

Pratique professionnelle

Conférence de Consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) »

Recommandations du jury : texte court



Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) qui lui a attribué son label de qualité.

Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le Jury de la Conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANAES.

Malgré le peu d'articles sur le sujet ayant un niveau de preuve de haut grade, lorsque ce niveau de preuve a été cité, il fait référence aux définitions suivantes :

– *Score d'évaluation des références*

- a) études prospectives, contrôlées et randomisées,
- b) études non randomisées, comparaisons simultanées ou historiques de cohortes,
- c) mises au point, revues générales, éditoriaux et études substantielles de cas en série, publiés dans des revues avec comité de lecture et révisés par des experts extérieurs,
- d) publications d'opinions telles que monographies ou publications d'organisations officielles dans des journaux ou des livres sans comité de lecture et sans révision par des experts extérieurs.

– *Score pour les recommandations*

- *Niveau 1* : recommandation justifiée en elle-même par des preuves scientifiques indiscutables.
- *Niveau 2* : recommandation justifiée par des preuves scientifiques et le soutien consensuel des experts.
- *Niveau 3* : recommandation ne reposant pas sur des preuves scientifiques adéquates mais soutenue par les données disponibles et l'opinion des experts.

QUESTIONS

- 1 – Quelles sont les formes cliniques, les étiologies, les explorations immédiates à entreprendre dans l'agitation en urgence ?
- 2 – Quel traitement doit être mis en Œuvre immédiatement dans l'agitation en urgence ?
- 3 – Comment le patient doit-il être surveillé et dans quelle structure doit-il être admis ou transféré ?
- 4 – Quelles sont, en France, les implications réglementaires et juridiques de l'agitation en urgence ?

QUESTION 1 — QUELLES SONT LES FORMES CLINIQUES, LES ÉTIOLOGIES, LES EXPLORATIONS IMMÉDIATES A ENTREPRENDRE DANS L'AGITATION EN URGENCE ?

Définition

L'agitation se définit comme une perturbation du comportement moteur, psychique et relationnel. Elle suscite une réaction d'intolérance de l'entourage et du milieu.

Epidémiologie

La prévalence avoisine 1 % des passages. Les étiologies, parfois intriquées, sont psychiatriques (62 %), organiques (25 %), toxiques (25 %).

QUELLES SONT LES FORMES CLINIQUES ?

Chez l'adulte

— Formes d'agitation incontrôlable :

- l'agitation incontrôlable, avec violences : le contact, l'entretien, l'examen clinique ne sont pas réalisables ;

- l'agitation avec signes de passage à l'acte violent imminent : le retard à la prise en charge majeure le risque de violence. Les antécédents de comportement violent seront systématiquement recherchés.

— Formes d'agitation contrôlable : elles permettent un entretien, le recueil de l'anamnèse et un examen somatique.

Chez le grand enfant, l'adolescent

Elles expriment souvent une crise familiale ou sociale. La demande vient exceptionnellement de l'adolescent lui-même.

Chez la personne âgée

Elles sont agressives ou non, d'expression verbale et/ou physique.

QUELLES SONT LES CAUSES ORGANIQUES ?

Une cause organique doit toujours être recherchée notamment chez la personne âgée (*tableau*).

Causes organiques fréquentes	
Hypoxie, hypercapnie	Méningite, méningo-encéphalite
Etats de choc	Accidents vasculaires cérébraux
Hypoglycémie	Masses intra crâniennes
Troubles électrolytiques	Globe vésical, fécalome
Epilepsie	Hyperthermie
Hémorragie méningée	Traumatisme méconnu
Douleur	

QUELLES SONT LES CAUSES TOXIQUES ?

Chez l'adolescent et l'adulte

L'alcool représente la première cause d'agitation où les manifestations hallucinatoires ou délirantes peuvent être au premier plan.

L'abus de stupéfiants, de médicaments et les sevrages sont souvent en cause, de façon isolée ou associés entre eux.

Chez la personne âgée

Une iatrogénie doit toujours être recherchée

QUELLES SONT LES CAUSES PSYCHIATRIQUES ?

Chez l'adulte

L'accès maniaque : l'agitation est intense avec euphorie, désinhibition, idées de grandeur, logorrhée, familiarité ; des états mixtes existent.

La bouffée délirante aiguë se caractérise par des hallucinations, une labilité de l'humeur, une instabilité comportementale. Elle peut être d'origine toxique.

La schizophrénie associe un syndrome dissociatif, délirant et déficitaire. Le contact est froid, des conduites imprévisibles existent.

Les délires chroniques paranoïaques associent des idées délirantes persistantes. Un persécuteur désigné doit être recherché.

Les personnalités anti-sociales et les états limites ne tolèrent ni l'attente, ni la frustration.

L'attaque de panique se caractérise par une crise d'angoisse brutale.

La crise de nerf ou agitation hystérique se manifeste par des états d'agitation ou de colère démonstratifs.

Chez l'adolescent

Il s'agit d'épisodes psychotiques aigus, d'états maniaques souvent associés à une prise de toxiques.

Chez le sujet âgé

Les syndromes confusionnels, les états délirants, les syndromes démentiels, les situations de catastrophe et anxiogènes seront recherchés.

QUELLES SONT LES EXPLORATIONS À RÉALISER EN URGENCE ?

Une glycémie capillaire et une saturation artérielle en oxygène (SpO₂) sont systématiques.

Les patients présentant une affection psychiatrique connue avec une anamnèse et un examen clinique (intégrant la glycémie capillaire et la SpO₂) normal et documenté (sur le dossier du patient) ne nécessitent aucun autre examen paraclinique. Ces patients peuvent être confiés au psychiatre.

Tout autre patient est suspect d'une pathologie organique ou toxique. Aucune stratégie de prescription n'est validée à ce jour. L'âge, l'anamnèse, et la clinique orienteront les examens complémentaires.

QUESTION 2 — QUEL TRAITEMENT DOIT ÊTRE MIS EN ŒUVRE IMMÉDIATEMENT DANS L'AGITATION EN URGENCE ?

QUELLE DOIT ÊTRE L'APPROCHE RELATIONNELLE DU TRAITEMENT ?

Elle doit permettre de prévenir l'escalade vers la violence et le passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif. Elle est constante tout au long de la prise en charge du patient.

Au tri, la prise en charge du patient agité est une urgence absolue ; elle implique une équipe pluridisciplinaire qui nécessite une formation sur le terrain conformément à la Circulaire du 15 décembre 2000 relative à la prévention et à l'encadrement des situations de violence.

QUELLE MÉTHODE DE CONTENTION DOIT ÊTRE ÉVENTUELLEMENT ADOPTÉE ?

Principe de mise en place

La contention consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit, ou sur un brancard.

La contention physique est une mesure d'exception, temporaire, qui ne constitue pas à elle seule une mesure thérapeutique et dont les effets secondaires peuvent être graves. Elle doit toujours être associée à une sédation médicamenteuse.

C'est un soin relevant de la prescription médicale immédiate ou différée et qui répond aux exigences de traçabilité.

Description pratique de la contention

Le patient agité est saisi par quatre soignants (un par membre, empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse), sur ordre du cinquième soignant (le coordonnateur) qui saisit la tête dès que possible, la maintenant sur le côté, ce qui évite les morsures et que le regard du patient croise celui des soignants qui l'attachent. Le patient est couché sur le dos, sur un brancard, chaque membre étant maintenu par une attache, la ceinture ventrale bouclée, puis les attaches verrouillées.

Le patient est partiellement déshabillé et couvert d'un drap, ce qui permet de préserver sa dignité. Il est fouillé pour supprimer tout objet potentiellement dangereux et sa ceinture de pantalon est retirée. Puis la tête du brancard est surélevée pour éviter les risques d'inhalation.

QUELLES EN SONT LES IMPLICATIONS ÉTHIQUES ET JURIDIQUES ?

Le praticien des urgences est très souvent appelé à agir vite, mais il doit se soucier en permanence des

cadres juridiques et déontologiques afin de ne pas se situer hors de leur champ d'application. Il faut penser protection des patients, sécurité de l'entourage, soins et légalité.

QUEL TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX DOIT ÊTRE ENTREPRIS ?

Il doit permettre un examen clinique, la diminution de l'agitation et la limitation de la durée de la contention physique.

La sédation pharmacologique du patient agité représente un risque lié à l'incertitude diagnostique. Ceci rend le risque iatrogène important lors de l'administration d'un médicament sédatif. Il est souhaitable d'utiliser un nombre restreint de molécules que l'on maîtrise bien, en évitant des associations complexes et en privilégiant la voie orale.

QUELLES SONT LES INDICATIONS DES DIFFÉRENTES THÉRAPEUTIQUES ?

La prise en charge relationnelle est une obligation médicale puisqu'elle désamorce dans un nombre important de cas l'agressivité, mais aussi médico-légale puisque l'utilisation d'une contention physique ou chimique ne peut se justifier qu'après échec de la prise en charge relationnelle.

Les mesures de contention s'adressent au patient dangereux pour lui-même ou son entourage, le temps d'obtenir une sédation médicamenteuse efficace.

Le traitement médicamenteux :

- aucune étude de niveau de preuve élevé ne permet la comparaison des molécules entre elles dans des situations cliniques autres que psychiatriques ;
- le traitement est étiologique quand il existe une cause somatique et un traitement curatif ;
- l'ivresse aiguë et le sevrage éthylique ont fait l'objet de conférences de consensus privilégiant l'utilisation des benzodiazépines ; dans l'intoxication aiguë à la cocaïne, la prescription de benzodiazépines est documentée ;
- quand l'agitation est d'origine psychiatrique ou survient chez le sujet âgé, l'utilisation de neuroleptiques atypiques est préférée.

QUEL DOIT ÊTRE LE CHOIX THÉRAPEUTIQUE INITIAL LORSQUE L'AGITATION EMPÊCHE TOUTE APPROCHE DIAGNOSTIQUE ?

Devant une agitation dont l'étiologie psychiatrique ou somatique ne peut être précisée, la loxapine semble faire l'unanimité des professionnels médicaux en France

pour l'adulte, associée à une benzodiazépine qui a l'avantage de diminuer les effets secondaires des neuroleptiques et la posologie respective des deux médicaments.

Lorsqu'il est impossible d'approcher le patient, les forces de l'ordre, en accord avec l'administrateur de garde, peuvent être sollicités par le médecin et le cadre infirmier sur la base d'un protocole élaboré entre l'établissement hospitalier et la police (recommandation de la Circulaire du 15 décembre 2000).

QUESTION 3 — COMMENT LE PATIENT DOIT-IL ÊTRE SURVEILLÉ ET DANS QUELLE STRUCTURE DOIT-IL ÊTRE ADMIS OU TRANSFÉRÉ ?

COMMENT LE PATIENT DOIT-IL ÊTRE SURVEILLÉ ?

Chez le patient dont l'agitation a été contrôlée, les modalités de surveillance comprennent la mise à l'écart au calme et une surveillance clinique rapprochée.

La surveillance du patient agité intoxiqué consiste au minimum en une surveillance des signes vitaux. Le patient doit être dirigé vers un service de Réanimation s'il existe une atteinte des fonctions vitales.

La surveillance du patient sous contention doit s'effectuer dans le respect de son intégrité physique et morale. Le recours à la contention physique implique la création d'une fiche de surveillance spécifique (*annexe I*).

DANS QUELLES STRUCTURES LES SOINS INITIAUX DOIVENT-ILS ÊTRE DÉLIVRÉS ?

Le service d'urgence hospitalier est la structure adaptée pour l'accueil du patient agité. L'admission directe en secteur psychiatrique reste l'exception et ne se conçoit que lorsqu'il existe la certitude que toute organicité est écartée. La structure de soins initiaux permet de réaliser un examen clinique et les examens biologiques et d'imagerie de première intention. Le service d'urgence doit être en mesure de fournir un espace calme où le patient agité violent peut être mis à l'écart. Cet espace doit avoir un accès ouvert, le personnel en nombre suffisant (5 personnes) devant se trouver à proximité. Ce type d'accueil doit faire l'objet d'un protocole préétabli (*annexe II*). L'accueil est organisé pour assurer la sécurité des personnels soignants et du patient. Le circuit du patient violent doit être défini à l'avance. Un coordonnateur est désigné. Tout doit être mis en œuvre pour raccourcir le délai de prise de décision médicale. Un personnel de sécurité entraîné et

des dispositifs techniques constituent les bases d'un service d'urgence sécurisé.

QUELS SONT LES RÔLES RESPECTIFS DES SERVICES D'URGENTES, DU SAMU-CENTRE 15, DES MÉDECINS DE SOINS PRIMAIRES DANS LA PRISE EN CHARGE ?

L'appel pour un patient agité doit être obligatoirement transmis au médecin régulateur du Samu. Une présence médicale auprès du patient est obligatoire. Le médecin dépêché pratique un examen clinique et les premiers examens biologiques. Le médecin sur place confirme le diagnostic, pratique les premiers soins et transmet le bilan médical au médecin régulateur du Centre Régional de Régulation des Appels (CRRA). L'organisation de la prise en charge, du transport et de l'accueil hospitalier du patient agité incombe à la régulation du CRRA. Pour une hospitalisation libre, l'effecteur envoyé sur place est un transport sanitaire privé. En cas de carence, les pompiers peuvent intervenir dans le cadre de conventions spécifiques. Dans le cadre d'une HDT, l'intervention d'un Smur n'est pas systématique. Pour une hospitalisation d'office, un moyen de transport spécialisé doit être recherché. En cas de dangerosité avérée, un rendez-vous peut être organisé à l'initiative du CRRA entre les forces de l'ordre, les pompiers et le médecin urgentiste.

Le lieu d'hospitalisation est un service d'urgence si l'organicité est suspectée. Le service de Psychiatrie doit être préféré en cas de pathologie psychiatrique avérée. Le CRRA prévient systématiquement le service d'Accueil de l'arrivée du patient agité.

QUEL EST LE RÔLE DU PSYCHIATRE ?

Un psychiatre doit pouvoir intervenir 24 heures sur 24 dans les SAU.

Le psychiatre est impliqué très tôt dans la prise en charge du patient agité non intoxiqué en étroite collaboration avec le médecin urgentiste.

QUESTION 4 — QUELLES SONT, EN FRANCE, LES IMPLICATIONS RÉGLEMENTAIRES ET JURIDIQUES DE L'AGITATION EN URGENCE ?

QU'ATTENDRE DE LA POLICE ET DE LA JUSTICE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AGITÉS DANS LE SERVICE DES URGENTES ET EN SMUR ?

Le devoir d'assistance à personne en danger auquel répond l'urgentiste n'implique pas que l'équipe s'expose à des risques avérés.

ANNEXE I. – Fiche de traçabilité de la contention.

FICHE DE TRACABILITÉ ET DE SURVEILLANCE DE LA CONTENTION					
Identité du patient		Infirmier(ière) :			
		Médecin :			
Début de la contention					
Date et heure :					
Diagnostic :					
Indication de la contention :					
Objectif(s) :					
Type de contention : <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG					
<input type="checkbox"/> C. ventrale					
Contention manuelle préalable <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure(s) :					
Présence d'agent de sécurité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure(s) :					
Type de médication : heure(s) :					
Information au patient <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure(s) :					
Information à la famille Ou au représentant légal <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure(s) :					
Examen médical <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure(s) :					
Signatures : Infirmier(ière) :			Médecin :		
Déroulement de la contention :					
Surveillance prescription : paramètres vitaux <input type="checkbox"/> 15 min <input type="checkbox"/> 30 min <input type="checkbox"/> autre					
Fréquence					
Signes vitaux					
Glucose					
Poids					
TA					
Température					
Saturation					
Glycémie					
Soins de base et d'hygiène : _____					
Heures réévaluation médicale :					
Médecin senior ou sé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					
heure(s) :					
Levée de la contention :					
	MSD	MSG	Ceinture Ventrals	MID	MIG
Date et heure					
Observations					
Remarques					
Signatures : Infirmier(ière) :			Médecin :		

ANNEXE II. – Protocole de contention.

Protocole de contention d'un patient agité et violent
<p>Définition</p> <p>La contention est un soin réalisé sur prescription médicale qui consiste à restreindre à maîtriser les mouvements d'un patient en l'immobilisant sur un brancard ou un lit muni d'attaches verrouillées.</p>
<p>Objectifs</p> <ul style="list-style-type: none"> — Assurer la sécurité du patient et de son environnement. — Prévenir la rupture thérapeutique.
<p>Contre-indications</p> <p><i>Somatiques :</i> Affections organiques non stabilisées dont le diagnostic ou pronostic peut être grave.</p> <p><i>Non somatiques :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Utilisation à titre de punition — Etat clinique ne nécessitant pas ces mesures. — Uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe ou pour son confort. — Uniquement liée au manque de personnel.
<p>Matériels</p> <ul style="list-style-type: none"> — Un brancard équipé d'une ceinture ventrale et d'attaches pour chaque membre. — Une chambre sécurisée avec un lit fixé au sol au centre de la pièce. — Une feuille de prescription médicale. — Une fiche de traçabilité nominative.
<p>Modalités</p> <ul style="list-style-type: none"> — Prévoir au moins 5 membres de l'équipe médicale et paramédicale dont un coordinateur. — Appel des agents de la sécurité. — Le coordonnateur assure la continuité du lien relationnel.
<p>Réalisation pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> — Le patient agité est saisi par quatre soignants (un par membre, empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse), sur ordre du cinquième soignant (le coordonnateur) qui saisit la tête dès que possible, la maintenant sur le côté, ce qui évite les morsures et que le regard du patient croise celui des soignants qui l'attachent. Il est couché sur le dos, sur un brancard, chaque membre étant maintenu par une attache, la ceinture ventrale bouclée, puis les attaches verrouillées. — Le patient est partiellement déshabillé et couvert d'un drap, ce qui permet de préserver sa dignité. Il est fouillé pour supprimer tout objet potentiellement dangereux et sa ceinture de pantalon est retirée. Puis la tête du brancard est surélevée pour éviter les risques d'inhalation. — Application de la sédation médicamenteuse. — Ouverture de la fiche de traçabilité et surveillance rapprochée (suivant la prescription médicale). — En attendant l'efficacité de la sédation médicamenteuse, les pieds sont surélevés afin de diminuer l'amplitude des mouvements, et le lien relationnel est entretenu. — Le brancard est coincé dans l'angle d'une pièce (si le patient n'est pas maintenu sur un lit fixé au sol). — Vérification que les attaches sont vérifiées et verrouillées (par sur les articulations ni trop serrées, ni trop lâches). — Réévaluation de l'état clinique. — Levée partielle, puis complète de la contention au plus tôt. <p style="text-align: center;"><i>Clôture de la fiche de traçabilité</i></p>

Le responsable médical ou infirmier confronté à un état d'agitation avec violence peut appeler la police afin de sécuriser l'action des intervenants.

Pour les mineurs, il est impératif de saisir le Procureur de la République en cas d'absence ou d'opposition des parents.

COMMENT ASSURER LA SÉCURITÉ DES PERSONNES DANS LES LOCAUX DES URGENCES ?

Le directeur assure la police générale de l'établissement ; l'administration a obligation statutaire de protéger ses agents. Assurer la sécurité à l'Accueil des urgences nécessite d'y être préparé par diverses mesures :

- personnel soignant, en nombre suffisant, formé et préparé, protocoles,
- locaux conçus en collaboration avec les équipes soignantes, équipes de prévention et de sécurité,
- bips, alarmes, portes automatiques, caméras (uniquement à l'entrée),
- politique de prévention des risques.

RÔLES RESPECTIFS DE LA POLICE ET DES DIFFÉRENTS ACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'IVRESSE PUBLIQUE MANIFESTE ?

La police peut demander un certificat de non hospitalisation ou requérir l'urgentiste pour une alcoolémie. Il faut rédiger une observation médicale consignnant tout ce qui a pu être constaté.

COMMENT MAINTENIR LA SÉCURITÉ DES PERSONNES (PATIENTS ET SOIGNANTS) ET LE SECRET PROFESSIONNEL ?

Le secret médical a une portée générale et un caractère absolu. Il est étendu aux collaborateurs du médecin sous la responsabilité de ce dernier.

Les situations rencontrées en urgence posent le problème de la confidentialité, du respect du droit du patient à l'anonymat de l'hospitalisation. La déclaration d'un agité blessé par arme ne doit pas être faite aux services de police ou de gendarmerie ; mais ceux-ci peuvent consulter le registre des entrées après en avoir informé la direction du centre hospitalier.

Les dérogations légales sont :

- la réquisition : toute la mission, rien que la mission ;
- le délit constitué : appel à la police ;
- le toxicomane sous injonction thérapeutique qui refuse les soins : signalement au procureur ;
- le mineur ou la personne vulnérable ou protégée : obligation de signalement s'il est en danger immédiat.

COMMENT LA POLICE DOIT-ELLE OU PEUT-ELLE INTERVENIR À L'HÔPITAL À LA DEMANDE DES URGENTISTES EN CAS DE FUGUE ?

En cas de fugue : rechercher aux alentours du service ; informer l'administration ; consigner par écrit les constatations ; pour les mineurs ou les personnes protégées : prévenir police ou gendarmerie, famille ou tuteur et médecin traitant ; si l'agité est majeur et considéré comme dangereux, prévenir la police est conseillé mais non obligatoire.

Un grand principe : la traçabilité écrite, surtout si refus de soins ou fugue.

QUELS SONT LE CADRE LÉGISLATIF, LA JURISPRUDENCE, LES PROCÉDURES JUDICIAIRES IMPLIQUÉS DANS LA PRISE EN CHARGE D'UN AGITÉ ?

Le cadre réglementaire permet d'utiliser l'hospitalisation sous contrainte (HDT ou HO) dont tout service doit posséder un protocole de rédaction.

La demande d'admission (HDT) rédigée par un tiers peut être signée par l'administrateur de garde dès lors qu'il n'exerce pas dans l'établissement d'accueil psychiatrique.

Attention !

— n'inscrire que des constatations cliniques sans jugement de valeur,

— ne pas mentionner les éléments rapportés par des tiers,

— un diagnostic n'est pas demandé dans les premiers certificats.

Malgré la prééminence du refus du patient sur la proposition thérapeutique du médecin, on peut retenir une personne majeure contre son gré, « le temps strictement nécessaire » à la mise en œuvre des mesures d'hospitalisation d'office, ou à la demande d'un tiers. Dans les cas où il n'y a pas de pathologie psychiatrique avérée, il n'y a pas de support juridique permettant de garder un patient contre son gré le temps nécessaire aux soins.

Dans les situations insolubles, il est prudent de prévenir l'autorité judiciaire.

La réglementation prévoit l'obligation de seniorisation et de disponibilité d'un psychiatre aux Urgences.

QUELS DOCUMENTS L'URGENTISTE PEUT-IL REMETTRE EN URGENCE À LA POLICE ?

— Certificat de non-hospitalisation pour ivresse publique et manifeste.

— Certificat de coups et blessures volontaires avec fixation d'ITT (sur réquisition).

QUELS SONT LES ASPECTS ÉTHIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES AGITÉS ?

Respect de la liberté individuelle, nécessité d'apporter des soins adaptés, incluant contention et contrainte, sécurité sont difficiles à concilier. Les décisions doivent être limités à ce qui est indispensable dans le cadre de l'urgence, en respectant l'individu, en l'informant des options thérapeutiques prises, et en respectant au mieux le cadre réglementaire.

La version intégrale (texte long) des recommandations rédigées par le Jury de la Conférence de Consensus organisée par la SFMU sur « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) », fera l'objet d'une publication dans la prochaine livraison du *Journal Européen des Urgences*, qui comprendra également les fiches de lecture bibliographique et les communications prononcées par les experts lors de la Conférence tenue à Toulouse le 6 décembre 2002.

Le jury était composé de : Dr Jean-Claude Ducreux, Président (Roanne), Dr Frédéric Adnet (Bobigny), Mme Sylvia Bonhomme-Yaux (Caen), Dr Michèle Brian (Villeneuve-le-Roi), Dr Gilbert Duval (Pontoise), Dr Patrick Gerbeaux (Marseille), Mme Marie-Christine Legay (Bry-sur-Marne), Dr Alain Sauné (Toulouse), Pr Laurent Schmitt (Toulouse), Dr Frédéric Slama (Créteil), Dr Sabine Texier (Lorient).