



# URGENCES PSYCHIATRIQUES

Pr TEFAHI .B

## OBJECTIF PRINCIPAL

- Savoir définir une urgence psychiatrique
- Savoir connaître les étiologies des urgences psychiatriques
- Savoir prendre en charge une urgence psychiatrique

## INTRODUCTION (1)

- ❑ En situation d'urgence psychiatrique, nous considérons plusieurs éléments qui sont liés :
  - A l'état mental et physique du patient lui-même
  - A la notion de danger pour le patient ou son entourage
  - Au ressenti de l'entourage, du voisinage ou de la famille qui estime nécessaire une intervention médicale immédiate, sans attendre une consultation programmée
- ❑ Différents types de comportements alarmants qui doivent faire penser à une urgence :
  - ⇒ un état d'abattement extrême (la personne est prostrée, ne s'alimente plus)
  - ⇒ une violence de la personne envers elle-même (tentative de suicide, automutilation), envers autrui ou son environnement matériel
  - ⇒ un délire, des hallucinations, un état d'agitation
  - ⇒ une angoisse ou une souffrance psychique extrême, un état dépressif intense

## INTRODUCTION (2)

- ❑ Deux types d'urgences psychiatriques:
  - Une crise aiguë chez un malade connu
  - Une crise qui correspond à une situation de débordement

L'examen psychiatrique en urgence nécessite du médecin calme, patience, sa capacité à utiliser son expérience pour établir une bonne relation soignant -soigné

## DIFFÉRENTS TYPES DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

### A. Urgences psychiatriques pures:

Décompensation aiguë d'une affection psychiatrique :

- Episode dépressif majeur
- Accès d'agitation maniaque
- Bouffée délirante aiguë
- Schizophrénie délirante et hallucinatoire

### B. Urgences intriquées, médico-psychiatriques:

- Intoxication éthylique aiguë
- Gestion d'une tentative d'autolyse
- Encéphalopathie alcoolique
- Confusion mentale

### C. Situations de crise ou de détresse psychosociale:

- Etats aigus transitoires
- A expression émotionnelle intense
- Troubles de l'adaptation liés à une situation de crise ou de détresse psychosociale:
  - \*D'ordre réactionnel: Deuil, pertes, chômage, problèmes financiers, professionnels, judiciaires...
  - \*D'ordre relationnel: Conflit conjugal, sentimental ou familial...

## TENTATIVE DE SUICIDE OU CRISE SUICIDAIRE

### ☐ But:

-Déterminer le degré de perturbation de l'individu afin d'instaurer une intervention appropriée

### ☐ Triple évaluation:

-Le risque

-L'urgence

-La dangerosité

### 1. Facteurs de risque de suicide:

Le risque est élevé avec le cumul des facteurs de risques

### 2. L'urgence suicidaire:

Le scénario suicidaire, l'absence d'alternative autre que le suicide:

-Faible : Pense au suicide, pas de scénario précis

-Moyen: Moyen scénario envisagé, mais reporté

-Élevé: Planification claire, passage à l'acte prévu pour les jours à venir

### 3. La dangerosité:

-Évaluer la dangerosité du scénario suicidaire : létalité du moyen et l'accès direct aux moyens

-Si l'accès au moyen est facile et immédiat, il faut considérer la dangerosité comme extrême et agir en conséquence

## LES ETATS D'AGITATION

-Manie

-Confusion mentale

-Agitations contrôlables:

### **a. Crise d'excitation hystérique ("crise de nerfs"):**

-Très fréquente

-Facteur déclenchant souvent retrouvé (dispute, conflit familial, stress aigu)

-Bruyante, théâtrale, attirant l'attention (cède souvent par le simple isolement), "inauthentique" mais pas simulation est un message adressé à l'entourage en cause dans la crise

### **b. Crises d'angoisse névrotique:**

-Notamment attaques de panique ++ anxiété psychique et physique majeure, crescendo associée à peurs de mourir, de devenir fou

### **c. Agitation revendicante du psychopathe:**

- Menaces associées à des demandes difficiles à satisfaire (prescriptions de toxiques, demandes d'hébergement...)

- Expression d'emblée agressive, impulsive, avec tentatives de manipulation, intolérance aux frustrations

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

-Défaillance viscérale grave

-Pathologie toxique

-Trouble métabolique

-Syndrome infectieux

-Pathologie du SNC

## PRISE EN CHARGE

☐ Les difficultés majeures dans les urgences psychiatriques sont: l'aspect paroxystique des crises et l'entourage du patient . On doit assurer la sécurité du patient, de sa famille et du personnel soignant

☐ Avoir le maximum d'information et relater les antécédents

☐ Toujours procéder à un examen somatique pour éliminer une urgence vitale

- ☐ Ne pas se précipiter à poser un diagnostic dans le cadre de l'urgence mais plus chercher à comprendre dans quel contexte le symptôme s'est construit
- ☐ Ne cédez pas à la panique, créez le calme, parlez doucement
- ☐ Limitez le nombre de personnes présentes et enlevez les objets dangereux si besoin

## **TRAITEMENT**

Le choix du traitement repose sur:

- Les résultats de l'investigation à la recherche d'une atteinte organique
- La connaissance des traitements déjà prescrits
- La durée d'action et la sédation souhaitées et les voies d'administration possibles
- Etats anxieux et agitations modérées

### **1-Etats anxieux et agitations modérées:**

BENZODIAZÉPINES type Tranxène, Seresta, Valium (per os ou IM) ( Action rapide quelle que soit la voie d'administration)

### **2-Etats d'agitation sévères:**

NEUROLEPTIQUES (Loxapac, Tercian), ou ANTIPSYCHOTIQUES (Risperdal, Zyprexa, Solian) en fonction de l'importance des troubles psychotiques

La résolution de l'agitation n'est en aucun cas une fin en soi. Elle permet avant tout de créer des conditions adaptées à la résolution du problème de fond, ou de la crise reprise de relation avec un patient plus réceptif, réassurance, explication souplesse du transfert vers l'unité qui assurera éventuellement le suivi

La qualité de la prise en charge initiale en milieu psychiatrique dépend pour une large part de la gestion de l'accueil du patient et de la maîtrise de l'urgence+++

### **1-Orientation**

Isolement: dans une pièce calme

Climat d'empathie et de bienveillance permet de réaliser l'interrogatoire et l'examen clinique

### **2-Sédation**

Benzodiazépine en 1<sup>ère</sup> intention: diazépam per os

Neuroleptique si sévère: Per os, IM si refus

### **3-Contention physique**

En dernier recours, en cas d'échec du traitement médical

En cas de risque auto-hétéro-agressif, de risque de fugue...

Prescription médicale: personnel qualifié (au moins 4 personnes) et matériel homologué

Surveillance régulière

Ré évaluation de l'indication

Prévention des complications de décubitus: anticoagulation préventive

### **Mesures associées**

Hospitalisation non systématique

Souvent sous contrainte

### **Surveillance**

Clinique: état d'agitation conscience, tension artérielle, complications de décubitus

Para clinique: adaptée à l'étiologie