelles similaires dans nos SU.

Il serait intéressant d'analyser d'autres paramètres pouvant influencer les prescriptions comme le poids ou le niveau d'agitation. Des études prospectives randomisées comparant des prises en charge différentes seraient pertinentes pour analyser leur efficacité et risques relatifs.

VI. CONCLUSION

Notre étude épidémiologique descriptive des pratiques professionnelles au CHU de Toulouse en 2022 a permis de documenter les caractéristiques des patients en état d'agitation aiguë et les stratégies thérapeutiques employées par les médecins urgentistes. Les patients admis aux urgences en état d'agitation aiguë étaient majoritairement des hommes jeunes avec un diagnostic d'intoxication ou de pathologie psychiatrique décompensée. Bien que les approches thérapeutiques soient variées, les plus fréquemment utilisées incluent la contention physique et l'administration de neuroleptiques (principalement la Loxapine et l'Halopéridol) chez les patients plus jeunes, ceux ayant des antécédents de pathologie psychiatrique, ceux ayant un diagnostic d'intoxication ou d'ordre psychiatrique. En revanche, les benzodiazépines (principalement le Diazépam injectable et l'Oxazépam) sont privilégiées chez les patients plus âgés.

Nos résultats sont globalement conformes aux recommandations actuelles et à la littérature mais des améliorations sont nécessaires, notamment en ce qui concerne la connaissance et la documentation des pratiques de contention physique et chimique, les délais pour obtenir des avis psychiatriques, ainsi que la protocolisation des prises en charge. Ces changements pourraient améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients


Professeur Sandrine Charpentier
Cheffe de service des Urgences adultes
118, rue du Pr. Jean Raimon CHU Toulouse Rangueil
Place du Dr. Bague CHU Toulouse Purpan
31059 TOULOUSE Cedex 9 - Tél. 05 61 32 33 54
APC 01 0002872827

*Vu et permis d'imprimer,
À Toulouse, le 08/07/2024*

La Présidente de l'Université Toulouse III Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation
Le Doyen - Directeur
Du Département Médecine, Maïeutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Slade EP, Dixon LB, Semmel S. Trends in the duration of emergency department visits, 2001-2006. *Psychiatr Serv*. 2010 Sep;61(9):878–84.
2. GUEDJ-BOURDIAU M-J. Manuel pratique des urgences psychiatriques. LAVOISIER, editor. 2018.
3. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv*. 2005 Sep;56(9):1123–33.
4. Wong AH, Ray JM, Rosenberg A, Crispino L, Parker J, McVane C, et al. Experiences of individuals who were physically restrained in the emergency department. *JAMA Netw Open*. 2020 Jan 3;3(1):e1919381.
5. Crilly J, Chaboyer W, Creedy D. Violence towards emergency department nurses by patients. *Accid Emerg Nurs*. 2004 Apr;12(2):67–73.
6. Behnam M, Tillotson RD, Davis SM, Hobbs GR. Violence in the emergency department: a national survey of emergency medicine residents and attending physicians. *J Emerg Med*. 2011 May;40(5):565–79.
7. Roppolo LP, Morris DW, Khan F, Downs R, Metzger J, Carder T, et al. Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation). *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*. 2020 Oct;1(5):898–907.
8. Zaman H, Sampson SJ, Beck AL, Sharma T, Clay FJ, Spyridi S, et al. Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Dec 8;12(12):CD003079.
9. TREC Collaborative Group. Rapid tranquillisation for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomised trial of midazolam versus haloperidol plus promethazine. *BMJ*. 2003 Sep 27;327(7417):708–13.
10. Résumé des Caractéristiques du Produit [Internet]. [cited 2024 Jun 14]. Available from: <http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/rcp/R0371179.htm>
11. Notice patient - RIVOTRIL 1 mg/1 ml, solution à diluer injectable en ampoules - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cited 2024 Jun 17]. Available from: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63523836&typedoc=N>
12. Résumé des caractéristiques du produit - VALIUM 10 mg/2 ml, solution injectable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cited 2024 Jun 17]. Available from: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=6795926>

1&typedoc=R

13. Résumé des caractéristiques du produit - SERESTA 10 mg, comprimé - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cited 2024 Jun 17]. Available from: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=68269975&typedoc=R>
14. Résumé des caractéristiques du produit - HALDOL 5 mg/ml, solution injectable en ampoule - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cited 2024 Jun 17]. Available from: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=65374654&typedoc=R>
15. Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH, Feifel D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. *West J Emerg Med.* 2012 Feb;13(1):26–34.
16. Lebel C, Endomba FT, Chabridon G, Chauvet-Gélinier J-C. Efficacy and safety of loxapine in acute agitation: A systematic review of interventional studies. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2023 Dec 19;25(6).
17. Fiche info - ZYPREXA 10 mg, poudre pour solution injectable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cited 2024 Jun 17]. Available from: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/extrait.php?specid=63739570>
18. Walther S, Moggi F, Horn H, Moskvitin K, Abderhalden C, Maier N, et al. Rapid tranquilization of severely agitated patients with schizophrenia spectrum disorders. *J Clin Psychopharmacol.* 2014 Feb;34(1):124–8.
19. Kousgaard SJ, Licht RW, Nielsen RE. Effects of Intramuscular Midazolam and Lorazepam on Acute Agitation in Non-Elderly Subjects - A Systematic Review. *Pharmacopsychiatry.* 2017 Jul;50(4):129–35.
20. Brankston G, Picheca L. Antipsychotic drugs or benzodiazepines for rapid tranquilization in mental health facilities or emergency department settings. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2021.
21. Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d’urgences , Recommandations de Bonne Pratique Clinique, SFMU 2021.
22. Chevalier C. Les patients agités dans le service des urgences au CHU d’Angers : Analyse des pratiques sur une période de six mois. 2006;
23. Miner JR, Klein LR, Cole JB, Driver BE, Moore JC, Ho JD. The characteristics and prevalence of agitation in an urban county emergency department. *Ann Emerg Med.* 2018 Oct;72(4):361–70.
24. Wong AH, Taylor RA, Ray JM, Bernstein SL. Physical restraint use in adult patients presenting to a general emergency department. *Ann Emerg Med.* 2019 Feb;73(2):183–92.

25. Walia H, Tucker L-YS, Manickam RN, Kene MV, Sharp AL, Berdahl CT, et al. Patient and visit characteristics associated with physical restraint use in the emergency department. *Perm J*. 2023 Mar 15;27(1):94–102.
26. Chan EWY, Tang C, Lao KSJ, Ling Pong L, Tsui MSH, Ho HF, et al. Management of acute agitation in Hong Kong and comparisons with Australasia. *Emerg Med Australas*. 2015 Dec 3;27(6):542–8.
27. Enquête sur la prise en charge des patients en état d'agitation dans les services d'accueil et d'urgences en France - EM consulte [Internet]. [cited 2024 Jun 4]. Available from: <https://www.em-consulte.com/article/83168/enquete-sur-la-prise-en-charge-des-patient-s-en-eta#N1015C>
28. Tran K, Mierzwinski-Urban M. Ketamine for Pharmacological Management of Aggression and Agitation in Pre-Hospital Settings: A Review of Comparative Clinical Effectiveness, Safety and Guidelines. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2019.
29. Sullivan N, Chen C, Siegel R, Ma Y, Pourmand A, Montano N, et al. Ketamine for emergency sedation of agitated patients: A systematic review and meta-analysis. *Am J Emerg Med*. 2020 Mar;38(3):655–61.

Les patients en état d'agitation aiguë aux urgences : Description et analyse des pratiques professionnelles au CHU de Toulouse en 2022

Introduction :

À la lumière des données de la littérature et des recommandations actuelles, ainsi qu'au regard des défis posés par les états d'agitation aiguë, nous nous sommes intéressés aux caractéristiques épidémiologiques des patients agités ainsi qu'aux pratiques thérapeutiques mises en œuvre dans notre service d'urgence pour la prise en charge de l'agitation aiguë

Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une étude observationnelle rétrospective et épidémiologique monocentrique au CHU de Toulouse, sur une durée de 6 mois.

Résultats :

157 patients (81%) ont été contentionnés physiquement. Un diagnostic psychiatrique est posé chez 81 patients, d'intoxication chez 56 (26%) et d'ordre somatique pour 29 (15%), avec au total 92 (47%) de retour à domicile. Un avis psychiatrique a été donné pour 41 % des patients, rendu avec une médiane de 13 heures après l'admission. La contention chimique a été utilisée chez 166 patients (85%) nécessité de réinjection chez 23% d'entre eux. Les molécules les plus utilisées sont la Loxapine (71% des sédations), suivi par les benzodiazépines (18%) et l'Halopéridol (8%).

Conclusion : Ces résultats indiquent que bien que les pratiques de gestion de l'agitation au CHU de Toulouse soient globalement conformes aux recommandations et à la littérature, des améliorations sont nécessaires. En particulier, la connaissance et la documentation des pratiques de contentions physiques et chimiques, les délais pour obtenir des avis psychiatriques, la protocolisation des prises en charge sont des domaines dans lesquels des changements pourraient améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients.

Titre en anglais : Agitated patients in ED : a description and analysis of professional practices in the university hospital of Toulouse in 2022

Discipline administrative : Médecine spécialisée clinique

Mots-clés : agitation, médecine d'urgence, psychiatrie, urgences, contention, sédation, benzodiazépines, neuroleptiques

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Lola Griot



UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER

Université
de Toulouse

FACULTÉ DE MÉDECINE PURPAN
