

Urgences psychiatriques

Cours CEPUSPP no 4 - 1ère année
Octobre - novembre 2008

Dr G. Winterhalter
Centre d'Intervention Thérapeutique, 1820 Montreux

Le point clé de l'urgence psychiatrique:

- ▶ L'angoisse et l'agitation dominant...
 - § le patient et son entourage sont débordés
 - § Le thérapeute n'a pas ses points de repères habituels
- ▶ ... ce qui complique sérieusement l'élaboration et la mise en œuvre des mesures à prendre...
- ▶ ...car la pertinence et l'efficacité de celles-ci dépendent avant tout de la capacité à:
 - § Nouer une alliance
 - § Donner un sens à ce qui se passe sur un plan clinique et psychodynamique

Dr G. Winterhalter, oct - nov 2008

Penser avant d'agir

- ▶ On limitera d'autant mieux le risque d'erreurs diagnostiques et/ou thérapeutiques dues à la précipitation que l'on aura réussi à :

- § maintenir ou rétablir un climat de sécurité suffisant

- § Mettre en place ou conserver une position thérapeutique
(contenante, soutenante, et exploratoire)

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Penser pour pouvoir agir : avant l'urgence

- § Quelle est ma disponibilité intérieure au début et durant la garde ?

- § Réactions face à l'angoisse de l'inconnu, l'agitation, la dangerosité
- § Perception du moment où j'ai besoin d'aide

- § Quelles ressources sont disponibles durant la garde ?

- § Temps, personnel, moyens thérapeutiques, supervision
- § Lieux, personnes à qui adresser le patient en fin d'intervention
- § Adresses utiles (ambulance, police,...)

- § Que sais-je de l'urgence psychiatrique ?

- § Éléments théoriques : Clinique, dynamique de l'urgence, mesure thérapeutiques
- § cadre médico-légal en vigueur

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Éléments théoriques: psychiatrie en urgence ou urgence psychiatrique ?

- § **30% des situations** : le symptôme est en relation avant tout avec la **décompensation d'une pathologie psychiatrique** (trouble psychotique, accès maniaque, trouble anxieux spécifique, trouble de la personnalité, trouble antisocial et perversion, démence, état confusionnel).
- § **70% des situations**: le symptôme est en relation avant tout avec un **désordre relationnel où la parole devient dangereuse**. Aucun diagnostic véritablement précis ne peut être posé (polymorphisme des plaintes, somatisations, agir, abus de toxiques, difficultés sociales,...).

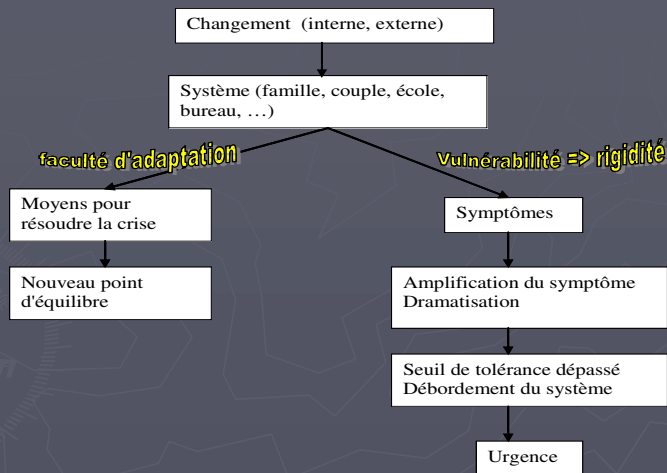
Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Éléments théoriques : La dimension de la crise dans l'urgence

- § Tout symptôme est l'expression **d'un déséquilibre psychique interne et interpersonnel**, même s'il fait partie du tableau classique d'une maladie connue chez le patient.
- § Il est donc l'expression d'une **crise**, qui porte en elle non seulement des potentialités de désintégration ou de retour quo ante, mais aussi de changements.
- § Ce déséquilibre génère une bonne part de **l'angoisse et de l'agitation observée**
- § **La mise en évidence des conflits internes et interpersonnels sous-jacents aux symptômes permet d'améliorer la qualité des mesures à prendre (prévention d'un passage à l'acte, soulagement symptomatique, mise en place ou reprise d'un traitement au plus long cours)**

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Eléments de théorie: de la crise à l'urgence...



Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Eléments de théorie: de l'urgence à la crise

► D'une logique de l'urgence...

- § registre de l'agir
- § réponse immédiate à apporter
- § demande pressante
- § hors cadre, hors lieu, hors temps
- § modèle médical (tt symptomatique)
- § modèle médico-légal (sécurité du patient et de la société)

► A une logique de crise

- § registre du sens
- § espace et cadre de travail défini, sécurisant, permettant de tolérer l'angoisse
- § tentative de compréhension des variations d'équilibre du sujet (perspective intrapsychique et /ou environnementale)
- § modèle psychodynamique

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Considérations médico-légales : généralités

- § Dès qu'il en a connaissance, le médecin devient responsable de la situation clinique.
- § Il doit faire le nécessaire pour que l'urgence signalée soit prise en charge.
- § En pratique, il doit se renseigner sur la situation en cours, se rendre sur place, examiner le malade, s'enquérir - si nécessaire - auprès de l'entourage et prendre les décisions qui peuvent s'imposer.
- § En cas de doute ou de difficultés, il doit appeler le médecin de référence et suivre ses indications.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Considérations médico-légales : Consultations téléphoniques

- § A titre exceptionnel, il est admis que certaines situations puissent être débrouillées par téléphone.
- § Ces exceptions ne peuvent guère concerner que des **patients connus, sans demande de déplacement, et pour lesquels il n'y a pas de notion de danger exprimé par le patient lui-même ou par des tiers.**

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Considérations médico-légales: Consultations en hôpital somatique, en clinique privée ou en EMS

- § Dans ces situations, le psychiatre amené à intervenir **doit se considérer comme un consultant de l'établissement.**
- § A ce titre, il donnera ses conclusions et propositions au médecin responsable du patient, et **mais ne signera pas d'ordres médicaux lui-même** (par exemple, la prescription d'une médication, remplir un certificat d'admission d'office).

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Considérations médico-légales: Collaboration avec les instances judiciaires

- § Veiller à ne pas violer le secret professionnel et, le cas échéant, le secret de fonction.
- § Ne pas se prononcer sur une éventuelle dangerosité ou responsabilité pénale d'un prévenu.
- § Faire son observation et prendre les mesures médicales qui s'imposent (prescription médicale, hospitalisation, etc.)
- § Avant toute décision, demander l'avis du médecin de référence.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Considérations médico-légales: le secret médical

- ▶ Les lois et règlements sont valables aussi pour le travail d'urgence.
- ▶ En particulier, il n'est formellement pas autorisé de contacter des tiers en l'absence de l'accord du patient, même si son contact avec la réalité est entamé. Seules les situations de péril imminent justifient de transgresser ces règles, et ceci dans une mesure proportionnelle à ce risque.
- ▶ En cas d'intervention de la police ou de tiers, ceux-ci doivent être mis au courant de l'obligation de garder le secret sur ce qu'ils auront vu ou entendu.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Considérations médico-légales: Sécurité

- § **Toute situation qui serait connue préalablement comme dangereuse ou potentiellement dangereuse doit être traitée avec la plus grande prudence, et l'aide de la force publique requise.**
- § En cas d'agression, pour être protégé asséculo-logiquement, il faut:
 - ▶ aviser immédiatement un médecin cadre (éventuel remplacement);
 - ▶ prendre les coordonnées des témoins éventuels;
 - ▶ écrire formellement au chef de service.
 - ▶ envisager l'utilité d'un debriefing
- § En cas de risque de contamination HIV, ou en présence de lésions, prendre contact immédiatement avec le médecin du personnel ou avec un lieu de soins adéquat.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Considérations médico-légales: Hospitalisation

► 4 régimes différents:

- § admission volontaire
- § admission d'office
- § admission ordonnée par l'Autorité de tutelle
- § admission imposée par un magistrat de l'ordre judiciaire.

► Admission d'office:

- § Pour pouvoir hospitaliser un patient contre son gré, il faut habituellement la présence d'un trouble psychiatrique aigu et d'un danger imminent pour le patient ou pour autrui.
- § La décision d'hospitalisation doit être clairement annoncée et expliquée à l'entourage et au patient lui-même, quel que soit son état, en indiquant les voies de recours possibles.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Objectifs de l'entretien en urgence (1)

§ Evaluation clinique

- Pathologie organique?
- Abus de substances psycho-actives?
- Pathologie psychiatrique?
- Evaluation du risque vital?

§ Cheminement de la demande

- Comment la demande est-elle arrivée jusqu'à nous ?
- Pourquoi ici ?
- Qui accompagne le patient? Pourquoi?

§ Qu'est-ce qui fait crise ?

- Pourquoi maintenant (facteur déclenchant)?
- Qu'est-ce qui a déjà été entrepris pour faire face?
- Pourquoi est-ce que cela ne fonctionne plus?

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Objectifs de l'entretien en urgence (2)

- ▶ Construction ou rétablissement d'un espace thérapeutique
 - § Nouer une alliance
 - § donner sens à ce qui se passe
 - § Proposer un lieu pour soigner la maladie et travailler la crise en dehors de l'urgence

- ▶ Mesures d'accompagnement
 - § Prévention d'un passage à l'acte
 - § Soulagement symptomatique médicamenteux

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'appel en urgence

- ▶ Lors de l'appel téléphonique:
 - § Première orientation clinique en vue d'évaluer les mesures à prendre avant la consultation :
 - ▶ Dangerosité
 - ▶ Nécessité d'une évaluation somatique préalable à l'hôpital général (tentamen, toxiques,...)

 - § Préparer la consultation
 - ▶ Exiger de la personne demandeuse qu'elle participe au moins au début de l'entretien (exc. habituelle : médecin traitant ou de garde en ville)
 - ▶ Evaluer la nécessité d'une présence de proches, d'autres soignants, de la police

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Préparer la consultation

§ Instaurer un climat de sécurité

- ▶ Le patient peut-il rester seul, sans surveillance visuelle ?
- ▶ Quelle présence auprès du patient (entourage? professionnels?)
- ▶ Faut-il une contention ?
- ▶ Place du psychiatre:
 - § Quelle distance respecter ?
 - § comment se présenter ?
 - § manière d'engager l'entretien ?

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

la contention

§ La contention physique

- § ***Uniquement lorsqu'il y a un danger imminent et seulement le temps indispensable pour trouver une autre solution***
- § Conditions indispensables pour limiter l'aspect traumatique de la démarche et en dégager les aspects thérapeutiques possibles:
 - ▶ 2 à 5 personnes dont une femme
 - ▶ Expliquer les raisons
 - ▶ Une fois la décision prise, ne plus marchander
 - ▶ Présence permanente auprès du patient

§ La contention chimique

- § ***Si elle peut être indiquée à l'hôpital dans l'urgence, elle n'a en principe pas d'indication ambulatoire***
 - ▶ risque d'interaction avec d'autres toxiques
 - ▶ le tableau clinique (et donc les mesures à prendre) est difficile à apprécier si le patient arrive endormi à l'hôpital

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L 'entretien en urgence

§ Anamnèse :

- ▶ Eléments cliniques, symptômes, abus de substance?
- ▶ Eléments relationnels (à l'origine du trouble, mais aussi dans l'accompagnement jusqu'à l'appel urgent)?
- ▶ Tentatives de résolution du problème avant la demande urgente
- ▶ Eventuelle prescription de médicaments avant la demande ?
- ▶ Traitements déjà en place ?
- ▶ Antécédents personnels (somatiques et psychiatriques) ?
- ▶ Position du patient par rapport à ce qui lui arrive

§ Observation :

- ▶ Aspect du patient, comportement
- ▶ Manière de s'exprimer, contenu du discours
- ▶ Emotions, affects, nature des représentations
- ▶ Type de relation engagée avec le thérapeute
- ▶ Reconnaître les émotions ou les impressions que le patient (et son entourage) suscitent chez le thérapeute

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Diagnostic différentiel (1)

§ L 'agitation domine:

- ▶ **Etat confusionnel, qui est l'expression :**
 - ▶ d'un trouble somatique (neurologique, endocrinienne, métabolique, infectieuse,...)
 - ▶ d'un abus, d'une dépendance, d'un sevrage ou des effets secondaires d'un toxique (alcool, drogue, médicaments)
 - ▶ d'un trouble psychiatrique (démence, psychose,...)
- ▶ **Démence, qui est l'expression :**
 - ▶ d'un trouble somatique (accident vasculaire cérébral, infection,...)
 - ▶ d'un abus, d'une dépendance, d'un sevrage ou des effets secondaires d'un toxique (alcool, drogue, médicaments)
 - ▶ d'un trouble psychiatrique (pseudo-démence)

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Diagnostic différentiel (2)

§ L'agitation domine:

▶ **Psychose, qui est l'expression :**

- ▶ d'un trouble somatique (neurologique, cérébrovasculaire, infectieux)
- ▶ d'un abus, d'une dépendance, d'un sevrage ou des effets secondaires d'un toxique (alcool, drogue, médicaments)
- ▶ d'une problématique psychiatrique (schizophrénie, paranoïa, psychose maniaco-dépressive,...)

▶ **Impulsivité difficile à contrôler:**

- ▶ **Trouble de la personnalité** (borderline, antisociale,...)
- ▶ **"Crise d'hystérie"** (symptomatologie bruyante, théâtrale, mais toujours contrôlée)
- ▶ **Crise de couple ou de famille**

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Diagnostic différentiel (3)

▶ **Le risque suicidaire domine:**

§ **Trouble dépressif, mélancolique**

§ **Trouble de la personnalité**

§ **Trouble psychotique**

§ **d'un abus, d'une dépendance, d'un sevrage ou des effets secondaires d'un toxique (alcool, drogue, médicaments)**

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Diagnostic différentiel (4)

► L'angoisse domine:

- § Trouble de l'adaptation
- § Anxiété généralisée (angoisse flottante)
- § phobie (angoisse liée à une situation ou à un objet)
- § Attaque de panique
- § Angoisse psychotique (psychose ou dépression grave sous-jacente)
- § Angoisse sur fond dépressif

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Diagnostic différentiel (5)

► Autres problématiques:

- § **Troubles psychiatriques d'origine médicamenteuse**
 - Syndrome malin des neuroleptiques
 - Syndrome sérotoninergique
 - Intoxication au lithium
- § **Troubles liés à un abus, d'une dépendance, d'un sevrage ou des effets secondaires d'un toxique (alcool, drogue, médicaments)**
- § **Etats de stress post-traumatiques (defusing, debriefing)**

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'impression psychodynamique (l'hypothèse de crise)

- ▶ Où se joue la scène ?
 - § théâtre interne du patient (champ de la névrose)
 - § relations interpersonnelles (personnalités limites)
 - § néoréalité, morcellement (champ de la psychose)
- ▶ Facteur déclenchant
- ▶ scénarios répétitifs (thème conflictuel)
- ▶ ressources mises en péril et ressources restantes
- ▶ Quelle opportunité de changement ?

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Attitude

§ Transmettre les conclusions de l'investigation

- § Valider l'utilité de la consultation
- § Résumer l'impression clinique
- § Donner notre compréhension de la situation (articulation des symptômes avec un hypothèse psychodynamique, scénarios répétitifs,...), même si celle-ci n'est que très partielle

§ Proposer un contrat limité

- § **(R)établir des liens avec l'entourage**
- § **(R)établir des liens thérapeutiques**
- § Médication (Anxiolytiques, Neuroleptiques)
- § Contention de la violence (hospitalisation non volontaire, police)

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Mesures finales

► **Le patient n'est pas hospitalisé:**

§ Quelles sont les **dispositions** prises par le patient:

- où va-t-il?
- Est-il en sécurité?
- Y a-t-il une prévention adéquate des récives prévue?

§ Quel **traitement** est prévu ?

- **s'assurer d'une bonne transmission des informations**
- Ecrire à l'intention du patient et de son entourage les instructions et recommandations.

► **Le patient est hospitalisé:**

- § Annoncer clairement la décision
- § Prévoir un moyen de transport adéquat

► **Informé le thérapeute habituel ou prévoir un entretien de transmission (surtout si l'on adresse le patient à un centre de consultation)**

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Psychotropes: généralités

- Connaître précisément un nombre limité de médicaments psychotropes (effets, effets secondaires, pièges)
- Se méfier d'un trouble psycho-organique
- Travailler avec l'a priori que vous ne reverrez pas le patient.
- Travailler avec l'a priori que le passage à l'acte suicidaire (ou hétéro agressif) reste possible.
- 3 classes à éviter dans l'urgence:
 - § Les antidépresseurs
 - § Le lithium
 - § Les neuroleptiques retard

► **Cave** : les propositions qui suivent sont données à titre indicatif. Il est de la responsabilité de chaque médecin de prendre toutes les précautions nécessaires pour s'assurer de la pertinence et de la sécurité d'une prescription dans chaque situation particulière.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Psychotropes : effets secondaires fréquents

- § Désinhibition, risque d'acting
- § Complications cardio-vasculaires (espace QT)
- § Dépression respiratoire
- § Dystonie aiguë
- § Hypotension aiguë
- § Accidents vasculaires cérébraux (patients épileptiques non compliants)
- § Syndrome malin aux neuroleptiques

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Psychotropes: à investiguer

- ▶ A investiguer systématiquement
 - § Prise de médicaments, de drogues et d'alcool juste avant la consultation
 - § Antécédents pharmacologiques médicaux et psychiatriques
 - ▶ Chez des patients n'ayant jamais pris de psychotropes, débiter par des doses faibles et augmentation progressive
 - ▶ Attention aux interactions
 - § Allergies
 - § Antécédents de passage à l'acte

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Psychotropes: principes de prescription

- § **Indications:** si soulagement insuffisant après entretien médical.
- § **Objectif:** apaiser les manifestations bruyantes de la crise (agitation, anxiété).
- § La **monothérapie** est de rigueur en ambulatoire. A l'hôpital, une combinaison neuroleptiques et benzodiazépines est plus souvent préférable pour limiter les doses.
- § Privilégier la **voie p.o.** si compliance suffisante
- § Une **injection i.m.** sédatrice ne sera réalisée avant l'arrivée à l'hôpital psychiatrique que si le patient ne peut pas être contenu autrement. **Pas d'injection i.v. (même à l'hôpital)!**
- § **Patient âgé :** posologie plus faible et instauration progressive

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Benzodiazépines et neuroleptiques

► Benzodiazépines:

- § Moins sédatifs que les neuroleptiques
- § Mieux résorbés p.o. que i.m.
- § **Effet paradoxaux (jeunes et vieillards)**
- § **Effet dépresseur central** (risque de dépression respiratoire)
- § **Contre-indication en cas de** consommation de toxiques et/ou d'alcool

► Neuroleptiques:

- § **Cave** syndrome extrapyramidal (1 dose peut suffire)
- § **Cave** effets hypovolémiantes et hypotenseurs!

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

les médicaments si l'agitation domine

Médic.	Dose init.	Intervalle min	Dose max /j.	Particularités
Haldol *	5 mg	60 min	30 mg	Indiqué si agitation avec risque d'ingestion d'alcool, de drogues illégales et/ou de benzodiazépines(yc au toquilone ou barbiturique)
Temesta	2,5 mg po ou 2(-4) mg im	15 min	3 cp po ou 2 amp im	Contre-indiqué si agitation avec risque d'ingestion d'alcool, de drogues illégales et/ou de benzodiazépines(yc au toquilone ou barbiturique)

Surveillance benzodiazépines:

- En cas de **sédation profonde** ou si le patient s'endort : contrôle respiration toutes les 30 min pdt 4 h.après la dernière injection.

Surveillance neuroleptiques :

- **TA, Puls** : 30 et 60 min, puis toutes les 60 min pdt 4 h. après la dernière injection.
Rp: Effortil 25 gtes si TA syst < 100 mmHg ou TA diast < 60 mmHg
- **Dystonie aiguë** : 30 , 60 et 120 min, puis toutes les 2h. pdt 24 h.
Rp: Kemadrine 5 mg po ou 10 mg im (max. 3x/j)

*autre choix possibles chez des patients chez qui l'on souhaite débiter d'emblée une cure de neuroleptiques et chez qui l'on a exclu la présence de substances pouvant provoquer une dépression du SNC ou d'autres contre-indications :

zyprexa 5-10 mg im (max 20 mg/j), clopixol acutard 50-150 mg im ou Risperdal po 0,5-2 mg

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

les médicaments si l'angoisse domine

Médicament	Dose init.	Dose max /j.
lexotanil	1.5-6 mg	12 mg /j
seresta	15-30 mg	120 mg/j
tranxilium	10-20 mg	50 mg/j
Temesta	2.5 mg	7.5 mg/j
truxal	15-50 mg	300 mg/j
nozinan	25 mg	150 mg/j

P.S. : il s'agit d'une liste indicative et non exhaustive

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Urgences d'origine médicamenteuse: Le syndrome malin des neuroleptiques

§ Clinique:

- ▶ Prodromes : Rigidité, syndrome bucco-linguo-masticateur avec striction de la gorge, akinésie, agitation, troubles de la déglutition, hypersialorrhée, transpirations profuses, tachycardie, mutisme
- ▶ **Élévation de la température inexplicée pendant plus de 24 heures**
- ▶ Syndrome akinéto hypertonique, pâleur avec sudation profuse, troubles cardio-respiratoires
- ▶ Troubles état conscience, syndrome paleur-hyperthermie

§ Laboratoire:

- ▶ i VS, leucocytose, augmentation des CPK musculaires, anomalies biologie hépatique, myoglobulinurie.

§ Attitude en urgence:

- ▶ Arrêt neuroleptiques
- ▶ Transfert aux soins intensifs (diminution de la température, correction des troubles métaboliques, assistance cardio respiratoire)
- ▶ Diminution de l'hypertonie (anti-parkinsoniens, benzodiazépines)
- ▶ Levée du blocage dopaminergique (bromocriptine ou dantrolène)

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Urgences d'origine médicamenteuse: Le syndrome sérotoninergique

§ Surtout en cas d'association lithium – SSRI

§ Clinique:

- ▶ Agitation, confusion, hypomanie
- ▶ Tremblements, myoclonies, hyperréflexie, rigidité
- ▶ Hypo- ou hyper-tension, tachycardie, frissons, hyperthermie, sueurs.
- ▶ Troubles digestifs

§ Attitude :

- ▶ Arrêt SSRI et lithium
- ▶ Hospitalisation en milieu somatique

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Urgences d'origine médicamenteuse: L'intoxication au lithium

► Facteurs de risque :

- § associations médicamenteuses dangereuses (diurétiques, AINS, inhib. EC)
- § épisode de déshydratation (état fébrile, diarrhée, régime amaigrissant, régime sans sel)

► Clinique:

- § Tremblement ample et irrégulier
- § Diarrhées nausées vomissements, troubles de l'appétit et du sommeil
- § polyurie avec polydypsie, oedèmes et prise de poids
- § Vertiges, trouble de l'équilibre => Sy. vestibulaire
- § Trouble de l'état de conscience => sy. confusionnel, coma, mort.

► Attitude :

- § Hospitalisation en milieu somatique
- § Arrêt lithium

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

La crise suicidaire

► 2 éléments de définitions :

- § Moment d'échappement au cours duquel les mécanismes de défense d'un individu seront débordés.
Ce dernier se retrouve dans un état temporaire, réversible, qui correspond à une rupture d'équilibre relationnel avec lui-même et/ou son environnement

- § Trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec l'élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte, qui ne représente que l'une des issues possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.

Il n'est pas rare que cette trajectoire s'étende sur 6-8 semaines

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Suicide : épidémiologie

- § Suicides aboutis :
 - ▶ Pendaison (37%), arme à feu (25%), noyade, précipitation
- § Tentatives de suicides :
 - ▶ Intoxication volontaire

- § 2 pics d'incidence :
 - ▶ 15-40 ans
 - ▶ > 65 ans
- § Facteurs de risques :
 - ▶ Événement stressant (>80% des cas)
 - ▶ Déficience d'intégration sociale
 - ▶ Antécédents personnels (10-30x) et familiaux (4x) de suicide

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Suicide et trouble psychique

- ▶ Diagnostic psychiatrique dans 90% des cas de suicide

- ▶ Diagnostics fréquents :
 - § Troubles affectifs : 40 à 70 % des cas
 - § Dépendances (alcool, drogues) : 20 à 50 % des cas
 - § Troubles de la personnalité
 - § Schizophrénie

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Evaluation du risque suicidaire: points clefs

- ▶ **Ne jamais minimiser** une première tentative de suicide ou un projet peu élaboré.
- ▶ **Questionner systématiquement** les dires d'un malade qui nie le but suicidaire d'un passage à l'acte grave (par ex. absorption massive d'alcool et de médicaments).
- ▶ **Un virage de l'humeur authentique** (de la dépression à la normothymie) est parfois induit par la prise massive de psychotropes et n'est donc que passager.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Evaluation du risque suicidaire : 3 axes

(d'après J.-L. Terra)

- ▶ Facteurs de risque prédisposant à l'apparition du geste
 - § Situation psychosociale
 - § Facteur déclenchant
 - § antécédents
- ▶ Urgence du passage à l'acte (imminence de la conduite):
 - § Fréquence et intensité de l'idéation suicidaire
 - § Absence d'alternative autre que le suicide
 - § Clarté du scénario, degré de planification, détermination
- ▶ Dangerosité du scénario suicidaire
 - § Létalité du moyen
 - § Accessibilité

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Evaluation du risque suicidaire : degré d'urgence (d'après J.-L. Terra)

► Risque modéré

- § Le patient désire parler, est à la recherche d'une relation
- § Idées suicidaires, mais pas de scénario
- § Maintien de projets pour les prochains jours,
- § recherche de solutions et stratégies pour faire face à la crise
- § Souffrance, mais contact avec la réalité préservé, le trouble n'est pas envahissant

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Evaluation du risque suicidaire : degré d'urgence (d'après J.-L. Terra)

► Risque bien présent

- § Equilibre émotif fragile
- § Intention suicidaire claire
- § Existence d'un scénario, mais son exécution est reportée
- § Peu de recours autres que le suicide pour cesser de souffrir
- § Besoin d'aide, expression d'un désarroi directement ou indirectement

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Evaluation du risque suicidaire : degré d'urgence (d'après J.-L. Terra)

► Risque élevé

- § Le patient est décidé, la planification est claire, le passage à l'acte est prévu dans les heures ou les jours à venir
- § Le patient est coupé de ses émotions, il rationalise sa décision, ou il patient est au contraire très émotif, agité et troublé
- § Le patient se sent immobilisé par la dépression ou au contraire dans un état agité
- § La douleur et l'expression de la souffrance sont envahissantes (ou cachées)
- § Il y a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider
- § Le patient a le sentiment d'avoir tout fait et essayé

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Evaluation du risque suicidaire: investigation

- Ne pas laisser le patient seul, sans surveillance visuelle.
- Déterminer le risque suicidaire en évaluant la présence des items suivants:
 - § a) Volonté claire de mourir et scénario crédible en vue d'un passage à l'acte
 - § b) Impulsivité importante incontrôlable.
 - § c) Troubles psychotiques aigus accompagnant les idées suicidaires (par exemple si le patient entend des voix lui enjoignant de se suicider).
- La présence d'un seul de ces items suffit en principe pour poser l'indication à une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Evaluation du risque suicidaire: investigation (2)

§ Evaluer ensuite les items suivants:

- ▶ d) Trouble dépressif ou bipolaire (particulièrement si présence d'agitation ou d'angoisse)
- ▶ e) Abus ou dépendance d'alcool ou de drogue
- ▶ f) Antécédents de tentative de suicide
- ▶ g) Absence de conjoint
- ▶ h) Patient mal inséré socialement (sans travail valorisant, pas d'amis,...)
- ▶ i) Patient âgé de 45 ans ou moins ou de plus de 60 ans
- ▶ j) Maladie organique chronique ou aiguë récente

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Evaluation du risque suicidaire: tableau décisionnel

Proposition d'actions en fonction des items d) à j) présents:

0-1 item présent	Proposer un traitement ambulatoire. Un scénario suicidaire même peu élaboré, un sentiment de culpabilité ou de dévalorisation impose une prise en charge par un psychiatre.
2-3 items présents	Proposer un traitement ambulatoire intensif ou envisager une hospitalisation.
dès 4 items présents	Hospitaliser. Eventuellement proposer un traitement ambulatoire intensif si les conditions d'un traitement ambulatoire ci-dessous sont remplies.

Conditions d'un traitement ambulatoire:

- il existe des possibilités de secours disponibles 24h./24h.
- le médecin a une confiance suffisante dans le fait que le patient demandera de l'aide.
- le soutien familial ou de l'entourage est bon.

Cave: Ces propositions ne sont qu'une aide à la décision.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Evaluation du risque suicidaire: conduite à tenir après un tentamen

- § **Réanimation** cardiorespiratoire si nécessaire
- § **Hospitaliser** en milieu général s'il y a le moindre doute quant à l'état organique du patient.
- § **Indiquer:**
 - la date et l'heure de la tentative
 - le type et la quantité des médicaments ou toxiques ingéré.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Evaluation du risque suicidaire: traitement psychiatrique après un tentamen

Attitude en fonction de la **sévérité de la tentative**:

bénigne (par ex. : lacérations superficielles, surdosage médicamenteux modéré)	<ul style="list-style-type: none">• Traitement ambulatoire si la crise est résolue, et si les "conditions d'un traitement ambulatoire" sont remplies.• Traitement ambulatoire intensif (ou hospitalisation) si idées suicidaires persistantes et/ou troubles psychiatriques associés.
moyenne (par ex. : overdose médicamenteuse grave, défenestration, blessures par lames, absence d'appel ou de secours immédiats)	<ul style="list-style-type: none">• Hospitaliser. Adresser à un centre de traitement ambulatoire intensif si:<ul style="list-style-type: none">- bon soutien thérapeutique ou de l'entourage- critique du geste suicidaire.
grave (par ex. : immersion, gaz et gaz d'échappement, armes à feu, pendaison, strangulation)	<ul style="list-style-type: none">• L'hospitalisation en milieu psychiatrique est de règle.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'agitation domine : Règles de base du diagnostic différentiel

► **Si la dimension relationnelle n'apparaît pas au 1er plan:**

- § Seul le patient est agité
- § L'entourage est paniqué, mais ne se sent pas pris à partie
- § L'impression prévalante est l'incohérence, "la rupture avec le normal"

=> **penser à un état confusionnel, une démence ou une psychose**

► **Si la dimension relationnelle apparaît au 1er plan:**

- § L'entourage participe à l'agitation, se sent pris à partie
- § L'impression prévalante est celle d'une situation conflictuelle peu ou pas exprimable

=> **Penser à une crise d'angoisse, un trouble de la personnalité
une crise de couple ou de famille**

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'agitation domine: L'état confusionnel (clinique)

► **au plan psychiatrique**

- § *avant tout un état de vigilance **fluctuant d'apparition brutale** (obnubilation)*
- § *une désorientation surtout temporelle*
- § *un trouble de l'attention*
- § *une perturbation du rythme veille-sommeil*
- § *des hallucinations surtout visuelles, éventuellement auditives, parfois terrifiantes.*
- § *parfois une activité délirante*

► **au plan somatique**

- § *un faciès hébété*
- § *un trouble de l'équilibre, un comportement gestuel inadapté, un tremor*
- § *une élocution hésitante, une dysarthrie, ou une incohérence du discours*
- § *une atteinte neurologique (nystagmus, atteinte des nerfs crâniens ou du champ visuel)*

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'agitation domine: L'état confusionnel a toujours une cause organique

- § une intoxication ou un sevrage (alcool, drogue, médicaments)
- § neurologique (par ex. hématome sous-/épi-dural, épilepsie, tumeur, hémorragie cérébro-méningée,)
- § infectieuse (par ex. foyer pulmonaire ou urinaire)
- § endocrinienne ou métabolique (par ex. hypoglycémie, hypercalcémie, thyroïde)

- § Cave: se méfier des étiologies multiples :
 - ▶ OH, hématome sous-dural et psychose
 - ▶ diabète et foyer infectieux

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'agitation domine: L'état confusionnel chez la personne âgée

- ▶ L'état confusionnel est un mode privilégié de décompensation de la démence

- ▶ Sur le plan somatique, penser à :
 - § globe vésical
 - § un ileus
 - § un foyer infectieux

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'agitation domine: L'état confusionnel (attitude générale)

- § Une hospitalisation en milieu somatique s'impose pour:
 - ▶ surveillance et réhydratation
 - ▶ diagnostiquer et traiter de la cause sous-jacente
- § En attendant, tenter de calmer le patient par une attitude rassurante. Eviter de médiquer le patient avant l'arrivée à l'hôpital. Une contention physique est souvent préférable à ce stade. Une injection im sédatrice ne sera réalisée que l'agitation ne peut être contenue malgré l'aide de plusieurs personnes.
- § Le patient sera à adresser au psychiatre dans un 2ème temps si:
 - ▶ Intoxication à des neuroleptiques ou à d'autres psychotropes
 - ▶ Cause psychiatrique (par ex: état confusionnel accompagnant une démence).
 - ▶ Comorbidité psychiatrique (par ex: OH et trouble de l'humeur)

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'agitation domine: La démence (clinique)

- § La démence touche principalement la personne âgée. Les phases aiguës sont souvent accompagnées d'un état confusionnel.
- § **au plan psychiatrique**
 - ▶ *On observe avant tout des déficits cognitifs multiples d'apparition progressive (mémoire, jugement, abstraction, troubles phasiques, praxiques et gnosiques,...) avec un état de vigilance stable*
 - ▶ des comportements à risque (ne pas fermer le gaz de la cuisinière,...)
 - ▶ une agitation ou un comportement oppositionnel.
 - ▶ Parfois des troubles perceptifs (illusions, hallucinations) ou délirants
- § **au plan somatique**
 - ▶ S'il y a des signes neurologiques focalisés, penser à une probable atteinte vasculaire (thrombose, embolie, hémorragie,...)

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'agitation domine: La démence (attitude)

- § Rechercher et traiter une cause organique (accident vasculaire cérébral aigu ou problème infectieux)
- § Rechercher un changement récent intervenu dans l'environnement du patient et susceptible d'avoir provoqué l'agitation.
- § Traiter symptomatiquement l'agitation si elle reste incontrôlable
- § Hospitaliser le patient pour surveillance si persistance d'un risque lié à l'agitation ou aux autres symptômes (par ex. pas d'entourage suffisant disponible immédiatement).
- § Avertir le psychiatre ou le médecin traitant.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'agitation domine: Le trouble psychotique (clinique)

§ au **plan psychiatrique**

► On observe avant tout :

- § *des idées délirantes, des hallucinations (plutôt auditives), des troubles de la pensée et/ou*
- § *un sentiment massif de dépersonnalisation ou de déréalisation et/ou*
- § *une euphorie, une exaltation, des comportements extravagants*

► un état de vigilance stable

§ au **plan somatique**

- un status normal (une atteinte neurologique doit faire rechercher une cause organique)

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'agitation domine: Le trouble psychotique (investigation)

- § Rechercher une étiologie organique (surtout s'il s'agit d'un 1er épisode chez un patient de plus de 40 ans en présence de signes neurologiques):
 - ▶ épilepsie temporale, hémorragie méningée, hématome sous-dural, hypertension intracrânienne, encéphalite virale (HIV).

- § Envisager (en particulier en présence d'importants sentiments de dépersonnalisation ou de déréalisation) :
 - ▶ un sevrage brutal aux amphétamines, à la cocaïne, aux hallucinogènes
 - ▶ une intoxication (alcool, drogue, médicament),

- § Les principaux diagnostics psychiatriques sont :
 - ▶ la décompensation schizophrénique,
 - ▶ la paranoïa
 - ▶ l'accès maniaque

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'agitation domine: Le trouble psychotique (attitude)

- § Une hospitalisation en milieu psychiatrique est la règle

- § **Assurer** une surveillance constante en raison du risque de raptus, particulièrement s'il y a eu consommation d'alcool ou de médicaments

- § Dans la mesure du possible, éviter de médiquer avant l'arrivée à l'hôpital.

- § **Cave:** lors d'accès maniaques, certains patients à risque peuvent donner le change, ce qui peut amener le thérapeute à banaliser la situation.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'angoisse domine: clinique

§ au plan psychiatrique

- ▶ avant tout un sentiment d'appréhension, d'attente craintive, de peur, accompagné ou non d'autres troubles de l'humeur (par exemple dépression)

§ au plan somatique

- ▶ des symptômes neurovégétatifs (souffle court, oppression thoracique, palpitations, sudations, tremblements, sensation vertigineuse, algies diverses, paresthésies, nausées, parfois vomissements, diarrhée ou pollakiurie)

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'angoisse domine: attitude générale

- ▶ Exclure une cause organique:
 - ▶ endocrinienne/métabolique (hypoglycémie, hyper- ou hypothyroïdie, phéochromocytome, hypercorticisme)
 - ▶ cardio-pulmonaire (embolie pulmonaire, SOC, infarctus)
 - ▶ abdominale (abdomen aigu)
 - ▶ neurologique (accident vasculaire cérébral)
 - ▶ toxique (intoxication à la caféine, à la cocaïne ou aux amphétamines, sevrage aux sédatifs-hypnotiques, intolérance à l'aspirine)
- ▶ Entretien visant à mettre en évidence la crise sous-jacente.
- ▶ **Chercher avant tout à favoriser l'établissement ou le rétablissement de liens thérapeutiques ambulatoires**
- ▶ Sédation non spécifique (seulement si nécessaire pour 24 à 48 heures)

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'angoisse domine: tableaux spécifiques

§ Crise d'angoisse

- ▶ un entretien est habituellement plus efficace qu'une médication.
- ▶ En fonction de l'importance de la crise sous-jacente, proposer un suivi ambulatoire ou de crise

§ Anxiété généralisée ou phobie:

- ▶ Un traitement au plus long cours est à envisager le plus souvent.
- ▶ Si nécessaire, neuroleptique sédatif (truxal 15 mg p.o.) ou benzodiazépine à longue durée d'action (tranxilium 10 mg p.o.).

§ Attaque de panique:

- ▶ Adresser au médecin traitant ou au psychiatre pour un traitement de fond (psychothérapie, avec éventuellement médication antidépressive et anxiolytique)
- ▶ **Xanax** 1-2 mg po. max 4-6 mg/j. ou **Temesta** 2,5 mg sublingual max 7,5 mg/j., si risque important de crise d'ici la visite chez un thérapeute.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'angoisse domine: tableaux spécifiques (2)

▶ Angoisse comme signe d'appel d'une crise psychotique:

- § Le patient est au bord de la désorganisation psychique
- § Une intervention de crise intensive ou une hospitalisation est souvent nécessaire.
Le choix se fera en fonction de :
 - ▶ la qualité du contact avec la réalité (risque de raptus)
 - ▶ la qualité de la présence d'un entourage
 - ▶ l'existence de liens thérapeutiques avant la consultation en urgence
- § Médication neuroleptique : **haldol 5 mg p.o.**, à éviter si l'on envisage une hospitalisation.

▶ Angoisse sur fond dépressif:

- § Traitement ambulatoire, intervention de crise ou éventuellement hospitalisation en fonction de l'évaluation du risque suicidaire (voir chap. ci-dessous)
- § **Ne pas commencer de traitement antidépresseur en urgence!**

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'impulsivité domine: les troubles de la personnalité

§ En urgence, l'intolérance à la frustration est vive, pouvant amener à des situations de violence.

§ le risque de passage à l'acte est d'autant plus fort que:

- ▶ le patient présente des caractéristiques antisociales
- ▶ a consommé de l'alcool, des drogues ou des médicaments.

§ Attitude:

- ▶ Éviter tout acte héroïque.
- ▶ Distinguer ce qui est du ressort du soin de ce qui est du registre de la contention sociale, qui est à réaliser par la police et la justice.
- ▶ Évaluer la capacité à nouer en lien en vue d'une intervention de crise ou d'un traitement ambulatoire.
- ▶ Une hospitalisation est indiquée si la situation ne peut pas être contenue autrement (risque de passage à l'acte, absence d'entourage rassurant), pour préparer une intervention de crise
- ▶ Médication neuroleptique sédatrice : **truxal**, ou **haldol**.
Attention: la compliance est en général problématique.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

L'impulsivité domine: la crise d'hystérie, le conflit de couple ou de famille

▶ Crise d'hystérie

- § Agitation bruyante, théatrale, mimant un trouble somatique, mais toujours contrôlée, influencée par l'attitude de l'entourage.
- § A distinguer de la simulation : elle résulte d'un conflit non exprimé et, en urgence, peut précéder immédiatement un passage à l'acte habituellement suicidaire.
- § Un entretien est plus efficace que des examens paracliniques ou des médicaments.

▶ Crise de couple ou de famille

- § Bien que parfois spectaculaire en urgence, il n'y a pas de pathologie psychiatrique grave.
- § Attitude:
 - ▶ Entretien de clarification (Éviter de prendre parti malgré la pression)
 - ▶ Éviter à tout prix une hospitalisation
 - ▶ Médication sédatrice légère éventuelle

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Urgences liées à l'alcool: l'intoxication alcoolique (clinique)

§ Ivresse banale

- ▶ phase d'excitation psychomotrice: logorrhée, euphorie, diminution du contrôle de soi
- ▶ phase d'ébriété: propos incohérents, perte esprit critique, perturbations motrices (ataxie, incoordination, dysarthrie)

§ Ivresse avec trouble de la vigilance

- ▶ état confusionnel (risque vomissements et encombrement bronchique)
- ▶ coma éthylique (hypotonie, mydriase, abolition réflexes,...)

§ Ivresse pathologique

- ▶ ivresse excito-motrice: agitation extrême avec hétéroagressivité
- ▶ ivresse hallucinatoire: hallucinations auditives et visuelles menaçantes
- ▶ Ivresse délirante : autodénonciation, mégalomanie, jalousie, grandeur.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Urgences liées à l'alcool: l'intoxication alcoolique (diagnostic différentiel)

- § méningite ou encéphalite
- § hématomas intracrâniens et hémorragies méningées
- § hypoglycémie
- § autre intoxication (drogue, médicaments)
- § encéphalopathie alcoolique
- § delirium tremens
- § Épilepsie
- § ...

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Urgences liées à l'alcool: l'intoxication alcoolique (attitude)

§ Ivresse banale

- ▶ Surveillance simple (conscience, pouls, TA, glycémie) en milieu médical pendant 4 à 6 heures

§ Ivresse avec troubles de la vigilance

- ▶ Hospitalisation aux soins intensifs pour :
 - § surveillance respiratoire
 - § correction des troubles électrolytiques
 - § apport glucidique et vitaminique.

§ Ivresse pathologique

- ▶ Hospitalisation pour contention.
- ▶ Sédation:
 - § Haldol 5 mg, max. 30 mg/j.
 - § Entumine 20-40 mg, max. 160 mg/j.
 - § Prazine 50 mg, max. 300 mg/j.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Urgences liées à l'alcool: le sevrage (points clefs)

- ▶ Le syndrome de sevrage se manifeste de différentes manières:

- § pré-delirium tremens
- § delirium tremens
- § encéphalopathie de Wernicke
- § crise épileptique grand mal

- ▶ ***Ce sont des urgences vitales qui nécessitent une hospitalisation immédiate !!!***

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Urgences liées à l'alcool: pathologies en cas de sevrage (diagnostic)

§ Quelques conditions de survenue particulières:

- ▶ arrêt de la consommation d'alcool volontaire ou accidentel (hospitalisation)
- ▶ au décours d'une intoxication aiguë chez un patient éthylique chronique présentant une infection ou un traumatisme grave.

§ Principaux signes cliniques :

- ▶ **pré-delirium tremens** :sudations, hyperthermie, tremblements, tachycardie.
- ▶ **delirium tremens**: agitation, désorientation, hallucinations visuelles (onirisme)
- ▶ **encéphalopathie de Wernicke**: ataxie, confusion, troubles oculaires (nystagmus)
- ▶ **crise épileptique grand mal**: convulsions

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Urgences liées à l'alcool: Que faire en cas de delirium tremens (1)

- ▶ Surveillance : pouls, TA, monitoring cardiaque.
- ▶ Réhydratation: Na Cl 0,9%, 2 l/j. (Cave: une perfusion de sérum glucosé sans apport vitaminique est formellement contre indiquée).
- ▶ Surveiller la diurèse (bilan hydrique).
- ▶ Analyses biologiques (Sang et urine): Na, K, Mg.
- ▶ Corriger les déficits électrolytiques : Na, K, Mg.
- ▶ Médicaments pour le **pré-delirium tremens**:
 - § **Distraneurine** 1000 mg. p.o.3-4 x/j.
Contre-indication: insuffisance respiratoire sévère.
 - § **Seresta** 30 mg po, max 120 mg/j
- ▶ La surveillance, la réhydratation (et éventuellement la sédation) commencent avant l'arrivée à l'hôpital

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Urgences liées à l'alcool: Que faire en cas de delirium tremens (2)

- ▶ En cas d'aggravation ou de non-contrôle:
 - § **Distraneurine** 24-60 mg/min en perfusion jusqu'à ce que le patient somnole, mais puisse répondre aux stimuli extérieurs, puis 4-8 mg/min en entretien pendant 6-12 heures, puis relais po dès que possible, pour 4 à 10 jours.
 - § *surveiller périodiquement l'état de conscience* en ralentissant ou en interrompant l'écoulement de la perfusion. Dès l'interruption de la perfusion, le patient doit se réveiller rapidement.
- ▶ vitaminothérapie:
 - § **thiamine** jusqu'à 3 x 300 mg/j. im (en l'absence de troubles de la coagulation) pendant 3 jours puis 50 à 100 mg/ j. pendant 4-6 jours, puis plusieurs semaines po.
 - § Adjoindre un complément polyvitaminé avec sels minéraux et oligo-éléments: 1 cp/j.

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Urgences liées aux drogues : les intoxications

- ▶ Ce sont habituellement des urgences médicales strictes nécessitant une hospitalisation en milieu somatique :
 - § Coma
 - § Myosis serré
 - § Dépression respiratoire
 - § Complications infectieuses
 - § Syndromes confusionnels
- ▶ Complications psychiatriques aiguës nécessitant une hospitalisation
 - § États d'angoisses et d'agitation
 - § États psychotiques aigus

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Urgences liées aux drogues: le manque aux opiacés

§ Points clefs :

- ▶ Ne donner un médicament symptomatique que pour 24h. à la fois
- ▶ Il ne faut pas faire d'ordonnance.

§ Tableau clinique:

- ▶ anxiété, sudations, irritabilité
- ▶ larmoiement, rhinorrhée, mydriase
- ▶ tachycardie, douleurs musculaires et articulaires
- ▶ bâillements, tremblements, frissons, fièvre
- ▶ diarrhées, nausées

§ Attitude :

- ▶ Evaluer la nature de la demande (il n'y a pas d'indication à un sevrage en urgence)
- ▶ Organiser une prise en charge en milieu spécialisé
- ▶ Soulager les symptômes (avant tout hyperalgie):
 - § Paracétamol ou méfénacide
 - § Tolpérisone (mydocalm)

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Urgences liées aux drogues: le manque aux psychostimulants (amphétamines, cocaïne)

▶ Points clefs :

- § Le sevrage des psychostimulants peut entraîner des troubles dépressifs avec idées suicidaires ou de persécution.
- § L'hospitalisation (en gén. en milieu psychiatrique) est parfois nécessaire.

▶ Clinique :

- § asthénie psychique et physique, vécu dépressif, idées suicidaires
- § anxiété, irritabilité, idées de persécution, agitation

▶ Attitude :

- § si agitation : **Prazine** 50 à 100 mg, max 300 mg./j.
Haldol 5mg, max. 30 mg./j.
- § si anxiété: **Tranxilium** 20 mg. p.o max 50 mg/j.
- § Hospitaliser en urgence en milieu psychiatrique si risque auto- ou hétéroagressif

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Urgences liées aux drogues:

le manque aux sédatifs du SNC (barbituriques, benzodiazépines, méthaqualone)

► **points clefs :**

- § **Risque d'évolution vers un état confusionnel évoquant le delirium tremens et/ou vers des crises comitiales de type grand mal.**
- § **Le sevrage repose sur une diminution graduelle de la substance (contrôle EEG).**

► **Tableau clinique:**

- § anxiété, sudations, irritabilité, insomnie
- § tachycardie, hypotension orthostatique, nausées, malaise
- § tremor (mains, langue, paupières), crise convulsive, état confuso-onirique

► **Attitude :**

- § Hospitalisation si risque de crise convulsive ou de delirium. Sinon, surveillance médicale étroite.
- § Traitement symptomatique immédiat:
 - barbituriques: **Luminal** 100 mg. p.o max 400 mg/j.
 - benzodiazépines: **Tranxillum** 20 mg. p.o max 100 mg/j.

- § **Retrait graduel de la substance sur 6 à 10 semaines, et parfois plus selon le contexte.**

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Urgences liées aux drogues:

le manque aux hallucinogènes (LSD, psilocybine, mescaline, ecstasy, phencyclidine)

§ **points clefs :**

- Pas de syndrome de sevrage à proprement parler.
- L'arrêt de la substance peut s'accompagner par contre de la (ré-) apparition d'angoisse ou de troubles dépressifs, parfois de symptômes psychotiques.

§ **Attitude :**

- Traitement médicamenteux :
 - § Anxiété : **Lexotanil** 6 mg po max 12 mg/j.
 - § Agitation: **Prazine** 25 mg po ou 50 mg im max 300 mg/j.

- **Evaluer le risque suicidaire**

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Repères bibliographiques: articles

- § Bryois C. et al. : "Le syndrome malin des neuroleptiques". Rev. Méd. de la Suisse romande, 116, 713-717, 1996.
- § De Clercq M. et al. : "Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences". Encycl Méd Chir, Psychiatrie 1996; 37-678-A-10: 1-13.
- § Terra J.-L. et al. : "La prévention du suicide". Actualité et dossier en santé publique (adsp), no 45, déc. 2003 (téléchargeable sur internet)

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008

Repères bibliographiques: livres

- § De Clercq M. : " Urgences psychiatriques et interventions de crise". De Boeck Université, Bruxelles, 1997.
- § De Clercq M. et al. : "Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale". Masson, Paris, 1998.
- § Grivois H. et al. : "Urgences psychiatriques". Masson, Paris, 1997

Dr G. Winterhalter, oct – nov 2008