

## PSYCHOPHARMACOLOGIE

# L'agitation psychomotrice, la sédation médicamenteuse et l'urgence psychiatrique chez le patient psychotique

## *Psychomotor agitation, pharmaceutical sedation and psychiatric emergency in psychotic patients*

M. Passamar<sup>a,\*</sup>, O. Tellier<sup>b</sup>, B. Vilamot<sup>c</sup>

<sup>a</sup> SAUS, centre hospitalier Pierre-Jamet, 1, rue Lavazière, 81025 Albi cedex 9, France

<sup>b</sup> Secteur 1, 81025 Albi cedex 9, France

<sup>c</sup> SAUS, 81025 Albi cedex 9, France

Reçu le 1<sup>er</sup> août 2011 ; accepté le 28 septembre 2011

Disponible sur Internet le 4 novembre 2011

### MOTS CLÉS

Agitation psychomotrice ;  
Sédation de la vigilance ;  
Sédation comportementale ;  
Sédation psychique ;  
Urgences psychiatriques et posturgence

### KEYWORDS

Psychomotor agitation;

**Résumé** L'agitation psychomotrice s'inscrit dans nombre d'urgences psychiatriques et interroge sur la question de la place de la sédation médicamenteuse, dans ses enjeux, dont celui de l'observance aux soins de posturgence. Une nouvelle approche de la sédation situe celle-ci dans son objectif thérapeutique prenant aussi en compte son impact parfois préjudiciable dans le parcours de soins du patient. Une analyse préthérapeutique est impérative, clinique et environnementale, le temps de l'accueil et de l'évaluation reste essentielle. L'évolution des pratiques des professionnels de santé mentale permet d'individualiser trois types de sédation (de la vigilance, du comportement et psychique) qui différencient le choix et les modalités d'utilisation des psychotropes. Sont discutés les effets parfois délétères d'une pratique de la sédation désormais de plus en plus fréquemment rationalisée. L'utilisation des antipsychotiques atypiques, des formes injectables, est interrogée. La sédation de la vigilance obsolète, la sédation comportementale aux indications limitées, priorisent une sédation psychique précoce. Une sédation excessive ou trop prolongée, peut compromettre l'adhésion aux soins proposés après l'accueil et la prise en charge aux urgences psychiatriques.

© L'Encéphale, Paris, 2011.

**Summary** Psychomotor agitation, very common among psychiatric emergencies, raises the question of pharmaceutical sedation, its indications, and its issues, notably with regard to the observance in postemergency. A new approach to sedation places it within its therapeutic aim and also takes into account the sometimes harmful impact on the course of the patient's care.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [passamarm@bonsaueuralby.fr](mailto:passamarm@bonsaueuralby.fr) (M. Passamar).

Vigilance sédation;  
Behavioural sédation;  
Psychical sédation;  
Psychiatric  
emergency;  
Psychiatric  
postemergency

A pretherapeutical, analysis both clinical and environmental is crucial. The time spent on the initial meeting and assessment is essential. The evolution of professional practices in mental health allows us to distinguish three kinds of sedation (vigilance, behaviour and psychical) that guide the choice and the mode of psychotropic drug use. The harmful effects of an ever-increasing use of sedation is debated. The use of atypical antipsychotics and injectable forms is argued. Early psychical sedation is preferable to the obsolete practice of vigilance sedation and to behavioural sedation with its limited indications. The use of excessive or prolonged sedation might have a detrimental effect on the care offered after psychiatric emergency treatment.  
© L'Encéphale, Paris, 2011.

## Introduction

Malgré la diversité des contextes situationnels dans lesquels émergent les urgences psychiatriques et les situations de crise, la plupart ont un caractère bruyant, parfois spectaculaire ou dramatisé, qui n'a pas de lien direct avec un degré de sévérité clinique du trouble qui les soutient.

Ainsi, les médecins et psychiatres urgentistes restent souvent prudents vis-à-vis de l'interventionnisme systématique [2].

L'agitation psychomotrice est un des visages symptomatiques de l'urgence, prenant une dimension pathologique dès la perte du contrôle des pensées et des actes, et exposant au risque d'une menace agressive. Ce trouble du comportement s'associe habituellement à une irritabilité, un manque de coopération, une hyperactivité [1,23].

L'agitation est une composante commune à de nombreux troubles psychiques, mais aussi organiques [1].

Concilier le besoin de comprendre, retenir ou préciser un diagnostic, l'envie de sécuriser l'accueil, « pour contenir ce qui déborde », sont des objectifs essentiels pour garder le contact avec le patient, chercher le dialogue et éviter la survenue de complications auto- ou hétéro-agressives [1,28]. « L'agir » thérapeutique est parfois peu respectueux de certains besoins fondamentaux du patient : parler, être écouté, écouter...

La question de la sédation médicamenteuse est souvent posée au clinicien dans de tels contextes dont les enjeux sont la réduction des troubles, mais aussi l'anticipation et la programmation des soins de posturgence, notamment dans un souci d'une bonne observance ultérieure : une bonne gestion de l'initiation du traitement concourt à la réussite de la prise en charge à court, moyen et long terme [11,15,22].

## L'agitation psychomotrice et l'urgence psychiatrique

### L'anxiété, l'agitation, l'agressivité [21]

Trois dimensions symptomatiques caractérisent souvent à divers degrés l'urgence psychiatrique :

- le niveau d'anxiété, qui renvoie à la souffrance de l'individu ;
- le degré d'agitation psychomotrice (évaluée en terme de nature, d'intensité et de durée) qui interroge sur le seuil de tolérance de l'environnement et de l'entourage ;

- l'éventuelle composante agressive : le risque de passage à l'acte et la dangerosité potentielle. L'agressivité renvoie comme l'agitation au niveau de tolérance d'autrui et a, comme l'agitation psychomotrice, des manifestations qui peuvent être rapidement communicatives [7,23].

### L'évaluation du degré d'urgence et l'accueil

En adoptant une bonne distance relationnelle, le psychiatre ou l'infirmier évalue la capacité et/ou la volonté du sujet à dialoguer et répertorie les informations en lien avec l'état antérieur, les traitements précédemment dispensés [7].

Le praticien s'interroge systématiquement sur des modalités pratiques afin de réaliser un examen physique.

L'organicité reste toujours redoutée et l'agitation peut avoir une origine ou une participation organique.

L'accueil permet l'investigation clinique, et notamment met l'accent sur des symptômes moins visibles tels que symptômes négatifs ou cognitifs, notamment dans les psychoses schizophréniques. Cependant, l'agitation psychomotrice, au-devant de la scène, fait souvent écran à cette évaluation sémiologique.

Au terme de l'entretien d'accueil et de l'examen initial, la question d'une éventuelle sédation médicamenteuse est posée.

### L'analyse préthérapeutique : les questions avant la sédation

#### Quel est le contexte organique ?

L'une des premières questions qui doit être posée est de savoir si l'on a déjà administré au patient des traitements psychotropes, s'il a pris des toxiques exogènes ou des boissons alcoolisées (risque de potentialisation d'effets pharmacologiques avec la mise en route d'une éventuelle sédation médicamenteuse).

Il faut souligner l'importance et le caractère sécuritaire d'une fiche de liaison thérapeutique avec les praticiens d'amont et d'aval des urgences psychiatriques : s'écrire et se parler, surtout dans les prises en charge séquentielles ou clivées en termes de lieux et d'équipes, demeurent essentiels dans un parcours de soins.

Le terrain somatique doit être repéré afin d'écartier des risques spécifiques (insuffisance respiratoire, hypotension artérielle, troubles cardiovasculaires ou coronariens,

décompensation neurologique ou métabolique...). Un bilan préthérapeutique est nécessaire (glycémie, saturation artérielle O<sub>2</sub>, éventuel ECG...).

### Quels sont les éléments de terrain individuel à prendre en compte ?

Une vigilance est de mise en regard de l'âge du patient ; cela concerne en particulier les grands enfants ou adolescents, les personnes âgées chez lesquels les effets indésirables de la sédation peuvent avoir une plus grande incidence.

### Quelle est la cible symptomatique (type et intensité) [22] ?

Est-ce l'agitation, l'anxiété, l'agressivité ? La définition d'une cible symptomatique permet d'affiner le choix d'un psychotrope, sa posologie, sa voie d'administration.

### Quelles sont les attentes : du patient, de la famille, des professionnels de santé ?

Elles sont les suivantes :

- pour le patient, il s'agit d'atténuer sa souffrance, et en tous cas de s'abstenir de le mettre dans une attente de prise en charge ;
- pour les proches, il importe de rendre acceptable ou tolérable la situation, de respecter la vigilance du patient et ses fonctions relationnelles avec l'entourage ;
- en ce qui concerne le professionnel de santé, il lui revient d'être efficace sur les symptômes débordants, de permettre l'entretien, de rétablir la sérénité du service...

### Quand sédaté et combien de temps ?

Plusieurs paramètres conditionnent ce choix : le seuil de tolérance de l'équipe soignante, le niveau de souffrance du sujet, l'organisation des soins (et en particulier l'existence ou non d'un espace dédié à la psychiatrie d'urgence) permettant de comprendre, accepter ou tolérer un débordement plus souvent ou plus longtemps. En fonction de ces critères, certains sédatent tôt, d'autres isolent, observent, tentent de contenir, quitte à sédaté plus tard.

La mise en route d'une sédation médicamenteuse fait l'objet d'une discussion préalable, d'un consensus de l'équipe soignante, dès que les moyens d'une surveillance adéquate sont efficaces. La question de l'isolement thérapeutique est soulevée, permettant parfois d'éviter la contention pharmacologique. La temporisation de certaines équipes avant d'initier la sédation chimique, est sous tendue par la volonté de comprendre le trouble, d'écarter un diagnostic d'organicité... La sédation comportementale est un traitement adjuvant utile, pendant quelques heures (12 à 24 heures le plus habituellement), le temps d'atteindre les objectifs fixés, donc de répondre à une attente et à un besoin ; c'est un traitement symptomatique, à interrompre [22].

### Quelles sont les attentes spécifiques du psychiatre, vis-à-vis du traitement médicamenteux à visée sédaté [16] ?

Le psychiatre recherche une efficacité symptomatique, de moindres effets indésirables, un maintien des capacités cognitives, un traitement qui facilite l'examen clinique ou l'écoute, et qui limite le caractère impératif d'une contention physique. De fait, la sédation comportementale qui dure ne le permet pas, la sédation compromettant d'emblée la qualité du relationnel soignant-patient, par l'altération du degré de vigilance du patient.

### Le choix de la sédation : des repères et des habitudes

La stratégie mise en place dans le cadre d'une sédation médicamenteuse correspond autant à un choix raisonné qu'à des habitudes d'utilisation de tel ou tel type de psychotrope ou de posologie ; celles-ci priment notamment sur la pharmacocinétique, dans l'utilisation des benzodiazépines par voie injectable [30].

Les équipes thérapeutiques savent, de fait, que « le médicament idéal » est illusoire dès lors qu'il doit allier outre son efficacité, une rapidité d'action, une durée brève et un caractère sécué, bien toléré et maniable. L'intérêt d'utiliser l'association d'un médicament sédaté (neuroleptique ou benzodiazépine) à un traitement de fond (antipsychotique atypique) prend alors toute sa dimension, étant à la fois efficace, plus maniable et pouvant être modifié, dès que jugé utile, dans l'optique d'un traitement au long terme centré sur l'antipsychotique.

Quelques spécificités ou caractéristiques des dernières décades nous éclairent tout particulièrement.

### L'environnement thérapeutique

Avant les années 1980, l'environnement thérapeutique était caractérisé par « l'hospitalocentrisme », l'absence de service dédié aux urgences psychiatriques, l'habitude de séjours prolongés en milieu psychiatrique, pour des patients pour lesquels la sédation était peu dérangement. La politique de resocialisation était soit peu structurée, soit non priorisée. Cette période a été l'ère des neuroleptiques, en particulier du droperidol ou de cocktails lytiques (tels que chlorydrate de péthidine, chlorydrate de prométhasine, chlorydrate de chlorpromazine). Toutes les pratiques étaient encore nettement connotées de la loi de juin 1838.

### L'usage des neuroleptiques conventionnels

Dans les années 1980 à 1990, les praticiens ont dû prendre en considération les restrictions de l'usage des neuroleptiques conventionnels, avec particulièrement l'allongement de l'intervalle ondeQ-ondeT à l'électrocardiogramme comme effet indésirable et la crainte des troubles ventriculaires à type de torsades de pointe ; ils ont été également confrontés à l'image défavorable des benzodiazépines, avec la mise en avant des risques de dépendance et d'accoutumance. Les centres médico-psychologiques (CMP) sont apparus avec

les diverses alternatives à l'hospitalisation, le développement du service spécialisé d'urgences psychiatriques ou des unités de psychiatrie d'urgence dans les services d'accueil d'urgence (SAU). La loi du 27 juin 1990 a mis en exergue les droits et les libertés individuelles. La réduction des lits d'hospitalisation a modifié les pratiques de l'accueil (du « tout pour le mieux du patient » au « tout pour éviter de l'hospitaliser »).

### Lec centres médico-psychologiques pivot

Dans les années 2000, le CMP pivot est devenu dans de nombreux secteurs psychiatriques le dispositif centralisé du soin, et l'intersectorialité s'est implantée. La prudence d'utilisation des neuroleptiques, des benzodiazépines injectables, s'est confirmée. Les conférences de consensus, notamment celle de 2003 concernant l'état d'agitation du patient psychiatrique, ont tenté une formalisation de l'évaluation et une protocolisation des réponses thérapeutiques. L'évaluation des pratiques professionnelles, le développement de la démarche qualité, la clarification du cadre de l'isolement thérapeutique, de la contention physique, ont induit de nouveaux repères professionnels pour les psychiatres et les équipes infirmières. L'arrivée des antipsychotiques atypiques a interrogé les habitudes et les ambitions pour le patient. Plus récemment, la médiatisation d'événements juridiques autour de la criminalité du malade psychiatrique ont indéniablement orienté, pour certains, une vision plus sécuritaire du soin.

Tous ces repères historiques et pratiques du passé ont été soit mis à mal, soit actualisés, favorisant entre autres une réflexion autour des indications, des modalités de réalisation, de surveillance de la sédation médicamenteuse.

De fait, non pas une et une seule sédation médicamenteuse de l'état d'agitation du patient psychotique n'est individualisée aujourd'hui, mais trois types de sédation peuvent être spécifiés qui ne répondent pas aux mêmes objectifs, ni à un recours aux mêmes molécules ou aux mêmes posologies, ni aux mêmes besoins ou attentes des patients des familles ou des équipes soignantes. La sédation de la vigilance, la sédation comportementale, la sédation psychique.

### Les trois types de sédation

#### La sédation de la vigilance : « le patient dort »

La perturbation marquée des fonctions relationnelles et cognitives a longtemps été une pratique fréquente dans les soins préhospitaliers, notamment dans les pratiques SMUR, ou à l'admission dans certains établissements de soins. Cette sédation a souvent été obtenue par l'utilisation de neuroleptiques sédatifs seuls ou associés [22].

Nous constatons aujourd'hui qu'il s'agit d'une pratique réservée aux anesthésistes, qui n'a aucune indication dans l'urgence psychiatrique de l'état d'agitation du patient psychotique, ne reposant sur aucun objectif thérapeutique adéquat : cette sédation est un obstacle aux soins ultérieurs, induit chez le patient une habituelle absence de souvenir, anxiogène dans la période postimmédiate ou source d'interrogation négative, péjorant l'observance ultérieure

au traitement proposé et la compliance aux soins. Le patient a une amnésie lacunaire, pire parfois que le mauvais souvenir de son arrivée aux urgences. Les contre-indications de l'usage de certains neuroleptiques, ou de posologies conséquentes de certaines molécules, ont participé à l'abandon progressif de telles stratégies de soins, induisant un véritable « jet lag hospitalier » [22].

#### La sédation comportementale : « le patient ne s'agite plus, n'agresse plus, mais ne dort pas »

Réservée au temps de l'urgence, instaurée à domicile ou en milieu hospitalier, l'objectif est de réduire une dimension symptomatique sans neutraliser le patient (réduction du trouble du comportement agressif par exemple). L'objectif thérapeutique de ce mode de sédation est essentiellement la réduction du comportement moteur et le risque de passage à l'acte lié à l'agitation ou à l'agressivité [13,22].

La sédation comportementale maintient ou suspend brièvement les capacités relationnelles ou cognitives, n'a d'indication que ciblée ou brève (la sédation comportementale qui dure se justifie assez peu).

Après avoir toujours tenté une approche relationnelle, elle peut trouver sa place pour rétablir le calme et fait l'objet d'un protocole de surveillance (traçabilité), dès le recours chimique.

La sédation comportementale est habituellement instaurée par l'utilisation d'un neuroleptique sédatif, associé ou non à une benzodiazépine. Elle peut être réalisée à l'aide d'une monothérapie par benzodiazépines. Certaines équipes préconisent l'utilisation d'une benzodiazépine associée à un antipsychotique atypique, le plus souvent par voie intramusculaire [12,30].

#### La sédation psychique : « la souffrance s'atténue »

L'objectif est de rétablir le contact ou le dialogue, dans la posturgence, dans les soins aigus. Cette modalité thérapeutique a un impact sur les symptômes positifs, l'angoisse psychotique, sans aucune perturbation de la vigilance.

La sédation psychique facilite l'apaisement du sujet, dans son discours, ses pensées et cognitions, ses émotions. Elle a pour cible la souffrance psychique, le malade est plus calme ou plus serein et ses cibles thérapeutiques répondent bien à ses attentes et à celles de la famille.

La sédation psychique n'est pas rationalisée par une approche symptomatique mais étiologique : « on aborde la cause et non la conséquence du trouble qui a favorisé ou déclenché l'agitation psychomotrice » [21,22].

Même si l'anxiété est souvent bien moins abrasée que dans la sédation comportementale, le patient peut exprimer sa plainte (« le faire parler plutôt que de le faire taire »), et peut exprimer des symptômes qu'il n'aurait pu dire s'il avait dormi... (idées suicidaires).

La sédation psychique s'inscrit dans la continuité thérapeutique dans la mesure où elle propose le traitement médicamenteux qui est le plus souvent relayé dans les soins ultérieurs, dans le temps hospitalier ou dans la prise en charge ambulatoire.

Ce sont essentiellement les antipsychotiques de seconde génération, parfois associés à de faibles posologies de

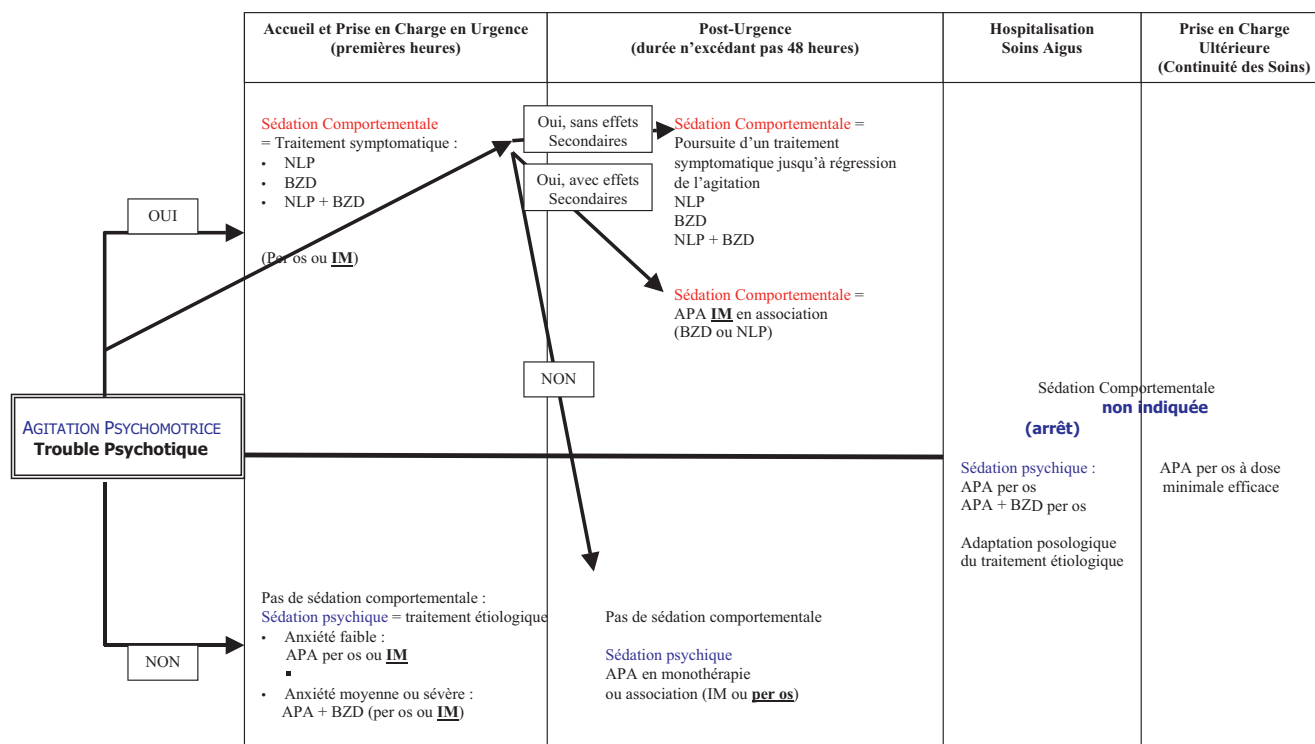


Figure 1 Arbre décisionnel dans le choix du type de sédation.

neuroleptiques conventionnels ou associés à des benzodiazépines en début de traitement qui sont en adéquation avec cette troisième modalité sédative [3,12,22].

## Les psychotropes dans la gestion de l'agitation

### Les classes médicamenteuses utilisées

Les psychotropes prescrits sont essentiellement les neuroleptiques conventionnels (NLC) sédatifs, les benzodiazépines à forte dose, à demi-vie courte si possible (l'absorption rapide du Lorazepam intramusculaire rend d'usage fréquent cette molécule aux USA, du fait d'une absorption rapide, d'une demi-vie d'environ 12 à 15 heures, de rares interactions médicamenteuses, forme non disponible en France), mais aussi les antipsychotiques de seconde génération [1,3,5,12,17,30] (Fig. 1).

Ces substances sont utilisées en monothérapie ou en association. La sédation comportementale est d'assez courte durée, le plus souvent inférieure à 24 ou 48 heures, par voie injectable ou voie orale [2,3,5].

La sédation psychique repose essentiellement sur l'utilisation des antipsychotiques de seconde génération (APA), initiée parfois pendant quelques jours, en association, puis en monothérapie [6,26,31].

Le Tableau 1 suivant propose, à titre indicatif, diverses options de choix thérapeutiques:

Les produits et posologies les plus souvent utilisés sont présentés dans le Tableau 2.

Les neuroleptiques conventionnels et benzodiazépines exposent à la sédation de la vigilance, mais peuvent

optimiser la sédation comportementale. L'antipsychotique atypique n'a pas d'impact sur la vigilance, mais participe à obtenir une sédation comportementale en association avec un NLC ou une BZD, et à obtenir une sédation psychique en monothérapie.

En ce qui concerne les benzodiazépines, le midazolam est une prescription d'anesthésiste réanimateur. Sans risque d'accoutumance ou de dépendance lors d'une prescription isolée ou ponctuelle, les benzodiazépines ne sont pas dénuées d'effets secondaires (cognitifs, psychomoteurs...) et peuvent s'avérer peu ou pas efficaces, ou renforcer parfois l'agitation [12]. Des réactions d'agressivité sous benzodiazépines ont été décrites [24], avec le caractère soudain du passage à l'acte, plus ou moins accompagné d'un fort niveau d'anxiété, d'une amnésie antérograde, de traits limites de la personnalité. Ce passage à l'acte commence dans l'heure qui suit la prise (la majorité des études font état d'états de décompensation sous alprazolam).

Si l'on considère les neuroleptiques conventionnels, les produits historiques de la sédation ou de la vigilance ont disparu (tel le dropéridol) en raison de leur toxicité cardiaque le plus souvent; la mesure de QTc est devenu un préalable incontournable de la prescription des neuroleptiques et la vigilance des professionnels sera particulièrement attirée lorsque le patient prend un traitement diurétique qui n'épargne pas le potassium, a une hypokaliémie ou un trouble du transit digestif. Une association de neuroleptique, dans ces conditions, ne se justifie pas [2].

Quant aux APA, leur bonne tolérance incite à leur prescription et le recours à la voie intramusculaire permet d'améliorer la rapidité d'action; ils entraînent une sédation psychique sans effet sédatif sur le comportement cependant sans effet sédatif majeur sur l'anxiété [3,8,9,16,20,24-26].



**Tableau 1** Stratégie thérapeutique selon le niveau d'anxiété, d'agitation, d'agressivité.

Anxiété—agitation - agressivité		
Faible	Moyenne	Sévère
Traitement per os ou abstention	Traitement per os ou IM	Voie per os ou perfusion si anxiété sans agitation ni agressivité : voie IM si agitation, agressivité
Augmentation de posologie du traitement antérieur	Augmentation de posologie du traitement antérieur, ou changement de traitement	Introduction d'un nouveau médicament et arrêt du traitement antérieur
BZD, hydroxyzine... Méprobamate chez l'alcoolique uniquement (2ème indication) NLC à faible posologie si agitation ou agressivité APA chez le psychotique	BZD ou NLC Si IM : 1 ampoule ou 1/2 ampoule de chaque si association APA chez psychotique (per os ou IM)	BZD + NLC : une ampoule de chaque si association, ou NLC seul Perfusion IV de BZD APA en IM en association différée avec BZD ou NLC
Pas de contention	Contention à discuter	Contention impérative sauf angoisse sévère isolée
Hospitalisation à discuter	Hospitalisation	Hospitalisation

BZD : benzodiazépines [12,24] ; NLC : neuroleptiques conventionnels [15,25] ; APA : antipsychotiques atypiques [3,16,19,25,29,31] ; IM : voie intramusculaire.

### Conduite à tenir au décours de la sédation médicamenteuse

Quel que soit le choix médicamenteux, l'indication d'une sédation doit être rapidement réévaluée, notamment vis-à-vis des objectifs initiaux (persistance ou non de l'agitation, de l'agressivité, niveau d'angoisse), car les symptômes ont un potentiel évolutif.

La question du relais thérapeutique doit être précocement posée ainsi que la programmation du suivi basée sur des liens fonctionnels avec les équipes d'aval.

Le souci des équipes psychiatriques reste l'observance ultérieure, la confiance aux soins. De fait, les praticiens urgentistes s'imposent une vision de la posturgence, car nombreux sont les patients psychotiques qui ont arrêté les soins avant que ne survienne l'urgence... et risquent de réitérer leurs conduites [4].

**Tableau 2** Exemples de psychotropes utilisables dans l'urgence.

	Benzodiazépines	Neuroleptiques conventionnels	Antipsychotiques atypiques
IM et per os	Diazépam : 10 à 20 mg per os/jour 1 ampoule de 10 mg IM/jour, non miscible Chlorazépate : 20 à 50 mg per os/jour 1 ampoule à 20 ou 50 mg/jour, non miscible Clonazépam : 2 mg per os 1/2 à 1 ampoule à 1 mg/jour, miscible	Cyamemazine : 50 à 100 mg per os 1/2 à 1 ampoule IM 50 mg/jour Amisulpride : 400 à 800 mg per os/jour 1 à 2 ampoules à 200 mg IM/jour Loxapine : 100 à 300 mg per os/jour 1 à 3 ampoules à 50 mg IM/jour [2]	Aripiprazole : 10 à 30 mg per os/jour 1 à 3 ampoules de 9,75 mg par 24 heures et espacées [3,20,26,31] Olanzapine : 10 à 20 mg per os/jour 1 à 3 ampoules par 24 heures de 10 mg IM [8,9,19]
Per os uniquement	Prazépam : 10 à 40 mg/jour Alprazolam : 0,5 à 1 mg/jour Bromazépam : 3 à 6 mg/jour		Risperidone : 6 à 10 mg per os/jour (voire plus si besoin)

L'idée prévalente est la continuité du traitement médicamenteux, nécessitée par la prise en charge globale du patient psychotique, schizophrène ou bipolaire, aux côtés des autres stratégies non médicamenteuses [18].

Ce sont ces diverses préoccupations qui permettent d'insister sur les limites des indications de l'usage de la sédation médicamenteuse et d'en retenir aussi des aspects délétères.

### La sédation : un obstacle thérapeutique ?

La pratique de la sédation médicamenteuse peut être risquée lorsqu'elle devient source d'effets secondaires ou d'obstacle thérapeutique susceptible de compromettre le suivi ultérieur du patient [28].

### La sédation risquée (pour le patient, pour le psychiatre)

Elle est comme suit :

- la sédation de la vigilance lorsqu'elle est excessive, dépasse l'objectif thérapeutique fixé [28] ;
- la sédation comportementale prolongée, non réévaluée, est une situation souvent inappropriée ;
- le risque de chute, notamment chez la personne âgée est un effet délétère à craindre, si les moyens de surveillance sont insuffisants (comme lors de soins sur place après une intervention Samu/Smur avec sédation comportementale, à domicile ou dans un établissement médicosocial) ;
- un effet sédatif procuré par le neuroleptique peut engendrer des effets secondaires aggravants, anxiogènes ou encore majorer l'agitation dans le cas de la survenue d'une dystonie ou d'une akathisie) [28] ;
- l'akathisie est autant un phénomène moteur qu'une sensation d'agitation interne. Elle est fréquente lors de la prescription d'un traitement neuroleptique conventionnel [5]. Cet effet secondaire est moins fréquent lors de la prescription des antipsychotiques atypiques [4]. Lorsque le patient est agité du fait de son akathisie, la diminution du traitement médicamenteux antipsychotique peut améliorer l'état clinique ; toutefois, l'utilisation d'une benzodiazépine est la stratégie thérapeutique la plus souvent indiquée, en particulier lorsque l'agitation est en lien avec l'état psychotique, une réduction de posologie de l'antipsychotique pouvant aggraver la symptomatologie [25] ;
- il convient également de soulever le fait que les effets collatéraux secondaires à un traitement neuroleptique comme le ralentissement idéique, l'indifférence psychique, la difficulté à penser, entraînent une auto-perception négative par le patient et une perception négative du patient par ses proches. Certaines sédations par benzodiazépines peuvent aussi s'accompagner d'un effet paradoxal avec désinhibition ou recrudescence de l'agitation (avec une forte composante impulsive, une relation effet-dose et une amnésie secondaire) [24].

### La sédation qui diminue l'adhésion aux soins [4]

Elle est comme suit :

- les benzodiazépines à forte dose occasionnent fréquemment des troubles de l'attention et de la mémoire de fixation, altèrent le souvenir, avec une mémoire parcelaire pouvant durer plusieurs jours et à l'origine d'une anxiété secondaire (peur du médicament ou questionnement autour du traitement, pouvant compromettre le suivi ultérieur, avec des arrêts thérapeutiques précoces, une rupture de l'alliance relationnelle avec le clinicien) [12] ;
- une somnolence, un trouble de la vigilance ou une note confusionnelle peuvent retarder ou empêcher un diagnostic d'urgence mixte ou d'urgence somatique à masque psychiatrique (par défaut de recueil de plainte du patient). L'information est impossible à dispenser au patient, tout comme il est peu probable d'obtenir son adhésion ou de vérifier son opposition aux soins. Il s'avère fondamental de ne pas confondre le non-refus du patient et son accord implicite à la prise en charge qui lui est proposée : on obtient sinon des pseudo-consentements ou, inversement, sont instaurées des hospitalisations à la demande d'un tiers (« parapluie »), hors de toute logique clinique et thérapeutique [14] ;
- la sédation qui calme ou qui apaise des tiers, sans aucune cible symptomatique précise chez le patient, restaure « la paix dans le service de soins », mais n'est en rien un facteur qui favorise la compliance, ou la confiance ;
- enfin, il faut souligner l'impact de la « sédation » sur la famille et l'entourage des patients : si les proches venant dans le service de soins sont souvent satisfaits de constater la réduction de l'agitation ou une moindre hostilité, ils sont aussi vite désemparés ou perçoivent de manière défavorable une sédation marquée par des échanges quasi-absents avec le patient, sa vigilance fluctuante, ou sa concentration défaillante.

### Le traitement psychotrope intramusculaire (urgence et soins aigus)

Même si la voie orale est toujours privilégiée, tout au moins quand le patient la revendique, ou qu'elle est mieux acceptée que la forme intramusculaire, le traitement injectable garde son utilité pour proposer une sédation comportementale brève, ou permettre la sédation psychique [10].

L'information préalable indispensable est dispensée au patient avec le souci de la clarté, de l'adhésion aux soins (une information écourtée, voire absente, parfois relevée, peut l'être par peur anticipée d'un refus implicite, la logique reste finalement assez obscure...).

Au-delà de l'acte technique d'une injection, la dimension relationnelle et psychothérapeutique est essentielle. Le choix symbolique de la voie intramusculaire peut participer à la reconnaissance du trouble ou de sa gravité, témoigne ainsi de l'importance qui est donnée au patient et à sa souffrance. L'intérêt de cette galénique ne se limite de fait pas à la suppression des risques de mauvaise absorption liée au premier passage hépatique.

Un paradoxe culturel de l'usage de la voie injectable est aussi lié à l'assimilation fréquente entre la sédation par voie injectable, le caractère urgent de la situation, la faible compliance aux soins, avec des représentations plutôt négatives [2].

L'injection intramusculaire d'un médicament neuroleptique conventionnel, d'une benzodiazépine, représente un traitement précoce, véritable pierre angulaire de la prise en charge de l'agitation chez le patient psychotique dans les services d'urgence psychiatrique, ou dans les contextes d'urgence et de crise.

Par leurs qualités pharmacologiques et pharmacocinétiques dans les contextes où la certitude de la prise et la rapidité d'action sont les options immédiates de la prise en charge, l'introduction d'un antipsychotique de deuxième génération, permettra au plus tôt de dépasser une efficacité symptomatique (utile), pour s'engager vers une recherche d'efficacité étiologique (indispensable), curative et préventive [10,11].

Après l'injection intramusculaire de l'antipsychotique de deuxième génération, le patient plus calme, apaisé, reste apte à exprimer son vécu émotionnel, ses besoins. Le dernier APA mis à disposition des équipes de soins, l'aripiprazole par voie intramusculaire est efficace et bien toléré pour des patients schizophrènes et les affections schizophréniformes, comme dans les troubles bipolaires I [3,29,31,32]. En pratique, un changement dans le comportement est noté dans les 30 à 60 minutes après l'injection, mais la sédation psychique obtenue en monothérapie, sera complétée d'une sédation comportementale si l'APA est associé à une benzodiazépine, injectable ou orale ou à un traitement neuroleptique sédatif, brièvement prescrits [26].

Les antipsychotiques atypiques, notamment dans leur forme intramusculaire d'action immédiate, représentent une alternative thérapeutique intéressante chez des patients en état d'agitation chez lesquels il est nécessaire de (re)initier rapidement un traitement antipsychotique atypique. Des études randomisées sur le traitement avec un APA par voie intramusculaire chez des patients schizophrènes agités, ont comparé l'efficacité comme la tolérance de l'olanzapine versus l'halopéridol chez des patients schizophrènes, états schizo-affectifs et schizophréniformes [8]. Elles montrent une efficacité rapide sur le niveau d'agitation (variation des scores PANSS-EC), et un effet comparable à l'halopéridol sur le critère principal d'efficacité PANSS-EC, notamment deux heures après l'injection intramusculaire.

L'efficacité, le caractère sûr, et la tolérance de l'aripiprazole par voie intramusculaire, traitement de l'agitation aiguë chez les patients atteints de schizophrénie et de troubles schizo-affectifs, ont été également démontrés par des études en double aveugle, randomisées avec des résultats significatifs sur le score PANSS-EC dans les deux heures suivant la première injection et comparables à ceux de l'halopéridol [3,29,31,32]. Il peut être coprescrit si nécessaire avec une benzodiazépine en maintenant une surveillance clinique étroite. Une fois l'agitation et les troubles du comportement contrôlés, le traitement par aripiprazole solution injectable doit être arrêté et remplacé par la voie orale dès que l'état clinique du patient le permet. L'absence de sédation de la vigilance, une sédation comportementale mesurée et adaptée à la situation, favorisent la confiance

du patient vis-à-vis du traitement, et son acceptation tacite d'un relais per os dans la même famille médicamenteuse.

En pratique, l'expérience clinique montre que l'injection intramusculaire de l'antipsychotique de deuxième génération confère une amélioration de l'observance aux soins, elle rend possible la continuité du choix thérapeutique : la même molécule est prescrite pendant les soins urgents et aigus par voie injectable, puis orale, et la posologie minimale efficace per os peut être maintenue dans le suivi thérapeutique ultérieur [27,29].

Une stratégie de soin soucieuse d'éviter ou de réduire les situations de nouvelle décompensation, notamment dans le cadre de l'urgence, aura pour visée la qualité de vie du patient psychotique en posturgence, qui repose aussi sur une prise en compte précoce de la cause du trouble. La forme intramusculaire d'un antipsychotique de deuxième génération n'est plus uniquement une voie pour la sédation, mais représente une autre voie, celle de l'initiation d'un soin au long cours.

## Conclusion

Les stratégies médicamenteuses « monomaniaques » sédatives des états d'agitation en urgence psychiatrique sont inappropriées à la diversité des contextes cliniques.

Trop de sédation, ou une trop longue sédation, a un impact délétère sur le suivi thérapeutique et les psychiatres urgentistes ne peuvent ignorer les répercussions de leur prise en charge immédiate, sur le devenir du patient en posturgence [22].

La banalisation de la sédation s'est probablement longtemps et régulièrement inscrite dans la stigmatisation médiatique du malade psychiatrique autour de sa violence présumée, dans une évolution parfois sécuritaire du soin.

La sédation comportementale est souvent un objectif en urgence psychiatrique là où la sédation de la vigilance est désormais abandonnée. La sédation psychique est en revanche une priorité des soins aigus.

Toute approche sédatrice est délétère dans la continuité des soins : les patients atteints de schizophrénie dans l'enquête d'Angermeyer citent en deuxième la sédation parmi les effets indésirables du traitement qui ont un impact négatif sur leur qualité de vie [4].

L'expérience thérapeutique précédente, les effets secondaires, la relation thérapeutique avec l'ensemble des soignants sont des facteurs d'observance et d'adhésion aux soins.

Le temps du soin aux urgences est déterminant pour s'assurer que le patient est inscrit ou non, dans un système de soin adapté, et l'amener le cas échéant à y entrer.

C'est la qualité de ce premier temps qui conditionnera la qualité de la prise en charge ultérieure.

La mise en route d'un traitement étiologique au plus tôt par l'usage des antipsychotiques de seconde génération, disponibles par voie intramusculaire, garde ici un intérêt spécifique pour le clinicien : les professionnels savent que plus le délai de traitement initial de la maladie schizophrénique est long, moins les rémissions seront significatives.

Les équipes des services d'urgence psychiatrique ont de plus en plus souvent recours à la sédation comportementale



qui associe précocement l'antipsychotique de seconde génération en association. Lorsque la sédation psychique suffit, ces médicaments ont une place électorale en monothérapie, ou brièvement associés à un traitement anxiolytique (soins aigus). La sédation psychique, lorsqu'elle est suffisante, ne s'appuie pas sur les prescriptions de neuroleptiques conventionnels, là où l'aripiprazole ou l'olanzapine apporteront un bénéfice significatif.

La mise en route d'un traitement injectable par aripiprazole (une à trois injections dans les 24 premières heures) avec un relais per os, montre un apaisement psychique rapidement objectivable, un maintien du contact avec le patient et du fonctionnement cognitif [20,29].

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Allen MH, et al. Treatment of behavioral emergencies: a summary of the expert consensus guidelines. *J Psychiatr Pract* 2003;9(1):16–38.
- [2] ANAES. Conférence de consensus. L'agitation en urgence (petit enfant excepté). *Jour* 2003;16:58–64.
- [3] Andrezina R, et al. Intramuscular aripiprazole for the treatment of acute agitation in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: a double-blind placebo-controlled comparison with IM haloperidol. *Psychopharmacology* 2006;188:281–92.
- [4] Angermeyer MC, Matschinger H. Neuroleptics and quality of life. A patient survey. *Psychiatr Prax* 2000;27(2):64–8.
- [5] APA. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia 2nd ed. 2004. P. 3, 10, 23, 29, 45, 57, 58.
- [6] Battaglia J. Pharmacological management of the acute agitation. *Drugs* 2005;65(9):1207–22.
- [7] Bourdinaud V, Pochard F. Enquête sur la prise en charge des patients en état d'agitation dans les services d'accueil et d'urgence en France. *Encephale* 2003;29(2):89–98.
- [8] Breier A, et al. A double-blind, placebo-controlled dose response comparison of IM olanzapine et haloperidol in the treatment of acute agitation in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:441–8.
- [9] Centorrino F, Meyers AL, Ahl J, et al. An observational study of the effectiveness and safety of intramuscular olanzapine in the treatment of acute agitation in patients with bipolar mania or schizophrenia, schizoaffective disorder. *Human Psychopharmacol* 2007;22(7):455–62.
- [10] Currier GW, et al. Intramuscular antipsychotics: clinical experience review. *J Emerg Med* 2004;27:3–4.
- [11] FFP schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques. Conférence de consensus des 23 et 24 janvier 2003. Paris: FFP; 2003.
- [12] Gillies D, Beck A, et al. Benzodiazépine alone or in combination with antipsychotic drugs for acute psychosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;10(Suppl. 14):1–15.
- [13] Grivois H, Dauchy S, Mathieu P. Urgences Psychiatriques. 2<sup>e</sup> ed Paris: Masson; 1997.
- [14] HAS. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Saint-Denis-la-Plaine: HAS; 2005.
- [15] Kane JM, et al. Optimising pharmacologic treatment of psychotic disorders. Expert consensus guideline series. *J Clin Psychiatry* 2003;64:46–9.
- [16] Keck Jr PE, Marcus R, Tourkodimitris S, et al. A placebo-controlled double blind study of the efficacy and safety of aripiprazole in patients with acute bipolar mania. *Am J Psychiatry* 2003;160(9):1651–8.
- [17] Levy RH. Sedation in acute and chronic agitation. *Pharmacotherapy* 1996;16:152–9.
- [18] Liberman RP, et al. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2002;14:256–72.
- [19] Meehan KM, et al. Comparison of rapidity acting intramuscular olanzapine, lorazepam and placebo: a double-blind randomized study in acutely agitated patients with dementia. *Neuropsychopharmacology* 2002;26:494–504.
- [20] Modell S, et al. Intramuscular aripiprazole treatment for acute agitation in patients with psychosis. *Int J Neuro Psychopharmacol* 2004;7(Suppl.):SH 17.
- [21] Passamar M. Urgences psychiatriques et agitation psychomotrice. *Urgence Pratique* 2008;90:29–31.
- [22] Passamar M. Sédation et urgences psychiatriques. *Urgence Pratique* 2008;91:17–9.
- [23] Sachs GS. A review of agitation in mental illness: burden of illness and underlying pathology. *J Clin Psychiatry* 2006;67(Suppl. 10):5–12.
- [24] Sais T, Gallarda T. Réactions d'agressivité sous benzodiazépines: une revue de la littérature. *L'encéphale* 2008;330–6.
- [25] Satterthwaite TD, et al. Antipsychotique IM et risque de symptômes extra-pyramidaux en aigu : méta-analyse comparant les antipsychotiques de 1<sup>re</sup> génération à ceux de seconde génération. *J Clin Psychiatrie* 2008;69:1669–79.
- [26] Sandford M, Scott LJ. Intramuscular aripiprazole: a review of its use in the management of agitation in schizophrenia and bipolar 1 disorder. *CNS Drugs* 2008;22(4):335–52.
- [27] Sturis I. Nursing intervention and the treatment of the acutely psychotic patient in the emergency department. *J Am Psych Nurses Assoc* 2002;8:536–9.
- [28] Thomas P. La prise en charge de l'agitation dans les épisodes psychiatriques aigus de la schizophrénie. *Encephale* 2006;32:12–3.
- [29] Tran-Johnson T, et al. Efficacy and safety of intramuscular aripiprazole in patients with acute agitation: a randomized, double-blind placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2007;68:111–9.
- [30] Yldiz A, et al. Pharmacological management of agitation in emergency settings. *Emerg Med J* 2003;20:339–46.
- [31] Zimbhoff DL, Marcus RN, Manos G, et al. Management of acute agitation in patients with bipolar disorder. Efficacy and safety of intramuscular aripiprazole. *J Clin Psychopharmacol* 2007;27:171–6.
- [32] Daniel DG, Currier GW, Zimbhoff DL, et al. Efficacy and safety of oral aripiprazole compared with haloperidol in patients transitioning from acute treatment with intramuscular formulations. *J Psych Pract* 2007;13(3):170–7.