

Prise en charge pharmacologique de la phase aiguë de l'agitation psychiatrique chez l'adulte

Proposition de la Commission Santé Mentale

Le DSM 5 définit l'agitation comme une « activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure ». Cette situation représenterait 10 à 15 % des consultations aux urgences¹.

Les personnes agitées risquent de devenir agressives et violentes et de causer du tort à elles-mêmes, aux autres et aux biens.

- ✓ Les mesures d'apaisement non médicamenteuses doivent être privilégiées en première intention (désescalade verbale, régulation de la stimulation environnementale)
- ✓ La contention physique doit être utilisée en dernier recours afin d'éviter le risque de psycho-traumatisme pour le patient pouvant altérer sa prise en charge future en psychiatrie, mais aussi pour les soignants
- ✓ Le recours aux médicaments doit intervenir lors d'une agitation incoercible et pour soulager l'agitation dans le cadre d'une contention effective afin d'en lever les mesures.

Ce protocole décrit les évaluations à réaliser, les règles de bonne pratique des médicaments à respecter et un arbre décisionnel de prise

1. Evaluation du patient

L'évaluation du patient est essentielle afin de déterminer l'étiologie de l'agitation et les comorbidités du patient pour une prise en charge appropriée.

- Evaluer la sémiologie de l'agitation
- Evaluer et suivre la souffrance morale (EVA)
- Pratiquer un examen somatique dès que possible, et si possible avant la mise en place du traitement, incluant un ECG
- Evaluer les comorbidités
- Evaluer la prise de toxiques et les comorbidités addictives (tabac, alcool)

→ Effectuer le diagnostic différentiel de l'agitation - exclure les causes somatiques

2. Règles de bonnes pratiques de prescription

Les règles suivantes doivent être respectées :

- Prendre en compte l'étiologie et les antécédents de traitement du patient
- Limiter l'utilisation des phénothiazines en raison des effets anticholinergiques, sur l'allongement du QT, et hypotenseurs
- Prendre en considération les antécédents de QTc allongé, et la présence de facteurs de risque
- Considérer l'olanzapine et l'aripiprazole comme le traitement de l'urgence dans les situations où l'historique du patient n'est pas disponible
- Privilégier la voie orale
- Dès que l'agitation est maîtrisée, ré-évaluer les posologies vers la dose minimale efficace ou réaliser le switch rapidement vers l'antipsychotique retenu en traitement de fond, afin de limiter une durée d'imprégnation trop longue.

- Concernant les benzodiazépines :
 - o Par voie orale, privilégier :
 - Le diazépam
 - l'oxazépam si atteinte hépatique ou personne âgée
 - o Par voie intramusculaire, privilégier le clorazépate car la biodisponibilité du diazépam en intramusculaire est aléatoire
 - o Prévoir l'arrêt des benzodiazépines avant la sortie de l'établissement de santé

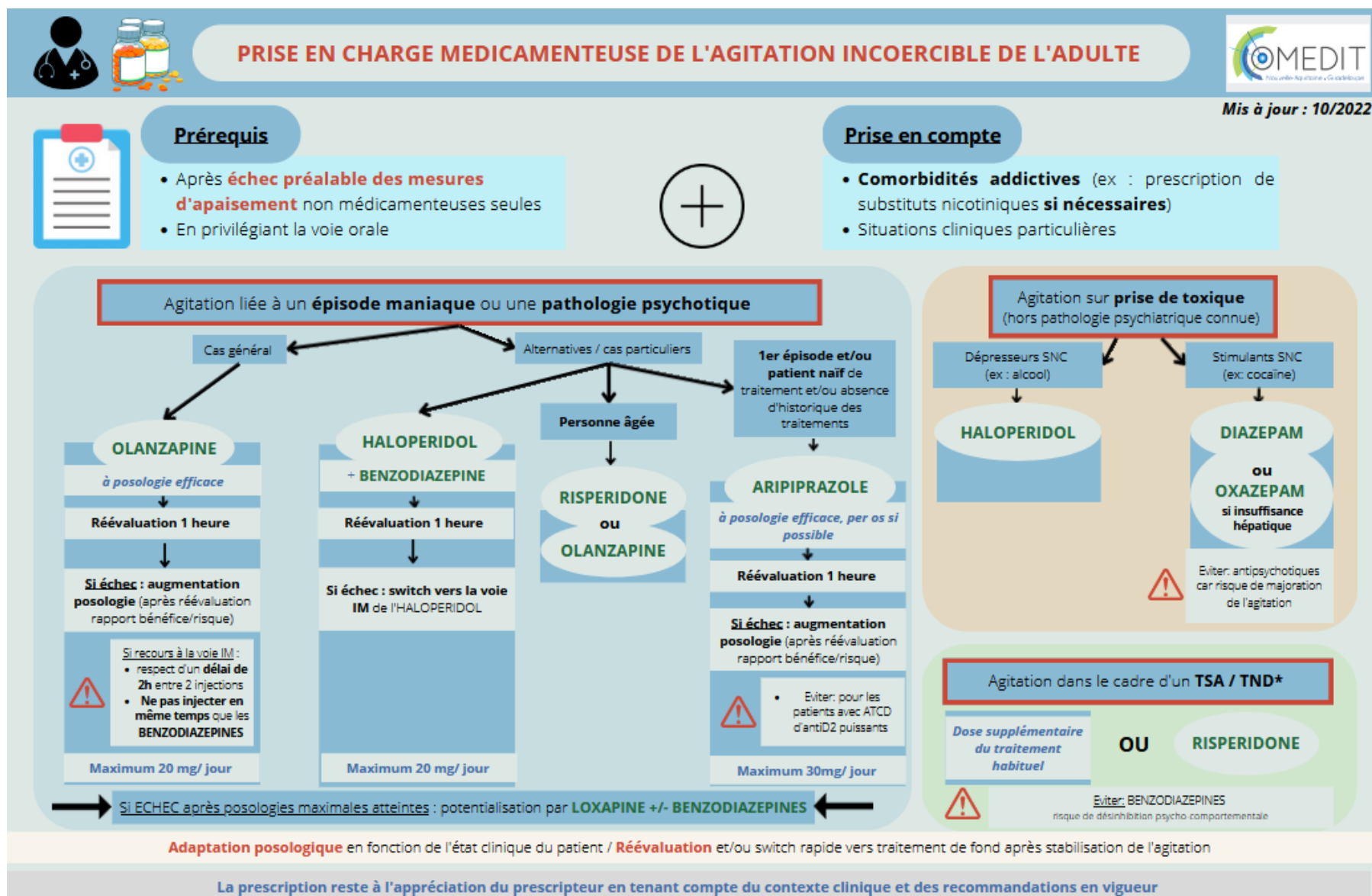
- Vigilance sur les risques de l'olanzapine :
 - o Ne pas associer l'olanzapine en IM avec une benzodiazépine en IM, prévoir un délai d'au moins 1 heure en raison d'un risque cardiorespiratoire.
 - o Eviter l'olanzapine chez un patient intoxiqué par l'alcool en raison du risque d'abaissement du seuil épileptogène, utiliser préférentiellement l'halopéridol dans cette situation

3. Tableau récapitulatif des données pharmacocinétiques des principaux médicaments utilisés

Selon les RCP consultés en décembre 2022, se rapprocher de votre pharmacien pour plus d'information

Dénomination Commune Internationale	Tmax (h)	Demi-vie (h)	Facteurs modifiant la pharmacocinétique	Impact posologique
Risperidone VO	1 à 2	3 (NB : 24h pour le métabolite actif)	Polymorphismes des CYP 2D6 Sujet âgé Insuffisance rénale Insuffisance hépatique	<ul style="list-style-type: none"> • Métabolisme hépatique • Se référer au RCP
Aripiprazole VO	3-5	75-146	Polymorphismes des CYP 2D6	<ul style="list-style-type: none"> • Métabolisme hépatique • Se référer au RCP
Olanzapine	VO	5-8	33-52	
	IM	15-45min	33-52	
Halopéridol LI	VO	2-6	24	
	IM	0,5	21	
Diazépam	VO	0,5 - 1,5	32-47	<ul style="list-style-type: none"> • Métabolisme hépatique • Se référer au RCP
	IM	Non déterminée	32 et 47	
Oxazépam VO	2	8		
Clorazépate IM	0,5-1	30-150 pour le métabolite actif	Sujet âgé Insuffisance hépatique	<ul style="list-style-type: none"> • Métabolisme hépatique • Se référer au RCP

4. Arbre décisionnel de prise en charge



*TSA : Troubles du spectre autistique / TND : Troubles neuro-développementaux
Source : proposition de la Commission Santé Mentale, OMEDIT Nouvelle-Aquitaine & Guadeloupe, octobre 2022

5. Situations cliniques particulières

	Traitement à privilégier	Traitement à éviter	Commentaire
Insuffisance rénale	Aripiprazole		Une adaptation des doses est conseillée pour les autres AP2G
Risque convulsif	Halopéridol	Phénothiazines Olanzapine	L'Olanzapine est convulsogène
Risque de dépression respiratoire	Halopéridol	Olanzapine IM et benzodiazépines	Eviter l'association de dépresseurs du SNC
QTc allongé	Aripiprazole, Olanzapine, Loxapine	Phénothiazines et Butyrophénone IM	
Risque de syndrome extrapyramidal	Olanzapine, Aripiprazole	Halopéridol, Loxapine, Risperidone	L'association aux benzodiazépines diminue ce risque
Hypotension, maladie cardiovasculaire non stabilisée	Aripiprazole, Olanzapine	AP1G et Quétiapine	Eviter les associations, et les traitement IM

Ressources bibliographiques

1. Collège National des Universitaires de Psychiatrie 2016
2. Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
3. CHUV/DP/PGE-UPPC/SCW/Traitement de l'agitation/V. 2.5 du 28.01.21 : <https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dp/documents/dp-uppc-agitation-adulte.pdf>
4. Patel MX, Sethi FN, Barnes TR, Dix R, Dratcu L, Fox B, Garriga M, Haste JC, Kahl KG, Lingford-Hughes A, McAllister-Williams H, O'Brien A, Parker C, Paterson B, Paton C, Posporelis S, Taylor DM, Vieta E, Völm B, Wilson-Jones C, Woods L; With co-authors (in alphabetical order):. Joint BAP NAPICU evidence-based consensus guidelines for the clinical management of acute disturbance: De-escalation and rapid tranquilisation. J Psychopharmacol. 2018 Jun;32(6):601-640. doi: 10.1177/0269881118776738. Epub 2018 Jun 8. PMID: 29882463.
5. Wilson MP, Pepper D, Currier GW, Holloman GH Jr, Feifel D. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. West J Emerg Med. 2012 Feb;13(1):26-34. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6866. PMID: 22461918; PMCID: PMC3298219.
6. Zun LS. Evidence-Based Review of Pharmacotherapy for Acute Agitation. Part 1: Onset of Efficacy. J Emerg Med. 2018 Mar;54(3):364-374. doi: 10.1016/j.jemermed.2017.10.011. Epub 2018 Feb 1. PMID: 29361326.
7. Lingford-Hughes AR, Welch S, Peters L, Nutt DJ; British Association for Psychopharmacology, Expert Reviewers Group. BAP updated guidelines: evidence-based guidelines for the pharmacological management of substance abuse, harmful use, addiction and comorbidity: recommendations from BAP. J Psychopharmacol. 2012 Jul;26(7):899-952. doi: 10.1177/0269881112444324. Epub 2012 May 23. PMID: 22628390.
8. INSTRUCTION N° DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention

Document réalisé par la

Commission Santé Mentale de l'OMEDIT Nouvelle-Aquitaine Guadeloupe

Participants à la rédaction du document : BIASOLO Chloé (CH Cadillac), BLANCHER Charles-Henri (GH La Rochelle), BOUGES Ségolène (OMEDIT NAG), DAVELUY Amélie (CEIP Bordeaux), EGRON Adeline (CH Cadillac), FABRE Marylène (ARS NA), GLENISSON Laurent (CH Charles Perrens), GUIBAUD Caroline (CH Tulle), LENGRONNE Jocelyne (CH Cadillac), LOUVRIER Marion (OMEDIT NAG), LUCAS Alexandre (OMEDIT NAG), MERCIER Carole (CH des Pyrénées), PARNEIX Laurence (CH Cadillac), QUEUILLE Emmanuelle (CH Charles Perrens), ROUDAUT Myriam (OMEDIT NAG), ROZIER Pierre-Emmanuel (CH des Pyrénées), SCHADLER Laurence (CH Esquirol).

Remerciement à l'OMEDIT Bretagne et au CHS G Regnier