L'agitation en réanimation

Bérangère Dupin, Denis André

Service Anesthésie réanimation 1 - Groupe Hospitalier Pellegrin (Bordeaux)

Les services de réanimation sont régulièrement confrontés à des patients agités. Pour certains auteurs cela concerne pratiquement la moitié des patients qui ont bénéficié d'une ventilation mécanique [1]. La difficulté de leur prise en charge réside dans le fait que l'agitation est un symptôme peu spécifique regroupant un vaste ensemble de situations cliniques dont les conséquences peuvent être dramatiques. L'une des premières missions de l'équipe soignante est d'apprécier la montée en puissance du symptôme pour éviter une mise en danger du patient et du personnel afin de revenir au calme tout en permettant de faire un diagnostic étiologique. Une reprise de sédation peut parfois s'imposer mais n'est pas sans conséquence en termes de comorbidités [2]. L'objectif de cette présentation est de proposer une réflexion permettant de pouvoir aborder le patient agité sous l'angle du traitement symptomatique (gestion de l'urgence psychocomportementale) tout en cherchant à juger de la gravité somatique étiologique sous-jacente.

1. Définition

L'agitation ne dispose pas d'un cadre nosographique précis dans le DSM V. On retrouve au chapitre des troubles neurocognitifs le terme de délirium qui est parfois mal utilisé dans la littérature francophone. Dans la terminologie française, le délirium correspond uniquement à l'état confusionnel et le terme ne peut être utilisé que pour l'étiologie alcoolique [3]. L'agitation correspond donc à un trouble du comportement hétérogène dans ses présentations cliniques et dans ses causes. Il se traduit par un trouble du comportement sans but évident associé à une tension interne d'inconfort ou d'anxiété [1,4]. Il se manifeste le plus souvent par les éléments suivants : un état d'excitation verbale et/ou motrice, pathologique, non adapté à l'environnement, d'intensité et de durée variable avec augmentation de la réactivité aux stimuli associée à une irritabilité et à une incapacité à rester tranquille. L'agitation peut être associée ou non à de l'agressivité. Elle constitue une situation d'urgence dans la mesure où il existe fréquemment une mise en danger du patient et/ou de son entourage. Le patient perdant le contrôle de ses pensées, de sa parole et de ses actes ; le risque de passage à l'acte n'est pas négligeable.

2. Les facteurs prédisposants

Le passage en réanimation fait vivre au patient une véritable épreuve psychique et somatique. Outre la confrontation au risque vital, le patient se retrouve dans un environnement qui peut rapidement être hostile. Une fois conscient, la dépendance vis à vis des machines et du personnel soignant est source d'angoisse. Cette description rapide ne fait pas état des perturbations métaboliques, biologiques et médicamenteuses qui perturbent le fonctionnement cérébral [5].

[\(Tableau I\)](#)

Au sujet du bruit, l'International Noise Council a fixé un seuil de 45 dB à ne dépasser pour le jour, 40 dB le soir et 20 dB la nuit. Or, le bruit de fond en réanimation est estimé à plus de 50 dB avec des bruits de crête supérieurs à 70 voire 80 dB [6]. Le sommeil est également perturbé par l'absence de fenêtre et/ou par le maintien d'une forte intensité lumineuse de jour comme de nuit entraînant une perte du cycle nyctéméral. La gêne permanente engendrée par les cathéters ou les sondes ajoutée aux douleurs potentielles lors des soins pluriquotidiens ne permettent pas au malade de rester serein. A cela s'ajoute également l'isolement sensoriel, le malade percevant une activité environnante qu'il ne peut appréhender directement [7].

Les traits de personnalité du patient, ses antécédents, son entourage familial contribuent bien entendu à la façon dont va se dérouler le séjour en réanimation. Une atmosphère sereine, rassurante et détendue mise en place par l'équipe soignante aura aussi toute son importance. La difficulté est de pouvoir entretenir cette ambiance dans un contexte de risque vital permanent au sein du service. Toute participation à la montée d'angoisse ou d'un sentiment de mal être favorisant la désorganisation psychique et l'agitation est à proscrire.

3. Les conséquences

Les conséquences de l'agitation sont multiples tant pour le patient que pour les soignants. L'agitation est source de comorbidités propres (arrachement de sondes et/ou cathéters, chutes, auto/hétéro agressivité) pouvant prolonger le séjour en réanimation ce qui induit des comorbidités indirectes (retard de sevrage respiratoire, surinfections, troubles cognitifs, etc.) [8]. L'agitation va également générer un stress pour le soignant qui peut se sentir démuni voire menacé. La relation soignant/soigné peut s'en trouver modifiée. La frontière entre bienveillance et maltraitance risque d'être éprouvée. Dans certaines situations, il faudra savoir rester professionnel et savoir passer la main si la limite risque d'être franchie ou si le patient tient le soignant pour persécuteur désigné. La redistribution des rôles notamment au plan du rapport Homme/Femme est donc importante en cas de besoin. La notion d'équipe est toujours à garder à l'esprit. Enfin, l'agitation et ses conséquences génèrent une charge accrue en soin ; la prise en charge de ces malades peut se faire au détriment des autres malades.

4. Les échelles d'évaluation

L'évaluation du patient agité est difficile sans élément objectif et compréhensible y compris à distance (en cas de recours à un renfort ou à une prescription téléphonique). Or une bonne évaluation déterminera le degré d'urgence et le projet thérapeutique. L'intérêt d'une évaluation sous forme d'échelle reproductible entre différents soignants est aussi d'affiner la prescription à la juste mesure de la situation sans tomber dans l'écueil du sous/surdosage. Il existe des échelles évaluant la sévérité de l'agitation mais peu sont applicables en réanimation. Certaines échelles de sédation comme l'échelle de Ramsay, l'échelle S.A.S (Sedation Agitation Scale) ou l'échelle R.A.S.S. (Richmond Agitation Sedation Scale) comportent des items en ce sens. L'échelle RASS pouvant par ailleurs être complétée par la C.A.M . I.C.U. (Confusion Assessment Method for Intensive Care Unit) [9].

(Tableau II)

Dans notre service, nous avons pris le parti de choisir l'échelle R.A.S.S. [10] qui a l'avantage de comporter des scores négatifs pour un malade sédaté et des scores positifs pour un malade éveillé. Même sans connaître parfaitement les items, on repère facilement la situation dans laquelle on se trouve, ce qui facilite les échanges. L'autre intérêt des échelles pourrait être de les utiliser en prescriptions anticipées à l'instar des échelles de douleur dans les protocoles d'analgésie. En dehors de la problématique étiologique, elles permettraient de titrer le retour au calme ou de déclencher l'appel à l'avis médical.

5. La prise en charge du patient agité

L'agitation doit être traitée car elle met en danger le patient et son entourage. Plusieurs études montrent que l'agitation en réanimation est associée à une augmentation de la morbidité, de la durée de séjour en réanimation, de la durée de sevrage de la ventilation mécanique, de la durée d'hospitalisation et du risque de développer des troubles cognitifs [8,11,12]. Il ne faut cependant pas se limiter au traitement symptomatique car l'agitation peut être causée par de nombreuses étiologies curables et parfois d'évolution mortelle en l'absence de traitement spécifique. Parmi les pièges les plus courants (liste non exhaustive), il faut songer aux troubles métaboliques (hypoglycémie, hyponatrémie, hypercalcémie, déshydratation, encéphalopathie hépatique ou rénale), aux étiologies neurologiques (récidive hémorragique, AVC, épilepsie, intoxications, sevrages), aux étiologies cardiologiques (OAP, troubles du rythme, embolie pulmonaire), aux traitements (fluoroquinolones, antihypertenseurs centraux, morphine, ...), aux états de choc débutants, aux défauts d'analgésie ; le tout sans oublier d'autres causes comme les fécalomes et les globes urinaires. L'objectif du traitement symptomatique vise avant tout à retrouver le calme pour permettre dans un second temps le traitement étiologique.

Dans la prise en charge de l'agitation symptôme, il faut distinguer plusieurs niveaux d'action [13] : les mesures de prévention, les solutions environnementales et

les solutions médicamenteuses. L'action infirmière est primordiale. En amont, il est important de créer une relation de confiance rassurante et contenant avec le patient. Chercher à humaniser les soins via la verbalisation et les explications permet de briser la spirale peur-anxiété. Idem en impliquant les proches lors des visites.

La prise en charge de la douleur est primordiale pour assurer le meilleur confort possible aux patients et permettre un réveil dans les meilleures conditions surtout lors de la levée de la sédation lorsque le patient, encore intubé, ne peut exprimer ses ressentis.

Donner des repères en accrochant les photographies des proches, mettre un calendrier, favoriser l'orientation spatio-temporelle, restaurer l'acuité sensorielle (lunettes, appareils auditifs), tenir compte du confort et de l'intimité, limiter les bruits au profit d'une ambiance sonore apaisante, respecter le rythme nyctéméral en exposant le patient à la lumière du jour sont autant de moyens à mettre en œuvre. Il est également crucial de dialoguer entre soignants pour anticiper les situations de mise en danger. La difficulté des prescriptions anticipées est de déterminer le seuil à partir duquel on peut/doit faire appel à un nouvel avis médical. D'où l'importance de la sensibilisation des équipes médicales et paramédicales au moment des visites. Lorsque l'agitation survient il faut tenter de limiter les conséquences autoagressives. La contention, bien que très discutée, reste un moyen d'action efficace. Elle relève d'une prescription médicale et doit être limitée dans le temps pour éviter de générer à son tour angoisse et agitation. La mise en place de la contention physique ne doit pas dispenser de la surveillance du patient et des complications éventuelles (lésions cutanées, lésions nerveuses, sentiments d'humiliation, de colère ou de perte de dignité liés à la privation de liberté). Elle fait l'objet d'une information claire au patient et à son entourage dans le but de rechercher son consentement.

Bien que peu réceptif au discours soignant, le patient reste sensible à la mélodie du langage, au ton employé, au regard et à l'attitude de son interlocuteur. Plutôt que de rentrer dans l'affrontement, il est préférable d'adopter une position basse. Idem en cas de présence de la famille. La contention chimique peut aussi s'imposer [8]. Le but est d'éviter une reprise de sédation et les effets secondaires délétères sur la ventilation. On dispose dans cette indication de plusieurs familles de psychotropes : les benzodiazépines, les neuroleptiques sédatifs/antiproductifs, les antipsychotiques voire les normothymiques [8] [14].

Conclusion

L'agitation est une vraie urgence qui nécessite une prise en charge rigoureuse et immédiate pour éviter des conséquences délétères tant pour le patient et que les soignants. Quelle que soit la situation, il faut savoir rester professionnel et soignant en évaluant la situation au mieux pour mobiliser les ressources adaptées. L'approche relationnelle par une attitude calme, ferme et vigilante sera garante du respect de la dignité physique et morale du patient qui doit toujours être respectée.

Enfin, il est toujours indispensable d'éliminer une cause organique et privilégier les traitements étiologiques. En cas d'agitation symptôme, l'utilisation des traitements psychotropes devra toujours tenir compte des effets secondaires dans le but d'éviter la reprise de sédation ou de nouvelles défaillances.

Références bibliographiques

- [1] J. W. W. Thomason, A. Shintani, J. F. Peterson et al. "Intensive care unit delirium is an independent predictor of longer hospital stay: a prospective analysis of 261 non-ventilated patients." *Crit. Care Med.*, 2005; 9(4): R375-81.
- [2] J-P. Kress, A.S. Pohlman, M.F. O'Connor et al. "Daily interruption of sedative infusion in critically ill patients undergoing mechanical ventilation," *NEJM*, 2000; 342(20): 1471-77.
- [3] American Psychiatry Association, "DSM-V," Ed. Elsevier - Masson, 2015; *Troubles NeuroCognitifs*, 704-58.
- [4] I.L. Cohen, T.J. Gallager, A.S. Pohlman et al. "Management of the agitated intensive care unit patient." *Crit Care Med*, 2002; 30(1): S97-S123.
- [5] P. Pandharipande, B. A. Cotton, A. Shintani, et al. "Prevalence and risk factors for development of delirium in surgical and trauma intensive care unit patients." *J. Trauma*, 2008; 65(1): 34-41.
- [6] J.C. Venhard, M. Orrillard, D. Perrotin. "Etude du bruit dans un service de réanimation." *Réanimation Urgences*, 1997/11;6(5): 613-19.
- [7] P. Kalfon. "Sources de nuisances et d'inconforts en réanimation." *Réanimation*, 2010; 19(3): 221-227.
- [8] B.D. Osman, S. Kouki. "Guide de pratiques cliniques pour la prise en charge de la douleur, de l'agitation et du délirium chez l'adulte en réanimation." Rérentiel SRLF, 2013.
- [9] J. Barr, G. L. Fraser, K. Puntillo, et al. "Clinical practice guidelines for the management of pain, agitation, and delirium in adult patients in the intensive care unit." *Crit. Care Med.*, 2013; 41(1): 263-306.
- [10] G. Chanques, S. Jaber, E. Barbotte, et al. " Validation de l'échelle de vigilance – agitation de Richmond traduite en langue française." *Ann. Fr. Anesth. Reanim.*, 2006; 25(7): 696-701.
- [11] E. Wesley Ely, A. Shintani, B. Truman, et al. "Delirium as a predictor of mortality in mechanically ventilated patients in the intensive care unit." *JAMA*, 2004; 291(14): 1753-62.
- [12] T. Girard, J. James, P. Pandharipande et al. "Delirium as a predictor of long-term cognitive impairment in survivors of critical illness." *Crit. Care Med.*, 2010; 38(7): 1513-1520.
- [13] S. K. Inouye, S.T. Bogardus, P.A. Charpentier et al. "A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients." *NEJM*, 1999; 340(9): 669-76.
- [14] R. Patel, M. Gambrell, T. Speroff et al. "Delirium and sedation in the intensive care unit : survey of behaviors and attitudes of 1384 healthcare professionals." *Crit .Care Med.*, 2009; 37(3): 825-832

Tableau I

Facteurs liés à l'hôte	Facteurs liés à la pathologie	Facteurs liés à l'environnement
Âge, Personnalité	Sepsis	Troubles métaboliques
Comorbidités : HTA, addictions	Hypoxémie, Hypotension	Bruit
Troubles cognitifs pré-existants	Scores de gravité	Privation de sommeil
Polymorphisme génétique	Défaillances d'organes	Sédatifs - Analgésie

D'après Pandharipande P. et al. In Crit Care 2005 & 2008.

[Retour au texte](#)

Tableau II

	R.A.S.S.		Ramsay		S.A.S
+ 4	Combatif : danger immédiat envers l'équipe	1	Anxieux et agité	7	Agitation dangereuse
+ 3	Très agité : tire, arrache tuyaux ou cathéters et/ou agressif	2	Coopérant, calme et orienté	6	Très agité
+ 2	Agité : mouvements fréquents sans but précis et/ou désadaptation du respirateur	3	Endormi mais réponse aux ordres	5	Agité : anxieux, calmé par la voix
+1	Ne tient pas en place : anxieux ou craintif, mais mouvements orientés, peu fréquents, non vigoureux, non agressifs	4	Endormi mais réponse nette aux stimulations	4	Calme et coopérant
0	Eveillé et calme	5	Endormi avec réponse faible aux stimulations	3	Sédaté
- 1	Somnolent : pas complètement éveillé, mais reste éveillé avec contact visuel à l'appel (>10s)	6	Pas de réponse aux stimulations nociceptives	2	Très sédaté
- 2	Diminution légère de la vigilance : reste éveillé avec contact visuel à l'appel (<10s)			1	Non réveillable
- 3	Diminution modérée de la vigilance : n'importe quel mouvement à l'appel mais pas de contact visuel				
- 4	Diminution profonde de la vigilance : aucun mouvement à l'appel, n'importe quel mouvement à la stimulation physique				
- 5	Non réveillable : aucun mouvement ni à l'appel ni à la stimulation physique				

Echelles de sédation/agitation

[Retour au texte](#)