

Références

- [1] Chopard G, Bereau M, Mauny F, Baudier F, Griesmann JL, Vandell P, et al. Diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer : l'arbre qui cache la forêt ? *Press Med* 2014;43:886-7.
- [2] CNGE. Maladies d'Alzheimer et apparentées : des recommandations à préciser. Communiqué de presse du Conseil scientifique du Collège national des généralistes enseignants ; 2012, http://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/maladies_dalzheimer_et_apparentees_des_recommandat/ ; [Accès le 30/01/2015].
- [3] HAS. Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge. Recommandations ; 2011, http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1148883/maladie-dalzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostic-et-prise-en-charge ; [Accès le 30/01/2015].
- [4] Alzheimer's Disease International. The benefits of early diagnosis and intervention. *World Alzheimer Report*; 2011, <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2011.pdf> ; [Accès le 30/01/2015].
- [5] Tricco AC, Soobiah C, Berliner S, Ho JM, Ng CH, Ashoor HM, et al. Efficacy and safety of cognitive enhancers for patients with mild cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2013;185:1393-401.
- [6] Espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer. Alzheimer, éthique, science et société ; 2012, http://www.espace-ethique-alzheimer.org/bibliotheque_rte/pdf/septembre2012/Avis_Eremea_WEB.pdf ; [Accès le 30/01/2015].
- [7] Brooker D, La Fontaine J, Evans S, Bray J, Saad K. Public health guidance to facilitate timely diagnosis of dementia: Alzheimer's COoperative Valuation in Europe recommendations. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014;29:682-93.
- [8] Koch T, Illiffe S. Rapid appraisal of barriers to the diagnosis and management of patients with dementia in primary care: a systematic review. *BMC Fam Pract* 2010;11:52.
- [9] De Lepeleire J, Heyrman J. Diagnosis and management of dementia in primary care at an early stage: the need for a new concept and an adapted procedure. *Theor Med Bioeth* 1999;20:215-28.
- [10] Letrilliart L, Roubaud C, Laine X, Ecochard R, Krolak-Salmon V. Évaluation des procédures diagnostiques de la maladie d'Alzheimer : une revue systématique des méta-analyses. *Cah Annee Gerontol* 2012;4:330-44.

Laurent Letrilliart^{1,2,3}, Denis Pouchain^{3,4}, Jean-Yves Le Reste^{5,6}, Vincent Renard^{3,7}

¹Université Claude-Bernard Lyon 1, faculté de médecine Lyon-Est, département de médecine générale, 69373 Lyon cedex 08, France

²Université de Lyon, faculté de médecine Laënnec, équipe d'accueil 4129 « santé individu société », 69372 Lyon cedex 08, France

³Collège national des généralistes enseignants (CNGE), conseil scientifique, 93100 Montreuil-sous-Bois, France

⁴Université François-Rabelais, faculté de médecine de Tours, département universitaire de médecine générale, 37000 Tours, France

⁵Université de Bretagne occidentale, département de médecine générale, 29238 Brest cedex 03, France

⁶Université de Bretagne occidentale, ERCR SPURBO, 29238 Brest cedex 03, France

⁷Université Paris-Est Créteil, faculté de médecine, département de médecine générale, 94000 Créteil, France

Correspondance : Laurent Letrilliart, Université Claude-Bernard Lyon 1, faculté de médecine Lyon-Est, département de médecine générale, 8, avenue Rockefeller, 69373 Lyon cedex 08, France
laurent.letrilliart@univ-lyon1.fr

Disponible sur internet le : 6 mars 2015

<http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2015.02.003>

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2014.03.011>

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Prise en charge médicamenteuse des agitations aux urgences : ne pas oublier les substituts nicotiques. Correspondance à propos de l'article « Prise en charge médicamenteuse des agitations aux urgences : recommandations théoriques et études des pratiques »



Nicotine replacement therapy for agitation in the emergency department. Letter on the article "Drug management of agitation in emergency departments: Theoretical recommendations and studies of practices"

Horn et al. analysent la prise en charge médicamenteuse des états d'agitation et rappellent à juste titre l'importance de la prévention avec « l'approche relationnelle (attitude empathique, information claire et simple du déroulement des soins, aide à la verbalisation des émotions) et l'adaptation de l'environnement (pièce calme, non isolée, réduction des stimulations, respect d'une distance avec le patient) » [1].

Les états d'agitation posent des problèmes de diagnostic, d'organisation plus que de prise en charge, et la prévention est capitale [2]. Elle n'est pas que relationnelle, elle est aussi clinique en sachant reconnaître précocement les situations à risque (antécédents, facteurs sociaux...) et les comportements (refus de s'asseoir, modifications vocales...) [3]. Elle est aussi pharmacologique. Les substituts nicotiques préviennent l'agitation liée au sevrage tabagique [4]. La dose doit être adaptée à l'importance de la dépendance et différentes formes sont disponibles pour cela (patch, comprimés et spray). Pourtant, il y a encore des services d'urgence qui n'en disposent pas, alors que plus de 30 % des français sont fumeurs.

Enfin, l'utilisation des benzodiazépines peut se compliquer de dépression respiratoire et il convient de rappeler l'intérêt du flumazénil [5].

Déclaration d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Horn M, Vaiva G, Dumais A. Prise en charge médicamenteuse des agitations aux urgences : recommandations théoriques et études des pratiques. *Presse Med* 2015;44:20-6.
- [2] Moritz F, Jenvrin J, Canivet S, Gerault D. Conduite à tenir devant une agitation aux urgences. *Reanimation* 2004;13:500-6.
- [3] Société française de médecine d'urgence. Conférence de consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) »; 2002, www.sfm.u.org/documents/consensus/cc_agitation_long.pdf; [Accès le 10/02/2015].
- [4] Allen MH, Debanné M, Lazignac C, Adam E, Dickinson LM, Damsa C. Effect of nicotine replacement therapy on agitation in smokers with schizophrenia: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 2011;168:395-9.
- [5] Spivey WH, Roberts JR, Derlet RW. A clinical trial of escalating doses of flumazenil for reversal of suspected benzodiazepine overdose in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1993;22:1813-21.

Alain Braillon

CHU d'Amiens, 80000 Amiens, France

braillon.alain@gmail.com

Disponible sur internet le : 6 mars 2015

<http://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2015.02.001>

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Prise en charge médicamenteuse des agitations aux urgences : la nécessité de nouvelles évaluations. Réponse des auteurs à propos de la correspondance sur leur article



Drug management of agitation in emergency departments: The need of new assessments. Author's response to the letter on the article

En réponse à notre article « Prise en charge médicamenteuse des états d'agitation aux urgences : recommandations théoriques et études des pratiques » [1], A. Braillon souligne dans sa lettre l'importance de la prise en charge (PEC) du sevrage tabagique, pour son implication à la fois dans la survenue des états d'agitation, mais également dans la gestion de ceux-ci [2]. Il apparaît en effet que la considération du sevrage tabagique des patients en psychiatrie reste largement négligée, en dépit de son retentissement majeur sur les comportements de ces patients. Il a ainsi été montré que la privation de nicotine augmentait de manière importante les comportements

agressifs, et particulièrement chez les patients préalablement hostiles ou irritables [3]. De même, une majoration de la sévérité des symptômes a été constatée avec l'arrêt du tabac chez les patients souffrant de schizophrénie [3].

Parallèlement au rôle du sevrage tabagique dans la génération des états d'agitation, la substitution nicotinique pourrait constituer l'une des mesures de PEC des patients agités. Dans leur étude, Allen et al. [3] ont en effet démontré l'efficacité des substituts nicotiques dans la diminution des états d'agitation des patients atteints de schizophrénies. L'objectif principal de notre article était de détailler les conditions de PEC des états d'agitation et leurs méthodes d'évaluation. Bien que déterminantes dans la PEC des patients psychiatriques aux urgences, les mesures de prévention n'ont donc pas été abordées. Néanmoins, il apparaît que la question de la substitution nicotinique occupe également une place essentielle dans la gestion de l'agitation. Un lien a ainsi pu être observé entre sevrage tabagique et taux de prescription de lorazépam ou recours à la contention [4]. Il semble donc primordial d'intégrer la question du sevrage tabagique chez les patients pris en charge en psychiatrie.

Par ailleurs, dans sa lettre, A. Braillon rappelle les complications respiratoires liées à l'utilisation des benzodiazépines (BZD) [2]. Nous avons cité ce type de complication parmi les effets secondaires potentiels des BZD. Cependant, la littérature sur ce sujet reste limitée, et il semble difficile d'évaluer objectivement la fréquence de ces effets secondaires. Dans leur article de revue portant sur les recommandations en termes de traitement pharmacologique de l'agitation, Pacciardi et al. [5] ne retrouvaient pas de notion de dépression respiratoire lors de l'utilisation des BZD. La quasi-totalité des auteurs s'accordaient donc sur l'utilisation des BZD (associées ou non aux antipsychotiques) lors des agitations dans les services d'urgences. Néanmoins, peu de données scientifiques sont disponibles sur l'efficacité et la tolérance de ces traitements en situation d'urgence, qui restent donc indiqués sur la base unique de recommandations d'experts.

Le manque de données issues d'études expérimentales concernant les traitements médicamenteux dans les états d'agitation aux urgences résulte certainement des difficultés à mettre en œuvre, tant d'un point de vue pratique qu'éthique, la réalisation de telles études [1]. De plus, les résultats de ces études sont rarement généralisables, du fait : (1) du manque de définition précise de l'agitation [1,5] ; (2) du manque de standardisation entre les échelles utilisées ; (3) et des conditions de réalisation des études [1]. Sur ce dernier point, il semble important de rappeler les différences fréquemment observées entre les conditions de stress et de nécessité d'intervention rapide dans les services d'urgence, et les conditions requises pour réaliser les protocoles expérimentaux tels qu'organisés dans les études actuelles [6]. Ainsi, le recueil de consentement éclairé ou la passation d'échelles longues nécessitent un niveau