www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Manuel pratique des urgences psychiatriques

Les principales situations cliniques en fiches pratiques

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Manuel pratique des urgences psychiatriques

Les principales situations cliniques en fiches pratiques

MJ Guedj-Bourdiau

Avec

J.F. Calas

J. Cavanagh de Carvalho

D. Sillau

C. Spadone

Ont participé à la rédaction :

V. Balanger

X. Benarous

O. Medina

Les Précis

Lavoisier
Médecine
SCIENCES
editions.lavoisier.fr

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Chez le même éditeur

Dans la même collection

Pratiques cliniques en addictologie, LAQUEILLE Xavier, CHASSAGNOUX Anne, (Cahiers de Sainte-Anne), 188 pages, 2017

Adoption internationale – De la rencontre à la filiation (Cahiers de Sainte-Anne), PÉROUSE DE MONTCLOS Marie-Odile, POGGIONOVO Marie-Paule, 182 pages, 2016

Anorexie, boulimie – Nouveaux concepts, nouvelles approches (Cahiers de Sainte-Anne), CRIQUILLION Sophie, DOYEN Catherine, 220 pages, 2016

Troubles intellectuels et cognitifs de l'enfant et de l'adolescent – Apprendre. Connaître. Penser, MAZET Philippe, XAVIER Jean, GUILÉ Jean-Marc, PLAZA Monique, COHEN David, 474 pages, 2016

Maternité et psychiatrie – Répercussions et prise en charge (Cahiers de Sainte-Anne), VACHERON Marie-Noëlle, 224 pages, 2015

Dans la collection Psychiatrie

Psychiatrie de liaison, LEMOGNE Cédric, COLE Pierre, CONSOLI Silla, LIMOSIN Frédéric, 700 pages, 2018

Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent, DUVERGER Philippe, 250 pages, 2017

Les troubles anxieux, BOULENGER Jean-Philippe, LÉPINE Jean-Pierre, 300 pages, 2014

Les troubles bipolaires, BOURGEOIS Marc-Louis, GAY Christian, HENRY Chantal, MASSON Marc, 600 pages, 2014

Les personnalités pathologiques, GUELFI Julien-Daniel, HARDY Patrick, 330 pages, 2013

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ Facebook

Direction de département : Jean-Marc Bocabeille
Édition : Fabienne Roulleaux, Concept Editions
Composition : Nord Compo, Villeneuve d'Ascq

Pour plus d'informations sur nos publications

newsletters.lavoisier.fr/9782257206756

Copyright : 2019, Lavoisier, Paris
ISBN : 978-2-257-20675-6

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Sommaire

Liste des collaborateurs V
Remerciements VII
Préface IX
Introduction XIII
Liste des principaux acronymes et abréviations XV

PARTIE 1

COMPRENDRE L'URGENCE PSYCHIATRIQUE

CHAPITRE 1 Bases et définitions 3
CHAPITRE 2 Évaluation et psychopathologie 39
CHAPITRE 3 Thérapeutique *in situ* et orientations d'aval 48

PARTIE 2

LES SITUATIONS RENCONTRÉES

CHAPITRE 4 Crise suicidaire 81
CHAPITRE 5 Agitation avec ou sans agressivité 86
CHAPITRE 6 Épisode psychotique aigu avec ou sans manie 92
CHAPITRE 7 Épisode dépressif aigu 97
CHAPITRE 8 Épisode anxieux aigu 102
CHAPITRE 9 Troubles schizophréniques et troubles délirants persistants . . . 107
CHAPITRE 10 Addictions et troubles liés à l'abus ou la consommation de substances et troubles du comportement alimentaire 114
CHAPITRE 11 Personnalité *borderline* ou limite 128

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

CHAPITRE 12 Stress et catastrophes 132
CHAPITRE 13 Le transculturel 136
CHAPITRE 14 L'adolescent 142
CHAPITRE 15 La personne âgée 149
CHAPITRE 16 Précarité 154

PARTIE 3

CAS CLINIQUES

Cas clinique 1 : Addictions 161
Cas clinique 2 : Agitation 163
Cas clinique 3 : Crise suicidaire 165
Cas clinique 4 : Épisode anxieux aigu 167
Cas clinique 5 : Épisode dépressif aigu 169
Cas clinique 6 : Épisode maniaque à répétition 171
Cas clinique 7 : Épisode psychotique aigu 173
Cas clinique 8 : Passage à l'acte et gravido puerpéralité 175
Cas clinique 9 : Pathologie survenant à l'adolescence 177
Cas clinique 10 : Personnalité limite 179
Cas clinique 11 : Personne âgée, troubles organiques, traits psychorigides 181
Cas clinique 12 : Précarité socio judiciaire, précarité des soins, urgence 183
Cas clinique 13 : Schizophrénie et accès aux soins 185
Cas clinique 14 : Schizophrénie et précarité 187
Cas clinique 15 : Stress et catastrophe 189
Cas clinique 16 : Voyage pathologique 191

Références 193

www.doc-dz.forumactif.com MedBook Docs DZ Facebook
La Source : www.pediatrie.forumactif.com Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Liste des collaborateurs

Calas JF. Infirmier DE – CPOA/hôpital Sainte-Anne, Paris, École Éthique de la Pitié Salpêtrière

Cavanagh De Carvalho J. Psychiatre, Département de neurologie, State University of New York, Downstate Medical Center

Silliau D. Cadre supérieur de pôle CPOA/SMPR, hôpital Sainte Anne, Paris

Spadone C. Psychiatre des hôpitaux. Psychiatre de liaison à l'Hôpital Saint-Louis (APHP), Paris

ONT PARTICIPÉ À LA RÉDACTION DE L'OUVRAGE

Balanger V. Cadre infirmier, hôpital Sainte Anne, Paris

Benarous X. Pédopsychiatre, chef de clinique assistant, service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris

Medina O. Docteur en psychologie clinique et pathologique, DU Urgences psychiatriques

www.doc-dz.forumactif.com MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Remerciements

Nos vifs remerciements pour M. le Professeur JD. GUELFI (professeur de psychiatrie Paris) et Mme C. LAVIELLE (cadre supérieur Bibliothèque Henri Ey, hôpital Sainte Anne, Paris) pour leur soutien ferme et efficace, leur amitié chaleureuse. Ils ont accompagné le lancement du projet de toute leur bienveillance.

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

PRÉFACE

Rachel Lipson Glick, Texte traduit de l'anglais (américain) par Xavier Benarous, Olga Lucia Medina

in Marie-Jeanne Guedj-Bourdiau, *Manuel pratique des urgences psychiatriques*

Lavoisier | « Les Précis »

2018 | pages IX à X

ISBN 9782257206756

Article disponible en ligne à l'adresse :

https://www.cairn.info/manuel-pratique-des-urgences-psychiatriques---page-IX.htm

Distribution électronique Cairn.info pour Lavoisier.
© Lavoisier. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook | Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Préface

Rachel Lipson GLICK, MD

Clinical Professor of Psychiatry, University of Michigan Medical School ;
Former Director, Psychiatric Emergency Services, Michigan Medicine ;
Past-President, American Association for Emergency Psychiatry

Il y a quelques années j'ai eu le plaisir de rencontrer le Dr MJ GUEDJ dans son service d'urgences psychiatriques à Paris. J'ai été impressionnée par ce service qui offrait des interventions aiguës et une possibilité de soins et d'observation de courte durée. Les professionnels y travaillant étaient plein de compassion et aussi de savoir, et malgré le fait qu'ils aient en charge plusieurs patients qui devaient être évalués et observés, il y régnait une atmosphère très sereine.

Les urgences psychiatriques en France se sont développées parallèlement aux urgences psychiatriques aux Etats Unis et dans d'autres parties du monde. Au milieu du 20e siècle, la découverte des premières médications neuroleptiques et la reconnaissance des conditions de vie des patients en institution, amenèrent à pousser vers la désinstitutionnalisation et la nécessité de ressources dans la communauté. Avec davantage de malades chroniques vivant dans la communauté, le besoin de soins aigus se fit jour et, en France, un réseau sectorisé de soins dans des zones desservies se développa dans les années 70. Tandis que le nombre de lits d'hôpitaux et la durée de séjour continuaient à décroître, davantage de patients nécessitaient des soins aigus dans les services d'urgence, et ces soins ont évolué du modèle du triage (dans lequel chaque patient était soit hospitalisé soit pris en charge dans la communauté) vers le modèle du traitement. Aujourd'hui, les interventions aiguës et les soins de courte durée ont lieu dans les services d'urgence, qui sont au défi de procurer les soins adéquats, étant donné les moyens limités et le nombre croissant de patients.

Ce livre montre des années d'expérience et de connaissance de la psychiatrie d'urgence sur un mode clair et concis. Le livre est divisé en 3 parties. Dans la 1re partie, l'histoire de l'urgence psychiatrique est réexaminée et de grands concepts sont présentés et expliqués. Cette partie comprend une description de l'organisation des services d'urgence psychiatrique et des professionnels qui y travaillent, aussi bien que les enjeux médico légaux qui souvent deviennent centraux lorsqu'on s'occupe de patients porteurs de pathologie psychiatrique et en crise. L'approche clinique pour diagnostiquer et différencier la maladie psychiatrique d'une cause organique est développée, de même que les interventions pharmacologiques, psychologiques et de crise.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

La 2e partie développe les troubles et syndromes les plus fréquemment rencontrés dans les services d'urgence psychiatrique, incluant non seulement des chapitres sur la crise suicidaire, l'agitation, l'épisode psychotique aigu et les addictions, mais aussi la dépression, l'anxiété, le trauma, la schizophrénie, ou les troubles limites de la personnalité. Un chapitre sur la précarité sociale aborde les problèmes de ceux qui sont sans abri ou qui doivent faire face à d'autres insécurités dans la vie en plus de la pathologie sous-jacente. Il y a aussi des chapitres sur la psychiatrie transculturelle, les patients adolescents ou les patients âgés. Chaque chapitre est bref quoique clair et compréhensible et peut être facilement utilisé dans la surcharge de l'urgence pour une référence rapide.

La dernière partie du livre contient de brèves vignettes cliniques qui comprennent les actions entreprises et l'issue de l'urgence. Elles illustrent les principes et les méthodes décrits pour les divers syndromes de la 1re et 2e partie. Chaque histoire contient la présentation du cas en incluant une approche pratique pour traiter la situation du patient telle qu'elle le nécessite pour être résolue dans le monde réel de l'urgence. Ces cas sont intéressants et peuvent être utiles pour l'enseignement des étudiants à partir des problèmes rencontrés dans un service d'urgence psychiatrique.

Le Manuel pratique des urgences psychiatriques offre un guide en langue française pour les aspects les plus importants des soins en situation d'urgence psychiatrique. La 1re partie du livre aidera particulièrement les débutants qui apprennent comment soigner en psychiatrie de crise, car elle développe la législation concernée, l'approche pratique du patient, l'évaluation médicale requise et les interventions psychologiques et pharmacologiques. Les chapitres portant sur les troubles sont courts et peuvent être lus rapidement en même temps qu'on assure le travail de l'urgence. Les vignettes cliniques sont concises et intéressantes, elles peuvent servir de base à des cliniciens plus expérimentés qui pourraient les utiliser pour enseigner la démarche face au patient dans l'urgence psychiatrique.

Je n'ai pas été surprise que l'auteur ait écrit un manuel concis, utilisable par quiconque travaille dans un service d'urgence où on manie la psychiatrie de crise. La sagesse qu'elle a gagnée dans sa longue pratique de ce domaine est évidente dans ce manuel, et le livre fournit des conseils pratiques. Ainsi on comprend comment le système habituel de l'urgence psychiatrique en France s'est développé et comment les soins aux patients prennent en compte l'environnement social et culturel où ils vivent. Le Manuel des urgences psychiatriques est un livre que les cliniciens pratiquant l'urgence psychiatrique consulteront souvent. Il sera un livre de référence important en français sur le sujet de la psychiatrie d'urgence.

Texte traduit de l'anglais (américain)
par Xavier Benarous et Olga Medina

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Introduction

L'histoire de la psychiatrie d'urgence commence par le triage des admissions dans les grands centres urbains au 19e siècle et repose d'abord sur la séparation entre dangerosité criminelle et psychiatrique. Avec la création des asiles, c'est le pronostic rapidement évalué aux admissions qui détermine l'orientation : centres académiques des grandes villes ou asiles plus ou moins éloignés. La première guerre mondiale aborde sans le savoir la psychiatrie d'urgence avec l'apparition des techniques de débriefing. Après la deuxième guerre mondiale, et la découverte des neuroleptiques, commence la desinstitutionnalisation. L'apparition du secteur en France, et sa tentative d'installation aux USA sous la présidence Kennedy, stimule les premières expériences de continuité des soins et la création formelle des premières structures d'urgence psychiatrique. Le regard porté sur la précarité montre un afflux de patients psychiatriques aux urgences générales dans les grands centres urbains aux États-Unis, en France et ailleurs. La pénurie de lits d'aval conduit à des tentatives de traitement dès les urgences : on passe dans les années 1990 d'un modèle de triage vers un modèle de traitement. L'urgence psychiatrique va donc se développer selon sa meilleure intégration aux urgences générales, et avec le raccourcissement des hospitalisations et la désinstitutionalisation. Mais les usagers de l'urgence, familles, patients, tiers institutionnels, se disent confrontés à l'imbroglio des réponses multidisciplinaires, médicales, paramédicales et administratives.

Dès lors le but de l'ouvrage est d'informer les professionnels et les usagers selon les recommandations existantes, en accord avec le corpus du savoir actuel en psychiatrie, en médecine et sur le plan médico-légal. Il confronte des expériences diversifiées du fait de l'évolutivité des demandes et du caractère contextuel des réponses (selon l'offre de soins, le contexte de vie de l'usager…).

L'ouvrage se décompose en 3 parties, comme suit.

Partie 1 : Comprendre l'urgence psychiatrique, avec les bases et définitions qui comprennent un rappel historique de l'urgence en psychiatrie, un survol de différentes modalités de réponses nationales et internationales et qui rappellent les principales dispositions légales (soins sans consentement, droits du patient, confidentialité) dans leur dimension d'éthique et de qualité des soins. L'évaluation du patient en urgence commence par décrire les différents professionnels concernés par l'accueil et l'évaluation en préhospitalier et au service des urgences. Elle décrit aussi les méthodes cliniques et paracliniques dans l'abord de l'urgence psychiatrique qu'elle soit pure, comorbide avec des troubles organiques ou d'origine uniquement organique. Enfin elle aborde les principes généraux qui président à la thérapeutique in situ et à l'orientation d'aval : thérapeutiques spécifiques de l'urgence, interventions de crise,

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

thérapies brèves, traitements psychotropes, en direction du patient et aussi de l'entourage en souffrance.

Partie 2 : Les principales pathologies rencontrées en situation d'urgence (en accentuant tout particulièrement les situations de stress, les situations d'agitation et/ou d'auto et d'hétéro agressivité, les urgences liées aux consommations de substances) et les difficultés spécifiques aux populations (précarité, handicaps, adolescents et jeunes adultes, personnes âgées, populations migrantes). Car les dimensions motivent et compliquent l'urgence, qu'il y ait ou non un diagnostic catégoriel, par exemple stress, anxiété, agitation, agressivité, usage de toxiques…

Partie 3 : Divers cas cliniques pratiques illustrent les situations rencontrées décrites dans la partie 2

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Liste des principaux acronymes et abréviations

AAH	allocation adulte handicapé
AMM	autorisation de mise sur le marché
AVC	accident vasculaire chorionique
βHCG	β hormone chorionique gonadotrope
BMI	body mass index
BZD	benzodiazépine
CB1, CB2	récepteurs cannabiques 1 et 2
CHRS	centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CMP	centre medico psychologique
CO	oxyde de carbone
CPK	créatine phospho kinase
CPOA	centre psychiatrique d'orientation et d'accueil
CRP	protéine C réactive
CUMP	cellule d'urgence médico psychologique
ECG	électro cardiogramme
EMDR	eye movement desensitization and reprocessing
GBL	gamma butyro lactone
GHB	acide gamma hydroxybutyrique
HAS	haute autorité de santé
IMC	indice de masse corporelle
IRM	imagerie par résonance magnétique
IRS	inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine
IRSNA	inhibiteur sélectif de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
IST	infection sexuellement transmissible
LSD	diéthylamide de l'acide lysergique
MMSE	mini mental state examination
NFS	numération formule sanguine
PCP	phénicyclidine
RSA	revenu de solidarité active
QT	intervalle entre l'onde Q et l'onde T
SAU	service d'accueil d'urgence
SPDRE (SDRE)	soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État
SPDT (SDT)	soins psychiatriques à la demande du tiers
SPPI (SPI)	soins psychiatriques en péril imminent
SPDTU (SDTU)	soins psychiatriques à la demande du tiers urgents
TCC	thérapie cognitivo comportementale
THC	tétra hydro cannabinol
TSH	thyréostimuline
UHCD	unité d'hospitalisation de courte durée
VAD	visite à domicile
VIH	virus de l'immuno déficience humaine

www.doc-dz.forumactif.com Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

PARTIE 1

COMPRENDRE L'URGENCE PSYCHIATRIQUE

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

1

Bases et définitions

Les modalités de réponse à l'urgence psychiatrique

■ Le contexte sociétal et sanitaire

*Le premier point est celui de l'augmentation des passages aux urgences pour des motifs psychiatriques. Depuis les années 1980 la désinstitutionalisation, ou diminution progressive des lits d'hospitalisation en psychiatrie, est en marche mondialement pour des raisons tant économiques qu'humanitaires. Il est apparu alors un recours répété des usagers aux institutions des urgences, à la suite de séjours hospitaliers brefs mais multiples : phénomène qui s'est appelé porte tournante (*revolving door*). Les équipes psychiatriques sont aux urgences générales. Et les usagers sont bien plus familiers aujourd'hui de ce qui est « psy », ce qui ne veut pas dire pour autant plus adhérents aux soins… La démarche volontaire du patient, par détournement des référents habituels, est devenue banale (*self referral*).

*En second point, les inégalités territoriales pour la démographie médicale et les équipements augmentent avec l'augmentation des concentrations urbaines, entraînant la nécessité de mobiliser plus largement les ressources médicales des zones urbaines. En même temps, l'offre de soins en psychiatrie d'urgence dans les capitales se fragmente.

Donnons pour exemple le contexte de l'offre de soins en psychiatrie d'urgence à Paris. Ainsi les groupes hospitaliers AP/HP affichent une politique de centralisation avec presque partout un passage de gardes entières de psychiatrie à des demi-gardes. Pendant ce temps, les secteurs ont multiplié des réponses variées (Centres Médico-Psychologiques, Centres Accueil et Crise, équipes mobiles) qui affirment toutes répondre à l'urgence, d'une manière efficace mais encore insuffisamment lisible pour les usagers.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Cette hétérogénéité de fonctionnement des différentes structures nécessite une coordination transversale. Et ce d'autant que se sont développées les télécommunications, permettant d'espérer une télé psychiatrie d'urgence, avec plateforme téléphonique, régulation et télé-expertise.

*Notons enfin que 2 grandes étapes sont apparues dans la littérature mondiale concernant l'accueil et le traitement de l'urgence en psychiatrie. La première fut celle du tri et de l'orientation, étape première d'affirmation que l'urgence existe, la gravité réside dans le délai mis à répondre et à traiter, et l'orientation la plus rapide possible est nécessaire. La deuxième étape, à partir des années 1985-1990 marquées par la montée en puissance des interventions de crise, est celle du traitement de la crise sur le site de l'urgence, l'orientation devenant secondaire.

Toutefois, si le tri reste la clé de voûte du modèle de la médecine d'urgence, il est cependant indéniable que les années 2000 ont vu se modifier quelque peu ce modèle. En effet, dans une perspective de réduction du nombre des hospitalisations, la médecine d'urgence et en particulier d'urgence psychiatrique, s'est vu adjoindre une nouvelle modalité d'orientation : le traitement in situ de la crise, comme une troisième voie entre l'ambulatoire et l'intra-hospitalier.

■ Urgence, accueil, crise

Après le rapport STEG en 1989 à propos des urgences générales, l'urgence en psychiatrie est définie par la circulaire du 30 juillet 1992 comme « une demande dont la réponse ne peut être différée. Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante, afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique ». Elle est liée à l'état du patient lui-même et au ressenti de l'entourage qui estime qu'une intervention médicale est nécessaire immédiatement.

L'urgence psychiatrique se définit par :

– le sentiment d'urgence pour le patient, l'entourage, les professionnels
– l'aggravation prévisible en l'absence de réponse
– la multiplicité des démarches désordonnées qui précèdent

Historiquement, la conception de l'urgence psychiatrique a suivi des évolutions contradictoires au cours des 35 dernières années, à l'instar de BAILLON qui clame en 1977 que « l'urgence en psychiatrie, ça n'existe pas » et interpelle 10 ans plus tard sur le fait que « l'urgence en psychiatrie, ça existe, nous la rencontrons quotidiennement et nous y répondons ». Ce changement a pu se réaliser en s'appuyant sur les notions telles que

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

l'accueil, la crise et l'urgence. Le travail d'accueil fait face à l'angoisse tout venant, il est disponible 24 heures sur 24 et cherche à créer du lien « ici encore seul l'accueil renouvelé, la patience, peuvent construire un temps et un espace où peu à peu un échange va s'établir et préparer une rencontre ».

Crise et urgence sont souvent mêlées : sont-elles semblables ? Toute intervention extérieure au système qui nous englobe (famille, couple, travail, école, institution) tel qu'un problème social, économique… ou interne (naissance, deuil, licenciement, échec scolaire…) peut en modifier l'équilibre et entraîner une crise. Le terme de crise qualifie le caractère réactionnel, la crise se définit comme une rupture d'équilibre liée à la survenue d'un changement. Alors qu'elle entraîne un ressenti pénible, elle n'est pas toujours négative en ce sens qu'elle est nécessaire pour qu'un changement se produise. Le travail de crise se place hors des classifications nosographiques, il a pour objectif de permettre à l'individu de nouvelles perspectives et de nouveaux objets dans sa vie psychique.

■ Les voies d'entrée du parcours de soins

Le parcours du patient n'est pas univoque : il dépend des points de premier contact possible appelés par les sociologues « guichets d'entrée » quand diverses situations déclenchent le sentiment d'urgence. Parmi ces situations : une angoisse ou une souffrance psychique extrême, un état dépressif intense, un état d'abattement extrême (la personne est prostrée, ne s'alimente plus, incurique), une violence de la personne envers elle-même (tentative de suicide, automutilation), envers autrui ou envers son environnement matériel, des idées délirantes, des hallucinations, un état d'agitation…

Parmi les guichets d'entrée, voilà ce qu'on retrouve. L'environnement direct du patient semble d'abord tout indiqué pour susciter les premiers liens vecteurs d'une future prise en charge. Au-delà de la famille, gênée par sa confrontation directe à la souffrance psychique et aux troubles psychiatriques manifestes, le médecin généraliste reste l'un des premiers interlocuteurs, et restera une aide essentielle pour une prise en charge efficiente. Alors que l'urgence psychiatrique présente les caractéristiques d'une situation de crise, le médecin généraliste saisit les enjeux d'un appel qui ne doit pas systématiquement aboutir au renvoi vers le spécialiste ou à l'hôpital psychiatrique, et choisit avec le patient et sa famille l'intervenant le plus approprié.

Si la personne n'a jamais été soignée :

– Appel au SAMU centre 15

– Qui déclenchera les pompiers ou la police en cas d'extrême violence vis-à-vis de soi-même ou d'autrui ;

– un service d'urgence des hôpitaux généraux (SU) ;

– appel au centre médico-psychologique (CMP) de secteur en fonction de la domiciliation du patient

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

– SOS Psy Urgence 08 92 23 31 68 (0,34 €/min)

– Pour les adultes à Paris, le Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA), situé au Centre hospitalier Sainte-Anne, qui accueille toute personne de plus de 16 ans, avec ou sans consentement, traite l'urgence et coordonne la suite de la prise en charge

– Pour les enfants : la priorité est de joindre les services d'urgence pédiatrique. À Paris les services de pédopsychiatrie de la Salpêtrière ou de Robert Debré fournissent aussi une réponse.

Par contre, si la personne est déjà connue dans un service de psychiatrie, la règle serait d'appeler en première intention un tel service (secteur, clinique, service non sectorisé).

Ainsi, selon PALAZZOLO, « une structure d'urgence psychiatrique est un outil intégré au sein d'un réseau de partenaires, offrant une variété de soins adaptés aux situations rencontrées, dans lesquels l'hospitalisation classique est une orientation possible, mais non exclusive ».

■ Les dispositifs d'accueil

Les urgences psychiatriques comme la tentative de suicide ou la décompensation délirante aiguë font en première intention l'objet d'un appel à **SAMU/pompiers/police.**

Le patient est orienté vers les **services d'urgence des hôpitaux généraux** (**SU**) créés par décret en 1995 modifié en 2006. Repérés comme des lieux de soulagement rapide de la souffrance, leur accessibilité et la précarisation des liens sociaux en font des lieux de plus en plus visités (+ 4 % chaque année). Des caractéristiques minimales étaient requises pour donner aux intervenants psychiatriques les moyens de fonctionner correctement : équipe médico-infirmière permanente dans les SU, permanence infirmière dans les Unités Psychiatriques avec un psychiatre d'astreinte, locaux dédiés. Ce dispositif a été allégé depuis 2006. Les unités fonctionnelles d'accueil des urgences psychiatriques sont intégrées aux urgences médico-chirurgicales (unité de lieu et unité administrative). Certaines disposent de lits d'hospitalisation de très courte durée UHCD (circulaire d'avril 2003) permettant une réévaluation à distance de la crise et une adaptation plus précise de l'orientation dans le réseau de soins psychiatrique, y compris ambulatoire. Le dispositif d'accueil des urgences psychiatriques à l'hôpital général est très précieux, mais il nécessite une étroite collaboration entre équipes médicales et psychiatriques, en particulier au niveau de la gestion temporelle des situations.

Par ailleurs, d'autres structures spécialisées de psychiatrie publique répondent à une prise en charge psychiatrique d'urgence. Elles sont mises en place par certaines équipes de secteur psychiatrique sous la configuration de **CAP** (centres d'accueil permanents). Implantés à proximité immédiate du service des urgences médico-chirurgicales, ouverts 24 heures sur 24, ils disposent de lits d'hospitalisation de 48 heures maximum, et

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

fonctionnent avec une équipe médicale et paramédicale spécialisée en soins psychiatriques.

Les centres d'accueil et de crise (CAC) permettent la prise en charge du patient en crise en offrant une alternative à l'hôpital psychiatrique. Généralement situés au sein de l'agglomération et rattachés à un hôpital psychiatrique, ils fonctionnent sur un mode ambulatoire, ou proposent une hospitalisation de courte durée (inférieure à 1 semaine).

Les équipes psychiatriques mobiles peuvent répondre à la crise à domicile. Certaines équipes d'orientation systémique proposent des interventions de crise au domicile du sujet avec la famille ou les proches.

On oublie trop souvent le rôle assuré par les **CMP**. Certes ils ne répondent ni à l'urgence somatique, ni à l'urgence comportementale selon le rapport ROBILLIARD. Mais ils doivent assurer l'évaluation et l'intervention de crise qui constituent une bonne partie de ce qui est dit urgence psychiatrique. Leur mission est de dispenser des soins ambulatoires à proximité du domicile avec la même équipe que celle qui réalise les soins hospitaliers ou les autres alternatives à l'hospitalisation, d'autant qu'un autre but est celui de raccourcir ou d'éviter les hospitalisations. Une consultation CMP peut être demandée dès l'urgence pour préparer une hospitalisation (programmée, séquentielle) notamment en cas de troubles addictifs ou de pathologies chroniques, plutôt que d'adresser brutalement en hospitalisation. L'équipe est multidisciplinaire : l'accueil infirmier au début des soins, puis en accompagnement et en actions spécifiques ; l'assistante sociale ; consultations psychiatriques ; bilans et psychothérapies par les psychologues ; secrétariat administratif.

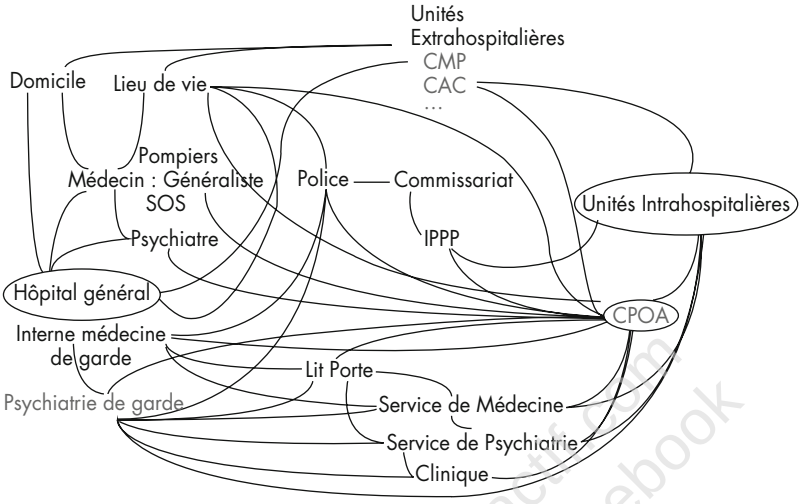
À Paris, il existe des dispositifs spécifiques. **Ainsi l'Infirmerie psychiatrique de la Préfecture de police (IPPP**, service interne à la Préfecture de police, sous l'égide du ministère de l'Intérieur) accueille plutôt les personnes dont l'état a présenté un trouble à l'ordre public.

Le **Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA)** créé en 1967, est situé à l'intérieur de l'hôpital Sainte-Anne. En plus d'offrir la possibilité d'une consultation sur place et/ou une orientation téléphonique, il est un précieux centre de ressources pour toute question concernant la sectorisation, les consultations et structures spécialisées ainsi que l'information sur les soins sans consentement. Il reçoit tous ceux qui demandent de l'aide dans les moments difficiles y compris les proches en l'absence du patient lui-même et il est susceptible d'organiser des visites à domicile lorsque la nécessité s'impose afin d'assurer l'accession aux soins. Ainsi il accueille toute personne âgée de plus de 16 ans qui se présente en consultation, quel que soit son domicile, ou sans domicile (précarité sociale, tourisme parisien, particularité transitoire…). Il est également maillé aux aéroports Parisiens, bois de Boulogne et Vincennes, en résumé, toute personne venant d'elle-même, accompagnée par des proches et/ou adressée par : Médecin, Hôpital général, Services sociaux et médico-sociaux, Pompiers, Police ou autres.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !



I.1 LE CIRCUIT DE L'URGENCE à Paris…

Figure 1-1 (In MERCUEL A. Urgences psychiatriques, psychiatrie, précarité. Cours au DU Urgences psychiatriques. Université Paris Diderot avril 2015)

■ Les orientations possibles

Face à l'urgence psychiatrique toute personne (usager, entourage, professionnel) est désemparée : il est important de savoir le reconnaître, s'adapter, et déclencher les bonnes réponses. Dans tous les cas, donner des informations précises et rechercher l'adhésion à la démarche de résolution de l'urgence sont les priorités.

Après avoir décelé et évalué la présence et le degré de sévérité des troubles, après avoir apaisé l'angoisse et les symptômes et initié le traitement de ceux qui relèvent d'une réponse psychiatrique immédiate, le rôle des urgences psychiatriques est d'orienter le patient vers un circuit le plus court possible, dans des conditions somatiques et psychiatriques sûres.

Les orientations sont multiples et relèvent de trois axes distincts :

- Le patient ne nécessite pas de soins immédiats : les conseils, traitements (sur place) et informations d'orientations (lettre de suivi et lieu de prises en charge hors urgence) sont délivrés au patient qui retourne à l'extérieur, accompagné ou non par un proche selon la complexité du contexte.
- Le patient a conscience de ses troubles et demande des soins immédiats, les troubles ne nécessitent pas une surveillance constante. Le patient peut être orienté vers une hospitalisation libre sur son secteur ou en clinique. Il peut aussi bénéficier d'une intervention de crise qui engage une approche intensive dès le service d'urgences. Elle se conçoit comme une intervention limitée dans le temps, de type interactionnel et clinique, afin d'explorer et de développer

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

ce qui fait sens dans le contexte de la crise. L'idée est d'amener le patient à la compréhension des caractéristiques psychologiques et environnementales qui ont amené à l'état de crise et de lui offrir la possibilité d'être partie prenante dans les décisions de son parcours de soins.

• Des troubles mentaux sont présents chez le patient, il est dans l'impossibilité de consentir aux soins et il y a nécessité de soins immédiats et d'une surveillance médicale constante : plusieurs types d'orientation pour l'accès aux soins psychiatriques sans consentement du patient sont à envisager (cf. partie Législation) :

– Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SPDT ou SPDTU),
– Soins psychiatriques en cas de péril imminent sans tiers (SPPI),
– Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE).

Les institutions des urgences

■ L'urgence préhospitalière, l'urgence hospitalière, la post-urgence

*L'urgence préhospitalière désigne celle qui éclot n'importe où, dans la rue, sur un lieu de travail, dans un domicile, dans un cabinet libéral ou au CMP… Cela désigne le mode de réponse par le SAMU-Centre 15, dont le rôle comme plaque tournante de régulation est officiel depuis la circulaire des urgences de 1992.

Le centre 15 dispose, pour toute urgence en général et psychiatrique en particulier, d'un éventail de réponses selon l'évaluation téléphonique de régulation :

– Conseil téléphonique et envoi vers le réseau de soins ambulatoires en cours
– Conseil de se rendre aux urgences hospitalières par ses propres moyens
– Ou par envoi d'une ambulance à domicile
– Consultation médicale urgente à domicile : envoi de SOS Médecins ou Urgences Médicales
– Voire avec escorte police ou pompiers
– Nécessité d'aide médicale urgente et envoi du camion SMUR

*L'urgence hospitalière est représentée par ce qui arrive au service des urgences et ce qui y est traité. On y dispose d'une équipe et d'un dispositif spécifique (cf. infra).

L'enjeu est de différencier somatique, psychologique et psychiatrique, environnemental et social, et aussi de transformer une urgence en une crise susceptible de dénouement. Tout le travail de l'urgence est détaillé dans l'ouvrage.

*La post-urgence désigne de façon restreinte la proposition de consultation aux urgences mêmes ou dans un service de suite, de façon rapprochée, intensive (2 à 3 consultations rapides), pour des indications spécifiques. Mise en place

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

pour les crises suicidaires, et en dehors des orientations en hospitalisation, elle est concomitante de la création de lits d'hospitalisation de courte durée au service des urgences.

■ L'équipe psychiatrique aux urgences

Si la situation d'urgence tend à indifférencier les tâches, les lieux et les personnels, le dénouement de l'urgence implique à l'inverse de les différencier. La pertinence d'une équipe multidisciplinaire – où les professions, les âges, les sexes, la place dans la hiérarchie du pouvoir de décision sont variés – répond à la complexité vécue par l'usager en urgence. L'organisation des équipes et des protocoles veille à donner une réponse aussi pertinente à l'urgence le jour, la nuit, la semaine, les fériés.

L'organisation médicale est sous la responsabilité du chef de service.

Le rôle d'accueil de l'infirmier est immédiat pour recueillir la demande du patient et de l'entourage, pour faire l'investigation des soins en cours, déjà prévus ou interrompus, et prendre rapidement contact avec le réseau de soins si le patient en est d'accord. Cela permet d'établir une hiérarchie dans les consultations de psychiatrie d'urgence et de définir une première distinction entre urgences aiguës, moyennes ou semi-urgentes.

L'infirmier doit à la fois prendre des initiatives (toujours dans le cadre de sa fonction) et être à même de contenir la souffrance psychique du patient ou de la famille (tristesse, anxiété, agitation ou parfois agressivité) : l'aptitude à la contention psychique comme à la contention physique s'acquiert à partir d'un véritable sens clinique (LASSERRE).

Il réalise un entretien en première intention et il est chargé de faire l'anamnèse des troubles et de recueillir les éléments biographiques, le suivi de soins et les prises de traitements éventuels. L'entretien vise à décrypter le contexte immédiat de l'urgence, dans une situation où la détresse de l'individu et/ou de son entourage est au premier plan.

L'infirmier échange avec le psychiatre, il participe à l'évaluation du niveau de souffrance du sujet, et la concertation avec le médecin permettra de proposer la réponse la mieux adaptée : hospitalisation, traitement ambulatoire, structure sociale, structure spécifique, etc.

L'infirmier a également pour mission de prendre contact avec les professionnels de santé qui sont en lien avec le patient (unités d'hospitalisation, centre médicopsychologique, médecin traitant…) afin de confirmer les soins, les traitements ou les hospitalisations en cours, ou les ruptures éventuelles de prises en charge. Il délivre le traitement médicamenteux prescrit et doit savoir être convaincant et bienveillant pour obtenir l'adhésion du patient aux soins et rendre plus confortable la future orientation. Notons que les consultations débouchent une fois sur deux sur une hospitalisation, une fois sur deux sur une orientation vers un suivi ambulatoire.

L'équipe infirmière, soutenue par les cadres de santé, transmet au médecin de garde les protocoles ou procédures de soin et d'orientation.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Le médecin somaticien gère une partie des urgences psychiatriques, souvent par défaut de recours spécialisé.

Le psychiatre et/ou l'interne de psychiatrie ont en charge l'investigation clinique et le traitement de l'urgence in situ. Cela incombe à la responsabilité médicale ainsi que la décision thérapeutique, selon les avis et propositions des différents acteurs de la situation.

Il n'y a pas de confusion des rôles, ni de concurrence des fonctions. La place de chacun est clairement définie. Le médecin reste le garant de la thérapeutique, il pose le diagnostic (avec le questionnement sous-jacent, du sens véritable d'en poser un, en urgence), prescrit les traitements et c'est à lui qu'appartient la responsabilité de la décision d'orientation.

D'autres intervenants gravitent aux urgences, ils participent de l'ambiance humaine et relationnelle, même s'ils n'ont pas de rôle soignant direct, contrairement aux infirmiers et aux médecins. Ainsi en est-il des stagiaires et des secrétaires devenus agents médico-administratifs. La place des psychologues est parfois revendiquée par ceux-ci, et pourrait l'être pour les patients en UHCD, leur rôle de supervision d'équipe d'urgence est devenu désuet. De même pour les travailleurs sociaux qui ne peuvent être présents 24 heures/24, leur rôle est de conseiller l'équipe d'urgence auprès de patients qui, eux, viennent 24 heures/24. Il n'y a pas de professionnels du droit aux urgences même en cas de soins sans consentement, leur intervention étant prévue secondairement par la loi du 5 juillet 2011. Les associations de familles et d'usagers jouent un rôle considérable dans l'accès aux soins. Ils ne sont pas présents sur le site de l'urgence mais peuvent aiguiller une famille ou un usager vers le site de l'urgence.

■ Les interlocuteurs non soignants

L'administration de l'hôpital est un interlocuteur majeur du service des urgences, garant des procédures, de l'application de la loi, et offrant parfois, à travers la direction des usagers, une première médiation pour le patient et/ou l'entourage en cas de conflit avec le service. Par délégation du directeur, elle valide les admissions et les sorties d'hospitalisation et entérine les certificats de soins sans consentement. Enfin, elle contribue à assurer la sécurité de tous comme dans tout autre service de l'hôpital. Cependant la confidentialité due au malade, héritière du secret médical, reste du registre du contrat entre la personne soignée et la personne soignante et nul ne peut exiger de la transgresser, sauf exceptions prévues par la loi.

La police peut aussi avoir un rôle important : elle accompagne régulièrement un patient de l'urgence préhospitalière. Mais elle est aussi sollicitée, après avis du directeur, quand la sécurité aux urgences déborde les personnels et les procédures. Cependant la confidentialité due au malade (et à toute autre personne présente aux urgentes) est intangible sauf exceptions prévues par la loi, et réquisition en bonne et due forme.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

■ Les transports : loi 9 août 2004, art. 3222-1-1

Le transport pour arriver au service des urgences dépend du mode d'arrivée du patient : seul ou avec son entourage privé (véhicule privé, transports en commun, à pied…), avec le car Police Secours ou le véhicule des pompiers, avec le SAMU (c'est le véhicule du service public concerné), par une ambulance appelée par le patient, sa famille, (avec théoriquement le libre choix du patient pour la compagnie d'ambulance qu'il doit rémunérer et la nécessité pour le service d'urgence de respecter le secret des troubles du patient).

Le transport du service des urgences vers le lieu d'hospitalisation se fait par ambulances privées. Quoique le libre choix existe, il est toujours préférable de connaître les ambulanciers avec lesquels on travaille. Rarement, dans des conditions de sécurité à vérifier, pour des hospitalisations libres, le véhicule privé du patient ou de l'entourage peut être utilisé. Le cas se présente quand les transports en ambulance sont saturés.

Pour arriver au service des urgences ou pour aller vers le lieu d'hospitalisation, le transport en soins sans consentement ne peut avoir lieu qu'après l'établissement d'au moins un certificat médical et la rédaction de la demande d'admission. Il s'effectue, selon la loi du 9 août 2004, par les moyens adaptés à l'état de la personne, avec un traitement sédatif éventuellement prescrit en fonction de l'état clinique avant le transport (prescription écrite, motivée et signée, horodatée, posologie, modalités de surveillance), une prescription éventuelle de contention et des modalités de surveillance. Mais le législateur a supprimé la mention relative à la nécessité d'un transporteur sanitaire agréé, certainement dans le but de faciliter le recours à une diversité de prestataires.

Un patient mineur doit être accompagné d'une personne majeure représentant l'autorité parentale (à défaut et pour les grands adolescents, l'exception peut être signalée au juge).

Importance de la législation

■ Organisation de l'urgence

La circulaire du 15 juin 1979 dite circulaire Veil, déclenchée par un drame en clinique (incendie causant le décès de plusieurs personnes n'ayant pu fuir), met l'accent sur la libre circulation des personnes dans les lieux de soins psychiatriques, sauf exceptions prévues par la loi.

L'arrêté du 14 mars 1986 crée ou inventorie tout un panel de réponses institutionnelles du secteur psychiatrique et crée les centres de crise et les centres d'accueil permanents.

La circulaire du 30 juillet 1992 instaure le SAMU/centre 15 comme la centralisation de la réponse à l'urgence.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Le décret du 9 mai 1995 centre l'hôpital général comme plaque tournante des urgences hospitalières en différenciant divers niveaux de structures d'urgence (SU, UPATOU, POSU) et en instaurant la présence d'une équipe psychiatrique aux urgences générales, éventuellement par convention avec un établissement psychiatrique. Il sera modifié par le décret du 22 mai 2006 qui redéfinit les structures de médecine d'urgence et allège la présence psychiatrique aux urgences.

L'objet de la circulaire du 16 avril 2003 est la mise en œuvre du réseau de réponses, éventuellement par convention, plutôt que la création de nouvelles structures superfétatoires.

Enfin, la loi du 5 juillet 2011, en plus de traiter des soins sans consentement, demande aux Agences Régionales de Santé d'organiser des réponses à l'urgence.

■ Soins sans consentement

La loi du 30 juin 1838, appelée « loi des aliénés »

Avant 1838 il existait les lettres de cachet par l'autorité royale qui permettaient l'enfermement à la demande de la famille. Les grands hôpitaux de Bicêtre et de la Salpêtrière recevaient pêle-mêle les malades, les vagabonds, les prostituées, les délinquants…

Les apports principaux de la loi de 1838 vont être :

1. Séparation des délinquants et des malades mentaux

2. Ouverture d'un établissement psychiatrique par département qui reçoit les placements volontaires et les placements d'office (on ne parle pas de service libre)

3. Meilleures conditions d'internement des malades dans des établissements sous le contrôle de l'autorité publique.

Le placement volontaire nécessite une demande de la famille et un certificat médical.

Le placement d'office est pris par le préfet ou le préfet de police, avec un certificat ou un avis médical.

La loi du 27 juin 1990

Dans le mouvement du bicentenaire de la Révolution, une nouvelle loi vient se substituer à celle de 1838, intouchable jusqu'alors, avec pour objectif de la moderniser, et d'introduire de nouvelles possibilités de recours pour les personnes hospitalisées sans leur consentement, par exemple : les certificats doivent être circonstanciés, les patients doivent être informés sur leur situation juridique et leurs droits. Elle introduit le service libre comme modalité centrale d'hospitalisation. Et elle multiplie les certificats.

Elle sera qualifiée de loi destinée à protéger l'individu sain de l'internement arbitraire, plutôt que de loi visant à faciliter les soins pour l'individu malade.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

La loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 27 septembre 2013

Elle réforme la prise en charge des patients sous contrainte en instaurant le passage obligatoire devant le juge des libertés et de la détention, et en introduisant de nouvelles règles et obligations tant dans l'argumentation des certificats, la confirmation de ceux-ci… Mais surtout elle entérine un mode jusque-là marginal : on parle de soins sans consentement y compris en ambulatoire (ce qui était la place des sorties d'essai auparavant, restées marginales), les hospitalisations sans consentement n'étant qu'une modalité. Elle crée de nouvelles modalités pour les hospitalisations sans consentement :

- La période d'observation de 72 heures
- Soins Psychiatriques en Péril Imminent sans demande de tiers, avec seulement un certificat médical
- La nécessité de rédiger plus de certificats
- L'obligation d'établir le programme de soins sans consentement
- Le contrôle du juge des libertés pour les hospitalisations complètes 12 jours après le début de l'hospitalisation

Obligations liées à l'observation de 72 heures

1. La période d'observation commence dès la rédaction du certificat médical accompagné de la demande de tiers : cela impose l'horodatage des certificats

2. Dans les 24 heures suivantes nouveau certificat rédigé par un psychiatre différent de ceux ayant rédigé les 2 certificats d'admission

3. Dans les 72 heures, nouveau certificat rédigé par un psychiatre différent de ceux qui ont rédigé les certificats d'admission mais pouvant être le même que celui ayant rédigé celui des 24 heures

À l'issue de l'observation de 72 heures

1. Soit les certificats de 24 heures et 72 heures concluent au maintien des soins psychiatrique sans consentement, c'est une hospitalisation complète.

2. Soit on passe en soins ambulatoires, le psychiatre rédige un programme de soins.

Définition du programme de soins :

Ce document écrit est rédigé par le psychiatre référent de la prise en charge. Il précise les modalités de prise en charge (séjour à temps partiel, soins ambulatoires, soins ou hospitalisation à domicile et prescription d'un traitement médicamenteux). Il précise les modalités de séjours en établissement de santé, la fréquence des consultations, des visites ambulatoire ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée des soins. Il mentionne tous les lieux de ces prises en charge. L'élaboration du programme et ses modifications sont précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient afin de lui permettre de faire valoir ses observa-

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

tions. Il lui indique que le programme de soins peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé, qu'il peut proposer son hospitalisation complète, notamment en cas d'inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé. La mention de cet entretien est notée sur le programme de soins et le dossier médical du patient.

Difficultés pratiques : le refus de soins

Lié à des représentations erronées, à des aspects culturels, à des contraintes socio familiales du moment ou à une pathologie :

*S'il n'y a pas de pathologie altérant la capacité à consentir aux soins
– Définir clairement les soins nécessaires
– Définir clairement l'absence de nécessité de SPDT ou SPDRE
– Obtenir le refus de soins formalisé du patient

*Si la pathologie altère la capacité à consentir aux soins : la loi de 2011 modifiée en 2013 s'applique avec rigueur

www.doc-dz.forumactif.com MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

LES CERTIFICATS ET AVIS MÉDICAUX
Entrée dans les soins psychiatriques

Nature	Procédure	Chronologie	Nombre	Contenu	Auteur
Certificat(s) pour l'admission « certificat initial »	Procédure à la demande d'un tiers (article L. 3212-1-II-1°)	Au plus 15 jours avant l'hospitalisation	2	circonstancié	Le 1er : médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil Le 2e : tout médecin
	Procédure sans tiers en cas de péril imminent pour la santé de la personne (article L. 3212-1-II-2°)	Avant ou concomitamment à l'hospitalisation	1	Circonstancié Constate le péril imminent et l'état mental du patient Indique caractéristiques de la maladie Nécessité de recevoir des soins	1 médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil
	Procédure avec tiers mais en urgence risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade (article L. 3212-3)	Avant ou concomitamment à l'hospitalisation	1	Circonstancié Constate l'urgence risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade	Tout médecin
	Procédure sur décision du préfet (décision « direct » préfet ou faisant suite à une mesure provisoire du maire) (article L. 3213-1)	concomitamment à l'hospitalisation	1	Circonstancié	L'auteur ne peut être un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

LES CERTIFICATS ET AVIS MEDICAUX

Période de soins et d'observations/Programme de soins

Nature	Procédure	Chronologie	Nombre	Contenu	Auteur
Examen somatique	Toutes (article L. 3211-2-2)	Dans les 24 h suivant l'admission	1	Examen somatique complet Mentionné dans le dossier médical du patient NB : cet examen ne donne pas lieu à l'établissement d'un certificat médical	Tout médecin Finalité : écarter les risques d'erreur dans l'établissement du diagnostic psychiatrique
Certificats de la période d'observation et de soins (article L. 3211-2-2)	Procédure à la demande d'un tiers Procédure sur décision du préfet	Dans les 24 h suivant l'admission	1	Constate l'état mental Confirme ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des critères d'entrée dans le dispositif concerné NB : Si ce certificat infirme la nécessité des soins, il n'est pas nécessaire d'attendre le certificat suivant pour : ⇨ lever les soins à la demande d'un tiers ⇨ proposer au préfet de lever la mesure de soins qu'il a prise	Psychiatre de l'établissement qui ne peut être l'auteur du ou des certificats initiaux OU Psychiatre de l'établissement d'accueil en urgence qui ne peut être l'auteur du ou des certificats initiaux
		Dans les 72 heures suivant l'admission	1	Constate l'état mental Confirme ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des critères d'entrée dans le dispositif concerné	Psychiatre de l'établissement d'accueil qui ne peut être l'auteur du ou des certificats initiaux (possibilité même psychiatre que pour le certificat des 24 h)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

Nature	Procédure	Chronologie	Nombre	Contenu	Auteur
	Procédure avec tiers mais en urgence risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade Et Procédure sans tiers en cas de péril imminent pour la santé de la personne	Dans les 24 h suivant l'admission	1	Constate l'état mental Confirme ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des critères d'entrée dans le dispositif concerné NB : Si ce certificat infirme la nécessité des soins, il n'est pas nécessaire d'attendre le certificat suivant pour lever la mesure de soins	Psychiatre de l'établissement d'accueil qui ne peut être l'auteur du ou des certificats initiaux
		Dans les 72 heures suivant l'admission	1	Constate l'état mental Confirme ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des critères d'entrée dans le dispositif concerné	Psychiatre de l'établissement d'accueil qui ne peut être – ni l'auteur du ou des certificats initiaux – ni l'auteur du certificat des 24 h
Avis de la période d'observation et de soins NB : mentionné dans le certificat établi avant 72 h		Dans les 72 heures suivant l'admission si les certificats des 24 h et 72 h confirment la nécessité de maintenir les soins	1 AVIS à mettre dans le certificat des 72 h	Avis motivé proposant la forme de la prise ne charge	Psychiatre de l'établissement d'accueil qui ne peut être l'auteur du ou des certificats initiaux (possibilité même psychiatre que pour le certificat des 24 h et celui des 72 h)
Programme de soins		Dans les 72 heures suivant l'admission si les certificats des 24 h et 72 h confirment la nécessité de maintenir les soins et si l'avis propose une prise en charge autre qu'en hospitalisation complète	1 programme de soins joint à l'avis	Types de soins Lieux de leur réalisation Périodicité	Psychiatre de l'établissement d'accueil rédigeant le certificat des 72 h et l'avis

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

LES CERTIFICATS ET AVIS MEDICAUX

Information du JLD/maintien de la mesure de soins

Nature	Procédure	Chronologie	Nombre	Contenu	Auteur
Certificat d'alerte pour le JLD (contrôle des hospitalisations complètes de + de 15 jours) Ou Avis si impossibilité de procéder à l'examen du patient	TOUTES (article L. 3212-7 ou L. 3213-3)	Le 6e, 7e ou 8e jour suivant l'admission	1	Circonstancié Précise si les soins sont toujours nécessaires Si la forme de la prise en charge est adaptée En propose éventuellement une nouvelle Le cas échéant avis sur la base du dossier médical du patient si impossibilité d'examiner le patient (fugue, absence, refus du patient, etc.)	Psychiatre de l'établissement d'accueil
Certificat de maintien	Toutes	Tous les mois (dans les trois derniers jours de la période en cause uniquement pour les soins à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent)	1	Même contenu que le certificat de huitaine	Psychiatre de l'établissement d'accueil
Examen du collège de soignant pour les patients en soins depuis plus d'un an	Procédure à la demande d'un tiers Et Procédure sans tiers en cas de péril imminent pour la santé de la personne (article L. 3212-7)	Examen avant la fin de chaque période continue d'un an	1	Évaluation approfondie de l'état mental du patient Si impossibilité d'examiner le patient en raison de son absence, impossibilité attestée par le collège	Collège : 1° Le psychiatre responsable à titre principal du patient ou, à défaut, un autre psychiatre participant à sa prise en charge ; « 2° Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient, « 3° Un psychiatre qui ne participe pas à la prise en charge du patient.

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

■ La sectorisation en psychiatrie

La mission des secteurs est de privilégier l'accès et la continuité des soins. En cela les secteurs sont les interlocuteurs privilégiés des services des urgences, une fois passée la crise et afin d'assurer la prise en charge en aval de l'urgence. Le service des urgences doit savoir définir le secteur d'une personne selon son lieu d'habitation, ou selon les règles de répartition en vigueur quand la personne est sans domicile : il oriente sur l'hôpital de secteur en cas d'hospitalisation ou vers les structures ambulatoires telles que les CMP, en essayant d'obtenir un rendez-vous dans la semaine.

La circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre la maladie mentale, est le texte original qui sera entériné le 31 décembre 1985 par la loi sur la sectorisation psychiatrique. Pour lutter contre la maladie mentale ces équipes assurent des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

Les objectifs :

- Traiter la maladie à un stade précoce
- Séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu
- Assurer une post-cure pour éviter de nouvelles hospitalisations

Les moyens :

- Découpage territorial, appelé « secteurs »
- Par secteur, une équipe pluridisciplinaire placée sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier exerçant au sein d'un établissement assure la prise en charge des malades

Cette loi sera renforcée par l'arrêté du 14 mars 1986 qui dresse la liste des équipements et services disponibles pour lutter contre la maladie mentale à tous ces niveaux (préventif, curatif, de réadaptation et de réinsertion sociale) selon que ces équipements et services ne disposent pas d'hébergement (Centre médico-psychologique, Centre d'accueil permanent, Hôpitaux de jour, Ateliers thérapeutiques, Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, Service hospitalisation à domicile) ou sont dotés d'un hébergement (Unités d'hospitalisation à temps complet, Centre de crise, Hôpitaux de nuit, Hôpitaux de semaine, Appartements thérapeutiques, Centre de post-cure, Service de placement familial thérapeutique).

■ La prise en charge des mineurs

Un mineur peut se présenter seul aux urgences et avoir besoin de soins. Comme en soins somatiques, c'est l'urgence qui prime et doit faire administrer les soins, en attendant de prévenir les titulaires de l'autorité parentale. Encore que rien n'y oblige légalement en cas de consultation : c'est ce qu'avaient indiqué les soins aux mineures pour problèmes gynécologiques. En pratique, le mineur lui-même demande à prévenir ses parents sauf les cas de mineurs confiés déjà à la justice. Tout autre est le problème de l'hospitalisation que nous allons envisager maintenant.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Mais d'abord, qu'est-ce que l'autorité parentale ?

« L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant » (Loi N° 2002-305 du 4 mars 2002 a remanié l'article 371-1 du Code civil).

L'autorité parentale appartient au père et à la mère jusqu'à la majorité ou à l'émancipation de l'enfant. La séparation des parents ne modifie pas cette règle.

Les droits des mineurs par rapport au secret professionnel

Il peut consulter sans que ses parents soient informés.

Les parents peuvent demander l'accès aux informations de santé concernant le mineur, sauf si celui-ci s'y oppose : en clair, il faut solliciter préalablement l'accord du mineur pour cela.

Cas particuliers

Les mineurs émancipés

« L'émancipation est l'acte par lequel un mineur est juridiquement assimilé à un majeur et peut normalement accomplir seul les actes nécessitant la majorité légale ». Il n'est plus par conséquent sous l'autorité parentale en ce qui concerne ses soins.

Les mineurs étrangers isolés ou mineurs non accompagnés

Jeune de moins de 18 ans qui n'a pas la nationalité française et se trouve séparé de ses représentants légaux sur le sol français, il est en principe confié à l'ASE. La détermination osseuse de l'âge ne saurait suffire, elle doit être confirmée par le juge.

Mineurs confiés à l'ASE

L'aide sociale à l'enfance est un service du département qui exerce une mission de prévention, d'aide et de protection de l'enfance. Les enfants peuvent y être accueillis à la demande des parents ou par décision judiciaire. Un placement à l'ASE ne veut pas dire que les parents sont déchus de l'autorité parentale. Cependant une délégation d'autorité parentale peut être décidée par le juge des enfants. Le tiers qui a l'autorité parentale par délégation est compétent pour réaliser tous les actes usuels et non usuels. S'il n'y a pas de délégation, il faut s'adresser au juge des enfants.

Qu'est qu'une Ordonnance de Placement Provisoire ?

C'est la décision prise par le juge des enfants de retirer temporairement un mineur, considéré en danger, de son milieu habituel de vie et de le placer dans un centre d'accueil. L'enfant n'est pas forcément placé dans une structure de soins psychiatriques (articles L. 375-3 et 375-9 du Code civil relatifs à l'assistance éducative), mais il peut être dans un foyer, une structure de l'ASE ou de la PJJ, ou encore chez un tiers. Le but est de protéger l'enfant « si la santé, la moralité ou la sécurité d'un mineur sont en danger ».

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Notion d'acte usuel et non usuel

On peut considérer qu'une hospitalisation entre dans la catégorie des actes non usuels. En pratique, si on ne requiert pas l'accord des 2 parents du fait de l'urgence, ils sont rapidement tous deux informés. Encore une fois il serait condamnable de ne pas répondre à l'urgence.

Quand il y a nécessité d'hospitaliser

« La décision d'admission en soins psychiatrique d'un mineur ou la levée de cette mesure sont demandées par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur ». Les documents nécessaires à l'admission sont la demande d'admission faite par le titulaire de l'autorité parentale ou le tuteur et une photocopie de la pièce d'identité.

Mais il arrive que, dans un service d'urgences, les parents s'opposent à une prise en charge thérapeutique indispensable, et l'enfant est en danger, par exemple par des conduites à risque ou des conduites suicidaires.

Le médecin peut saisir le procureur de la République ou le juge des enfants pour demander l'OPP, en principe aujourd'hui le premier contact nécessaire est celui de la Cellule de Recherche des Informations Préoccupantes dépendant de l'Aide Sociale à l'Enfance (CRIP). Un certificat médical est nécessaire d'un médecin extérieur à l'établissement. Le placement se fait pour une durée de 15 jours. Il peut être renouvelé par un psychiatre de l'établissement d'accueil pour 1 mois renouvelable.

4 modalités principales d'admission

- Titulaire autorité parentale
- Ordonnance Placement Provisoire par autorité judiciaire
- Urgence médicale prévue dans le Code de Déontologie
- Désignation d'un majeur de son choix selon la loi du 4 mars 2002
- (Exceptionnellement soins sans consentement sous forme de SPDRE)
- (SPDT n'existe pas chez un mineur)

Modalité pour une sortie

Elle se fait en règle par le titulaire de l'autorité parentale. En cas d'impossibilité, dans le cas général, celui-ci peut demander que le mineur sorte avec un autre membre de la famille (fax demandé). Sinon, le juge des enfants est informé et doit donner son accord.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

■ Les droits des patients

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Elle organise de nouveaux points du système de santé ainsi les groupements de coopération sanitaire GCS, les réseaux de santé, la prévention. Elle met en place la CRUQPC ou Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge.

Une autre partie importante est celle de l'accès direct du patient aux informations de santé le concernant, précisé par le décret d'application n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du Code de la santé publique. L'accès au dossier et aux informations de santé obéit à des modalités très encadrées, hors urgence. Cependant certains usagers l'exigent dès l'urgence et il y a lieu de les renvoyer vers la procédure en cours dans l'établissement via la Direction des Usagers et le médecin responsable.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé

Elle apporte des précisions concernant certains dispositifs relatifs aux soins psychiatriques, notamment l'article 72 qui encadre le recours à l'isolement et la contention.

5 points sont introduits :

- Les pratiques d'isolement et de contention ne doivent être utilisées qu'en dernier recours
- Dans le but de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui
- Elles ne peuvent être prises que sur décision médicale d'un psychiatre
- Pour une durée limitée
- Leur mise œuvre doit se faire dans le cadre d'une surveillance stricte par des professionnels de santé désignés à cette fin par l'établissement de santé

La loi impose la tenue d'un registre de contention dans les hôpitaux autorisés à assurer des soins psychiatriques sans consentement. On doit y retrouver toutes les mesures de contention ou d'isolement prescrites, le nom du psychiatre prescripteur, la date, l'heure, la durée de la mesure ainsi que le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Il doit pouvoir être présenté sur demande à la CDSP (commission départementale des soins psychiatriques) ou au CGLPL (contrôleur général des lieux de privation des libertés).

Pour renforcer la notion d'acte thérapeutique dans le cadre de ces prises en charge, le terme de « placement en chambre d'isolement » est remplacé par « admission en chambre d'isolement ».

Enfin, l'établissement doit faire un rapport une fois par an, rendant compte :

- Des pratiques d'admissions en chambre d'isolement
- De la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation des mesures mise en œuvre

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Ce rapport est remis pour avis à la Commission des usagers et au conseil de surveillance.

Éthique et gestion des risques

■ Questionnement éthique

Dans l'urgence, on fait comme on peut ! Personne n'échappe totalement à cette idée commune si bien que le risque de traitement arbitraire existe. En effet, aux urgences aussi, on le sait, il ne s'agit pas de faire comme on peut, mais de tendre à faire comme on doit.

D'une part, parce qu'il existe une différence essentielle entre la médecine dans l'urgence et la médecine de l'urgence. La médecine de l'urgence, celle que chacun appelle de ses vœux, se doit d'être une médecine organisée. Et c'est ce que nous avons vu dans les chapitres précédents : parcours de soins, organisation institutionnelle, droits du patient et cadre législatif constituent de fait un droit positif et un cadre pour toute prise en charge psychiatrique en urgence. À ces règles, nul ne saurait déroger.

D'autre part, en ce qui concerne plus spécifiquement l'urgence psychiatrique, il est notable qu'elle repose également sur un solide socle de connaissances médicales actualisées et efficientes : les chapitres suivants le développeront. Des bases théoriques existent et fondent une pratique soignante d'autant plus complexe qu'elle est saisie dans une temporalité brève, celle-là même que LARREY, créateur des premières « ambulances volantes », appelait déjà en son temps, « la dynamique du prompt secours ».

Or, l'articulation entre connaissances médicales et cadre organisationnel pourrait – a priori – structurer à elle seule une pratique soignante de qualité constituant ce qu'on appelle les « bonnes pratiques ». Cependant, et comme une caractéristique propre à la psychiatrie d'urgence, vient s'imposer la question de la légitimité de l'action : que fait-on et dans quel but le fait-on ? De qui prend-on soin dans les faits ? Et de quel droit le fait-on ?

Pour aborder ces questions délicates mais inévitables, nous décrirons une consultation aux urgences psychiatriques afin d'en souligner les possibles moments de tension éthique. La consultation se développe selon trois notions caractéristiques : l'évaluation, la temporalité et la décision. Trois notions qui nourrissent le cadre conceptuel de la réflexion de chaque soignant mais également de toute personne concernée par ces services médicaux spécifiques. Trois notions qui dessineront une articulation conceptuelle susceptible d'approcher la question éthique fondamentale aux urgences psychiatriques, celle de la légitimité de l'action soignante : de qui prenons-nous soin et au nom de quoi le faisons-nous ?

L'évaluation ou l'acte sans geste

Afin de cerner au plus près la pratique médicale aux urgences psychiatriques, dans l'espoir de laisser surgir un trait spécifique suffisamment fort

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

pour en objectiver l'indépendance, il s'agit de décrire ce que fait un médecin aux urgences psychiatriques.

La principale tâche médicale est l'évaluation du patient qui consulte. Mais poussons la porte du bureau médical… que fait donc ce médecin ? D'aucuns disent qu'il écoute, d'autres insistent sur l'importance de son regard. Tous s'accordent pour affirmer qu'il ne travaille pas seul, s'appuyant sur l'expertise de différents collègues soignants, collaborant avec diverses structures de soins : le rôle pivot du travail infirmier aux urgences psychiatriques est nettement souligné. Bien souvent, la complexité de la situation l'amène à entendre la parole d'un ou plusieurs accompagnants, parfois même il semble contraint de prendre en compte les récriminations sociales… Qu'on insiste sur l'un ou l'autre de ces aspects, le cœur de l'activité médicale semble résider dans le fait d'être un observateur stratégiquement posté à un étrange carrefour, comme si l'essence de l'évaluation médicale aux urgences psychiatriques pouvait se résumer au fait d'être présent, être-là. Pierre Magnard rappelait la définition de la médecine lors des 20 ans de l'École Éthique de la Salpêtrière en juin 2015 : « Pour moi (…) ce ne saurait être une science, non plus qu'un art ou une technique, puisque je n'y ai pas été initié, c'est, pour ce que j'en puis connaître, un regard, le regard qu'à travers médecins, infirmières, infirmiers, aides-soignants, bref à travers tous les personnels de santé, notre société porte sur la souffrance et sur la mort. »

Être là, pour confronter son savoir à des discours, des faits, des comportements ; être là pour interroger différents points de vue ; être-là pour envisager diverses perspectives… Aussi, la caractéristique essentielle de la consultation psychiatrique d'urgence semble résider dans un face-à-face médecin/patient qui aboutit, non à une action ni même à un geste, mais à une décision d'orientation. Aussi et de façon caricaturale, on peut affirmer que l'acte médical essentiel aux urgences psychiatriques est un acte de présence dont le tri serait la finalité. L'évaluation peut être dite comme une présence qui trie le flux des patients se présentant en urgence, spontanément ou de façon contrainte.

BLONDIAUX affirme que « l'acte médical en médecine d'urgence est bien souvent un acte sans geste ; un acte dont la seule présence du médecin suffit à faire acte médical. » Et aux urgences psychiatriques spécifiquement, il s'agit d'investir, par une présence singulière et professionnelle, l'évaluation de la capacité de fait du patient afin de lui proposer voire de lui imposer l'orientation optimale. Aucun geste technique, seule la décision, celle du médecin évaluateur, vient signifier que le travail est fait : un acte médical sans geste.

Un acte sans geste mais un acte à actualiser

Cette présence qui trie porte en elle un risque d'abus de pouvoir si elle n'est pas innervée par une éthique responsable. Première forte tension donc.

C'est en dépliant la pratique, en suivant pas à pas « ce qui se passe concrètement » qu'on perçoit comment l'inquiétude éthique suscitée par les représentations liées à la notion de tri peut paradoxalement fonder une préoccupation soignante, voire se transformer en acte de soin. Que se passe-t-il pour que

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

l'évaluation du patient par le médecin des urgences devienne effective, existe concrètement ? Deux conditions semblent nécessaires pour que l'acte sans geste advienne, pour qu'il apparaisse phénoménologiquement.

D'une part, il semble nécessaire que l'acte soit « parlé ». Car, comme le souligne BLONDIAUX, « l'essence de la médecine d'urgence est la parole ; l'action n'en est qu'un des attributs ». Voilà qui précise et affine la caractéristique essentielle de la pratique médicale aux urgences psychiatriques. Geste sans acte mais qui se doit d'être associé à une parole. Une parole capable de rendre compte et d'assumer : une parole qui ose énoncer un engagement responsable vis-à-vis de la décision prise.

Où sommes-nous ? Qui sommes-nous ? Que faisons-nous ? Voici la décision que nous avons prise. Et voici le but que nous escomptons en prenant une telle décision.

L'attention portée à la mise en mots de l'acte permet à l'équipe de subjectiver l'individu souffrant et d'en prendre soin avec bonté ; et il est indéniable qu'une parole attentive assume la décision et instaure l'évaluation du patient comme un acte médical responsable et indépendant, et non comme un fait de pouvoir.

Parler l'acte sans geste permet à tous (patient, accompagnant, soignant) d'investir la réalité de ce qui, pour chacun, est en train d'être vécu. La verbalisation de l'acte n'est pas un en plus, mais elle concrétise la condition nécessaire et indispensable pour que le « sans geste » ait une chance d'être perceptible et d'exister comme acte de soin.

Aux urgences psychiatriques, l'acte sans geste nécessite d'être d'autant mieux signifié que bien souvent le principal protagoniste est en grande souffrance psychique. Alors, la parole, aussi adaptée soit-elle, ne peut suffire. Quel soignant, même le plus expérimenté, n'est pas un jour resté muet, sidéré face à la déflagration de la souffrance du sujet discordant, halluciné, suicidaire ? Et, si la parole est condition nécessaire, elle ne saurait être condition suffisante et il faut inventer puisque l'acte sans geste ne peut apparaître de lui-même car, pour reprendre MAULNIER « l'acte suppose, pour être connu dans sa réalité concrète, (…) l'intuition d'une modification instantanée apportée au monde. L'acte est actuel. »

Autrement dit, point d'acte sans jeu d'actualisation.

Là, dans un bureau ou dans un box de consultation, face à la souffrance décompensée, la présence du médecin est acte de tri, mais un tri qui peut advenir comme acte médical à la condition d'une effective actualisation. Chaque soignant doit être capable de répondre de sa prise en charge, répondre de son acte pour manifester l'acte non seulement par un texte, un logos, mais surtout à travers diverses manifestations : présentation des rôles, scansion du temps et structuration de l'espace. Autant d'évidences que l'habitude ou la précipitation tendent à négliger. Ces moyens d'actualisation de la décision d'orientation constituent alors une sorte de mise en scène de l'évaluation psychiatrique.

Une telle actualisation fonde de fait une véritable préoccupation éthique : elle permet au patient d'éprouver, par une présence singulière et une présentation collective, l'acte sans geste qui le concerne. Grâce à ce qui se passe (paroles, présences, mouvements), le patient perçoit que la situation de départ

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

se modifie progressivement et sous le contrôle médical. Autrement dit, il apparaît du devoir de l'équipe soignante de mettre en œuvre une stratégie permettant au patient d'avoir l'intuition de ce qui est en train de se jouer lors de sa propre consultation.

Faire que le patient parvienne à avoir l'intuition de sa prise en soins : telle est peut-être la première ligne d'horizon éthique permettant de soulager la tension morale instillée par les notions d'évaluation et de tri, lignes de force de cet étrange acte sans geste, véritable essence de la pratique médicale aux urgences psychiatriques.

La durée ou l'apparition du visage de la situation

La mise en scène de l'acte d'évaluation, si elle est préoccupation éthique, se révèle bien souvent thérapeutique en elle-même, permettant parfois de désamorcer l'agressivité latente toujours possible dans ces services spécifiques. Car, si c'est grâce à une certaine mise en scène que la décision médicale s'actualise, c'est paradoxalement par elle aussi que, selon WORMS, « la relation au visage (du patient) peut être maintenue jusqu'au bout, jusque dans ce qui semble la contredire : le choix inévitable, le collectif qui s'impose, le tiers qui s'immisce, le politique, la justice. »

> « Un patient pénètre aux urgences de façon un peu brusque et bruyante. Arrivé dans la salle d'attente, il donne un bon coup de pied dans la poubelle qui chancelle et tombe bruyamment. Jeune étudiant zélé, je me précipite… quand une main sûre m'arrête. Une infirmière me demande où je compte aller… "Sûrement ramasser la poubelle ?" précise-t-elle ironiquement. Elle ne me regarde pas mais observe la salle d'attente. Du temps passe. Le patient s'assoit. Nous attendons… indéfiniment me semble-t-il. Enfin, le patient paraît prêter attention aux autres personnes qui elles aussi attendent leur consultation… Alors, comme le dit l'infirmière expérimentée, nous avons pu laisser le patient se calmer (encore ! me disais-je). Ce qui nous a permis d'aller, par la suite, à la rencontre du sujet souffrant. »

L'actualisation du geste sans acte permet à l'acte de tri de s'incarner, d'investir un visage humain et de parvenir ainsi à faire preuve de bonté. En effet, au décours de l'actualisation, apparaissent et le visage de celui qui trie, et le visage du sujet du tri (parfois contre son propre gré d'ailleurs).

Quel soignant pris à témoin par le patient n'a pas ressenti la puissance de l'instant où la parole loyale, le regard sûr et compatissant, parfois même la seule présence à côté du sujet souffrant, donnent pouvoir à la décision médicale et libèrent ainsi – de fait – le patient d'un insupportable doute : « de quel droit ? ». Car pour le patient, rien ne doit être joué d'avance, même face à la plus franche des cliniques. Comme le revendique le philosophe Maldiney, qui n'était pas sans connaître la psychiatrie, « le réel est toujours ce que l'on n'attendait pas (…) ». Pour tout patient, comme pour tout être humain, et ceci dans n'importe quelle situation.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

De même, quel soignant, n'a pas – à la narration de certains faits rapportés par un accompagnant – ressenti l'effroi et la désolation qui cernent le patient. La réalité soignante aux urgences psychiatriques est celle de la rencontre soignant(s)-patient-entourage. Dérangeante présence médicale investiguant la vie du patient, à la recherche d'une autre façon de regarder, d'un autre point de vue possible ? La tension éthique est forte. Cependant, si la délicate question de l'intimité et de la confidentialité ne peut être ignorée, cette mise en perspective participe de l'actualisation de la décision médicale et contribue paradoxalement à l'approche responsable et éthique.

Une certaine mise en scène institutionnelle du tri, mise en scène qui doit durer un certain temps, impose un double mouvement de focale à l'évaluation psychiatrique : d'une part, elle propose un zoom sur une souffrance individuelle et, d'autre part, elle offre un plan large sur la complexité de rapports humains. Ce mouvement capital permet à la présence soignante des urgences psychiatriques d'accéder à ce que WORMS nomme « le visage de la situation ». La variation des points de vue fait apparaître au cours de la consultation une singularité essentielle humainement et indissociablement liée à un ensemble complexe.

> « Ainsi, l'histoire du patient ayant renversé la poubelle ne s'arrête pas à la rencontre avec l'infirmière. L'actualisation de l'acte médical sans geste a nécessité de partir à la rencontre "du visage de la situation". Et, si l'utilisation d'une longue focale a permis de remettre le sujet au cœur de sa terrible histoire et de sa souffrance, l'utilisation d'une plus courte focale (permettant un angle de vue plus large) a permis de rencontrer le sujet social comme patient déjà suivi dans un autre hôpital psychiatrique. Par ce double travail, la souffrance du patient a bien été reconnue mais le patient a aussi été confronté à son exclusion pour motifs disciplinaires le jour même. (…) »

Voici donc une esquisse de réponse à notre interrogation première (« qui protéger et au nom de quoi le faire ? ») : le patient pourra être protégé, à la condition que l'équipe médicale ait accès au visage de sa singulière situation, or cette finesse dans l'évaluation aura été possible grâce au jeu d'actualisation aboutissant à la décision médicale. Évaluation, mise en scène institutionnelle et décision médicale sont donc fortement intriquées, pour ne pas dire indissociables.

La capacité du sursaut

Si la dynamique éthique est celle d'un cheminement, d'une quête, il va bien falloir décider et répondre à la question : quand arrêter l'évaluation ? S'il s'agit avant tout de ne pas céder à la précipitation, le principe de réalité se manifeste rapidement : l'attente peut être un outil d'actualisation de la décision, mais elle peut aussi devenir un facteur d'aggravation et de souffrance.

Paradoxalement, c'est la notion de sursaut que nous allons convoquer maintenant alors même qu'il s'agit d'interroger la temporalité des urgences.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Nous l'empruntons à Frédéric Boyer lorsqu'il écrit : « L'éthique n'est jamais un jugement, mais toujours un sursaut. »

Deux raisons principales peuvent éclairer le caractère éthique du sursaut lorsqu'on questionne la temporalité de l'évaluation psychiatrique en urgence. D'une part, la notion de sursaut apparaît intimement liée à celle d'abandon : pour que le sursaut ait lieu, il paraît nécessaire qu'il ait été précédé d'un moment d'abandon. Le sursaut éthique constituerait alors le signe, comme la preuve, que l'inquiétante présence qui trie a douté voire même s'est abandonnée à ce que – pour reprendre la célèbre formule de Marcel Mauss – nous pourrions appeler une certaine flottance… Le mouvement d'évaluation à double focale tel que nous l'avons décrit (allant de l'intime du sujet au particulier du social) propose une complexité dont il va falloir extraire parfois assez rapidement de réels motifs à une décision médicale. Comme si le changement de focale permettait à la fois de laisser apparaître le visage de la situation et de faire surgir l'évidence de la décision à prendre. Le sursaut apparaît comme la preuve du doute et comme la dynamique permettant d'y mettre fin.

D'autre part, le sursaut peut sembler éthique parce qu'il opposera au défilement monotone et indéterminé du temps, la cohérence de la durée. Pour Bergson, philosophe de la durée, « Intuition signifie donc d'abord conscience, mais conscience immédiate, vision qui se distingue à peine de l'objet vu, connaissance qui est contact et même coïncidence. » Toute personne ayant suivi quelques consultations aux urgences reconnaîtra ce mouvement et la pertinence des notions ici évoquées de contact et de coïncidence. L'intuition comme un sursaut.

> Là dans le poste de soin, face à l'angoisse douloureuse du patient souriant à qui l'on prend la tension, les deux/trois membres de l'équipe présents sont comme saisis : toute l'étrangeté du patient, étrangeté perçue auparavant, prend sens. C'est une évidence, d'une façon ou d'une autre, il va falloir urgemment contenir le sujet dissocié qui consulte.

Alors que l'actualisation était scansion du temps, le sursaut apparaît comme l'élément fondamental nécessaire à l'écriture d'une cohérence temporelle. En pratique, il s'agit de parvenir à vivre et à faire vivre au patient la durée de l'évaluation comme une réalité à éprouver. Le sursaut sera ce moment d'intuition où le patient éprouvera l'évaluation comme acte médical. Apparaît alors la consultation comme durée au décours de laquelle chacune des étapes de l'évaluation s'actualise, modulant ainsi la linéarité du temps. Il est bien évident que cette capacité de sursaut ne peut être envisagée que si l'institution est suffisamment stable et que l'équipe est en capacité d'actualiser, de jouer la décision médicale.

Pour résumer on pourrait noter que les trois articulations qui permettent de penser la légitimité de la prise en soin aux urgences psychiatriques sont :

– l'acte sans geste à actualiser

– le visage d'une situation à laisser apparaître à travers l'abandon à une certaine durée

– le sursaut intuitif auquel il faut oser s'abandonner pour décider.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Sursauter, alors même que par une forte présence on s'était approché du visage de la situation : ainsi peut se décrire le travail soignant et le questionnement éthique afférent de la légitimité du pouvoir médical aux urgences psychiatriques. Afin d'inscrire l'acte médical dans une éthique responsable : oser décider.

Du point de vue de la réflexion éthique, la médecine d'urgence apparaît comme une médecine non pas a minima mais comme une médecine essentielle. Essentielle, en ce sens qu'elle se concentre en un exercice d'acte médical pur : acte sans geste nécessitant un jeu d'actualisation de la décision prise. Jeu nécessaire et qui se déroule dans des circonstances parfois complexes et paradoxales. C'est pourquoi l'attention éthique se porte formellement sur l'organisation active du service d'accueil des urgences, une organisation *in progress*, constitutive d'une certaine durée nécessaire à rendre intuitivement perceptible au patient sa propre orientation médicale. L'équipe se doit de travailler ensemble le triptyque : temps – lieu – parole. Paradoxalement, de telles circonstances permettent au médecin examinateur de se laisser guider par la souffrance du patient tout en arrivant, dans le même mouvement d'évaluation psychiatrique, à « dé/zoomer » au maximum afin d'évaluer la situation du sujet souffrant.

■ Conclusion

Pour conclure, soulignons l'importante responsabilité morale portée par chaque soignant aux urgences psychiatriques. Hannah ARENDT, dans sa conférence intitulée « Responsabilité personnelle et régime dictatorial – Penser l'événement », écrit : surtout ne pas faire « comme si nous disposions d'un ensemble de règles, acquises ou innées, que nous appliquons ensuite au cas particulier lorsque celui-ci survient, si bien que toute expérience ou situation nouvelle se trouve déjà jugée d'avance et qu'il (ne) nous reste plus qu'à exprimer ce que nous connaissions ou possédions auparavant. » L'obsession, explique-t-elle, doit être d'éviter le piège mortel « de l'habitude de l'adhésion ». Selon elle, on se méfiera de tous les spécialistes : moralisateurs, éthiciens, déontologues et frénétiques du protocole, « à qui l'on préférera ceux qui doutent et pratiquent le scepticisme (car) ils sont beaucoup plus fiables, non parce que le scepticisme est une bonne chose, ou le doute une saine habitude, mais parce que ces deux catégories de personnes ont l'habitude d'examiner les problèmes et de se forger leur propre opinion. »

C'est aux vues d'un tel impératif que chacun se doit de mettre en œuvre une médecine d'urgence organisée, une médecine qui, par sa dynamique organisationnelle même, offre à chacun, la possibilité capitale du sursaut individuel au cœur d'une certaine flottance.

■ Gestion des risques : Demeurer en compagnie de soi-même

Le questionnement éthique a souligné l'importance d'une certaine mise en scène de la décision médicale aux urgences psychiatriques. En précisant bien

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

que la mise en scène doit être entendue aussi bien en tant qu'organisation du service mais aussi en tant que recherche du sens/de la signification de l'action. La gestion des risques se doit donc dès lors de préciser les lieux, les personnes en présence et les risques afférents.

Aussi, dans un premier temps, nous proposons ici un tableau, recensant les principaux risques au décours de la consultation. Il s'agit ici d'alerter sur les moments et les lieux à risque lors de toute consultation.

Tableau 1-1 Principaux risques au décours d'une consultation aux urgences psychiatriques (1)

	Patient	Entourage	Soignant
Arrivée par propres moyens	errance/ alcoolisation/ décompensation/ fuite/mauvaises rencontres	majoration de l'inquiétude/ désinterêt/ surveillance excessive	« doute » sur la crise/ interrogation sur l'absence d'entourage/ effet de surprise/
Lors de la conduite aux services d'urgence	stigmatisation/ rupture du lien social/ violence psychique/ mise en danger collective/contention non thérapeutique par forces de l'ordre	culpabilité/ changement d'avis/isolement/ aménagements de la réalité	oubli de la clinique/ sur-interprétation des informations transmises/ sentiment que le service d'accueil est un « service de dépôt »
En salle d'attente	sentiment d'être dans un service de dépôt/angoisse/ agressivité/mauvaises rencontres/ tentative de sortie sans autorisation/ consommation de toxiques/ spectateurs-otages	exaspération/ demandes répétitives/ impression de banalisation/	défaut de surveillance/ manque explications du déroulement de la consultation/ sentiment de travail à la chaîne
Lors de l'entretien infirmier	sentiment d'inquisition/ violence-agressivité/ tentative de sortie/ manipulation/ confidences inappropriées	mise à l'écart/ incompréhension/ impression de n'être pas écouté/ toute-puissance/ exagérations volontaires	excès de confiance dans sa clinique (voir ce que l'on veut voir)/ perte de l'objectif d'orientation (« soigner »)/ peur-séduction
Dans le poste de soin	agitation/angoisse/ sentiment de piège/ enferment-séquestration/	exclusion/abandon/ maltraitance/ désinvestissement/	peur/toute-puissance soignante/contention non-thérapeutique/ mésentente dans l'équipe soignante

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Tableau 1-1 *Suite*

	Patient	Entourage	Soignant
lors attente transfert	angoisse/sentiment abandon/tentative de sortie sans autorisation/	exaspération/ ambivalence de demande (efficacité thérapeutique)/fuite/ agressivité verbale/	oubli/exaspération par rapport à l'entourage/
Sortie	refus de sortie du service/agressivité-violence/auto-mutilation/sentiment d'incurabilité/ passage à l'acte suicidaire/destruction de matériel	refus de soin/ solitude/agressivité verbale/banalisation/ sentiment de guerison	échec/soulagement
transfert ambulance et arivée service accueil	sentiment d'enlèvement/ agitation/fugue++/ peur de l'abandon/ mises en danger multiples et destruction de matériel	perte de contrôle/ abandon/ soulagement non approprié	surcharge de travail (service accueil)/ clivage interservice

www.doc-dz.forumactif.com Doc DZ Facebook

Nous listons ici quelques consultations types, des situations au cours desquelles le questionnement éthique surgit et ne peut être ignoré sous peine de risquer une orientation arbitraire et antithérapeutique. Cette liste se veut donc comme un aide-mémoire signifiant : « attention danger précipitation ». Ces situations types sont développées sur un plan clinique et thérapeutique dans la suite de l'ouvrage.

- La confidentialité
- Le comportement violent
- La conduite suicidaire
- La contention
- L'hospitalisation sous contrainte

Pour chacune de ces situations, il s'agit d'envisager la balance bénéfices/risques suivant trois axes :

- Les risques pour le patient :
- Les risques pour l'entourage
- Les risques pour l'institution et pour le clinicien

Nous proposons un tableau 1-2 p. 32 dressant un cadre général de questionnement éthique aux urgences psychiatriques, entre les « forces en présence » et « demeurer en compagnie de soi-même » pour optimiser la gestion des risques.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

Tableau 1-2 Situations de questionnement éthique aux urgences psychiatriques

DANGER – CONSENTEMENT/ /LIBERTE – VULNERABILTÉ	*La confidentialité*	*Le comportement violent*	*La conduite suicidaire*	*La contention*	*L'hospitalisation sous contrainte*
Risques pour le patient	sentiment d'inquisition/ mensonge/révélation non adaptée/angoisse de viol de son intimité	risque légal/mise en danger d'autrui et de soi-même/ stigmatisation (antécédents de violence)/ soumission aux normes de bienséance/perte de son indépendance	mise en danger de soi même/solitude/ manipulation d'autrui	risque atteinte physique/risque atteinte psychique/ sentiment d'injustice/ mise à mal de l'alliance thérapeutique	atteinte à la liberté individuelle/sentiment de punition/refus de soin/
Risques pour l'entourage	sentiment d'inquisition/ révélation intempestive de secrets (de famille ou autre)/victimisation/ atteinte à une certaine pudeur – intimité familiale	atteinte physique et psychique/ refus de soin sous contrainte/sentiment de vengeance/ culpabilité	sentiment de culpabilité/ agressivité vis à vis des soignants « incapables de soigner »	incompréhension/ incapacité de l'institution/ maltraitance/ vengeance/	toute puissance/ culpabilité/incurabilité/ revanche
Risques pour les soignants / l'institution	outrepasser le cadre de la consultation pour « parfaire » le diagnostic/cadre légal du secret médical/ interférer en urgence dans la dynamique familiale/ingérence	atteinte intégrité physique et psychique du personnel/destruction de matériel/mise en danger d'autres patients/risques médico-légaux	risque médico-légal/ sentiment de culpabilité/ explication lapidaire	atteinte physique/ atteinte psychique/ sentiment d'incompétence/ débordement agressif/	risque légal/« qui peut le plus peut le moins »/ moindre prise de responsabilité/

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

■ Conclusion

Si le questionnement éthique est premier dans le logos (au nom de quoi agir), il se doit d'être articulé au droit positif (cadre légal et organisation institutionnelle) mais aussi au réel : protocoles et gestion des risques (patient, entourage, institution et personnel soignant). Cette gestion particulière des risques peut se décliner ainsi : danger *versus* consentement, ou, dit autrement : liberté *versus* vulnérabilité.

La réponse téléphonique à l'urgence psychiatrique

La définition de l'urgence comme celle d'une demande dont la réponse ne peut être différée, émanant de toute personne, patient ou proche privé ou professionnel, laisse tout le champ des possibles comme mode d'adresse de cette demande : aller au service des urgences ? Téléphoner en urgence ? La mauvaise lisibilité du circuit de l'urgence pour les usagers et les professionnels, reconnue dans la communauté médicale et psychiatrique, majore d'autant la nécessité de permettre l'accès aux structures de soins sur simple appel téléphonique, avant même ou à la place d'un passage aux urgences.

La réponse téléphonique à l'urgence est typiquement prévue dans les textes définissant le SAMU Centre 15 (circulaire 1992). De façon similaire, éventuellement en association avec une convention SAMU, on relève une importante activité de réponse téléphonique dans un service d'urgences psychiatriques, répartie selon les items suivants :

– demande de renseignements sur l'offre psychiatrique
– demande de conseil devant une situation donnée
– demande d'une action rapide voire immédiate
– situation à haut risque nécessitant une intervention de secours.

Pour être adaptée, elle nécessite la mise à jour d'annuaires sanitaires (services hospitaliers sectorisés ou non, ambulatoires publics ou libéraux) et médico-sociaux (interprètes, réseau personnes âgées, réseau ados, réseau précarité).

Le professionnel chargé de la réponse téléphonique effectue une véritable orientation de l'urgence selon l'évaluation effectuée téléphoniquement :

– évaluation du degré d'urgence d'une demande de conseils, d'informations ou de consultation

– aide à l'identification de situations d'urgence et à la détermination des délais de réponse adaptés à la demande de l'appelant : nécessitant une réponse le jour même, dans la semaine, le mois, etc.

– aide à l'identification de situations nécessitant l'intervention de secours immédiats

– support téléphonique dans les situations d'urgence absolue dans l'attente des secours ou en appui des équipes SMUR sur place face à des situations cliniques complexes.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

■ Les niveaux de la réponse téléphonique

Qu'ils proviennent d'usagers, de leurs familles, ou de professionnels, les 4 niveaux d'appels ci-dessous sont hiérarchisés en appel « vert » pour les 2 premières, le 3e en appel « orange », le 4e en appel « rouge ». Dans tous les cas, la réponse est assurée par un professionnel du soin.

Demande de renseignements sur l'offre psychiatrique

Cela nécessite un important travail de documentation et de mise à jour continuelle de l'annuaire qui comporte des informations sur :

– la psychiatrie de secteur (enfants et adultes),
– l'offre publique non sectorisée (AP-HP ou autres hôpitaux publics),
– les structures spécialisées (alcoologie, addictologie, adolescence, autisme, troubles obsessionnels compulsifs…),
– les nombreux établissements à but non lucratif et associatifs (MGEN, SPASM, L'Élan Retrouvé, plusieurs hôpitaux de jour pédopsychiatriques…),
– le secteur privé (cliniques et consultations),
– le domaine médico-social,
– l'offre de soins somatiques.

Demande de conseil devant une situation donnée

Elle peut émaner d'un patient, d'une famille ou d'un professionnel (psychiatre, autre travail en santé mentale, médecin généraliste, etc.). La réponse est assurée par le professionnel qui répond en première ligne (un infirmier expérimenté), avec possibilité de passer la communication à un psychiatre intervenant en deuxième ligne.

Demande d'une action rapide voire immédiate

Elles nécessitent une évaluation téléphonique sûre du degré d'urgence et de la mise en œuvre réaliste du réseau de soins, selon les différentes structures de soins. Elles sont par nature évolutives : par exemple, une situation qui pourrait être réglée par une consultation immédiate en CMP peut nécessiter l'envoi en SAU quelques heures plus tard, si la première réponse n'est pas mise en place.

Plusieurs réponses peuvent être données, selon l'évaluation :

– consultation immédiate au CMP (selon la mise en place d'un dispositif permettant qu'une consultation dans les 24-48 heures soit assurée)
– consultation aux centres d'accueil et de crise ou aux centres d'accueil permanents
– orientation vers un SAU (hôpital général) ou vers le CPOA.

Situation à haut risque nécessitant une intervention de secours

Ces appels nécessitent le recours à Police Secours, pompiers, SAMU, envoi d'une ambulance, etc. par le transfert de l'appel au 15 (c'est l'objet de la convention avec le SAMU) ou vers une équipe mobile de secteur.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

■ Exemple de NYC Well à New York

C'est un service public gratuit 24 heures/24 desservant une population de 9 millions d'habitants. Il comporte une équipe de *Referral Specialists* (24 équivalents temps plein), et reçoit environ 330 appels par jour. Il existe des postes téléphoniques avec accès direct à des lieux suicidogènes (pont de Brooklyn). Le plateau technique est composé d'un espace de travail ouvert d'une dizaine de stations. Un logiciel suit l'ordre d'arrivée des appels et leur répartition. Un autre décline les deux volets suivants :

– un volet de renseignements sur l'appelant, d'identification de la demande et de recueil d'information sur la situation ;

– un volet d'accès à une base de données des structures de soins en fonction du domicile de l'appelant et de ses besoins.

Les réponses sont diversifiées après évaluation téléphonique

– Nécessité de soin : remise des coordonnées de la structure de soins la plus proche du domicile de l'appelant, correspondant à ses besoins (âge du patient et types de pathologies traitées), à son milieu culturel et ethnique et à sa couverture sociale

– Situation nécessitant une intervention à domicile dans les 24 à 72 heures :

– Rédaction d'une fiche de liaison à destination d'une des 21 équipes mobiles de crise en santé mentale intervenant à New York. Dans les 24 heures qui suivent ce type d'orientation, un spécialiste dédié à cette tâche assure le suivi de la transmission d'information avec l'équipe mobile de crise de proximité.

– Situation d'urgence immédiate nécessitant l'intervention des secours : appel du 911, dépêchant une ambulance ou la police sur site.

Dans le cas des crises suicidaires, les soignants sont entraînés à l'identification des facteurs de risques et des facteurs protecteurs et proposent systématiquement un « plan de sûreté » associant soignants et entourage. Les appelants présentant des idées suicidaires (15 % du total des appels) bénéficient de 3 rappels destinés à suivre leur parcours dans l'accès aux soins.

Exemple sur 48 heures au CPOA en 2012

Cette étude exhaustive de l'ensemble des appels téléphoniques reçus dans ce service d'urgences psychiatriques pendant 2 jours montre 378 appels soit 169 appels par jour avec une durée moyenne de l'appel : 2,3 minutes.

Une enquête chiffrée sur les appels

Une étude exhaustive de tous les appels reçus s'est déroulée en 2012 pendant 48 heures. Le répondeur infirmier de première ligne a été associé à un étudiant en médecine, volontaire (roulement sur 24 heures), soit 8 externes chargés de remplir le formulaire de l'étude à mesure que l'infirmier traitait l'appel.

L'étude recueille 338 appels sur les deux jours, se répartissant de la façon suivante (voir graphiques ci-dessous et page suivante) :

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

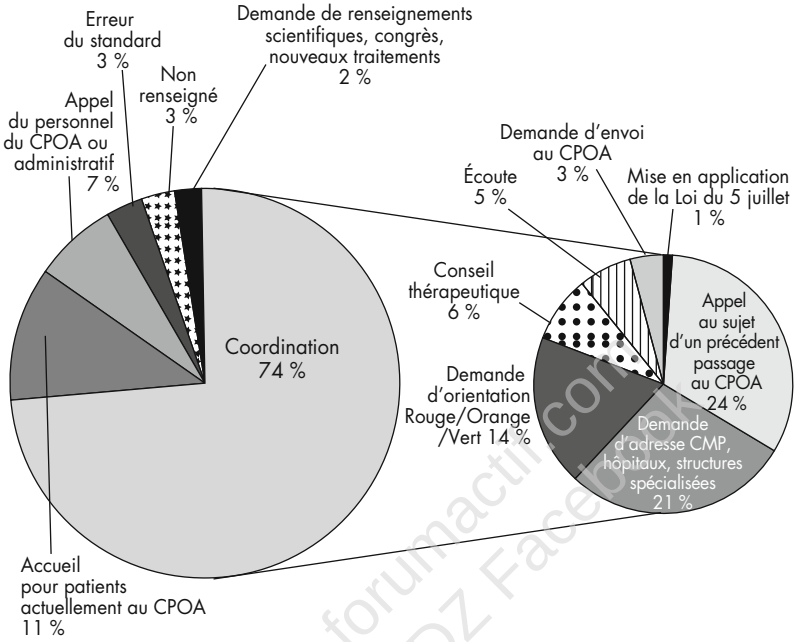


Figure 1-2 Répartition des appels par motifs

- **30 % proviennent d'usagers, pour des demandes motivées par :**
  - écoute, conseils ;
  - situations de crise ;
  - informations sur l'offre de soins, les traitements…
  - déclenchement des soins via le SAMU ;
  - demande d'accès vers une structure d'urgence ;
  - passage antérieur au CPOA.
- **70 % émanent de professionnels** (dont 2 % du SAMU) et concernent :
  - télépsychiatrie et conseils sur la prise en charge, l'application de la loi du 5 juillet 2011, des populations spécifiques (adolescents, personnes âgées, personnes sans domicile…) ;
  - demande d'information sur passage antérieur au CPOA ;
  - informations sur la sectorisation ;
  - infos sur les consultations spécialisées ;
  - échanges scientifiques, rendez-vous pour rencontres ;
  - envoi d'un patient au CPOA.
- **17 % des appels** nécessitent une gestion par le praticien hospitalier du CPOA en charge de la coordination téléphonique. Les orientations indiquées s'effectuent vers :
  - le réseau de soins non urgents ;

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

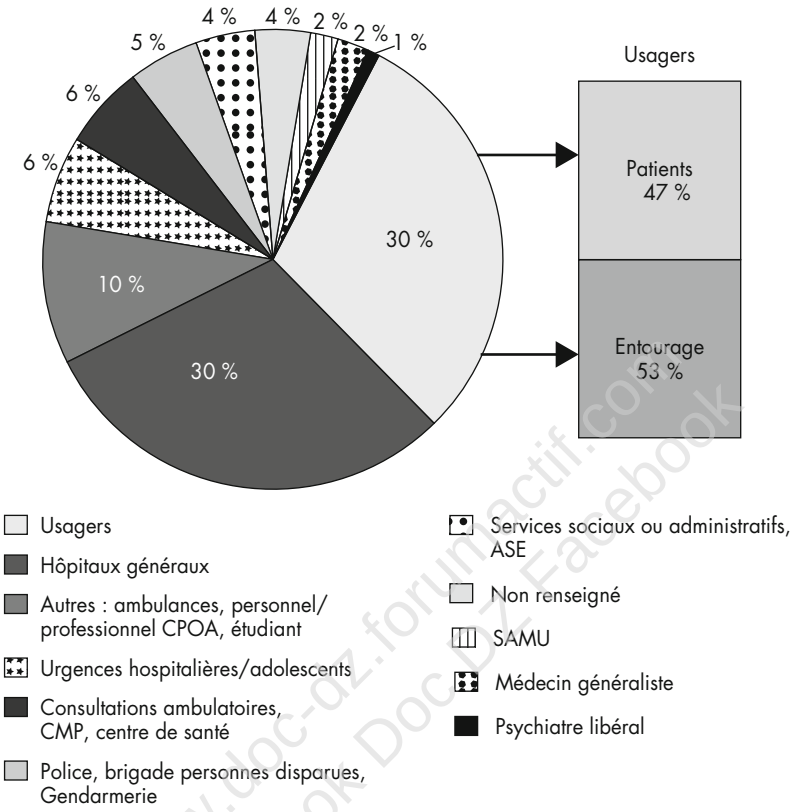


Figure 1-3 Répartition des appels par motifs

- une consultation d'urgence SAU/CAC/CPOA ;
- une écoute et des conseils téléphoniques ;
- les urgences générales.

■ Conclusion

Accueillir l'urgence au téléphone en psychiatrie est le premier pas d'un processus complexe : écouter, dédramatiser, évaluer le degré d'urgence puis proposer une réponse différenciée d'accueil immédiat, voire d'intervention à domicile, d'orientation vers des soins généraux ou spécialisés, de consultation dans les 24 heures, d'aiguillage vers un programme de soins hors urgence ou de conseil médicosocial… Soit *in fine* une meilleure régulation des flux et une meilleure prise en compte des besoins des usagers.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

2

Évaluation et psychopathologie

Selon VERGNAUD c'est la rupture qui fait l'urgence selon le ressenti de l'entourage et/ou du patient et les manifestations symptomatiques inhabituelles en « rupture avec l'état antérieur ». Ce sont aussi les facteurs déclencheurs tels que les événements de vie, de perte affective ou socioprofessionnelle et les interruptions des soins et/ou du traitement.

L'accueil-évaluation accompagné de l'orientation reste la modalité de prise en charge centrale de l'urgence. C'est une évaluation situationnelle (qui inclut l'évaluation de la demande et du contexte, en particulier familial) et une évaluation diagnostique, s'appuyant sur la manifestation de signes ou symptômes spécifiques. Elle impose un espace-temps précis et une coopération tant avec l'ensemble des acteurs de l'équipe d'urgence qu'avec le réseau de soins hospitalier ou ambulatoire externe associé.

Les entretiens d'accueil, d'évaluation et d'orientation sont des situations spécifiques de soin. Ils reposent sur une rencontre se caractérisant par un cadre particulier et défini, des objectifs et une intentionnalité propres, une inscription dans une démarche globale de soins, l'utilisation d'outils distincts et un travail en équipe pluridisciplinaire.

Reason for visit, le motif de consultation

Les « *reasons for visit* » sont généralement relevées pour les motifs de consultation aux urgences générales. Pour les urgences psychiatriques et les urgences intriquées, elles apparaissent dans le travail de certains d'entre nous (Masson, 2008). Les ouvrages de référence nord-américains tels que HILLIARD, PURI TREADASEN, LIPSON GLICK s'attachent plutôt à lister les pathologies intriquées somatiques/psychiatriques une fois diagnostiquées.

La psychopathologie de l'urgence comprend plusieurs axes

- Le motif de consultation et son aspect dimensionnel
- Défaillances des mécanismes d'adaptation

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

- Pathologie catégorielle éventuelle
- Environnement étayant ou aggravant

À partir du motif de consultation ci-dessous, aux urgences psychiatriques ou aux urgences générales référées au psychiatre, la démarche de l'urgence le transformera en une visée dimensionnelle et/ou catégorielle et (cf. infra) :

– Agitation
– Angoisse, anxiété, panique
– Catatonie, prostration, stupeur
– Claustration, repli
– Criseur chronique
– Délire partagé ou délire à deux
– Demande de sevrage
– Demande d'allure sociale
– Dépersonnalisation
– Errance, fugue, voyage pathologique
– Fatigue
– Hallucinations
– Harcèlement, dioxis, *stalking*
– Idées de jalousie
– Idées délirantes
– Ivresse aiguë
– Jeu pathologique
– Malaises
– Mutisme
– Obsessions/compulsions
– Palpitations
– Paralysies et troubles de la sensibilité
– Phobie scolaire, refus anxieux de l'école
– Phobies
– Plaintes douloureuses
– Plainte hypocondriaque
– Plaintes pour anomalies corporelles, dysmorphophobie, peur de dysmorphie
– Plainte pour troubles de mémoire
– Plainte pour troubles sexuels
– Poursuite érotomaniaque
– Ralentissement, clinophilie
– Réticence
– Revendication
– Troubles du comportement alimentaire
– Troubles de la vigilance et confusion
– Troubles du sommeil
– Vertiges

Ou encore, le motif de consultation peut être un motif de contexte davantage que de sémiologie :

– Couple en crise

www.doc-dz.forumactif.com MouBook Doc DZ Facebook
La Source : www.pediatrie.forumactif.com Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

– Demande de placement d'un autiste
– Demande de placement d'une personne âgée
– Demande inopinée de certificat
– Demande inopinée de médicaments
– Demande d'orientation professionnelle ou sentimentale
– Épuisement professionnel
– Famille consultant sans patient
– Famille en crise

Diagnostic provisoire, clinique dimensionnelle et catégorielle

La démarche médicale classique est basée sur la triade diagnostic/pronostic/traitement. La démarche de résolution de l'urgence psychiatrique est fondée sur la triade accueil/traitement de la crise/orientation. La démarche diagnostique ne peut être aboutie. Par souci de rigueur c'est un « diagnostic provisoire » ou des « hypothèses diagnostiques » qui seront avancés. Un diagnostic pour être retenu nécessite une observation sur la durée, par exemple 15 jours pour l'état dépressif caractérisé, ce n'est pas possible aux urgences.

On oppose alors, selon les travaux de KRAEMER, EYSENCK, les aspects dimensionnels et catégoriels du diagnostic : l'aspect catégoriel ou catégorie diagnostique, l'aspect dimensionnel ou trait (du normal au pathologique) ne constituant pas un syndrome ou une maladie à lui seul.

L'approche catégorielle est celle de la présentation par catégorie diagnostique, elle décrit la causalité, l'observation clinique, le cours de la maladie et le traitement. Mais il existe des cas atypiques, rebelles aux classifications ou à l'inverse, la réalité clinique doit se modifier face aux classifications. Par exemple on constate l'inflation des comorbidités ou des cooccurrences avec les troubles de personnalité : comorbidité ou extension de la catégorie ? Contrairement à l'approche catégorielle, de nombreuses pathologies sont décrites aujourd'hui sur un mode de continuum dénommé spectre (autistique, bipolaire…) au plus près de la clinique, introduisant un aspect quantitatif aux symptômes et à leur sévérité : c'est l'apport d'AKISKAL.

L'approche dimensionnelle permet une approche quantitative et continue des troubles, du normal au pathologique d'où son importance accrue entre le DSM III et le DSM V, avec les troubles de la personnalité non spécifiés. La plupart des essais médicamenteux utilisent les approches dimensionnelles. « Avec une certaine flexibilité, le clinicien pourra ainsi observer le cours syndromique d'une pathologie sans devoir avancer de conclusion prématurée. Cela peut s'appliquer aussi bien à la dépression qu'à la schizophrénie » (WIDAKOWICH). En fait tous les symptômes sont dimensionnels mais ils tirent leur origine de traits normaux, ce qui correspond bien au caractère de crise situationnelle de l'urgence sans qu'un diagnostic puisse être retenu. La résolution de la situation d'urgence comporte un aspect thérapeutique mais aussi préventif et prédictif

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

des décompensations qui pourront survenir ultérieurement et qui relèveront d'un diagnostic catégoriel. C'est exactement la question que pose la psychiatrie de l'adolescent où la question évolutive et développementale prime sur celle du diagnostic catégoriel. L'approche dimensionnelle permet de décrire le terrain prédisposant, la vulnérabilité. On peut dire aussi qu'elle est mieux en lien avec les continuums du modèle psychodynamique.

À défaut de ce débat aujourd'hui central dans l'évolution du DSM, on peut rester dans l'approche catégorielle à condition de ne pas figer par erreur le diagnostic du patient. Pour cela, on relève aux urgences diverses hypothèses diagnostiques ou encore diagnostics provisoires qui seront ou non confirmés par l'évolution. N'oublions pas que l'évolution est l'une des caractéristiques épistémologies de la définition d'une maladie. Ainsi nous proposons qu'une classification des urgences psychiatriques utilise plusieurs axes : l'un dimensionnel basé sur la *reason for visit*, l'autre catégoriel comprenant 2 ou 3 hypothèses diagnostiques (RAYNAUD et al).

Y a-t-il ou non un trouble relevant d'un diagnostic catégoriel ou dépiste-t-on seulement un risque évolutif, une vulnérabilité, des traits ou symptômes isolés, peut-être même un syndrome qui n'est qu'incomplet ?

Mécanismes de défense et stratégies d'adaptation

La clinique des mécanismes de défense est issue des réflexions psychanalytiques sur le transfert et le contre-transfert. Ce sont les mécanismes mis en jeu par le Moi pour répondre aux conflits, puis utilisés dans l'*Ego Psychology*. Ici on les aborde par le mode de réaction à l'entretien et à la situation d'urgence, observables directement par le clinicien alors que le patient et l'entourage ont déjà tenté de décrire comment il a réagi. Ainsi en est-il de l'angoisse, des rationalisations, des mécanismes d'omnipotence, de projection et de la fuite imaginaire voire de la dissociation.

Les stratégies d'adaptation sont mises en œuvre face à la situation de stress, de frustration, de crise existentielle pour tenter de trouver un nouvel équilibre. Elles ne sont pas en elles-mêmes pathologiques et peuvent éviter d'en arriver à l'urgence, même au prix d'une crise. Ainsi en est-il de l'hyper expression émotionnelle, des préoccupations corporelles (alimentation, sommeil), des préoccupations altruistes, du recours à des procédures légales, des décharges psychomotrices…

Le souci est une stratégie cognitive d'adaptation qui décrit une préoccupation excessive et anticipatrice, décalée dans le temps par rapport à l'événement qui l'engendre. Dépourvu d'une symptomatologie anxieuse, c'est une stratégie de vigilance et d'anticipation, de mise en relation de plusieurs phénomènes voisins qui peut aller jusqu'au souci pathologique quand il entrave le fonctionnement global de la personne et qu'il s'associe à au moins 3 critères du trouble anxieux généralisé. Les stress rencontrés sont d'origine externe

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

(perte, deuil, mise en cause plus ou moins justifiée, blessures d'amour-propre, surcharge émotionnelle due à un événement heureux ou malheureux) ou internes (conflit névrotique, conflit d'idéal).

Le *coping* est une autre désignation des stratégies d'adaptation. C'est l'ensemble des stratégies qu'un individu interpose entre lui et un événement perçu comme menaçant pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de cet événement sur son bien-être physique ou psychologique. Ces stratégies visent soit à diminuer l'impact du stress extérieur, soit à renforcer en interne ses propres capacités de supporter. Pour LAZARUS repris par PAULHAN, la personne agit d'une part sur le stress qu'elle subit, d'autre part sur ses propres émotions par des modalités d'actions extérieures et intérieures. À la suite de Ferenczi, les stratégies d'adaptation et de *coping* se répartissent en 4 groupes : faire avec ou s'adapter, aller vers ou risquer les conséquences de l'affrontement, aller contre ou s'opposer, s'éloigner ou choisir l'évitement. On retrouve ici les diverses caractéristiques du stress aigu et de l'état de stress post-traumatique.

En urgence, quelle est l'adaptation in situ ? Il existe une théâtralisation inhérente au dispositif de la situation d'urgence et elle remet en scène les différents stress ayant conduit à l'urgence. L'évaluation va porter sur l'observation des capacités et des stratégies d'adaptation mises en jeu dans le service d'urgence par le patient : face à l'intrusion des autres, face à la venue des proches, face à l'évocation de certains événements, face aux problèmes somatiques… la liste est infinie selon chaque cas.

Les comorbidités, les troubles somatiques instables

■ Place de l'investigation organique

Last but not least, l'évaluation somatique devrait être une priorité de l'urgence, au moins quand il existe des symptômes d'appel ou un âge supérieur à 45 ans. L'excès contraire se rencontre parfois où une maladie organique dite stable, suivie et traitée, sans symptomatologie aiguë, affole une équipe d'urgence psychiatrique. Tout patient qui nécessite une évaluation psychiatrique d'urgence nécessite certainement une évaluation somatique, mais non un examen physique complet. Celui-ci est focalisé mais non exhaustif.

Pour chaque patient, on relève :

– la recherche des constantes ou paramètres dits signes vitaux (pouls, tension, température), la glycémie au doigt, et la saturation en oxygène

– l'inspection (traumatisme, examen cutané, respiration, posture et mouvement)

– le relevé rapide de l'anamnèse médicale.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Un examen physique n'est pas nécessaire si les signes vitaux sont normaux, s'il n'y a aucune plainte médicale, s'il n'est ni délirant ni dément, s'il n'y a pas d'histoire de maladie chronique, si le patient ne montre rien d'anormal à l'inspection.

Un examen physique un peu poussé n'est pas du ressort du psychiatre et doit entraîner l'envoi aux urgences générales.

■ 7 paramètres de la loi du 5 juillet 2011 : un bon début

La HAS fait obligation, pour toute hospitalisation sans consentement, d'un examen somatique dans les 24 heures qui suivent l'hospitalisation. Cet examen comporte au minimum les 7 paramètres suivants :

Vigilance, température
Tension artérielle, fréquence cardiaque
Fréquence respiratoire
Glycémie, saturation au doigt

À quoi on peut rajouter :

- Bilan sanguin de base : ionogramme, numération formule, urée, glycémie, CRP, bilan hépatique, bilan rénal
- ECG à la recherche de signes prédictifs de torsades de pointe (bradycardie, allongement espace QT)
- Bilan orienté vers des signes d'appel.

■ Intoxications ou sevrages à but suicidaire ou addictif

Le motif de consultation vers les urgences psychiatriques masque l'intoxication.

Les signes d'appel sont :

– l'altération de la conscience repérable même pour un patient non connu
– l'altération du rythme respiratoire
– de la température corporelle (sueurs ou hypothermie)
– les vomissements

Ils sont confirmés par :

– la présence de boîtes de produits ou de tout reste témoignant d'une absorption
– l'histoire de trouble addictif rapidement reconstituée
– les confidences du patient qui se met à « parler »

■ Les intoxications iatrogènes par association

Des associations nécessitées par le trouble du comportement ou dues aux multiples addictions du patient ont un haut potentiel létal :

– Buprénorphine et benzodiazépines

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

– 2 voire 3 neuroleptiques ou antipsychotiques
– Neuroleptiques à composante antihistaminique dépressiogène du système nerveux central et benzodiazépines, y compris les molécules neuroleptiques utilisées dans des indications non psychiatriques : prométhazine, métoclopramide.

■ Les pathologies intriquées et/ou comorbides

Il n'est pas nécessaire d'en faire la liste exhaustive. Par contre il est nécessaire de classifier rapidement dans quelle catégorie se trouve le problème du patient :

- expression psychique d'une pathologie organique. Le plus fréquemment
  – hypercalcémie,
  – syndromes douloureux,
  – hyperthermie et signes confuso-oniriques
  – méningo-encéphalite avec signes psychiatriques premiers puis signes méningés, sidération, agitation,
  – crises épileptiques
  – hypoglycémie
- survenue de pathologies organiques chez un patient porteur d'un trouble psychiatrique connu qui cache le diagnostic organique
- intrication de 2 séries de troubles

■ Les risques

Selon les statistiques des mutuelles Sou Médical, les erreurs diagnostiques entraînées par les tableaux en apparence psychiatriques dont on néglige l'investigation organique sont à la source d'accidents et de recours médicolégaux. On évalue en général à 25 % le nombre des patients avec une étiquette « psychiatrique » qui ont une pathologie organique cause, conséquence ou en association avec le trouble psychiatrique. En tenant compte du caractère raisonnable des investigations ci-dessus indiquées, sans acharnement et sans méconnaissance non plus, le patient ayant des troubles psychiatriques a droit à une investigation organique…

Le rôle central de la famille, informations recueillies auprès de tiers

■ Le rôle central de la famille

Dans le déclenchement, la perception ou la résolution de l'urgence, à chaque étape l'entourage est impliqué car l'urgence est systémique. L'entourage souffre, assiste, travaille à la résolution de la crise, parfois même ajoute bien involontairement des injonctions paradoxales. Il est concerné émotionnellement, affectivement et aussi dans les aspects opératoires de la vie (qui va garder l'enfant ? Qui va régler les factures ?…). Mais tous les patients

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

ne sont pas entourés de la même manière. Le poids des interactions antérieures à la crise et à l'urgence, voire les contraintes transgénérationnelles, ont pour résultat que l'entourage sera ou non dans l'alliance thérapeutique. Déjà DAUMEZON évoquait la spirale aggravante de l'agité et de son milieu. On a intérêt à évaluer, souvent avec le patient et l'entourage eux-mêmes, si celui-ci va être étayant, indifférent ou aggravant.

Aux urgences arrivent des familles démunies par le refus de soins ou même de sortie hors de leur chambre d'un des leurs. On peut proposer un accueil spécifique de ces familles dit « consultation famille sans le patient » CFSP en l'absence du patient, destiné à les aider à élaborer une stratégie permettant de faciliter l'accès à l'évaluation ou aux soins.

Les principales demandes de ces familles sont :

– La demande de renseignements nécessitant un travail d'information et de guidance, elle permet la déculpabilisation et la sortie du conflit d'ambivalence et débouche bien souvent sur l'organisation des soins.

– La demande d'intercession auprès du service qui dispense les soins.

– La demande d'intervention au domicile, souvent envisagée et réalisée quand le patient est cloîtré. La participation familiale est plus que jamais nécessaire.

– Dans de rares cas, c'est l'entourage qui consulte qui nécessite vraiment des soins.

■ Informations recueillies auprès de tiers

Si indispensables soient certaines informations permettant de reconstituer l'histoire de la maladie, des facteurs déclencheurs de l'épisode actuel, des traitements et des thérapeutes, il arrive souvent que le patient ne puisse les donner lui-même ou les donne partiellement (état psychiatrique, refus, confusion). PASCAL insiste sur le fait de les rechercher auprès de tiers non impliqués dans la prise en charge. On les considère prudemment en les croisant avec d'autres données et elles ne font pas partie du dossier du patient, mais elles sont un outil appréciable du parcours de soins.

Outils d'évaluation. Échelles

Les échelles d'auto (questionnaires) ou d'hétéro évaluation (entretiens structurés) sont réputées peu utilisables en urgence du fait de leur usage habituellement diachronique et comparatif afin d'évaluer par exemple l'efficacité d'un traitement, et aussi en raison du temps requis pour la passation ou du consentement nécessaire.

Les mesures globales donnent une information générale sur la santé mentale du patient. On retiendra celles qui sont simples et brèves à utiliser, notamment la CGI ou *Clinical Global Impression*. Le format utile en urgence est celui qui décrit la gravité de la maladie et nécessite 1 minute de passation.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

C'est une bonne mesure globale pour la majorité des troubles mentaux. La cotation va de 1 (état normal) à 7 (patient le plus malade).

Pour les symptômes anxiodépressifs, le HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*) est un autoquestionnaire simple en 14 questions et il est utilisé pour réduire l'interférence de symptômes d'une maladie somatique avec les symptômes dépressifs.

De nombreuses échelles portant sur le stress post-traumatique évaluent le degré de dissociation et la gravité potentielle de l'ESPT (état de stress post-traumatique), elles sont utilisées par les équipes des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique.

Nous ne nous étendrons pas sur les échelles d'agitation : l'échelle OAS quoique fiable ne sert qu'à la recherche, le moment de l'agitation ne remettant pas à une échelle la décision de contention ou sédation. De même les échelles qui concernent les troubles délirants (PANSS).

C'est surtout l'échelle de désespoir de Beck (*Hopelessness Scale*) pour la prévision du risque suicidaire qui retient l'attention. Elle comporte 20 items, c'est un autoquestionnaire, allant jusqu'à 90 % de prévisibilité du risque suicidaire quand le score est élevé (plus de 13/20). Si elle ne remplace pas l'évaluation clinique, elle est utilisée dans l'alliance avec le patient et la famille, semblant donner un chiffrage du risque suicidaire et favoriser l'acceptation des soins. L'usage de l'autre échelle de Beck d'intentionnalité suicidaire (*Suicide Intentionality Scale*) est finalement moins utile car elle ne s'applique qu'à la récidive suicidaire récente pour laquelle l'orientation de soins, consentis ou non, est déjà très nette.

www.doc-dz.forumactif.com MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

PARTIE 2

LES SITUATIONS RENCONTRÉES

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

4

Crise suicidaire

Le terme de crise suicidaire recouvre diverses situations dont le point commun est l'existence d'un risque de passage à l'acte autoagressif. Il peut s'agir d'un sentiment du patient lui-même ou de son entourage qu'il existe un risque de passage à l'acte, avant toute mise en acte, ou de la prévention du risque de récidive après un passage à l'acte effectif.

Motif de la consultation d'urgence

Deux cas doivent être distingués : la consultation aux urgences peut suivre un passage à l'acte autoagressif, ou avoir lieu de façon préventive.

Après passage à l'acte, le patient peut se présenter de lui-même ou appeler les secours ; mais c'est souvent l'entourage qui constate le passage à l'acte et organise la consultation. Parfois, les secours se mettent en place à partir du signalement de personnes n'appartenant pas à l'entourage proche (passants, voisinage) ou directement des services publics (pompiers, police…).

De façon préventive, la consultation aux urgences d'un patient craignant un passage à l'acte autoagressif émane le plus souvent de lui-même, mais il n'est pas rare que ce soit l'entourage (familial, amical ou professionnel) qui incite le patient à consulter ou même qui l'accompagne à la consultation. Les envies suicidaires peuvent être explicitement exprimées, mais elles peuvent se masquer derrière des plaintes d'angoisse, de tristesse, de détresse psychologique, voire de douleurs somatiques. D'une autre manière, la panique entoure la découverte d'une lettre, SMS annonçant le projet suicidaire, ou de préparatifs tels un sac de comprimés accumulés.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Différents cas

Le principal signe à rechercher, avant ou après passage à l'acte, est l'intensité du désir de mort, qui peut aller d'idées suicidaires fugaces qui gênent le patient et dont il demande qu'une action thérapeutique les fasse disparaître, à une détermination suicidaire ferme et durable.

La crise suicidaire peut aussi revêtir des formes moins explicites de volonté de se nuire : conduites à risque, automutilations sans désir de mort, conduites toxicomaniaques extrêmes qui imposent d'évaluer le risque de passage à l'acte. Le refus de soins somatiques dans les maladies potentiellement létales ou le refus d'aide anciennement appelé syndrome de glissement de la personne âgée peuvent également être abordés comme des conduites ou des « équivalents » suicidaires.

Enfin, il est fréquent qu'à l'issue d'un passage à l'acte sans gravité manifeste, le patient exprime avoir su qu'il ne risquait pas la mort, mais avoir voulu alerter sur une détresse psychologique de plus en plus envahissante. Dans certains cas, il n'est pas aisé de conclure à un acte suicidaire : le patient n'exprime pas de manière explicite de désir de mort, mais dit avoir voulu soulager une souffrance physique ou psychique par une prise d'antalgiques, d'anxiolytiques, d'hypnotiques, de toxiques, en quantité certes excessive mais non suffisante pour signer un désir de mort.

Conduite de l'examen

La conduite de l'examen psychiatrique est aisée lorsque le patient exprime explicitement un désir de passage à l'acte. Elle est plus complexe lorsque le patient banalise un passage à l'acte réalisé récemment et/ou lorsqu'il nie des idées de passage à l'acte ou de récidive. Un entretien empathique et l'exploration d'items spécifiques permettent de limiter autant que possible le risque de passer à côté d'un risque suicidaire avéré.

Ces items sont en effet bien codifiés et doivent être systématiquement recherchés. Les facteurs de risque élevé sont l'existence de projets suicidaires précis, avec des modalités envisagées clairement pour un éventuel passage à l'acte ; des antécédents suicidaires familiaux et surtout personnels ; un entourage effectif et affectif du patient (familial, amical, social et professionnel) absent ou inconsistant ; une absence de perspectives d'avenir dans le discours ; des traits de personnalité impulsifs ou rigides ; l'existence de facteurs de stress et d'événements de vie défavorables récents ; un accès aisé à des moyens létaux.

L'existence d'une anxiété majeure ou d'un déficit de sommeil marqué est un indicateur de risque de passage à l'acte à rechercher systématiquement.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Bilan complémentaire

Le bilan complémentaire concerne l'évaluation de l'état somatique et des soins nécessaires si un passage à l'acte a eu lieu : en effet, certaines situations médicales peuvent imposer un séjour en services de soins médico-chirurgicaux qui ne permettent pas la mise en œuvre de soins sous contrainte : l'évaluation conjointe médicopsychiatrique est ici essentielle.

Conduite diagnostique

La suicidalité est actuellement considérée comme une dimension symptomatique en grande partie indépendante, et ne doit pas être comprise comme nécessairement secondaire à une pathologie psychiatrique associée. Divers travaux ont mis en évidence des déterminants neurobiologiques et des facteurs génétiques, indépendants de la vulnérabilité aux pathologies psychiatriques, influençant les comportements suicidaires notamment les conduites suicidaires violentes : hypofonctionnement sérotoninergique, hyperactivité de l'axe hypothalamo-pituitaire-surrénalien, hyperactivité noradrénergique, facteurs génétiques de vulnérabilité au suicide…

Néanmoins, la recherche d'une pathologie psychiatrique reste centrale dans la démarche de soin, on considère qu'elle est présente dans plus de 80 % des cas. La première pathologie à rechercher, pour des raisons de fréquence et de gravité, est un trouble dépressif avec une attention particulière portée à la présence de caractéristiques mélancoliques ou psychotiques, qui rendent le patient inaccessible à la réassurance. Les troubles schizophréniques doivent également être recherchés du fait du caractère souvent discordant et imprévisible du passage à l'acte. Divers thèmes délirants (qu'ils se situent dans un contexte de trouble schizophrénique, de trouble délirant chronique, de trouble délirant aigu, de personnalité *borderline*, de trouble thymique, de syndrome subconfusionnel) contribuent plus particulièrement à déterminer une volonté d'acte suicidaire : ce sont les thématiques persécutives, messianiques, démoniaques…

Les troubles de la personnalité sont impliqués également dans la facilitation des conduites suicidaires, notamment les troubles de personnalité psychopathique, *borderline* ou dépendante. Enfin les conduites addictives sont un facilitateur de passage à l'acte du fait de la levée de désinhibition et d'impulsivité au moment de la prise, et du fait de l'effet dépressogène de nombreuses substances à distance de la prise.

Discussion des conduites thérapeutiques

En cas de premier contact par téléphone, que l'appel émane du patient ou de son entourage, aucune banalisation n'est acceptable, même pas en croyant

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

soulager l'inquiétude de l'entourage. Il importe de convaincre le suicidant d'accepter de se rendre aux urgences pour rencontrer un médecin.

En cas de passage à l'acte, la priorité est donnée à l'évaluation et à la prise en charge du risque somatique. Une fois ce risque contrôlé, ou si la consultation a lieu avant passage à l'acte, l'évaluation du risque de passage à l'acte ou de récidive domine les préoccupations du psychiatre. La qualité de l'entretien et de la relation médecin-malade, à la fois empathique et non culpabilisante, dans un cadre de parole neutre, qui ne cherche pas à minimiser le souci du patient (par exemple après une rupture) permet de lever une partie des réticences à évoquer la volonté suicidaire et les sentiments d'autoaccusation souvent associés. Il faut évaluer l'intensité du désir de mort, l'intentionnalité du geste, le support affectif existant. La décision d'hospitalisation, le plus souvent en milieu psychiatrique, si besoin en soins sous contrainte, découle de l'évaluation du risque de récidive.

À l'issue de l'évaluation psychique (pouvant reposer sur divers intervenants : psychiatre, infirmiers, psychologues, travailleurs sociaux, qui mettent en commun leur sentiment quant au risque de récidive), lorsque le risque de nouveau passage à l'acte paraît très limité et permet d'envisager une sortie du patient avec retour au domicile ou dans la famille, divers protocoles de suivi ont montré une efficacité certaine : fixation d'un rendez-vous médical ou paramédical rapproché, rappels téléphoniques réguliers, utilisation d'applications numériques permettant un contact ludique mais effectif avec les structures de prise en charge du post-suicide… Le choix de la stratégie à appliquer dépend plus de l'offre de soins et des ressources thérapeutique locales que de considérations théoriques. Une chose compte et ce, malgré les revendications d'autonomie souvent avancées : ne pas abandonner un patient suicidant.

Parallèlement à cette prise en compte de la dimension suicidaire propre, la recherche d'un trouble psychiatrique ou de la personnalité s'impose, pour mettre en place les thérapeutiques spécifiques adaptées.

La place particulière de l'information et l'estimation des risques

L'information du patient doit porter sur les risques somatiques en cours, sur l'éventuelle mise en évidence d'une pathologie psychiatrique ressortissant de soins spécifiques, sur la possibilité de soins sous contrainte, en précisant leurs modalités et leurs recours.

L'information de l'entourage a un rôle central. Sans déroger au secret médical quant aux causes alléguées ou estimées du passage à l'acte ou des idées suicidaires, le psychiatre donne à l'entourage son estimation du risque de passage à l'acte et l'informe sur les mesures thérapeutiques qu'il préconise. S'il estime une sortie possible, il donne à l'entourage des conseils d'étayage et de réassurance du patient. En cas de désaccord avec l'entourage familial sur

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

une mesure d'hospitalisation, le psychiatre doit prendre le temps de tenter de convaincre la famille du bien-fondé de ses conseils, et transcrire dans le dossier médical cette discussion. Les plaintes judiciaires émanant de familles de suicidants sont toujours favorisées par l'anxiété de la situation et par une culpabilité retournée contre le corps médical. L'entretien avec la famille vise à désamorcer ce type de réaction. En cas de refus de soins et en l'absence de péril imminent, la signature d'un document écrit de refus par la famille, l'appui sur la passation d'une échelle à contenu objectif comme l'échelle de désespoir de Beck sont d'une aide manifeste pour traiter les hésitations de tous.

Les conduites suicidaires représentent le domaine de la psychiatrie dans lequel l'estimation des risques est à la fois la plus importante et la plus difficile. L'estimation du risque somatique suite à un passage à l'acte est du ressort de l'urgentiste somaticien. La recherche de moyens de suicide restant accessibles au patient aux urgences (médicaments, armes…) est du ressort des équipes soignantes des urgences, mais le psychiatre doit vérifier que cette recherche a été faite.

L'évaluation du risque de passage à l'acte ou de récidive est la tâche essentielle du psychiatre ; sa démarche doit être expliquée au patient. Il est important vis-à-vis de l'entourage de souligner qu'il n'est jamais possible de contrôler totalement le risque de passage à l'acte (même la sédation profonde finit par être levée), pendant le séjour hospitalier, ni au décours à court ou long terme, mais que la prévention du suicide passe par une démarche globale psychologique, psychiatrique, familiale et socioprofessionnelle, sans infantilisation du patient.

www.doc-dz.forumactif.com MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

5

Agitation avec ou sans agressivité

Motif de la consultation d'urgence

L'*agitation* est un état d'excitation avec augmentation de l'activité motrice, psychique et relationnelle. Elle est inadaptée et suscite une réaction d'intolérance de l'entourage et du milieu. Elle constitue un spectre clinique allant de l'excitation modérée à la violence physique envers autrui. Cette notion de continuum est fondamentale car trop souvent l'agitation est confondue avec un passage à l'acte violent ou son prélude immédiat.

Les symptômes cardinaux de l'agitation sont :

– Fébrilité, turbulence, fureur
– Excitation idéique, logorrhée, désinhibition verbale, insultes
– Menaces, agressivité vis-à-vis d'objets ou de personnes.

Les motifs d'agitation sont multiples et les causes peuvent aussi bien être médicales que psychiatriques. L'orientation vers les urgences générales ou psychiatriques s'effectue en amont, le plus souvent par des acteurs préhospitaliers disposant de peu d'éléments cliniques. Les erreurs d'orientation ne sont pas rares. Le clinicien doit faire preuve d'une vigilance accrue et reprendre une évaluation complète même si celle-ci apparaît comme redondante. Le passage aux urgences générales précédant l'arrivée aux urgences psychiatriques n'est en aucun cas la garantie de l'absence d'une cause organique. Toutes les investigations cliniques et complémentaires effectuées doivent être réexaminées.

Les causes organiques d'agitation sont le plus souvent incluses dans un état confusionnel qui s'accompagne d'une désorientation et d'un délire oniroïde. L'agitation est alors fluctuante et répond peu aux stimulations de l'environnement.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Différents cas

■ Motif psychiatrique clair

C'est la situation la plus fréquente aux urgences psychiatriques. Même si le diagnostic précis n'est pas déterminé d'emblée, on a affaire à des symptômes clairs et appartenant à la nosologie psychiatrique : angoisse, idées délirantes, productions psychotiques, idées dépressives ou suicidaires. L'agitation est le produit de ces symptômes. C'est l'approche dimensionnelle qui doit prévaloir et le traitement – sous ses formes pharmacologiques et non-pharmacologiques – doit s'attacher à répondre aux symptômes et signes trouvés lors de l'examen clinique.

■ Motif comportemental

Derrière cette appellation vague se trouvent toutes les causes situationnelles d'agitation. Cela inclut les motifs environnementaux : ils entraînent un débordement des défenses de l'individu qui présente alors un état d'agitation face une situation de vie donnée. Décès d'un proche, rupture sentimentale… sont autant de causes possibles et peuvent donner lieu à des épisodes de cris, crises clastiques, voire de violence et bien sûr passage à l'acte autoagressif ou suicidaire. Il est tentant de vouloir séparer ces situations en « compréhensibles » *versus* « non-compréhensibles ». Cette distinction est dangereuse car elle peut aboutir à une banalisation de l'état d'agitation. On partira du principe que si la situation clinique a entraîné un passage aux urgences, elle justifie des investigations cliniques. Un éventuel trouble de la personnalité ou un fonctionnement familial pathologique sera alors mis à jour et pourra faire l'objet d'une intervention de crise. On privilégiera la distinction contrôlable *versus* non-contrôlable et on s'appuiera sur la réponse à l'intervention de crise pour adapter la prise en charge d'aval.

■ Intoxications et motifs addictologiques

Les états d'agitation causés par un état d'intoxication aigu ou un syndrome de sevrage sont parmi les motifs les plus fréquents de passage aux urgences générales. En raison de leurs intrications organiques, on évite généralement le transfert vers les urgences psychiatriques. Si une évaluation psychiatrique est requise, elle est donnée aux urgences générales.

Une fois l'intoxication ou l'état de sevrage résolu, il n'est pas rare que la situation laisse place à une demande soit d'admission en urgence (pour complétion du sevrage) soit à une demande de prescription médicamenteuse. On peut alors assister à un rebond de l'agitation lorsque l'effet du traitement sédatif/de sevrage donné plus tôt se dissipe. On prendra donc soin de surveiller l'état du patient en particulier au moment des transferts.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

■ Causes organiques d'agitation

Les causes organiques d'agitation sont essentiellement métaboliques, organiques et infectieuses. Les causes métaboliques incluent : crises hypertensives, hypo- ou hyperglycémie, perturbations électrolytiques, hypercalcémie. Les causes neurologiques relèvent de la comitialité, des causes neurovasculaires (ischémiques ou hémorragiques), ou des états démentiels. Les causes infectieuses de perturbations comportementales aiguës sont essentiellement des méningo-encéphalites. On notera également les perturbations thyroïdiennes ainsi que les crises hyperthermiques telles que le syndrome malin des neuroleptiques.

Dans tous ces cas, la prise des constantes, le recueil des antécédents, suivis d'un examen clinique ciblé, voire d'examen complémentaire simple permettent d'identifier la cause de l'agitation, même aux urgences psychiatriques.

Conduite de l'examen

L'examen psychiatrique du patient agité commence dès son arrivée aux urgences. Il consiste en une observation des signes de tension voire d'excitation. Plusieurs institutions ont tenté d'adapter leur processus d'accueil afin d'accélérer la prise en charge de cette urgence psychiatrique par excellence à l'aide d'échelles de triage, de questionnaires de dépistage, et même d'activation d'une équipe de garde du type « code agitation » sur le même modèle que le « code arrêt cardiaque ».

Le patient agité ne saurait donc être placé en salle d'attente à son arrivée. Il doit être accueilli par une équipe pluridisciplinaire (médecins et infirmiers) qui doit se mobiliser d'emblée. L'entourage, en revanche, doit être placé en salle d'attente. Sa présence à proximité sera rappelée régulièrement au patient. Mais le caractère potentiellement excitant de la présence familiale justifie cette séparation. Un membre de l'équipe approchera l'entourage dont les informations viendront éclairer l'évaluation voire la décision thérapeutique.

Le *setting* idéal de l'accueil du patient agité est une pièce dédiée au sein des urgences permettant une première évaluation et disposant de l'équipement nécessaire (prises des signes vitaux, matériel nécessaire à l'isolement, contention, médicaments mais aussi collation, pyjamas, couvertures). L'aspect nursing a le plus souvent pour effet d'apaiser la situation. Véritable « salle de déchocage » psychiatrique ce lieu sert 2 objectifs principaux :

– exclure une cause organique aux troubles
– réaliser une première évaluation dimensionnelle.

L'approche dimensionnelle se focalise sur les grandes catégories de symptômes psychiatriques : humeur (déprimée ou au contraire élevée), angoisse, symptômes psychotiques et désorganisation. Le tableau clinique est le plus souvent complexe et emprunte à ces 3 catégories dont on s'attachera cependant à déterminer l'aspect prédominant.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Tout au long de l'accueil et de l'entretien psychiatrique, on appliquera les techniques de désescalade verbale. En effet, cet entretien est une évaluation mais aussi un acte thérapeutique qui pourra aussi bien déboucher vers une aggravation de la situation avec contention et isolement ou au contraire sa résolution avec prise volontaire d'un traitement.

Bilan complémentaire

La nécessité d'examen complémentaire aux urgences psychiatrique et en particulier en cas d'agitation occupe les urgentistes depuis toujours. Plusieurs auteurs et groupes de cliniciens ont tenté de répondre à cette question de façon rationnelle (NORDSTROM). Le consensus repose sur une approche de bon sens guidée par la présentation du patient et ses antécédents médicaux.

En synthétisant l'ensemble de ces recommandations, on peut résumer l'approche médicale du patient agité :

1re étape : Signes vitaux (y compris glycémie capillaire)

La première étape consiste en la prise des signes vitaux : température, fréquence cardiaque, tension artérielle, fréquence respiratoire, glycémie capillaire est indispensable et doit être documentée pour tout patient. Les antécédents médicaux doivent aussi être documentés : ce recueil a une sensibilité de 94 % dans la détection d'un problème médical.

2e étape : Identification des populations nécessitant un bilan complémentaire

La *Sierra Sacramento Valley Medical Society* propose un système de détection intitulé *SMART* qui détecte en 5 items les populations et anomalies susceptibles de déclencher un bilan complémentaire (www.smartmedicalclearance.org). Si l'on répond « non » à toutes les questions, le patient ne nécessite pas d'examen complémentaire et peut poursuivre son parcours de soins en psychiatrie.

Critères Smart pour bilan complémentaire

- S'agit-il du premier épisode psychiatrique ?
- Y a-t-il des antécédents médicaux ?
  - Diabète
  - Femme enceinte
  - Autre anomalie ou diagnostic nécessitant des investigations complémentaires
- Y a-t-il une anomalie de…
  - Température > 38 °C
  - Fréquence cardiaque > 110 ou < 50
  - Tension artérielle systolique < 100 ou > 180 sur plus de deux mesures successives.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

– Fréquence respiratoire < 8 ou > 22
– Saturation O_2 < 95 %
– Désorientation (doit être orienté(e) nom/lieu/date)
– Anomalie de l'examen physique
• Le patient est-il/présente-t-il…
– < 12 ans ou > 55 ans
– Possibilité d'ingestion médicamenteuse ou toxique
– Trouble du comportement alimentaire
– Syndrome de sevrage (alcool ou benzodiazépine)
– Cachectique, blessure, trouvé inconscient/sur le sol
• Le patient prend-il un médicament nécessitant un dosage ?
– Lithium, acide valproïque, phénytoïne
– INR (antivitamine K)

3e étape : Examens de laboratoire et d'imagerie

Les examens complémentaires sont guidés par les résultats de la détection opérée plus haut. Bilan biologique de base : numération, ionogramme, bilan hépatique, troponine, CPK, bandelette urinaire, radio de poumon, permettent le plus souvent d'éliminer une cause organique à l'état d'agitation. Le scanner cérébral doit être obtenu en cas de traumatisme crânien rapporté même ancien ; également en cas de premier épisode mais cela peut être différé en l'absence d'examen neurologique focal. On ajoutera l'ECG et le calcul du QT corrigé avant une première exposition aux antipsychotiques.

■ Discussion des conduites thérapeutiques

On sépare les interventions thérapeutiques en traitements pharmacologiques (médicaments injectables ou per os) et traitements non-pharmacologiques (désescalade verbale, nursing, contention). Les deux vont de pair car l'un ne peut fonctionner sans l'autre : un entretien de désescalade verbale bien mené peut permettre de désamorcer la situation mais l'agitation reviendra en quelques minutes sans médicaments ; à l'inverse, gare au rebond de violence après une injection sans approche verbale, une fois l'effet sédatif dissipé.

L'approche d'accueil et de désescalade verbale a pour objectif d'offrir au patient une reprise de contrôle de son état mental et de le convaincre que celle-ci passe par la prise d'un traitement médicamenteux adapté (RICHMOND). On considère que cette approche doit être tentée pendant environ 15 minutes. En cas d'échec, c'est un abord davantage coercitif qui prime : la décision de traiter est alors prise et le traitement est administré avec ou sans la coopération du patient. Le délai d'action précis des traitements varie en fonction des molécules ; la plupart des traitements injectables agissent dans un délai de 30 minutes, les traitements oraux en 1 à 2 heures. Malgré cette différence,

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

on privilégie les traitements oraux : leur administration est moins traumatique pour le patient et débouche sur une meilleure alliance thérapeutique en aval.

Le choix du traitement repose sur les symptômes à traiter. Le but du traitement est d'obtenir une sédation pour permettre au patient de reprendre le contrôle de son état d'excitation tout en restant conscient et alerte. Les protocoles « taille unique » du traitement de l'agitation sont donc à proscrire car ils ignorent tout de l'intensité, ou des éléments constitutifs de la crise d'agitation. On privilégiera les benzodiazépines en cas de composante anxieuse majeure, les antipsychotiques si l'agitation est motivée par des éléments délirants ou hallucinatoires. Plusieurs antipsychotiques de seconde génération ont reçu l'AMM dans le traitement de l'agitation et leur utilisation doit désormais être privilégiée. Le patient peut exprimer son opinion dans le choix de la molécule et le clinicien le prend en compte, en particulier lorsqu'il s'agit de choisir au sein d'une famille donnée.

Une fois le traitement administré, la surveillance doit être constante. L'apaisement permis par le traitement pharmacologique est utilisé pour terminer le bilan organique et le recueil d'information. En cas de contention, la surveillance est d'au minimum toutes les 15 minutes.

À distance de l'état d'agitation, un débriefing peut avoir lieu entre le psychiatre et le patient, afin de revenir sur les causes de l'état d'agitation et d'établir des stratégies de reprise de contrôle.

■ La place particulière de l'information et l'estimation des risques

Le risque principal lié à l'agitation reste le passage à l'acte violent et l'agression contre soi-même ou autrui. Peu d'études ont été menées sur les facteurs précis qui pourraient permettre de prédire quels patients sont particulièrement à risque. Les antécédents et les comportements passés restent cependant de forts indicateurs des comportements futurs. La destruction d'objets est souvent un prélude à l'agression d'autrui et l'on raccourcira la prise en charge en conséquence. Enfin, les états d'intoxication ainsi que les états démentiels rendent l'étape de désescalade verbale le plus souvent inutile en raison des altérations cognitives présentées.

Les autres risques sont : la sortie sans autorisation (« fugue ») dont la prévention repose sur un lieu adapté et une protection suffisante ; les comorbidités organiques ignorées durant la phase d'agitation aiguë ; les effets iatrogéniques des médicaments. Ces deux derniers écueils peuvent le plus souvent être évités en suivant un protocole « somatique » adéquat (*vide supra*).

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

6

Épisode psychotique aigu avec ou sans manie

L'épisode psychotique aigu constitue une véritable urgence psychiatrique en raison des troubles du comportement qu'il peut engendrer : agitation, conduites auto- ou hétéroagressives, comportements dyssociaux, dont les conséquences peuvent être immédiates (mise en danger de l'intégrité corporelle ou de la vie du patient ou d'autrui), ou différées avec des risques de ruptures sociales, professionnelles, affectives.

Motif de la consultation d'urgence

Plus la symptomatologie psychotique est intense (conviction délirante marquée, élation maniaque de l'humeur, dimension mégalomaniaque…), moins la demande de soin est susceptible d'émaner du patient lui-même : ce sont alors l'entourage familial, amical ou professionnel du patient, ou les acteurs sociaux (forces de l'ordre, pompiers, secteur psychiatrique, structures médicales) qui conduisent le patient à la consultation spécialisée. L'entourage s'inquiète d'un changement brusque et inexpliqué de comportement, à type d'agitation, d'agressivité, de gestes autoagressifs, d'errance, de bizarrerie.

Le délire est parfois manifeste, parfois plus difficile à mettre en évidence du fait d'une réticence du patient, ce qui signe soit une conviction fluctuante dans la thématique ou les mécanismes délirants, soit la conscience que les divers interlocuteurs n'accordent pas de crédit à son discours délirant et qu'il vaut mieux s'abstenir de le mettre en avant. Un entretien approfondi montre souvent que la conviction délirante est moins absolue que ce qu'elle semble être initialement.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Les thèmes les plus fréquents sont les idées persécutives et les idées mystiques, qui doivent être systématiquement recherchées.

On retrouve une note de désorganisation psychique dont il faut préciser la nature. Elle peut traduire une perplexité du patient qui s'interroge sur ce qui lui arrive, avec un discours mal structuré et des symptômes subconfusionnels, s'inscrivant généralement dans un épisode aigu de type bouffée délirante. Elle peut aussi refléter une dissociation idéique et un discours paranoïde orientant le diagnostic vers une décompensation aiguë d'un trouble schizophrénique ou schizophréniforme.

Différents cas

Le tableau clinique associe à différents degrés idées délirantes, troubles thymiques, signes confusionnels, troubles du comportement. Selon l'intensité respective de chacune de ces lignées symptomatiques, l'orientation diagnostique se fera vers un épisode de manie délirante quand la dimension d'élation de l'humeur domine, vers un accès délirant aigu si le vécu délirant apparaît envahissant, ou vers un mode d'entrée brutal dans une pathologie psychotique chronique. La recherche d'un facteur déclenchant est importante afin d'orienter la prise en charge et de préciser le pronostic : plus la réaction du sujet apparaît proportionnée à un événement extérieur traumatisant, meilleure est en général l'évolution.

Ce qui distingue les épisodes psychotiques aigus isolés de ceux s'intégrant à une pathologie chronique, c'est la recherche d'antécédents similaires à l'épisode en cours ou d'antécédents psychiatriques de nature différente mais s'intégrant dans une pathologie psychiatrique globale.

Conduite de l'examen

L'examen d'un patient délirant ou maniaque suppose un équilibre à trouver entre l'attitude médicale expliquant au patient qu'on n'adhère pas à son discours considéré comme pathologique, mais qu'on lui propose un soutien empathique, ce qui lui évite d'expérimenter une nouvelle fois auprès d'autrui le sentiment de rejet déjà ressenti lorsqu'il émet des propos délirants ou mégalomaniaques : cela lui offre la possibilité d'accepter l'alliance thérapeutique. L'interlocuteur médical ou paramédical chevronné trouve ce juste équilibre entre l'acceptation apparente du discours du patient, et une critique des éléments délirants ou inadaptés qui va favoriser l'ancrage dans la réalité et la remise en cause du délire.

Lorsque les troubles du comportement sont importants et la conscience du trouble quasi nulle, une relative fermeté de la part des soignants a un effet anxiolytique chez un patient en perte de repères.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Le recueil d'éventuels antécédents psychiatriques est important, soit auprès du patient, soit, s'il est trop désorganisé ou réticent, auprès de l'entourage ou du médecin traitant. En l'absence d'antécédents similaires connus, l'examen somatique est essentiel, à la recherche de facteurs de décompensation psycho-organique (facteurs iatrogènes, traumatiques, toxiques, infectieux, expansifs intracrâniens, et, chez le sujet âgé, vasculaires ou dégénératifs, avec évaluation cognitive). Cet examen médical peut précéder l'entretien psychiatrique (surtout si le patient est vu aux urgences générales) et conférer une dimension rassurante à la prise en charge.

L'entretien psychiatrique recherche des facteurs de stress ou des événements de vie déclenchants, des propos auto- ou hétéroagressifs conduisant à des mesures préventives de passage à l'acte. Il faut également rechercher des signes d'autres lignées psychiatriques, en particulier troubles addictifs, ou troubles cognitifs chez le sujet plus âgé. L'entretien auprès de l'entourage permet de soutenir celui-ci, et de recueillir des informations anamnestiques aussi bien en ce qui concerne les antécédents personnels que familiaux, qui permettent d'étayer le diagnostic et parfois d'avancer un pronostic.

Bilan complémentaire

Le bilan d'un épisode psychotique aigu sans antécédent et sans facteur déclenchant retrouvé doit être complet : recherche d'intoxication aiguë, de maladie infectieuse aiguë ou chronique (en particulier séroposivité VIH favorisant un processus encéphalitique ou encéphalopathique), trouble endocrinien ou métabolique (porphyrie, diabète), signes biologiques d'intoxication alcoolique chronique. Selon la clinique, une imagerie cérébrale, un électroencéphalogramme, voire une ponction lombaire, peuvent être nécessaires.

Lorsque des antécédents d'épisode psychotique ou maniaque similaire sont retrouvés, le bilan peut être plus succinct, la probabilité d'un trouble purement psychogène étant plus élevée.

Conduite diagnostique

Le diagnostic positif repose sur l'apparition brutale des troubles, les modifications du comportement (agitation, mutisme, bizarreries, sentiment de dépersonnalisation-déréalisation, idées délirantes), une fréquente note confusionnelle ou au moins de perplexité anxieuse, l'importance de la dimension thymique.

Le diagnostic différentiel selon les types d'épisodes psychotiques ou maniaques aigus repose sur l'intensité relative des différents symptômes : troubles thymiques (leur intensité oriente vers un accès de trouble bipolaire), troubles confusionnels (légers, ils peuvent être en faveur d'un épisode psychotique aigu fonctionnel ; plus marqués, ils doivent faire rechercher une étiologie organique, en particulier toxique ou iatrogène), discours délirant.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

La possible évolution vers une pathologie psychotique chronique, surtout de type schizophrénique, est une question fréquemment posée par l'entourage à laquelle il ne faut pas hésiter à ne pas répondre car les éléments de bon ou mauvais pronostic (antécédents personnels et familiaux, adaptation prémorbide, prise de toxique de façon aiguë ou régulière, la dissociation psychique et discordance modérée) ne donnent aucune certitude et il manque la durée d'évolution.

Discussion des conduites thérapeutiques

Face à un premier épisode psychotique aigu, un bilan médical est nécessaire avant traitement, à la recherche d'une maladie somatique explicative (infectieuse, endocrinienne, métabolique, neurologique, toxique/addictologique). Le traitement médicamenteux d'urgence repose sur les antipsychotiques atypiques (olanzapine, rispéridone, aripiprazole, quétiapine…), qui permettent différentes voies d'administration et agissent sur l'ensemble des composantes du tableau clinique : symptômes thymiques, symptômes délirants, angoisse, agitation. Des benzodiazépines peuvent être utilisées initialement ou en association aux antipsychotiques, lorsqu'on recherche une action anxiolytique sans sédation excessive.

L'attitude des soignants vise à tranquilliser ces patients et à diminuer leur anxiété, par des gestes et des propos calmes et apaisants mais aussi en offrant un cadre ferme qui a un effet rassurant. Deux impératifs doivent dicter l'attitude médicale et paramédicale : proposer au patient un cadre ressenti comme thérapeutique, à même de restaurer sa confiance dans autrui, souvent mise à mal par le délire ; et protéger le service (soignants et autres patients) et le patient lui-même contre un éventuel passage à l'acte agressif, y compris au moyen d'une contention ponctuelle si nécessaire.

La place particulière de l'information et l'estimation des risques

Même s'il ne semble pas l'entendre du fait d'une conviction délirante fortement ancrée, il est important de dire au patient, à un moment ou un autre de la prise en charge aux urgences, que ses troubles sont pathologiques et de lui expliquer les soins mis en œuvre. Souvent, le patient ne consent pas aux soins, ou y consent de façon fluctuante : il faut l'informer de la possibilité de soins sous contrainte, de leur raison, de leurs modalités, des recours dont il dispose le cas échéant.

L'alliance avec l'entourage est essentielle. Celui-ci doit être informé des risques estimés par le praticien (risque de passage à l'acte, risque de désinsertion sociale, de rupture professionnelle ou familiale…), et des solutions proposées pour les limiter.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Les principaux risques à éventuelle implication médico-légale sont le passage à l'acte auto- ou hétéroagressif, le retrait de consentement aux soins, la fugue des urgences avec échappement à la surveillance et aux soins. Ces troubles du comportement peuvent survenir de façon imprévisible, ce qui complique la gestion des risques afférents. L'équipe médicale doit en permanence garder à l'esprit la possibilité de leur survenue, ce qui implique une surveillance étroite, la mise en œuvre rapide de mesures de sédation ou de contention, l'hospitalisation brève aux lits-portes en cas de nécessité.

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

7

Épisode dépressif aigu

Les troubles dépressifs représentent la pathologie psychiatrique la plus fréquente, avec une prévalence annuelle de l'ordre de 5 % en population générale, et une prévalence vie entière de 15 à 20 %. Même lorsqu'il ne constitue pas le motif de consultation, un syndrome dépressif est systématiquement recherché lors d'un examen psychiatrique aux urgences, en raison notamment de la majoration du risque suicidaire qu'il entraîne.

Motif de la consultation d'urgence

C'est parfois l'entourage (familial, amical ou professionnel) qui incite à la consultation, alerté par un changement de comportement ou de discours du patient, en rupture avec son état habituel. Mais souvent, le patient se présente spontanément. Les signes cliniques qui conduisent à une consultation en urgence et qui orientent vers un tableau dépressif sont des signes associés d'anxiété, d'idées suicidaires, ou des expressions somatiques (douleurs, troubles du sommeil, troubles de l'appétit, asthénie physique et psychique).

Lorsqu'il existe des antécédents dépressifs, le recours aux urgences est plus aisé, le patient ou l'entourage reconnaissent les premiers symptômes, et en acceptent d'emblée le caractère pathologique. En revanche, un premier épisode dépressif donne fréquemment lieu à une consultation très tardive car il persiste une grande ambivalence quant à une possible nature pathologique des plaintes mises en avant : le patient comme l'entourage cherchent à les expliquer par les circonstances, et non par une maladie dépressive, considérée comme une explication irrationnelle, si ce n'est honteuse ou culpabilisante.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Différents cas

Le tableau clinique est variable, et le psychiatre aux urgences doit déterminer face à quel type de dépression il se trouve selon la fréquence des accès, la réactivité aux événements de vie, ou les diagnostics associés ainsi : dépression isolée, trouble thymique cyclique, trouble dépressif récurrent, trouble bipolaire, dépression essentiellement réactionnelle, dépression liée à des troubles de la personnalité, dépression secondaire à un autre trouble psychiatrique ou addictologique.

L'éventail symptomatique doit être précisé car il peut balayer tout un champ depuis les symptômes de gravité mélancolique, les idées suicidaires, les symptômes délirants, ou coexister avec des troubles de personnalité histrioniques, paranoïaques, anxieux, *borderline*.

Enfin, il faut s'enquérir du contexte et de la qualité de l'entourage familial ou relationnel, ainsi que d'éventuels antécédents familiaux de dépression sévère, de gestes suicidaires ou de troubles bipolaires. Tous ces éléments sémiologiques et contextuels orientent les modalités de prise en charge, en particulier la décision éventuelle d'hospitalisation en milieu psychiatrique.

Chez le sujet âgé, il faut explorer les facteurs favorisants (conditions de vie, pathologies somatiques, isolement) et la présence de troubles cognitifs.

Conduite de l'examen

L'examen d'un patient dépressif vise d'abord à créer des conditions d'alliance face au trouble et à recueillir les éléments du tableau clinique. Lorsque celui-ci apparaît d'intensité faible ou modérée, on peut expliquer au patient que ses réactions sont adaptées et ne rentrent pas, d'un point de vue psychiatrique, dans le cadre d'une entité pathologique. Mais il est tout aussi rassurant pour le patient, à l'inverse, de lui expliquer, face à un tableau nettement pathologique, que ses plaintes, ses idées, ses réactions ne nous semblent plus proportionnées à sa situation, et qu'elles constituent désormais un état pathologique à part entière, reconnu comme tel et susceptible d'une évolution favorable sous traitement.

La recherche d'idées suicidaires est essentielle, c'est un temps important de mise en confiance. Il vise à préciser le type d'idées, leur fugacité ou leur fixité, les moyens envisagés, le support ressenti de la part de l'entourage, la représentation du néant ou le besoin de rupture et de repos.

L'anamnèse, complétée auprès de l'entourage, recherche des signes de gravité masqués par le patient, son contexte de vie, son fonctionnement habituel, les antécédents psychiatriques ou addictologiques familiaux.

La décision d'hospitalisation va dépendre de facteurs tels que le refus de soins et l'anosognosie, les possibles mises en danger, les échecs thérapeutiques antérieurs. Quand l'ensemble de ces éléments a permis d'évaluer l'éventuelle nécessité d'une hospitalisation, il est nécessaire alors d'en expliquer clairement les raisons au patient – et souvent à son entourage – du fait d'une habituelle

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

réticence à une hospitalisation en psychiatrie, généralement assimilée à un internement et à la folie, sans masquer néanmoins la réalité d'une hospitalisation psychiatrique – difficile à vivre pour un déprimé confronté à d'autres patients –, afin d'éviter un sentiment ultérieur de trahison.

Bilan complémentaire

Le bilan somatique d'un épisode dépressif aigu est d'autant plus complet qu'il s'agit d'un premier épisode, ou lorsque l'expression symptomatique diffère largement des épisodes précédents. Il comporte obligatoirement la recherche des conséquences d'une pathologie addictive (alcool ou autres toxiques). Il comporte aussi la recherche du retentissement de l'état dépressif sur l'état général, en cas d'amaigrissement et de troubles alimentaires par exemple.

De nombreuses pathologies somatiques peuvent se manifester par un épisode dépressif tels les troubles endocriniens (détectés par dosage de TSH à la recherche d'une dysthyroïdie, glycémie à la recherche d'un diabète), les troubles neurologiques (conduisant à une imagerie cérébrale en cas de signes d'appel, à la recherche de processus intracrânien, de lésions lacunaires cérébrales, ou de signes évocateurs de maladie de Parkinson ou de sclérose en plaque), les pathologies cancéreuses ou systémiques auto-immunes.

Un épisode dépressif peut marquer une démence débutante quand les altérations cognitives sont encore très discrètes. Mais un tableau dépressif marqué peut prendre une allure clinique pseudo-démentielle, et les troubles cognitifs seront entièrement réversibles après l'amélioration du tableau dépressif sous traitement. Le recueil d'informations anamnestiques (chronologie d'apparition des deux lignées symptomatiques) est essentiel. La passation d'un test cognitif simple comme le MMSE permet d'objectiver et de quantifier l'altération cognitive : lorsque l'examinateur prend le temps nécessaire (en particulier pour dépasser les réponses de type « je ne sais pas »), les résultats à ce test cognitif ne sont que très peu altérés par un tableau dépressif ; c'est donc un bon outil pour différencier dépression et démence débutante.

Conduite diagnostique

Le diagnostic différentiel d'état dépressif se pose en premier lieu avec des symptômes dépressifs de faible intensité, constituant des plaintes dépressives, mais ne s'organisant pas en un état dépressif caractérisé. Cette distinction entre symptômes dépressifs et états dépressifs est une réponse importante à apporter aux somaticiens des urgences, pour qui elle est souvent difficile à faire, et qui peuvent imputer à tort à un syndrome dépressif des plaintes somatiques dont il faut rechercher une origine organique. Ces syndromes dépressifs mineurs ou cette symptomatologie dysphorique surviennent le plus souvent de façon réactionnelle à différents facteurs de stress (maladies somatiques, précarité

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

ou désinsertion sociale, prise ou sevrage d'alcool ou de toxiques, deuil ou perte, syndrome du post-partum…) ; ils peuvent évoluer vers un véritable syndrome dépressif pathologique, mais ils ne sont justiciables d'un traitement spécifique que dans ce dernier cas.

D'autres diagnostics différentiels doivent être explorés, comme un trouble anxieux sans dimension dépressive, un trouble névrotique de la personnalité, un syndrome de sevrage transitoire, ou encore certains troubles psychotiques. Il faut également rechercher chez le patient une prescription prolongée d'un traitement potentiellement dépressogène comme l'interféron et les autres antiviraux, mais aussi les corticoïdes, certains antihypertenseurs, certains anticontraceptifs oraux.

Discussion des conduites thérapeutiques

Il faut tout d'abord évaluer le degré d'urgence de la mise en œuvre des thérapeutiques à proposer, et le cadre (ambulatoire, hospitalisation en milieu somatique en cas d'intrication somatopsychique, hospitalisation en milieu psychiatrique) où elles seront au mieux mises en place. Les facteurs de gravité conduisant à une hospitalisation sont la présence d'idées suicidaires prévalentes, la conviction de l'inutilité d'un traitement, un sentiment de solitude marqué avec absence d'entourage soutenant, la présence de symptômes psychotiques.

Le traitement proposé (hospitalisation, traitement antidépresseur, association d'anxiolytique ou d'hypnotique) doit être discuté avec le patient (de manière prolongée et répétitive si besoin, l'état dépressif et le contexte hospitalier d'urgence rendant aléatoire la concentration du patient sur les informations qui lui sont délivrées) et si besoin avec son entourage. Du fait de la persistance des idées reçues et des préjugés dans le grand public, une information claire et adaptée est généralement nécessaire quant à la bonne acceptabilité des traitements proposés, l'absence de dépendance aux antidépresseurs, la réversibilité d'une hospitalisation en milieu psychiatrique.

En l'absence de décision d'hospitalisation, l'insomnie et l'anxiété sont les deux cibles thérapeutiques prioritaires à très court terme, ces deux lignées de symptômes favorisant considérablement le malaise psychique et le risque de passage à l'acte autoagressif. Cela nécessite une consultation spécialisée dans les jours qui suivent, la prescription d'antidépresseur pouvant généralement être différée jusqu'à cette consultation en cas de réticence importante du patient. Mais le soulagement de l'anxiété dès l'urgence par une sédation médicamenteuse légère et une attitude psychothérapique peut conforter l'alliance thérapeutique car le patient perçoit les soins psychiatriques comme une aide possible, non comme une stigmatisation négative.

La priorité thérapeutique porte aussi sur les comorbidités, en particulier les comorbidités addictives, qui peuvent être un obstacle majeur à la qualité et à l'efficacité de la prise en charge de l'état dépressif.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

La place particulière de l'information et l'estimation des risques

L'information du patient et de l'entourage porte sur l'explication du caractère pathologique des symptômes observés, dont il importe de préciser quelles caractéristiques conduisent le médecin à porter un diagnostic psychiatrique plutôt que la constatation d'un état psychologique pénible mais adapté.

Dans un contexte de méfiance importante vis-à-vis des antidépresseurs et de leurs effets, allant jusqu'à des mises en cause en justice, il faut d'emblée indiquer, en cas de prescription, les effets attendus des psychotropes proposés, le délai d'action, les risques d'inefficacité, et les principaux effets indésirables à surveiller, au premier rang desquels la réactivation de l'idéation suicidaire dans les premiers jours de traitement.

En cas de décision d'hospitalisation sous contrainte, il faut informer le patient et le tiers signataire des modalités de l'hospitalisation, de la possibilité pour le demandeur et pour le patient de contester la contrainte.

Les risques essentiels à prendre en considération sont la méconnaissance de facteurs somatiques graves, favorisants ou associés au tableau dépressif, et surtout le risque de passage à l'acte suicidaire (voir chapitre « la crise suicidaire »).

www.doc-dz.forumactif.com MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

8

Épisode anxieux aigu

La symptomatologie anxieuse aiguë, qu'il s'agisse de symptômes anxieux ou d'un trouble anxieux caractérisé, est l'un des motifs les plus fréquents de consultation aux urgences. C'est l'une des rares situations cliniques en psychiatrie où le patient vient consulter de lui-même pour un malaise psychique déterminé. Il est aussi fréquent que la plainte initiale du patient soit d'ordre somatique, la nature anxieuse du trouble n'étant mise en évidence qu'au cours de l'entretien et « par défaut », du fait de l'absence de découverte d'une pathologie somatique. Dans ce dernier cas, la difficulté, pour l'urgentiste et le psychiatre, est de faire la distinction entre un trouble anxieux s'exprimant par des symptômes somatiques ou somatoformes et un trouble somatique entraînant une expression symptomatique anxieuse secondaire. Cette distinction peut être complexe du fait d'une autoaggravation réciproque de la plainte somatique et de l'anxiété.

Motif de la consultation d'urgence

Les signes cliniques du tableau anxieux qui conduisent à une consultation en urgence sont plus souvent du registre de l'anxiété généralisée, du trouble panique, ou du stress post-traumatique que des troubles phobiques ou obsessionnels. La démarche de demande de soins fait fréquemment suite à une situation ponctuelle fortement anxiogène, sans qu'il existe de trouble anxieux caractérisé sous-jacent. Des signes d'expression somatique (douleurs localisées ou mal systématisées, troubles du sommeil, troubles de l'appétit, asthénie) sont souvent au premier plan. Des idées suicidaires peuvent être présentes mais, si l'anxiété augmente le risque suicidaire, elle en est rarement à l'origine et un syndrome dépressif doit être recherché.

Lorsqu'il existe des antécédents d'accès anxieux aigu, le recours aux urgences est plus aisé, avec souvent la reconnaissance d'emblée par le patient du caractère

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

psychique de sa plainte. En revanche, un premier épisode anxieux aigu peut s'accompagner d'une difficulté à reconnaître la nature psychique des symptômes.

Différents cas

Le tableau clinique de l'accès aigu d'angoisse conduisant aux urgences est variable : accès aigu anxieux isolé et réactionnel, attaque de panique sans facteur stressant déclencheur, aggravation brusque d'un trouble anxieux antérieur (anxiété généralisée non résolutive, agora-claustrophobie, trouble hypocondriaque…), crise d'angoisse liée à des troubles de la personnalité (par exemple *borderline*, ou hystériforme), et surtout anxiété aiguë secondaire à un autre trouble psychiatrique ou addictologique ou associée à un trouble somatique. Dans ce dernier registre, il faut s'attacher à la recherche d'un syndrome confusionnel dont l'anxiété peut être l'un des symptômes cardinaux.

Le tableau symptomatique est précisé du côté de la présence de symptômes d'expression névrotique associés (théâtralisme par exemple), du risque suicidaire, des signes de sévérité anxieuse (symptômes psychotiques de type vécu persécutif, dépersonnalisation-déréalisation, voire hallucinations surtout en cas d'insomnie majeure associée).

Il faut s'enquérir du contexte et de la qualité de l'entourage familial ou relationnel, en déterminant si l'entourage a une influence plutôt apaisante ou plutôt aggravante de l'anxiété.

Chez certaines populations (sujets âgés, précaires, consommateurs de substances) il faut explorer particulièrement les facteurs favorisants (conditions de vie, pathologies somatiques, isolement) et la présence de troubles cognitifs générateurs d'anxiété parfois majeure.

Conduite de l'examen

L'examen psychiatrique d'un patient anxieux est parfois difficile à mener, celui-ci restant focalisé sur sa plainte anxieuse et ne parvenant pas à interagir avec l'interlocuteur et à répondre de façon informative aux questions posées. Ainsi, l'administration d'un anxiolytique (benzodiazépinique en première intention, per os) est-elle parfois le préalable nécessaire à un entretien de bonne qualité.

Lorsqu'il existe un contexte de plainte somatique, le praticien devra faire la part entre ce qui revient à une anxiété réactionnelle à la crainte d'un trouble somatique ou de ses conséquences (développement cognitif de l'anxiété), et de ce qui revient à une anxiété symptomatique d'un trouble (réaction physiopathologique inhérente à un infarctus, une embolie, une hyperthyroïdie aiguë, une poussée d'hypercorticisme…) ou à un traitement (anxiété iatrogène des corticoïdes par exemple).

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Lors de l'examen d'un patient anxieux, une attitude de réassurance est nécessaire, portant en particulier sur le caractère réversible de l'accès anxieux aigu. Si l'anxiété reste en deçà des limites d'un trouble pathologique, expliquer au patient que ses réactions sont adaptées à sa situation et ne constituent pas une entité psychiatrique est en soi apaisant. Mais face à une anxiété nettement pathologique (anxiété aiguë ou trouble anxieux), expliquer au patient que ses réactions, disproportionnées à sa situation, doivent être considérées comme un état pathologique a également un effet de tranquillisation. L'effet bénéfique très rapide de l'administration de tranquillisants favorise l'alliance thérapeutique.

La recherche d'idées suicidaires est moins importante que face à un tableau dépressif, mais le praticien doit garder à l'esprit que l'état anxieux aigu est un facteur facilitant le passage à l'acte autoagressif, et il faut rechercher d'autres facteurs de risque suicidaires.

Un état anxieux aigu ne justifie pas, en règle, une hospitalisation en psychiatrie. En revanche, en cas d'hospitalisation en milieu somatique faisant suite à la mise en évidence d'une pathologie médicale ou chirurgicale, la prise en compte de l'anxiété durant le séjour hospitalier passe par un signalement au psychiatre de liaison.

Bilan complémentaire

Le bilan somatique d'un épisode anxieux aigu s'impose lorsqu'il n'existe pas d'antécédent anxieux pathologique chez le patient. Les signes d'une pathologie addictive (alcool ou autres toxiques) doivent être recherchés, de même qu'une prise sporadique d'un toxique psychostimulant (drogue illicite ou médicament détourné de son usage), dont on sait qu'ils peuvent déclencher de véritables états de panique.

Les principales pathologies somatiques se manifestant par un épisode anxieux sont des troubles endocriniens (décompensation hyperthyroïdienne aiguë, hypercortisolisme), des troubles neurologiques (conduisant à une imagerie cérébrale en cas de signes d'appel, à la recherche de processus intracrânien), certaines pathologies pneumologiques (détresse respiratoire aiguë, embolie…), ou cardio-vasculaires (ischémie myocardique, accident vasculaire cérébral).

La très grande fréquence d'une symptomatologie anxieuse dans les états de confusion mentale impose de rechercher tout signe confusionnel, et son étiologie médicale, toxique ou iatrogène. Contrairement à ce que pensent de nombreux somaticiens, pour qui une confusion dont on ne met pas en évidence l'origine somatique est a priori un trouble psychiatrique, la confusion mentale n'est que très rarement d'origine psychogène : le psychiatre devra convaincre le somaticien que l'absence de facteur confusionnel somatique retrouvé n'est pas un argument en faveur d'un trouble psychiatrique, mais qu'elle évoque une cause somatique masquée ou, surtout, une association de multiples causes somatiques minimes, dont la somme est responsable de la confusion.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Conduite diagnostique

Le diagnostic différentiel d'état anxieux aigu se pose avec des symptômes anxieux de faible intensité, ou des plaintes anxieuses ne s'organisant pas en un état anxieux caractérisé. Ces syndromes anxieux mineurs apparaissent généralement en réaction à un ou plusieurs facteurs de stress psychologiques ou physiologiques (maladies somatiques, annonce de diagnostic, deuil ou perte récente…) ; ils peuvent évoluer vers un véritable syndrome anxieux pathologique, mais ne justifient qu'alors un traitement spécifique.

La recherche diagnostique d'un trouble anxieux caractérisé, s'appuyant en particulier sur la disproportion entre les causes alléguées de l'anxiété et l'intensité de celle-ci, est importante dans le contexte des urgences hospitalières : elle apporte un élément clinique aux médecins pour faire la part entre une pathologie anxieuse qui peut majorer des plaintes somatiques, et des symptômes anxieux réactionnels qui conduisent à se focaliser sur une pathologie organique.

Des diagnostics différentiels doivent être explorés, comme un trouble de la personnalité, un syndrome de sevrage transitoire, ou une angoisse de nature psychotique. Une cause iatrogène (corticoïdes par exemple) ou toxique (psychostimulants surtout) doit également être recherchée.

Discussion des conduites thérapeutiques

Le traitement de l'anxiété aux urgences n'est mis en place qu'après recherche d'une étiologie organique : en effet, le traitement de l'anxiété aiguë est, dans ce cadre, essentiellement symptomatique, et il importe de s'assurer que le rapport bénéfice/risque du traitement médicamenteux est favorable. L'anxiété et l'insomnie qui l'accompagne souvent sont des cibles thérapeutiques prioritaires, car favorisant le malaise psychique et le risque de passage à l'acte.

L'attitude rassurante et apaisante, de règle dans ces situations, est souvent insuffisante pour contrôler l'anxiété aiguë, et un traitement médicamenteux doit être envisagé. Ce traitement est expliqué au patient, et l'administration se fait en accord avec lui. Le choix du traitement anxiolytique d'urgence dépend du diagnostic psychiatrique : en cas de crise anxieuse aiguë isolée, en l'absence d'une pathologie psychiatrique identifiée, l'usage se porte vers une benzodiazépine de demi-vie courte ou intermédiaire (type alprazolam, oxazépam, bromazépam…) par voie orale ; la voie sublinguale, lorsque la molécule le permet, raccourcit légèrement le délai d'action ; une administration intramusculaire n'apporte pas de réel bénéfice en termes d'intensité de l'effet ou de délai d'action ; si une voie d'abord veineuse est en place du fait de l'état somatique du patient, il est possible d'administrer la benzodiazépine par intraveineuse lente. En cas de trouble addictif associé, on préférera une molécule à demi-vie plus longue, type diazépam, qui ne donne pas lieu à un usage addictif. Si un diagnostic de trouble psychotique est porté, les

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

antipsychotiques phénothiazépiniques (chlorpromazine, cyamémazine…) ou atypiques (olanzapine, rispéridone, aripiprazole, quétiapine…), par voie orale ont un effet anxiolytique plus marqué, quoiqu'avec un délai d'action un peu plus long ; si une voie parentérale est nécessaire, la chlorpromazine peut être proposée par voie intramusculaire ou intraveineuse lente.

Le choix thérapeutique s'appuie également sur les contre-indications somatiques éventuelles des traitements : par exemple, une pathologie respiratoire sévère fera éviter les benzodiazépines, surtout s'ils sont associés à d'autres psychotropes ; une épilepsie non stabilisée doit limiter l'emploi des neuroleptiques.

En alternative aux traitements médicamenteux, une approche cognitive ou de relaxation peut être utile, mais elle est souvent difficile à mettre en œuvre aux urgences, et nécessite une compétence spécifique de l'intervenant.

La place particulière de l'information et l'estimation des risques

L'information du patient et de l'entourage porte sur l'explication du caractère pathologique ou adapté des symptômes observés.

Du fait de la méfiance globale vis-à-vis des psychotropes, il faut d'emblée indiquer, en cas de prescription, les effets attendus des psychotropes envisagés, les raisons du choix proposé, et les principaux effets indésirables possibles. Il est important de souligner au patient (et éventuellement à son entourage) que la question de la dépendance aux tranquillisants ne se pose pas lors d'une prescription en aigu.

Les risques essentiels à prendre en considération sont la méconnaissance de facteurs somatiques graves, favorisants ou associés au tableau anxieux, et le risque de passage à l'acte suicidaire (voir chapitre « la crise suicidaire ») : celui-ci reste minime avec les anxiolytiques qui ont plutôt un effet préventif, mais quelques travaux ont évoqué un rôle favorisant direct des benzodiazépines sur le passage à l'acte suicidaire, et il faut connaître le risque d'un effet paradoxal des benzodiazépines (rebond de l'anxiété, agitation, malaise psychique aggravé) chez une petite partie de la population.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

9

Troubles schizophréniques et troubles délirants persistants

www.doc-dz.forumactif.com
Doc DZ Facebook

Les troubles psychotiques chroniques incluant la schizophrénie ont une morbidité et une mortalité significative, ils touchent au moins 1 % de la population générale et peuvent être bien pris en charge. Ils entraîneraient 21 à 26 % des passages aux urgences en lien avec un risque plus élevé de tentatives de suicide, de violences agies ou subies, d'abus de substances, de précarité. Il existe des éléments de moindre gravité (bon ajustement prémorbide, début aigu, début tardif, troubles de l'humeur associés, peu de symptômes résiduels, absence de toxiques, absence d'anomalies cérébrales, absence d'antécédents familiaux) mais c'est la bonne adhésion au traitement qui diminuera les risques. (MAC GORRY)

Il est important de prendre en considération l'origine et la culture du patient. Les symptômes comme le délire, les hallucinations, le comportement bizarre semblent clairement pathologiques. Cependant, l'attention portée aux différences culturelles a montré que ce qui est délirant dans une culture peut être normal dans une autre, par exemple les visions ou voix de figures religieuses ou de personnes récemment décédées…

Motif de la consultation d'urgence

Un contexte de stress tel que : un déménagement récent, un changement de traitement, un nouveau problème médical, un conflit avec un ami ou un membre de la famille ou un voisin, une sortie de l'hôpital sans suivi, ou l'absence du thérapeute, peut entraîner une décompensation. Le clinicien devra répondre à la question : pourquoi ici et maintenant ?

D'autres situations non spécifiques telles que des demandes sociales (demande d'hébergement), comportementales (conduites suicidaires, passages

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

à l'acte bizarres, délit d'ordre public : voie de faits, comportements inappropriés, vol à l'étalage, errance…), des conduites d'alcoolisation et autres prises de toxiques peuvent aussi conduire aux urgences.

Des symptômes psychotiques ont pu apparaître :
– idées délirantes
– dépersonnalisation, angoisse, déréalisation

Des motifs anodins mais inadaptés, ne relevant pas de l'urgence, sont repérés par l'entourage :
– demande d'hospitalisation sans symptomatologie aiguë
– allégation d'un conflit avec le voisinage, la famille, le psychiatre traitant…
– plaintes somatiques diverses
– demande de sevrage…

Ou l'entourage est en alerte du fait de changements affectifs (anxiété, perplexité, tension, surexcitation, perte d'intérêt, sentiments d'inutilité et dépression), somatiques (perturbation du sommeil, perte d'appétit, sentiment de malaise sans raison apparente), dans le domaine de la pensée (diminution de la concentration, accroissement de préoccupations religieuses, hallucinations fugaces) ou dans le comportement (agitation, diminution des contacts, bizarreries).

Différents cas

Un état d'agitation peut représenter la seule clinique observable. La cause relève d'étiologies organiques (état organique instable, dyskinésies aiguës des neuroleptiques, surdosage de médicaments, abus d'alcool, de cocaïne, opiacés, benzodiazépines…). Elle relève d'une étiologie psychiatrique (idées délirantes mégalomaniaques, mystiques, liées aux ancêtres ; actes hallucinatoires imposés ; angoisse liée au vécu de persécution, crainte de dysmorphie ; agitation paroxystique catatonique). Ou résulter d'une rupture de soins ou de traitement.

La symptomatologie oriente vers des hypothèses diagnostiques qui seront vérifiées ou non au cours du suivi.

– Ainsi la forme désorganisée survient chez le sujet jeune qui devient indifférent, puéril, avec des relations très capricieuses et un discours et un comportement désorganisés.

– La forme paranoïde se caractérise par la production d'idées délirantes et d'hallucinations.

– La forme déficitaire montre des symptômes négatifs au premier plan : affect émoussé, alogie, aboulie, anhédonie et retrait social, déficit de l'attention.

– Celle qui est résiduelle survient secondairement quand un autre diagnostic de schizophrénie a été porté dont on ne retrouve plus la symptomatologie centrale : il n'y a plus d'idées délirantes manifestes, de discours désorganisé, de comportement désorganisé ou catatonique.

– Enfin la catatonie, relativement rare en urgence, montre des troubles psychomoteurs (perte de l'initiative motrice, négativisme, maniérisme, impulsions,

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

maintien des attitudes) ou une agitation paradoxale, des troubles somatiques (déshydratation, hypersudation) auxquels s'associent écholalie et échopraxie.

Diverses symptomatologies sont couramment associées sans constituer un diagnostic de comorbidité. Les comportements suicidaires sont fréquents et inattendus, aboutissant à 10 à 15 % de décès chez ces patients. Les symptômes dépressifs assez communs doivent être différenciés des symptômes négatifs. Ils peuvent précéder les symptômes délirants ou accompagner la phase descendante d'un épisode aigu (dépression post-psychotique), alors le risque suicidaire est maximum. Les symptômes anxieux peuvent être associés au trouble schizophrénique, annoncer une rechute, ou être précipités par l'abus de caféine, d'alcool ou autres stimulants. L'abus de substances est fréquent (tabac, alcool, amphétamines, cannabis, analgésiques, antihistaminiques), parfois considéré comme un « auto traitement » de symptômes résiduels ou des effets secondaires.

Conduite de l'examen

Les signes cliniques à rechercher sont les menaces ou actes agressifs, les idées délirantes notamment à thèmes de persécution, les bizarreries, la désorganisation du comportement et/ou du discours, les errances et fugues. Ils sont associés à de l'angoisse, une aggravation de précarité, l'incurie et l'insomnie.

Le recueil des facteurs déclenchants expliquant l'urgence comprend l'aggravation de l'état somatique, les difficultés psychosociales (problème de logement, problème professionnel, conflit avec l'entourage), des ruptures de soins (vacances du thérapeute, sortie récente de l'hôpital, survenue d'effets secondaires)…

Établir une relation avec les proches, même si ceux-ci sont réticents par méconnaissance de la gravité ou par ambivalence, nécessite de répondre à leurs questions sur les attentes du traitement et de leur permettre de régler leur propre attitude, en respectant la confidentialité de la relation avec le patient et des hypothèses diagnostiques évoquées. L'entretien avec l'entourage est indispensable aux urgences, même en cas de diagnostic connu, en raison du fort impact émotionnel. Il permet de reconstituer l'anamnèse du patient (autres épisodes psychotiques, consommation de toxiques, antécédents suicidaires, personnalité prémorbide, niveau scolaire, mode de vie, investissements habituels, niveau de fonctionnement). Il informe prudemment sur l'anamnèse familiale (maladie mentale et/ou suicide, événements de vie, ruptures) et sur le contexte culturel ce qui évitera de surévaluer comme trouble schizophrénique ce qui est croyances du groupe quand l'insertion dans le groupe persiste. Il permet aussi de régler les problèmes urgents de la vie du patient (autre famille à prévenir, voiture stationnée, chat ou chien…). Toute annonce diagnostique est à bannir car elle ne rassemble pas les éléments nécessaires à un diagnostic rigoureux, on répond aux questions concernant les symptômes et on explique la nécessité d'un traitement acceptable et efficace.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Bilan complémentaire

Les problèmes médicaux sont insuffisamment diagnostiqués et traités chez les patients schizophrènes. Le mauvais état général est à dépister, lié à la négligence du corps, à la crainte d'intrusions persécutives, à la rupture des liens sociaux et des contacts à visée sanitaire. Le clinicien des urgences devrait rechercher les troubles cardiovasculaires, les maladies de la nutrition telles que l'obésité, le diabète type II, l'hyperlipidémie, les troubles cutanés ou dentaires non soignés. Les dysfonctionnements sexuels sont fréquents, parfois iatrogènes, mais difficiles à explorer d'emblée.

La potomanie est fréquente, entraînant une hyponatrémie, elle peut se manifester en fin d'après-midi avec de l'irritabilité et de la nervosité, des nausées, une diarrhée.

Le bilan de base comporte :
– bilan d'une incurie, rupture de soins, maigreur
– l'examen cutané (lésions cachées, plaies),
– bilan électrolytique (potomanie et œdème cérébral),
– bradycardie et allongement de QT avant utilisation d'antipsychotiques
– bilan des addictions associées (elles diminuent l'efficacité des traitements)

Conduite diagnostique

Les modes de déclenchement sont multidimensionnels et peuvent entraîner vers d'autres hypothèses diagnostiques :

– d'allure comportementale : agressions, fugues, brusque dévergondage, auto mutilations impulsives, agressions immotivées

– de début insidieux avec une détérioration nette du fonctionnement, une diminution de la productivité au travail, un retrait social, une vie affective inappropriée ou émoussée

– une ou plusieurs bouffées délirantes ou épisodes psychotiques aigus, avec un intervalle libre de moins bonne qualité, sans que l'évolution vers une pathologie chronique soit évaluable en urgence

– un accès maniaque marqué de singularités langagières par le maniement de notions abstraites, de singularités comportementales avec une rupture relationnelle et des bizarreries, et des idées délirantes peu congruentes à l'humeur

– un état dépressif surtout s'il prend la forme d'une mélancolie délirante, avec risque de passages à l'acte graves, associé à une pauvreté du contact et des préoccupations centrées sur le corps.

Une maladie physique à retentissement cérébral peut mimer la schizophrénie. Un tableau de confusion est le plus souvent associé. On retrouve :

1. Une pathologie cérébrale : épilepsie, trauma, tumeur, encéphalite,

2. Une maladie systémique : hypoglycémie, hypothyroïdie, maladie de Cushing, lupus érythémateux, encéphalopathie hépatique, pellagre, porphyrie,

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

3. Une maladie génétique : maladie de Huntington, leucodystrophie métachromatique, maladie de Wilson, phénylcétonurie, homocystinurie.

Les drogues et l'alcool peuvent provoquer un état hallucinatoire ou délirant transitoire. Mais les conduites addictives sont associées à la schizophrénie dans près de la moitié des cas, surtout parmi les patients de 18-30 ans. De telles comorbidités peuvent contribuer à une absence de réponse aux traitements

En cas de trouble schizophrénique ou délirant déjà connu, la difficulté sera d'évaluer la possibilité de rechute et de travailler sur l'état de crise actuellement généré autour du patient : même une demande anodine sera explorée, l'intensité d'une crise familiale est à elle seule facteur de rechute chez ces patients hautement sensibles au stress.

Discussion des conduites thérapeutiques

Les étapes préliminaires sont la recherche du consentement aux soins du patient et de l'entourage et la mise en sécurité du patient et de l'équipe devant un état d'agitation avec menaces auto ou hétéro agressives, d'autant que le contact peut être froid et imprévisible.

L'apaisement de l'angoisse (*calming* et non *sedating*) est une autre priorité pour diminuer le niveau de souffrance du patient et de l'entourage.

L'approche non pharmacologique consiste à placer le patient dans un environnement calme, séparé de l'entourage, permettant une conversation calme et une écoute active.

D'autres examens, et la consultation auprès d'autres spécialistes, par exemple le spécialiste en addictologie, peuvent être demandés secondairement,

L'approche pharmacologique répond aux étapes suivantes :

– Explorer rapidement les antécédents d'effets secondaires ou d'effets bénéfiques et de bonne tolérance

– Préférer une monothérapie antipsychotique, associée ou non à des benzodiazépines : rispéridone 2 à 4 mg, olanzapine dispersible 7 à 15 mg, amisulpride 200 à 400 mg ; si l'intensité est importante : cyamémazine 50 à 100 mg, chlorpromazine 100 mg, halopéridol 5 à 10 mg

– Monothérapie benzodiazépine en cas de forte angoisse, de symptômes catatoniques : zolpidem à doses importantes (10 mg) le matin si possible, diazépam 30 à 50 gouttes, lorazépam 2 à 4 mg ; d'antécédents de mauvaise tolérance aux neuroleptiques ; de doute sur une absorption antérieure à l'urgence

– Offrir une médication orale qui, si elle est acceptée, peut être aussi efficace qu'une médication intramusculaire. Les formes de comprimés à dissolution rapide (olanzapine, rispéridone) sont utilisées. Les formes gouttes des neuroleptiques classiques sont d'un usage aisé (halopéridol, chlorpromazine, cyamémazine)

– Augmenter les doses plutôt que changer d'antipsychotique

– Réintroduire un traitement interrompu, sauf si contre-indication claire

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Faire face à une crise sur un temps bref, avec remise en route d'un traitement, n'est pas à négliger quand le patient vient demander de l'aide même s'il avance des facteurs déclenchants minimes, aux lits-portes pour observer l'évolution d'une crise et obtenir le consentement.

L'hospitalisation en services de soins généraux ne se pratique que si une maladie somatique urgente domine, d'autant que les soins sans consentement (anciennement subsistance) ne sont pas pratiqués dans ces services.

Une hospitalisation plus longue, souvent contrainte, est indiquée en service de soins psychiatriques dans les tableaux d'aggravation progressive avec refus de soins, en cas d'exacerbation aiguë liée à une rupture de soins, de changement important du niveau de fonctionnement, de risque suicidaire ou hétéroagressif.

Les thérapeutiques psychothérapiques et sociales sont difficiles à initier en urgence, et moins efficaces dans la phase aiguë de la maladie. Pourtant, l'engagement d'une relation thérapeutique améliore la confiance du patient pour un passage ultérieur à l'urgence. Discuter des facteurs déclenchants : déménagement, rupture sentimentale, dispute, difficultés interpersonnelles et professionnelles, et des signes du quotidien annonciateurs d'une décompensation engage déjà une démarche de psychoéducation.

Enfin le suivi et la prévention des rechutes concernent le travail de l'urgence : contact immédiat avec l'équipe de suivi et le réseau ambulatoire (secteur, psychothérapeute, parfois généraliste) déjà engagés ou désignés pour les soins ; demande de mesure de protection des biens transmise.

La place particulière de l'information et l'estimation des risques

Il n'est pas pertinent d'annoncer en urgence l'éventualité d'un diagnostic de schizophrénie (par vanité de clinicien) quand on ne dispose que des signes non spécifiques d'une phase prodromique (symptômes plus fréquemment rapportés par la famille ou les amis, très variés, et se confondant avec d'autres diagnostics) sans pouvoir attester d'une durée d'évolution et des symptômes spécifiques nécessaires au diagnostic. Le clinicien de l'urgence, se posant la question d'une phase prodromique, doit poser la nécessité d'une surveillance à court/moyen terme.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Les principaux risques

1. Suicide
   - Difficile à prévoir
     - dépression post-psychotique,
     - absence de verbalisation du scénario suicidaire
   - Rechercher l'accumulation de facteurs de risque, les gestes suicidaires antérieurs
   - Poser la question.
2. Détérioration intellectuelle et sociale, précarité
   - Moindre avec les antipsychotiques
   - Programmes de réhabilitation
   - Modifier la proposition
   - Problème du refus de soins à traiter comme tel.
3. Maladie somatique non diagnostiquée
   - Défaut de plainte du patient
   - Attribuée à la psychose par le médecin
   - Hospitalisation sous contrainte si le trouble schizophrénique empêche l'acceptation de soins somatiques.
4. Sortie des urgences sans autorisation
   - Malgré la demande initiale, c'est un effet de l'ambivalence du patient ou des conflits familiaux
   - Surveillance continue jusqu'à la décision d'orientation.
5. Dépression post-psychotique
   - Soins ambulatoires difficiles car risque suicidaire
   - Hospitalisation.

www.doc-dz.forumactif.com MedBook Bou DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

10

Addictions et troubles liés à l'abus ou la consommation de substances et troubles du comportement alimentaire

Motif de la consultation d'urgence

La constante hausse de la consommation et la banalisation de nombreux produits, en France et dans le monde, rend fréquent l'usage de toxiques comme motif principal de consultation aux urgences en cas de :

– Troubles aigus du comportement

– Intrication plainte médicale (effet indésirable du produit)/plainte psychiatrique (exemple : « *bad trip* », « *crash* » dépressif)

– Syndrome et troubles psychiatriques du sevrage

– Demande d'aide à l'arrêt ou à la réduction de la consommation.

Le plus souvent, la consommation de toxiques, aiguë ou chronique, est découverte de manière fortuite lors du passage aux urgences pour un autre motif :

– Plainte médicale initialement présentée comme isolée (ex : palpitation, douleur thoracique, mais aussi accident de la voie publique présenté comme fortuit) ;

– Plainte psychiatrique présentée comme non liée à la consommation de toxique ou comme cause de la consommation (« je consomme de l'alcool parce que je suis déprimé/anxieux ») ;

– Plainte médicale ou psychiatrique plus ou moins factice dans l'espoir d'obtenir une prescription en urgence (ex : opiacés, benzodiazépines).

Le clinicien doit adopter une attitude systématique d'investigation des comportements de consommation de chaque patient. Il recherche les comorbidités

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

médicales et psychiatriques associées aux consommations de toxiques sans être influencé par les stéréotypes associés au « profil » du consommateur de drogues, patient souvent présenté comme « difficile ». Enfin, la prise en charge est adaptée au plateau technique disponible : meilleure surveillance vitale aux urgences générales mais risque de sortie sans autorisation (« fugue ») ; détection systématique des symptômes psychiatriques et prise en charge des états d'agitation aux urgences psychiatriques mais accès limité aux soins médicaux. Quel que soit le lieu, une prise en charge pluridisciplinaire est souhaitable.

Différents cas

Chaque drogue a ses effets propres et la première impression diagnostique appuyée sur la présentation, les signes et symptômes présentés par le patient reste légitime. Cette approche a cependant ses limites car la consommation de toxiques est souvent polymorphe (utilisation de plusieurs produits), mal comprise par l'usager lui-même qui pense prendre un produit et en utilise un autre, et elle est influencée par les modes d'administration et les produits de coupe.

Le clinicien établit une première évaluation basée sur la présentation à condition de revoir son diagnostic à mesure de l'évolution et du retour des examens complémentaires.

■ Alcool

C'est sans aucun doute le produit toxique le plus répandu. Son utilisation modérée est considérée comme normale, elle fait partie de l'art de vivre d'un grand nombre de cultures.

Il existe des scénarii typiques d'arrivée aux urgences

– Individu violemment agité, amené aux urgences par la police pour trouble aigu du comportement sur la voie publique. Patient présentant troubles de l'élocution et de l'équilibre, désinhibition.

– Individu trouvé inconscient sur la voie publique. Forte odeur d'alcool et de vomissure.

L'intoxication aiguë prend différentes formes en fonction des quantités ingérées et du moment de la prise en charge. On peut retenir qu'à faible dose et/ou au début de la phase d'intoxication, l'usager est susceptible de présenter un état d'excitation avec des troubles du comportement liés à la personnalité ou aux troubles psychiatriques prémorbides.

À forte dose et/ou à distance de l'ingestion, la présentation clinique est celle d'un état léthargique, voire d'un coma qui doit être pris au sérieux en particulier chez l'utilisateur jeune ou présentant des problèmes médicaux.

Les états de sevrages, qui sont tout autant dangereux que les états d'intoxications, doivent être recherchés et faire l'objet de protocoles de prise en charge rigoureux.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

■ Benzodiazépines

Les benzodiazépines sont une famille de médicaments dont les différents membres sont classés par demi-vie. Leur prescription est extrêmement répandue et leur usage doit être recherché systématiquement. Il n'existe aucun profil type de l'utilisateur qui déploie parfois des trésors d'imagination pour dissimuler sa consommation.

Le scénario typique est celui du patient amené par la famille pour ralentissement psychomoteur, troubles de l'élocution, anxiété. Mais aussi : attaque de panique, chute inexpliquée, épisodes amnésiques

En utilisation à faible dose, c'est l'effet ralentisseur et anxiolytique qui est généralement recherché : le patient est normotendu ou hypotendu, ralenti, voire altéré. À l'inverse il peut exister un état d'excitation paradoxale en particulier en cas d'association avec l'alcool. L'utilisation à forte dose entraîne un coma calme. Les toxicités neurologiques et cardiaques sont faibles mais le risque de dépression respiratoire existe.

Les états de sevrage peuvent entraîner des états d'agitation intense, et se compliquer de comitialité.

■ Opiacés, opioïdes

Les opiacés sont issus de la plante de pavot et sont principalement la morphine et la codéine. Leur utilisation est aussi vieille que l'humanité. Les opioïdes désignent une famille de molécules de synthèse plus large à l'action similaire. Le développement d'addiction à ces molécules beaucoup plus puissantes que la morphine, au faible coût et facilement disponibles, constitue une véritable situation d'urgence de santé publique dans le monde occidental.

Le scénario typique d'arrivée aux urgences est celui du patient conduit par les premiers secours pour altération de l'état de conscience, coma, détresse respiratoire, troubles de l'élocution, myosis serré, après un accident de la voie publique mineur. L'intervention psychiatrique est alors de peu d'intérêt hormis, peut-être, auprès de l'entourage.

Il est plus fréquent de rencontrer un patient présentant un syndrome de sevrage générant frustration et agressivité. Le patient peut être orienté vers une structure d'addictologie après évaluation rapide de l'état mental.

Le cas de figure du patient sevré sous méthadone présent aux urgences pour un motif médical tiers est aussi fréquent. Il génère souvent la suspicion chez le clinicien de première ligne. Il convient alors de contacter le centre méthadone du patient afin de vérifier la dose habituelle et d'éviter toute dose manquante.

■ Amphétamines, méthamphétamine, cathinones

Il existe des scénarii typiques d'arrivée aux urgences :

– Individu violemment agité et désorganisé, sans vêtements ou presque, harcèle et attaque personnes et biens matériels sur la voie publique

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

– Service de secours alerté par l'entourage pour altération de l'état mental d'un patient non reveillable au lendemain d'une soirée privée.

Les phénéthylamines comprennent les amphétamines, sous-famille comprenant une infinité de molécules. La méthamphétamine (« *crystal meth* ») est l'une des plus répandues en raison des facilités de synthèse à partir de médicaments, en vente libre en Amérique du Nord. Les cathinones sont une autre sous-famille de phénétylamines issues, elles, de la plante de khat ou de molécules voisines de synthèse. Les cathinones (« sels de bains ») connaissent un succès grandissant en raison de leur faible coût et de leurs effets d'amplification du désir et du plaisir sexuel. Elles peuvent donner lieu à des états d'agitation et de violence psychotique d'une intensité catastrophique.

Chaque sous-famille connaît ses effets de mode et génère sa sous-culture. L'utilisation des cathinones dans certaines communautés gays est, par exemple, largement décrite et a des implications en termes de stratégie de réduction de la mortalité et de la morbidité (VIH et IST).

Chaque phénéthylamine dispose d'un profil psychopharmacologique unique. La stimulation des récepteurs alpha et bêta-adrénergiques, dopaminergiques, noradrénergiques et sérotoninergiques est une constante, mais les affinités et mécanismes précis varient selon la molécule.

Amphétamines, méthamphétamine et cathinones peuvent être ingérées sous forme de pilules, sniffées sous forme de cristaux ou poudre, dissous et injectés en intraveineux (« *slamming* »), intramusculaire, sous-cutané, ou administrés par voie rectale (« *booty pumping* »).

L'effet recherché est celui d'une euphorie, d'une excitation, voire d'empathie pour l'autre dans un contexte d'utilisation festif et/ou sexuel. Les symptômes généraux sont l'hypertension, la tachycardie, l'hyperthermie, les sueurs, les crises comitiales. Les symptômes psychiatriques consistent en des états d'agitation avec composante psychotique délirante ou hallucinatoire. Les comportements de grattage compulsif (formication) et des stéréotypies sont souvent rencontrés.

■ MDMA, ecstasy, molly

Le MDMA est une amphétamine classée à part en raison de son intense affinité pour les récepteurs sérotoninergiques. Connu sous le nom d'ecstasy, elle est consommée sous forme de pilules. « Molly » est une version plus concentrée du MDMA sous forme de cristaux le plus souvent dissous dans un liquide.

Le MDMA génère des effets euphorisants, augmente l'empathie et le désir ressentis envers l'autre. C'est une drogue de la fête, généralement utilisée dans le milieu de la nuit, par exemple dans les fêtes techno de type rave party. L'absence de régulation du produit entraîne aussi des utilisations erratiques par des consommateurs ignorant tout du produit.

Il existe un scénario typique d'arrivée aux urgences : jeune adulte amené pour altération de l'état mental après avoir passé la nuit dans plusieurs clubs.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Hypertension, tachycardie et hyperthermie sont notées à l'arrivée. L'hyponatrémie est l'anomalie électrolytique la plus répandue, elle est souvent responsable de l'état confusionnel. Les symptômes psychiatriques rencontrés sont des épisodes anxieux, parfois psychotiques. Des états dépressifs intenses avec idées suicidaires peuvent être retrouvés à distance de la prise du produit (épuisement sérotoninergique).

■ Cocaïne

La cocaïne est l'une des plus vieilles amphétamines et à cet égard fait l'objet d'un classement à part. Son utilisation est très répandue dans les milieux urbains, dans tous les milieux sociaux et classes d'âge. Le produit est généralement sniffé sous forme de poudre mais peut aussi être injecté. Précipitée sous forme de cristaux (« caillou »), la cocaïne peut être fumée à l'aide d'une pipe : elle prend alors le nom de « crack ».

Il existe un scénario typique d'arrivée aux urgences : jeune adulte amené pour agitation, douleur thoracique, angoisse, mydriase. Le patient se présente généralement angoissé, hypertendu, diaphorétique, les pupilles en mydriase. Les plaintes pour douleurs thoraciques accompagnées ou nom de palpitations doivent être prises au sérieux (risque de spasme coronaire et d'ischémie). Des états d'agitation sous-tendus par des symptômes psychotiques sont possibles. L'utilisation répétée peut entraîner des comportements de grattage compulsif et des mouvements choréiformes.

Le patient errant ou dromomane (besoin incoercible de marcher), en voyage pathologique, ou le patient manifestant une rare violence doivent faire évoquer cette consommation.

■ Cannabis

Le scénario typique est celui du jeune adulte amené aux urgences psychiatriques par l'entourage pour idées de persécution ; l'examen est marqué par le ralentissement moteur, les troubles de l'élocution, la rougeur conjonctivale. Parfois c'est la découverte fortuite de produit par un entourage naïf qui entraîne la venue aux urgences.

Consommé depuis l'Antiquité, le cannabis est extrait du chanvre. Il se présente sous forme de feuilles à fumer, de feuilles séchées broyées. Les extraits se présentent sous forme de résine ou d'huile. Le cannabis dispose de ses propres récepteurs : CB1, centraux et CB2, périphériques. Il procure un effet relaxant, apaisant. Il dispose de propriétés antalgiques et antiépileptiques qui expliquent la question posée par une éventuelle utilisation médicale.

Le patient intoxiqué au cannabis est léthargique avec une rougeur conjonctivale caractéristique. Les idées délirantes ne sont pas rares, les patients se plaignant d'être persécutés. Un état d'agitation avec signes psychotiques florides doit faire suspecter une cointoxication avec du PCP.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

■ Cannabinoïdes de synthèse

Il existe des scénarii typiques d'arrivée aux urgences : personne sans domicile fixe conduite aux urgences par la police après avoir harcelé des passants dans la rue en tenant des propos incohérents. Le patient est agité et désorganisé, la tension artérielle initialement haute s'effondre subitement.

Il existe de nombreuses drogues de synthèse s'inspirant du cannabis. Elles sont souvent analogues au THC, l'un des composants actifs de la plante. Fabriqués en grande quantité en Asie ou en Amérique du Sud, ils sont peu chers et se répandent de plus en plus dans le monde occidental. Certaines molécules peuvent être plusieurs centaines de fois plus puissantes que le THC. Ces drogues se présentent sous forme de poudre et sont vendues sous l'appellation « d'encens » ou « K2 ». Les poudres sont mélangées avec du cannabis ou du tabac.

Les patients consommateurs de cannabinoïdes de synthèse peuvent présenter des états d'agitation avec symptômes psychotiques intenses et des passages à l'acte violents. La durée d'action est variable et les effets peuvent durer plusieurs jours. Initialement, les patients sont hypertendus mais évoluent souvent vers une hypotension. Ces variations hémodynamiques compliquent la prise en charge et doivent inciter à la prudence dans le traitement aussi bien des symptômes généraux que psychiatriques.

■ GHB, GBL

Le GHB (et le GBL, son métabolite) se présente sous forme d'un sel qui peut être dissous et bu dans un liquide. Il est incolore et sans saveur d'où sa réputation de « drogue des violeurs ». À faible dose, le produit procure des effets euphorisants, voire aphrodisiaques. Il est également utilisé par certains athlètes pour stimuler la sécrétion d'hormone de croissance.

Il existe des scénarii typiques d'arrivée aux urgences : jeune adulte conduit aux urgences, non stimulable, en détresse respiratoire après avoir été trouvé inconscient sur le sol lors d'une soirée privée. À plus fortes doses, le GHB entraîne une altération de la conscience voire un coma. Il potentialise les effets de l'alcool et aggrave ces états léthargiques. La présentation clinique est marquée par une hypertension, tachycardie. Nausées, vomissements et détresse respiratoire sont possibles. Les états d'agitation sont rares et les neuroleptiques sont contre-indiqués en raison de leur faible efficacité et de l'augmentation du risque de dystonie. Comme pour l'alcool, les syndromes de sevrage sont particulièrement dangereux.

■ Drogues inhalées, *alkyl nitrites*, NO, hydrocarbures, poppers

Les substances qui peuvent être inhalées sont en nombre infini. Les plus utilisées sont les dérivés du NO d'action vasodilatatrice connus sous le nom

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

de « poppers ». D'action très brève, les poppers sont utilisés comme euphorisant dans un contexte le plus souvent sexuel.

Il existe des scénarii typiques d'arrivée aux urgences : patient de sexe masculin se présentant avec faiblesse généralisée, céphalées, épistaxis, hypotension ; symptômes apparus quelques minutes auparavant au cours d'un rapport sexuel. Les complications sont rares chez l'adulte jeune et c'est souvent un patient présentant des comorbidités cardiaques ou respiratoires qui consulte aux urgences. Épistaxis, céphalées, rougeurs nasales ou faciales, toux, nausées/vomissements sont observés. Mais c'est l'association avec les médicaments destinés à traiter les dysfonctions érectiles qui présente le plus grand danger. En effet ceux-ci (sildénafil/Viagra®, Tadalafil/Cialis®) sont également des vasodilatateurs dérivés du NO. Les complications psychiatriques sont essentiellement des symptômes anxieux.

■ Drogues psychédéliques, LSD, PCP, champignons hallucinogènes

Les substances hallucinogènes telles les champignons existent depuis la nuit des temps. Le LSD fut la première drogue de synthèse aux caractéristiques hallucinogènes. Les drogues hallucinogènes peuvent être classées en dopaminergiques et sérotoninergiques en fonction de leur affinité psychopharmacologique particulière.

Il existe des scénarii typiques d'arrivée aux urgences : patient d'âge moyen amené pour vomissements, altération mentale, attitudes d'écoute, émettant une forte odeur d'encens. L'examen montre un état d'excitation avec hypertension, tachycardie, hyperthermie, nausée, vomissement, diarrhée. Un syndrome sérotoninergique est possible en cas d'utilisation d'un produit de la sous-famille du même nom. Les effets hallucinatoires sont par définition présents. Ils peuvent générer un état d'angoisse intense avec de sévères troubles du comportement. À distance de la prise initiale, des symptômes psychotiques à type de flash-back ou d'hallucinations peuvent persister.

Le PCP, produit parfois ajouté au cannabis, est considéré comme un hallucinogène. Il peut entraîner des états psychotiques bizarres avec agitation et épisodes violents impulsifs, accompagnés d'un nystagmus rotatoire.

Conduite de l'examen

L'examen somatique, effectué de façon rigoureuse, recherche :

– anomalie des signes vitaux : tension artérielle, fréquence cardiaque, température, saturation

– anomalies neurologiques : troubles de la conscience, troubles de l'élocution, troubles de l'équilibre, troubles de la vue/de l'accommodation (mydriase, myosis, nystagmus), déficit moteur ou sensitif, rigidité musculaire, réflexes ostéotendineux vifs ou au contraire abolis

– traces et séquelles de traumatismes à l'inspection complète.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

L'examen psychiatrique recherche d'abord les dimensions d'excitation (désinhibition, troubles du comportement) ou au contraire de sédation. Il se concentre ensuite sur l'organisation du discours et du comportement et sur le contenu de la pensée : idées délirantes, état anxieux, confusion mentale. L'humeur doit être évaluée ainsi que l'impulsivité et le risque autoagressif. L'évaluation psychiatrique, initialement brève, doit être répétée à plusieurs reprises dans le contexte de la prise de toxique, du fait de son évolutivité. On mettra un soin particulier à l'évaluation psychiatrique de sortie afin d'écarter des symptômes psychotiques résiduels ou des idées suicidaires.

Conduite diagnostique

En cas de troubles aigus du comportement, une prise de toxiques est à suspecter d'autant que ces troubles sont associés à des signes vitaux anormaux, qu'une habitude de consommation est retrouvée à l'interrogatoire du patient ou de l'entourage, que l'état aigu ne correspond pas à un moment processuel d'une pathologie connue. Dès l'accueil aux urgences (générales ou psychiatriques), chaque patient doit faire l'objet d'une prise des signes vitaux : tension artérielle, fréquence cardiaque, glycémie capillaire.

Un état d'excitation intense et d'agitation doit faire évoquer la consommation d'une drogue « *upper* » causant excitation psychomotrice, désinhibition, symptômes psychotiques.

- Augmentation de la réponse sympathique : tachycardie et hypertension artérielle ; plusieurs symptômes peuvent alors guider l'orientation diagnostique :
  - Désinhibition, troubles de l'élocution et de l'équilibre
    - Alcool, consommation à dose moyenne ou très récente
  - Instabilité, impatience, grattage répété/incessant (formication), mydriase
    - Cocaïne
    - Amphétamines, méthamphétamine
  - Agitation furieuse, désinhibition, violence
    - Cathinones
  - Hallucinations florides, y compris visuelles
    - Drogues psychédéliques, hallucinogènes
  - Signes sérotoninergiques (hyperthermie, réflexes vifs)
    - Ecstasy
  - Signes sérotoninergiques + activité hallucinatoire intense
    - Psychédélique à activité sérotoninergique
  - Diminution de la réponse sympathique : hypotension, bradycardie
  - Épistaxis, céphalées, contexte sexuel
    - Poppers, NO, drogues inhalées

    !!! L'association poppers/sildénafil (Viagra®) ou Tadalafil (Cialis®) est fréquente et particulièrement dangereuse et peut être létale.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

• Réponse sympathique erratique
– Agitation, violence, hypertension initiale suivie d'hypotension
– Cannabinoïdes de synthèse

Un état de sédation, ralentissement, docilité évoque la consommation d'une drogue « *downer* » causant ralentissement psychomoteur, altération du niveau de conscience, voire dépression respiratoire.

• Augmentation de la réponse sympathique : tachycardie et hypertension artérielle, altération du niveau de conscience, confusion, coma
– Alcool à haute dose
– GHB/GBL

• Diminution de la réponse sympathique : hypotension, bradycardie, dépression respiratoire
– Opiacés
– Benzodiazépines
– Attention à l'association benzodiazépines/opiacés (en particulier méthadone) qui entraîne un allongement du QT.

• Réponse sympathique erratique : ralentissement, rougeur conjonctivale, hyper ou hypotension
– Cannabis

Bilan complémentaire

Toute intoxication doit faire l'objet d'un bilan complémentaire de base associé à d'autres examens dont la prescription est guidée par le jugement clinique.

■ Examens complémentaires systématiques

• Recherche de toxiques et alcoolémie
– Elle permet d'authentifier la prise de toxique
– Un test négatif ne permet pas complètement d'écarter la prise de toxique
– Multitudes de produits de synthèse non détectés
– Délai d'obtention du spécimen
– L'attente du résultat ne doit pas retarder la prise en charge
– Le traitement s'appuie sur l'impression clinique dans l'attente du résultat
– Valeur qualitative davantage que quantitative, en particulier de l'alcoolémie
– Une alcoolémie nulle chez un patient apparemment en état d'ébriété doit faire revisiter le diagnostic initial et la prise en charge (trouble causé par un syndrome de sevrage, cause non-toxique en particulier neurovasculaire)
– Le niveau de l'alcoolémie ne présage en aucun cas du niveau d'altération mentale (tolérance très variable en fonction des individus)

• Ionogramme sanguin à la recherche de :
– Anomalies électrolytiques (ex : hyponatrémie en cas de consommation de MDMA/Ecstasy)

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

– Insuffisance rénale aiguë
• Bilan hépatique à la recherche de :
– Élévation des transaminases (hépatotoxicité de l'alcool mais aussi de certains produits de coupe)
• Troponine
– Recherche d'ischémie cardiaque, cœur pulmonaire aigu…
• ECG
– Élévation du segment ST
– Prolongation du QT

■ Examens complémentaires en fonction de l'orientation diagnostique

• Numération et formule sanguine, CRP
– Suspicion de coïnfections, écarter un diagnostic différentiel
• CPK
– En cas de suspicion de rhabdomyolyse
• Gaz du sang, acide lactique
– Suspicion d'intoxication par drogues inhalées (méthémoglobinémie)
– Acidose lactique, acidocétose
• Scanner cérébral
– Systématiquement si un traumatisme crânien est suspecté
– Tableau clinique faisant douter d'une cause neurologique ou neurovasculaire aux troubles
• Radio de poumon, autres incidences et examens radiologiques
– Guidés par l'examen clinique

Discussion des conduites thérapeutiques

La prise en charge des intoxications aiguës est essentiellement symptomatique. Elle repose sur le traitement des manifestations générales (hémodynamiques et respiratoires) et des manifestations psychiatriques (agitation, angoisse, délire). La prise en charge doit s'effectuer, au moins initialement, aux urgences générales.

■ Prise en charge des manifestations générales

• Surveillance rapprochée (toutes les 15 minutes au minimum)
• Monitoring cardiaque, pulsométrie, en cas d'instabilité hémodynamique et/ou respiratoire
• Oxygénothérapie en cas de désaturation
– Opiacés et benzodiazépines en particulier
• Avis du réanimateur voire transfert en service de soins intensifs en cas de détresse respiratoire

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

- Hydratation intraveineuse (soluté isotonique)
- Correction des anomalies électrolytiques

– Correction prudente du sodium en cas de suspicion d'hyponatrémie chronique

– L'hyponatrémie aiguë (ex : MDMA/Ecstasy) peut être corrigée rapidement sans risque

- Correction de l'hypoglycémie

– Accompagnée de vitamine B1, B6, folates au moindre doute d'une intoxication alcoolique chronique

- Traitement prudent de l'hypertension

– Éviter les bêtabloquants en cas d'intoxication à la cocaïne/amphétamine (risque de vasoconstriction réflexe)

– Réponse hémodynamique erratique en cas d'intoxication aux cannabinoïdes de synthèse (hyper puis hypotension)

- Antidotes : Flumazénil en cas d'intoxication massive aux benzodiazépines, Naloxone en cas d'intoxication aux opiacés :

– Effet rapide mais bref avec retour rapide de la sédation

– Intérêt diagnostic en cas de doute sur la nature du produit ingéré ou de poly-intoxication

■ Prise en charge des manifestations psychiatriques

C'est une approche dimensionnelle qui consiste à traiter les symptômes psychiatriques sans préjuger d'un potentiel diagnostic de fond qui obéit à quelques règles simples :

- Mesures non-pharmacologiques

– Endroit calme, lumière tamisée, limitations des stimuli (entourage, autres patients, police, etc.)

– Limitations du recours aux contentions, surtout en cas d'hyperthermie (rhabdomyolyse)

– Utilisation de méthodes de désescalade verbale en cas d'agitation/excitation

– Écoute bienveillante, sans jugement ni exaspération

- Traitement de l'agitation : les benzodiazépines demeurent le traitement de choix

– Neuroprotecteur limitant le risque de comitialité

– Effet anxiolytique

– Pas d'augmentation du QT

– Pas de risque de syndrome malin

– Indiqué en cas de syndrome de sevrage (alcool, benzodiazépines)

– Préférence pour les benzodiazépines d'action rapide

– Attention au risque de dépression respiratoire : intoxication aux opiacés, terrain de syndrome obstructif respiratoire, etc.

- L'intérêt des antipsychotiques est limité à la phase aiguë de l'intoxication

– Risque d'augmentation du QT et de syndrome malin des neuroleptiques

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

– Contre-indication en cas d'hyperthermie (MDMA, amphétamines, cathinones, cocaïne, GHB/GBL)

• Persistance de symptômes psychiatrique « le jour d'après »

– Tout patient doit faire l'objet d'une réévaluation psychiatrique, même brève, avant sa sortie

– Évaluation systématique de l'humeur, des idées suicidaires

– Les symptômes psychotiques résiduels sont souvent plus discrets qu'à la phase aiguë mais peuvent être prégnants (drogues psychédéliques type LSD)

– Les utilisateurs répétés de cocaïne, ecstasy, amphétamines, cathinones, peuvent faire l'objet d'un effondrement dépressif avec ou sans idéation suicidaire

– L'hospitalisation prolongée, avec ou sans contrainte est rarement bénéfique sur le long terme

– En revanche, une hospitalisation brève (1 à 5 jours), aux urgences psychiatriques ou au service porte avec suivi psychiatrique rapproché, permet de résoudre la plupart des états de crise et d'organiser les soins ambulatoires d'aval.

■ Demande de soins addictologiques, demande de sevrage

• Il n'est pas rare que le patient demande un « sevrage » ou une « détoxification » le lendemain d'une prise de toxiques l'ayant conduit aux urgences.

• Le caractère chronique de l'intoxication doit être soigneusement évalué, de même que les tentatives antérieures de limiter ou mettre un terme à terme à la consommation du produit.

• Les addictions à l'alcool, aux opiacés, et aux benzodiazépines sont généralement les seules à faire l'objet d'un sevrage hospitalier.

• Les sevrages « impulsifs » organisés dans l'urgence sont rarement couronnés de succès.

• On privilégiera l'orientation vers des structures de soins d'aval et de prendre rendez-vous dès l'urgence.

• Implication de l'entourage en fonction des souhaits du patient.

• Intérêt des associations type Narcotiques Anonymes.

Place des troubles du comportement alimentaire dans les addictions

Bien que ne reposant pas sur l'utilisation d'un produit, les troubles du comportement alimentaires peuvent être considérés comme des addictions comportementales. À ce titre, les présentations cliniques peuvent être comparables à celle des addictions pharmacologiques.

Le motif de consultation le plus préoccupant est la dégradation de l'état physique lors des périodes de restrictions (amaigrissement dangereux,

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

perturbations électrolytiques) mais aussi de « *binging* » (ulcères de Mallory-Weiss ou gastroduodénaux, infections buccodentaires). L'approche doit être avant tout médicale, même si le patient arrive aux urgences psychiatriques. La priorité est d'effectuer un bilan complémentaire de base (signes vitaux, glycémie capillaire, poids, numération, ionogramme, magnésium, phosphate, bilan hépatique) et d'adresser le patient vers les soins somatiques en conséquence. D'une façon générale, on s'attache à promouvoir les soins médicaux de base (hydratation IV, autres mesures de soins intensifs) et à repousser toute négociation autour des soins psychiatriques que l'entourage pourrait vouloir promouvoir. La question des soins somatiques sans consentement reste un sujet complexe. La loi permet pourtant le maintien à l'hôpital d'une personne dont le discernement est altéré.

En dehors du cadre de l'urgence vitale, les consultations en urgence tournent autour de la demande de soins spécialisée, le plus souvent à l'initiative d'un entourage épuisé. Comme toute addiction, les soins ambulatoires demeurent le traitement de référence et le clinicien, après avoir évalué l'état physique du patient, doit orienter le malade vers une structure spécialisée. On évitera donc toute hospitalisation psychiatrique en urgence même face à un patient en apparence très « motivé ».

Information et gestion des risques

L'utilisation d'alcool et de drogues ne doit pas être banalisée. Elle entraîne des risques majeurs de complications générales et psychiatriques à long terme ainsi qu'une augmentation très nette de la mortalité à court et moyen terme. De plus l'altération du jugement lors des périodes d'utilisation se traduit par des prises de risques inconsidérées.

■ Stratégie d'information sur l'utilisation des drogues et réduction de risques

- Information sur les différents produits, leur utilisation, et leurs risques

– Écoute sans jugement, prise d'information dans une démarche naturaliste.

– Domaine en perpétuelle évolution ; à moins d'être un spécialiste, le clinicien aura forcément des connaissances partielles (en particulier dans le cas des drogues de synthèse). Il est inutile de le dissimuler au patient. Au contraire, une approche d'apprentissage collaboratif médecin/patient renforce l'alliance.

– Les techniques d'entretien motivationnel permettent de préciser les habitudes réelles du patient et d'évaluer son niveau de motivation au changement.

– Les ressources et stratégies de réduction de risques (programme d'échange des seringues, lieu de consommation adapté…) disponibles autour du lieu de vie du patient doivent être connues du clinicien (ou recherchées).

– L'entourage du patient peut être impliqué dans cette stratégie, en particulier chez les utilisateurs d'opiacés. Dans certaines localités, les kits d'injection

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

de Naloxone peuvent être délivrés au public et mis à disposition des familles et des forces de l'ordre. Ils permettent de réduire la mortalité par overdose.

■ Stratégie de réduction du risque de transmission du VIH et des infections sexuellement transmissibles

Des questions sont posées sur les comportements sexuels à risque. En cas de rapport non protégé à risque, un test VIH et IST ainsi qu'une prophylaxie post-exposition du VIH sont proposés. Chez les utilisateurs répétés, en particulier dans un contexte sexuel, le dépistage et l'orientation vers une consultation proposant la prophylaxie préexposition (PreP) doivent absolument être proposés.

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

11

Personnalité *borderline* ou limite

Motif de la consultation d'urgence

Diverses composantes symptomatiques du trouble de personnalité de type *borderline* peuvent être suffisamment intenses pour conduire le patient aux Urgences. Ainsi, le fonctionnement de type anaclitique, avec des relations interpersonnelles intenses mais instables, conduit à une déstabilisation profonde lors des ruptures. L'impulsivité donne lieu à des conduites addictives (avec ou sans substance) parfois massives. La suicidalité et les automutilations sont fréquentes. L'instabilité affective se manifeste par des failles dépressives brutales et intenses qui, lorsqu'elles ne se résolvent pas par un passage à l'acte autoagressif avant contact avec les services d'urgence, peuvent conduire le patient à se rendre à l'hôpital pour demander de l'aide. Les classiques épisodes de colère intense ou de violence peuvent conduire l'entourage voire les intervenants institutionnels (police, pompiers, agents de sécurité…) à demander en urgence une évaluation psychiatrique.

Si le sentiment de vide ou les perturbations de l'identité conduisent rarement aux urgences, il n'en est pas de même des symptômes délirants brefs (idéation paranoïde, vécu persécutif, activité hallucinatoire) ou des symptômes dissociatifs sévères transitoires, qui peuvent être extrêmement angoissants pour le patient et le conduire à demander une aide d'urgence, surtout lors des premières occurrences.

Différents cas

Les conduites suicidaires figurent parmi les causes fréquentes de consultation de patients *borderline* aux Urgences, qu'il s'agisse d'idéation suicidaire intrusive et prégnante ou de tentatives de suicide. Il s'agit de situations difficiles pour le praticien, du fait de la grande labilité des affects dépressifs et de la facilité

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

du passage à l'acte de ces patients : l'évaluation du risque d'un nouveau passage à l'acte est particulièrement complexe, chez un patient qui peut être de nouveau souriant et détendu lorsqu'il arrive aux urgences, et dont le moment de survenue de la prochaine faille dépressive sera impossible à prédire. De plus, le passage à l'acte n'est pas toujours lié à des affects dépressifs : il peut faire suite à un mouvement de colère brusque, une impulsion addictive, un accès anxieux aigu.

Les automutilations sont un signal d'appel important, qui doit inciter à rechercher d'autres signes d'un trouble *borderline* : en dehors des troubles cognitifs déficitaires et des psychoses les plus lourdes, c'est en effet le trouble *borderline* qui entraîne le plus d'automutilations. Le discours du patient est fréquemment d'expliquer que le geste est dépourvu de réelle intention suicidaire, mais qu'il est une tentative de lutter contre un sentiment de vide insupportable : la survenue du sang est ainsi souvent décrite comme permettant de restaurer « la sensation d'exister ».

Les relations interpersonnelles souvent chaotiques de patients *borderline* peuvent également les conduire à des situations difficiles, sur le plan social, professionnel, amical, affectif, familial : à un rejet réel dont ils font l'objet du fait de leur fonctionnement psychologique, s'ajoute parfois un sentiment persécutif diffus, l'ensemble conduisant à un état de détresse psychique majeure.

Conduite de l'examen

La personnalité *borderline* se manifeste quasiment toujours par des troubles des conduites et du comportement : il faut donc les rechercher systématiquement, en particulier les passages à l'acte suicidaires, automutilatoires, ou hétéroagressifs (accès de colère), les troubles addictifs, avec ou sans substance, les ruptures affectives, les troubles du comportement alimentaire… L'intensité de l'anxiété ou des affects dysthymiques aigus, les symptômes psychotiques brefs, doivent également être explorés. L'anamnèse permet de mettre en évidence le caractère répétitif des symptômes mis en avant, souvent leur caractère polymorphe, et de préciser le degré de difficultés qu'ils entraînent dans la vie sociale de ces patients. Une recherche de leurs antécédents dans le dossier médical disponible peut permettre d'objectiver cette répétitivité des troubles et des passages à l'hôpital.

Les conséquences somatiques des comportements pathologiques doivent être évaluées : gravité des automutilations ou des gestes suicidaires, conséquences somatiques des addictions avec substance, élimination d'une pathologie somatique sous-jacente aux plaintes somatoformes fréquentes chez ces patients.

Conduite diagnostique

Le tableau clinique très protéiforme des troubles *borderline* est parfois déroutant pour l'établissement du diagnostic, et il faut donc rechercher

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

soigneusement l'ensemble des symptômes constitutifs du trouble, dont le regroupement sera évocateur. Cette poly-expression symptomatique conduit également à rechercher différents diagnostics différentiels : troubles affectifs majeurs, troubles psychotiques chroniques (avec ou sans dimension schizophrénique), troubles addictifs hors trouble *borderline*. Ceci est d'autant plus important que peuvent être associés au trouble *borderline* d'autres troubles de la personnalité, ou des troubles de l'axe I du DSM.

Le diagnostic différentiel avec un trouble de l'humeur est important, du fait de conduites thérapeutiques différentes ; il peut être difficile, car l'humeur des sujets *borderline* est volontiers labile, et l'expression symptomatique des affects dépressifs souvent déroutante chez eux (agressivité, ironie mordante, disqualification de l'interlocuteur et de la possibilité d'aide…).

Discussion des conduites thérapeutiques

La prise en compte de la souffrance globale de ces patients peut avoir lieu pour la première fois aux Urgences, et avoir de ce seul fait un effet thérapeutique considérable, permettant une orientation vers une prise en charge psychothérapique ou psychiatrique adaptée. Les obstacles constants que ces patients mettent à toute aide qui leur est proposée conduit souvent à des attitudes de rejet, y compris de la part de l'entourage proche ou du corps médical : le fait de ressentir que leur mal-être est compris comme un signe de pathologie à prendre en charge, plutôt que comme un fonctionnement de personnalité inadapté dont ils seraient responsables (et dont ils se sentent souvent coupables, malgré une apparente mise en cause permanente d'autrui), peut avoir en soi un effet apaisant.

Cela peut contribuer à dépasser la difficulté majeure de la prise en charge de ces patients, qui est leur faible adhésion aux soins psychiatriques en général, et aux mesures spécifiques qu'on leur propose.

Les troubles de la personnalité étant durables dans le temps, les sujets *borderline* sont amenés à répéter les mêmes comportements pathologiques, ce qui épuise leur entourage qui devient alors défaillant – quand ce n'est pas le personnel soignant des urgences, lassé de voir revenir dans les mêmes circonstances des patients qui ne parviennent pas à suivre les recommandations thérapeutiques. Il est donc important de prendre en compte le rejet de l'entourage, et de contrôler les attitudes de rejet des soignants.

Sur le plan médicamenteux, le premier objectif est de contrôler de manière rapide la charge anxieuse, qui a souvent contribué à la venue aux Urgences, mais qui peut être également majorée par le contexte hospitalier vécu comme stressant. Les antipsychotiques atypiques (olanzapine, rispéridone, aripiprazole, quétiapine) ont souvent un effet bénéfique chez ces patients, permettant de diminuer l'anxiété, et de limiter l'impulsivité, l'agressivité et les symptômes psychotiques transitoires. Ils sont aujourd'hui préférés aux benzodiazépines, qui chez les patients *borderline* entraînent plus

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

fréquemment des addictions ou des conduites paradoxales. Les consommations récentes de toxiques doivent être également prises en compte dans le choix du traitement médicamenteux, en particulier avant administration d'un traitement sédatif.

La place particulière de l'information et l'estimation des risques

Il est généralement pertinent de préciser au patient qu'on pense à un diagnostic de type trouble *borderline* ou personnalité limite, mais il convient de préciser ce que signifie pour un psychiatre ce diagnostic, en en expliquant les symptômes. Malgré le rejet de toute « étiquette psychiatrique », le patient est souvent rassuré de voir poser un nom sur ses difficultés, ce qui implique que d'autres patients sont comme lui, qu'il est autant victime que responsable de ses conduites ou comportements inadaptés, et qu'il peut espérer une aide médicale et psychologique.

L'information à l'entourage est plus délicate : elle doit être suffisamment vague pour ne pas déroger au secret médical et ne pas stigmatiser le patient, mais suffisamment précise pour convaincre qu'il s'agit bien d'un trouble et pas de malignité, de perversité et ou de mauvaise intentionnalité de la part du patient.

L'entourage devrait également être informé de la nature du risque de passage à l'acte autoagressif, qui est largement imprévisible, et souvent réactionnel à des difficultés en apparence mineure : la grande labilité affective de ces patients rend une prévention du passage à l'acte difficile, qui ne saurait être éliminée par une hospitalisation en psychiatrie – de toute façon limitée dans le temps. En revanche, l'entourage peut contribuer à convaincre le patient de l'intérêt d'une prise en charge par une équipe psychiatrique, prise en charge qui peut débuter par une hospitalisation.

Face à un patient *borderline*, l'estimation du risque de récidive suicidaire est particulièrement complexe, et elle l'est d'autant plus dans le contexte de l'urgence, où souvent le praticien ne connaît pas le patient, et doit prendre très rapidement une décision. Dans le cas d'un passage à l'acte effectif, après l'estimation du risque somatique par l'urgentiste somaticien, il faut s'enquérir de la recherche de moyens de suicide restant accessibles au patient (médicaments, armes…). Les éléments contextuels sont particulièrement importants dans le cas du trouble *borderline* pour évaluer le risque suicidaire, du fait de la grande réactivité de ces patients à l'entourage et aux événements.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

12

Stress et catastrophes

On appelle catastrophe privée ou publique un événement dit traumatique lorsqu'il nuit à l'intégrité psychique de l'individu. L'école française des psychiatres psychanalystes militaires définit l'effroi causé par la confrontation au risque de sa propre mort.

On définit ainsi soit un événement unique, isolé, limité dans le temps, dit type I, soit des situations répétées ou prolongées dites de type II, selon la classification de TERR.

*Selon le point de vue du DSM V :

- la définition du trauma :

– Exposition directe comme victime, témoin, intervenant ou sauveteur

– Ou connaissance qu'un ou plusieurs proches ont été exposés à un incident catastrophique impliquant une mort ou une blessure réelle

– Exclusion des critères d'impuissance ou d'effroi.

- la définition du stress aigu : reviviscence, humeur négative, dissociation, évitement, hyperéveil de 3 jours à 1 mois.
- la définition du *post traumatic stress disorder* PTSD : symptômes apparaissent au-delà de 1 mois ; reviviscence ; évitement stimuli-évocateurs ; altération négative cognition et humeur ; perte projection, honte ; altération vigilance et réactivité. Avec asthénie, anxiété, plaintes somatiques, troubles du comportement alimentaire, comportement agressif

*Pour l'école française :

- le stress adapté selon Selye est repris par CROCQ, il n'est pas pathologique et témoigne de bonnes stratégies d'adaptation, il ne figure pas dans le DSM V.
- le stress dépassé comporte des manifestations aiguës des premières heures : sidération agitation, fuite panique, comportements automatiques, et hyperéveil jusqu'à 1 mois, ce qu'a repris la définition du stress aigu dans le DSM.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Les débats thérapeutiques sont autour de la dissociation péritraumatique et de la mise en œuvre des stratégies de *coping* dites évitantes qui prédiraient l'évolution vers un état de stress post-traumatique.

Motifs de la consultation d'urgence

Ce sont :
– Angoisse aiguë, état de stress aigu
– État de stress post-traumatique, à distance de l'événement
– Conduites d'intoxication et comorbidités addictologiques des états des stress aigus ou post-traumatiques
– Syndrome du survivant ou culpabilité d'avoir survécu à une catastrophe.

Différents cas

La Cellule d'Urgence Médico Psychologique adresse aux urgences psychiatriques en orientation d'aval un patient présentant des troubles psychiatriques francs.

Le patient ou l'entourage consulte spontanément après un attentat, une catastrophe naturelle, sans être passé par les mailles des CUMP ou des associations.

Ou encore le patient ou l'entourage consulte pour angoisse dans les suites d'un désastre vécu par procuration, au travers des informations télévisées ou en ligne.

Ou une famille consulte sans le patient qui refuse les soins.

Conduite de l'examen

C'est une des rares situations d'urgence psychiatrique où l'entretien à plusieurs (famille, entourage) est d'emblée recommandé. La raison en est que la séparation est si anxiogène pour tous, qu'ils aient subi ou non le même événement stressant, qu'ils quitteraient les urgences plutôt que d'être séparés. Ainsi la proposition de laisser le patient désigné aux lits porte est le plus souvent refusée et elle apparaît inutile. L'examen se fait dans les conditions optimales de calme, en limitant les stimuli pouvant rappeler la situation traumatique (télévision, cris, etc.), avec une équipe elle-même calme et non débordée d'émotion.

L'examen somatique de base, la recherche des paramètres (pouls, tension, température) a un effet rassurant de contact corporel. Il est à abandonner dans un premier temps s'il apparaît angoissant au patient (après une agression par exemple).

Ces états de stress peuvent occulter des lésions physiques à rechercher systématiquement.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Bilan complémentaire

Il est guidé par l'examen clinique qui révèle ou non des signes d'appel.

L'ECG est recommandé dans les rares cas de prescription d'antipsychotiques

L'imagerie cérébrale est intéressante mais elle relève de la recherche et non du traitement du patient se présentant aux urgences : on pourrait lire une inhibition limbique et amygdalienne, un volume de l'hippocampe et de l'amygdale réduit pouvant expliquer les troubles de mémoire.

Conduite diagnostique

Elle est prudente pour diverses raisons. D'abord ici la « maladie » a une cause extérieure objective et repérable, qui peut même en imposer pour la seule cause. Ensuite le contexte émotionnel est majeur, y compris au sein de l'équipe des urgences. Rappelons la situation d'une famille arrivant à 3 heures du matin, adressée par la police car le père venait d'être abattu par un cambrioleur…

Il s'ensuit plus que jamais une approche dimensionnelle prenant en compte l'angoisse, l'agressivité éventuelle, les émergences oniriques telles que des illusions, des reviviscences à type de cauchemars éveillés.

La conduite diagnostique aboutit en principe à distinguer :

– stress aigu adapté
– stress aigu dépassé
– symptômes de stress post-traumatique
– allégation anxieuse ou imaginaire d'un stress post-traumatique.

Elle doit donc se compléter de la recherche d'antécédents traumatiques dans l'enfance ou l'adolescence, uniques ou répétés, ainsi que la recherche d'antécédents anxieux ou dépressifs.

La recherche de conduites suicidaires et addictives permet d'orienter différemment la prise en charge.

Discussion des conduites thérapeutiques

Elle comporte :

– Intervention de crise classique, débriefing individuel, de groupe, EMDR à la phase aiguë, privation de sommeil, traitements médicamenteux (benzodiazépines, propranolol) : aucun de ces traitements n'a fait la preuve de son efficacité ni de sa supériorité.

– Approche de bon sens, symptomatique.

– Traitement médicamenteux en 2e intention

– Traitement psychothérapique centré sur le trauma, TCC et hypnothérapie mais faible niveau de preuve

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

– Débriefing dans le 1er mois : aggravation ? Opposition au débriefing focalisé sur le trauma ?

– Intervention médicale précoce immédiate ou déchocage fait par la Cellule Urgence Médico-Psychologique

– Suspension des règles parfois rigides des urgences qui perdent leur sens dans les situations de catastrophe : autoriser le téléphone, la présence de l'entourage.

– Mobilisation de l'entourage et suivi ambulatoires privilégiés. Consultation post-urgence (débriefing du débriefing). Si hospitalisation indispensable (idées suicidaires envahissantes, angoisse incontrôlable), hospitalisation brève, si possible sur les lits portes.

La place particulière de l'information et l'estimation des risques

En urgence, le risque suicidaire ne doit jamais être méconnu. Les idées suicidaires peuvent être transitoires, masquées par des états d'angoisse panique. L'évaluation fine des supports tant externes (entourage fiable, non débordé lui-même) qu'internes (stratégies d'adaptation et de coping) permet secondairement de prévenir le risque suicidaire.

Un autre masque au risque suicidaire sont les conduites addictives notamment cannabis et alcool.

L'information du patient est mesurée, elle a peut-être déjà eu lieu avec les diverses associations dans le péritraumatisme. Le suivi est proposé au patient et à l'entourage, même s'ils refusent dans un premier temps : il n'est pas rare de les voir revenir quelques mois plus tard répondre à la main tendue dans le contexte de l'urgence : réintégrer après un trauma le monde des humains (LEBIGOT).

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

13

Le transculturel

C'est aujourd'hui un vaste champ qui concerne les syndromes psychiatriques au cours du voyage, les populations non-francophones, les populations migrantes et autres situations transculturelles.

Motif de la consultation d'urgence

Il est fréquent que l'urgence psychiatrique recouvre une dimension transculturelle : barrière du langage, visiteurs étrangers, migrants, coutumes apparaissant comme suffisamment étranges pour déclencher une consultation. Dans tous ces cas, l'aspect culturel vient complexifier l'évaluation dans un premier temps, puis le parcours du patient dans un second temps. Il convient d'être rigoureux dans l'examen de la situation clinique. Il faut accepter que l'évaluation et la prise en charge en urgence seront chronophages. Toute précipitation entraîne un risque d'erreur d'évaluation qui donnera lieu plus tard à de nouvelles consultations voire à une errance du patient et de son entourage.

On peut résumer les motifs de consultation de la façon suivante :

– Voyageur présentant des symptômes psychiatriques ou du comportement : cette situation nommée par excès « voyage pathologique » regroupe de nombreuses situations que le clinicien doit connaître.

– Migrant présentant des troubles psychiatriques ou du comportement : cela comprend les problématiques d'adaptation liées au déracinement mais aussi un éventuel « bagage » traumatique.

– Coutume perçue comme un trouble du comportement (ou inversement) : la croyance et la pratique culturelle ou religieuse viennent s'intercaler entre le symptôme et le clinicien qui doit s'appuyer sur l'entourage ou la communauté pour établir le diagnostic.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Différents cas

■ Les voyageurs

L'erreur communément commise est d'étiqueter tout voyageur présentant des troubles mentaux aigus comme « voyage pathologique ». Comme le rappelle SIMPSON, le monde moderne et la facilité à voyager viennent créer des cas de figure en apparence similaires mais très différents dans leurs fondements.

Voyage pathologique

- Il est motivé par un épisode psychiatrique aigu
- Il s'agit du véritable voyage pathologique : des troubles mentaux aigus ou exacerbés préexistent au voyage et viennent motiver le départ. Des idées délirantes, à thématique de persécution mais aussi religieuses ou messianiques, viennent déclencher la mise en acte du voyage. De plus des difficultés peuvent exister dans la région d'origine : conflit familial, soins sous contrainte, difficultés judiciaires, etc.
- Le voyage est le plus souvent mal préparé : billet d'avion mais absence d'hôtel ou de logement. Des troubles du comportement ou des demandes inadaptées auprès des autorités locales (police, demande d'asile, etc.) précipitent la consultation psychiatrique en urgence.
- Le but de l'investigation clinique est de retracer le parcours du patient en déterminant les motivations du voyage, ses circonstances et son déroulé. L'entourage doit être recherché dès la prise en charge aux urgences psychiatrique y compris lorsque la personne est étrangère. Dans ce dernier cas les autorités consulaires du pays d'origine peuvent être contactées mais cette stratégie connaît des fortunes diverses. Une fois l'entourage contacté, on l'interrogera sur le fonctionnement antérieur du patient, les structures de soins qu'il ou elle fréquente et les traitements pris habituellement, sans oublier de collecter l'éventuelle demande de tiers. On ne manquera pas de s'assurer que la personne n'est pas déjà hospitalisée dans une structure d'où elle serait sortie sans autorisation.
- La prise en charge, elle, est assez classique. Il est rare de pouvoir faire l'économie de l'hospitalisation. Le traitement est celui de la pathologie diagnostiquée. Le rapatriement ou le retour dans la région d'origine s'effectue une fois le patient stabilisé. On évitera, en particulier, les voyages en avion, même escortés d'un soignant, tant que le patient n'est pas en mesure de participer aux soins.

Premier épisode au cours d'un voyage, syndrome du voyageur

- Le patient, sans antécédents psychiatriques, présente un premier épisode au cours d'un voyage qui peut être aussi bien professionnel que d'agrément. L'ensemble du spectre psychiatrique aigu est représenté. Cependant l'épisode psychotique bref ou l'épisode maniaque sont les plus prompts à déclencher

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

des soins en urgence voire l'hospitalisation psychiatrique. Les épisodes anxieux et notamment les états de fugue dissociative sont classés comme syndrome du voyageur : syndrome de Stendhal, de Jérusalem, de Paris Shôkôgun… sont autant d'expériences phénoménologiques liées à l'intensité émotionnelle de la confrontation avec un lieu dont l'étrangeté perçue dépasse les capacités d'adaptation de la personne.

- Comme dans tous les cas de troubles psychiatriques au cours du voyage, l'approche diagnostique consiste à enquêter auprès du patient et de son entourage afin de déterminer le niveau de fonctionnement du patient dans sa région d'origine.
- Les causes précipitant ce premier épisode peuvent se trouver dans le voyage lui-même : stress et angoisse professionnels, décalage horaire (retard de phase de sommeil en cas de voyage vers l'Est), expérimentation avec des toxiques à destination. De plus, il n'est pas rare de déceler a posteriori des signes ou une personnalité prémorbides.
- La prise en charge implique généralement une hospitalisation. Si une solution ambulatoire est possible, on privilégiera les consultations de post-urgence. En effet, passer le relais à une autre équipe pour des soins de courte durée entraîne souvent une perte de vue. Dans tous les cas, le retour dans la région d'origine s'effectue en coopération avec l'entourage. On prendra attache, au préalable, avec une structure de soin adaptée près du lieu de vie du patient.

Rechute au cours d'un voyage

- Il s'agit d'un patient qui présente une pathologie psychiatrique connue, prise en charge et correctement équilibrée. Une décompensation survient alors au cours d'un voyage professionnel ou d'agrément qui est prévu et soigneusement organisé. Les pathologies les plus représentées sont les troubles de l'humeur, au premier rang desquels la maladie bipolaire. La décompensation d'un trouble psychotique chronique, habituellement bien contrôlé, est également possible. Les troubles anxieux font moins souvent l'objet d'une consultation aux urgences, le patient réussissant souvent à écourter son voyage et à rentrer dans sa région d'origine par ses propres moyens.
- Les motifs de rechute sont divers : stress lié au voyage lui-même, décalage horaire et perturbation du sommeil, oubli du traitement, expérimentation avec des toxiques à destination.
- La rechute au cours du voyage se distingue nettement du voyage dit pathologique car le clinicien retrouve généralement un entourage immédiatement disponible : famille ou amis en vacances avec le patient, collègues de travail en cas de voyage professionnel. Ces derniers peuvent renseigner l'équipe soignante sur le traitement habituel et les structures de soins fréquentées par le patient (dans le respect de la confidentialité en cas d'interaction avec l'employeur ou les collègues). La prise en charge consiste le plus souvent à reprendre le traitement habituel ou à l'augmenter. La décision d'hospita-

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

liser dépend de l'intensité de la symptomatologie et de la disponibilité de l'entourage. Si un suivi ambulatoire temporaire est décidé il est préférable, là encore, qu'il s'effectue sous forme de consultations post-urgence.

Syndrome psychiatrique au cours du transport

- Le contexte du transport lui-même peut générer des états de stress de nature à décompenser ou révéler une pathologie existante. L'avion – ou même le transit dans un aéroport – est, par excellence, le théâtre de ce type de situation. Les symptômes rencontrés vont de l'anxiété aiguë à l'exacerbation d'idées délirantes et peuvent se traduire par des troubles du comportement allant jusqu'à l'agitation. Les prises de toxiques, au premier rang desquels l'alcool, sont fréquemment rencontrées. Les conséquences peuvent être graves dans le climat sécuritaire contemporain car les forces de l'ordre peuvent confondre un syndrome d'agitation avec une agression criminelle ou terroriste.
- Le patient est souvent conduit aux urgences psychiatriques soit par l'entourage soit par les autorités, une fois la situation désamorcée. Le clinicien doit alors investiguer les circonstances du voyage et pourra le plus souvent retomber dans l'un des trois cas de figure précédents.

■ Les migrants non-francophones

La barrière de la langue est un obstacle très souvent rencontré aux urgences psychiatriques, en particulier en milieu urbain où les populations sont cosmopolites. La résolution de cette difficulté passe par le recours à un traducteur : membre bilingue de l'entourage, soignant parlant la langue du patient ou service de traduction par téléphone. L'examen psychiatrique, y compris aux urgences, ne peut faire l'économie de cette traduction. L'utilisation d'un « anglais d'aéroport » maîtrisé moyennement par le patient et le clinicien n'est souvent pas suffisante. Un examen psychiatrique d'observation, sans traduction adéquate, ne saurait éclairer une décision d'hospitaliser ou non et peut ouvrir la porte à de sérieux problèmes médico-légaux.

Quelle que soit la solution de traduction retenue, des enjeux à la fois cliniques et éthiques persistent. La traduction peut, en fonction de sa qualité, entraîner la déperdition d'informations clinique importantes. L'identité du traducteur a un impact car elle peut avoir une influence sur le contenu de ce qui est traduit. S'il s'agit d'un membre de l'entourage, il peut y avoir conflit d'intérêts et tentative de minimisation – ou à l'opposé, d'amplification – des troubles. C'est donc à éviter. S'il s'agit d'un soignant parlant la langue, la traduction risque de contenir l'impression clinique du traducteur à défaut de l'information brute. Reste le recours à un service de traduction professionnel : opérant le plus souvent par téléphone, ces services sont disponibles 24 heures sur 24 et permettent de communiquer avec le patient par l'entremise d'un traducteur professionnel parlant la langue du patient, disposant de connaissances médicales de base et formé au secret médical. Des téléphones dédiés,

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

avec double combiné, existent et rendent leur utilisation encore plus aisée. Ces services sont cependant onéreux.

L'approche du patient non francophone doit faire l'objet d'un protocole dédié, prenant en compte l'ensemble de ces solutions. Il comporte une liste mise à jour au moins deux fois par an des personnels de l'hôpital maîtrisant une langue étrangère. On privilégiera les soignants réellement bilingues disposant d'une expérience médicale dans les deux langues. Les services de traduction professionnelle viennent en deuxième ligne, en raison de leur coût élevé, mais ils doivent être activables à toute heure, y compris la nuit. Chaque fois que le service est utilisé, le soignant documente dans le dossier/patient le nom ou le numéro d'identification du traducteur qui a participé à l'entretien. Quant à la traduction par l'entourage, elle se limite à l'échange d'informations pratiques mais l'entretien psychiatrique ne peut reposer sur elle.

Approche transculturelle aux urgences

■ La notion de compétence culturelle

Les populations migrantes présentent des enjeux de santé mentale spécifiques. Tout d'abord les difficultés d'adaptation entre le pays d'accueil tel qu'il a été fantasmé et la confrontation à sa réalité. Les difficultés d'intégration, la famille restée dans le pays d'origine et qui manque au patient sont autant de facteurs de stress qui peuvent déboucher sur un trouble dépressif ou anxieux. L'intervention de crise classique devient en apparence plus difficile en raison de l'éloignement de l'entourage mais elle est néanmoins possible. Elle consiste souvent à encourager le patient à révéler ses difficultés à sa famille ou ses amis. Ces derniers sont alors en mesure de se mobiliser. Plus généralement, c'est le concept de « compétence culturelle » que doit maîtriser le soignant : qu'est-ce qui compte pour l'autre, dans sa culture et son individualité ? En tentant de répondre à ces questions, on adopte déjà une attitude thérapeutique.

Ces difficultés d'adaptation sont également à confronter au « bagage » psychiatrique transporté par le patient migrant depuis le départ de son pays d'origine. Comme le rappelle PEREZ RODRIGUEZ la migration résulte souvent de la nécessité d'échapper à une persécution ethnique, politique, familial. Les états de stress post-traumatiques doivent être recherchés car ils sont en première ligne dans les hypothèses diagnostiques. On gardera en tête qu'ils peuvent se manifester de diverses manières, y compris sous des formes psychotiques brèves très florides. Enfin, on prendra en compte les comorbidités addictives dont la prévalence est très élevée chez les patients souffrant de stress post-traumatique.

La psychiatrie transculturelle est un champ clinique à part entière et constitue une véritable spécialité psychiatrique. Il n'est pas rare que le transculturel s'invite aux urgences et vienne brouiller un tableau clinique. Un étranger, repêché par la police fluviale dans la Seine qui jure qu'il ne

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

faisait que s'y baigner, cherche-t-il à minimiser une conduite suicidaire ? Ou est-il perdu entre sa culture et celle de son pays d'adoption ? C'est toute la question de l'influence de la culture dans le comportement humain qui vient poser question. Ce qui est considéré comme un trouble du comportement sous-tendu par des troubles mentaux sera, ailleurs, perçu comme normal ou vaguement excentrique.

■ Stratégies de réponse

L'approche aux urgences de ce type de situations doit reposer sur deux stratégies.

– Tout d'abord l'appel à l'entourage : familial mais aussi amical ainsi que d'autres membres de la même communauté. En s'adressant à eux, le clinicien est à même de comprendre les tenants et aboutissants du comportement incriminé. Cela constitue, de plus, une approche d'intervention de crise qui peut être thérapeutique en soi. La prudence impose de prendre en compte les potentiels conflits d'intérêts ou de loyauté de l'entourage qui peut être amené à minimiser les troubles.

– Dans un second temps, il est sans doute avisé de se détacher du motif de consultation et de prendre le temps d'observer le patient et d'enquêter autour de son fonctionnement global. S'il s'agit d'un comportement posant la question d'un risque suicidaire, existe-t-il d'autres signes ou symptômes suggérant un état dépressif ? S'il s'agit de troubles du comportement laissant penser à un processus psychotique, l'observation aux urgences peut permettre de les caractériser.

C'est en recoupant information de l'entourage – idéalement plusieurs canaux – et en la confrontant à l'impression clinique de l'équipe de soin, que la décision d'orientation psychiatrique peut être prise.

www.doc-dz.forumactif.com MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

14

L'adolescent

Motif de la consultation d'urgence

Toute demande d'urgence cache un malentendu : l'adolescent se dit incompris, l'entourage est sidéré et ne le reconnaît plus, chacun ne supporte plus l'autre sans pouvoir s'en séparer. Il s'ensuit une spirale aggravante, et c'est pourquoi « il y a urgence à parler ». Il en résulte une absence de compromis.

■ La temporalité est suspendue

L'urgence ressentie ne fait pas sa place au développement du processus adolescent. L'adolescent en souffrance psychique semble lutter contre l'éprouvé temporel, au-delà des catégories nosographiques. Selon FEDER « quand le temps se remet en marche, c'est toujours le signe d'une ouverture au monde et à autrui : fantasme de suspension temporelle, fantasme d'éternité, préservation narcissique face à la menace de l'objet ». Le temps arrêté se transforme en une excitation spatiale et corporelle, un besoin d'aller et venir, de bouger. Le temps porteur de séparation n'est pas pleinement assumé et l'espace comme illusion de maîtrise le remplace.

■ Impulsivité et violence dans la crise et l'urgence

Les données neurodéveloppementales ont mis en relation l'impulsivité à l'adolescence et le retard à la maturation corticale frontale inhibitrice des actes, qui se termine vers 25 ans seulement. Le recours à l'acte est favorisé par l'impulsivité ou impossibilité à inhiber une réponse dominante ou automatique dans des situations émotionnelles positives ou négatives, ou encore manque de persévérance, ou difficulté à se concentrer sur une tâche sans être distrait ou perturbé par des pensées ou des souvenirs intrusifs.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

■ Les facteurs de protection

Face au recours à l'acte ou à la violence qui caractérise la demande en urgence, ils relèvent de causes externes sociales, familiales ou relationnelles à rechercher pour savoir sur quoi s'appuyer, et de causes internes indiquant le meilleur pronostic telles que les capacités de création dans les domaines de l'abstraction, du jeu et du corps, et les capacités relationnelles.

■ La crise parentale

Pour décrire l'adolescence normale, on a proposé la notion de « conflictualité tolérable », ou en cas de moment pathologique : conflictualité intolérable ou non conflictualité tolérable. LAPLANCHE fait dire à l'adolescent modèle « débarrassez-moi au plus vite de cette tension ». Ces deux points de vue : la conflictualité intolérable, l'impérieux à se débarrasser de la tension, caractérisent la description de la crise qui englobe l'ensemble du groupe familial. La situation d'urgence, elle, nécessite que la crise de type privé explose dans l'espace public et social, et associe un sentiment de rupture : tous considèrent que cela ne peut plus être comme avant et ne veulent plus en entendre parler.

Différents cas

1. Les situations de crise
2. Les troubles externalisés
   - Conduites à risque
   - Tentatives de suicide
   - Repli, retrait social
   - Substances psycho actives
   - Troubles des conduites alimentaires
3. Les troubles internalisés
   - Idées délirantes
   - Idéations dépressives
   - Angoisses, trouble anxieux
   - Plaintes à expression somatique

Conduite de l'examen

Le but de la consultation d'urgence est d'évaluer les facteurs de rupture conduisant à l'urgence, de permettre à la parole de circuler à nouveau, d'obtenir une alliance avec l'adolescent et le groupe familial, d'évaluer les symptômes et leur acuité, la faisabilité des solutions thérapeutiques envisagées, de rechercher les stratégies d'adaptation habituelles, les changements récents, les propos inquiétants ainsi que les relations ou les ressources internes étayantes.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

L'entretien avec la famille met en évidence des éléments biographiques objectifs, appuyés sur le carnet de santé. Il permet aux parents de parler de leur propre adolescence, toute proche de la conscience en ce moment de crise.

Les stratégies d'entretien utilisent le modèle classique de la consultation à savoir parents seuls ou parents + adolescent d'abord, puis adolescent seul, enfin tout le groupe pour indiquer un début d'évaluation et d'orientation. Elles se réfèrent aussi au modèle de crise où l'adolescent est vu seul par un intervenant, les parents sont reçus seuls par un autre intervenant, puis l'ensemble du groupe familial et des intervenants fournissent les hypothèses de crise.

Elles explorent :
- le contexte de la consultation d'urgence
- les plaintes et symptômes manifestes
- le parcours de l'adolescent
- le poids de l'histoire familiale.

Les questions sur le contexte de l'urgence éclairent la sémiologie de la situation mais aussi les voies de sortie de crise. Comment le patient arrive-t-il ? Qui l'amène ? Quels sont les symptômes ? Quelle est la souffrance ? Que demande le jeune, que ne demande-t-il pas ? Que demande l'entourage ? Où en est le jeune dans son parcours individuel, son autonomisation, son cercle familial, son groupe de pairs, son parcours scolaire ?

Le recueil des plaintes et symptômes manifestes est un moment fort de construction de l'alliance thérapeutique. Il permet de répondre rapidement à une souffrance aiguë mais c'est aussi une véritable écoute que l'adolescent expérimente. Quels sont les symptômes et les plaintes ? Une crise suicidaire allant ou non jusqu'au geste ? Une crise clastique intrafamiliale ou déversée dans la société ? Une consommation de toxiques ? Coexiste-t-il un malaise organique ou corporel ? De l'angoisse ? Des idées dépressives ? Des idées délirantes ? Un moment aigu de dépersonnalisation ?

Le but est de replacer la crise dans l'histoire du développement. Sont abordés les antécédents médicaux (petite enfance, enfance, adolescence) et traitements, les antécédents de deuils ou séparations ou les difficultés relationnelles, comportementales et cognitives.

Bilan complémentaire

Il est centré sur les points d'appel sémiologiques, relevés par l'examen clinique ou l'interrogatoire. L'examen du carnet de santé permet de reconstituer l'anamnèse infantile.

En cas de maladie chronique évoluant depuis l'enfance, on rencontre souvent un déni de la maladie infantile et le refus brutal du suivi et des traitements. Il vaut mieux poser des questions et s'informer sur leur évolution actuelle que les laisser dans le secret. Les principales maladies chroniques sont : l'asthme, les épilepsies, l'obésité, les scolioses, le diabète, la drépanocytose, les leucémies et autres cancers, la mucoviscidose, la maladie de Crohn, les cardiopathies, les infirmités motrices cérébrales, les myopathies, les dysgénésies gonadiques.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

■ La peau

L'acné concerne 50 à 90 % des adolescents : acné du visage, points noirs, pustules, nodules ; autres localisations non visibles comme le dos et les épaules.

Les scarifications sont un geste auto infligé sans intentionnalité suicidaire. L'inspection des bras, des jambes, de l'abdomen renseigne sur la profondeur du geste, sur l'ancienneté de la lésion, son aspect cicatriciel ou encore récent.

Les ecchymoses et les plaies sont constatées à l'inspection quand elles touchent le visage, les bras, les jambes. L'âge de la lésion, le degré de cicatrisation, la localisation différencient un traumatisme ancien ou chronique et des lésions aiguës.

■ L'état nutritionnel

Le poids et la taille permettent de calculer l'indice de masse corporelle (IMC ou BMI) qui se situe normalement entre 18 (limite de la maigreur) et 24 (limite de l'obésité). Du fait de l'augmentation des troubles du comportement alimentaire y compris chez les garçons, leur dépistage est indispensable. L'existence de douleurs abdominales, de constipation ou de diarrhée, peut témoigner de crises de boulimie et/ou de restrictions alimentaires, les rides, anormales vu l'âge, et le mauvais état dentaire.

■ L'exploration du sommeil

Les plaintes concernant le sommeil sont très fréquentes à l'adolescence. Les difficultés d'endormissement répondent à 3 facteurs différents : le décalage tardif physiologique des horaires d'endormissement ; le retard d'endormissement correspond aux moments où l'adolescent est seul réveillé et prend plaisir à observer son propre fonctionnement interne ; les difficultés persistantes d'endormissement sont souvent liées à des moments dépressifs ou anxieux, et à des difficultés familiales. L'exploration du sommeil par des questions posées au cours de l'entretien s'avère indispensable.

■ Le système respiratoire

Les difficultés respiratoires aiguës de la crise de panique, l'intrication à une maladie respiratoire chronique de l'enfance (asthme), la question du tabagisme sont à rechercher.

■ Les caractères sexuels et gynécologiques

L'évaluation du développement pubertaire selon les signes apparents (la voix, la pilosité, le développement staturopondéral) est complétée par une demande de bilan si on suspecte un retard pubertaire.

Pour les filles, des questions sont posées sur l'état gynécologique du moment, les règles (souvent facteur d'émotivité chez les adolescentes), la notion d'inter-

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

ruption volontaire de grossesse ou de fausse couche, les conséquences traumatiques ou infectieuses de certaines conduites sexuelles. Proposer un examen gynécologique ou des dosages de dépistage ou une échographie pelvienne aidera à verbaliser et à faire un diagnostic médical.

■ Les recherches de toxiques

Souvent demandées par les parents, elles peuvent être indiquées pour compléter le diagnostic d'un état aigu confusionnel ou psychotique mais elles ne sont pas systématiques.

■ Le système ostéoarticulaire

La fréquence des plaintes pour mal au dos, la fréquence des passages aux urgences générales pour motif traumatique mettent l'accent sur cette exploration.

■ Le système nerveux

En cas d'épisode psychotique aigu, l'imagerie cérébrale relève rarement de l'urgence. La surveillance neurologique est impérative : s'il est secondaire à une encéphalite infectieuse, les signes psychiatriques précèdent les signes infectieux (le délire avant l'hyperthermie ou la raideur de la nuque).

La fréquence des céphalées dans les états anxiodépressifs entraîne que les investigations à visée diagnostique ne sont pas indiquées d'emblée, rappelle CARPENTIER.

Conduite diagnostique

– motif de consultation, facteurs de stress
– apparence et qualité du contact
– niveau cognitif et de langage
– relation au corps
– parcours scolaire, fonctionnement social
– symptomatologie, stratégies d'adaptation
– conduites à risque, conduites suicidaires, conduites addictives
– histoire du développement depuis l'enfance et la périnatalité
– pathologies de l'enfance, les maladies chroniques, l'hyperactivité
– dynamique familiale, notion d'adulte de substitution
– itinéraire de soins (psychothérapies, rééducation, pharmacologiques, hospitalisation), implication de l'entourage dans les soins : repérer les discontinuités et ruptures de prise en charge
– parcours judiciaire ou socioéducatif
– les examens physiques, les investigations organiques.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Discussion des conduites thérapeutiques

Elles répondent à 3 objectifs :

– résoudre rapidement les signes manifestes,

– obtenir une alliance si paradoxale que soit l'obtention d'une alliance tant avec l'adolescent qu'avec les parents,

– donner une suite à la consultation d'urgence pour préparer l'avenir : la consultation d'urgence est un moment opportun pour la transformer en intervention de crise ou poser le cadre de consultations de suivi.

La réponse en urgence obéit aux impératifs suivants :

– accepter que l'adolescent ne demande rien directement

– instaurer un cadre à la toute-puissance

– élaborer l'omnipotence (humilité, brièveté, référence)

– toujours montrer à l'adolescent que quelque chose vient de lui et qu'il est concerné, ce qui est distinct de la culpabilité, il poursuivra éventuellement sur le mode psychothérapique cette quête de lui-même

– élargir l'entretien à l'évaluation et la valorisation des mécanismes de protection

– obtenir la séparation entre l'enfant roi et l'entourage anxieux et de fait intrusif

– surseoir à la question diagnostique ou accepter un diagnostic provisoire.

Le traitement médicamenteux sédatif peut avoir un intérêt dans le soulagement de la souffrance : éviter les benzodiazépines, privilégier la mélatonine pour décalages de sommeil, l'hydroxyzine pour anxiété, éventuellement la cyamémazine à doses filées

Ainsi la consultation d'urgence apparaît-elle comme le réceptacle de l'impossible adolescence quand la subjectivité est en impasse. Elle se dévoile de façon inattendue comme un endroit de parole et d'écoute.

La place particulière de l'information et l'estimation des risques

Le jeune est une personne à part entière, indépendamment des parents tout en les respectant, il est au centre des préoccupations et des choix thérapeutiques, et il en est le sujet. Le choix porte sur le respect de la liberté et de l'autonomie, et la contrainte pour prévenir une situation de danger. En suivant le Royal Collège of Psychiatry repris par PURI, TREADASEN, il existe des recommandations sur la gestion des risques dans la prise en charge des troubles psychiatriques avec situations de violence chez l'adolescent :

– les adolescents peuvent déployer violence et désinhibition envers les professionnels chargés de les évaluer et de les traiter

– drogues et alcool sont hautement impliqués dans les comportements violents

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

– les parents peuvent devenir agressifs et violents envers leurs enfants ; leur violence est exacerbée en cas de déception, séparation, conflit ou situation violente ; la violence familiale est en arrière-plan de la violence des enfants

– les troubles mentaux de l'enfant sont souvent associés aux troubles mentaux des parents

La HAS a rappelé en 2011 que les choix éthiques en cas de refus de soins, refus d'être séparé, refus de traitement, violence nécessitent une réflexion sur ses propres contre attitudes, une capacité à travailler en équipe, la préoccupation de ne pas chercher à tout savoir par un entretien inquisiteur, la capacité à recueillir des avis de tout le réseau, sans décision unilatérale, le souci de privilégier les soins externes, puis les hospitalisations les plus brèves possibles.

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

15

La personne âgée

Il n'existe pas de définition consensuelle de « la personne âgée », ni en termes d'âge, ni en termes de santé physique, psychique ou cognitive. La consultation d'une personne de plus de 60 ou 65 ans aux urgences vise tout d'abord à définir si le motif de consultation est ou non lié à l'âge, et en second lieu à définir si l'établissement du diagnostic et de la conduite thérapeutique est influencé de manière notable par cet âge. Dans la négative, il n'y a pas de raison de procéder à la consultation de manière différente d'un adulte plus jeune.

Motif de la consultation d'urgence

Le sujet âgé se rend le plus souvent aux urgences à l'instigation d'un tiers, qu'il soit accompagné par un membre de sa famille, adressé par une institution, ou à la demande du médecin traitant, d'un médecin spécialiste, d'un médecin d'urgences ambulatoires.

L'urgence peut être de nature médicale, avec expression symptomatique d'allure psychiatrique du trouble somatique ou complication iatrogène psychique d'un traitement à visée somatique, ou réaction psychologique marquée à la pathologie médicale et à l'annonce d'un diagnostic. Mais elle est souvent liée à une carence subite de l'entourage (épuisement familial, saturation d'un milieu institutionnel inadapté…) qui vient déstabiliser une situation plus ou moins précaire sur le plan médicopsychiatrique ou sur le plan social.

Les symptômes observés, qu'ils représentent une urgence médicale ou qu'ils servent de « passeport » à l'entourage pour conduire la personne âgée aux urgences, sont souvent non spécifiques. Toutefois, certaines situations sont plus caractéristiques de la personne âgée : agitation, modification du caractère avec agressivité ou au contraire apathie, troubles cognitifs aigus (confusion) ou chroniques (début de démence) avec ou sans idées délirantes,

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

conduites à risque, perte d'autonomie, déambulation, idées de mort liées au grand âge.

Différents cas

Les troubles cognitifs sont à rechercher systématiquement. L'anamnèse auprès de l'entourage ou du médecin traitant permet de distinguer entre une détérioration cognitive démentielle chronique et un trouble confusionnel aigu. Cette distinction est essentielle car elle conditionne la conduite à tenir, aussi bien en termes de traitement médicamenteux que de décision d'explorations complémentaires ou d'orientation sur une structure de soin ou d'hébergement.

Les tableaux d'agitation conduisent fréquemment la personne âgée aux urgences, que cette agitation soit isolée ou qu'elle soit associée à une anxiété importante, une agressivité, des idées délirantes – surtout persécutives ou de préjudice – ou, le plus fréquemment, des troubles cognitifs.

Les décompensations dépressives constituent également un motif fréquent de consultation d'urgence : il faut rechercher les antécédents dépressifs et la présence d'idées ou de passages à l'acte suicidaires. La dépression est souvent réactionnelle chez le sujet âgé (conscience douloureuse du vieillissement, conditions de vie dégradées, solitude, maladies somatiques douloureuses ou handicapantes), mais elle peut aussi soit s'inscrire dans le cadre de dépressions récurrentes anciennes, soit représenter un mode d'entrée dans une pathologie démentielle.

Conduite de l'examen

Les urgences hospitalières sont, malgré leur appellation, un milieu particulièrement inhospitalier pour les personnes âgées : outre la perte de leurs repères habituels qui aggrave généralement un trouble cognitif léger, une démence installée, une confusion aiguë, le bruit et l'absence fréquente de chambre isolée ne facilitent pas l'entretien en cas de déficit sensoriel ; l'agitation et la rapidité de réalisation des actes qui sont de règle aux urgences sont mal perçues par un sujet à l'anxiété exacerbée, dont l'agilité intellectuelle est souvent altérée. Il faut également évoquer les attitudes ou propos volontiers infantilisants de la part des soignants, qui traduisent une volonté de réassurance et de cordialité mais qui sont perçus par les patients âgés comme une familiarité et un paternalisme déplacés.

Le premier temps de l'examen est celui de l'installation d'un cadre propice à l'empathie et à la confiance, il est connu aujourd'hui que même les troubles cognitifs sont améliorés par un contact affectif de qualité.

L'évaluation physique porte, à l'interrogatoire et à l'examen clinique rapide, sur l'élimination d'un globe vésical, d'un fécalome, d'une cause iatrogène

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

d'agitation et d'anxiété (anticholinestérasiques, corticoïdes, traitements psychotropes…). Les troubles sensoriels visuels et auditifs et surtout leur aggravation récente suffisent souvent à conditionner une dégradation psychologique et une plus grande perte d'autonomie.

L'évaluation cognitive recherche des troubles confusionnels ou démentiels : en effet, leur existence diminue la signification de symptômes psychiatriques fluctuants dans le temps. Des idées délirantes secondaires à une confusion mentale ont par exemple une signification psychiatrique bien moindre que lorsqu'elles sont isolées. L'interrogatoire de l'entourage contribue à distinguer entre des troubles cognitifs aigus, d'installation récente, signant un tableau confusionnel réversible, et des troubles cognitifs chroniques, d'installation ancienne, évocateurs d'un processus démentiel, d'évolution plus ou moins rapide mais à long terme irréversible.

Le psychiatre doit rechercher des signes objectifs de dépression, permettant de faire la part entre une dépression caractérisée et des affects dépressifs, d'une tristesse réactionnelle non pathologique, d'un deuil récent…

Un éclairage provenant de l'entourage, ou au moins de personnes ayant connu le patient avant l'épisode actuel, permet de préciser l'importance de la rupture de fonctionnement global s'il y a lieu.

Il importe également de prendre en compte le contexte de vie (handicap physique, risque cognitif, isolement…), afin d'orienter au mieux le choix du cadre thérapeutique, ou la possibilité d'un retour au domicile, qui doit être systématiquement envisagé du fait du risque cognitif qu'entraîne une perte des repères habituels.

Bilan complémentaire

Le bilan médical, à la charge du médecin somaticien, est systématique chez le sujet âgé vu aux urgences, du fait de l'augmentation régulière avec l'âge du risque de pathologies somatiques.

En cas de confusion aiguë, une imagerie cérébrale est souvent utile, mais il ne faut pas négliger les informations importantes que peut apporter un électroencéphalogramme, en mettant en évidence des signes de souffrance cérébrale (ralentissement du tracé, ou tracé irritatif).

Au-delà de 75 ans, une évaluation cognitive doit être effectuée, en l'absence de confusion, dès qu'apparaît un doute sur les capacités mnésiques du patient : la réalisation de questionnaires très simples type MMSE (*Mini Mental State Examination*) permet d'objectiver et de quantifier une éventuelle atteinte cognitive. Au-delà de 80 ans, cette évaluation devrait être réalisée même en l'absence de toute altération cognitive : l'existence dans le dossier médical d'un chiffre de référence à une date donnée facilite grandement la distinction entre confusion et démence en cas d'altération cognitive lors d'un contact médical ultérieur du patient.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Conduite diagnostique

La démarche diagnostique aux Urgences commence toujours par la recherche d'une décompensation somatique, et l'examen médical est indispensable. Deux écueils opposés doivent être évités : celui de négliger une cause somatique derrière des plaintes floues, avec anxiété et propos dépressifs voire suicidaires au premier plan ; et celui de se focaliser sur des plaintes somatiques importantes qui peuvent n'être que le masque hypocondriaque ou somatoforme d'un malaise psychique.

Le second temps est l'évaluation cognitive, qui permet d'orienter la démarche diagnostique entre une pathologie strictement neurologique ou gériatrique, et une pathologie psychiatrique isolée ou associée.

Ces deux préalables de l'exploration de l'état somatique et de l'état cognitif effectués, l'investigation diagnostique, comme chez le sujet plus jeune, doit s'attacher aux différents champs de la sémiologie psychiatrique : troubles du comportement, affects dépressifs ou hypomanes, idées délirantes, phénomènes psychosensoriels isolés, trouble anxieux aigu ou chronique, troubles somatoformes et plaintes hypocondriaques. Il est essentiel que le psychiatre d'urgence connaisse leurs spécificités d'expression symptomatique chez le sujet âgé.

Discussion des conduites thérapeutiques

La conduite thérapeutique aux urgences face à un sujet âgé est dominée par la question de l'aval : possibilité du retour à domicile, nécessité d'hospitalisation en unité de soins médicaux ou psychiatriques aigus, ou nécessité de placement en institution d'hébergement, en absence de pathologie sévère mais lorsqu'existe une perte d'autonomie interdisant le retour au domicile.

L'entourage est l'interlocuteur central dans cette décision, les efforts pour organiser un retour à domicile restant la règle. Il faut savoir rassurer l'entourage, et proposer l'ensemble des aides (sociales ou paramédicales) à domicile, pour faciliter ce retour.

La sédation médicamenteuse doit être prudente et limitée au strict nécessaire du fait des risques : hypotension orthostatique, hypoventilation, troubles confusionnels, troubles cholinergiques (constipation, rétention d'urine) et dopaminergiques (syndrome extrapyramidal). Il faut privilégier parmi les benzodiazépines celles à demi-vie courte, et parmi les antipsychotiques les molécules dites atypiques ou de seconde génération.

L'arrivée de la mélatonine comme traitement de régulation des décalages de sommeil apporte un grand confort sans sédation excessive (mélatonine préparation magistrale 3 à 6 mg).

L'hospitalisation en milieu psychiatrique ne concerne qu'un nombre très limité de patients, ceux pour lesquels est retrouvé un trouble psychiatrique caractérisé et qui présentent des troubles du comportement ou un risque de passage à l'acte autoagressif avéré. Les structures de gérontopsychiatrie,

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

adaptées pour une évaluation psychiatrique ou pour la prise en charge de troubles psychiatriques spécifiques chez des sujets âgés avec ou sans troubles cognitifs, proposent malheureusement un nombre très insuffisant de places sur le territoire, que ce soit en hospitalisation temps plein ou en hôpital de jour.

La place particulière de l'information et l'estimation des risques

Le passage aux urgences est un moment à risque pour la personne âgée, du fait d'un vécu de stress intense (moindre adaptation à la nouveauté avec l'âge), de la perte de repères avec risque d'aggravation de troubles cognitifs préalables, d'une difficulté de compréhension de la situation.

L'accueil nécessite donc une mise au calme, une surveillance attentive des constantes et du comportement, des explications réitérées, avec autant que possible une présence constante d'un proche. Il faut mettre en œuvre une prévention des chutes, des fugues, des fausses routes, des gestes suicidaires. Il faut veiller à une bonne hydratation et une prise de nourriture, et limiter au strict nécessaire la prescription de psychotropes dont l'utilisation chez le sujet âgé présente des risques parfois supérieurs aux bénéfices.

Le risque iatrogène est en effet particulièrement marqué qu'il s'agisse des effets délétères des traitements psychotropes proposés (hypotension orthostatique, rétention urinaire, occlusion digestive, déficience respiratoire…) ou d'interactions médicamenteuses lors de la mise en place du traitement de nouvelles pathologies somatiques mises en évidence.

Un autre risque est celui de mettre sur le compte de l'âge un trouble qui peut être diagnostiqué et traité. C'est tout le débat des syndromes de glissement qui se sont trouvés peu à peu démembrés en pathologies diverses, passées inaperçues et n'ayant pas bénéficié du traitement curatif adapté.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

16

Précarité

Elle recouvre les situations d'absence d'un domicile fixe, d'instabilité de l'emploi, sur lesquelles se greffent la précarité des liens sociaux et des liens affectifs. Cette étape d'instabilité peut s'aggraver par une perte totale de tout abri : de sans domicile fixe on passe à sans-abri. Cette situation est source de morbidités : la durée de vie moyenne est inférieure de 20 ans à celle des personnes non précaires.

Un patient en situation de précarité sociale peut être amené aux urgences par un service d'aide sociale ou humanitaire, la police, les pompiers. Ou il est adressé par un médecin généraliste ou un service social pour une hospitalisation psychiatrique et une prise en charge psychosociale. Souvent il vient de lui-même demander une hospitalisation et menace, en cas de non-hospitalisation immédiate, de se jeter sous le métro, dans un fleuve, avaler tout son traitement, s'égorger ou s'immoler par le feu, commettre un meurtre… Ou encore il vient demander des médicaments psycho actifs, un traitement, un certificat médical, un suivi psychologique.

Motif de la consultation d'urgence

Le motif le plus fréquent est celui de troubles du comportement tels qu'un état d'agitation dans la rue, dans une gare ou un aéroport, dans un foyer d'hébergement, ou une aggravation de la désocialisation et de l'errance créant une gêne à l'ordre public.

Les conduites d'alcoolisation massive ou de prise de toxique et l'altération de l'état général entraînent l'arrivée aux urgences générales ou psychiatriques du fait du risque vital et de l'absence de consentement aux soins.

D'autres motifs de consultation sont les bizarreries, les propos incohérents, les idées dépressives avec conduites ou menaces suicidaires ou hétéroagressives.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Différents cas

Les principaux motifs cliniques sont les suivants :

– Le patient est alcoolisé ou sous toxiques, la symptomatologie paraît bruyante et dramatique.

– Ou il présente une altération marquée de l'état général : incurie, fièvre, toux, maigreur, hématomes, plaies, membre impotent…

– Ou la symptomatologie psychiatrique est au premier plan : désespoir, idées de suicide, agitation avec risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif immédiat

La difficulté réside dans le brouillage clinique induit par

– les exigences d'hospitalisations par un service social qui masquent un besoin d'hébergement

– l'instabilité chronique qui a induit une multitude de demandes de prises en charges psychiatriques successivement abandonnées

– l'indication d'hospitalisation psychiatrique hâtivement faite pour un patient ayant des antécédents psychiatriques sans tenir compte de troubles somatiques nécessitant des soins immédiats

Le patient précaire est souvent taxé de manipulateur

– il ne demande rien, banalise un comportement, paraît passif ou tendu, réticent, méfiant, on note un flou biographique, il veut repartir au plus vite

– il utilise les fausses demandes : allégations de pathologies et troubles factices, menaces suicidaires, allégations d'identités, d'événements biographiques, dans le registre mythomaniaque (décès multiples, diagnostic de maladie mortelle récent…)

– le patient a le sentiment d'un rejet, et n'a pu bénéficier d'un suivi régulier

Conduite de l'examen

Lors de l'évaluation psychiatrique, la recherche de la symptomatologie à partir du récit du patient est perturbée par le flou des repères temporels, la présentation incurique, la demande a priori d'hospitalisation à but social par le patient ou par les intervenants.

Les éléments biographiques principaux (familiaux, sociaux, médicaux ; carence affective, éducative, addictions, incarcérations ou passé judiciaire, derniers emplois) sont difficiles à reconstituer.

Les antécédents médicaux ou psychiatriques (hospitalisations, suivis et traitement), de rupture de soins, ne sont pas toujours faciles à retrouver du fait du manque de repères de ces patients. On s'aidera des dossiers établis lors de précédents passages dans les services de soins et dans les services sociaux, et des dossiers ou papiers épars que ces patients traînent avec eux.

L'évaluation porte aussi sur la situation sociale et familiale actuelle : quelles ressources ? Le RSA, AAH (allocation adulte handicapé) ? Quand a-t-il perçu

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

la dernière fois ? Fait-il « la manche » ? Mesure de tutelle, domiciliation, hébergement habituel ou récent, dans quelle rue, quel quartier ?

Dans les situations de migration, tout doit concourir à l'évaluation clinique en s'abstenant de jugement sur la situation du patient (séjour irrégulier, caractère jugé utilitaire des demandes, voire jugement sur le pays d'origine et la justification de la migration). Quand s'y ajoute une absence de connaissance du français (ou de la langue du pays d'accueil quel qu'il soit) associée à la précarité les erreurs diagnostiques sont repérées : excès de diagnostics de troubles psychotiques, excès de diagnostic de troubles somatoformes, défaut de diagnostic de troubles de l'humeur, défaut de diagnostic de troubles réactionnels ou post-traumatiques.

L'entourage, quand il existe, surtout s'il est en position d'interprète, tantôt a honte, tantôt dramatise la pathologie. La mauvaise acceptation des modes de soins vient de leur caractère inacceptable dans la culture d'origine (traitement injectable, hospitalisation sans consentement par exemple).

Les modalités de l'entretien conjoint clinicien/patient/interprète doivent être définies à l'avance avec l'interprète : rendre le discours du patient sans le synthétiser ou l'interpréter, *a fortiori* sans donner de diagnostic, aider au décodage culturel en différenciant la traduction du discours du patient et un dialogue avec le clinicien sur les singularités culturelles. On définit 2 types d'entretien avec interprète : l'entretien en triangle plus riche où les échanges sont multiples et l'interprète traduit et participe au décodage culturel, le clinicien s'adresse autant à l'interprète qu'au patient ; et l'entretien boîte noire, simple traduction automatique généralement mal supportée par l'interprète.

Bilan complémentaire

La prise de paramètres systématique est bien indiquée par la HAS en 2006 dans le cas de patients ne pouvant consentir aux soins et qui sert de modèle comme bilan minimum pour ces situations d'urgence : température, tension artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, vigilance, glycémie, saturation. Elle permet l'abord corporel de ce patient et favorise le contact et l'évaluation en plus des données objectives qu'elle fournit.

Selon l'anamnèse ou le symptôme d'appel on recherchera un tableau infectieux (infection par le VIH, tuberculose), des lésions cutanées, un bilan hépatique avec alcoolémie, lésions dentaires, des lésions oculaires.

Conduite diagnostique

Les principales hypothèses diagnostiques et diagnostics différentiels sont :

– l'état dépressif majeur à ne pas confondre avec un moment bref de désespérance ou la « souffrance psychique »

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

– les idées délirantes et les idées de référence persécutives du trouble psychotique chronique sont à différencier de celle de la personnalité émotionnellement labile,

– les velléités ou menaces suicidaires doivent être explorées avec celle de l'intentionnalité associée ou non,

– une conduite addictive nécessitant un sevrage est distincte d'une demande d'hébergement.

Discussion des conduites thérapeutiques et d'orientation

Il est important de prescrire un traitement symptomatique aux urgences pour l'angoisse, l'agitation, la prévention des accidents du sevrage, pour se donner le temps des investigations et d'une réévaluation à distance, ce qui permet d'atténuer le sentiment souvent prégnant de rejet, d'exclusion.

L'observation prolongée aux urgences permet une réévaluation devant des menaces auto et hétéro agressives avec mise en place immédiate d'un traitement symptomatique avant toute hospitalisation ou sortie des urgences.

L'hospitalisation psychiatrique ne doit pas être un hébergement ni un sevrage en urgence, elle est établie sur des éléments cliniques tenant compte des possibilités d'accès aux soins ou de l'aggravation envisagée dans les conditions de vie, elle se réalise en accord avec le service concerné, pour un projet de soins clairement établi dans le dossier.

Les principaux interlocuteurs des réseaux précarité utiles en urgence psychiatrique sont :

– les référents des urgences médicales

– les services, réseaux sociaux d'urgence pour un hébergement (115, EMMAUS, CHRS)

– les lits infirmiers du SAMU SOCIAL en cas de soins prescrits

– les référents médicaux de la sectorisation : CMP, service hospitalier avec une sectorisation psychiatrique selon les directives locales (informations générales délivrées par l'ARS)

– dispensaire de soins généraux, Médecins du Monde, référent précarité d'association

La place particulière de l'information et l'estimation des risques

La plus grande vulnérabilité devant un certain nombre de handicaps sociaux est susceptible d'entraîner un glissement vers des situations de grande pauvreté et d'exclusion : 22,9 % des consultants aux urgences (hommes 78 %, 22 % femmes). Cette situation complique l'évaluation en urgence du fait du paradoxe

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

entre la demande et la réponse (rejeter l'hospitalisation de quelqu'un qui la demande, vouloir hospitaliser quelqu'un qui ne le demande pas) et du fait du contexte émotionnel allant jusqu'à l'hostilité antipsychiatrique des services sociaux de secours. Le recours aux soins de ces personnes vie entière est non négligeable, supérieur même à la population générale en ce qui concerne les hospitalisations. Rapporté au taux de suivi, cela illustre le fait que si ces personnes ont eu un accès au système de soins à un moment, elles n'ont pu s'y maintenir, reflétant une certaine errance médicale. Ces difficultés inhérentes à la psychiatrie sont certainement aggravées par la précarité.

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

PARTIE 3

CAS CLINIQUES

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ FaceBook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

www.doc-dz.forumactif.com
MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Cas clinique 1 : Addictions

Conduite à risque

L'équipe de psychiatrie aux urgences générales est sollicitée au sujet de M. G., 38 ans, pris en charge pour accident de la voie publique : alors qu'il conduisait sur une voie rapide, sa voiture a brusquement ralenti et a été percutée par le véhicule se trouvant derrière lui. L'équipe de première ligne a remarqué lors de l'examen clinique un ralentissement psychomoteur et suspecte l'accident de voiture du patient d'être un passage à l'acte suicidaire. L'examen médical est normal à l'exception des pupilles qui sont en myosis.

M. G. est vu aux urgences générales dans un box d'examen. Il présente un ralentissement moteur et exprime des idées de lassitude. Il minimise les circonstances de l'accident de la voix publique dans lequel il est impliqué et blâme l'excès de zèle de la police, des pompiers, des médecins. Il nie toute idée suicidaire. Il nie également toute prise de toxique précédent l'événement. Il déclare en revanche être suivi dans un centre méthadone et recevoir 120 mg quotidiennement. Il demande sa sortie en arguant du fait qu'il n'a pas pris sa méthadone aujourd'hui et doit se rendre au centre avant sa fermeture.

M. G. vit avec sa compagne mais celle-ci n'est pas joignable malgré plusieurs tentatives de l'équipe. La mère du patient est contactée et dit ne pas être surprise que son fils soit impliqué dans un accident car « il prend trop de choses et ça devait bien finir par arriver ».

Dépression et addiction

Le centre méthadone est contacté et confirme la prise en charge du patient ainsi que son dosage quotidien. Le patient est par ailleurs suivi par le psychiatre du centre méthadone pour dépression et reçoit un traitement par inhibiteur de la recapture de la sérotonine. Il n'y a pas de passage à l'acte suicidaire dans les antécédents mais le psychiatre

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

du centre décrit des conduites de risques à type de surdosage médicamenteux.

NFS, ionogramme, bilan hépatique normaux. Scanner cérébral sans injection montrant une atrophie modérée. Recherche de toxiques urinaires positifs pour méthadone, cocaïne, benzodiazépines. ECG : rythme sinusal, QT corrigé 520 ms.

Ce cas clinique comporte une complexité particulière car le patient présente des comorbidités psychiatriques, addictologiques, et médicales. Si la prise de toxiques semble être à coup sûr la cause de l'accident de la voie publique (le patient s'est endormi au volant), la question de la prise de risque et de sa motivation reste entière. Le patient nie toute idée suicidaire mais la prudence doit faire envisager une stratégie de réduction des risques.

Conditions de sortie

La mère du patient est mobilisée et se rend aux urgences, ce qui permet d'effectuer la sortie. Le patient accepte de lui remettre son permis de conduire et s'engage à ne plus utiliser de véhicule jusqu'à obtention de l'autorisation de son addictologue. Il quitte les urgences pour se rendre à son centre méthadone où son projet sera reconsidéré. Un accent tout particulier est porté sur l'association méthadone et benzodiazépines en raison de l'allongement du QT.

www.doc-dz.forumactif.com MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Cas clinique 2 : Agitation

Agitation sur la voie publique

Mme L. est conduite aux urgences psychiatriques par la police après avoir présenté des troubles du comportement dans une supérette. D'après l'officier de police, la patiente a eu une altercation avec le propriétaire du magasin contre lequel elle a employé des insultes à caractère racial et qu'elle a accusé de vouloir l'empoisonner avec des produits alimentaires. Le propriétaire du magasin ne souhaitant pas porter plainte et Mme L. présentant un comportement désorganisé, la police a décidé de conduire la patiente aux urgences psychiatriques.

Agitation aux urgences

Mme L., 34 ans, est calme durant les formalités d'accueil mais présente clairement un état de tension interne avec hostilité de l'ambiance. Elle refuse de répondre à plusieurs questions lors de l'entretien infirmier. Son discours est émaillé de propos délirants et désorganisés. La patiente ne peut dire si elle subit des hallucinations ou non. Une fois l'entretien infirmier terminé la patiente qui reste calme est placée en salle d'attente avant son entretien avec le médecin psychiatre. Cependant après 30 minutes d'attente, la patiente est retrouvée très agitée, prenant à partie l'entourage d'un autre patient, les accusant de « tenter de la manipuler » ; des insultes à caractère racial sont employées.

Mme L. a été hospitalisée de nombreuses fois sur son secteur psychiatrique. Elle reçoit un traitement antipsychotique retard mais après vérification auprès du centre médico-psychologique, il apparaît qu'elle a manqué sa dernière injection. Les rechutes décrites sont typiquement émaillées de troubles du comportement sur la voie publique avec parfois violences verbales motivées par des idées délirantes à thématique de persécution.

La patiente vit seule mais son frère est souvent présent à ses côtés.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Pas d'antécédents médicaux. Examen clinique sans particularité. Pas d'indication à un bilan biologique ou d'imagerie en urgence.

Désescalades

La patiente est abordée dans la salle d'attente par le psychiatre et l'équipe infirmière. L'équipe s'emploie à utiliser un ton calme et s'excuse pour l'attente qu'a subie la patiente depuis son arrivée. Une collation et une boisson lui sont proposées, ce qu'elle accepte. Elle est conduite dans une salle de soins intensifs où la collation lui est servie. Le psychiatre indique à la patiente qu'un traitement médicamenteux est nécessaire afin de lui permettre de reprendre le contrôle d'elle-même. Elle refuse initialement et jette sa collation au sol. Le psychiatre l'informe cependant que le traitement est nécessaire et que ce dernier passage à l'acte montre qu'elle ne peut se contrôler à l'instant présent. Le choix entre plusieurs molécules lui est cependant proposé et la patiente finit par accepter un traitement oral. Elle est installée dans une chambre individuelle et un repas lui est servi. Elle reste éveillée mais ne présente pas d'épisode de violence durant le reste de sa prise en charge.

Le frère de la patiente se rend sur place et demande l'hospitalisation sous contrainte de Mme L. Elle est admise sur son secteur et le traitement antipsychotique est repris.

www.doc-dz.forumactif.com MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Cas clinique 3 : Crise suicidaire

Mme M., âgée de 43 ans, est amenée aux Urgences par la brigade de Sapeurs-Pompiers, qui ont été alertés par la voisine à qui elle ne répondait pas. Les pompiers retrouvent dans son appartement Mme M. en état de somnolence importante : quoique réagissant à la douleur et obéissant à quelques ordres simples, elle ne parvient pas à s'exprimer, et les pompiers décident de la transférer à l'hôpital. Sa voisine et amie, qui l'accompagne aux Urgences, rapporte qu'elle trouvait depuis quelques semaines Mme M. de plus en plus abattue, et que depuis 3 à 4 jours, elle lui faisait part d'un découragement particulièrement marqué, ce qui a conduit à une vigilance accrue de la part de cette voisine.

Intentionnalité suicidaire

Les boîtes de médicaments retrouvées auprès d'elle laissent penser qu'elle a pu absorber entre 15 et 20 cp de bromazépam, et une dose indéterminée de paracétamol. Assez rapidement aux Urgences, il est possible de lui faire dire que l'absorption médicamenteuse a eu lieu une dizaine d'heures auparavant. Mme M. se réveille progressivement, et évoque d'une voix embarrassée mais sans réticence sa volonté suicidaire, liée, d'après ses dires, à la conjonction de difficultés affectives (départ de son compagnon 2 mois plus tôt de leur domicile, séparation qu'elle vit très douloureusement) et de la perte de son emploi il y a une semaine.

Dépression sévère

Le discours de la patiente est très pessimiste, elle ne voit pas de solution à ses difficultés, se voit sans ressource suite à son licenciement et sait qu'elle devra de ce fait prochainement quitter son logement. Elle dit avoir absorbé de façon impulsive ses médicaments, afin d'en finir rapidement. Il s'agit d'un premier passage à l'acte suicidaire. Dans ses antécédents, on retrouve des troubles du comportement alimentaire entre 16 et 19 ans, en grande partie résolutif (elle pèse actuellement

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

43 kg pour 1 m 55, ce qui lui convient). Elle ne décrit pas d'épisode dépressif marqué en dehors de l'épisode actuel.

Elle n'exprime pas de projet de nouvelle tentative. Elle se dit très seule : fille unique, elle n'a plus que sa mère, qui vit au Portugal et qu'elle ne souhaite pas inquiéter en l'informant de son état, d'autant que celle-ci a présenté à plusieurs reprises des épisodes dépressifs marqués, ayant nécessité des traitements antidépresseurs et, à deux reprises, des séjours en milieu psychiatrique.

Hospitalisation

Aux Urgences, les soignants s'attachent à la rassurer, en particulier par la perspective d'une prise en charge globale en service hospitalier. Le psychiatre estime en effet que plusieurs facteurs de risque de récidive existent chez cette patiente comme son isolement, l'absence de perspectives d'avenir, un syndrome dépressif marqué avec anxiété majeure, un antécédent familial direct de trouble thymique, et il propose donc une hospitalisation libre en milieu psychiatrique, ce que la patiente accepte. Une surveillance somatique est maintenue aux Urgences durant quelques heures, afin de s'assurer de l'absence de réapparition de troubles de la vigilance, et afin de réaliser un contrôle biologique hépatique suite à l'ingestion de paracétamol.

www.doc-dz.forumactif.com MedBook Doc DZ

La Source : www.pediatrie.forumactif.com Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Cas clinique 4 : Épisode anxieux aigu

Anxiété et somatisation

Mlle T., âgée de 26 ans, se présente spontanément aux Urgences hospitalières, car elle craint d'être atteinte d'une pathologique somatique grave. Elle décrit l'apparition, depuis le matin, d'une sensation d'oppression thoracique, de manque de souffle, de douleurs précordialgiques, de nausées. Elle demande qu'on réalise divers examens complémentaires : radio thoracique, électrocardiogramme, scanner… Elle est volubile, se lève à plusieurs reprises durant l'entretien, se calme difficilement, rapporte avoir eu le matin la crainte de mourir brusquement.

Un examen clinique rapide réalisé par le médecin urgentiste ne révèle pas d'anomalie. Il existe une légère polypnée, mais sans signe pathologique à l'auscultation pulmonaire. Devant l'inquiétude disproportionnée rapportée par Mlle T., l'avis du psychiatre des Urgences est demandé.

La patiente parvient à se tranquilliser en entretien, elle accepte l'idée que ses plaintes puissent être liées à une anxiété aiguë plutôt qu'à une pathologie somatique. Elle décrit des épisodes similaires, quoique beaucoup moins intenses, depuis 2 à 3 ans, survenant 3 à 4 fois par an, sans facteur déclenchant retrouvé, ou avec des facteurs qui lui paraissent insignifiants. Concernant l'épisode actuel, elle évoque des échecs récents dans ses études, qui la touchent d'autant plus qu'elle mène son cursus universitaire avec difficulté depuis son baccalauréat obtenu il y a 8 ans ; elle souhaite finir son master dans quelques mois, et est de plus en plus préoccupée de l'ampleur de la tâche qui lui reste à accomplir pour y parvenir.

Anxiété et traits dépressifs

Elle dit être plutôt satisfaite de son contexte de vie, bien qu'elle mène de front activité salariée et études, mais souligne néanmoins qu'elle vit difficilement son célibat et sa difficulté à nouer des relations affectives durables.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Les questions posées durant l'entretien quant à son fonctionnement habituel de personnalité permettent de mettre en évidence un fonds anxieux ancien, avec une anticipation généralement négative de l'avenir, et des préoccupations constantes sur sa santé. Elle consulte divers médecins, plusieurs fois chaque année, alors qu'elle ne souffre d'aucune pathologie somatique notable. On relève également une agora-claustrophobie, légèrement handicapante.

Au fur et à mesure de l'entretien, elle se détend, rassurée par les explications données par le psychiatre et l'assurance avancée par le médecin urgentiste qu'il n'y a pas de pathologie somatique sous-jacente. Il lui est proposé une prescription d'un anxiolytique benzodiazépinique, à ne prendre qu'en cas de survenue de crise d'angoisse. Elle adhère à l'idée que garder toujours sur elle un ou deux comprimés d'anxiolytique puisse avoir en soi un effet rassurant, et qu'elle pourra ainsi le plus souvent se passer de la prise effective du traitement.

Urgence et apaisement

Mlle T. indiquant qu'elle ne souhaite pas s'engager dans un processus psychothérapique au long cours, et paraissant plus à l'aise avec une attitude thérapeutique pragmatique qu'introspective, le psychiatre l'oriente, parallèlement à la prescription médicamenteuse, vers une approche cognitivo-comportementale de son anxiété, en lui suggérant la lecture d'un ouvrage de vulgarisation, et si besoin par la suite une évaluation par un spécialiste de l'utilité chez elle d'une thérapie cognitive ou d'un traitement psychanalytique.

www.doc-dz.forumactif.com MedBook sur DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Cas clinique 5 : Épisode dépressif aigu

Troubles organiques du vieillissement

M. G. âgé de 77 ans, est accompagné aux Urgences par ses deux enfants, qui s'inquiètent d'un amaigrissement de plus en plus marqué et d'une fatigue croissante. L'examen médical réalisé par le médecin urgentiste ne retrouve pas d'anomalie notable : sous traitement antihypertenseur, la tension artérielle est un peu basse mais dans les limites de la normale, il n'y a, au bilan biologique, aucun signe pathologique, en particulier pas d'indice de récidive du cancer du côlon dont il a été guéri il y a une dizaine d'années. En l'absence d'étiologie somatique à cet amaigrissement et cette asthénie, l'urgentiste demande donc un avis psychiatrique.

Événements de vie

L'entretien, réalisé à la demande du patient en présence de sa fille, permet de préciser que les difficultés ont débuté il y a plus de 3 mois. L'épouse de M. G. est décédée il y a environ 1 an, et le patient semblait avoir réagi de façon adaptée à ce décès, reprenant progressivement ses activités antérieures : promenade quotidienne, jeux de cartes avec ses amis, une ou deux séances de cinéma par semaine. Trois à 4 mois avant la consultation aux Urgences, son comportement s'est progressivement modifié : suite au décès de son chien, il est sorti moins régulièrement, éprouvant des difficultés à faire seul les promenades qu'il faisait « pour son chien » ; il annule de plus en plus souvent ses parties de cartes, ne trouve pas de film à aller voir. Il est heureux des visites de ses enfants, mais les appelle moins lui-même, et ressasse en leur présence toutes ses difficultés actuelles et passées. Il dit se demander pour quoi il est encore sur terre, se trouve inutile, être une charge pour ses enfants. Il dit n'avoir pas de projet suicidaire, en particulier du fait de ses convictions religieuses, mais reconnaît attendre la mort avec plus de soulagement que d'inquiétude.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Il éprouve de grandes difficultés à s'alimenter, disant n'avoir pas faim, être dégoûté de la nourriture. Alors que son sommeil a toujours été de bonne qualité, il se plaint de difficultés de sommeil, avec en particulier un réveil quasi systématique vers 3 heures du matin et le plus souvent impossibilité de se rendormir avec ruminations négatives le reste de la nuit. On le sent en entretien très angoissé, ce qu'il reconnaît d'ailleurs, décrivant un état d'angoisse marquée diffus, sans crises aiguës.

Aucun antécédent psychiatrique n'est retrouvé, hormis une tentative de suicide lorsqu'il avait 18 ans, suite à une rupture affective douloureuse. Le psychiatre note lors de l'entretien de petites difficultés mnésiques, mais le *Mini Mental State* réalisé par l'externe des Urgences montre un score de 28/30, n'évoquant donc pas un début de démence.

Conditions de sortie

La discussion sur la conduite à tenir se fait en présence de ses deux enfants. Sa fille, qui ne travaille pas et dont les deux enfants sont désormais autonomes, propose de prendre son père chez elle dans un premier temps (elle habite à quelques centaines de mètres du domicile de son père), et de n'envisager une hospitalisation en psychiatrie qu'en cas d'aggravation de son état. Le psychiatre considère que le risque de passage à l'acte est limité, et donne son accord, en mettant en place d'emblée un traitement antidépresseur (avec une molécule plutôt sédative afin de limiter le recours aux hypnotiques et aux anxiolytiques) et en organisant un suivi de secteur rapproché, avec un premier rendez-vous au CMP qu'il obtient pour la fin de la semaine en cours.

www.doc-dz.forumactif.com MedBook DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Cas clinique 6 : Épisodes maniaques à répétition

Inquiétude de l'entourage

Elle est âgée de 29 ans quand elle se présente le lundi à 9 h 25 aux urgences psychiatriques. Elle arrive avec son compagnon et sa mère qui demandent une hospitalisation devant un état d'excitation psychique évoluant depuis 3 jours. Ils racontent rapidement que Mme G vit en concubinage, elle est mère d'un enfant de 2 ans et d'un bébé de 3 semaines. Titulaire d'un diplôme de commerciale, elle travaille comme assistante de direction. Les parents de Mme G n'ont jamais vécu ensemble et la patiente verrait peu son père. Elle a un demi-frère de 3 ans son aîné.

À l'examen Mme G est agitée et agressive. Son contact est méfiant et opposant et son discours diffluent. Elle présente des idées délirantes de thématique mégalomaniaque et de persécution qui sont au premier plan, elles sont associées à un état d'excitation psychomotrice. Elle rapporte aussi une insomnie récente. La sthénicité et l'opposition dépassent les possibilités habituelles d'accueil et nécessitent rapidement la mise en place d'une contention physique et l'administration d'un traitement neuroleptique sédatif par chlorpromazine par voie intramusculaire, avant même d'avoir pu reconstituer l'anamnèse.

Épisodes maniaques à caractères psychotiques

Le premier contact avec la psychiatrie date d'il y a 6 ans. Elle a alors été hospitalisée sous contrainte pour un épisode psychotique aigu. L'évolution a été favorable après une hospitalisation de 4 mois, au décours de laquelle a débuté un suivi ambulatoire au CMP de secteur. Le diagnostic de schizophrénie dysthymique a d'abord été évoqué puis récusé au profit de celui d'un trouble bipolaire avec épisodes de manie délirante récurrents. Mme G a été traitée par Valproate et Olanzapine,

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

mais elle est réhospitalisée via les urgences il y a 2 ans de nouveau en soins psychiatriques à la demande du tiers pour un second épisode psychotique aigu après un arrêt du traitement. La rupture de suivi et de traitement est suivie par une 3e hospitalisation en en soins psychiatriques à la demande du tiers pour un état dissociatif et délirant, associé à une excitation psychomotrice survenant 3 semaines après son premier accouchement. En ce qui concerne l'épisode actuel, Mme G a arrêté son suivi et son traitement au début de sa 2e grossesse il y a environ 9 mois. Même si, cette fois, elle a repris d'elle-même son traitement antipsychotique depuis 3 jours devant l'apparition de l'insomnie, l'épisode aigu a poursuivi son évolution jusqu'à nécessiter une nouvelle fois le passage par les urgences.

Aucun bilan complémentaire ne peut être recherché en urgence. L'examen somatique se réduit à la prise des 7 paramètres exigés lors d'une hospitalisation à la demande d'un tiers : pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire, glycémie au doigt, saturation, vigilance, température.

Devant cet état d'excitation maniaque, avec syndrome délirant au premier plan survenant en post-partum, Mme G est adressée en en soins psychiatriques à la demande du tiers (demande signée par la mère) à l'hôpital de secteur. La prise en charge du bébé semble bien cadrée par le compagnon et la mère de la patiente.

Désir de maternité et rupture de traitement

Cette patiente, bien stabilisée sous traitement avec une bonne insertion socioprofessionnelle a un trouble sensible à l'arrêt du traitement, survenu ici dans le contexte précis d'un désir de maternité. Les rechutes thymiques brutales, notamment en post-partum, s'accompagnent d'un syndrome délirant très floride rendant le recours aux soins en situation aiguë impossible pour la patiente. Le service d'urgences psychiatriques est sollicité à chaque fois par l'entourage comme une modalité de recours. La consultation dans le cadre d'une rechute constitue une opportunité de reprendre la prise en charge. Ces réflexions autorisent le praticien à évoquer dès l'urgence avec la patiente plus calme et avec les proches la nécessité à moyen terme d'engager une démarche d'éducation thérapeutique.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Cas clinique 7 : Épisode psychotique aigu

Demande de soins, demande délirante ?

M. P., 23 ans, se présente aux urgences accompagné par son amie, inquiète de son comportement. Depuis 4 jours, alors que tout allait bien, il a commencé à émettre des propos bizarres, s'est dit surveillé, est persuadé que son ordinateur est espionné. Des individus qu'il ne connaît pas auraient pris à distance le contrôle de son existence, en parvenant à lui implanter une puce informatique dans le cerveau. Depuis, il ne dort plus, toujours sur le qui-vive. Il veut arrêter ses études, parle de déménager en urgence. Son amie ne parvient plus à le calmer ; il arrive d'ailleurs à M. P. de lui demander si elle ne fait pas partie de cette « machination ». Il a accepté de se rendre avec elle aux urgences afin qu'un scanner permette de localiser la puce.

À l'arrivée aux urgences, M. P. apparaît suspicieux, il demande s'il peut vérifier le branchement de l'ordinateur présent dans la pièce, n'est pas sûr que les soignants ne soient pas impliqués dans ce qui lui arrive. Il décrit sans réticence ce qu'il ressent, soulignant que son discours peut paraître fou, mais y adhérant de façon ferme. Il répond aux questions posées, mais s'étonne qu'on ne recherche pas d'emblée par imagerie cette puce. Il n'apparaît pas confus. Il est anxieux de sa situation, mais il n'exprime pas de tristesse ni d'idées noires. On note une légère exaltation lorsqu'il expose son histoire.

Consommation toxique

Il semble avoir des liens de bonne qualité avec sa famille, mais les contacts sont limités du fait de l'éloignement, depuis qu'il est venu à Paris poursuivre ses études. Son amie, qui le connaît depuis 4 ans et vit avec lui depuis 2 ans, décrit un garçon sans histoire, calme, sans addiction notable, consommant de façon épisodique, le week-end, de

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

l'alcool et rarement des drogues illicites. Dans une fête où ils se sont rendus l'avant-veille de l'éclosion du discours délirant, elle n'exclut pas qu'il ait pu prendre une substance qu'il ne connaissait pas, mais ni l'un ni l'autre n'ont de souvenir précis à ce sujet.

Aux urgences, une recherche de toxiques et d'alcool se révèle négative. Un bilan biologique standard ne retrouve pas d'anomalie. Devant cette survenue brutale d'un épisode délirant sans facteur déclenchant retrouvé ni antécédent psychiatrique notable, il est décidé de faire un scanner cérébral à la recherche d'un processus expansif intracrânien. M. P. accepte facilement cet examen, qui se révélera normal, mais ne se dit pas rassuré pour autant quant à l'absence d'une puce dans son corps, qui pourrait être localisée ailleurs que dans le cerveau…

Hospitalisation libre

Les différents soignants qui interviennent auprès de lui aux urgences lui expliquent tous qu'ils ne pensent pas que ce qu'il décrit soit dans la réalité, que probablement son imagination lui joue des tours. Sans être réellement convaincu, il est néanmoins partiellement rassuré par cette unanimité, et accepte l'idée qu'il puisse en effet en partie exagérer ses craintes. Il accepte également la nécessité de se reposer quelques jours en milieu hospitalier, d'autant qu'il ressent une dette de sommeil importante.

Il est donc décidé d'une hospitalisation en service libre dans son secteur de psychiatrie, pour une évaluation plus approfondie et pour mise en place de la prise en charge. Son amie se dit d'accord pour signer par la suite une éventuelle demande d'hospitalisation sous contrainte si M. P. décidait d'interrompre prématurément les soins. Afin de soulager l'anxiété du patient, il lui est proposé, ce qu'il accepte, une dose modérée d'un antipsychotique atypique per os, avant le transfert.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Cas clinique 8 : Passage à l'acte et gravido puerpéralité

Demande de soins apparente

Mme Paulette B âgée de 30 ans, vient d'elle-même du domicile de sa sœur chez qui elle réside actuellement, pour qu'une prise en charge telle que celle dont elle bénéficiait en Asie soit rétablie. Son rapatriement est dû au fait qu'elle est ressortissante française en soins psychiatriques en Asie depuis 5 ans. Il s'était alors produit la tragédie de sa vie : elle avait tué son fils âgé de 2 ans et son bébé de 3 mois. Elle raconte cela dans une confession de 3 pages où elle dessine le démon qui était dans ses enfants.

La difficulté est double : évaluer la clinique et le caractère persistant ou non des éléments ayant entraîné les meurtres ; faire face à tous les intervenants de la petite enfance, de l'ordre public et judiciaire, ceux ayant en charge la fille aînée restante, cherchant à obtenir un minimum de garanties. D'autant qu'elle a quitté seule l'Asie il y a quelques jours et elle est venue d'elle-même avec sa soeur presqu'aussitôt.

La psychose du post partum

Avant le drame, cette personne était sans antécédents. Elle voulait parfaire son chinois et c'est pourquoi elle est partie en Asie avec ses 2 enfants. Son niveau est excellent. Elle rencontre là-bas un ami avec qui elle a un bébé. Elle décrit alors ce qu'on peut diagnostiquer rétrospectivement comme une psychose du post partum. À la maternité, l'infirmière lui demande de ne pas crier, sinon elle appelle quelqu'un. La grossesse était souhaitée et ne présentait aucune difficulté, pas plus que l'accouchement. De retour à domicile, elle est entourée par ses parents et son nouveau compagnon. Mais au bout de 2 mois elle se retrouve seule avec ses 3 enfants. Sa fille aînée fait état de douleurs dans le vagin, Mme B. ressent alors pour elle et sa fille « du verre à l'inté-

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

rieur de la tête projeté à l'extérieur pour savoir tout ce qui se passe ». Elle protège sa fille avec des serviettes pour éviter l'entrée du démon qu'elle voit dans les yeux du bébé nouveau-né et qui lui fait peur. Elle ne sait pas que faire ni qui appeler, se sentant coupée du monde. Elle se souvient des paroles de l'infirmière et croit que le démon était appelé dès la maternité. Et puis les passages à l'acte sont arrivés accompagnés d'hallucinations auditives : « que va-t-on faire du démon ? ».

Dans sa résidence asiatique, le non- lieu judiciaire est prononcé, elle est hospitalisée sans consentement puis placée en une sorte de foyer de réinsertion, elle travaille le jour en marketing, rentre au foyer et gère elle-même son traitement (Leponex 375 le soir, Glucophage 3 par jour). Aujourd'hui elle repense aux enfants merveilleux et bien élevés qu'elle avait, elle y pense au moment des anniversaires notamment. Pour elle aucun élément d'ordre culturel n'a joué, elle est née en France et personne dans sa famille ne croit aux démons. Elle a appris qu'une tante maternelle avait la même maladie qu'elle, et était internée en Afrique, sans toutefois de passage à l'acte. Elle ne souhaite plus avoir d'enfants, mais elle aurait gardé des contacts avec sa fille aînée à qui elle téléphone régulièrement, et avec le père de celle-ci. Elle critique son geste, sa famille y a vu quelque chose de pathologique, non de culturel. Le contact et les capacités d'élaboration sont excellents. Il n'y a aucune activité délirante actuellement.

Hospitalisation à distance du passage à l'acte après rapatriement

L'adhésion aux soins et au traitement, ainsi que la demande de réinsertion sont totales. Mais un temps bref de soins psychiatriques sans consentement avec passage rapide en soins ambulatoires paraît nécessaire à la mise en route de la démarche d'insertion et au suivi du traitement, ainsi qu'à l'aménagement des relations avec sa fille et avec le reste de la famille.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Cas clinique 9 : Pathologie survenant à l'adolescence

Mathilde, 18 ans, consulte aux urgences psychiatriques, accompagnée de sa famille pour une aggravation brutale de son état. Un mois auparavant, elle présentait un tableau anxio dépressif l'ayant amenée à consulter en psychiatrie. Mais des idées délirantes apparaissent « on se moque d'elle » « on parle d'elle », ses pensées et ses actes ne lui appartiennent plus, elle est « sous influence ».

Le débordement de la famille

Lors de la consultation d'urgence, on note à la fois les éléments dépressifs stuporeux, les thèmes d'auto accusation, la conviction d'avoir fait emprisonner son père et le reste de la famille. Elle est traitée par un neuroleptique anti productif (halopéridol 5 mg). La famille, terrorisée par le changement brutal et complet du comportement et de la relation avec Mathilde, accepte de l'hospitaliser dans un service pour adolescents. On dispose du bilan psychologique qui relève : « Le Moi du sujet est très fragile, l'image corporelle défaillante, les identifications peu solides et structurantes. Elle est consciente de ses faiblesses, redoute l'écroulement devant l'angoisse et la dépression. Le Surmoi tyrannique peut la conduire à des attitudes masochistes pouvant la mener à des passages à l'acte suicidaires. La demande d'aide est un point sur lequel on peut s'appuyer pour qu'elle puisse évoluer favorablement grâce à une thérapie ».

La difficulté de recueillir le consentement

Après une sortie d'hospitalisation prématurée, Mathilde revient aux urgences, accompagnée de ses parents, 10 jours plus tard et elle est réhospitalisée, cette fois à sa demande. La scolarité en première est compromise, d'autant qu'il s'agit déjà d'un redoublement, sans aucune appétence scolaire : un dispositif de scolarité aménagée est envisagé.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Les consultations de suivi notent de plus en plus les éléments dépressifs, parfois des défenses maniaques à la limite d'un état maniaque constitué, ainsi que des mécanismes de réparation de l'objet blessé. Le traitement s'oriente dès lors vers un thymorégulateur (lamotrigine) et un antipsychotique (amisulpride) qu'elle supporte très bien.

Cependant, dans un contexte de vacances en Angleterre où elle se retrouve seule, puis connaît ses premières relations sexuelles et interrompt son traitement, elle cherche refuge auprès de sa mère en France, laquelle est déprimée une nouvelle fois et hospitalisée. Le déclenchement d'un épisode hyperthymique franc avec idées délirantes congruentes à l'humeur apparaît : « elle est la Vierge Marie », en réponse délirante à sa culpabilité sexuelle.

Le traitement reprend le thymorégulateur (lamotrigine 25 mg avec surveillance accrue des risques cutanés) et l'antipsychotique (amisulpride : 2 par jour), l'hospitalisation aura duré 1 mois. Une aide scolaire est engagée grâce au Relais étudiants/lycéens.

Le suivi se poursuit en ambulatoire, avec le même traitement, sans qu'une psychothérapie soit envisagée pour le moment par la patiente. La reprise scolaire entraîne l'obtention du bac 2 ans plus tard et la réussite au concours d'élève infirmière.

Discussion diagnostique et thérapeutique sans oublier la scolarité

Le diagnostic a oscillé entre un trouble schizo affectif et un trouble bipolaire du fait de l'association de troubles thymiques sévères à un syndrome d'influence, des idées de persécution plus ou moins congruentes à l'humeur, une illusion des sosies, une diffluence, appuyés par le bilan psychologique.

Le traitement a comporté d'abord un antidépresseur et un neuroleptique, puis l'intérêt d'un thymorégulateur associé à un antipsychotique s'est imposé, complété par une benzodiazépine à visée sédative. Un autre antipsychotique a dû être introduit momentanément puis interrompu en raison des effets secondaires (prise de poids, somnolence et hypertonie).

Les interruptions de traitement sont liées soit à des effets secondaires soit à des facteurs subjectifs/psychiques obligeant momentanément à respecter le choix de la patiente. Les récidives correspondent régulièrement à une élation amoureuse avec arrêt du traitement.

L'engagement dans un travail psychothérapique est tout à fait discontinu. On recueille cependant la possibilité d'une nouvelle élaboration de l'histoire familiale, ainsi que des moments d'insight. Parallèlement à une pathologie relativement sévère, l'investissement scolaire et cognitif, en s'appuyant sur des aides multiples à mesure de l'évolution, conduit à une insertion socio professionnelle très honorable.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Cas clinique 10 : Personnalité limite

Âgée de 26 ans, elle est venue d'elle-même aux urgences le mardi à 13 h 45 et se présente seule. Elle se dit angoissée et demande une hospitalisation.

Théatrâlisation

Lors de l'entretien, Mlle C. est angoissée. Sa présentation est maniérée, marquée par une labilité émotionnelle et une érotisation de la relation. Il n'y a ni affect dépressif, ni idéation suicidaire mais une plainte concernant une insomnie d'endormissement et une importante quête affective. Mlle C. est très suggestible. Originaire d'Orléans où réside sa famille, elle est à Paris depuis 2 ans. Elle est l'aînée d'une fratrie de 2. Son père est architecte et sa mère professeur de français. Elle est célibataire, vit seule et travaille comme commerciale (vente porte à porte).

Mlle C. est prise en charge depuis 10 ans. Elle a fait une intoxication médicamenteuse volontaire à l'âge de 19 ans, au décours de laquelle elle a été suivie 2 ans en thérapie. Elle se rend actuellement plutôt régulièrement au CMP de son secteur et en psychothérapie 3 fois par semaine. Elle a été hospitalisée 2 fois en psychiatrie dans un contexte d'envahissement anxieux, la première fois il y a 2 ans et la deuxième il y a moins de 1 mois. À chaque fois Mlle C. a demandé sa sortie au bout de 24 heures. Le diagnostic évoqué est celui d'un trouble de la personnalité histrionique ou limite. Il y a une notion d'alcoolisations modérées et irrégulières, mais pas, d'après la patiente, de notion de rupture de traitement. Le prochain rendez-vous de suivi au CMP est prévu dans 2 jours.

Urgence et demande de soins

La patiente est déjà passée 16 fois aux urgences en moins de 1 an. Elle n'a été hospitalisée qu'une fois au décours de ces consultations. Le dernier passage remonte à 5 jours. Elle s'était alors présentée avec une lettre du psychiatre traitant demandant une hospitalisation non

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

urgente pour initier un traitement médicamenteux. L'hospitalisation n'a pas eu lieu ce jour-là. Mlle C. se présente toujours d'elle-même avec une anxiété souvent réactionnelle à un conflit ponctuel avec ses parents ou une absence (celle de son thérapeute), ou bien juste après sa séance. Mlle C. vient faire part de questionnements existentiels sur ses relations marquées par un attachement souvent massif, demande des conseils ou se plaint de son suivi.

En l'absence d'élément de gravité justifiant une hospitalisation la patiente est adressée vers son secteur pour son rendez-vous de suivi déjà programmé pour dans 2 jours.

Risque suicidaire

5 heures plus tard, Julie C. se présente à nouveau, amenée par une ambulance et adressée cette fois par le service d'urgences d'un hôpital général pour hospitalisation devant des velléités suicidaires. Mlle C. révèle traverser des difficultés sentimentales.

Elle est finalement adressée en hospitalisation libre dans son service de secteur.

Cette patiente a recours très fréquemment aux urgences (16 passages en moins de 1 an) de façon spontanée et sans qu'il y ait rupture de soins. Elle a une assez bonne insertion professionnelle mais tolère mal son isolement affectif (famille en province) du fait de la structure de sa personnalité. Dans les moments de majoration anxieuse, elle utilise les urgences comme une modalité supplémentaire de soutien, d'autant plus attractive qu'elle est toujours disponible. La mise en acte de la possibilité d'hospitalisation faite par le psychiatre traitant souligne aussi la fonction de tiers que peut jouer une structure d'urgences.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Cas clinique 11 : Personne âgée, troubles organiques, traits psychorigides

Un homme âgé de 79 ans se présente à 20 h 20 le samedi aux urgences. Il arrive avec son fils, après avoir longuement hésité au cours de l'après-midi : va-t-on lui donner un café, une cigarette ? Et appeler un taxi pour qu'il rentre chez lui ?

Les urgences plutôt qu'un suivi régulier

Monsieur R est veuf, retraité de la fonction publique, plutôt isolé socialement. Les disputes avec le voisinage, avec les services sociaux, avec sa belle-fille… sont fréquentes. Son fils cependant l'accompagne, il gère les biens de M.R. à la demande de celui-ci, sans mesure officielle de protection.

Déjà admis aux urgences plus de 30 fois, il s'y est présenté pour diverses plaintes corporelles telles que des précordialgies, des douleurs abdominales, des aigreurs stomacales, considérées comme bénignes et relevant de la médecine générale. Des alcoolisations fréquentes et cachées auraient commencé seulement au décès de son épouse il y a 5 ans. Il arrive aux urgences, souvent seul, avec des demandes plutôt directives et dans un contexte d'agressivité modérée, sans demande de soin. Parfois il n'attend pas de voir le médecin ou refuse l'entretien dès qu'on propose de contacter son fils. Il a également été adressé par la police ou la RATP pour perturbation du comportement le mettant en danger (se dénude, se baigne dans la Seine). Son état général est mauvais avec un antécédent de gale et un ulcère de jambe surinfecté.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Crise comitiale liée à la dépendance alcoolique

Avant l'entretien psychiatrique, Monsieur R présente un épisode de confusion dans la salle d'attente avec malaise et perte d'urines, sans crise convulsive objectivable. L'examen clinique ne retrouve pas de signe neurologique focal, mais un discours incohérent en plus d'une incurie majeure. Le bilan biologique réalisé sur place est sans particularité. Monsieur R n'est pas alcoolisé ce jour.

Devant la bonne récupération clinique après un traitement par oxazépam à fortes doses, vitaminothérapie et hydratation, la persistance d'une subagitation impose le maintien en observation en UHCD. Les douleurs abdominales intenses font pratiquer l'évacuation d'un fécalome, à cette occasion la découverte d'une masse abdominale est en cours d'exploration. L'exploration cognitive surprend avec un MMSE à 20/30, nettement inférieur à l'impression clinique.

Bilan somatique, traits de personnalité chez le sujet âgé

Le diagnostic de pathologie organique sévère n'est possible qu'à un degré avancé des troubles du fait de la pathologie de personnalité, de l'isolement, de l'entourage distant. Chez ce patient âgé, avec des traits de caractère psychorigides, la perte d'une relation d'étayage a pu majorer la situation de précarité et d'isolement. L'alcoolisme n'a pas favorisé une demande de soins, ni le recours à des aides à domicile. Mais le patient a conservé un lien assez régulier avec les urgences par un recours spontané et fréquent. Lors de ce dernier passage, il s'y est présenté avec un vécu intense de détresse.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Cas clinique 12 : Précarité socio judiciaire, précarité des soins, urgence

M. D. a été hospitalisé plusieurs fois en psychiatrie sur le secteur de la commune d'A en proche banlieue parisienne, où il demeure avec l'ensemble de sa famille, avec suivi au CMP situé dans la commune d'A pour une pathologie lourde de schizophrénie hébéphrénique.

Quand il commet une agression sexuelle, la Cour d'Appel de Paris le condamne à 13 mois de prison avec sursis, 3 ans de mise à l'épreuve, 5 ans d'interdiction de séjour sur la commune d'A, et obligation de soins, sans préciser où ces soins auraient le droit d'être réalisés.

Trouble psychiatrique/infraction sévère/nécessité de soins

On assiste à une aggravation progressive du tableau chez ce patient à la rue, hébergé ici ou là dans le 10e, le 13e, le 19e arrondissement de Paris, sans domicile fixe. Les soins n'ont pas eu lieu dans la commune d'A au motif de l'interdiction de séjour, aucun relais n'a été recherché par cette équipe qui souhaite une obligation imposée à un autre secteur : on était alors en dehors de l'urgence, l'obligation de soins courait, et seul ce service était en mesure de transmettre les éléments du dossier. Il s'en est suivi l'intervention du réseau précarité qui comptait faire admettre ce patient dans un secteur parisien, mais à quel titre aurait-il accepté l'indication de ce réseau ?

Dès lors le patient va de plus en plus mal, aucun compromis n'a été trouvé par le secteur de la commune d'A pour faire pratiquer l'injection retard mensuelle, et cela finit par créer l'urgence. Le patient arrive le 17 mai en état aigu. Le juge d'application des peines de la Cour d'Appel de Paris propose de faire une levée partielle d'interdiction de séjour pour les soins, d'autant qu'il s'agit cette fois d'une hospitalisation en

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

secteur fermé. L'hospitalisation a lieu dans ces conditions sur le secteur de la commune d'A.

Mise en défaut des règles de sectorisation

Le patient devant sortir d'hospitalisation le 12 juin, le chef de service de la commune d'A. exige la poursuite des soins ambulatoires dans un autre secteur. Devant la mobilisation de la victime et de la Mairie, un accord à l'amiable est demandé au chef d'un autre secteur en précisant l'accord obtenu pour le suivi ambulatoire, et la nécessité d'un accord pour l'hospitalisation (bien que rien ne l'empêche juridiquement dans la commune d'A vu le document du juge). Le patient se présente au CMP de ce secteur le 22 juin en état très aigu, seulement 10 jours après sa sortie et il est aussitôt adressé aux urgences pour hospitalisation sous contrainte. M.D relève donc toujours du secteur de la commune d'A pour l'hospitalisation, le suivi ambulatoire à la sortie se faisant sur l'autre secteur. Si l'état de ce patient révèle à nouveau une quelconque dangerosité, il est indiqué au secteur de la commune d'A de l'adresser en Unité pour Malades Difficiles.

Au total ce patient est resté sans soins pendant 3 mois par défaut d'accord trouvé par le service qui l'avait en charge, et ce malgré une lourde pathologie schizophrénique. Il n'existe aucune règle permettant de le sectoriser (si ce n'est sur le secteur de la commune d'A), un accord amiable n'a pu être trouvé que pour le suivi ambulatoire auprès d'un autre secteur, lequel refuse l'éventualité d'une hospitalisation. Le juge d'application des peines, à la demande du secteur de la commune d'A, est revenu sur sa décision et il a abrogé la levée partielle d'interdiction de séjour.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Cas clinique 13 : Schizophrénie et accès aux soins

Inquiétude de l'entourage

Cette jeune femme de 23 ans, se présente aux urgences le mardi à 0 h 05. Elle arrive en ambulance, adressée par SOS Psychiatrie et elle est accompagnée de sa mère et de son beau-père qui sont très inquiets et demandent une hospitalisation munis d'un certificat de SPDT. L'état psychique de Florence J. leur semble très altéré, elle ne s'occuperait plus de son appartement, ni de son fils de 4 ans. La famille a été alertée ce jour par l'école car l'enfant de 4 ans aurait été emmené à l'école sans chaussures.

À l'examen le contact est de mauvaise qualité, marqué par une bizarrerie avec des sourires immotivés, un relâchement des associations et un discours souvent incohérent. Mlle J. formule de nombreuses plaintes somatiques sous-tendues par des préoccupations délirantes centrées sur le corps. Il existe aussi des éléments délirants interprétatifs (et probablement hallucinatoires) avec des idées de persécution centrées sur les voisins qui l'insulteraient et la traiteraient de « sale ». D'après l'entourage, des éléments de réalité dans un conflit avec le voisinage du fait de l'agitation de Mlle J. à son domicile existent sûrement. Celle-ci aurait détruit et jeté une partie de ses meubles.

Urgence et rupture de soins

La patiente a arrêté son suivi et son traitement à la sortie de son hospitalisation il y a 9 mois.

C'est le premier passage aux urgences.

Mlle J. vit seule avec son fils. Elle a travaillé comme hôtesse de caisse mais elle est sans emploi depuis 6 mois. Hospitalisée pour la première fois il y a 9 mois dans une clinique psychiatrique pendant 1 mois pour une dépression, elle avait reçu un traitement anxiolytique et antidépresseur (alprazolam et citalopram).

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

L'entourage signale un antécédent de maladie psychiatrique chez le père de la patiente dont la description évoque un délire de persécution.

Post urgence et absence d'hospitalisation

Malgré la confirmation de l'indication de soins psychiatriques à la demande du tiers devant le tableau clinique de désorganisation avec syndrome délirant, troubles du comportement et déni des troubles, Mlle J. sort contre avis médical au bout de 3 heures après que la mère et la patiente ont signé une décharge. En effet la modalité de soins psychiatriques en péril imminent sans tiers n'a pas été retenue pour maintenir l'alliance avec la famille, alors que la prise en charge de l'enfant se fait immédiatement par le père venu de province le chercher, sans oublier que l'absence d'adhésion aux soins du fait de la symptomatologie positive envahissante et récente est majorée par l'ambivalence familiale à s'impliquer dans la prise en charge. Le juge des enfants doit donc être immédiatement informé du changement de mode de garde. Une consultation de post-urgence sur le site de l'urgence et la mise en route d'un traitement antipsychotique par rispéridone ont permis le traitement de l'épisode.

www.doc-dz.forumactif.com MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com Visitez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Cas clinique 14 : Schizophrénie et précarité

Cet homme de 56 ans se présente le vendredi à 9 h 50 aux urgences. Il est venu seul et par ses propres moyens pour demander une hospitalisation en raison d'idées suicidaires.

Risque suicidaire ou pathomimie

À l'entretien M. B. se présente sur un mode très théâtral et avec un contact superficiel. Il se dit angoissé et rapporte avec une participation affective intense et désadaptée des hallucinations acousticoverbales lui disant de se tuer. Il dit avoir voulu se jeter dans la Seine et sous le métro. Il décrit un état d'épuisement : « Il faut que ça s'arrête, je n'en peux plus… ». Il n'y a pas de désorganisation apparente, pas non plus de notion de prise de toxiques.

Le suivi psychiatrique aurait commencé il y a de nombreuses années en libéral. M. B. a également été hospitalisé à plusieurs reprises dans un contexte d'intoxication médicamenteuse volontaire. Les hospitalisations ont eu lieu sur différents secteurs en métropole et à la Réunion. Le parcours de soins est marqué par une certaine errance hospitalière. La dernière hospitalisation date d'environ 4 ans et a duré 2 semaines. M. B. est déjà passé 17 fois aux urgences, dont 4 ont été suivis d'hospitalisations libres. Le dernier passage date d'il y a 9 mois. Chaque fois M. B. est venu seul et de lui-même, souvent dès sa sortie de la précédente hospitalisation avec des plaintes plutôt stéréotypées et des demandes de traitement, de suivi sur le CMP, de changement de secteur ou d'hébergement. Le dernier contact avec un psychiatre remonte à environ 1 an et la raison donnée par le patient pour cette rupture de suivi est un changement d'adresse. Le traitement habituel (Haldol decanoas, cyamémazine, hydroxyzine) a été arrêté depuis 2 semaines.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Difficultés de l'anamnèse

Originaire de Saint-Denis de la Réunion, il vit en métropole depuis 40 ans, divorcé et sans enfant. Il n'a plus de contact avec sa famille toujours à la Réunion. Ancien directeur de l'hébergement dans une chaîne d'hôtels, il est actuellement sans travail et sans domicile fixe. Il est sous curatelle et perçoit l'Allocation Adulte Handicapé.

La venue aux urgences constitue une chance de faire le point sur l'état somatique d'un patient en situation de précarité. Un bilan sanguin est réalisé avec son accord, il s'avère normal. Le médecin généraliste effectue aussi un examen clinique sans particularité.

Précarité et hospitalisation

Après un traitement psychotrope d'urgence par cyamémazine et hydroxyzine et un contact téléphonique avec un soignant du secteur, le patient est adressé en hospitalisation libre à son hôpital de secteur (celui dont il est en rechute). L'instabilité de la situation sociale actuelle s'ajoute à la rupture préalable avec un réseau de soutien pouvant l'étayer et le conforter dans une démarche de soins. Ces éléments sont des obstacles à son installation dans le suivi. Cependant M. B. a recours spontanément aux urgences pour demander de l'aide. Les demandes surviennent dans un contexte semblable de rupture de traitement récente avec majoration anxieuse au premier plan et possible recrudescence délirante. Les demandes en urgence fréquentes ne sont pas toujours suivies d'une hospitalisation. Les autres réponses apportées semblent lui permettre de se maintenir assez longtemps dans la communauté malgré la rupture de soins.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Cas clinique 15 : Stress et catastrophe

Une famille de cinq personnes est conduite aux urgences psychiatriques par les pompiers. Une femme a été retrouvée pendue par son entourage une heure plus tôt et lors de l'intervention des secours, son mari est trouvé hurlant et tenant des propos suicidaires. Les autres membres de la famille, deux adolescents, et les parents de la femme décédée sont état de choc.

Ne pas séparer

La décision est prise par l'équipe des urgences d'enregistrer et prendre en charge les cinq membres de la famille. Le conjoint de la personne décédé, M. M., est pris en charge en premier en raison des propos suicidaires qu'il a tenus. Il accepte initialement de se prêter au processus d'accueil mais au milieu de l'entretien infirmier, le patient commence à s'agiter et réclame de pouvoir parler au téléphone avec son meilleur ami qui vit à l'étranger. L'entretien infirmier est alors écourté et le patient est présenté immédiatement au médecin qui accède à sa requête d'appel téléphonique. Une fois l'appel passé, le patient retrouve son calme et critique les propos suicidaires tenus devant les premiers secours. Son discours est adapté à la situation et il exprime sa culpabilité de ne pas avoir pu empêcher sa femme de se suicider ; mais il parle aussi de sa responsabilité vis-à-vis de ses enfants et de la nécessité d'être présent à leurs côtés.

Aucun des membres de la famille n'a d'antécédents psychiatriques. La personne décédée était connue par sa famille comme étant dépressive mais n'a jamais bénéficié de soin.

Examen clinique de l'ensemble des protagonistes normal. Les grands-parents ont tous deux pour antécédents une hypertension artérielle. Aucun examen biologique ou d'imagerie indiqué en urgence.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Tiers de confiance

L'intervention de crise consiste en des entretiens répétés avec les cinq membres de la famille, à la fois seul et à plusieurs. Les enfants et les grands-parents présentent une réaction de deuil adapté mêlant sidération et douleur morale mais nient toutes idées suicidaires. D'autres membres de l'entourage sont sollicités et ce sont les parents du mari aux propos suicidaires qui viennent jouer le rôle de tiers de confiance. Leur mobilisation et leur engagement de rester auprès de leur fils pour au moins une semaine permettent d'établir un plan de sortie avec un suivi en ambulatoire.

Consultation de post urgence

La sortie s'effectue avec projet de consultation post-urgence et remise d'un traitement anxiolytique par hydroxyzine.

www.doc-dz.forumactif.com MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Cas clinique 16 : Voyage pathologique

Voyage lié à la pathologie ou pathologie du voyage ?

M. J. est un homme de 26 ans se présentant accompagné par la police aux services des urgences psychiatriques dans un grand centre urbain. Il déclare être de nationalité américaine, récemment arrivé en France, et s'être présenté de lui-même au commissariat de police pour y demander l'asile politique. Il explique en effet être persécuté par l'église de scientologie dans sa ville d'origine, San Francisco. Après avoir lu dans la presse que la France considérait la scientologie comme une secte, il a pris la décision de partir pour Paris pour y obtenir asile et protection. Les services de police ne considérant pas sa demande recevable et trouvant le propos de l'homme incohérent, il lui fut proposé d'être conduit aux urgences psychiatriques pour une évaluation ce qu'il a accepté.

Précarité due à la pathologie

L'entretien est réalisé en anglais, le patient ne parlant pas le français. Il présente une tension psychique modérée mais coopère avec l'ensemble des étapes d'enregistrement et d'examen. Il explique avoir été abordé dans les transports en commun san-franciscains il y a plusieurs années ; malgré son refus de rejoindre leur groupe, il dit être depuis poursuivi et persécuté « ils sont en permanence dans le métro, ils me regardent chaque fois que je les croise ». Les représailles ont eu pour conséquence son dégringolement social puisqu'il est à ce jour sans domicile fixe. Interrogé sur les ressources financières qui lui ont permis de payer son voyage en France, il dit percevoir l'allocation pour handicapés fédérale américaine. Quant à l'organisation de son voyage, il a pris la décision de venir en France il y a quelques jours. Il ne dispose pas d'hôtel ou de logement en France et n'a prévenu personne de son départ.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

M. J. dit n'avoir aucun contact avec sa famille. Sa mère est décédée et son père est selon lui journaliste dans un grand quotidien régional américain. Il ne dispose pas de numéro de téléphone pour le contacter. Il aurait été hospitalisé en psychiatrie pour dépression et nie prendre un traitement psychotrope au long cours.

Pas d'antécédents médicaux en dehors d'un surpoids. Examen physique normal. ECG standard. Pas d'indication de bilan biologique ou d'imagerie en urgence.

Accès aux soins

Ce cas clinique constitue une situation typique de voyage pathologique : le voyage est motivé par des idées délirantes, il est mal organisé (pas de point de chute, entourage non-informé), et se traduit par des comportements inadaptés très tôt au point d'arrivée. Cette impression clinique doit cependant être appuyée par les informations recueillies auprès de l'entourage. Dans le cas de M. J., c'est son père qui fut contacté sur son lieu de travail et informa l'équipe du diagnostic de schizophrénie ainsi que des multiples hospitalisations antérieures. Le psychiatre traitant fut contacté dans la foulée ce qui permit de reconstituer les antécédents de manière encore plus fine.

M. J. fut hospitalisé sous contrainte à la demande de son père, sur un secteur psychiatrique, au titre de sans domicile fixe, avec pour projet de reprendre son traitement antipsychotique et d'organiser son retour en Californie une fois son état mental stabilisé.

www.doc-dz.forumactif.com MedBook Doc DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Références

Textes transversaux

APA (2015) Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM 5. Ed Elsevier Masson.

BOITEUX C., BOILLET V., PICARD A., (2014) Urgence psychiatrique. EMC Psychiatrie vol 11, 37-678-A-10.

CAROLI F., MASSE G. (1986) Les situations d'urgence en psychiatrie. Ed Doin Psychiatrie pratique Encéphale, 148 p.

GUEDJ-BOURDIAU MJ. CARPENTIER F. BRAITMAN A. GALLOIS E. (2008) Urgences Psychiatriques. Masson (675 p).

HILLARD R. ZITEK B. (2004) Emergency psychiatry, Mac Graw Hill Medical Publishing Division, New York, 238 p.

LIPSON GLICK R. BERLIN J. FISHKING A. ZELLER S. (2008). Emergency psychiatry, principles and practice. Ed Walters Kluver, Solution Lippincott Williams and Wilkins 448 p.

PICHOT P. DSM-III : La 3e édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de l'American Psychiatric Association. Rev Neurol (Paris). 1986,142(5) : 489-99.

PURI B. K. TREADASEN I. H. (2008) Emergencies in psychiatry. Ed Oxford University Press. 339 p.

ROUILLON F GUELFI JD (2017) Manuel de psychiatrie 3e édition, Ed Masson, 976 p.

STERN T. HERMAN J. SLAVIN P. (2004) Guide to primary care. Massachusetts General Hospital. 2e Ed, 789 p.

THERON S. (2014) Les urgences psychiatriques en établissement. Revue de droit sanitaire et social. Juil août, n° 4, 707-719.

THOMAS J (2010) Dire(s) d'urgence. La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation. Statut de la parole et de la communication à l'hôpital. Thèse de doctorat d'Université, Sciences de l'information et de la communication, Toulouse Université Lumière Lyon 2.

Modalités de réponse à l'urgence psychiatrique

ALLEN, M. H. (1996). Definitive treatment in the psychiatric emergency service. *Psychiatr Q,* 67, 247-62.

ALLEN, M. H. (1999). Level 1 psychiatric emergency services. The tools of the crisis sector. *Psychiatr Clin North Am,* 22, 713-34, vii.

BAILLON G. (2011) *Quel accueil pour la folie* ? Ed Champ social, coll Collectif psy, 339 p.

BALANGER V. CALAS JF. (2014) Le travail infirmier aux urgences psychiatriques. Soins psychiatrie, vol 35 n° 292 pp. 27-32.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

BALDO E et al. (2006), Les urgences 20 ans après. Réflexions sur les urgences, la psychiatrie et la société, *L'information psychiatrique*, vol. 82, no. 7, pp. 571-577.

BROUARD W. RAGUIN O. (2014). Urgences et demandes de soins en psychiatrie. La revue de l'infirmière, volume 63, n° 206, pp. 21-24.

CAMBON A VERY E SCHMITT L. (2014) Urgences et psychiatrie. La revue de l'infirmière, volume 63, n° 206.

GUEDJ MJ. MASSE G. LANA P. FOUILLET M. MAZODIER M. WEILL M. SCHMIDT N., RAYNAUD Ph. (2000) Le C.P.O.A. : bilan et perspectives, Inf. Psychiatr., n° 5, pp 556-562.

GUEDJ MJ. ASVAZADOURIAN R. GALLOIS E. POMERANC I. (2001). Urgence, consultation prolongée, hospitalisation brève. Nervure XIV, pp. 25-28.

LECRUBIER Y, BOYER P, LEPINE JP, et al. (1995) Results from the Paris Center Mental Illness in General Health Care. An international study. New York, John Wiley and Son.

MAHMOUDIA Y (23 février 2010). Urgences psychiatriques au SAU. Urgences on line.

PALAZZOLO J. (2009) Guide de l'urgence psychiatrique, Paris : Med-Line, p. 15.

PETIT Marie Noëlle (2012). Un secteur public psychiatrique français réaffirmé. Soins Psychiatrie, 283 (nov-déc) : 36-39.

ROBILLIARD D. (2013) Rapport d'information n° 1662 Ass Nat Comm Aff Soc. Mission d'information santé mentale et avenir de la psychiatrie, spéc p. 34s et 61s (18 déc).

Législation

Circulaire n° 896 AS 2 du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie dite circulaire Simone Veil.

Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

Arrêté 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement.

CAROLI F. (1991) Hospitalisation psychiatrique : ancienne et nouvelle loi. Nodules PUF, 122 p.

Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Les droits des patients dans la loi du 4 mars 2002. Guide méthodologique Fédération Hospitalière de France.

Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ n° 2002-282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté.

Circulaire N°DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (réseaux des urgences, réseaux avec la ville).

Loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, art 3222-1-1.

Loi 2011-803 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, modifiée septembre 2013.

Guide des soins sans consentement (2015 avril). Agence régionale Ile de France, 74 p.

Loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé, 26 janvier 2016.

Décret n° 2016-1476 du 28 octobre 2016 pris en application de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles et relatif à l'évaluation de la situation de mineurs à partir d'une information préoccupante, réalisée par une équipe pluridisciplinaire de professionnels.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Éthique et gestion des risques

ARENDT H. (1964) Personnal Responsability under Dictatorship, conférence de Boston, mars.

BLONDIAUX I. (2013) Post face de VALETTE P Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique PUF/ Le Monde.

DAUMEZON G (1979) Psychiatrie et éthique. L'évolution psychiatrique, 44(1), p. 115-129.

MACSF Sou Médical (2015). Rapport annuel risques professions de santé. Site MACSF.

MAZODIER M. (2007) Les droits du patient en psychiatrie. Quelques réflexions entre la France et la Belgique. Ethica clinica ; 48 : 16-25.

VALETTE P. (2013) Éthique de l'urgence, Urgence de l'éthique de, PUF/ Le Monde.

WORMS F. (2013) Préface de VALETTE P. Ethique de l'urgence, urgence de l'éthique PUF/ Le Monde.

Le téléphone

AMPELAS JF. (2004) La gestion téléphonique des urgences psychiatriques. Conférences médicales SFMU Chapitre 46, pp. 587-595.

BRAITMAN A. GUEDJ BOURDIAU MJ. (2012) La réponse téléphonique d'accueil et d'orientation. Actualités et perspectives. Communication orale Congrès de psychiatrie et psychologie AFERUP, L'art de la rencontre, Nancy, 20 septembre.

CITY OF NEW YORK (2017). *NYC Well is your connection to free, confidential mental health support. Speak to a counselor via phone, text or chat and get access to mental health and substance misuse services, in more than 200 languages, 24/7/365.* [Online]. Available : https://nycwell.cityofnewyork.us/en/ [Accessed].

DUCHENE H. (1959) Les Services psychiatriques publics extra-hospitaliers, in Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, 58 session, Tours, Masson.

Évaluation et psychopathologie

AKISKAL HS. AKISKAL KK. LANCRENON S. et al. (2006) Validating the bipolar spectrum in the French National EPIDEP study : overview of the phenomenology and relative prevalence of its clinical prototypes. J Affect Disord 96 : 197-205.

BOUVARD M. CHARLES S. GUERIN J. et al. (1992) Étude de l'échelle de désespoir de Beck (HS), validation et analyse factorielle. Encephale ; 18 : 237-40.

CARPENTIER F. PAQUIER C. LUCHE B. MUSIEDLAK G. (2008) Urgences médicales et psychiatrie. In GUEDJ-BOURDIAU MJ. CARPENTIER F. BRAITMAN A. GALLOIS E. Urgences Psychiatriques. Masson pp 46-68.

DAUMEZON (1963) Traitement de l'agitation. Perspectives psychiatriques n° 1 (nouvelle série).

DEMAZEUX S. (2008) Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ? Philonsorbonne, 2, 67-88.

EYSENCK J. (1964) Principles and methods of personality description, classification and diagnosis. Br Psychol, 55 : 284-94.

www.doc-dz.forumactif.com MedBook DZ Facebook

La Source : www.pediatrie.forumactif.com Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

GUELFI JD. (sous la direction de) (1993), L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, tomes I et II, CD Rom (2004). Éditions médicales Pierre Fabre.

JANIAK BD., ATTEBERRY S. (2012 nov) Medical clearance of the psychiatric patient in the emergency department. J Emerg Medecine 43 (5) : 866-70.

KRAEMER H. (2006) Dimensional approaches in diagnostic classification : a critical appraisal in the future of psychiatric diagnosis : refining the research agenda. Arlington Virginia : American Psychiatry Publishing.

LANA P., LE GALL C., DE CARVALHO J., GUEDJ MJ. (2011) La consultation de la famille sans le patient CFSP. Congrès Association Francophone Étude Recherche Urgences Psychiatriques AFERUP Bruxelles.

PASCAL JC. (2006) Histoire reconstituée auprès de tiers. In La psychiatrie en urgence (sous la direction GUEDJ MJ. PASCAL JC.) Ed Eisai SAS pp 54-56.

PAULHAN, I. (1994). Les stratégies d'ajustement, ou « coping ». In M. BRUCHON-SCHWEITZER et R. DANTZER (Eds.), Introduction à la psychologie de la santé. Paris : PUF, chap. 4, 99-124.

RAYNAUD Ph., LANA P., MALGOIRE M. MERCUEL A. SCHMIT N. GUEDJ MJ. Le diagnostic d'urgence psychiatrique DIAUP (1998). Communication 5e Congrès Mondial de l'International Association for Emergency Psychiatry AAEP « Les urgences psychiatriques dans une société en évolution ». Bruxelles.

SINGER K. (1986) Dealing with Psychiatric Emergencies. Journal of the Hong Kong Medical Association Vol. 38, No. 4, Room 1105 New World Tower, 16-18 Queen's Road C., Hong Kong.

VERGNAUD S. GUEDJ MJ. (2011) Situation de rupture de soins et urgences psychiatriques – Étude à travers la réalité d'une semaine de consultations au CPOA. Nervure – Journal de psychiatrie, n° 4, tome XXIV, juin-septembre, pp. 1-6.

WIDAKOWICH C. VAN WETTERE L. JURYSTA F. LINKOWSKI P. HUBAIN P. (2013) L'approche dimensionnelle versus l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique : aspects historiques et épidémiologiques. Annales Médico Psychologiques 171, 300-305.

Thérapeutique

ANDREOLI A, LALIVE J, GARONNE G. (1986) *Crise et intervention de crise en psychiatrie*. Paris : Simep.

BRAITMAN A. (2008) Danger pour autrui. In GUEDJ BOURDIAU MJ Urgences psychiatriques. Ed Masson Paris, 355-365.

DE CLERCQ M. (2005) *Urgences psychiatriques et interventions de crise*. Paris, Bruxelles, De Boeck Université, 3e tirage.

DE MARICOURT P, JAY T, GONCALVES P, LOO H, GAILLARD R. (2014 Feb) Ketamine's antidepressant effect : literature review on clinical use, Encéphale. 40(1) : 15-23.

DEMARQUE M. BRAITMAN A. COLLE F. GUEDJ MJ. (2012) Une chute inexpliquée chez une patiente de 65 ans. Presse Médicale, tome 41, avril, pp. 446-449.

GUEDJ MJ (2010) Quels sont les signes d'alerte et les premiers recours face à l'inquiétude de la famille ou du médecin généraliste dans l'anticipation de la violence ? In HAS Dangerosité psychiatrique 10/12/2010. Textes des experts.

HAS (2006). 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 : Haute Autorité de Santé.

LASSERRE H. (2013) Comprendre la psychiatrie des urgences, Ed Chronique sociale, collection : comprendre les personnes, 64 p.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

PASSAMAR M. TELLIER O. VILAMOT B. (2011) L'agitation psychomotrice, la sédation médicamenteuse et l'urgence psychiatrique chez le patient psychotique. L'Encéphale 37, 448-456.

POCHARD F, ROBIN M, DEVYNCK C, et al. (1999) Alternative à l'hospitalisation et intervention de crise. Ann Med Psychol (Paris) p 157.

ROBIN M. (1996) ERIC : un service d'urgence psychiatrique. Gest Hosp ; suppl n° 361 : 798-802.

VAIVA G. DUCROCQ F. EZZEDINE M. (2003 jun) Prescriptions in psychiatric emergencies. Rev Prat 1 ; 53(11) : 1209-1213.

WIJK L et al. (2009) A pilot for a computer based stimulation system for risk estimation and treatment of mentally disordered offenders. Informatics for health and social care. March ; 34(2) : 106-115.

Crise suicidaire

BECK AT. WEISSMAN A. LESTER D. et al. (1974) The measure of pessimism : the hopelessness scale. J Consult Clin Psychol, 42 : 861-5.

DOISSARD C. (2014 décembre). Urgences et intoxication médicamenteuse volontaire. La revue de l'infirmière, volume 63, n° 206, pp. 18-20.

HAS (2000 octobre) Conférence de consensus : la crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge.

MOROGE S. PAUL F. MILAN C. GIGNOUX FROMENT F. HENRY JM. PILARD M. MARIMOUTOU C. (2014) Idées suicidaires aux urgences psychiatriques : étude prospective comparant auto et hétéro évaluation. L'Encéphale, 40, 359-365.

STAIKOWSKI F. CHASTANG F. PUJALTE D. (2008) Urgence psychiatrique liée aux gestes suicidaires en 2008. Réanimation 17, 783-9.

WALTER M. (2003) La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention. ADSP, n° 45, décembre, 25-30.

Agitation

GASKIN CJ, ELSOM SJ, HAPPELL B. (2007 oct). Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities : review of the literature. Br J Psychiatry, 191 : 298-303.

GORIOT E. (2005) Rôle des équipes de soins dans l'évaluation et la prévention de l'agressivité. Annales Médico Psychologiques 163, 827-830.

NORDSTROM, K., ZUN, L. S., WILSON, M. P., MD, V. S., NG, A. T., BREGMAN, B. & ANDERSON, E. L. (2012) Medical evaluation and triage of the agitated patient : consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta medical evaluation workgroup. *West J Emerg Med,* 13, 3-10.

Ministère de la Santé et des Solidarités (2015) Rapport de l'Observatoire National de la Violence en milieu de Santé, données 2014.

RICHMOND, J. S., BERLIN, J. S., FISHKIND, A. B., HOLLOMAN, G. H., JR., ZELLER, S. L., WILSON, M. P., RIFAI, M. A. & NG, A. T. (2012) Verbal De-escalation of the Agitated Patient : Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med,* 13, 17-25.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

Royal college of Psychiatrists (2017). Accreditation for working age inpatient mental health services. Standards for acute inpatient wards for working age adults, 6th Edition.

Épisode psychotique aigu

LAM MM., PEARSON V., NG RM., CHIU CP., LAW CW., CHEN EY. (2011) What does recovery from psychosis mean ? Perceptions of young first-episode patients. Int J Soc Psychiatry. Nov ; 57(6) : 580-7.

MARCELLI D. ROSE REINHARDT H. FAHS H. KASOLTER PERE MA. (2002) Episode psychotique aigu de l'adolescent et du jeune adulte. Questions diagnostiques, thérapeutiques et éthiques. Ann Méd Psychol., 160, 386-95.

POPE MA[1], JOOBER R, MALLA AK. (2013) Diagnostic stability of first-episode psychotic disorders and persistence of comorbid psychiatric disorders over 1 year. Can J Psychiatr oct, 58(10) 588-94.

ZHU Y[1], KRAUSE M[2], HUHN M[2], ROTHE P[2], SCHNEIDER-THOMA J[2], CHAIMANI A[3], LI C[4], DAVIS JM[5], LEUCHT S[6]. (2017) Antipsychotic drugs for the acute treatment of patients with a first episode of schizophrenia : a systematic review with pairwise and network meta-analyses. Lancet Psychiatry 4 (9) 694 705.

Épisode dépressif aigu

BARDE M. BELLIVIER F. (2014) Traitement des troubles bipolaires. Revue du Praticien vol 64, n° 9, pp. 1195-1202.

FESKE U. FRANK E. MALLINGER AG. HOUCK P. FAGIOLINI A. SHEAR K. GROCHOCINSKI VJ. KUPPER DJ. (2000) Anxiety as a correlate of response to the acute treatment of bipolar I disorder. Am J Psychiatry. Jun ; 157(6) : 956-62.

NESTRIGUE C. COLDEFY M. MOUSQUES J. en collaboration avec DANIEL F. YOUNES N. (2017) Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée au parcours de soins en amont. IRDE. Questions d'économie de la santé, n° 228 juin pp. 1-8.

Épisode anxieux aigu

AMMAR G. NAJA WJ. PELISSOLO A. (2015) Troubles anxieux résistants : revue des stratégies de traitements médicamenteux. L'Encéphale vol 41 n° 3 pp. 260-65.

DAVIDSON JRT ; FELTNER D. DUGAR A. (2010) Management of Generalized Anxiety Disorder in Primary Care : Identifying the Challenges and Unmet Needs. Prim Care Companion J Clin Psychiatry.

LLORCA PM., SPADONE C., SOL O. et al. (2002) Efficacy and safety of hydroxyzine in the treatment of generalized anxiety disorder : a 3-month double-blind study. J Clin Psychiatry Nov ; 63 : 1020–7.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

SAUTERAUD A. (1995) Souci normal et pathologique : Ses liens avec le trouble anxieux généralisé. Confrontations psychiatriques nº 36 (432 p.) (30 ref.), pp. 15-26.

Troubles schizophréniques et troubles délirants persistants

GAILLARD R., OUANAS A., SPADONE C., LLORCA PM., LOO H., BAYLE FJ. (2006). Benzodiazépines et schizophrénie, une revue de la littérature. Encéphale. Nov-Déc ; 32(6 Pt 1) : 1003-10.

GUEDJ MJ. (16 oct 2009). L'accueil du schizophrène aux urgences. In Schizophrénie actualités et perspectives, Journée de la Société franco algérienne de psychiatrie. Hôpital Européen Georges Pompidou. Available online.

MAC GORRY P. GOLDSTONE S. (2012) Prodromes psychotiques In Pathologies schizophréniques, sous la dir de DALERY J. DAMATO T. SAOUD M. Ed Lavoisier pp 75-87.

PURI B. K. TREADASEN I. H. (2008) Emergencies in psychiatry. Ed Oxford University Press. 339 p. « Schizophrénie moins fréquente aux urgences que dépression, attaques de panique, comportement suicidaire, stupeur, stress aigu, réactions de deuil, confusion du sujet âgé, comportement bizarre, comportement histrionique, alcool, violence, crises domestiques ».

Addictions et troubles liés à l'abus ou la consommation de substances (y compris troubles comportements alimentaires)

ARAUJO AM., CARVALHO F., BASTOS ML., GUEDES DE PINHO P., CARVALHO M. (2015) The hallucinogenic world of tryptamines : an updated review. Arch Toxicol, 89 (8) : 1-73.

BENYAMINA A. (2014) (sous la direction de) Addictions et comorbidités. CNPLF. Ed Dunod 423 p.

COTTENCIN O., DOUTRELUGNE Y., GOUDEMAND M., CONSOLI S.M. (2009) Addiction and brief-systemic therapy : working with compulsion. Encephale ; 35 (3) : 214-9.

DEBRUYNE D, LE BOISSELIER R. (2015) Emerging drugs of abuse : current perspectives of synthetic cannabinoids, Substance Abuse and Rehabilitation ; 6 : 113-129.

HOCKENHULL J., MURPHY KG., PATERSON S. (2017) An observed rise in gamma-hydroxybutyrate-associated deaths in London : Evidence to suggest a possible link with concomitant rise in chemsex, Forensic Science International, 270 : 93-97.

KINZL, J.F. & BIEBL, W. (2010). Are eating disorders addictions ? Neuropsychiatr, 24, 200-8.

KOMETER M., VOLLENWEIDER FX. (2016) Serotoninergic Hallucinogen-Induced Visual Perceptual Alterations. Curr Top Behavi Neurosci, 1-26.

MORGAN MY. (2015) Acute alcohol toxicity and withdrawal in the emergency room and medical admissions unit, Clinical Medicine, 15 (5) : 486-489.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

REYNAUD M., KARILA L., AUBIN HJ., BENYAMINA A. (2016) Traité d'addictologie 2e édition. Ed Lavoisier Paris.

RICH, JA AND SINGER DE. (1991) Cocaine-related symptoms in patients presenting to an urban emergency department, Annals of Emergency Medicine, 20 (6) : 616-621.

RICHARDS JR., BRETZ SW., JOHNSON EB., TURNIPSEED SD., BROFELDT BT., DERLET RW. (1999) Methamphetamine abuse and emergency department utilization. West J Med ; 170 : 198-202.

RUSYNIAK DE. (2011) Neurologic manifestations of chronic methamphetamine abuse. Neurologic clinics ; 29(3) : 641-655. doi : 10.1016/j. ncl.2011.05.004.

TOURNEBIZE J, GIBAJA V, JEAN-PIERRE K. (2016) Acute effects of synthetic cannabinoids : Update 2015, Substance Abuse ; 1-23.

VALLEUR M. (2009/2) La nature des addictions, Psychotropes, Vol. 15.

WILLMAN MW, LISS DB, SCHARTZ ES, MULLINS ME. (2016) Do heroin overdose patients require observation after receiving naloxone ? Clinical Toxicology, 1-7.

Personnalité *border line*

CAILHOL L. RAGONNET C. (2013 mars) Besoins ressentis des patients et des soignants quant à la prise en charge des troubles de personnalité limite. Ann Méd Psychol ; 171(2) : 100-3.

DERVAUX A., LAQUEILLE X. (2016) Troubles de personnalité border line et addictions. L'Information psychiatrique, 1, vol 92.

GUELFI JD. HARDY P. (2013) Les personnalités pathologiques. Ed Lavoisier Paris 330 p.

GRAS A. AMAD A. THOMAS P et al. (2014) Hallucinations et troubles de personnalité borderline : une revue de littérature. Encéphale ; 40(6) : 431-8.

JARROIR M. LEBLANC A. LEVEILLE S. et al. (2015) Troubles bipolaires et troubles de la personnalité borderline : différences cliniques au niveau de l'affectivité et de l'impulsivité. Ann Méd Psychol 173(8) : 717-20.

LECOINTE P. BERNOUSSI A. MASSON J. SCHAUDER S. (2016) La mentalisation affective de la personnalité limite addictive : une revue de la littérature. L'Encéphale, vol 42 n° 5 pp. 458-62.

Stress et catastrophes

BERTHIER J. (2017) Traumatismes psychiques et urgences psychiatriques. Mémoire DU Urgences psychiatriques, Université Paris Descartes, 48 p.

BIRMES P. BRUNET A. CARRERAS D. DUCASSE JL. CHARLET JP. LAUQUE D. et al (2003). The Predicitive Power of Peritraumatic Dissociation and Acute Stress Symptoms for Post traumatic Stress Symptons : a threee month Prospective Study. AJP july ; 160(7) : 1337-9.

CROCQ L. (2012), 16 leçons sur le trauma, Paris, Odile Jacob.

GISQUET-VERRIER, P., TOLEDANO, D. & LE DORZE, C. (2017) Common physiological basis for post-traumatic stress disorder and dependence to drugs of abuse : Implications for new therapeutic approaches. *Therapie,* 72, 357-366.

INNOCENTI, C., FIORAVANTI, G., SPITI, R. & FARAVELLI, C.(2014). The Stendhal syndrome between psycho-

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

analysis and neuroscience. *Riv Psichiatr,* 49, 61-6.

JEHEL L., BRUNET A., PATERNITI S., GUELFI JD (2005) Validation of the peritraumatic distress inventory's french translation. Can J Psychiatry january 50(1) : 67-71.

LEBIGOT F. (2005) Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge, Ed. : Dunod, 2005

PRIETO N., CHEUCLE E. (2006) Deuil brutal : prise en charge immédiate de la famille. Journal des psychologues, 1, n° 234.

TERR LC. (1991) Chidhood traumas : an outline and overview. Am J Psychiatry 148(1) : 10-20.

WEATHERS FW., BLAKE DD., SCHNURR PP., KALOUPEK DG., MARX BP., KEANE TM. (2013) The Life Events Checklist for DSM5 (LEC-5). Instrument available from the National Center for PTSD.

Transculturel

BAUBET T., MORO MR. (2009) Psychopathologie transculturelle. Paris, Ed Masson.

CARO F.A. Voyage pathologique : historique et diagnostics différentiels. Mémoire du DEA : médecine scientifique, psychopathologie et psychanalyse Université Paris 7 (sous la direction de Fethi BENSLAMA).

KLEINMAN, A. & BENSON, P. (2006) Anthropology in the clinic : the problem of cultural competency and how to fix it. *PLoS Med,* 3, e294.

K'OURIO H.(2012) Epidémiologie et clinique des voyages en psychiatrie. Nervure, avril-mai.

MAZUR VM. CHAHRAOUI K. BISSLER L. (2015) Psychopathologie des demandeurs d'asile en Europe, traumatisme et fonctionnement défensif, L'Encéphale, vol 41 n° 3 pp221-8.

NABLE, J. V., TUPE, C. L., GEHLE, B. D. & BRADY, W. J. (2015) In-Flight Medical Emergencies during Commercial Travel. *New England Journal of Medicine,* 373, 939-945.

PEREZ-RODRIGUEZ, M. M., BACA-GARCIA, E., QUINTERO-GUTIERREZ, F. J., GONZALEZ, G., SAIZ-GONZALEZ, D., BOTILLO, C., BASURTE-VILLAMOR, I., SEVILLA, J. & GONZALEZ DE RIVERA, J.L. (2006) Demand for psychiatric emergency services and immigration. Findings in a Spanish hospital during the year 2003. *Eur J Public Health,* 16, 383-7.

SIMPSON, S. A. & PASIC, J. (2016) The Peregrinating Psychiatric Patient in the Emergency Department. *West J Emerg Med,* 17, 600-6.

L'adolescent

BANTMAN P. (2009/4) Approche familiale de la violence à l'adolescence. Enfances Psy n° 45, pp. 71-81.

CATRY C., MARCELLI D., GERVAIS Y. (2006). Adolescence et addiction. In M. REYNAUD, Traité d'addictologie, Paris Flammarion Sciences, pp. 84-90.

DAYAN J., GUILLERY GIRARD. (2011) Conduites adolescentes et développement cérébral. Adolescence n° 77, automne, tome 29, n° 3, pp 479-516.

DUVERGER P., GUEDJ BOURDIAU MJ. (2013) Crise et urgence à l'adolescence. Ed Masson Paris 2013.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook

© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)

www.doc-dz.forumactif.com de retour parmi vous !

GUEDJ MJ., GALLOIS E.(2006) La visite à domicile comme réponse à la réclusion de l'adolescent. Revue Enfances et Psy, n° 30, Ed. Eres, pp. 43-55.

HAS (2011 décembre) Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé.

JOURDAIN D., STROHL H. (2004) Enquête sur la prévention et la prise en charge d'adolescents et de jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques. Rapport Paris février.

LADAME F. Rupture (breakdown). (2010) In Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse. Sous la direction de LE BRETON D. MARCELLI D. Quadrige PUF Paris, pp. 747-749.

MENAGE G. (2011) Les droits des mineurs au Centre Hospitalier Sainte Anne : quel écart entre les droits codifiés et les droits appliqués ? Mémoire Master 2. Université Paris Est Marne la Vallée.

SOMMELET D. (2006) Rapport de mission du 28 octobre : « L'enfant et l'adolescent, une priorité du système de santé ». http://sante.gouv.fr/htm/actu/sommelet/rapport.pdf

SPAPEN P., ANGELIDIS T., ANTONIALI V., VAN GERWEN K., PELC I. VERBANCK P. (2010) La thérapie familiale multi dimensionnelle des adolescents dépendant(e)s du cannabis. Une nouvelle approche systémique en Europe dans le cadre d'une recherche plurinationale. Thérapie familiale, Genève, vol 31, n° 2, pp. 117-132.

Personne âgée

AGBOKOU C. FERRERI F (2009) Urgences psychiatriques de l'adulte et de la personne âgée, Ed Maloine, 144 p.

CLEMENT JP (2010) (sous la direction de) Psychiatrie de la personne âgée. Médecins Sciences Flammarion 603p.

COHEN L. DESMIDT T. LIMOSIN F. (2014) La psychiatrie de la personne âgée : enjeux et perspectives. Annales Médico psychologiques, 172, 9 : 781-784.

DIBIE RACOUPEAU F. GRANET C. CHAVANE V. (2010) Les personnes âgées difficiles : un regard géronto psychiatrique. L'Information psychiatrique 1, vol 86 : 9-14.

Précarité

ARVEILLIER JC. MERCUEL A. (2012) Situations de précarité. Les cahiers Sainte Anne, Ed Lavoisier, Paris, 108 p

GUEDJ MJ, BESSIS J, GALLOIS E. (2003) Mensonge, mythomanie, fabulation et SDF. Perspectives psychiatriques, vol 42, n° 1, janvier-mars pp. 25-30.

MARTIN JP. MORCELLET P. (2013) Soins psychiques aux précaires. Santé Mentale n° 181 pp. 16-22.

La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel de l'agglomération parisienne. (2009) Enquête SAMENTA. INSERM décembre, rapport 121 p.

TROUVE M. CLAUDEL H. (2011 février) Urgences psychiatriques et précarité : étude descriptive et comparative sur la prise en charge de sujets SDF, L'Information Psychiatrique, volume 87, n° 2, pp. 89-94.

La Source : www.pediatrie.forumactif.com
Vistez Pédiatrie Pratique DZ Facebook
© Lavoisier | Téléchargé le 24/12/2020 sur www.cairn.info via Université de Tlemcen (IP: 193.194.76.5)