



URGENCES PSYCHIATRIQUES AU CABINET

Dr Tignac
Décembre 2012



Généralités

Urgence en psychiatrie =

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, du médecin : elle nécessite une rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique. »

Ainsi l'urgence psychiatrique n'est pas tant une aggravation de la pathologie qu'un dépassement du seuil de tolérance du sujet face à son trouble ou de celui de l'entourage.



Généralités suite

- n Bien que ressentie comme pénible, elle n'est pas toujours négative en ce sens qu'une « crise » est nécessaire pour qu'un changement se produise. Soit le système et les membres possèdent /trouvent les facultés d'adaptation, soit cela ne peut pas être mis en place et la crise débouche sur l'émergence d'un symptôme (médical ou psychologique).
- n L'urgence est ainsi comprise comme la partie émergée de l'iceberg. Pour un petit nombre de patients, ce qui rend la situation urgente n'est pas tant la gravité de la pathologie que les ruptures de leur contexte de vie.



Généralités suite

- n En médecine générale; les symptômes psychiques et les troubles psychiatriques sont fréquents :
- n - 11 % des consultations sont motivées par une plainte psychologiques

Trente pour cent (même étude) des patients présentaient un diagnostique psychiatrique lors de l'entretien :

- dépression 37 %
- troubles anxieux 12 %
- dépendance alcoolique 10 %



Le médecin généraliste

- n Il est souvent le premier interlocuteur médical interpellé du fait de sa proximité, surtout en milieu rural mais aussi en raison de la fréquence des symptômes psychiques.
- n L'urgence psychiatrique présente le plus souvent les caractéristiques d'une situation de croise, le médecin est alors bien placé pour saisir les enjeux de cet appel qui ne doit pas systématiquement aboutir au renvoi vers le spécialiste.



TROUBLES ANXIEUX

Le trouble anxieux généralisé (TAG)

L'anxiété est une émotion normale en réponse au stress de la vie quotidienne. Elle devient pathologique quand elle source de détresse pour l'individu qui ne la contrôle plus.

Le TAG est défini par le DSM-IV comme une anxiété et des soucis excessifs incontrôlables chroniques relatifs à des situations banales à l'origine d'une souffrance qui altère le fonctionnement du patient dans sa vie courante, associés à des symptômes physiques traduisant la tension motrice et l'hyper-vigilance.



TAG

- n Critères diagnostiques : sujet présentant depuis 6 mois au moins une anxiété sévère/soucis excessifs incontrôlables, avec impression permanente de nervosité, tension et des symptômes physiques à l'origine d'une détresse importante.
- n En plus : 3 symptômes sur 6 requis :
 - n - tension motrice : fatigue tension nerveuse, agitation ou surexcitation
 - n - hyper-vigilance : difficultés de concentration, troubles du sommeil, irritabilité
 - n - troubles associés : sueurs nausées bouche sèche tremblements contractions pollakiurie, douleur, céphalées syndrome du colon irritable...



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- n Café
- n Médicaments
- n Hyperthyroïdie
- n Hypoglycémie
- n Para-thyroïdie
- n Phéochromocytome
- n ...

Un trouble anxieux ne dispense pas d'un bon examen clinique avec recherche des antécédents, du contexte.



EXAMEN SOMATIQUE

n Contrôle des constantes :

- Tension artérielle
- pouls (tachycardie fréquente)
- Température
- Glycémie Fréquence respiratoire

- **VIGILANCE**

- Examen somatique dans la mesure du possible

n **Gestion agitation**

è Selon le degré de « participation » du patient



Prise en charge TAG

- n Moyen Médicamenteux : sédation
- n Hospitalisation à envisager selon les risques encourus par le patient et/ou l'entourage
- n Un mot sur les structures spécialisées



Mais avant de penser médicament ...

- n La première consultation doit comporter une écoute et des conseils, dans la mesure du possible et en fonctions des situations anxiogènes. Elle inclut l'explication au patient des symptômes somatiques, des causes et des différents traitements proposés.
- n Cette approche, si elle est possible, contribue à établir une relation de confiance entre le thérapeute et le patient, base de l'acceptation thérapeutique.



La sédation

- n En cas de troubles du comportement avec réticence ou opposition du patient
- n La voie intramusculaire est la plus habituelle en cas de refus de prise per os.
- n L'intervention d'un tiers peut être nécessaire pour la réalisation de l'injection, la gestion de l'agitation, voire une immobilisation.

=> Benzodiazépines : effet anxiolytique rapide

=> Neuroleptiques : efficaces si agitation notamment psychotiques

▸ **Attention aux effets secondaires**



BENZODIAZEPINES

Per os

- n Bromazépam Lexomil* per os : comprimé sécable en 4, maximum un comprimé entier par 24h.
- n Prazépam Lysanxia* per os en goutte ou en comprimé à 10 (action plus rapide en sublingual) et 40 mg.
Maximum 40 gouttes par 24h
(15mg = 1ml / 20 gouttes = 10 mg)
Autres selon les étiologies : Atarax* Séresta*

Intra-musculaire

- n Tranxène*



AGITATION / NRL

Loxapine Loxapac*

1 ml = 25 mg

Ampoule injectable de 50 mg/2ml

Flacon per os de 30 ml : 25 mg / ml

Comprimé à 25 50 100mg

Tiapride Tiapridal*

Comprimé à 100 mg

Solution buvable : 10 gouttes = 50 mg

Halopéridol Haldol*

Solution buvable. : 1 goutte = 0,1mg / 1ml = 2mg

Injectable : 1ml = 5 mg



HOSPITALISATION

- n Selon la cause du trouble, de l'entourage et de sa capacité de surveillance, selon les antécédents du sujet, le médecin généraliste peut être amené à décider d'une hospitalisation

avec ou... sans le consentement du patient si il a notion de « péril imminent ».

- n Hospitalisation sur la Demande d'un Tiers
- n Hospitalisation d'Office



HDT

Pour l'HDT, la loi se réfère à :

- la présence de troubles mentaux
- L'impossibilité de consentir à l'hospitalisation
- La nécessité de soins immédiats assortie d'une surveillance constante en milieu hospitalier.

Cette demande nécessite une demande **manuscrite** d'un tiers ; le tiers pouvant appartenir à la **famille**, l'**entourage** ou une autre personne si il y a eu une **relation antérieure** avec le patient. Par contre il ne doit pas appartenir au personnel soignant de l'établissement d'accueil.



HDT / Suite

- n Cette demande nécessite également 2 certificats médicaux datant de moins de 15 jours émanant de :
 - Médecin thésé, inscrit à l'ordre ou étudiant en médecine avec licence de remplacement
 - Sans lien de parenté au 4^{ème} degré, allié entre eux et avec le patient,
 - Le premier n'étant pas médecin de l'établissement d'accueil

- (annexe)



HO

Pour l'Hospitalisation d'Office, la loi se réfère à :

- la présence de troubles mentaux
- La nécessité de soins
- L'atteinte à la sûreté des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.
- Le certificat médical présente les mêmes conditions que celui de l'HDT

Elle implique une autorité administrative (le Préfet de Police à Paris ou Préfet de région) qui permettra le recours aux prérogatives de puissance publique et la possibilité d'intervention d'une équipe spécialisée.



TRANSPORT

- n Les moyens doivent être adaptés à l'état de la personne :
entourage si hospitalisation simple (urgence), voire ambulance ou VSAB.
- n Les transporteurs doivent être agréés.
- n La coordination peut s'effectuer par l'intermédiaire du Centre 15, surtout si une ambulance est nécessaire voire les pompiers.



Loi du 1er Août 2011

- n Cette loi organise les soins sous contrainte en introduisant la notion de soins sans consentement en ambulatoire et obligeant à mettre en oeuvre une procédure judiciaire dès qu'une hospitalisation sous contrainte excède quinze jours.
- n Loi relative « aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques »
- n HDT -> SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
- n HO -> SPDRE : Soins Psychiatriques sur Décision d'un Représentant de l'Etat



Loi 01 08 11 / Suite

- n Les conditions d'entrée ne changent pas beaucoup mais les conditions de sortie sont plus compliquées :

Avant : certificat à 24 h puis 15 jours et 1 mois

Maintenant : 24 h -> 72 h -> 5-8^{ème} jours

- Possibilité d'expertise demandée par le Préfet
- A l'issue de quinze jours: juge des détentions et des libertés saisi



Un mot sur ...

Aux urgences, il existe un espace dédié à la consultation psychiatrique d'urgence, elle est effectuée par un infirmier qui décide de l'orientation du patient sous couvert du psychiatre référent.

L'Unité de Courte Durée reçoit les urgences psychiatriques nécessitant une hospitalisation avant d'être transféré dans le service adéquat.

EMUP : Equipe Mobile d'Urgence Psychiatrique

Cette équipe est basée en Martinique au centre de régulation du centre 15, présente chaque jour ouvrable de la semaine de 7h à 20h. Elle est composée d'infirmier(e)s psychiatriques qui régulent les appels et réalisent des Visites à Domicile.



Un mot sur...

Les Centres Médico-Psychologiques répartis en secteur sur l'ensemble du territoire, regroupent des infirmier(e)s psychiatriques, des psychiatres, des psychologues, des éducateurs spécialisés et des secrétaires.

Ils peuvent accueillir les urgences de ville si possible après appel téléphonique du médecin.

Un patient peut s'y présenter directement.



Cas Cliniques

- n Schizophrénie : 2 cas
- n Tentative de suicide de l'adolescent
- n Hystérie / problème du ressenti
- n Dépression



Schizophrénie/certificat

- n Monsieur F. né le 13 09 1978, présentant une schizophrénie suivie et traitée (de façon aléatoire car au « bon vouloir » du patient).
- n C'est également une personne HIV suivi.
- n Il vit chez ses parents et est bien entouré
- n Le médecin traitant a déjà du intervenir par le passé pour une crise : enfermé dans sa chambre, délire de persécution, menace avec arme blanche ...



Monsieur F / suite

- n Le Vendredi 14 01 11, sa mère appelle pour une nouvelle crise avec renfermement sur soi sans menace physique mais refus de s'alimenter, de se laver ... / Les papiers d'HDT sont réalisés mais finalement Mr F se calme et accepte de manger donc la famille tente le maintien à domicile et appel au CMP pour le lundi
- n Lundi 17 01 11 : 8h30 appel de la maman nouvelle crise donc papiers étant déjà faits (modification effectuées) l'ambulance est appelée et mise de loxapac gouttes dans le jus de Mr F qui se calme alors
- n 11H00 : Toujours pas d'ambulance alors on sollicite le SAMU qui est alors surchargé de travail
- n 14H : arrivée de l'ambulance mais Mr F est réveillé et s'est enfuit de la maison
- n 17H : retour de Mr F. plus calme ...



Monsieur F. / Suite

n Mardi 18 01 2010

- n De nouveau Loxapac* et ambulance et cette fois avec succès
- n 17H00 appel des urgences du CHU : patient complètement endormi ... / nouvelle explication
- n 19H00 : appel de la mère : Mr F. est rentré seul à la maison..
- n 19H00 : appel du CHU : Mr F. a disparu ...
- n 20H00 : re-HDT et transfert sur Colson, Hôpital psychiatrique de Martinique ou ce dernier est connu.



Schizophrénie / CAT

- n Mr . 21 ans amené par sa mère :
 - pas d'antécédent notable
 - entend des voix dans sa tête
 - Voit des choses bizarres
 - Mal à la tête « ça me fatigue » « j'en peux plus »

- CAT :
- Interrogatoire
- Appel CMP / avis psy
- Reçu le lendemain / Risperdal*



Adolescence et Tentative de suicide

- n Melle J, 14 ans vient amenée par sa mère
- n Pas d'antécédent notable
- n Problèmes familiaux : beau-père à la maison qui harcèle la famille

Examen somatique : aspect anorexique avec 48 kg pour 178 cm

Renfermée++ puis se lance « en ai marre » « j'ai pris un couteau » Ma mère confirme ses actes.

Appel au CMP et consultation en urgence

... attouchements sexuels sous-jacents



Hystérie ou TAG

n Mme G 55 ans amenée, prostrée, par son mari qui souhaite que je lui fasse une piqûre pour « la sortir de là »

n Consultation : approche progressive pour que la patiente sorte de sa prostration et évoque elle-même son malaise

Examen pour infirmer les causes somatiques

Mauvaises nouvelles

à Ré-assurance et Traitement per os suffisant : Lexomil*

à S'agite et pleurs, refus d'aide, mari présent donc injection de Tranxéne* / surveillance et relais per os



REFERENCES

- n ANAES 2001
- n HAS 04 2005
- n L'information psychiatrique, Volume 82, Numéro 7, 565-70, Septembre 2006, Urgences