



Agitation aiguë: définition, diagnostic différentiel et approche générale

Michel De Clercq (†), Haïtham S Mourad, Alexandre Dailliet, Benoît Gillain,
Brigitte Mahieu, André Masson, Vincent Dubois, Laurent Servais,
Edith Stillemans, Inge Meire

Introduction

De façon caricaturale, on serait tenté de décrire le patient agité comme quelqu'un de bruyant, combatif, ayant un discours incompréhensible et constituant une menace continue tant pour lui-même que pour son entourage. Lorsque plusieurs tentatives pour apaiser le patient auront été vaines, il faudra recourir à une sédation médicale, avant de pouvoir entreprendre un quelconque travail thérapeutique ou diagnostique.

Nous démontrerons dans cet article qu'à de nombreux égards, cette description ne coïncide pas avec la réalité. Tout d'abord, il existe d'autres formes d'agitation que les formes combatives. Par exemple l'agitation se limite parfois à une nervosité intérieure qui est, par conséquent, difficilement perceptible. Ensuite, nous aborderons la distinction entre les différentes formes d'agitation et leurs causes. En effet, l'étape du diagnostic préliminaire est fondamentale dans la prise en charge de l'agitation chez un nouveau patient. A titre d'exemple, l'administration de benzodiazépines comme médication sédative dans les cas d'intoxication éthylique peut provoquer des états comateux graves. De plus, en ayant recours à la sédation comme première action thérapeutique, on peut, certes, calmer le patient, mais cette sédation peut entraver la poursuite des investigations ou des observations du comportement du patient étant donné l'occultation des symptômes. Dans un troisième temps, nous aborderons brièvement les hypothèses neurobiologiques de l'agitation. Enfin, nous terminerons par l'approche thérapeutique de l'agitation, qui mérite une attention toute particulière. En effet, il s'agit d'être extrêmement prudent dans le choix des sédatifs administrés étant donné que ces derniers détermineront le bien-être du patient, l'alliance thérapeutique et la compliance future des patients.

Définition de l'agitation

Dans la pratique clinique, la notion d'agitation est souvent mal définie. Dans une revue de la littérature, Yudofsky et al. (1) reprennent les différents symptômes et comportements désignés comme agitation.

Tableau 1: Exemples tirés de la littérature publiée (première colonne) de divers symptômes et comportements (seconde colonne) désignés comme de l'agitation.

Barnes & Raskind (1980)	Belligérance Hostilité Tension interne
Zimmer et al. (1984)	Grattement Refus de manger Se taper la tête Comportement suicidaire Crachement Verbalisation bruyante
Cohen-Mansfield (1986)	Réclamations constantes injustifiées
Strubbe & Sivertsen (1987)	Augmentation des mouvements généraux Se hisser hors du lit Parler fort Refuser de coopérer
Thomas (1988)	Anxiété Marche incessante Troubles du sommeil Confusion Comportement inapproprié
Mungas et al. (1989)	Hyperactivité Volition rapide Crier
Roper et al. (1991)	Tension Agressivité Impulsivité sexuelle Refus de coopérer Comportement disruptif
Billing et al. (1991); Cohen-Mansfield & Marx (1992)	Irritabilité Jurer Mordre Comportement inapproprié Répéter des questions
Sinha et al. (1992)	Non observance Attirer l'attention Comportement sexuel inapproprié <i>Hoarding</i>
Pies (1993)	Détresse subjective
Aronson et al. (1993)	Vagabonder Donner des coups de poing Donner des coups de pied Vociférer
Sandel et al. (1995)	Fluctuation des niveaux de conscience et de cognition Acatésie Troubles de l'humeur Désinhibition
Bogner & Corrigan (1995)	Comportement excessif Etat de conscience altéré
Brooke et al. (1992)	Comportement moteur/verbal épisodique
Fawcett et al. (1995)	Se tordre les mains Faire les cent pas
Finkel et al. (1995)	Inconfort sévère Comportement disruptif
Gallop et al. (1993)	Comportement autodestructeur
Stewart (1995)	Larmoiement Crier Comportement accusateur
Zayas & Grossberg (1996)	Cracher Belligérance Errer sans but Faire les cent pas Crier

Comme nous pouvons le constater, les définitions de l'agitation sont très diverses. Il est important de remarquer que l'agitation n'est pas une entité diagnostique en soi, mais un symptôme non spécifique qui apparaît dans une variété importante de troubles. De plus, ce terme décrit des comportements et des états affectifs tellement variés qu'il est extrêmement difficile d'identifier l'étiologie sous-jacente uniquement sur base des comportements du patient.

Malgré le manque de définition arrêtée, on retrouve dans ce concept d'agitation un certain nombre de caractéristiques cognitives et comportementales relativement communes. Citons la confusion mentale, les hallucinations, l'hyperactivité verbale et motrice, les mouvements incontrôlés, la volition chaotique, la logorrhée, l'agressivité (agression) verbale et physique, les propos délirants, l'irritabilité, la faible tolérance à la frustration, l'inconfort pour l'entourage ou encore la difficulté de contact avec la personne. Ces deux dernières caractéristiques doivent être soulignées. L'agitation irrite les personnes qui entourent le patient, notamment parce qu'elles ne parviennent pas à lui dire qu'il exagère ou à lui demander pourquoi il se comporte de cette manière. Ce qui nous amène à faire la distinction entre l'agitation compréhensible (l'entourage en comprend la raison, mais trouve la réaction exagérée) et l'agitation incompréhensible (l'entourage ne la comprend pas vraiment).

Nous percevons ici l'importance de l'environnement lorsque l'on veut définir l'agitation: un certain type de comportement peut être acceptable dans certains environnements mais pas dans d'autres, le seuil de tolérance étant extrêmement variable d'un milieu à l'autre. Par exemple, dans un hôpital psychiatrique, ce seuil est fréquemment plus élevé que dans la société civile. De plus, l'agitation peut s'accompagner d'impulsivité ou d'agressivité et peut déboucher, dans certains cas, sur un comportement violent. Néanmoins, ces trois notions ne doivent pas être confondues (2).

Diagnostic différentiel

Étant donné l'imprécision de la définition de l'agitation, le clinicien peut être tenté

d'en conclure, à tort, que l'agitation est un trouble en soi. Le cas échéant, l'attitude thérapeutique sera alors centrée sur la prise en charge de l'agitation, par exemple par des injections de sédatifs, au lieu de s'intéresser prioritairement à l'origine de l'agitation. À la lumière du paragraphe précédent, nous proposerions de conceptualiser l'agitation à partir du comportement observable, tout en incitant le clinicien à en rechercher les troubles spécifiques sous-jacents. L'étape du diagnostic différentiel est donc fondamentale. En effet, les différents diagnostics requièrent des mesures de précaution et des interventions relativement différentes les unes des autres.

Il est donc important d'évaluer avec minutie l'affection actuelle et d'apporter une attention toute particulière à la rapidité d'apparition des symptômes, ainsi qu'aux antécédents médico-psychiatriques, aux antécédents de consommation de substances et de médicaments et aux antécédents familiaux. Tous ces éléments sont des facteurs de risque pour l'apparition de l'agitation (9).

Les symptômes physiques, psychiques et comportementaux sont également très importants. Dans la première colonne du tableau 2, nous énumérons les signes qui sont souvent facilement détectables à partir de l'anamnèse, de l'examen clinique et des examens complémentaires (4-6). Aucun de ces signes cliniques n'est cependant pathognomonique en soi. C'est leur combinaison qui accroît la vraisemblance des causes sous-jacentes mentionnées. Cette combinaison est donc un instrument précieux pour déterminer le diagnostic (voir la seconde colonne du tableau) et évaluer la gravité de l'état du patient (4).

Le tableau 2 offre également une autre possibilité d'aborder le diagnostic différentiel. D'après De Clercq (4), nous pouvons distinguer l'agitation incompréhensible et l'agitation compréhensible, en nous basant sur l'impression laissée par le premier contact avec la personne agitée. Lorsque les caractéristiques prédominantes de ce premier contact sont l'incompréhension, l'incohérence du langage et du comportement ainsi que la rupture avec l'attitude habituelle, il conviendra de

poser le diagnostic d'agitation incompréhensible. Au sein de cette catégorie, différentes étiologies sont possibles. On y retrouve en première place la confusion mentale, responsable de 20% des agitations. La cause en est rarement psychiatrique, mais principalement toxique ou somatique. Parmi les causes somatiques, nous retiendrons les problèmes neurologiques, les troubles métaboliques et les troubles infectieux (4).

Différents symptômes peuvent être décrits selon l'intensité de la confusion mentale. La confusion persiste habituellement plus longtemps que l'agitation et peut être mise en évidence par quelques questions simples: la date, le lieu où se trouve le patient, son nom, le nom des membres de sa famille, ... En dehors de la confusion mentale, l'agitation peut être associée à des troubles délirants, maniaques, mutiques ou (et) liée à des comportements violents.

En 1987, Young propose une distinction différente (7). D'après lui, des signes cliniques permettent de différencier la psychose fonctionnelle et la psychose organique. En cas de psychose fonctionnelle, la plupart des patients sont décrits comme alertes, orientés et présentant le plus souvent une schizophrénie paranoïde ou un trouble schizo-affectif. Ces patients n'abusent habituellement pas d'alcool ou de stupéfiants. Le contenu de leur pensée peut parfois apparaître empreint de confusion, mais une certaine logique et une cohérence persistent néanmoins. Les hallucinations auditives sont fréquentes.

En revanche, le patient dont l'agitation est secondaire à une étiologie organique est décrit comme confus avec un ralentissement idéique associé à des déficits intellectuels et cognitifs. Le discours est incompréhensible. Dans le délirium tremens, fréquemment associé à des hallucinations visuelles, on retrouve également des distorsions perceptives. L'anamnèse médicale, et en particulier la notion de prise de médicaments, doit retenir toute notre attention. En revenant au tableau, l'agitation compréhensible est, au contraire, généralement un problème comportemental apparaissant comme une réaction exagérée à une situation de conflit. Ce type d'agitation répond habituellement mieux aux traitements que l'agitation incompréhensible.

Tableau 2: Diagnostics différentiels.

Que pouvez-vous observer?	Qu'est-ce que c'est? Quelles causes?
<p>INCOMPREHENSIBLE Incohérence du langage et du comportement, rupture avec ce qui est normal, l'entourage ne peut pas comprendre la raison de l'agitation</p> <p>Confusion mentale</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perdu, anxieux - Obnubilation - Amnésie antérograde - Altération de l'état général - Perte de l'orientation dans le temps et dans l'espace - Délire, hallucinations 	<p>Toxique</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Intoxication ou usages excessifs de</u> <ul style="list-style-type: none"> - Psychotropes ou autres médicaments: neuroleptiques, lithium, antidépresseurs, benzodiazépines, méprobamate, barbituriques, anticholinergiques, antiparkinsoniens, procaine, corticoïdes, digitaline, pyrazoles, antihistaminiques, antihypertenseurs - Drogues: LSD, morphiniques, champignons hallucinogènes, cocaïne - Alcool - <u>Sevrage</u> <ul style="list-style-type: none"> - Avec delirium tremens: alcool, benzodiazépines, méprobamate, barbituriques - Sans delirium tremens: morphiniques, cocaïne <p>Organique</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Neurologique</u> Epilepsie (critique et postcritique): épilepsie temporale, Grand Mal, épilepsie partielle complexe, démence, accidents vasculaires (AIT et AVC), hypertension intracrânienne (tumeurs, hémorragies, hydrocéphalie, traumatisme, abcès cérébral), encéphalite, méningite - <u>Métabolique</u> Troubles ioniques, déshydratation, hypoglycémie, syndrome de Cushing, syndrome d'Addison, porphyrie aiguë, hyperthyroïdies, parathyroïdies - <u>Infectieux</u> Toute infection systémique peut s'accompagner d'un état confusionnel (pneumonie, voies urinaires, ...) <p>Psychiatrique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dépersonnalisation, fugue
<p>Délire, hallucinations</p> <ul style="list-style-type: none"> - Désintégration de la vie mentale et des relations - Communication bizarre (chaotique, étrange, discordante, raisonnement incohérent) - Thèmes hallucinatoires avec une petite structure, limites vagues (persécution, mégalomaniaque, érotomaniaque, mystique, hypochondriaque) - Dépersonnalisation - Anxiété - Humeur variable <p>- Symptômes négatifs</p>	<p>Toxique</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Intoxication</u>: LSD, cocaïne, XTC, amphétamines, cannabis, hallucinogènes, antiparkinsoniens, Lariam, Losec, cimétidine, interféron, ... - <u>Sevrage</u>: XTC, amphétamines, cocaïne <p>Somatique Epilepsie temporale, SIDA (direct et infection secondaire), démences</p> <p>Psychiatrique Troubles psychotiques, troubles de l'humeur</p>

<p>Agitation maniaque</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportement extravagant - Dépenses inconsidérées, extravagantes - Propositions sexuelles inappropriées - Humeur euphorique - Haute estime de soi - Désinhibition globale - Insomnie sans fatigue - Accès impulsif de furie - Irritabilité 	<p>Toxique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amphétamines, cocaïne, alcool - Traitement par des antidépresseurs, corticoïdes, hormones thyroïdiennes, théophylline, lariam, antituberculeux <p>Somatique</p> <p>Lésions frontales, syphilis (tabès)</p> <p>Psychiatrique</p> <p>Troubles de l'humeur bipolaires, troubles psychotiques</p>
<p>Agitation mutique</p>	<p>Sourds-muets, retard mental sévère, catatonie (troubles affectifs, troubles psychotiques)</p>
<p>Violence</p>	<p>Toxique</p> <p>Alcool, benzodiazépines, cocaïne, ecstasy, hallucinogènes, solvants</p> <p>Organique</p> <p>Maladie de Wilson, déficit en monoamine oxydase A, syndrome de Turner, lésions frontales, porphyries</p> <p>Psychiatrique</p> <p>Troubles psychotiques, troubles de la personnalité</p>
<p>COMPREHENSIBLE</p> <p>Problème comportemental sous forme d'une réaction (exagérée) à une situation de conflit spécifique, l'entourage comprend la raison mais trouve la réaction exagérée.</p>	
<p>Comportement agressif sans confusion ni manie ni délire</p>	<p>Organique</p> <p>Maladie d'Alzheimer, démence, démence sénile, chorée de Huntington</p>
<p>Agitation locomotrice</p> <p>Impatience, spasme généralisé, augmentation du tonus musculaire, parfois violence</p>	<p>Organique</p> <p>Botulisme, rage, tétanos</p> <p>Psychiatrique</p> <p>Syndrome des jambes sans repos, acathisie, anorexie, insomnie</p>
<p>Anxiété</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnée de plaintes somatiques (palpitations, sudation, tremblements, dyspnée, douleur thoracique) - Nausée, vertige - Réaction exagérée vs cause - Anxiété intense, peur de perdre le contrôle, peur de mourir - Déréalisation/dépersonnalisation 	<p>Toxique</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Usage</u> de cannabis, antimigraineux, SNRI, SSRI, boissons stimulantes (caféine) - <u>Sevrage</u>: héroïne, morphine, LSD <p>Somatique</p> <p>Insuffisance respiratoire (OAP, embolies pulmonaires, asthme), colique néphrétique, pancréatite, infarctus du myocarde et péricardite</p> <p>Psychiatrique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Troubles anxieux, troubles affectifs, troubles du sommeil, troubles de l'adaptation, troubles relationnels: crise de couple, crise de famille, problématique sociale - Troubles de la personnalité

<p>Agitation dépressive</p> <ul style="list-style-type: none"> - Humeur dépressive, sentiment de culpabilité et de désespoir, faible estime de soi, auto-agression - Insomnie postdormitionnelle - Perte de l'énergie, des activités, de la concentration, de l'intérêt - Perte de l'appétit 	<p>Toxique Usage de drogues, médicaments</p> <p>Psychiatrique Troubles de l'humeur</p> <p>Somatique Maladie somatique, vulnérabilité, prédisposition génétique à la dépression</p>
<p>Hyperventilation</p> <p>Réduction de la conscience, sensation vertigineuse, étourdissement, vision trouble</p>	<p>Organique Trouble du métabolisme (phospho-calcique, parathyroïdie, paranéoplasie)</p> <p>Psychiatrique Trouble anxieux, troubles affectifs, troubles relationnels, troubles de l'adaptation</p>
<p>Violence</p>	<p>Toxique Alcool, benzodiazépines, cocaïne, XTC, solvants, hallucinogènes</p> <p>Organique Démences, retard mental</p> <p>Psychiatriques Troubles psychotiques, troubles de la personnalité, troubles du contrôle des pulsions</p>
<p>Hystérie/comportement névrotique</p> <p>Déviance du comportement (théâtral), de la cognition, de l'affect, des relations, du contrôle des pulsions</p>	<p>Psychiatrique Troubles relationnels, troubles de la personnalité</p>
<p>Comportement antisocial</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impulsif, intolérant, ignore les lois sociales, souvent violent - Absence d'anticipation des conséquences - Absence d'anxiété 	<p>Psychiatrique Troubles de la personnalité</p>

Le tableau 2 reprend différentes causes possibles d'agitation compréhensible, comme l'anxiété, l'agitation dépressive, les crises d'hyperventilation, l'hystérie et le comportement antisocial.

Le tableau 2 peut donc nous guider dans l'élaboration du diagnostic différentiel. Sont d'abord reprises les caractéristiques générales de l'agitation. On y rattache ensuite les différentes caractéristiques spécifiques à l'étiologie sous-jacente. Dans la rédaction du tableau on a tenu compte des travaux de Harrison (8) et de Kaplan (9).

Hypothèses neuro-physiologiques

La compréhension neuro-anatomique et neurophysiologique de l'agressivité peut être une voie d'avenir dans la conceptualisation et le traitement de l'agitation. Certaines études ont exploré la relation qui existe entre le fonctionnement cérébral et l'agressivité. C'est ainsi qu'on trouve de nombreuses hypothèses relatives à la base neuro-anatomique de l'agitation mais actuellement, aucune d'entre elles n'est suffisamment précise.

Par exemple, d'après Krishnan (10), le noyau caudé pourrait être impliqué dans les comportements agressifs. D'autre part, il semble qu'un craniopharyngiome affectant la base de l'hypothalamus provoque un comportement agressif très sévère. Les crises d'épilepsie et les altérations liées au lobe frontal sont mises en relation avec les comportements agressifs. C'est la localisation plutôt que la taille de la lésion qui semble être importante dans le développement de l'agressivité. Par ailleurs, on a montré que le trouble du contrôle des pulsions est associé à une

baisse du fonctionnement sérotoninergique cérébral, que certains gènes jouent un rôle dans le métabolisme et la neurotransmission sérotoninergique, et que l'antagonisme des récepteurs 5HT₂ semble réduire l'agressivité (11).

Si certains aspects du schéma neuro-anatomique de l'agressivité ont pu être mis en lumière, de nombreuses questions persistent néanmoins et notamment en ce qui concerne la relation entre la localisation des lésions cérébrales et le comportement agressif.

Approche générale

L'approche générale que nous voulons prôner en ce qui concerne la sédation du patient agité est, avant tout, une approche symptomatique. Cela ne signifie nullement qu'il ne faille pas rechercher la cause de l'agitation; au contraire, cette étape primordiale doit précéder toute intervention médicale.

La première étape est donc de poser un diagnostic différentiel de l'agitation et de ses causes en se basant sur les signes cliniques observés (12). Avant d'entamer un traitement psychopharmacologique, il faut donc se donner tous les moyens pour rechercher l'origine du comportement agité avec le degré de certitude le plus élevé possible. Toutefois, si l'agitation est très aiguë au point d'empêcher toute possibilité d'anamnèse, il faudra bien intervenir avant que le diagnostic ne soit posé. Dans ce cas, nous préconisons un traitement symptomatique qui ne doit être maintenu que le temps nécessaire.

Outre la médication, le traitement symptomatique de l'agitation comporte également la prise en charge comportementale. Une telle approche comportementale est un préalable pour le clinicien dans l'abord du patient.

Tesar (2) donne aux cliniciens quelques règles de conduite à suivre face à un patient qui a perdu le contrôle de lui-même ou qui présente un comportement agressif. Avant tout, le clinicien devrait toujours garder son calme. Si nécessaire, il devra quitter la pièce pour se calmer. Le clinicien devrait toujours aborder le

patient avec une attitude respectueuse et rassurante, en évitant de porter tout jugement. En parlant au patient, le clinicien peut l'aider à retrouver un sentiment de contrôle en lui faisant entrevoir certaines alternatives et en lui rappelant explicitement que l'évolution de la situation est entièrement entre ses mains. Il est également très important d'opérer certaines séparations, par exemple d'un membre de sa famille qui pourrait favoriser la perte de contrôle.

D'autre part, le clinicien peut rassurer le patient en autorisant la présence d'une personne proche pendant l'évaluation. Le fait de laisser ouverte la porte de la salle d'examen peut également être rassurant pour le patient. Pour la même raison, mais aussi par mesure de sécurité, une distance suffisante doit être maintenue entre l'examineur et le patient. De manière idéale, l'examineur doit se placer entre le patient et la sortie du lieu d'examen. Lorsqu'une contention forcée du patient s'avère nécessaire, il faut s'assurer de la collaboration d'un personnel disponible et formé à ce type d'intervention. Cette dernière mesure ne doit pas durer plus longtemps que nécessaire pour que, au plus vite, le patient reprenne le contrôle de lui-même.

Mesures diagnostiques

Il faudra faire le plus rapidement possible un examen clinique, neurologique ainsi que le contrôle de certains paramètres (température, pouls et tension artérielle). Idéalement, un échantillon de sang devrait être prélevé pour analyser la formule sanguine complète, les ions, la CRP, la glycémie, les tests hépatiques, l'urée, la créatinine et les substances toxiques. Un screening toxicologique des urines devrait également être effectué.

Approche pharmacologique

Contrairement aux mesures diagnostiques, le traitement pharmacologique de l'agitation ne fait pas encore l'objet d'un consensus universellement reconnu. Nous proposons donc un tableau basé sur l'expérience et en tenant compte d'une approche avant tout symptomatique.

Traitement pharmacologique aigu de l'agitation (les 12 premières heures)

Benzodiazépines seules

(ex: lorazépam 4mg IM)

- A utiliser dans la plupart des cas d'agitation compréhensible comme l'anxiété,
- Critères d'exclusion: abus d'alcool ou de substances, confirmé ou suspecté, patients déments, problèmes respiratoires, confusion.

Neuroleptique sédatif seul

- Le dropréridol, utilisé dans la confusion, les intoxications et les urgences médicales, remportait la préférence sur l'halopéridol, le flupentixol ou le clopentixol en raison de son faible potentiel d'induction de symptômes extrapyramidaux (SEP), de sa rapidité d'action et de sa courte demi-vie. En raison de son risque potentiel de prolongement QTc, il ne sera malheureusement plus disponible.
- D'autres alternatives dans la gamme des neuroleptiques restent possibles, par exemple le prothypendil et la clotiapine, bien que des études spécifiques portant sur la toxicité cardiovasculaire éventuelle de ces substances ne semblent pas disponibles.
- Un antipsychotique atypique par voie parentérale n'est pas encore évaluable actuellement.

Neuroleptique sédatif plus benzodiazépine

- Pour potentialiser les deux effets en l'absence de critère d'exclusion.

Benzodiazépine plus nouvel antipsychotique

- En cas de diagnostic de psychose confirmé et connu.

Conclusion

Très souvent, la famille et les proches amènent des patients en état d'agitation au service des urgences. Bien qu'un certain nombre de caractéristiques communes

de l'agitation soient régulièrement retrouvées, il demeure difficile de donner une définition précise de l'agitation. Comme nous l'avons vu, il existe un grand nombre de causes possibles. Dans les situations d'urgence, l'étiologie est souvent inconnue. Il est cependant important de calmer le patient car il existe toujours un risque d'agressivité et de violence. Nous avons aussi insisté sur l'importance de l'approche comportementale et verbale dans l'évaluation du patient agité.

Lorsqu'un traitement psychopharmacologique s'impose, les benzodiazépines s'avèrent efficaces sauf en cas de risque d'abus d'alcool ou d'intoxication. Dans les

situations incertaines, l'administration d'un neuroleptique sédatif injectable, en tenant compte du risque potentiel de prolongation QTc, constitue le meilleur choix.

Références

1. Yudofsky SC, Kopecky HJ, Kunik MSN, Silver JM, Endicott J. The overt agitation severity scale for the objective rating of agitation. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* 1997;9:541-8.
2. Papart P. Troubles psychiatriques et dangerosité. *Acta Psychiatrica Belgica* 1999;99:229-38.
- 3a. Tesar GE. The agitated patient, Part I: Evaluation and behavioral management. *Emergency Psychiatry* 1993;44:329-31.
- 3b. Tesar GE. The agitated patient, Part II: Pharmacological treatment. *Emergency Psychiatry* 1993;44:627-9.
4. De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Bruxelles: De Boeck Université, 1997.
5. Haffen E, Sechter D. Etat d'agitation. Orientation diagnostique et conduite à tenir en situation d'urgence avec la posologie médicamenteuse. *La Revue Du Practicien* 1998;48:1123-7.
6. Manus A, de Medeiros P, Monfort JC. Etat d'agitation. Orientation diagnostique et principes du traitement d'urgence. *Revue Du Practicien* 1992;42:1053-6.
7. Young GP. The agitated patient in the emergency department. *Neurologic Emergencies* 1987;5:765-81.
8. Harrison TR, Wilson, JD. *Harrison's principles of internal medicine*. New York: McGraw-Hill, 1991.
9. Kaplan, HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of Psychiatry*. Baltimore: Williams and Wilkins, 1985.
10. Krishnan, K.R. Brain Imaging Correlates. *Journal of Clinical Psychiatry* 1999;60(S15):50-45.
11. Kavoussi R, Armstead P, Coccaro E. The neurobiology of impulsive aggression. *The Psychiatric clinics of North America* 1997;20(2):395-403.
12. Levy RH. Sedation in acute and chronic agitation. *Pharmacotherapy* 1996;16:152S-159S.

Lecture recommandée

- De Clercq M, Ferrand I, Andreoli A. Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences. *Encyclopédie Médicale et Chirurgicale* 1996;37-678-A-10, 1-13.