



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2017

Thèse N° 191/17

**ENSEIGNEMENT DES URGENCES PSYCHIATRIQUES
À TRAVERS DES CAS CLINIQUES
DANS LE CONTEXTE MAROCAIN
(À PROPOS DE 33 CAS)**

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 05/10/2017

PAR

Mme. RYAD Rajae

Née le 19 Septembre 1990 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Urgences psychiatriques - Cas cliniques - Contexte marocain

JURY

M. RAMMOUZ ISMAIL..... Professeur de Psychiatrie	PRESIDENT
M. AALOUANE RACHID Professeur agrégé de Psychiatrie	RAPPORTEUR
M. BERRAHO MOHAMED..... Professeur agrégé d'Epidémiologie clinique	JUGES
M. SOURTI ZOUHAYR..... Professeur agrégé de Neurologie	

PLAN

PLAN.....	1
INTRODUCTION	6
OBJECTIFS	13
I. Conduites à tenir devant les urgences psychiatriques.....	15
1. Conduite à tenir devant une agitation.....	15
1.1 Définition.....	15
1.2 Epidémiologie	15
1.3 Orientation étiologique.....	15
1.4 Prise en charge en urgence.....	17
2. Conduite à tenir devant une crise d'angoisse.....	18
2.1 Définition.....	18
2.2 Epidémiologie	18
2.3 Diagnostic positif	18
2.4 Diagnostic différentiel	20
2.5 Prise en charge en urgence d'une attaque de panique.....	20
3. conduite à tenir devant une bouffé délirante aiguë	21
3.1 Définition.....	21
3.2 Diagnostic positif	21
3.3 Diagnostic différentiel :	22
3.4 Evolution.....	22
3.5 Prise en charge.....	23
3.6 Facteurs pronostiques de la BDA.....	24
4. Conduite à tenir devant une tentative de suicide.....	25
4.1 Définition.....	25
4.2 Epidémiologie	25
4.3 Orientation étiologique.....	26

4.4	Conduite à tenir	27
4.5	Prise en charge.....	28
5.	Conduite à tenir devant une confusion mentale	30
5.1	Définition :.....	30
5.2	Diagnostic clinique	31
5.3	Diagnostic différentiel	32
5.4	Etiologies	33
5.5	Conduite à tenir thérapeutique	34
6.	Conduite à tenir devant un trouble bipolaire.....	35
6.1	Définition.....	35
6.2	Épidémiologie	36
6.3	Diagnostic positif	39
6.4	Évolution.....	40
6.5	Indications d'hospitalisation d'un trouble bipolaire.....	41
7.	CAT devant une psychose puerpérale	42
7.1	Définition.....	42
7.2	Epidémiologie	42
7.3	Etiologies et facteurs de risque.....	42
7.4	Diagnostic positif	43
7.5	Prise en charge.....	44
II.	Méthodologie.....	46
1.	Période de l'étude	46
2.	Lieu de l'étude	46
3.	Population cible	46
4.	Organisation des données.....	47
5.	Déroulement de l'étude.....	49

6. Evaluation du travail.....	50
III. Présentation des énoncés des cas cliniques	52
IV. Présentation des cas cliniques corrigés.....	109
V. Comparaison et évaluation de l'étude.....	181
1. Comparaison avec d'autres travaux similaires.....	181
2. Evaluation de l'étude.....	182
VI. Apports, limites et perspectives	183
1. Apports	183
2. Limites.....	183
3. Perspectives.....	184
CONCLUSION.....	185
RESUME.....	187
ANNEXES.....	191
REFERENCES	194

Liste des tableaux

Tableau 1 : Les degrés d'urgence de la crise suicidaire selon la conférence de consensus de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), 2000. [20]	27
Tableau 2 : Types de trouble bipolaire et leurs caractéristiques.	35
Tableau 3 : Comparaison clinique entre accès maniaque et accès dépressif	39
Tableau 4 : Le motif de consultation en urgence psychiatrique	48
Tableau 5 : Tableau récapitulatif des troubles psychiatriques traités et le nombre de cas cliniques	49

INTRODUCTION

La psychiatrie est une spécialité médicale qui se consacre au diagnostic, à la prévention et au traitement des maladies mentales. Incluant les divers troubles cognitifs, comportementaux et affectifs, elle utilise une approche bio-psycho-sociale, qui combine une compréhension de la neurobiologie, de la psychologie de l'individu et de l'impact des événements de vie.

Le champ de La psychiatrie est large. Il est composé de sous disciplines diverses : la pédopsychiatrie, la psychiatrie de l'adulte, la psychogériatrie, l'addictologie, la psychiatrie de liaison.

Parmi les troubles mentaux les plus fréquents figurent les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les conduites addictives. Ces troubles sont très rarement isolés et l'on est le plus souvent en présence de tableaux assez polymorphes où, par exemple, l'anxiété côtoie la dépression et ses facettes somatiques.

Les troubles psychiatriques affectent une personne sur cinq chaque année et une sur trois si l'on se réfère aux taux de *life-time prevalence* [1]. Ils sont responsables d'une forte mortalité par suicide, à laquelle s'ajoute la surmortalité non suicidaire, et d'une importante morbidité : baisse de productivité, mauvaise qualité de vie et handicap. Les troubles psychiatriques absorbent 10 % des dépenses de santé et représentent une part considérable de l'offre de soins. [2]

L'Enquête Nationale sur les Prévalences des Troubles Mentaux en Population Générale au Maroc a montré que 48,9 % des personnes enquêtées présentent un trouble mental [3]. Les résultats d'une étude transversale auprès de 382 médecins généralistes au Maroc indiquent que les consultations pour problèmes de santé mentale en médecine générale représentent 17,3 % des consultations médicales.[4]

Les urgences psychiatriques sont marquées par une prévalence élevée aux urgences de l'hôpital général et aux services médico-chirurgicaux, en particulier les

conduites suicidaires qui représentent 16,4% de l'ensemble des demande des avis en psychiatrie de liaison [5], les agitations aigue qui présentent 16.3% [6] , les états confusionnels et les crises d'angoisse ; nécessitant une démarche clinique rigoureuse et une prise de décision rapide. Le praticien est confronté à des difficultés diagnostiques et de prise en charge, du fait de l'éloignement de structure spécialisée, de manque de formation en matière des urgences psychiatriques ou de l'indisponibilité des psychotropes prescrits en urgence.

Notre travail s'intéresse essentiellement à l'étude des urgences psychiatriques qui se composent d'un vaste ensemble de situations et de pathologies ayant en commun la nécessité d'une réponse urgente ; La difficulté réside dans ce polymorphisme, bien différent de l'urgence médicale ou chirurgicale dominée, elle, par le risque vital. La réponse à l'urgence psychiatrique repose sur l'accueil et l'orientation. Elle se complète par le travail de crise pour une durée brève, tant sur le plan hospitalier que sous forme ambulatoire, des consultations de post-urgence au sein du site des urgences ou immédiatement en aval, au sein du dispositif psychiatrique. Cette réponse graduée représente la condition impérative de la réussite de l'intervention d'urgence. [7]

Le diagnostic des urgences psychiatriques porte sur le traitement d'informations complexes concernant les symptômes, comportements, émotions associées, et substrats neurobiologiques éventuels, durant le recueil de narrations et l'observation d'événements psychologiques réels. L'objectif du diagnostic psychiatrique est d'atteindre une vision compréhensive du vécu du patient, afin que le traitement le mieux adapté puisse être offert, dont le résultat sera l'amélioration clinique, le fonctionnement personnel plus efficace, et une qualité de vie plus confortable pour le patient et sa famille. Les perspectives modernes font que le diagnostic, en plus de ce qui précède, représente un composant important de l'entité

clinique à l'étude dans l'éclaircissement de facteurs de risque et de protection, un outil dans la vérification du rôle des familles et des communautés, et la base pour la décision des stratégies permettant d'offrir des services adéquats aux individus et à la population générale [8]. C'est une étape cruciale. Ceci dit, pour pouvoir atteindre ce niveau de compréhension de la santé mentale afin de pouvoir établir un diagnostic correct d'où une prise en charge adéquate, nous avons besoin d'offrir aux étudiants en médecine particulièrement, une formation de valeur en matière de pathologies psychiatriques.

Certes, L'enseignement de la psychiatrie a connu une évolution notable. Mais il reste toujours considéré comme étant une discipline particulière, une discipline nouvelle et non familière pour les étudiants du fait de leurs croyances et leurs préjugés envers la psychiatrie ; d'où la nécessité d'utilisation des moyens pédagogiques accessibles, basés sur la mise en situation d'apprentissage, et adaptés à notre contexte.

La prévalence de plus en plus importante des urgences psychiatriques en médecine générale et le nombre réduit des médecins psychiatres au Maroc, imposent une formation de qualité des étudiants en médecine en matière des urgences psychiatriques pour faire face à ce problème de santé publique.

Le corps enseignant de psychiatrie des Facultés de Médecine marocaines, assure non seulement la formation des étudiants et spécialistes en psychiatrie, mais participe également à de nombreuses autres activités. Par ailleurs, ce corps hélas encore très réduit, doit faire face à de lourdes tâches de prévention et de soins en matière de santé mentale. Si l'enseignement de la psychiatrie au Maroc a fait un grand pas en avant, il lui faudrait certainement dans l'avenir proche, des moyens humains et matériels plus appropriés et conséquents pour continuer à se développer et s'épanouir.

L'enseignement de la psychiatrie au cours du cursus universitaire au Maroc débute du 1^{er} cycle en 2^{ème} année médecine où l'étudiant commence à reconnaître cette discipline puis lors du 2^{ème} cycle en 5^{ème} année médecine il étudie les pathologies psychiatriques et un passage en service de psychiatrie, ce dernier est sur la liste des stages obligatoires des Facultés de médecine depuis la mise en œuvre de la nouvelle réforme des études médicales.

On peut admettre que la perspective du diagnostic aujourd'hui inclut de façon active des éléments culturels dans la structure, la conduite et les conséquences souhaitées dans la procédure du diagnostic [9]. Avec ses imperfections et lacunes, le diagnostic est une étape fondamentale dans la rencontre psychiatrique, peut-être même plus pertinente que dans tout autre domaine de la médecine. Le diagnostic est basé principalement sur des composants cliniques absolus, c'est-à-dire, le dialogue anamnestique entre patient et psychiatre, l'évaluation des états émotionnels subjectifs profonds, et l'exploration de questions interpersonnelles et du vécu. Le diagnostic en psychiatrie n'est pas le résultat d'analyses de laboratoire, ou l'attribution catégorique (pathognomonique) de symptômes ou de marqueurs biologiques (« biomarkers ») utilisés dans les spécialités médicales ou chirurgicales. Cela correspond assez bien à la représentation d'un « travail en progrès ».

La culture est définie comme étant une série de normes de comportement, de sens, de valeurs ou de points de référence, utilisés par les membres d'une société spécifique pour construire leur vision unique du monde et établir leur identité. Cela comporte un nombre de variables tels que le langage, les traditions, les valeurs, les croyances religieuses, les idées et pratiques morales, le sexe et l'orientation sexuelle, et le statut socioéconomique [10]. La gamme d'interactions possibles entre la culture et ses composantes, avec les phénomènes cliniques en général, et le diagnostic psychiatrique en particulier, est vaste et présente de nombreux aspects. Ainsi, le

diagnostic, nécessite une familiarité avec la discipline dynamique qu'est la psychiatrie culturelle.

La psychiatrie culturelle concerne la description, la définition, l'évaluation, et la prise en charge de toutes les conditions psychiatriques, dans la mesure où elles reflètent l'influence marquante des facteurs culturels. Elle emploie des concepts et des instruments de sciences sociales et biologiques afin de développer une connaissance complète des événements psychopathologiques et leur prise en charge par les patients, leurs familles, les professionnels et la communauté en général [11,12].

Le milieu culturel du patient et son identité doivent être bien compris par le clinicien, et son impact dûment reconnu et évalué. Impliquant une série essentielle de facteurs, la culture joue plusieurs rôles dans le processus de diagnostic [13]. Les facteurs culturels peuvent avoir un impact pathogénique puissant en tant que déclencheurs de psychopathologie.

Les facteurs psychopathologiques se réfèrent au caractère unique de l'expression d'un symptôme. Le clinicien doit être formé à reconnaître que la description des symptômes par le patient et sa famille, les mots et termes utilisés, et le contexte dans lequel l'histoire clinique évolue (en somme, le constituant «narratif» des transactions entre professionnel et patient). L'environnement crée la forme des symptômes. La distinction entre l'apparition du symptôme, sa description orale, et la réalité environnante du patient continue à être l'élément clé pour cette étape du diagnostic.

Dans ce sens, notre travail s'intéresse essentiellement à l'expression des symptômes des pathologies des urgences psychiatriques dans le contexte marocain, ayant un intérêt pédagogique destiné aux professionnels de la santé et aux étudiants des Facultés de Médecine et de Pharmacie.

Notre étude consiste à soulever les particularités culturelles de la pathologie de l'urgence psychiatrique dans le contexte marocain, à travers des cas cliniques des patients recrutées des consultations des urgences psychiatriques à l'hôpital Ibn Al Hassan de Fès, tout en décrivant et rapportant les symptômes exprimés par les patients en arabe dialectal qui démontrent la particularité des expressions sémiologiques et les regrouper en vue d'élaborer le diagnostic ; Ceci en vue de faciliter la compréhension et l'apprentissage des pathologies des urgences psychiatriques les plus fréquentes dans notre contexte marocain.

OBJECTIFS

Les objectifs de notre travail se situent sur divers axes :

▼ Objectif principal :

Ø Permettre aux étudiants en médecine et aux praticiens hospitaliers d'acquérir les compétences nécessaires pour poursuivre une démarche diagnostique et un raisonnement médical devant une situation d'urgence psychiatrique.

▼ Objectifs secondaires :

Ø Mettre le point sur les particularités de l'expression symptomatique des différentes pathologies des urgences psychiatriques dans le contexte marocain.

Ø Offrir aux étudiants un outil pédagogique pour l'apprentissage des urgences psychiatriques.

Ø Enrichir les outils pédagogiques de l'enseignement de la psychiatrie au sein du service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès et dans les cours magistraux de la psychiatrie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès.

I. Conduites à tenir devant les urgences psychiatriques

1. Conduite à tenir devant une agitation

1.1 Définition

L'état d'agitation est un trouble du comportement psychomoteur caractérisé par une hyperactivité motrice associée à une perte de contrôle des actes, de la parole et de la pensée. Il peut s'accompagner d'une violence verbale et comportementale avec auto- ou hétéroagressivité.

C'est une urgence thérapeutique et diagnostique.

1.2 Epidémiologie

Selon une étude transversale sur 4ans menée au CHU HassanII de Fès en 2012, l'état d'agitation est parmi les motifs les plus fréquemment demandés et constitue 16,3% de l'ensemble des demandes d'avis en psychiatrie de liaison. [6]

1.3 Orientation étiologique

Un bon interrogatoire et un examen physique à la recherche des signes associés qui peuvent orienter vers une étiologie :

- Un délire
- Une confusion mentale
- Anxiété
- Maladie métabolique
- Evénement traumatisant
- Prise médicamenteuse

a. L'état d'agitation psychotique :

- ü Bouffée délirante (psychose délirante aiguë.)
- ü Accès maniaque aigu.
- ü Mélancolie anxieuse.
- ü Schizophrénie.
- ü Délire paranoïaque (délire chronique systématisé.)

b. L'état d'agitation névrotique :

- ü Crise hystéro-anxieuse: Crise contrôlable, théâtrale, bruyante et dépendante de l'entourage avec des manifestations somatiques au 1^{er} plan.
- ü Crise d'angoisse aiguë (attaque de panique.)

c. L'état d'agitation psychopathique :

Avec manifestation auto ou hétéro-agressives, souvent favorisée par la prise d'alcool et de drogues.

d. L'état d'agitation dans le cadre d'une confusion mentale :

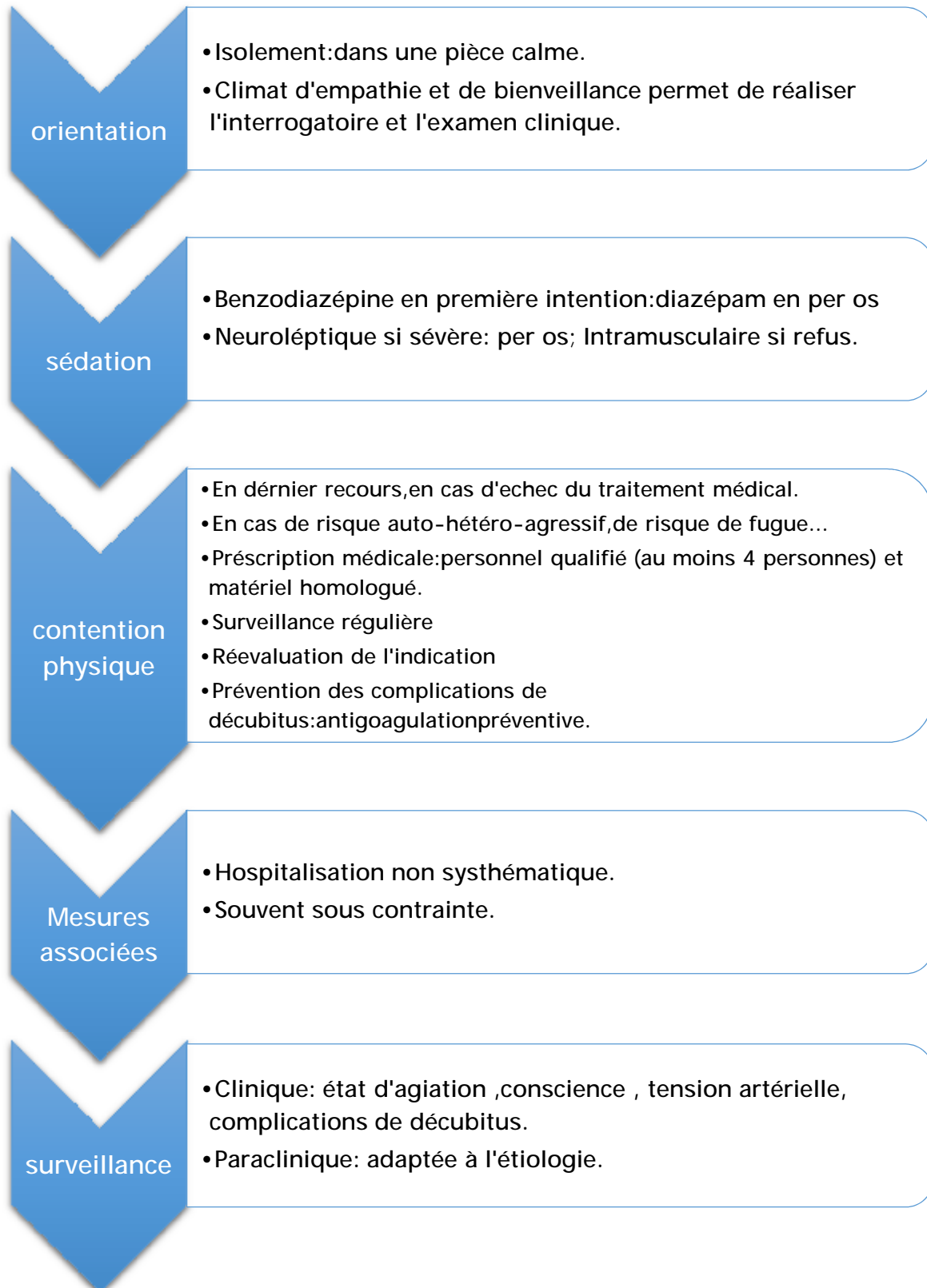
- ü Toxique, tel le syndrome de sevrage aux opiacés et à l'alcool.
- ü Fébrile, telle la méningite, méningo-encéphalite, tymphos, etc.
- ü Epileptique (dans toutes ses phases.)
- ü Signes neurologiques en foyers, tel les traumatismes crâniens, tumeurs cérébrales surtout frontales, hématome sous-dural, etc.

e. L'état d'agitation dans le cadre d'une affection générale :

- ü Hypoglycémie.
- ü Coma acido-cétosique.
- ü Toxémie gravidique.
- ü Maladie de Basedow.

f. L'état d'agitation dans le cadre de traumatismes émotionnels : Pouvant entraîner des réactions aiguës à type de crise confuso-anxieuse.

1.4 Prise en charge en urgence



2. Conduite à tenir devant une crise d'angoisse

2.1 Définition

Anxiété ou angoisse se définit comme une peur sans objet, irrationnelle, et incompréhensible par un tiers. Elle devient pathologique par sa persistance, son intensité et sa répétition invalidante.

Sur le plan somatique, une sensation de tension musculaire et des troubles neurovégétatifs (tachycardie, sueurs froides, sécheresse de la bouche, nausées, pollakiurie) sont retrouvés. Ces symptômes s'accompagnent d'un état d'hypervigilance, d'une distractibilité et de troubles de l'attention entraînant une plainte mnésique. Les troubles de sommeil sont dominés par des difficultés d'endormissement. [14]

Elle peut se manifester sous deux formes :

- Forme aiguë : attaque de panique ou crise d'angoisse aiguë.
- Forme chronique : anxiété généralisée.

2.2 Epidémiologie

Les prévalences sont estimées, selon les études, pour le trouble anxieux généralisé de 1,4 à 4 %, pour le trouble panique de 2 à 3 % (prévalence sur toute la vie). [15]

2.3 Diagnostic positif

L'attaque de panique consiste en une période bien délimitée d'anxiété ou de malaise très intense, en dehors de tout danger réel, dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale.

Les attaques répondant à la définition ayant moins de quatre symptômes somatiques ou cognitifs sont considérées selon les critères diagnostiques du DSM-IV comme pauci symptomatiques. [16]

Mais selon les critères de la DSM 5, une attaque de panique est une montée soudaine de peur ou de malaise intense qui atteint un pic en quelques minutes, et durant laquelle quatre (ou plus) des symptômes suivants se produisent :

La montée brusque peut se produire à partir d'un état de calme ou d'un état anxieux.

- Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.
- Transpiration.
- Tremblements ou secousses.
- Sensations d'essoufflement ou d'étouffement.
- Sensation d'étranglement.
- Douleur ou gêne thoraciques.
- Nausées ou gêne abdominale.
- Sensation de vertige, d'instabilité, d'étourdissement, ou de faiblesse.
- Frissons ou sensations de chaleur.
- Paresthésie (engourdissement ou picotement).
- Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (impression d'être détaché de soi).
- Peur de perdre le contrôle ou de « devenir fou ».
- Peur de mourir.

Des symptômes spécifiques à la culture (par exemple, acouphènes, douleur au cou, maux de tête, cris ou pleurs incontrôlables) peuvent être présents. Ces symptômes ne doivent pas compter comme l'un des quatre symptômes nécessaires au diagnostic.

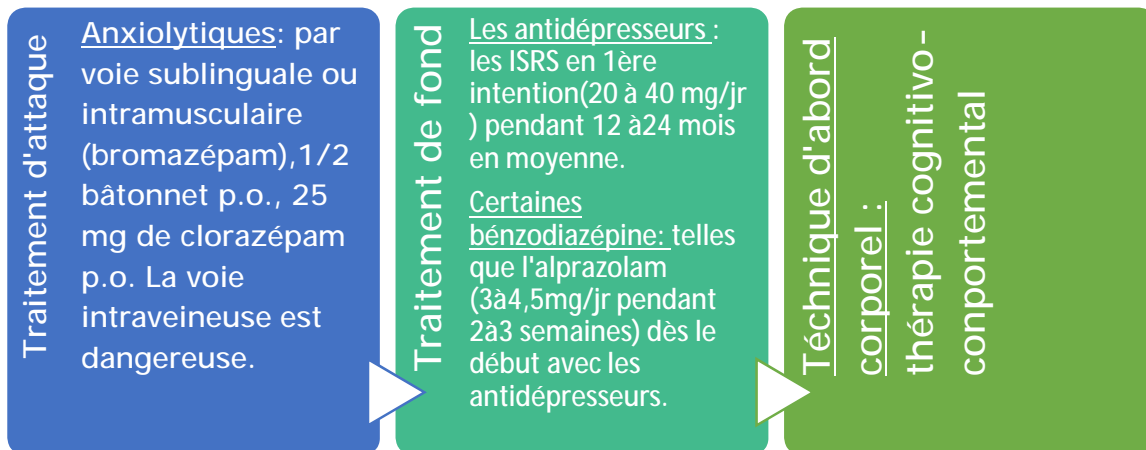
2.4 Diagnostic différentiel

- La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue d'abus, un médicament) ou à une autre condition médicale (par exemple, hyperthyroïdie, troubles cardio-pulmonaires).
- La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (par exemple, les attaques de panique ne se produisent pas seulement en réponse à des situations sociales redoutées, comme dans le trouble d'anxiété sociale ; en réponse à des objets ou des situations phobiques circonscrits, comme dans la phobie ; en réponse à des obsessions, comme dans le trouble obsessionnel-compulsif ; en réponse à des rappels d'événements traumatiques, comme dans le syndrome de stress post-traumatique ; ou en réponse à la séparation d'avec les figures d'attachement, comme dans le trouble d'anxiété de séparation).

2.5 Prise en charge en urgence d'une attaque de panique

L'attaque de panique correspondant à une urgence anxieuse, le médecin généraliste et l'urgentiste sont donc le plus souvent concernés. Le psychiatre est amené à voir le patient à distance de la crise, ce qui représente une tout autre approche.

- ü Eliminer une pathologie organique par un examen physique qui diminue l'angoisse du patient ;
- ü Rassurer le sujet en dédramatisant (attitude calme, information sur l'absence de gravité de la crise et de son caractère transitoire) et en l'isolant des facteurs anxiogènes (entourage agité ou angoissé, par exemple) ;
- ü Inviter le patient à respirer lentement et profondément.
- ü Administrer, si la crise ne cède pas, une benzodiazépine par voie orale ou sublinguale. Éviter une prolongation de la prescription systématique.



3. conduite à tenir devant une bouffée délirante aiguë

3.1 Définition

Bouffée délirante aiguë : Psychose délirante aiguë caractérisée par l'apparition brutale d'un délire non systématisé, c'est-à-dire dont les thèmes et les mécanismes sont riches et polymorphes. Ce délire est vécu de façon intense, avec parfois des incidences médico-légales ou des troubles du comportement majeurs.

Magnan (1893) : «Coup de tonnerre dans ciel serein.»

3.2 Diagnostic positif

- Le début soudain ;
- Les caractères polymorphes et intensément vécus de l'expérience délirante ;
- La variation du tableau clinique d'un jour à l'autre ;
- La recrudescence des troubles dans les phases parahypniques ;
- La continuité des expériences délirantes et hallucinatoires avec le vécu de la narcose provoquée et leur accentuation par cette condition artificielle ;

- Le caractère d'actualité immédiatement perceptive et intuitive de l'expérience délirante ;
- Les oscillations de la croyance et de la perplexité critique à l'égard du délire ;
- L'atmosphère de l'état crépusculaire de la conscience (fascination et distraction par l'événement délirant incoercible, détachement de l'ambiance, flou de la pensée) ;
- Le fond « thymique » d'exaltation ou d'angoisse du vécu délirant.

3.3 Diagnostic différentiel :

Il se fera d'abord avec les autres psychoses aiguës :

- Ø *La manie* qui s'en distingue par une activité de jeu, la fuite des idées sans délire très marqué.
- Ø *La mélancolie* bien différente dans les cas typiques avec son début plus progressif, son inhibition, la plus grande intensité de la douleur morale, la fixité et la monotonie du délire.
- Ø *La confusion mentale* caractérisée par la prédominance de la confusion sur le délire, par les caractères propres du délire onirique et par la persistance après l'accès d'une certaine amnésie de la période confusionnelle.

3.4 Evolution

- Ø 1/3 sans nouvel épisode
- Ø 1/3 récurrences isolées
- Ø 1/3 psychose chronique

3.5 Prise en charge

Orientation	Hospitalisation en urgence systématique sous contrainte.
Conditionnement et bilan	-Prévention du risque suicidaire. -Bilan paraclinique selon les signes d'appels.
Symptomatique	-Traitement pharmacologique : Diazépam per os ; Neuroleptiques si sévère : Haloperidol, Chlorprazine . -Contention physique si échec.
Spécifique	-Antipsychotiques atypiques : Olanzapine.
Psychothérapie	-Psychothérapie de soutien. -Thérapie cognitivo-comportementale.
Mesures associées	-Mesures de protection des biens. -Recherche et traitement des facteurs déclenchant.
Surveillance	-Poursuite du suivi en psychiatrie de secteur et hôpital du jour. -Maintien traitement : dose minimale efficace pendant 1an.

3.6 Facteurs pronostiques de la BDA

Facteurs de bon pronostic:

- Episode aigue à début brutal.
- Facteur déclanchant.
- Délire riche.
- Court délai avant traitement.
- Bonne critique.
- Pas d'antécédents familiaux ou troubles psychotiques.
- Pas de trouble de la personnalité.

Facteurs de mauvais pronostic :

- Episode subaigue
- Absence de facteur déclanchant.
- Délire pauvre
- Long délai avant traitement.
- Absence de critique du délire.
- Antécédents familiaux de troubles psychotiques.
- Personnalité schizoïde

4. Conduite à tenir devant une tentative de suicide

4.1 Définition

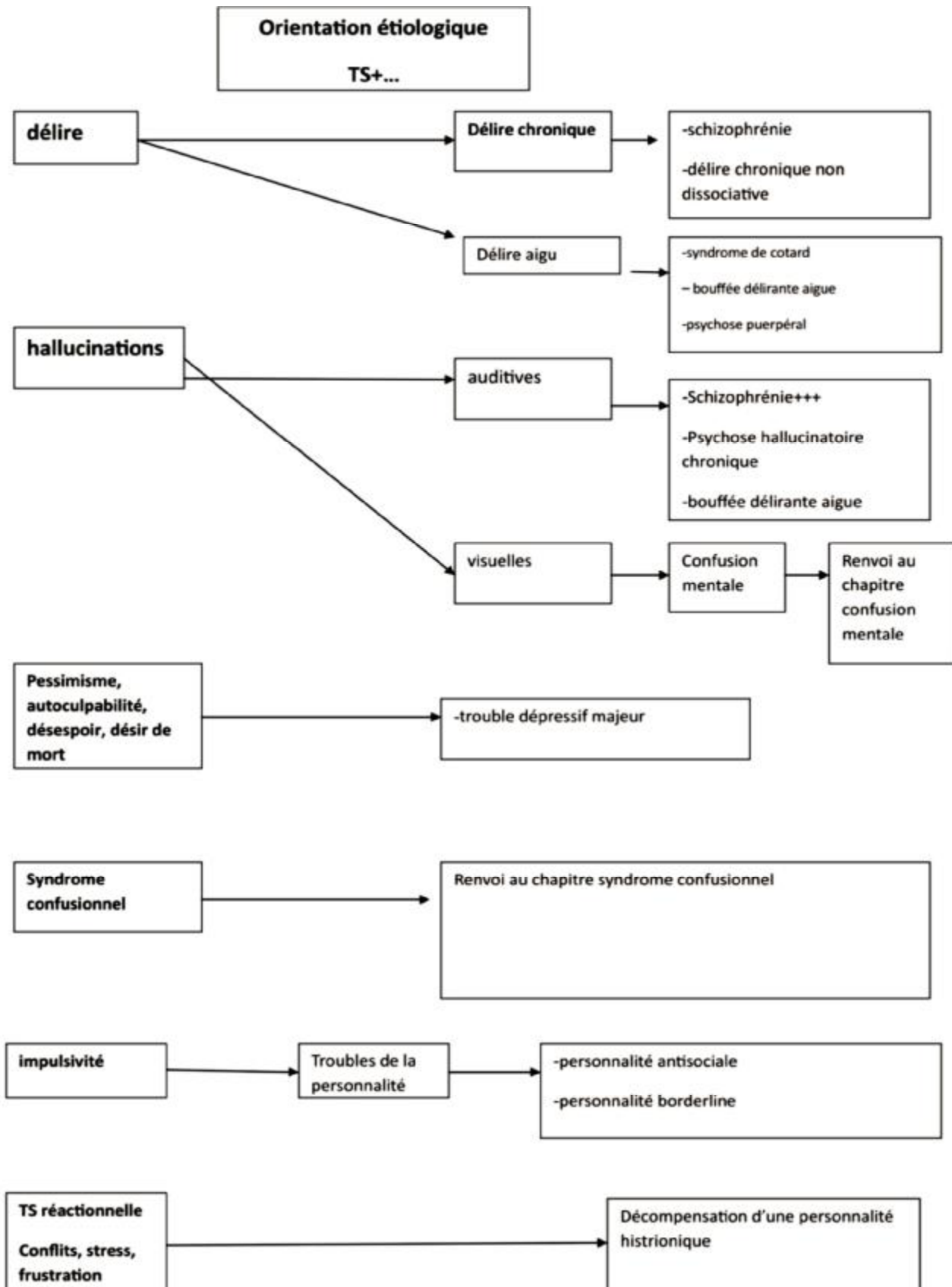
Tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique. (OMS). [17]

4.2 Epidémiologie

Parmi les urgences psychiatriques, la tentative de suicide (TS) représente un motif fréquent de consultation. Ainsi, on estime que 9 % de la population mondiale avait eu au moins une fois dans leur vie des idées suicidaires et qu'au moins 3 % ont réalisé une tentative de suicide. [18,19]

Plusieurs études faites au CHU Hassan II de Fès ont mis le point sur la fréquence élevée des tentatives de suicides, une étude transversale sur 36 mois révèle que l'évaluation de la tentative de suicide représentait 16,4% de l'ensemble des demandes d'avis en psychiatrie de liaison. [5]

4.3 Orientation étiologique



4.4 Conduite à tenir

Ø évaluer l'urgence et la dangerosité.

Ø évaluer l'intentionnalité suicidaire.

Tableau 1 : Les degrés d'urgence de la crise suicidaire selon la conférence de consensus de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), 2000. [20]

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> est dans une relation de confiance établie avec un praticien ; désire parler et est à la recherche de communication ; cherche des solutions à ses problèmes ; pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ; pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ; n'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant. 	<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> présente un équilibre émotionnel fragile ; envisage le suicide. Son intention est claire ; envisage un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ; ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ; a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ; est isolé. 	<p>Le patient en crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> est décidé, a planifié le passage à l'acte prévu pour les jours qui viennent ; est coupé de ses émotions, rationalise sa décision ou est très émotif, agité, troublé ; est complètement immobilisé par la dépression ou dans un état de grande agitation ; dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tues ; a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ; a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ; est très isolé.

4.5 Prise en charge

La prise en charge consiste à :

- Eviter le passage à l'acte suicidaire.
- Permettre une résolution de la crise en milieu protégé.
- Instaurer un lien et une relation de confiance avec le milieu hospitalier.
- Mettre en route un traitement spécifique si une pathologie psychiatrique est retrouvée.
- Il faut retirer tout objet dangereux, assurer une surveillance constante et une présence rassurante auprès du patient.

Hospitalisation

- Risque suicidaire imminent.
- Mélancolie
- Schizophrénie
- Idées délirantes
- Épisode dépressif majeur
- Absence de critique du geste et refus de prise en charge en ambulatoire
- Isolement affectif
- Sujet agé
- Refus de traitement, ou automédication
- Difficultés sociales ou événements de vie douloureux de survenue récente.
- Impulsivité
- Projet suicidaire.

Traitement en ambulatoire

- L'entourage affectif est de qualité, compréhensif et présent.
- Ambiance dédramatisée mais consciente du problème.
- Bon contact et réponse positive au soutien psychothérapeutique.
- Instauration d'un traitement anxiolytique ou sédatif à posologie efficace.

Le traitement psychotrope sera fonction de la pathologie sous-jacente :

- Une anxiolyse efficace voire une sédation, est souvent nécessaire en début de traitement permettant de diminuer l'angoisse et d'éviter un nouveau passage à l'acte avant la diminution des symptômes ou avant la régression d'une situation de crise.

- Tenir compte de la levée d'inhibition en début de traitement antidépresseur, imposant une surveillance de l'entourage voir une association avec un traitement sédatif.
- Eviter les tricycliques chez les patients déprimés ayant un haut risque.

Une psychothérapie sera associée à la prise en charge du patient, le plus précocement possible.

Il faut assurer une continuité des soins dès le début de la prise en charge du patient, et organiser un suivi après la crise suicidaire ou après la tentative de suicide.

[21]

5. Conduite à tenir devant une confusion mentale

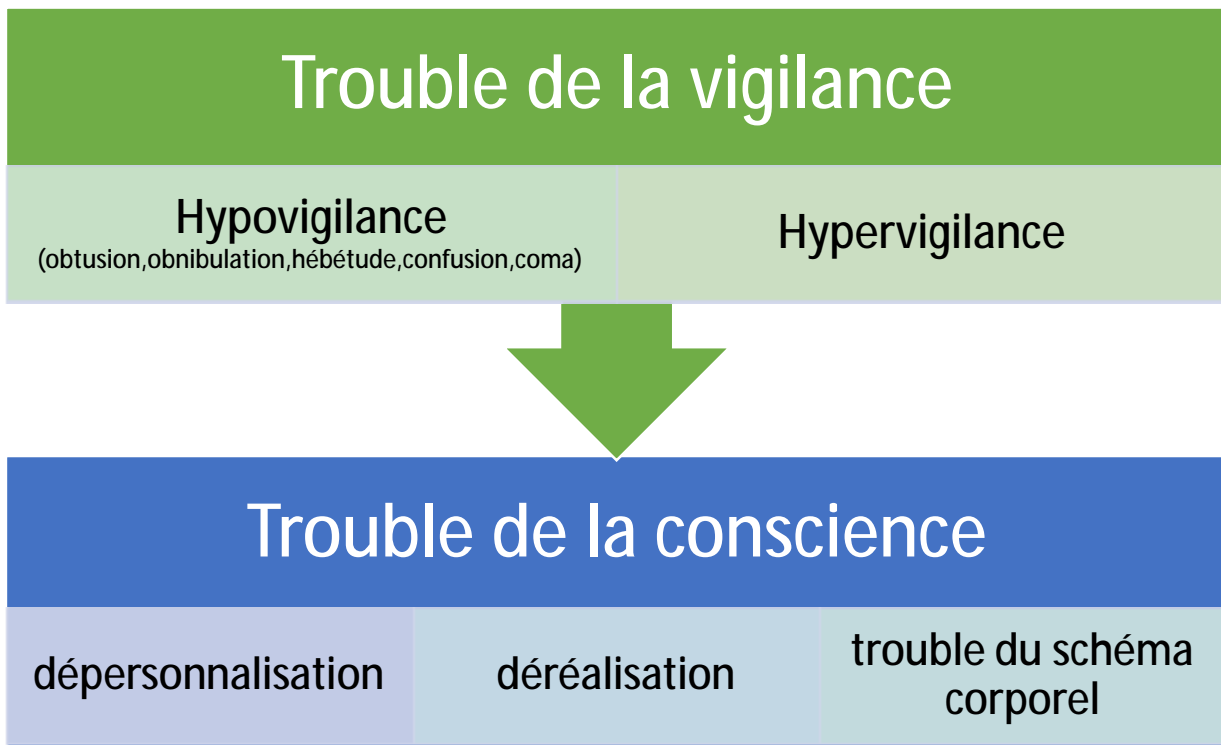
5.1 Définition :

Vigilance : capacité de l'individu à réagir aux stimuli de son environnement, lié au degré d'éveil.

- Déterminée par l'orientation (se situer dans le temps et dans l'espace, dans un contexte ainsi de définir une situation) et l'attention.
- Régulée par la formation réticulée.

Conscience : faculté mentale permettant de percevoir et d'intégrer les phénomènes émanant de soi et du monde extérieur ; Très lié à la vigilance.

La confusion mentale est un état pathologique dans lequel les pensées du sujet sont brouillées, désordonnées. On observe une désorientation dans l'espace et le temps, une obnubilation psychique, des troubles de la mémoire. Le malade ne reconnaît plus ses proches, ne sait pas où il se trouve et présente un air égaré.



5.2 Diagnostic clinique

- Urgence médicale :

- ü Grave en elle-même : troubles végétatifs

- ü Terrain fragile : âge, polypathologie, polymédication, démence sous-jacente

- ü Affections causales souvent graves : troubles métaboliques

- > Diagnostic et traitement urgents : risque vital

- > Prévention ++

- Désordre global du fonctionnement psychique :

- ü troubles de la conscience : diminution de la prise de conscience au milieu extérieur (obnubilation), hypo ou hyper-réactivité aux stimuli extérieurs, troubles de l'attention

- ü troubles de la vigilance : inversion du rythme veille-sommeil, voire insomnie nocturne totale ; souvent cauchemars et hallucinations

ü distorsion des perceptions : illusions, hallucinations, onirisme, fausses reconnaissances et perplexité ; distorsion de la réalité, impression de déréalisation, générant agitation et agressivité

-> Désordre cognitif global qui touche toutes les fonctions cognitives : mémoire, langage avec incohérence du discours et troubles de l'écriture, praxies, capacités de raisonnement et de planification, capacités d'identification des objets et des personnes, orientation dans le temps et dans l'espace.

- Mode évolutif :

- ü Début habituellement aigu (quelques heures à quelques jours)

- ü Fluctuations de la symptomatologie au cours de la journée

- ü Régresse en quelques jours avec une prise en charge appropriée

- ü En l'absence de prise en charge, apparition de signes végétatifs : hyperthermie, tachycardie, déshydratation, éventuellement troubles digestifs.

5.3 Diagnostic différentiel

- Syndrome démentiel :

- ü Durée plus prolongée (> 6 mois)

- ü Pas de modifications de la vigilance et d'obscurcissement de la conscience

- ü Un épisode confusionnel peut révéler un syndrome démentiel jusque-là plus ou moins ignoré -> ré-évaluation du patient à distance de l'épisode confusionnel.

- Atteinte cérébrale focale :

- ü Limite diagnostic différentiel/diagnostic étiologique par exemple confusion de la phase initiale d'un ramollissement bilatéral dans le territoire des artères cérébrales antérieures ou postérieures, ou des artères paramédianes du thalamus.

ü Troubles du langage ou du discours : incohérence du discours des lésions sous-corticales gauches (caudées) hémisphériques droites (frontales), jargon de l'aphasie de Wernicke.

ü Délire limité, monothématique par exemple délire spatial après lésion hémisphérique droite.

• Troubles psychiatriques :

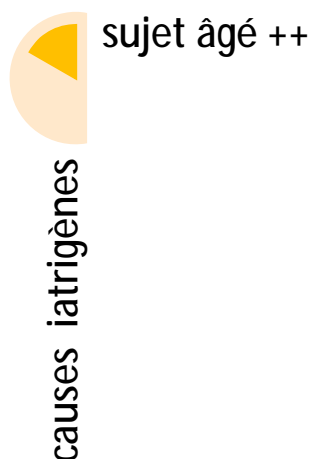
ü Schizophrénie avec incohérence du discours

ü Mélancolie stuporeuse

ü Etat maniaque

5.4 Etiologies

- Cause organique dans 90% des cas.



5.5 Conduite à tenir thérapeutique

- ü Hospitalisation et mise en condition.
- ü Traitement de la cause chaque fois que possible.
- ü Traitement symptomatique systématique :
 - Ø réhydratation, apport calorique suffisant,
 - Ø Vitaminothérapie B1, B6 et PP à bonnes doses,
 - Ø arrêt de tout traitement médicamenteux confusogène.
 - Ø mesures visant à rétablir un rythme veille-sommeil (lever avec si possible exercice physique dans la journée, luminosité suffisante dans la journée/peu de lumière la nuit, etc.).
 - Ø En cas d'agitation et de déambulation avec risques de blessure une sédation médicamenteuse s'impose, on peut utiliser les benzodiazépines, en respectant des règles de prescription simples : utiliser de petites doses, augmenter progressivement les posologies, traiter le moins longtemps possible,
 - Ø surveiller les effets secondaires, utiliser une seule molécule à la fois.

6. Conduite à tenir devant un trouble bipolaire

6.1 Définition

Le trouble bipolaire est la survenue généralement répétée d'épisodes dépressifs, maniaques, hypomaniaques ou mixtes, séparés par des intervalles libres au cours desquels les sujets sont a priori indemnes de dysfonctionnement psychique.

Les caractéristiques des accès et leur évolution dans le temps permet de distinguer différentes formes cliniques.

Tableau 2 : Types de trouble bipolaire et leurs caractéristiques.

Type de trouble bipolaire	Caractéristiques
Trouble bipolaire type I	<ul style="list-style-type: none"> • Episode maniaque isolé • Episodes maniaques récurrents avec ou sans épisodes dépressifs
Trouble bipolaire type II	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'un ou plusieurs épisodes dépressifs /Présence d'au moins un épisode hypomaniaque.
Cycles rapides	<ul style="list-style-type: none"> • Au moins quatre épisodes thymiques /an : dépressif, maniaque, hypomaniaque ou mixte.
Cyclothymie	<ul style="list-style-type: none"> • Nombreux épisodes avec symptômes hypomaniaques et/ou dépressifs pendant au moins deux an. • Absence d'épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte.

6.2 Épidémiologie

a. Épidémiologie descriptive

La prévalence à un an, en population générale, du trouble bipolaire se situe dans les études internationales entre 0,1 et 1,7 %. La prévalence sur la vie est comprise entre 0,2 et 1,6 %.[2]

Ces études se focalisent généralement sur le trouble bipolaire de type I (accès maniaques francs alternant éventuellement avec des épisodes dépressifs). La prise en compte du TB type II (hypomanie) et du trouble cyclothymique aboutit à des taux beaucoup plus élevés (3,15 %) comme le souligne Angst [22]. On peut retenir une valeur médiane de 1 à 1,5 % correspondant d'ailleurs aux chiffres des deux grandes études en population générale nord-américaine déjà citées : la NCS et l'ECA pour les troubles bipolaires de type I et II, dans la population adulte.

Le trouble bipolaire concerne aussi bien les hommes que les femmes, quels que soient leur classe sociale ou leur lieu de résidence ; il débute autour de l'âge de 20 ans, la population à risque pour le dépistage est de 15 à 25 ans.

Les taux d'incidence varient selon les études et surtout les méthodes utilisées. On peut la situer entre 10 et 40 pour 100 000 habitants.

La prévalence des troubles bipolaires (life time) _ 1,2 % ; soit 500 000 sujets malades (accès maniacodépressifs ou rémission) et 5000 à 15 000 nouveaux cas par an. [2]

Le taux de mortalité, notamment suicidaire, est généralement évalué avec celui des troubles dépressifs. Globalement, les troubles de l'humeur (uni- ou bipolaire) sont considérés comme responsables d'environ deux tiers des décès par suicide. Le ratio bipolaire/unipolaire étant d'environ d'un sur quatre, on peut estimer la prévalence du suicide des patients bipolaires à 15 %, soit environ 2000 morts par an. Il convient d'y ajouter les décès par accident (les patients bipolaires en phase

maniaque y sont plus exposés) ainsi que l'aggravation du pronostic d'autres maladies (en cas de Comorbidité) et les accidents iatrogènes. La mortalité suicidaire des bipolaires a baissé depuis l'introduction des sels de lithium en thérapeutique. C'est une des données sur laquelle il y a un relatif consensus international. [2]

Les complications majeures du trouble bipolaire sont l'abus et la dépendance à l'alcool et aux drogues et l'aggravation de la maladie par augmentation du nombre de cycles en l'absence de traitement. Après 20 à 30 ans d'évolution, il y a de moins en moins de phases inter critiques chez une majorité de patients, voire des cycles rapides (passage incessant de la manie à la dépression). Le trouble bipolaire, lorsqu'il n'est pas traité, a une importante répercussion sur la qualité de vie ; par exemple, il multiplie par trois le risque de divorce et entraîne une désinsertion professionnelle d'autant plus préjudiciable que les bipolaires traités et équilibrés ont de bonnes capacités d'intégration socioprofessionnelle et familiale. [2]

b. Epidémiologie analytique :

Le trouble bipolaire est probablement la maladie mentale où le déterminisme génétique est le plus fort, même si sa nature polygénique le rend difficile à identifier, d'autant que son phénotype nécessite de longs entretiens semi standardisés pour être caractérisé.

Les facteurs d'environnement jouent également un rôle, que ce soit la qualité du développement psychoaffectif ou les facteurs de stress socio environnementaux qui précipitent les récives.

Enfin, la forte association à l'usage pathologique d'alcool ou de drogue chez ces patients pose la question du rôle de l'apport toxique comme facteur déclenchant le début du trouble ou ses récurrences.

L'avis des experts est unanime pour considérer que la multiplication des récives aggrave le pronostic et que le retard à l'institution d'un traitement est

particulièrement préjudiciable. Or il se passe actuellement plusieurs années entre les premiers symptômes et la première prise d'un thymorégulateur.

La comorbidité avec l'alcool ou la drogue est le facteur aggravant majeur de la maladie et de ses conséquences (par ex. : criminelles).

Il est peu concevable d'avoir une action sur les facteurs de stress socio environnementaux ou sur les facteurs endogènes, même si le gène de la tryptophane-hydroxylase est clairement mis en cause dans le trouble bipolaire.

La seule action envisageable est donc le dépistage le plus précoce possible, comparable à celui développé pour les psychoses délirantes avec en plus un repérage dans les maternités et les PMI, le début du trouble bipolaire de la femme coïncidant souvent avec la première grossesse. L'institution d'une prise en charge thérapeutique précoce associant un traitement et éventuellement une psychothérapie adaptée à chaque cas est déterminante pour le pronostic.

6.3 Diagnostic positifTableau 3 : Comparaison clinique entre accès maniaque et accès dépressif

	Accès maniaque	Accès dépressif
Présentation	<ul style="list-style-type: none"> • Extravagance • Hypermimie 	<ul style="list-style-type: none"> • Prostration • Mimique figée
Contact	<ul style="list-style-type: none"> • Familier, ludique • Hypersyntonie 	<ul style="list-style-type: none"> • Lent, anesthésie affective • Evitant- refoulant
Humeur	<ul style="list-style-type: none"> • Exaltée, Euphorie • Optimisme triomphant • sentiment d'élation • Idée de grandeur • Versatile, instable • Infatigabilité • Recherche frénétique de plaisir 	<ul style="list-style-type: none"> • Dépressive, douleur morale • Pessimisme, idées noires • Insatisfaction • Incurabilité, auto-accusation • Inhibition majeure • Fatigue. • Idées suicidaires
Processus intellectuels	<ul style="list-style-type: none"> • Accélération • tachypsychie, fuite des idées • Attention dispersée • Pluralité idéique • Exaltation imaginative • Mégalomanie • Hypermnésie 	<ul style="list-style-type: none"> • Ralentissement majeur • Bradypsychie, vide pénible de la pensée. • Inattention • Monoïdéisme • Banalisation • Autodépréciation • Pas de trouble de mémoire
Langage	<ul style="list-style-type: none"> • Logorrhée • ludisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Débit verbal diminué, réponse lente. • ton monocorde
Activité psychomotrice	<ul style="list-style-type: none"> • Accélération, gesticulation • Agitation, fureur • Ludisme 	<ul style="list-style-type: none"> • Ralentissement, aboulie • Inhibition motrice • Asthénie vitale • Gestes suicidaires graves
Symptômes somatiques	<ul style="list-style-type: none"> • Accélération métabolique • Amaigrissement • Insomnie sans fatigue • Hyperphagie • Tachycardie, fébricule • Hypotension artérielle • Déshydratation, soif • Diarrhée, sueur, faim 	<ul style="list-style-type: none"> • Ralentissement métabolique • Dénutrition • Asthénie majeure, insomnie matinale • Anorexie • Tachycardie fébricule • Hypotension artérielle • Déshydratation • Constipation

L'importance du lien entre troubles de l'humeur et conduites suicidaires impose au clinicien la recherche systématique des facteurs de risque de conduite suicidaire chez tout patient présentant un trouble de l'humeur.

Ceci est particulièrement vrai dans les troubles bipolaires, puisque cette pathologie est parmi le plus suicidogène : 20 % de décès par suicide. [23]

6.4 Évolution

La prévalence du trouble bipolaire est assez constante à travers le temps, si ce n'est une diminution sensible de l'âge de début (autour de 30 ans selon les publications de Kraepelin, 20 ans en moyenne dans l'ECA). La seule tendance qui peut être soulignée est l'intérêt porté depuis une dizaine d'années aux formes mineures (hypomanie, tempérament cyclothymique). Par effet de « halo » autour de la forme typique (le trouble bipolaire de type I), il y a un élargissement sensible de la population considérée comme appartenant au spectre bipolaire. Selon le « père du lithium », le psychiatre scandinave Schou, un tiers des bipolaires a un excellent rapport efficacité/tolérance du traitement par sels de lithium et peut mener une vie quasiment normale, un tiers n'est que partiellement amélioré ou a une tolérance imparfaite du traitement et un tiers est intolérant ou résistant au lithium. Il y a donc actuellement un mouvement de recherche très actif pour trouver des alternatives thérapeutiques (antiépileptique à effet thymorégulateur, antipsychotique atypique. . .). [2]

6.5 Indications d'hospitalisation d'un trouble bipolaire

Ø Les critères principaux à prendre en compte pour poser l'indication d'une hospitalisation :

- phases d'état de la pathologie bipolaire : épisode dépressif majeur, épisode maniaque, épisode mixte ;
- l'existence d'un risque suicidaire qui ne se limite pas aux épisodes majeurs : les patients bipolaires conservent un risque de décès par suicide en dehors des épisodes majeurs ;
- la décompensation de tare associée (pathologie cardio-vasculaire, en particulier), souvent méconnue ;
- les complications médico-légales d'un épisode thymique majeur actuel ou récent.

Ø Les autres éléments pouvant constituer une indication d'hospitalisation :

- doute diagnostique sur un trouble bipolaire en présence d'un épisode thymique;
- isolement social et familial ;
- l'existence d'une comorbidité addictive ;
- l'existence d'une comorbidité somatique ;
- doute sur l'adhésion au traitement, retentissement systémique (épuisement, incompréhension des proches), patient non éduqué.

7. CAT devant une psychose puerpérale

7.1 Définition

La psychose puerpérale recouvre un ensemble de manifestations délirantes aiguës associées à une modification brutale de l'humeur, survenant typiquement dans les 15 premiers jours suivant l'accouchement.

7.2 Epidémiologie

Ce trouble, connu depuis Hippocrate, est la plus sévère des manifestations psychiatriques du postpartum. Sa fréquence est estimée entre 1 et 2 pour 1000 naissances. [24]

Au Royaume-Uni, il a été montré que 28% des décès maternels en période périnatale résultent d'actes suicidaires, la moitié environ commis par des sujets ayant des antécédents psychiatriques. Surtout psychose puerpérale et trouble bipolaire. [24]

7.3 Etiologies et facteurs de risque

- ü Facteurs psychiatriques : Les antécédents familiaux de troubles bipolaires et plus encore de psychose puerpérale et surtout les antécédents personnels de troubles bipolaires ou de psychose puerpérale sont des facteurs de risque majeurs et démontrés : le risque est estimé à environ 10 % en cas de troubles familiaux et 30–35 % en cas d'antécédents personnels. [24]
- ü Facteurs gynéco-obstétricaux : 70 % des psychoses survient chez des primipares. une étude récente a montré une relation avec les complications de la délivrance, résultat qui nécessite d'être confirmé [25].
- ü Facteurs endocriniens : Reste des hypothèses : excès ou privation des œstrogènes, de la prolactine, de l'ocytocine, du cortisol. [26]
- ü Autres : Des hypothèses génétiques ont été avancé notamment du fait du risque que représentent des antécédents familiaux de trouble bipolaire.

7.4 Diagnostic positif

- Début :

En apparence brutale, il est précédé par les manifestations rappelant le syndrome du 3^{ème} jour, soit retardé soit prolongé, avec accentuation progressive des troubles : [27]

- ü La confusion mentale s'installe progressivement.

- ü L'insomnie se majore.

- ü Un désintérêt croissant pour le nourrisson.

- Phase d'état :

Elle est rapidement complète associant : symptômes thymiques, confusionnels et délirants. [27]

- ü Symptômes thymiques : souvent au 1^{er} plan avec variations intenses et rapides dans une même journée d'une thématique mélancolique avec risque des gestes auto-agressifs ou hétéro-agressifs sur l'enfant. alternant avec des états d'excitations sous tendus par une note maniaque.

- ü Le délire est oniroïde, mal structuré et très fluctuant dans son intensité et son expression. Les idées délirantes, les phénomènes hallucinatoires (visuelles et auditives), sont centrées sur la relation de la mère vers son enfant : négation de la maternité, substitution ou subtilisation de l'enfant, maladie, malformation, imminence de sa mort, malédiction sur le nouveau-né....etc.

- ü Troubles confusionnels à variation rapide sont dominés par la désorientation temporelle et spatiale, la perplexité anxieuse onirisme transitoire, les perturbations du rythme veille sommeil.

- ü L'Anxiété toujours présente et souvent très importante avec par moments des sentiments d'étrangeté, de dépersonnalisation, une atmosphère d'angoisse de mort.

7.5 Prise en charge

Devant tout tableau délirant du post-partum, il faut réaliser un examen clinique soigneux ainsi que des examens complémentaires afin d'éliminer une cause organique.

Le risque de suicide et/ou d'infanticide implique une hospitalisation en service spécialisé psychiatrique pour une prise en charge thérapeutique. Si l'état clinique maternel le permet, une hospitalisation en unité mère bébé est à favoriser avec séparation initiale de la mère et son bébé puis rapprochement progressif sous surveillance.

Le traitement de l'épisode aigu comporte :

- Ø Traitement médicamenteux : un traitement neuroleptique sera rapidement mis en place, lorsque les éléments dépressifs apparaissent en premier plan ou que la mère présente des antécédents qui orientent vers un trouble de l'humeur, les antidépresseurs seront associés. Un relai par un traitement thymorégulateur pourra être envisagé si des antécédents de trouble de l'humeur sont retrouvés. chaque situation est à considérer en particulier, les éléments cliniques guidant les choix médicamenteux. [28]
- Ø L'électro-convulsivo-thérapie : peut être indiquée dans les formes sévères, surtout en cas de résistance au traitement médicamenteux ou dans le cadre d'une symptomatologie rapidement progressive mettant en danger la vie de la mère. [28]
- Ø Psychothérapie : est toujours nécessaire centrée sur la mère mais aussi sur la relation mère-bébé ; la réassurance de la patiente et l'apport d'un soutien par l'intermédiaire de repères stables et de rituels, notamment autour des soins au bébé. [29]

- Ø L'allaitement ne consiste plus une contre-indication absolue à la prescription de psychotropes. [29]

Le traitement préventif :

- Le dépistage des pathologies psychiatriques et des patientes à risque de développer une psychose puerpérale devrait avoir lieu systématiquement.
- Evaluer le risque de décompensation chez les patientes bipolaires.
- Prévention du risque de passage à l'acte.

Une prise en charge pluridisciplinaire par des psychiatres, des psychologues, pédiatres, des gynécologues, des sages-femmes et des infirmières, permet de traiter la mère et de maintenir le lien avec son enfant en lui apprenant petit à petit à s'en occuper sans danger.

II. Méthodologie

L'objectif principal de notre travail est d'élaborer une référence pédagogique à l'intention des étudiants en médecine et des praticiens hospitaliers qui leurs permettent d'acquérir les compétences nécessaires pour poursuivre une démarche diagnostique et un raisonnement médicale devant une situation d'urgence psychiatrique.

C'est dans ce but, qu'on a illustré la pathologie par des cas cliniques réels des patients recrutés lors des consultations des urgences psychiatriques, tout en rapportant l'expression de leurs pathologies.

1. Période de l'étude

Ce travail a été réalisé sur une période de 09 mois, allant du mois de Janvier 2017 au mois de septembre 2017.

2. Lieu de l'étude

Le travail s'est déroulé au sein du service de psychiatrie du CHU Hassan II, avec la participation de l'équipe des enseignants et des médecins résidents.

3. Population cible

- Recrutement des patients en consultation d'urgence psychiatrique. Les critères d'inclusion ont porté sur des malades ayant une richesse sémiologique de différentes pathologies les plus fréquentes,
- Recrutement des patients pris en charge en milieu hospitalier ou en ambulatoire.

4. Organisation des données

En premier lieu, nous avons commencé par effectuer la liste des pathologies que nous souhaitons configurer dans notre travail. Notre choix a été porté sur les pathologies les plus fréquentes dans notre contexte avec différents motifs de consultation d'urgence (trouble de comportement, agitation, crise d'angoisse, délire...), et qui sont primordiales pour assurer une formation pertinente aux futurs médecins.

Le choix des malades est porté sur la pathologie choisie et la richesse sémiologique.

Au total, nous avons réalisé 33 cas cliniques des patients en consultation d'urgence au service de psychiatrie avec différents motifs de consultation les plus fréquentes.

Le tableau ci-dessous présente le nombre de cas clinique avec les différents motifs de consultation.

Tableau 4 : Le motif de consultation en urgence psychiatrique

Cas clinique N°	Sexe	Age	Motif de consultation	Prise en charge
1	Femme	16ans	Tentative de suicide	Hospitalier
2	Femme	18ans	Tentative de suicide	Hospitalier
3	Homme	25ans	Hétéroagressivité	Hospitalier
4	Homme	23ans	Hétéroagressivité	Hospitalier
5	Femme	22ans	Hétéroagressivité	Hospitalier
6	Femme	17ans	Tentative de suicide	Hospitalier
7	Homme	26ans	Troubles du comportement	Hospitalier
8	Homme	29ans	Anxiété + peur dans les lieux publics	Ambulatoire
9	Femme	29ans	Trouble du comportement	Hospitalier
10	Homme	33ans	Demande de sevrage	Ambulatoire
11	Homme	83ans	Trouble du comportement	Ambulatoire
12	Femme	34ans	Irritabilité	Ambulatoire
13	Homme	35ans	Menace d'homicide	Hospitalier
14	Homme	29ans	Troubles du comportement	Hospitalier
15	Femme	36ans	Anxiété	Ambulatoire
16	Homme	28ans	Agitation	Hospitalier
17	Femme	16ans	Mutisme	Ambulatoire
18	Femme	19ans	Troubles du comportement	Hospitalier
19	Homme	25ans	Troubles du comportement	Hospitalier
20	Homme	40ans	Troubles du comportement	Hospitalier
21	Femme	20ans	Bizarreries comportementales	Hospitalier
22	Femme	26ans	Tentative de suicide	Hospitalier
23	Homme	28ans	Anxiété + peur dans les endroits clos	Ambulatoire
24	Homme	32ans	Agressivité	Hospitalier
25	Homme	25ans	Agitation aigue	Hospitalier
26	Homme	37ans	Agitation + agressivité	Hospitalier
27	Homme	29ans	Hétéroagressivité	Hospitalier
28	Homme	27ans	Hétéroagressivité	Hospitalier
29	Femme	25ans	Trouble de sommeil	Ambulatoire
30	Homme	25ans	Tentative de suicide	Hospitalier
31	Homme	48ans	Agitation psychomotrice	Hospitalier
32	Homme	30ans	Troubles du comportement	Hospitalier
33	Homme	56ans	Troubles du comportement	Hospitalier

5. Déroulement de l'étude

Au cours des consultations des urgences, nous avons recruté 33 patients ayant un tableau sémiologique riche. Les entretiens ont été faits par le médecin de garde en se focalisant sur les symptômes orientant vers la pathologie concernée ; comme une première étape, nous avons élaboré une observation médicale clinique pour chaque patient recruté avec le médecin des urgences, tout en rapportant les expressions des malades en arabe dialectale dans l'observation.

Juste après la première étape, nous avons reformulé l'observation médicale en un cas clinique avec des questions à la fin de chaque cas. En collaboration avec cinq médecins résidents en psychiatrie nous avons réalisé une analyse sémiologique en relevant tous les éléments sémiologiques du cas clinique et en abordant une discussion de diagnostic en se basant sur les critères diagnostics de la DSM 5, puis une conduite à tenir devant chaque diagnostic.

Le tableau ci-dessous montre le nombre de cas cliniques pour chaque trouble psychiatrique que nous avons élaboré.

Tableau 5 : Tableau récapitulatif des troubles psychiatriques traités et le nombre de cas cliniques

Nature du trouble psychiatrique	Nombre de cas clinique
Trouble psychotique	15
Trouble bipolaire	6
Trouble anxieux	2
Trouble dépressif	3
Trouble de stress post traumatique	2
Trouble de personnalité	1
Trouble d'utilisation de substance	1
Trouble neurocognitif	1
Un syndrome malin des neuroleptiques	1
Trouble psychiatrique dû à une affection médicale	1

6. Evaluation du travail

A la fin de l'étude et dans le but d'évaluer notre travail, nous avons réalisé une séance de présentation du travail au profit de 56 étudiants en 5^{ème} année médecine effectuant leur stage au service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès avec une fiche d'évaluation .

Questionnaire de satisfaction de l'outil d'apprentissage des urgences psychiatriques :

1. Comment trouvez-vous la nouvelle méthode de formation via des cas cliniques en rapportant les expressions des malades en arabe dialectal marocain ?

Satisfait moyennement satisfait insatisfait

2. Etes-vous satisfait de l'accessibilité et la facilité d'usage de cet outil pédagogique par rapport aux topos ?

Satisfait moyennement satisfait insatisfait

3. Est-ce que l'association des expressions des malades aux cas cliniques vous facilitent la compréhension et l'apprentissage des troubles psychiatriques ?

Satisfait moyennement satisfait insatisfait

4. Etes-vous pour l'utilisation des cas cliniques enrichies par les expressions des malades en arabe dialectal dans les cours magistraux de la psychiatrie ?

Satisfait moyennement satisfait insatisfait

5. Satisfaction globale : êtes-vous satisfait de ce nouvel outil pédagogique d'apprentissage de la sémiologie des urgences psychiatriques ?

Satisfait moyennement satisfait insatisfait

Vos suggestions :

III. Présentation des énoncés des cas cliniques

▼ Cas clinique N°1 :

Mlle F.Z, âgée de 16ans, sans antécédents personnels médicaux ni psychiatriques, elle a une tante suivi probablement pour un trouble psychiatrique chronique d'allure anxieux, ramenée aux urgences pour une tentative de suicide et une anorexie.

Mlle F.Z a eu son Bac cette année avec mention très bien, décrite brillante, première de sa classe, aimable et sensible. Dès l'âge de sept ans elle se préoccupe trop de sa propreté de façon excessive, surtout lors des prières, elle est très attachée à sa tante décrite aussi obsessionnelle par la propreté. Sa maman dit :

فا " لمدلاة كنبدل حو يجها كالمين... " " كترأة لوضوء " ا " لخوف من لمرض "

« Elle change tous ses vêtements lors de la prière » « Ablution fréquentes »
« Elle a peur de tomber malade ».

L'histoire de la maladie remonte à quatre mois, après avoir reçu son bac, la patiente est devenue très préoccupée par son corps, elle a eu une métrorragie durant dix jours avec démangeaisons vulvaires, elle a eu peur d'avoir le VIH ce qui l'a rendu irritable, le père a essayé de calmer la patiente avec plusieurs consultations, la symptomatologie s'est aggravée par une restriction hydrique et alimentaire avec plusieurs tentatives de suicides bien planifiées d'après la famille « Après qu'ils dorment » « كخلفهم حتى ينسوا » ; prétendait qu'elle ne va pas guérir et qu'elle préfère mourir

"أنا بغيث نموت, عارف راسي ما عاد ين تبرأ".

La patiente change souvent tous ses vêtements avant sa prière, se dit qu'elle n'est plus vierge, qu'elle n'a plus de tube digestif ni d'orifices ni d'estomac et tous ce qu'elle mange va s'accumuler dans une partie de son abdomen.

L'examen clinique trouve une patiente, consciente, très maigre, elle pèse 25kg, très faible, fatiguée, pâle et déshydratée, elle a besoin d'aide pour marcher, néglige ses vêtements, elle répond aux questions avec un ton très bas et ralenti. Elle rapporte :

"أَنَا مَاعْنَدِيْنُ الْأَمْعَاءُ, مَاعْنَدِيْنُ مَعْدَةَ, إِلَّا كَلِيْتٌ غَادِي يَبْقَى دَاكُنْشِي غَيْرُ فَوَاحِدٌ لِبَلَاصَةُ فُكْرُشِي, وَ مَعْنَدُ شُنْ مَنِيْنُ
يَخْرُجُ لِجِهَازِ لَهْضَمِي وَكُلُّو مَاعْنَدِيْنُ..."

« Je n'ai ni intestin ni estomac, si je mange tous les aliments vont rester dans une seule partie dans mon abdomen et ils ne vont pas sortir parce que je n'ai pas d'anus, je ne possède pas un appareil digestif ».

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour cette patiente ?

▼ Cas clinique N° 2 :

Mlle A.Y âgée de 18 ans, scolarisée jusqu'à la première année de collège, ramenée par sa famille pour tentative de suicide et automutilations, la patiente est connue tabagique chronique à raison d'un demi paquet par jour, une grande consommatrice du cannabis avec des quantités imprécises, ecstasy (quatre à cinq cp/jour), benzodiazépines et colle sniffée.

Décrite irritable, turbulente et capricieuse à l'enfance, jalouse de sa sœur jumelle, ses parents ont divorcés quand elle avait un an, puis elle a vécu avec sa grand-mère jusqu'à l'âge de huit ans, puis avec sa belle-mère lorsque le père s'est remarié ; début de ses conduites addictives à l'âge de 16ans avec de mauvaises fréquentations.

L'histoire de la maladie remonte à deux ans, par des fugues avec un groupe de mauvaises fréquentations qui durait plus de 15jours, la famille la recherche et la faisait revenir au foyer familial.

Elle revenait chaque jour à la maison en état d'ivresse, criant de toute sa force et proférant toute sorte d'obscénité et insultes, elle a commencé à voler des objets précieux de la famille, le père la poursuivait mais la patiente s'enfuyait de terrasse en terrasse.

La patiente a fait trois tentatives de suicides, dans des contextes banaux ; par exemple la famille lui de demande de se laver mais elle répond par :

« Va te laver » , « Vous voulez me traiter de salle, vous m'insulté »

"سيري نغسلي...." , "كُنْغِيُو نِي, بِيُوْ اِنْفُوْ لِي اَنَا مُوَسْخَةَ....".

A la moindre contrariété, la patiente menace de s'automutiler passant à l'acte des fois et agressant sa sœur jumelle par moments.

Elle traîne avec une arme blanche dernièrement, menaçant sa sœur de lui gâcher son visage ; la famille décrit également une grande tendance à l'aventure, n'a pas peur ni des criminels ni des agresseurs.

L'examen psychiatrique, trouve une patiente agitée, très en colère, elle profère toute sorte d'obscénité, elle porte des vêtements déchirés, ses cheveux sont coupés en plusieurs longueurs (apparemment elle a pris des ciseaux juste avant qu'elle soit ramenée à l'hôpital et elle a commencé à les couper pour les menacer). Elle pleure et dit :

"هَيَا خَلُونِي هَا وَ أَنَا جَانِي نِي لَهْنَا , غَنَلُونِي نِي مَع مَلَدًا أَقْ..."

« Vous allez me laisser ici avec les fous, mais elle non... »

"أَنَا بُعِيتُ نُمُوتُ..."

« Je veux mourir... »

"إِلَى حُبْسُونِي نِي غَادِي نُلُوحُ رَاسِي "

« Je vais me suicider si vous allez me prisonnier ici »

"صَدَقِي نَحْرَفْتُ مَا بَقِيَ لِيكُمْ مَا تُعَلِّجُونِي فِيَا.."

« Ca y est, c'est trop tard, vous ne pouvez pas me guérir »

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour cette patiente ?

▼ Cas clinique N°3 :

Mr H.A âgé de 25 ans, célibataire, travaille dans l'agriculture mais actuellement sans travail, référé pour hétéro-agressivité à l'égard des parents et harcèlement quotidien des lycéens ; le patient est suivi depuis trois ans pour trouble chronique avec une hospitalisation il y a six mois avec mauvaise observance thérapeutique, il est connu tabagique chronique avec consommation du cannabis et du Kif à quantités imprécises, il a subi une incarcération de trois mois pour coups et blessures.

Mr H.A est issu d'un mariage consanguin, il a vécu une enfance normale et a débuté ses conduites addictives à l'adolescence, pas de traits de personnalité prémorbide.

L'histoire de la maladie remonte à 03ans, par l'installation d'une violence avec agressivité à l'égard de sa famille pour des malentendus banaux, ce qui a motivé son incarcération.

A sa sortie, il a eu une symptomatologie riche avec une soliloquie, des attitudes d'écoute, une négligence corporo-vestimentaire, clinophilie et retrait social et un vécu persécutoire intense accusant ses membres de sa famille de vouloir le tuer, refusant de partager les repas familiaux en prétendant qu'ils sont empoisonnés, reste éveillé la nuit de peur qu'il soit tuer au cours de son sommeil , ce qui a motivé sa première hospitalisation, sortie après amélioration, mais le patient a arrêté le traitement juste après et donc une réactivation de la même symptomatologie.

L'épisode actuel remonte à cinq mois ou le patient a réinstallé ses agressions et ses attitudes de violence à l'égard de sa famille et des voisins, avec un harcèlement quotidien des lycéennes et collégiennes du voisinage, faisant l'objet de plusieurs plaintes.

Il y a un mois il a frappé sa sœur à coups de bâtons occasionnant chez elle des ecchymoses sur tout le corps. La veille de son admission, il a attaqué sa mère à coups

de poing et coups de pied occasionnant chez elle des épistaxis et des gingivorragie ce qui a motivé la famille à consulter à l'hôpital psychiatrique pour une éventuelle hospitalisation.

L'examen psychiatrique trouve un patient agité et parle d'un ton hautin et menaçant, il porte des vêtements déchirés complètement délabrés, contact froid, la pensée est de cours normal, il dit avec une froideur sans participation affective :

"بِغَيْبِنُ يَفْتُونِي، تَيَبِيرُونِي دُونَا فَلَمَكَلَّةَ ..."

« Ils veulent me tuer avec le traitement dissous »

"الْوَالِدُ يَتَكَمِّلِي لِكَيْفِ حَدَى أَوْلَادُو وَ تَيَخْنُونُهُمْ..."

« Mon père fume du Kif devant ses enfants, il les étouffes.... »

Une grande banalisation de ses harcèlements :

"أَنَا هَذَا مَا تَزَوَّجْتُ، خَطْبَنِي نَلْقَى لِبْنْتِ لِي نَتَزَّجُ بِهَا، وَ لَكِنْ خَطْبَنِي نَعْرِفُ عَلَيْهَا وَكُلُّ شَيْءٍ، خَطْبَنِي نَتَّبَعُهَا وَ نَعْرِفُ شَتُو كَبِيلِهَا نَهَارًا وَ شَتُو كَبِيلِ بِلَادِي، وَكُلُّ شَيْءٍ خَطْبَنِي نَعْرِفُو عَلَيْهَا..."

« Je suis célibataire et il faut que je me trouve une fille, il faut que je la suive jour et nuit pour voir ce qu'elle fait... ».

"أَلَا نَسَلُ تَيْمَارُ سُوَيْعَلًا تَجَادُ... وَ مَا يَفْعَلُونَ نَقْدَرُ نَنُوقَ عَلَيْهِمْ تَبْدَلُو عَلَيَّا"

« Les gens exercent le (tajahoud) sur moi, et je n'arrive plus à les reconnaître » .

"الْأَمُّ لِي لِي لِي سَاكِنٌ فَأَلَدْنَا تَيْهَدْرُ مَعِيَا فَرَا سِي وَ كَبَصَحَ لِي الْأَفْكَارُ لِي لِي لِخَاطِنَةُ وَ كَيْعَلَقُ عَلَيْهَا"

« Mon oncle qui habite en Allemagne me parle à travers mon esprit et corrige et commente mes fausses idées. »

"الْأُمُّ لِي لِي تَنْسَخِرَا لِجُنُونِ صَدِّي، كَنْشَوُوهُ مَ بَعْدِي"

« Ma mère utilise les (jinnes) contre moi, je les vois »

La famille rapporte la notion d'insomnie et d'une anorexie.

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

✓ Cas clinique N°4 :

Mr Z.I âgé de 23ans, célibataire, sans profession ; admis aux urgences pour bizarrerie comportemental ; suivi depuis six ans pour troubles psychiatriques d'où il a été adressé ce jour, hospitalisé deux fois (la première pendant neuf jours, la deuxième pendant sept jours, la dernière en 2016), tabagique chronique et consommateur occasionnel de cannabis depuis l'âge de 15ans avec notion de colle sniffée depuis deux ans.

Le patient est issu d'un mariage consanguin, il a débuté des conduites addictives à l'adolescence avec tendance à l'isolement et une négligence corporelle et vestimentaire.

L'histoire de la maladie remonte à six ans par l'installation des troubles du comportement après l'échec au baccalauréat et a quitté le lycée, des rires immotivés, soliloque et insomnie, avec des fugues qui était le motif de la première consultation, mis sous traitement mais avec mauvaise observance.

Hospitalisé à deux reprises dont la dernière remonte à presque un an pendant sept jours sans retour à l'état prémorbide.

L'épisode actuel remonte à neuf mois après l'arrêt du traitement, par la réapparition de la même symptomatologie psychiatrique sus-décrite avec des troubles de sommeil et hétéro agressivité envers la famille ce qui a motivé sa consultation au service des urgences psychiatrique pour prise en charge.

L'examen psychiatrique trouve un patient calme, accompagné par sa famille, mal habillé avec des cheveux mal coiffés et négligés, il commence à rire à haute voix sans motif apparent, il parle seul, il dit avec une certaine froideur :

"هُمَا بِغَيْبٍ يَأْتِيُونِي وَكَأَيِّدِرُو لِي لِسُحُورٍ بَلْتَن نَمْرَضُ..."

« Ils veulent me faire du mal et m'ensorceler... ».

"أنا حسلي بيهم بل غيبين ياكديوني..."

« Je le sens, ils veulent me faire du mal... ».

"كأنسموهم م , كيهذرو لي فوندي, كايحكمو فيا بعدي لة لشمس... ديك الهمدي هيا عبارة على و نات كاتلا م
ميين ككون نزاله لفسد مة مع الأكسجين و كيدخلو في لجسم لي و كيعطوني عندة سبيلة فلدات لي و هيا
لي كتحلي ني نبدأ نتصو ف تصد فأت غير مسو لة هادالك لوقاة لسبيلة لي هيا لي كتحكم ونا عن طريق لشمس "

« Je les entends, ils me parlent, ils me manipulent avec les rayons de soleil...ces rayons sont des ions qui se rencontrent avec l'oxygène en descendant du ciel. Ils entrent dans mon corps et me donnent des rayons négatifs et ces derniers me poussent à faire des actes irresponsables, c'est cette énergie négative qui me contrôle à travers le soleil ».

"كناير تصد فأت بلا ما نحس ضد الإرادة لي لي"

« Je fais des actes hors volonté »

"بزل ف ديال الأخبار ديال جريدة كنحس بيهم تيديو ديلا"

« Je sens que plusieurs journaux parlent de moi »

"كنحس براسي وليت خوف عامر غيرا بلر ين"

« Je me sens très léger, plein de peluche »

"أنا مامر ينش , أنا ضياله لسحر و لدوا ما غادي ين ينعني"

« Je ne suis pas malade, je suis victime de la sorcellerie et les médicaments ne vont pas me guérir »

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

✓ Cas clinique N°5 :

Mlle D.L âgée de 22ans, célibataire, quatrième d'une fratrie de six, sans profession, elle est adressée par un médecin psychiatre pour hétéro-agressivité à l'égard des parents et bizarrerie comportementale ; la patiente est suivie à l'hôpital psychiatrique de Fès depuis plus de 03ans avec deux hospitalisations pour trouble chronique d'allure psychotique, dernière hospitalisation il y a un an. Mise sous plusieurs psychotropes notamment amisulpride, sertraline et neuroleptiques sédatifs, sans autres antécédents pathologiques.

Au cours de son adolescence Mlle D.L a lu plusieurs livres parlant de « Masih Dajal », elle a subi deux évènements stressant le décès de sa mère et le mariage de sa sœur.

L'histoire de la maladie remonte à trois ans par l'installation d'un retrait social et familial, avec une hyper-religiosité, s'enfermait toute la journée lisant ses bouquins mystiques.

Progressivement elle a commencé à avoir des propos étranges de nature mystique :

« Je suis la mère de Massih Dajal , j'attends l'arrivée du Mehdi Montadar avant de guérir de ce qui m'arrive »

"أَنَا هِيَ أُمُّ لِمَسِيحٍ جَدًّا لَنْ , كُنْ سَلَامًا وَقَدْ نَسِيتُ غَادِي بِنَجِي لِمَهْدِي لِمُنْتَظَرُ"

La patiente a commencée à errer toute la journée, faire des roulades par terre sorte de rituels pour faire apparaître « Mehdi Montadar ».

Ce qui a nécessité deux hospitalisations dans notre formation avec arrêt de traitement entre les deux hospitalisations, sortie après amélioration.

L'épisode actuel remonte à 15jours où la patiente a réinstallé le même tableau avec les même propos mystico-religieux et les mêmes rituels sous forme de roulades, cette fois ci avec un hétéroagressivité à l'égard de sa famille sans cause évidente, la

famille la ligote dernièrement, cet épisode se caractérise par le refus d'alimentation, avec des crises clastiques par moments poussant la famille à consulter aux urgences psychiatriques.

L'examen psychiatrique trouve une patiente très agitée retenue à sa chaise de force par sa famille, mal habillée et mal coiffée, elle semble fatiguée vu la perte d'appétit et le trouble de sommeil et ecchymoses au niveau frontal suite aux roulades par terre ; elle dit : (en boucle, elle ne cesse pas de répéter ses deux phrases) :

"أَنَا أُمُّ لَمَسِيحٍ جَدَّ لِي..."

« Je suis la mère de Massih Dajal »

"حَتَّىٰ يُجِي لِمَهْدِي لِمُنْتَظَرٍ عَادَ نُبْرَىٰ وَ نَرْتَاخ..."

« Quand Mehdi Montadar va venir je vais guérir... »

Elle fait des roulades par terre disant que c'est une sorte de rituels pour faire apparaitre « Mehdi Montadar ».

"مَا شِي لِحَاطِرِي كَنَنْشَقْلَبْ كَيَجِدِي الْأَمْرُ مِنْ عِنْدِ اللَّهِ, كَنَسْمَعُهُمْ فَقَلْبُ رَاسِي"

« C'est hors de ma volonté que je fais des roulades, je reçois des ordres de Dieu, je les entends dans ma tête »

"أَنَا حَاطِرِي مَرْتَاخ"

« Je me sens à l'aise »

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quel est votre diagnostic ?
3. Quelle prise en charge proposiez-vous pour cette patiente ?

▼ Cas clinique N°6 :

Mlle N.S âgée de 17 ans, deuxième d'une fratrie de cinq, étudie en troisième année collège, ramenée aux urgences psychiatrique par sa famille pour troubles du comportement et tentative de suicide. Il y a un mois la patiente a consulté chez un médecin psychiatre pour troubles du comportement sans autres antécédents pathologiques.

L'histoire de la maladie remonte à un mois par l'installation d'une bizarrerie comportementale faite de soliloque, des cris, elle répétait "تَجِدُ لِلْأَسَدِ تَدَةً" d'où la consultation chez un médecin psychiatre.

Par la suite la patiente est devenue agressive, elle frappe aux portes, désinhibée proférant des mots obscènes avec plusieurs tentatives de suicides. Selon la maman et l'oncle, elle a essayé de se jeter de la terrasse, d'où la consultation dans notre formation.

L'examen psychiatrique, accompagnée par ses parents, elle porte un pyjama avec des cheveux mal coiffés, un visage triste et hypomimie, elle parle avec une voix basse monotone, regarde vers le bas, tarde pour répondre, elle se met rapidement aux pleurs, elle parle de sa tentative de suicide et l'explique en disant :

"حَيْثُ أَنَا مَا كُنْصَلْتُ مِنْ بَدَلٍ لِعِيْلَاتٍ" "حَيْثُ خَفْتُ مَا تَدْخُلُشْ لِحِنَّةٍ"

« C'est parce que je ne fais pas mes prières comme les autres femmes »

« J'ai peur de ne pas rentrer au paradis »

Puis elle réexplique ses tentative de suicide par :

"مُشِيْتُ عِنْدَ شَيْءٍ وَاحِدٍ وَ تَكَرَّفَصْتُ عَلَيَا "

« J'ai été avec quelqu'un et il m'a violé »

"كَيُنْعَسُ مُعَايَا فَ لِي كُنْحَسُ بِهِ خَلَا يَا نَيْقِي صِنِّي, كُنْحَسُ بِهِ كَيْمَارَسُ عَلَيَا لِحِنْسُ كُلِّ لِي لُهُ بِالسِّفِّ جِيَا"

« Il couche avec moi la nuit, je sens qu'il est à côté de moi, il me touche, je sens qu'on fait l'amour chaque nuit, hors ma volonté, c'est plus fort que moi »

Elle prononce des mots qui n'ont aucun sens comme : "فَدَكَّة لَعَقِيْقُ"

"أَنَا عَيْبٌ مِّنَ الْأَسْبَلَةِ، رَأْسِي ضَرْنِي"

« Je suis fatiguée des questions, j'ai mal à la tête ».

Elle rapporte aussi qu'elle voit des personnes, des monstres et des « Jnoun » ; parfois elle les entend.

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour cette patiente ?

✓ Cas clinique N°7 :

Mr. M.A âgé de 26 ans, sans profession, célibataire, qui consulte aux urgences psychiatrique pour troubles du comportement, qui présente comme antécédents chirurgicaux une fracture du genou il y a six ans, il est tabagique chronique à raison d'un paquet par jour et consommateur du cannabis de quantités imprécises, sans antécédents médicaux ni psychiatriques.

Mr M.A a débuté ses conduites addictives à l'âge de 14ans ce qui influencé sur ses études et il a quitté à sa troisième année collège.

L'histoire de la maladie remonte à un mois et demi où le patient a accentué ses conduites addictives, l'installation d'une soliloquie, selon la famille il disait :

" أَنَا مِنْ الْأُسْرَةِ لِجَلْوَةٍ ... أَنَا شَيْءٌ حَاجَةٌ ... "

« Je suis de la famille royale, je suis une personnalité connu et importante..»

Avec quelques idées de persécution :

" اَلَّذِي تَابِعُونِي... اَلَّذِي لَمْ يَنْتَبِئُونِي... "

« Les gens me veulent du mal... »

Avec un sommeil perturbé.

L'examen psychiatrique trouve un patient calme, accompagné par sa famille, bien orienté dans le temps et l'espace, il est habillé correctement, les cheveux coiffés, il nie tous les propos rapportés par sa famille, il dit :

" هَذَا لِلدَّائِرَةِ خَطْبِي نُخْرَجُ مِنْهَا ... أَنَا مَلُوفٌ لِنَشْنُ نُكُونُ بَدَلًا لِأُسْرَةِ لِجَلْوَةٍ ... "

« Je dois sortir de ce cercle...non, je n'ai jamais dit que je veux être comme la famille royale »

" طُورِي ... طُورِي ... فَهَمِّي نِي "

« C'est mon chemin...mon chemin...tu comprends »

Il dit des phrases incompréhensible comme :

"يَكُونُ مَلَأَ أَنَا...."

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

✓ Cas clinique N°8 :

Mr R.K âgé de 29 ans, marié et père de deux enfants, fellah de profession, qui consulte aux urgences psychiatriques pour anxiété et peur dans les lieux publics, qui souffre depuis plus de 11ans des céphalées chronique sans amélioration sous traitement symptomatique avec un bilan biologique, Electroencéphalogramme et TDM cérébrale normal.

L'histoire de la maladie remonte à deux ans, le patient rapporte qu'il se sent triste, avec la survenue des épisodes de tachycardie, oppression thoracique, sueurs avec une extrême peur de mourir, ce qui motivé le patient à consulter chez un médecin cardiologue dont le bilan était normal.

Depuis quatre mois le patient n'est pas sorti de sa maison parce qu'il a peur de la survenue de la crise dans des lieux publics.

Ce qui a motivé sa consultation aux urgences psychiatrique pour PEC.

L'examen psychiatrique trouve un patient triste, il dit :

"خاطري مبرر ما فرحناش..."

« Je me sens pas bien, je ne suis pas heureux »

"كأنني واحل للدة حتى كنفول هادي هيا لموت... قلبي كيصربا بلزرية حتى كينغي يسكت و صدري كينزر و كنبقى نعراق نعراق... كترجع فلانك, هلا للدة كتندي بزف فين نيكو لولا نسل بزف بحالهد و ق..."

« Parfois je pense que je vais mourir... mon cœur bat très fort, je pensais qu'il va s'arrêter. J'arrive plus à respirer et la sueur me couvre. Je me sens comme ça lorsque je me trouve devant les gens, au marché par exemple... »

"كَأَنِّي أَخَافُ هَذَا لِلْحَالَةِ تُجْرِي وَ أَنَا فَلا زَنْقَةَ حَدَا لَ نَسَل... مَا يَبْقَانِ نَقْدَرُ نَخْرُجُ "

« J'ai peur que cet état m'arrive en dehors de la maison. Je ne peux plus sortir. »

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quel est votre diagnostic ?
3. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

✓ Cas clinique N°9 :

Mme R.D, âgée de 29ans, mariée et mère d'un enfant de quatre ans, femme au foyer, elle consulte aux urgences psychiatriques pour des troubles du comportement, Mme R.D n'a aucun antécédents psychiatriques ni antécédents médicaux.

L'histoire de la maladie remonte à trois jours, la patiente a quitté sa maison fuyant chez son père avec les pieds nu disant qu'elle ne veut plus revenir à son mari ou vivre dans sa maison, que tout le monde est méchant avec elle et lui souhaite du mal avec trouble du sommeil.

Le lendemain, elle a fugué encore une fois, ils l'ont trouvé à côté de la rivière.

Ce qui a motivé sa famille à consulter aux urgences psychiatrique pour prise en charge.

L'examen psychiatrique trouve une patiente bien orientée dans le temps et l'espace, accompagnée par son père et son mari qui l'aide à marcher, très fatiguée, pâle, elle porte des vêtements sales, elle parle d'un ton très bas et dit :

" مَا حَامِلَاشْ نَرْجِعْ لِرَّ لَجْلُ... وَ لَكِنْ كُنْفَكْرُ نَرْجِعُ... كُنْشِي مَلَا يَعْبِيدُ شِنْ... حَتَّى تَارَ بَا هَ بِيِينُ.... كُنْفَكْرُ نَشْرِي
يَدَنَة نَشْرِبَهَا... كُنْشُوفَلْ لَدُنْبَا كَحَلَا..."

« Je ne veux pas retourner à mon mari ni ma maison...mais je pense de retourner...rien me plaise là-bas, je n'aime pas rester dans la maison de mon père, ce sont des mauvaises personnes...je veux prendre un médicament pour se suicider...je n'aime pas cette vie, je la vois toute noir... »

"وَكُنْشِي مَنِّي أَنَا, عَيْبِتْ... كُنْهُمُ لِيَا فُلْدَارَ مَا مَزِيْدِيْدُ نَشِنْ... تَيْبِيرُو لِيَا لِسْحُورُ... بِدْ عَيْبِنْ يَفْتُوْ نِي"

« Je fais toutes les activités de la maison, personne ne m'aide, ils sont méchants...ils veulent me tuer et me met de l'encercllement. »

"كُنْتُ كُنْسَمْعَ لَهْدْرَةَ... شَيْءٍ حَدْ تَتَّيْعَطُّ لِي ... نَابَا لَا"

« J'avais l'habitude d'entendre des sons, des bruits, quelqu'un qui m'appelle mais maintenant non».

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour cette patiente ?

▼ Cas clinique N°10 :

Mr S.A, âgé de 33ans, mariée, père de deux enfant, professeur de l'enseignement primaire, il est tabagique chronique à raison d'un paquet et demi par jour, consommateur du cannabis à grandes quantités (100dh/jr) et du Maajoun, notion d'éthylisme et ecstasy (deux comprimés par jour) avec antécédents de deux tentatives de suicide, Mr S.A consulte aux urgences psychiatriques pour demande de sevrage.

L'histoire de la maladie remonte à deux mois, le patient ne supporte plus son mode de vie d'être addictif aux drogues, il a augmenté ses conduites addictives avec des automutilations et pense à se suicider.

Ce qui a motivé le patient à consulter aux urgences psychiatriques pour demander de l'aide pour sevrage.

L'examen psychiatrique trouve un patient triste, avec des larmes aux yeux, présence des cicatrices d'automutilation au niveau de son bras et avant-bras, il dit :

"أَنَا هَذَا لِلدَّالَّةِ مَاخَا مَلْهَثُنْ, أَنَا مَا شِي هَلَا, مَا عَجَبِي رَاسِي, مَا رَ لِحْدِي شْ عَلَيْهِ..."

« Je n'aime pas cet état dont je suis, je ne suis pas comme ça, je ne suis pas fière de moi... »

"كَ نَفَكَّرُ فَا لِأْتِيحَارُ..."

« Je pense au suicide... »

"بُغِيْتُ نَلْعَلْجُ مَنْ هَذَا الْإِيمَانُ, مَا بِيغِيْتُنْ نَبْقَى هَلَا"

« Je ne veux pas rester comme ça, je demande une thérapie »

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

▼ Cas clinique N°11 :

Mr A.F, âgé de 83ans, ancien fellah de profession, père de sept Enfants, suivi pour une cardiopathie sous traitement, ramené par ses filles pour troubles du comportement.

L'histoire de la maladie remonte à un mois, où le patient a installé des troubles du comportement, il est devenu logorrhéique, soliloque avec des troubles mnésique et trouble de sommeil, ses filles disaient qu'il se rappelle des gens et des faits très anciens, ne laisse personne dormir à la maison car il ne dort plus la nuit et parle à haut voix « parfois il ne se rappelle pas de nous ses filles et parfois il nous connaît, il parle seul comme si quelqu'un est à côté de lui ».

Ses filles rapportent aussi que ses derniers mois après le décès de sa femme, le patient ne sortait presque plus de la maison, il restait seul dans sa chambre, ne parlait plus comme avant avec ses petits-fils.

Son médecin traitant a demandé une TDM cérébral revenant en faveur d'une atrophie cérébrale.

L'examen psychiatrique trouve un patient calme, désorienté dans le temps et l'espace, ne reconnut pas ses filles, économique dans ses mouvements, il dit :

"عبد سلاّم يلحاني قتلوه. باقولها فل قذارة... لهلههاها، هاه أنا هو عبد سلاّم لأب لي... لهلهها أنا مازل
ما متش و هو ما ليقولها فل تلفزة..."

« Abd Slam El Hayani est décédé, ils l'ont tué, c'était annoncé sur la télévision...Hahahah, mais c'est moi Abd Slam El Hayani...Hahaha, je suis toujours vivant et eux disent que je suis mort... »

"هاديك الأرض لي لي و هو ما قليك ليلهم، بغاؤ ياخو هيا، أنا خلاها ليا با، و الله ما ياخو ها.."

«C'est ma terre à moi, c'est mon héritage, ils vont jamais la voir... »

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

✓ Cas clinique N°12 :

Mme S.R, âgée de 34ans, mariée et mère de trois enfants, femme au foyer, diabétique depuis deux ans sous insulinothérapie avec un diabète mal équilibré, adressée par son médecin endocrinologue pour une irritabilité.

L'histoire de la maladie remonte à quatre mois suite à des problèmes avec le conjoint, elle est devenue très nerveuse, même si le problème est petit elle s'énerve et commence à faire des crises, elle enlève ses vêtements, frappe ses petits avec une agressivité (un garçon de cinq ans et une fille de trois ans) ;

L'examen psychiatrique trouve une femme avec une humeur triste avec des larmes aux yeux, elle dit en pleurant :

"كُنْتُ عَصَبًا، كُنْتُ يَحِيحُ وَ نَقَطَعُ حَوْلَ يَجِي، كُنْتُ ضَرْبُ أَوْلَادِي ضَرْبُ حَيْبٍ، بَلِّشْ مَا كَانَ، مَا كَانَتْ فَكْرَشْ، كَدَيْقًا وَ فَا"

« Quand je m'énerve, je tombe et déchire mes vêtements, je frappe mes enfants très fort avec n'importe quoi, je ne réfléchis pas, je ressens de la pitié pour eux »

"مَا تَنْبَغِي نَهْدَرْ مَعَ رَاجِلِي، خَاطِرِي ضَيَاقُ بَرَّافُ وَ نَفْسِي مَشْدُودَةٌ"

« Je ne voulais pas parler avec mon mari, j'ai toujours une tristesse »

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour cette patiente ?

✓ Cas clinique N° 13 :

Mr T.O, âgé de 35ans, marié et père de cinq enfants, admis aux urgences psychiatriques pour des menaces d'homicide à l'égard de ses enfants, le patient est suivi dans notre formation depuis plus de dix ans pour troubles psychiatriques chroniques avec une seule hospitalisation et une autre hospitalisation à Tanger ; connu tabagique chronique et consommateur du cannabis et du Kif de quantités imprécises, il a subi une seule incarcération dont la cause est inconnu.

Mr T.O a vécu une enfance normale, scolarisé jusqu'à la huitième année il a quitté l'école par désintérêt puis a travaillé comme commerçant de blé pendant dix ans jusqu'à la survenue du trouble où il a arrêté de travailler.

L'histoire de la maladie selon le père remonte à dix ans par l'installation d'un retrait social, puis un trouble de comportement : une dénudation dans la rue avec des crises clastique et obscénité obligeant la famille à le ligoter et l'enfermer à plusieurs reprises, puis à l'hospitaliser chez nous en 2007.

L'épisode actuel remonte à plus d'un mois où le patient a commencé à donner des chèques sans provisions, s'est interposé au chemin des voitures ; la veille de son admission, le patient a mis toute sa famille dehors, les menaçant à arme blanche avec des obscénités et crises clastique. Il a traité sa femme d'adultère. Cette dernière s'est fugué avec ses enfants et le père a ramené le patient aux urgences pour prise en charge.

L'examen du patient, accompagné par son père, bien orienté dans le temps et dans l'espace, porte des vêtements sales et déchirés, des cheveux mal coiffés, angoissé, humeur neutre ;

*Le père dit :

"رَاه حَمَاقُ أَسِي طَبِيبٍ، هَلْ لَمْ يَنْ وَ بَعَا يَفْتَلِنَا أَنَا وَ أَوْلَادُو وَ مَرْتُو ، ضَرَبْنِي أَنَا لِي بَدَه، مَا خَلَى مَا هَرَسَّ
مَدَّاعَنْ دِيَال لَدَارَه لَطُو مَوْدِيَاتًا فَلَزَنَقَه... وَكُنْ لَشِي لِي لَقَّهَا رَهَّ سَهَا، وَ بَقَى غَيْرُ نِيخَ رَافُ لَهْدَرَه..."

« Mon fils est devenu fou, il nous a menacé par une arme blanche essayant de nous tuer tous, il a tout cassé dans la maison aussi les voitures dans les rue, il insulte tout le monde profère des mots obscènes... ».

*le patient dit : (avec froideur)

"أَنَا مَا دَرْتُ أَوْ لُو، غَيْرُ نِيكَدُبُو عَلَيَا... أَنَا مَا شِي مَرِ طِينُ، مَعَّ رَنِي دَخَلْتُ لُحْبِي طَارُ."

« Moi ! J'ai rien fait, je ne suis pas malade...ce n'ai que des mensonges, j'ai jamais été hospitalisé ».

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quel est votre diagnostic ?
3. Quelle prise en charge proposiez-vous pour cette patiente ?

▼ Cas clinique N°14 :

Mr H.B, âgé de 29ans, célibataire, sans profession, admis sur réquisition de police pour trouble du comportement et hétéroagressivité .

Le patient rapporte qui n'est pas suivi en psychiatrie et n'a pas d'antécédents particuliers, mais le Caïd rapporte que le patient a trois sœurs et un frère qui sont tous suivis pour un trouble psychiatrique chronique (probablement une schizophrénie), dont une sœur qui s'est suicidée en se brulant.

L'histoire de la maladie « selon le Caïd » remonte à trois ans, par l'installation d'un trouble de comportement, d'une soliloquie, des fugues, des propos incohérents avec des attitudes hallucinatoires, la symptomatologie s'est aggravée il y a un mois où le patient est devenu irritable, agressif, profère des mots obscènes, il s'est dénudé en plein public.

Le jour de son admission, il a agressé des gens dans la rue, et il a frappé un homme par une pierre occasionnant chez lui une plaie au niveau du cuir chevelu (sept points de sutures) d'où son acheminement à l'hôpital sur réquisition de police pour prise en charge.

L'examen psychiatrique trouve un patient avec une humeur coléreuse, agité, angoissé, accompagnée par le caïd et deux policiers, porte une tenue déchirée, il ne répond pas aux questions correctement et nie tous les propos rapporté par le caïd, il dit :

"أَنَا مَا دَرْتُ أَوْ لُو , غَيْرُ تَيَكْذُبُو يَعْلا , أَنَا مَا مَرِ بِشَيْءٍ.... مَا ضَرَبْتُ حَتَّى وَاحِدًا"

« Je n'ai rien fait, ils mentent, je ne suis pas malade... et je n'ai frappé personne »

"لَا مَا كَانَتْ شُؤْفُ خَيْلَاتٍ مَا كَانَتْ نَسْمَعُ أَصْوَاتٍ ... أَنَا مَرْيَانُ "

« Non, je ne vois pas des personnes imaginaire et je n'entends pas des bruits bizarre...Je me sens très bien ».

Il s'est agité aux propos du Caïd faisant une crise d'agitation au bureau de consultation, disant :

"أَنْتَ لَشَيْطَانٌ"

« Tu es le diable »

D'où l'arrêt de l'entretien et son hospitalisation.

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

✓ Cas clinique N°15 :

Mme Y.O, âgée de 36ans, enseignante, mariée, mère d'un enfant âgé de dix ans maintenant, elle n'a aucun antécédent personnel médicale ni psychiatrique, elle consulte aux urgences psychiatrique pour une anxiété et une peur de rester seule.

L'histoire de la maladie remonte à six mois où la patiente a été victime d'une agression par arme blanche. Juste après l'accident, la patiente faisait des cauchemars récidivants, elle ne pouvait plus sortir seule, elle avait toujours l'impression que quelqu'un la suivait ou de rester seule à la maison, elle pensait qu'elle pouvait être agressé à n'importe quel moment au sein de sa maison ;

Depuis 03mois, la patiente était affectée dans une ville qui se trouve au nord du pays et donc elle faisait la navette trois heures d'aller et trois heures de retour chaque jour pour ne pas rester seule.

L'examen psychiatrique trouve une femme angoissée, avec des larmes aux yeux, une mimique triste, consciente, accompagnée par son mari, elle dit :

"مَنْ بَعْدَ الدَّاسِ رُقَّةً وَ أَنَا كَأَنِّي بُوْحْدِي، مَا يَمْكُنْشُ نَعْسُ بُوْحْدِي فَا لِدَارِ، كَأَنِّي مَعَ مَا مَا إِلَى كَأَنِّي رَجُلِي مُسَافِرٌ
... رَأَهُ مَلَأَ نَفْسَهُ، مُسْتَجِلِي .. لَمْ تَمْشِي لِلْخِدْمَةِ 3 أَيَّامًا إِيَّاهُ إِيَّاهُ إِيَّاهُ إِيَّاهُ إِيَّاهُ إِيَّاهُ إِيَّاهُ إِيَّاهُ إِيَّاهُ إِيَّاهُ إِيَّاهُ
هَذَا لَفْسِي غَيْرَ بَلِّغْ لَمْ نَجْلِسْ بُوْحْدِي، كُلُّ نَهَارٍ مَا يَمْكُنْشُ نَعْيٌ هَكَذَا عَيْبٌ... وَ حَتَّى عَائِلَتِي عَيَاؤُ مَعِيَا..."

«Après l'accident, j'ai peur de rester seule même dans la maison, je ne peux pas...je dors avec ma mère quand mon mari est en voyage...pour partir au travail je fais 3 heures d'aller et 3 heures de retour chaque jour tous cela pour dormir chez moi et de ne pas rester seule, c'est bon je suis très très fatigué je ne supporte plus de vivre comme ça ...et ma famille souffre avec moi... »

"يَمَا تَنَحَّلُ لِكَوَابِسِي، كَأَنِّي رَأَيْتُ رَأَيْتُ رَأَيْتُ رَأَيْتُ رَأَيْتُ رَأَيْتُ رَأَيْتُ رَأَيْتُ رَأَيْتُ رَأَيْتُ رَأَيْتُ
« Je fais toujours des cauchemars sur l'agression sans être secouru, je me réveille en pleurant »

"مُنِينٌ تَنْكُورٌ مَا شَبَّاهُ لَزْنَقَةٌ وَ كُنْ سَمْعٌ شَيْ صَدَاغٌ، نَيْجِي بِلِي لِيْرَسَدَ رَقَّةً، يِيْمَا حَادَّةً بَلِي شَيْ حُدَّ تَابَعْنِي"

« J'ai toujours l'impression que quelqu'un me suit dans la rue, et quand j'entends un bruit aigue je pense directement au vol »

"بَعْضَل لَخَطْرَاتٍ وَ أَنَا لَجَلْسَةَ كُنْعَاوُدُ لِي لِحَادَّةً بَيْنُ يُونِي وَ كُنْتَحْنَقُ وَ كَنْبِكِي بُوْحْدِي"

« Parfois, à la maison assise j'ai un flash-back de l'accident, et j'ai une sensation d'étouffement puis je commence à pleurer ».

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour cette patiente ?

▼ Cas clinique N°16 :

Mr A.M, âgé de 28ans, célibataire, sans profession, suivi depuis 2014 pour un trouble psychiatrique avec mauvaise observance thérapeutique et suivi en ambulatoire ; sans notion de tentative de suicide ou d'épisode dépressif sévère, le patient est un grand consommateur du cannabis depuis 2007 ; adressé pour agitation et trouble de comportement.

L'histoire de la maladie remonte en 2014 au cours de son voyage familiale, le patient est devenu anxieux, se dit avoir peur avec des propos incohérent d'installation brutal nécessitant sa consultation chez un médecin psychiatre avec mauvaise observance thérapeutique et suivie durant deux années en ambulatoire avec amélioration mais notion d'arrêt de traitement et dépendance au cannabis.

Actuellement et durant deux mois le patient a été hospitalisé pendant sept jours puis sorti avec traitement après amélioration selon le père, il a été admis pour trouble de comportement et trouble à l'ordre public à côté de la frontière entre Ouajda-Algérie.

L'examen psychiatrique trouve un patient excité, joviale, une hypermimie, il parle avec un rythme accéléré et avec un langage familier, il dit avec une conviction totale :

"كَنَفَهُمْ عَلْمٌ لَفَلْكَ, عَلْمٌ لِسِّيَاسَةِ " "رَا نِي لِإِغْيِ نَسِيرُ لِسِيرِكُ وَ نَحَدُّوكُمْ مِ كَامَلِينَ..."

« Je suis un savant en astronomie et les science politique »

« Je veux organiser un cirque et vous seriez des employées »

"نَحَلَّصُوكُمْ مِ مَرِيَانِ ...مَلْيُونًا فِلَاشْهَرِ, نُوْمَا وَ سَعِيرَتِي... وَ نَعْطِيكُمْ Jaguar

« Je vais vous payer très bien avec un salaire d'un million par mois, vous et les agents de sécurité, encore plus je vais vous donner une voiture (Jaguar) »

Il se lave cinq fois par jour avec de l'eau froide :

"إِذْ غِي نَبِيرُ بَحَالٍ لَنْبِي سَلِيمَانُ" ا "لَمَاءُ لِبَارِدٍ مَزِيلٌ لِدَاءٍ شَدِيدٍ، كَيْفَيْي مِنَ الْأَمْرِ ط"

« Je veux être comme le prophète Salomon » « l'eau froide est très bien pour la santé et il guéri des maladies ».

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

✓ Cas clinique N°17 :

Mlle K.L, âgée de 16ans, célibataire, étudiante en première année lycée, ramenée par son père aux urgences psychiatriques pour Mutisme.

L'histoire de la maladie remonte à 15jours où la patiente a été agressée par deux hommes qui portés des armes blanches et ils l'ont frappé par des bâtons. Depuis le jour de l'accident la patiente est mutique elle ne parle à personne même ses parents, elle fait des cauchemars la nuit, elle cris et pleure, son père disait :

"كْتَفِيْقْ بِلْ لِيْ كْتُوْعَاتْ وَ تَبْكِي...مُنِيْنُ تَنْكُو نُوْ فْلَرْ نَفَقَهْ وَ كَنْسَمْعَا لْصِدَاعْ أَوْ شِي دَبْلَزْ , كَادِيْرُ يَدِّيْهَا فُوْدْزِيْهَا وَ كَتْخَلْفُ وَ كَاتُوْ د...مَنْ نَهَارَ وَقَعْ لِيْهَا دَلْكَشِي مَا قَالَتْ حَتَّى كَلْمَهْ, مَا بَقَاتْ تَبْغِي بِيْرَ أَوْ لُو".

« Elle se réveille la nuit pleurant et criant...une fois dans la rue et qu'elle entend des bruits aigue ou bien une bataille elle met ses doigts dans ses oreilles et tremble...après le jour de l'agression elle n'a prononcé aucun mots et elle a perdu l'envie de faire une activité ».

Elle a consultée aux urgences il y a dix jours mise sous traitement mais sans aucune amélioration.

L'examen psychiatrique trouve une jeune fille avec une mimique dépressive, un regard figé, une humeur triste, consciente, bien habillée elle ne prononce aucun mots, elle répond aux questions en haussant la tête.

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour cette patiente ?

✓ Cas clinique N°18 :

Mme S.B, âgée de 19ans, sans emploi, divorcée après quelques mois du mariage, un divorce qu'elle a vécu mal et n'arrive pas à l'accepter il y a 15mois, elle a subi un avortement au début du mois d'Avril 2017 ;

La patiente a été victime d'un accident de la voie public en 2003 dont elle a perdu sa mère et son petit frère. Comme antécédents psychiatriques, Mme S.B est hospitalisée il y a un an sur réquisition de police durant sept jours, pas de notion d'épisode dépressif.

L'histoire de la maladie selon sa belle-mère remonte à un mois avec changement du comportement, ce dernier mois la patiente a fugué d'une ville à une autre, ses oncles paternels l'ont suivi et l'ont ramené chez un médecin psychiatre, puis une autre consultation chez un médecin à Fès, la patiente en fait ne cesse d'aborder les hommes et les demande au mariage, elle chante de temps à autre.

L'examen psychiatrique trouve une jeune femme, consciente, excitée, souriante, bien habillée, avec un contact très familier, elle chante de temps à autre et ne cesse pas de répéter une seule phrase, elle dit :

"أَنَا خَطْنِي نَنْزَرُ جُ , بُغَيْتُ نَنْزَرُ جُ , كَيْفَ مَا كَانَ خَطْنِي نَنْزَرُ جُ"

« Je dois me marier, je le veux plus que tout, je dois trouver un mari à tout prix »

Parfois elle se frappe le visage et de temps à autre désinhibé.

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour cette patiente ?

✓ Cas clinique N°19 :

Mr B.M, âgé de 25ans, célibataire, propriétaire d'un restaurant à Tanger, ramené par son grand frère aux urgences psychiatrique pour trouble du comportement d'installation aigue, selon son frère le patient est tabagique chronique depuis l'âge de 15ans à raison d'un paquet par jour, consommateur du cannabis, d'ecstasy (deux à quatre cp/jr) et de cocaïne de quantités imprécises.

Il a débuté ses conduites addictives lors de l'adolescence, et a quitté le lycée suite à ces conduites.

L'histoire de la maladie selon son grand frère remonte à deux jours, avec l'installation aigue des troubles du comportement suite à une prise de grande quantité de cocaïne, il disait :

"طَنْجَةَ كَامَلَةَ بِدِغِيَّةِ تَأْذِي نِي .. وَكُلُّ لَشَيْ بِدِغِي يَأْذِي نِي... أَنَا حَسَلْ بِبَهُمْ..."

« Toute la ville de Tanger me veut du mal, je le sens tout le monde me veut du mal ».

"حَيْثُ أَنَا أَحْسَنُ مِنْهُمْ... لَا بَسَلْ يَعْطَلَا وَ زُوَيْنُ بِدِغِيْنُ يَأْذِيُونِي وَ يَقْتُلُونِي."

« C'est parce que je suis plus beau et plus riche ils veulent me tuer »

Avec une insomnie et une hétéroagressivité envers ses colocataires ; Notion des fugues, et d'une bizarrerie comportementale.

L'examen psychiatrique trouve un patient conscient, fatigué, il dort lors de l'entretien, réticent, ne veut pas répondre aux questions, mais il affirme ses conduites addictives en haussant la tête.

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

▼ Cas clinique N°20 :

Mr. A.M, âgé de 40ans, célibataire, admis aux urgences psychiatriques sous réquisition de police pour des crises clastiques et hétéroagressivité, suivi dans notre formation pour trouble psychiatrique chronique avec 14 hospitalisations dont la dernière était en 2013, connu tabagique chronique depuis l'âge de 18ans, consommateur du cannabis de quantités imprécises, du kif, du colle sniffé et ecstasy (quantités imprécises) ; comme antécédents juridiques le patient était incarcéré trois fois.

L'histoire de la maladie remonte à l'âge de 20ans où le patient a installé des troubles du comportement et depuis le patient était suivi chez nous avec mauvaise observance thérapeutique avec 14hospitalisation dont la dernière était en 2013. L'épisode actuel est marqué par l'installation des troubles de comportement avec des crises clastiques (casse les voitures de la police) avec des actes de vandalisme, il a agressé les gens d'où son arrestation.

L'examen psychiatrique trouve un patient, désorienté dans le temps et l'espace, agité, humeur neutre, affect abrasé, mal habillé avec des cheveux non coiffés, il répète les questions posé par le médecin, il dit :

"هَادُوَكْ لَشَيَّاطِينُ، بَعْيِينُ يُقْتُلُونِي , هَادَاكَ هُوَ رِبُّسِي لِعِصَابَةِ "

« Ils sont tous des diables qui veulent me tuer et celui-là est leur patron »

"لَا مَاَعْنَدِي شَيْ خِيَلَاتُ , أَنَا كُنْتُ شَوْفُهُمْ مَ هُوَمَا بَعْيِينُ يَأْتُونِي "

« Non, j'hallucine pas, je les vois en réalité et ils veulent me faire du mal »

"أَنَا لِحَدِّ مَ مَلَعُ لِمُخَابَرَاتٍ..."

« Je travaille avec la DST ».

Au cours de l'entretien le patient fait des mouvements bizarres et parfois il parle seul.

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

▼ Cas clinique N°21 :

Mlle I.S, âgée de 20ans, célibataire, sans profession, suivie à l'hôpital psychiatrique depuis un mois et demi, la patiente a son père et sa tante psychotiques.

La patiente présentait des troubles de l'élocution « كَرَوَاطَةٌ », ce qui suscitait la moquerie des gens et par conséquent la patiente évitait tout contact avec les étrangers et avait un cercle amical réduit, mais avec sa mère et ses frères elle était tout à fait normale.

L'histoire de la maladie remonte à deux mois par l'installation d'une bizarrerie comportementale (des cris, envie de sortir inexplicable, une angoisse et une peur de rester à la maison), la patiente a consulté chez un médecin généraliste qui l'a mis sous un antidépresseur associé à un antipsychotique ; juste après elle a installé des mouvements répétitifs, stéréotypés :

«La patiente met sa main sur son menton puis l'enlève de manière stéréotypée »

« Emet un son également de manière répétitive »

Elle ne parle plus à sa famille et passe sa journée à vouloir sortir et à faire des va et viens dans la maison. La patiente a consulté au service de psychiatrie, mise sous : 400mg d'amisulpiride et 50mg de chlorpromazine ; un mois et demi après elle a installé un syndrome confusionnel avec une rigidité musculaire avec une incontinence urinaire et fécale et une impossibilité de se tenir debout dans un contexte fébrile adressée comme même aux urgences médicales CHU où elle a été hospitalisée 06jours au déchoquage puis fut transféré à l'hôpital psychiatrique pour prise en charge.

L'examen de la patiente trouve une jeune fille, consciente, attachée à sa maman, habillée correctement, ayant une humeur neutre, paraît angoissée, ne veut pas se tenir en place, faisant des mouvements bizarres et répétés avec sa main, elle ne semblait pas hallucinée. La patiente ne répondait à aucune question.

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour cette patiente ?

▼ Cas clinique N°22 :

Mme R.D, âgée de 26ans, mariée depuis six mois, femme au foyer, adressée par une lettre du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) pour ingestion de toxique dans le cadre de tentative de suicide.

La patiente est accompagnée par sa mère, elle même suivie pour une dépression chronique sous traitement.

L'histoire de la maladie remonte à deux semaine quand la patiente a essayée de se suicider avec la prise de toute une boîte des antidépresseurs de sa mère suite à des problèmes avec le conjoint (qui ont débuté il y a un mois ; avec une séparation depuis trois semaines).

L'examen psychiatrique trouve une femme consciente, avec un visage triste et des larmes aux yeux, elle commence à parler puis elle fond en larmes, elle dit :

"كَأَيْجُونِي تَجْأَلَانَا، لَخِيْلَاتٌ كَأَيْنِينُ غَيْرُ فُرَاسِي، مَدْتَنَبِغِيثُ لِي يَهْدِرُ مَعِيَا ..."

« J'ai des idées, des imaginations, c'est toujours dans ma tête et je ne veux parler à personne »

"كَأَيْدِي نَقْتَلُو أَوْ نَقْتَلُ رَاسِي"

« Je dois me tuer ou le tuer »

"أَنَا عَارِفُهُ تَيُخُ نِي"

« Je sais très bien qu'il me trompe »

"عَنْدِي لَصْدُ دَاعُ فُرَاسِي ... مَا كَأَنْعَسُ مَا كَأَنْشُوفُو، أَوْ لُو"

« J'ai des céphalée intense...et je ne dors plus »

"كَأَيْفَكْرُ فُلَانِيحَارُ عَاوْدُ لَدِي"

« Je pense toujours au suicide ».

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour cette patiente ?

▼ Cas clinique N°23 :

Mr B.B, âgé de 28ans, célibataire, technicien de profession, sans aucun antécédent médical pathologique ou psychiatrique. Il consulte aux urgences psychiatriques pour une anxiété et peur des endroits fermés.

L'histoire de la maladie remonte à son enfance, le patient a peur des endroits clos et de la hauteur, sa symptomatologie s'est aggravée depuis le début de son travail, avec la survenue d'une tachycardie oppression thoracique avec une dyspnée aiguë et sueur, vu que son métier l'oblige d'être parfois dans des endroits hauts il a consulté aux urgences psychiatriques pour prise en charge.

L'examen psychiatrique trouve un patient conscient, angoissé, bien habillé, hygiène respectée, il dit :

" كُنْحَسْ بُرَاسِي غَادِي نُمُوتُ ... كُنْجِي لِحَنْفَةِ وَ قَلْبِي كَيْبِغِي يَسْكُتُ وَ كُنُولِّي عَدِيمٌ بِلَا عَرْفَا فُلْبَلَايْصُنْ لِي صَيَقِيْنُ بَدَلُ

ا لِمِصْعَدَاو لِعُلُو ..."

« Je sens que je vais mourir, je deviens dyspnéique et mon cœur bat très vite puis je commence à transpirer...cet état m'arrive quand je suis dans l'ascenseur ou la hauteur... »

"أَنَا مَلَكُنْتُسُ هَكَأ كَاعَ ... نَابَا كُنْرَتُ هَاذِ لِدَالَةِ وَ كُنَاتْرِيَعِلَا فُلْحَدْمَةُ ..."

« Je n'étais pas comme ça, cette situation est aggravé il y a pas longtemps et cela influence mon travail ».

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

✓ Cas clinique N°24 :

Mr J.E, âgé de 32ans, marié et père d'un enfant de sept ans maintenant, sans profession, suivi dans notre formation depuis 2000 pour trouble psychiatrique chronique, il a été hospitalisé 06fois (la dernière il y a 06ans), mis sous traitement non documenté avec une mauvaise observance thérapeutique et sans retour à l'état prémorbide ; connu tabagique chronique à raison d'un paquet /jr et consommateur du kif depuis deux ans.

Depuis sa sortie le patient était en arrêt de traitement.

L'épisode actuel remonte au jour de son admission où le patient est devenu agressif, il a cassé les vitres des voitures et a agressé les passagers ; d'où son acheminement aux urgences psychiatriques pour prise en charge.

L'examen psychiatrique trouve un patient agité qui ne veut pas se tenir en place, il crie, angoissé, humeur neutre avec un affect émoussé, néglige sa tenue avec une hygiène non respecté, il a plusieurs cicatrices au niveau de son visage, il parle seul, il dit : (des expressions incompréhensibles)

"تَتَوَلَّجُ لِنَفْسِي لِإِيَّاي فُوسَلَطًا دَسَلْ... " "نُعَايِرُ سَيِّدَانَا لَوَعَاءَ م"

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quel est votre diagnostic ?
3. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

✓ Cas clinique N°25 :

Mr M.J, âgé de 25ans, actuellement sans profession (auparavant il était cordonnier), célibataire, cadet d'une fratrie de trois ; suivi à l'hôpital psychiatrique avec une seule hospitalisation de 15jrs selon la maman ; il est tabagique chronique depuis dix ans aussi un consommateur du cannabis avec des quantités imprécises ; il est admis aux urgences pour agitation.

Le début de la symptomatologie est difficile à tracer vu que la mère ne se rappelle pas exactement, elle dit qu'il présenté il y a environ six ans un trouble de comportement brutal suite à l'usage du cannabis, une insomnie et des idées de persécution, ce qui a nécessité une hospitalisation de 15 jours avec une bonne amélioration, un suivi médical régulier et une bonne observance thérapeutique avec retour à l'état prémorbide.

L'épisode actuel remonte à une semaine après une consommation de cannabis (alors qu'il était sevré depuis trois ans) par l'installation d'une insomnie, une bizarrerie comportementale, il dit qu'il va se marier avec sa sœur :

"أَنَا غَادِي نَنْزَرَّ جُ بَاخْتِي"

Avec une auto-agressivité occasionnant chez lui une plaie au niveau du cuir chevelu nécessitant 05 points de sutures, la veille de son admission le patient a agressé sa mère par une marmite avec une dispute ; une soliloque et des rires immotivés ; ce qui a motivé sa consultation aux urgences psychiatriques pour prise en charge.

L'examen psychiatrique trouve un patient très agité, humeur coléreuse, affect émoussé, bien orienté dans le temps et l'espace, il porte une tenue propre et cheveux coiffés, il dit avec une conviction inébranlable :

"عَمَامِي خَرَجُوِيَعْلَا , حَاسِدِي نِي , حَتَّى لَو لِدَّةٌ مُتَّفَقَةٌ مَعَهُمْ "

"سَحَرُوا لِيَا حَيْثُ أَنَا زُوْبِيْن , مِي عَطَرْتُهُمْ حُوَ يَجِي وَ سَحَرُوا لِي بِيَهُمْ , كَنَخَلَمُ لِعَفَارِيْت , تَنَفَدْرُ نَدْبَحُ بِنَادَمُ وَ

"نَسَلُخُو "

" لَمَلِكِ لِحَدِّمْ مَعَايَا , أَنَا هُوَ اللهُ , كُنَيْطَلِحْ لِحُنُنَا , أَنَا حُنُنْ فُلْهُنْ , وَكُلُّ شَيْءٍ لِحَيْلِي "

" لِحُنُونِ كَانَسُوْفُهُمْ , لِحَيْرِيْنِ بَحَلْ بِنَادَمْ , لِحَاجَةِ لِي فُلْنَهَا لِبِهِمْ كَيْجِيُوْدُ هَا لِي "

« Je suis arrivé à cet état à cause de mes oncles. Ils sont jaloux. Même ma mère était avec eux dans ce complot »

« Ils ont exercé de la magie sur moi car je suis beau. Ma mère leur a donné mes vêtements pour les utiliser dans leur magie. J’asservi les démons. Je peux même égorger et écorcher les hommes. »

« Le Roi travaille à mes ordres, je suis Dieu, je fais tomber la pluie, je suis un milliardaire, J’ai tout »

« Je vois les démons, Ils sont comme les humains, ils m’apportent tout ce que je veux »

1. Faites l’analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

✓ Cas clinique N°26 :

Mr A.S, âgé de 37ans, marié et père d'une fille, un ex-militaire, suivi depuis 2004, avec deux hospitalisations avec retour à l'état prémorbide ; probablement suivi pour le diabète et l'hypertension artérielle. Admis aux urgences psychiatriques sur réquisition de police pour des actes de vandalisme.

L'histoire de la maladie remonte à 2004 par l'installation d'un trouble de comportement, occasionnant son hospitalisation à l'hôpital militaire de Meknès et mis sous traitement.

En 2005 le patient était hospitalisé pour un état d'excitation psychomotrice type, puis en 2008 dans le cadre d'une poursuite judiciaire.

L'épisode actuel et selon les gens qu'ils l'ont accompagné (pas la famille) le patient était stable sous traitement et ne présente aucun trouble jusqu'à quelque jours le patient est devenu instable, désinhibé, logorrhéique, insomniaque, il harcèle les femmes en plein voie publique, il visite des offices d'état sans motif et cause des problèmes, il insulte les gens d'où son arrestation par la police.

L'examen psychiatrique trouve un patient agité, bavard, humeur coléreuse, contact hyperfamilier, il parle à haute voix et insulte ses accompagnants et les agents de sécurité, il dit :

"أَنَا وَاللَّهِ نَرُضَىٰ نُجِي عِنْدَكَ, أَنْتَ غَيْرُ مَقْدَمٍ , أَنَا مَنُ الْوَجْدِ الْمَلِكِي ... أَنَا لَكُنْتُ مَتَو"

"وَاللَّهِ حَتَّىٰ نُفَلِّقَ رَأْسُو."

« Je n'accepte pas venir chez toi, tu n'es qu'un simple MKADDAM, je suis un membre de la force royale, je suis meilleur que lui. »

« Je te jure que je vais fendre sa tête ».

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

▼ Cas clinique N°27 :

Mr H.K âgé, de 29ans, célibataire, sans profession. Admis pour hétéro-agressivité à l'égard de ses parents et menace des passagers avec une hache. Le patient a déjà fait un épisode psychotique aigue induit il y a six mois, résolu spontanément, il est tabagique chronique et consommateur du cannabis à raison de 50dhs/jour.

L'histoire de la maladie remonte à six mois ou le patient a fait un épisode psychotique aigue probablement induit, le patient a bénéficié d'une courte hospitalisation à Tanger avec une rapide résolution complète des symptômes.

L'épisode actuel remonte à deux semaines où le patient a accentué ses conduites addictives, avec l'installation d'une soliloquie et des propos de grandeur.

Il y a trois jours, le patient est rentré dans des crises clastiques avec hétéroagressivité à l'égard de sa famille avec des pierres et des bâtons ; trainait toute la journée avec une hache en menaçant les passagers.

Le tableau s'est compliqué par des actes de vandalisme, ce qui a nécessité une consultation aux urgences psychiatriques sous réquisition de police pour prise en charge.

L'examen psychiatrique trouve un patient colérique, agité, bien orienté dans le temps et l'espace, il porte des vêtements sales avec une mauvaise hygiène corporelle, il dit :

« Je contrôle la télé avec mes yeux »

"كَا نَنْحَكِّمْ فَد تَلْفَرَّةٌ غَيْرُ بِيْنِي"

« Je peux connaitre tous les éléments de ta vie »

"يُمْكِنُ لِي نَعْرِفُ أَيَّ حَاجَةٍ عَلَى حِدَتِكَ, كُلِّشِي"

« Je suis en correspondance avec un journaliste »

"أَنَا كَمَا نَعْرِفُ وَالْحَدِيثُ حَفِي"

« Je connais le Roi, il va venir me chercher au palais »

"أَنَا كَتَعْرِفُ لِمَلِكٍ, تَابَا يُجِي وَ يُؤَلِّي قَائِمًا فُ قُصْرُ"

« Ils vont me tuer » « mon frère va m'enlever ma part d'héritage »

"عَادِي يُقْتَلُ نِي " " خُو يَا لِي غِي يُدِّي لِي حَقِّي فُلُورَتْ"

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

✓ Cas clinique N°28 :

Mr O.M, âgé de 27ans, célibataire, sans profession, l'unique de sa famille ; tabagique depuis le baccalauréat à raison de deux paquets par jour, antécédents d'une consultation en psychiatrie mis sous traitement non documenté, sa maman est suivie pour dépression chronique, actuellement sans traitement.

Mr O.M est diplômé en informatique, il est connu hyperactif au cours de son enfance et il était toujours premier de sa classe.

L'histoire de la maladie remonte à trois ans, après avoir obtenu son diplôme, le patient s'est intéressé à la religion avec une hyper-religiosité, et notion de dépression d'après le père et puis il a voyagé à Tanger chez un ami après une année, le patient a fait une crise et a nécessité une prise en charge en ambulatoire ; avec arrêt du traitement après quelque mois (six mois selon la famille), donc retour à l'état prémorbide.

Actuellement et depuis dix jours le patient a présenté une hyper-religiosité avec des propos incohérent, insomnie infatigable, parfois une hétéroagressivité, notion d'achats et dépenses excessive, générosité, donne des ordres, avec perte de son emploi.

Sa famille n'a pas pu tolérer son agressivité, une consultation aux urgences psychiatriques est faite pour prise en charge.

L'examen psychiatrique trouve un patient agité, humeur coléreuse, il insulte ses parents et a essayé de frapper son père, bien orienté dans le temps et l'espace, contact hyperfamilier, l'hygiène corporelle et vestimentaire sont respectés, il très vigilant et parle avec un rythme accéléré et dit :

"أَنَا هُوَ لِمَلِكًا, بِإِيقِينٍ فَلِللَّهِضَفَّ لَنِي اللهُ أَنَا عِنْدِي حِمْدِيَّةٌ خَارِقَةٌ"

« Je suis le roi, Dieu m'a élu...et il m'a donné des pouvoirs »

"أَنَا هُوَ اللَّهُ، لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ، لَشَيْطَانٌ؟، يَبْرُونَ لِي بِنُجُوتِ أَنَا هُوَ اللَّهُ"

« Je suis Dieu, faite ce que vous voulez je suis Dieu, le diable ??... »

"أَنَا كَنَهْدَرُ بَرِّ فُ دِيَالُ لُغَاتُ وَ كَنْتَقُنُ بَرِّ فُ دِيَالُ لِحَدَمَاتُ"

« Je parle plusieurs langues et j'excelle en plusieurs métiers »

Ses parents rapportent qu'il ne dort plus ses derniers jours, dès l'installation des troubles.

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

✓ Cas clinique N°29 :

Mlle J.K, âgée de 25ans, célibataire, fille unique de ses parents, étudiante à la faculté, qui consulte aux urgences psychiatriques pour trouble du sommeil.

L'histoire de la maladie remonte à deux mois, elle est devenue anorexique, asthénique et elle a perdu du poids, son sommeil est perturbé, elle n'a plus envie de faire ses activités quotidiennes ou de sortir, elle a même arrêté ses études.

L'examen psychiatrique trouve une jeune fille accompagnée de sa mère, consciente, angoissée, humeur dépressive, qui a l'air fatiguée, bien habillée, elle parle avec un ton normal et dit :

"مَا بَقِيَ عِنْدِي لِثِيَابٍ لِلْمَلَائِكَةِ... غَيْرُ كَنَصْعَفٍ... نَعْسِلُ مَا بَقِيَ مِنْ يَجْنِي، نَتَّعَسُ غَيْرُ شَيْءٍ تَلَاثَةَ أَسْبَابٍ أَعَانَتْ بِلِأَيْنِي وَ

أَلْ نَهَارُ كَيْجُو نِي لِنَعْسِلِ، مَا تَتَّبِعِي نِيِيرُ أَوْ لَوْ مَا عُنْدِي لِخَاطِرُ لِحَتِّي حَاجَةٌ، مَا بَقِيََتْشْ نَحْمَلُ نَخْرَجُ"

« J'ai perdu l'appétit, je ne fais que maigrir, le grand problème c'est que je n'arrive pas à dormir la nuit, je dors que 03heurs au maximum, je n'ai plus envie de faire mes activités quotidiennes ou de sortir ».

Pas d'idéations suicidaires.

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quel est votre diagnostic ?
3. Quelle prise en charge proposiez-vous pour cette patiente ?

✓ Cas clinique N°30 :

Mr. H.B âgé de 25ans, célibataire, sans profession, scolarisé jusqu'au baccalauréat, où il a échoué et a quitté ses études ; suivi au service de psychiatrie depuis 5ans pour un trouble psychotique chronique avec une mauvaise observance thérapeutique. Décrit comme réservé, peureux avec un père autoritaire violent. Admis aux urgences psychiatriques pour trouble de comportement et tentative de suicide.

L'histoire de la maladie actuelle remonte à trois mois, ses propos de persécution ont changé, il a accusé sa mère de lui mettre des médicaments dans le repas et de lui provoquer un dysfonctionnement érectile.

L'épisode actuel remonte au jour de son admission où le patient a été contrarié par sa mère qu'il lui a enlevé de force un couteau tranchant, il s'est agité et présentant une crise clastique, cassant tout ce qui était sur son passage (la vitre, la fenêtre...) provoquant plusieurs écorchures au niveau de sa main et il est passé à une tentative de suicide par défenestration retenu par sa mère et les voisins.

Ce qui a motivé son acheminement aux urgences psychiatriques sous réquisition de police.

L'examen psychiatrique trouve un patient calme, conscient, il a un pansement sur la main, il parait triste avec les larmes aux yeux, il dit avec une conviction totale :

"مَي تَنْبِرُ لِي لِنَوِي نَوِي ۞ مَ فَلَ مَكَلَّةُ , اِهْيَاسُ دَبَبُ فَلَ عَجْزًا لِحِنْسِي لِي وَآءِ , وَ لِحَرِيْقُ لِي تَنْبِرُ لِي فَلَ لَانْتَصَابُ وَ تَيْمَشِي
لُجْبَرُ فُخْدِي"

« Ma mère me met des médicaments et du poison dans les repas, elle est responsable de ma dysfonction érectile et mes érections douloureuses avec des douleurs intenses irradiants jusqu'aux plis inguinaux

"تَيْخَنُوْنِي وَ مَرًا فَبِيْنُ كَاعٍ لَتَوَّ كُنْتُ لِي لِي"

« On m'étouffe, on me surveille tous mes faits et gestes »

"سَوْفَ لِي لِرُجْدِ لَةَ لِإِيْلِي, مَا بَقِيَتْ طَدَلْحَ لَوُؤ"

« Je ne sers plus à rien, on m'a volé ma virilité »

"كُلُّشِي ضَدِّي بِ عَيْبِنُ يُقْتُولُونِي, حَتَّى مِي مَعَهُمْ, مَا بَقِيَ عِنْدِي عَرَطُنْ نُعِيْنُ ا, لَمُوتْ لِإِيْلِي أَحْسَنُ مَرُّ لِحْيَاهُ
لِإِيْلِي"

« Tout le monde est contre moi, ils veulent me tuer, ma mère se complote avec eux, je n'ai aucune raison de vivre, ma mort est meilleur que ma vie »

"مَنْ شَدَلْ هَادِي وَ أَنَا كَنَفَكْرُ فُ لِأَنْتِحَارُ كَنْشُوفُهُ مَ حَظِيْدِي نِيَابْ لِكَا مِرَاتَا فُلْدَارُ"

« Je pense au suicide depuis longtemps, je les vois, il me surveille avec des caméras poser dans ma maison ».

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

✓ Cas clinique N°31 :

Mr. G.B, âgé de 48ans, chauffeur de profession mais actuellement sans travail, père d'une fille de 16 ans ; le patient est accompagné par sa femme aux urgences psychiatriques pour une agitation psychomotrice.

Selon l'ancien dossier le patient a déjà fait un épisode psychiatrique il y a 12ans avec retour à l'état prémorbide, avec une hospitalisation à l'hôpital psychiatrique sorti après un mois et il a été incarcéré une seule fois pendant une période de deux mois.

Selon sa femme, l'épisode actuel a débuté depuis 15jours, par l'installation d'une logorrhée, une désinhibition et dépenses excessives (10000 dhs en deux jours), projets multiples (il veut se remarié, changer de profession...) avec une insomnie infatigable.

L'examen psychiatrique trouve un patient agité, bien orienté dans le temps et l'espace, il porte des vêtements sales avec des pieds nus, il passe facilement des pleurs aux rires mais aussi la colère, il parle avec un rythme accéléré et dit :

« Je suis le roi, je le fils du roi, je travaille avec la DST » « j'excelle dans plusieurs métiers, j'étais d'une beauté inégale, on dirait Mly Rachid, ou plus beau que Mly Rachid ; Ma fille est la plus belle des filles du Maroc... »
"أَنَا هُوَ الْمَلِكُ، أَنَا هُوَ وَالِدُ الْمَلِكِ، كَتَخَدَمُ مَعِ لِمُخَابِرَاتٍ" "أَنَا وَاعِرٌ فُكُّ لُشِي، تَتَعَرَفُ نُبِيرٌ كَالِغِ لِحَدَمَاتٍ، أَنَا رَاهُ
كُنْتُ زُوَيْنٌ بَزَّافٌ، زَيْنٌ لِيهِ فَا مَا كَايْنَشْ، نُقُولُ هُوَ لَأَيِّ رُشِيدٍ أَوْ أَحْسَنُ مَنْو، شَفَنِي بِنْتِي هِيَ أَجْمَلُ بِنْتًا فَلَمَغْرِبٌ..."

Le patient raconte ses intimités employant des propos obscènes.

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quel est votre diagnostic ?
3. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

✓ Cas clinique N°32 :

Mr. I.Z, âgé de 30ans, marié depuis quatre ans, employé dans un centre d'appel, traité pour asthme depuis son enfance, ne fait plus de crises depuis l'âge de 14ans, le patient est connu tabagique chronique et consommateur du cannabis de manière intermittente depuis l'âge de 14ans. Admis aux urgences psychiatriques pour trouble du comportement.

L'histoire de la maladie remonte à une semaine par l'installation d'un retrait vis-à-vis de sa femme et quand elle lui demande la raison de ce changement il répond :

« Tu vas le savoir prochainement »

"كَأَبَا نُعْرَفِي مَنْ بَعْدُ"

Par l'installation également d'une hyper-religiosité « il a commencé à faire la prière d'Al Fajr à la mosquée » et à lire beaucoup le Coran, la durée de son sommeil s'est raccourci, il ne dormait que deux heures par nuit voir moins, il est devenu légèrement logorrhéique selon son épouse :

« Le samedi dernier il est rentré à la maison avec plusieurs achats, il a dépensé tous ce qu'il avait au compte bancaire soit plus de 3000 dhs en une demi-journée »

En racontant à sa femme qu'il donnait aux vendeurs le prix qu'ils demandaient sans marchander et cela essentiellement dans un but de les aider, que les 15 dhs qui lui restaient dans sa poche les a donnés au chauffeur de taxi, alors que le compteur n'affichait que 11 dhs.

Le jour de son admission, le patient a été arrêté au sein de Mly Driss où il a fait un grand scandale frappant des fonctionnaires de ce Darih qu'ils ont frappé de retour vu qu'il est devenu immaitrisable ce qui a nécessité l'intervention de la police et ramené aux urgences psychiatriques pour prise en charge.

L'examen psychiatrique trouve un patient stable, conscient, portant des vêtements neufs, il a une plaie au niveau du front ne nécessite pas des sutures, il

raconte les faits avec beaucoup des détails et on racontant chaque idée lui rappelle une autre ; il dit :

"أَنَا مَا كَهْفُ لَشْ أَنَّنِي رَسُولٌ... هُطَفَنِي اللهُ... رَاهُ مُمَكِّنُ نُكُونُ أَنَا هُوَ لِمَهْدِي لِمُنْتَظَرٌ"

« Je n'ai pas dit que je suis un prophète...Dieu m'a élu...il se peut que je sois 'Mahdi Montadar' »

Il explique qu'il est arrivé à Mly Driss en suivant des signes, des gens qui lui disaient par où il doit passer, quel chemin emprunter à l'entrée et au sein du Darih, il entendait des gens disaient :

"هَذَا شَحَلٌ وَ حَنَا نَسَلُ يُدُوكُ زَارَتْنَا لِبَرَكَهُ"

« ÇA fait très longtemps qu'on vous attend... »

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?
4. Quelle prise en charge proposiez-vous pour ce patient ?

✓ Cas clinique N°33 :

Mr. M.I âgé de 56 ans, divorcé deux fois avec deux enfants ; admis aux urgences sur réquisition de police pour trouble du comportement et port d'arme blanche ;

Le patient est déjà suivi en privé depuis 30ans pour un trouble psychiatrique chronique, avec une consultation dans notre formation, il est connu tabagique chronique à raison d'un paquet par jour et consommation du kif depuis six ans. Il a neveux et nièce suivi pour des problèmes psychiatriques,

L'histoire de la maladie actuelle remonte au jour de son admission quand il a été arrêté par la police pour port d'arme blanche, le patient avait des propos délirant. Il a été acheminé aux urgences psychiatriques pour prise en charge.

L'examen psychiatrique trouve un patient stable, conscient, habillé correctement, humeur neutre avec un affect émoussé, il dit :

"الملائكة جابو لي تابوت ديل لذهب والأعداء سرؤه لي و فيه آثار الإنبياء... أنا لمهدي لمنتظر، أنا مبشور من الله... أنا عندي اللهد إيسه..."

« Les anges m'ont apporté un cercueil d'or. Il y avait des traces des prophètes mais les voleurs l'ont pris. Je suis Mehdi Mountadar, je suis élu, j'ai le sixième sens »

"الأرواح تيعلوني وكأشي"

« Les esprits me disent tout »

Patient présente par moments un relâchement des associations idéiques, passages du coq à l'âne et quelques réponses à côté avec des rires immotivés.

1. Faites l'analyse sémiologique de ce cas clinique.
2. Quels sont les diagnostics à évoquer ?
3. Quel est votre diagnostic ?

IV. Présentation des cas cliniques corrigés

✓ Cas clinique N°1 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

- ∅ Terrain : Patiente de 16 ans,
- ∅ Une tante suivie pour un trouble psychiatrique chronique.
- ∅ Syndrome dépressif : humeur triste, avec plusieurs tentatives de suicides.
- ∅ Idées obsessionnelles avec des compulsions (changements de vêtements, ablutions fréquentes)
- ∅ Syndrome délirant : négation d'organes

"أَنَا مَاعَنْدُ شَيْءٍ الْأَمْعَاءُ, مَاعَنْدُ شَيْءٍ مَعِدَّةً"

- ∅ Syndrome hallucinatoire : hallucinations cénesthésiques (elle sent les aliments se rassemble dans une région de son abdomen :

"إِلَّا كُلِّبْتُ غَايِي يَبْقَى دَلْكُنِّي غَيْرُ فَوَاحِدٍ لِإِبْلَاصَةِ فُكْرِي, وَ مَعَنْدُ شَيْءٍ مُنِيْنُ يَخْرُجُ"

- ∅ Troubles instinctuels : Anorexie avec retentissement physique important et trouble de sommeil.
- ∅ Insight « négatif ».

2. Diagnostics à évoquer :

- Episode dépressif majeur unique d'intensité sévère avec caractéristiques mélancoliques et caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur, associé à un trouble obsessionnel compulsif.
- Trouble schizophréniforme : éléments contre ce diagnostic : absence d'une désorganisation du discours ou du comportement ou de symptômes négatifs.
- Anorexie mentale : éléments contre ce diagnostic : l'anorexie semble secondaire au délire de négation d'organes et non dans le but de perdre du poids ou une perturbation de l'image du corps.

3. Diagnostic retenu :

- Episode dépressif majeur unique d'intensité sévère avec caractéristiques mélancoliques et caractéristiques psychotiques congruentes à l'humeur, associé à un trouble obsessionnel compulsif.

4. Prise en charge :

Ø Hospitalisation : Vu le risque suicidaire et la sévérité du tableau clinique.

Ø Examen physique complet (notamment neurologique) avec évaluation des constantes vitales pour évaluer le retentissement somatique et rechercher des signes en faveur d'une origine organique.

Ø Prise de poids + taille + Electrocardiogramme (ECG).

Ø Bilan biologique complet et TDM cérébrale : dans le cadre d'un bilan étiologique et préthérapeutique.

Ø Voie veineuse périphérique avec réhydratation et renutrition.

Ø Traitement antidépresseur : pour agir sur la dépression et le TOC :

Et vu l'âge jeune on optera pour la fluoxétine 20mg : 1gel le matin pendant 7j puis 2 gel le matin pendant deux ans

Ø Traitement antipsychotique : Olanzapine 10mg : 1 cp le soir pendant un an.

Ø Traitement anxiolytique : Diazépam 5mg : 20mg par jour en dégression sur un mois.

Ø Prise en charge psychothérapique : thérapie de soutien, thérapie familiale et thérapie de type thérapie cognitivo-comportementale (TCC).

Ø Envisager la sortie après disparition des idées suicidaires et délirantes.

Ø Donner des rendez-vous proche pour le suivi.

✓ Cas clinique N°2 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

- Ø Terrain : âge jeune,
- Ø Enfance marquée par le divorce de ses parents et l'instabilité.
- Ø Agitation psychomotrice.
- Ø Humeur dépressive et très colérique, irritabilité, angoisse, une incapacité de contrôler sa colère et à prévoir ses conséquences ou tirer des leçons.
- Ø Traits de personnalité borderline : instabilité des relations interpersonnelles, une impulsivité marquée présente dans des contextes divers (abus de substances, fugues, automutilations, hétéroagressivité, TS...), angoisse marquée, intolérance à la frustration.
- Ø Symptômes dépressifs : Idées de sous-estime, d'incurabilité, de désespoir, désir de mort, idées suicidaires.
- Ø Pas de troubles perceptifs ou de langage.
- Ø Trouble instinctuel type trouble de sommeil.

2. Diagnostics à évoquer :

- Personnalité borderline compliquée d'un épisode dépressif majeur unique d'intensité sévère avec caractéristique anxieuse.
- Personnalité antisociale compliquée d'un épisode dépressif majeur unique d'intensité sévère avec caractéristique anxieuse

Borderline	Antisociale
<ul style="list-style-type: none"> • Impulsivité. • Ambivalence affective. • Vide intérieur. • Instabilité. • Incapacité de contrôler sa colère. • Automutilations et menaces. • Angoisse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Impulsivité. • Intolérance à la frustration. • Incapacité à prévoir ses conséquences ou tirer des leçons. • Mythomanie. • Manipulations. • Absence de remords.

3. Diagnostic retenu :

- Personnalité borderline compliquée d'un épisode dépressif majeur unique d'intensité sévère avec caractéristique anxieuse, vu la présence des traits de personnalité borderline plus qu'antisociale associé à un syndrome dépressif majeur.

4. Prise en charge :

- Ø Hospitalisation : le risque suicidaire
- Ø Examen physique complet avec évaluation des constantes vitales ; ECG.
- Ø Bilan biologique : dans le cadre d'un bilan préthérapeutique : ionogramme + NFS + glycémie à jeun
- Ø Traitement antidépresseur :
Paroxétine 20mg : 1cp le soir pendant 6 mois.
- Ø Traitement anxiolytique : Diazépam 5mg : 10mg par jour en dégression sur un mois.
- Ø En cas d'insomnie persistante donner un neuroleptique : lévomépromazine 25mg le soir.
- Ø Prise en charge psychothérapique : thérapie de soutien, thérapie familiale et thérapie comportementale dialectique
- Ø Envisager la sortie après disparition des idées suicidaires
- Ø Donner des rendez-vous proche pour le suivi.

✓ Cas clinique N°3 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

Ø Terrain : âge jeune « 25ans »,

Ø Evolution de la maladie depuis trois ans,

Ø Conduites addictives.

Ø Contact froid avec une humeur neutre.

Ø Syndrome délirant :

- Thématique de persécution à mécanisme principalement hallucinatoire rapporté avec une grande froideur : "إِ غَيْبِيْنَ يُقْتَلُوْا نِيْ"
 - Délire flou et mal systématisé.

Ø Syndrome dissociatif :

- Relâchement de la pensée.
- Passage du coq à l'âne rendant le discours hermétique et incompréhensible par moment :

"إِ غَيْبِيْنَ يُقْتَلُوْا نِيْ, تَنْبِيْرُوْا لِيْ دُوَا فُلْمَكْلَةَ ..."

"ا لَو لِدْ تَنْبِكْمِي لِكَيْفِ حَدِيْ اَوْلَادُوْ وَ تَنْخَنُوْهُ م..."

- Trouble de langage : Néologisme " ا لْ دَسْلِي تَيْمَارْ سُوِيْعًا ا لْ تَجُّ دُ... "
- Automatisme mental sous forme de commentaires de la pensée :

"ا لْعَم لِيْلِي لِي سَدَلْنُ فَاَلْمَنْبِيَا تَيْهَدْرُ مَعْيَا فَرَا سِي وَ كَيْصَحَّحْ لِي اْلأَفْكَارُ لِيْلِي لِحَاظِنُهُ وَ كَيْعَلُقْ عَلَيْهَا"

- Déréalisation : il a l'impression que les personnes autour de lui sont devenues étranges.

Ø Symptômes négatifs :

- Clinophilie, retrait social.
- Négligence corporo-vestimentaire.
- Contact froid et affect abrasé.

Ø Syndrome hallucinatoire :

- Hallucinations intrapsychiques « commentaires de la pensée » par la voix de son oncle.
- Hallucinations visuelles : voit les « Jinn ».

Ø Anorexie et insomnie semblent être dans un cadre persécutoire.

Ø Insight « négatif » : le patient ne reconnaît pas le caractère morbide de son trouble et trouve la consultation non justifié avec refus du traitement.

2. Diagnostics à évoquer :

- Rechute d'une schizophrénie :
 - § Age jeune, antécédents de trouble psychotique chronique.
 - § Réapparition des symptômes après arrêt du traitement.
 - § Symptomatologie riche en : syndrome délirant + syndrome dissociatif + syndrome hallucinatoires et présences des symptômes négatifs.
- Trouble schizophréniforme : mais la durée totale de l'évolution de la maladie est plus de 06mois.
- Trouble délirant : ce qui contre c'est la richesse hallucinatoire et la désorganisation qui marque la pensée.

3. Le diagnostic retenu est :

- ✓ Rechute d'une schizophrénie vu que l'histoire de la maladie remonte à trois ans s'est accentuée il y a cinq mois suite à l'arrêt du traitement.

4. Prise en charge :

- Ø Hospitalisation vu : l'agressivité du patient et refus du traitement.
- Ø Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.
- Ø Réaliser un examen clinique complet.
- Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.

- Ø Traitement injectable pendant 48heures vu que le patient est agité et refuse le traitement : [halopéridol 1Amp de 5mg, diazépam 10mg]*2/jr.
Avec surveillance des constantes deux fois par jour.
Puis relais par voie orale : Olanzapine 10mg le soir.
- Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).
- Ø Bilan de contrôle après trois mois.
- Ø Envisager la sortie après disparition des idées délirantes et des hallucinations et acceptation du traitement.
- Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.
- Ø Agir sur les facteurs de risques « conduites addictives » : sevrage du cannabis.

✓ Cas clinique N°4 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

Ø Terrain : patient jeune de 23ans,

Ø Suivi pour trouble psychiatrique depuis six ans avec mauvaise observance thérapeutique

Ø Humeur neutre avec un contact froid.

Ø Négligence des soins corporo-vestimentaires et des rires immotivés.

Ø Syndrome délirant :

- Thématique de persécution avec forte adhésion, rapporté avec froideur.

"هُمَا بِلْ غَيْبِينْ يَأْتِيُونِي وَ كَيْبِيرُو لِي لِسُحُورْ بَشْنْ نَمْرَضْ..."

"أَنَا حَسَلْ بِيَهُمْ بِلْ غَيْبِينْ يَأْتِيُونِي..."

- Mécanisme intuitif et hallucinatoire.

Ø Idées de références : « ils parlent de mois dans les journaux »

"بَرْفْ دِيَلْ الْأَخْبَارْ دِيَلْ لَجْرِيدَة كُنْحَسْ بِيَهُمْ تَيْدِيُوِيَعْلَا"

Ø Automatisation mentale : « syndrome d'influence »

"كَيَهْدُرُو لِي فُوذْنِي, كَدِيْتَحْكُمُو فَيَا بَغْتِيَة لَشَمْسْ..."

"كَيْبِيرْ تَعِدْ قَاتْ بَلَا مَا نَحْسْ ضَدَّ الْإِرَادَة لِي لِي"

Ø Déréalisation :

"كُنْحَسْ بْرَاسِي وَلَيْتْ خُوفْ عَامْرْ غَيْرَا بَلْرْ يَنْ"

Ø Rationalisme morbide :

"دِيَلْ الْأَعْيَة هِيَا عِبَارَة عَلِيْ أُو نَاتْ كُنَالَا مَنِينْ كُنْكَورْ لَأَزَالَة لَفْسْ مَاءْ مَعَ الْأَكْسِيجينْ وَ كَيَدْخُلُو لِي لَجِسْمْ لِي لِي وَ"

كَيَعْطِيُونِي لَهْدِيَة بِلْبَلْبِيَة فَلذَاتْ لِي لِي وَ هِيَا لِي كَتَحْلِيَانِي نَبْدَا نَتَصَوَّفْ تَعِدْ قَاتْ غَيْرْ مَسُو لِي هَادِيَلْ لَوُؤَة"

ا لِبَلْبَلْبِيَة هِيَا لِي كُنْحَكَمْ وَ عَن طَرِيْقْ لَشَمْسْ "

Ø Hallucinations auditives : " , كَيَهْدُرُو لِي فُوذْنِي كَدَسْمَعُوهُمْ "

Ø trouble de jugement et un insight « négatif » :

"أَنَا مَا مَرِيضْشْ , أَنَا ضِيحَالَة لِسُحْرْ وَ لَدَوَا مَا غَادِي شْ يَنْفَعْنِي"

2. Les diagnostics à évoquer :

- Rechute d'une schizophrénie.
- Le trouble schizo-affectif.
- Le trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques : mais l'humeur est neutre avec un contact froid.

3. Diagnostic retenu :

- Rechute d'une Schizophrénie, vu l'ancienneté du trouble et la réapparition de la symptomatologie après arrêt du traitement.

4. Prise en charge :

- Ø Hospitalisation vu : l'agressivité du patient et refus du traitement.
- Ø Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.
- Ø Réaliser un examen clinique complet.
- Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.
- Ø Traitement pharmacologique : Risperidone 4mg + Lévomépromazine 200mg par jour.
- Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).
- Ø Thérapie de soutien et thérapie familiale.
- Ø Agir sur les facteurs de risques « conduites addictives » : sevrage du cannabis après.
- Ø Bilan de contrôle après trois mois.
- Ø Envisager la sortie après disparition des idées délirantes et des hallucinations et acceptation du traitement.
- Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.

✓ Cas clinique N°5 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

- Ø Terrain : patiente jeune de 22ans,
- Ø Facteur déclenchant : séparation avec la sœur.
- Ø Présente un délire mystico-religieux chronique.
- Ø Humeur neutre :

"أَنَا خَاطِرِي مَرْتَاخ"

- Ø Délire mystico-religieux avec forte conviction et participation affective ;
mécanisme semble être hallucinatoire et intuitif :

"أَنَا أُمُّ لِمَسِيحٍ جَدًّا لِي..."

"حَتَّى يُجِئِي لِمَهْدِي لِمُنْتَظَرٍ عَادُ نُبْرَى وَ نَرْتَاخ..."

- Ø Syndrome hallucinatoire : hallucinations intrapsychique sous forme d'ordre la
poussant à faire les roulades :

"كَيْجِي نِي الْأَمْرُ مِنْ عِنْدِ اللَّهِ, كَنَسْمَعُهُمْ فُقَلْبُ رَاسِي"

- Ø Automatisation mentale :

"مَا شَيْ لَخَاطِرِي كَنَشَقَلْبُ كَيْجِي نِي الْأَمْرُ مِنْ عِنْدِ اللَّهِ, كَنَسْمَعُهُمْ فُقَلْبُ رَاسِي"

- Ø Insight « négatif » :

"حَتَّى يُجِئِي لِمَهْدِي لِمُنْتَظَرٍ عَادُ نُبْرَى وَ نَرْتَاخ..."

Pour elle, elle n'est pas malade et le traitement ne va rien faire, pas besoin d'un traitement médical.

2. Diagnostic retenu :

- ✓ Rechute d'une schizophrénie vu l'ancienneté du trouble, présence des idées délirantes, des hallucinations et la désorganisation.

3. Prise en charge :

- Ø Hospitalisation vu : l'hétéroagressivité et l'autoagressivité de la patiente et le refus du traitement.
- Ø Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.
- Ø Réaliser un examen clinique complet.
- Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.
- Ø Traitement pharmacologique : par voie orale par les neuroleptiques : Risperidone 4mg + Lévomépromazine 200mg par jour.
- Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).
- Ø Thérapie de soutien et thérapie familiale.
- Ø Bilan de contrôle après trois mois.
- Ø Envisager la sortie après disparition des idées délirantes et des hallucinations et acceptation du traitement.
- Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.

✓ Cas clinique N°6 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

- Ø Terrain patiente jeune 17ans, sans antécédents,
- Ø Début d'installation brutal des troubles il y a un mois.
- Ø Humeur dépressif, avec ralentissement psychomoteur, et plusieurs tentatives de suicide.

Ø Hallucinations cénesthésique :

"كُنْحَسْ بِه كَيْمَارَسْ عَلِيَا لِجُنْسْ كُلِّ يَلْتَهْ بِلَسْفِيْعِيَا"

Ø Des hallucinations tactiles :

" كُنْحَسْ بِه حَلَا يَا تَيَوِيْنِي "

- Ø Avec des hallucinations visuels : elle dit qu'elle voit les monstres et les « Jnoun ».

- Ø Délire flou mal systématisé sans persécuteur désigné avec forte conviction et participation émotionnel marqué.

Ø Syndrome dépressif :

- Humeur triste : visage triste, elle se met rapidement aux pleurs.
- Ralentissement psychomoteur : hypomimie, elle parle avec une voix basse monotone, regarde vers le bas, tarde pour répondre.
- Pensée laborieuse avec des idées de sous-estime :

"أَنَا عَيْبِيْتْ مِّنْ الْأَسْئَلَةِ, رَأْسِي ضَرْبِي"

"حَيْتْ أَنَا مَا كُنْصَلَّا بَيْنَ بَحَالٍ لَعِيْلَاتُ" "حَيْتْ خَفْتُ مَا نَدْخُلْشُ لَلْجَنَّةِ"

- Tentative de suicide semble être dans la cadre dépressif.

2. Diagnostics à évoquer :

- Accès psychotique aigue.
- Episode dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques.

3. Diagnostic retenu :

- ✓ Accès psychotique aigu vu le début avec les troubles du comportement (soliloque, des cris, bizarrerie comportemental) ; La richesse délirante et hallucinatoire au 1^{er} plan.

4. Prise en charge :

- Ø Hospitalisation : risque suicidaire persistant.
- Ø Examen physique complet (notamment neurologique) et rechercher des signes en faveur d'une origine organique.
- Ø Prise de poids + taille + ECG
- Ø Bilan biologique complet et TDM cérébrale : dans le cadre d'un bilan étiologique et préthérapeutique.
- Ø Traitement pharmacologique :
 - § Traitement antipsychotique : Olanzapine 10mg : 1 cp le soir pendant un an.
 - § Traitement anxiolytique : Diazépam 5mg : 10mg par jour en dégression sur un mois.
- Ø Prise en charge psychothérapique : thérapie de soutien, thérapie familiale.
- Ø Examen gynécologique est demandé revenant : hymen intact.
- Ø Envisager la sortie après disparition des idées suicidaires et délirantes.
- Ø Donner des rendez-vous proche pour le suivi.

✓ Cas clinique N°7 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

- ∅ Terrain : Jeune homme sans antécédent psychiatrique.
- ∅ Isolement social chronique.
- ∅ Conduites addictives : dépendance au cannabis ; tabagisme chronique.
- ∅ Dissociation :

§ Intellectuel :

- Trouble du cours de la pensée : barrages («s'interrompt [...] au milieu d'une phrase»), discours diffluent et hermétique («flou et difficile à suivre»), ".... يُكُونُ مَلِّ أَنَا" "طُورِ قِي... طُورِ قِي... فَهَمِّيَنِي",
- Fléchissement du rendement scolaire.
- Troubles du langage : paralogisme («...." يُكُونُ مَلِّ أَنَا"»),

§ Affective : discordance avec soliloquie, changement de caractère, attitude d'indifférence affective, trouble de comportement.

∅ Idées délirantes :

§ Idées de persécutions, " ...إِ دَسَلْ تَأْبِيْعِي...إِ دَسَلْ بِ غَيْبِيْنَ يُأْيِدُونِي "

§ Idées de grandeur.

§ Idées de filiations

" أَنَا مَنُ الْأُسْرَاةِ لِجَلْوَةِ ... أَنَا شَيْ حَاجَةٌ... "

∅ trouble du sommeil.

2. Diagnostiques à évoquer :

- ∅ Trouble schizophréniforme : présence des idées délirantes, désorganisation, début des troubles depuis un mois et demi.
- ∅ Accès psychotique induit : exagération des conduites addictives.
- ∅ Origine organique : sujet jeune sans antécédents psychiatriques, il faut éliminer l'organicité en premier lieu.

3. Diagnostique retenu :

Ø Trouble schizophréniforme :

o Arguments :

§ Sujet jeune en rupture nette avec son fonctionnement antérieur,

§ Début du trouble depuis un mois et demi.

§ Syndrome dissociatif,

§ Délire polymorphe ;

§ Repli autistique,

4. Prise en charge :

Ø Hospitalisation sous contrainte sur demande d'un tiers (famille) ;

Ø Risque pour les tiers,

Ø Opposition du patient à une hospitalisation, (des idées de persécution), il nie tous les propos rapportés par sa famille,

Ø Troubles psychiatriques imposant des soins immédiats,

Ø Bilan somatique clinique, paraclinique et préthérapeutique : NFS, glycémie à jeun ; ionogramme ; ECG ; TDM cérébrale ;.....

Quelle est la prise en charge thérapeutique de ce patient pour la première semaine ?

Ø Hospitalisation à la demande d'un tiers en psychiatrie, en urgence ; vu l'opposition et le risque d'hétéroagressivité.

Ø Traitement pharmacologique : neuroleptiques classiques (Halopéridol 15 mg par jour) ou antipsychotiques atypiques (Risperidone 4mg ou Olanzapine 10mg le soir) ;

Ø Si besoin : neuroleptique sédatif type chlorpromazine, en cas d'insomnie.

Ø Psychothérapie de soutien individuelle ; soutien et information de la famille

Ø Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement.

Ø Si refus de traitement ou agitation : utilisé la voie intramusculaire et la contention.

Quelle est la prise en charge au long cours ?

Ø Psychothérapie de soutien avec suivi régulier ;

Ø Traitement antipsychotique à faible dose : Olanzapine 10mg 1cp le soir pendant un an.

Ø Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement

✓ Cas clinique N°8 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

Ø Attaque de panique :

"كَأَنِّي وَاحِدٌ لِلدَّالَةِ حَتَّى كَأَنِّي قَوْلٌ هَادِي هَلَا لِمُوتٍ... قَلْبِي كَيْضَرَبُ بِلَا زُرْبَةٍ حَتَّى كَيْبَغِي يَسْكُتُ وَ صَدْرِي كَيْتَوَّرُ وَ كَتَبَقِي نَعْرَاقِي نَعْرَاقِي... كَنَرَجَعُ فَزَاكَ، هَذَا لِلدَّالَةِ كَأَنِّي بَزْفٍ فَيُنْ تَيُّو لَوْلَا نَسَلُ بَزْفٍ بِلَدَالِسٍ وَوَقِي..."

- Début brutal (acmé en moins de 10 minutes) ;
- Symptômes psychiques : angoisse extrême, sensation de malaise, éléments de dépersonnalisation avec peur de perdre le contrôle de soi,
- Symptômes physiques : impression de s'étouffer.
- Signes physiques : tachycardie, tremblements.

§ Se répétant à l'identique, de façon récurrente et imprévisible.

Ø Notion d'agoraphobie. " كَا نَدَفْتُ هَذَا لِلدَّالَةِ تُجْرِي وَ أَنَا فُلَانُ نَفَقَةٍ خُدَالَا نَسَلُ... مَا يَبْتَسُّ نَقْدَرُ نَخْرُجُ "

- Anxiété liée au fait de se retrouver dans une situation où il pourrait être difficile ou gênant d'être secouru en cas d'attaque de panique ; foule, file d'attente, transport en commun...,
- Entraînant :
 - § Des conduites d'évitement de ces situations
 - § Et / ou une souffrance intense en cas d'impossibilité de s'y soustraire.
 - § Et / ou la nécessité d'être accompagné.

Ø Syndrome dépressif ; "...خَاطِرِي مَيَّرَزُ مَا فَرَحُنْشُ"

Ø Bilan biologique revenu normal « éliminer l'organicité »

2. Diagnostic retenu :

- ✓ Trouble panique, avec agoraphobie compliqué d'un état dépressif major.

3. Prise en charge :

Traitement ambulatoire :

Ø Antidépresseur au long cours (12 à 24 mois) :

Ø Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) : Escitalopram 20 mg par jour.

Ø Sous couverture anxiolytique initiale (inférieure à 4 semaines) :

§ Alprazolam 0,5 mg à 1mg par jour, diminution progressive avant arrêt.

Ø Psychothérapie :

§ Psychothérapie cognitivo-comportementale.

§ Psychothérapie de soutien toujours indiquée,

§ Techniques de relaxation, de contrôle du «stress»...

§ Règles hygiéno-diététiques : éviter les stimulants (caféine).

Ø Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement.

✓ Cas clinique N°9 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

Ø Terrain : sexe féminin.

Ø Apparition brutale ;

Ø Syndrome dépressif :

- Humeur dépressive :

§ idéation suicidaire. كُنْفَكَّرُ نَسْرِي يَنَّهُ نَشْرَبَهَا.

§ troubles du sommeil : insomnie.

Ø Syndrome délirant :

§ Non Congruent à l'humeur ; a mécanisme hallucinatoire et probablement intuitif,

§ Thèmes persécution, et de préjudice :

كُلُّهُمْ لِي فَالِدَارُ مَا مَزَيْدِ نَشْ... تَبْيِيرُو لِيَا لِسُحُورٍ... بِعَيْنِ يَقْتُلُونِي "

« Tout le monde est méchant avec elle et lui souhaite du mal... ils veulent me tuer et me met de l'encerclement. »

§ Mécanismes intuitif et interprétatif.

§ Adhésion totale au délire.

- Syndrome hallucinatoire auditif et cénesthésique,

2. Diagnostics à évoquer :

- Dépression à caractéristique psychotique,
- Accès psychotique bref.
- Trouble organique : hypothyroïdie,

3. Diagnostic retenu :

Episode psychotique aigue : présences des idées délirantes, début brutal il y a 3jours, hallucinations

4. Prise en charge :

Ø Faire un bilan :

§ Pour éliminer une dépression secondaire.

§ Et pour rechercher une éventuelle contre-indication au traitement (ECG, glycémie).

Ø Hospitalisation en urgence en psychiatrie à la demande d'un tiers si refus,

Ø Inventaire à l'entrée et évaluation du risque suicidaire,

Ø Traitement par neuroleptique atypique type Olanzapine 10mg le soir, Risperidone 4mg par jour...

Ø Traitement sédatif ou anxiolytique.

✚ Ou bien :

§ Bilan pré -sismothérapie en urgence :

i. Ionogramme sanguin, NFS, plaquettes, TP.TCA, ECG, radio de thorax,

ii. Bilan dentaire, EEG standard de référence, TDM cérébral, bilan cognitif

iii. Accord du patient ou à défaut de la famille

§ Information

§ Surveillance de l'efficacité et de la tolérance.

§ Soutien à la famille.

Ø Traitement symptomatique de l'anxiété et de l'insomnie,

Ø Prévention du risque suicidaire,

Ø Soutien psychothérapeutique à distance de l'épisode aigu,

Ø Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement.

✓ Cas clinique N°10 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

Ø Patient dépendant a plusieurs substances : tabagisme chronique, dépendance au cannabis, à l'ecstasy, alcoolisme chronique.

Ø Risque suicidaire élevé, "كُنْتُ أَفَكَّرُ فِي الْإِنتِحَارِ..."

Ø Dépression associé. " ; trouve un patient triste, avec sentiment d'auto-dévalorisation, d'auto accusation.

"...أَنَا هَذَا لِلدَّلَّةِ مَا حَامَلْتُهُنَّ، أَنَا مَا شِي هَلَا، مَا عَجَبِيثُن رَاسِي، مَا رَ لِهَيْثُن عَلِيَّة"

Ø Patient motivé pour le sevrage :

"بِعَيْت نُنْعَلِجْ مِنْ هَذَا الْإِدْمَانِ، مَا بِيُونُشْ نَبْقَى هَلَا"

Ø Anxiété associée : cicatrices d'automutilation.

2. Diagnostics à évoquer :

- Trouble d'utilisation de substance.
- Dépression sévère avec des idées suicidaires.

3. Prise en charge :

Ø Alliance thérapeutique.

Ø Prise en charge pluridisciplinaire.

Ø Evaluation psychopathologique

Ø Evaluation de la dépendance au produit.

Ø Evaluation des Co dépendances (tabac, alcool, opiacés, benzodiazépines, cocaïne, amphétamine, hallucinogènes) ...

Ø Evaluation du risque suicidaire,

Ø Traitement de la dépression : par traitement antidépresseur : Paroxétine 20mg
1cp le soir.

Ø Evaluation sociale & somatique (clinique et paraclinique)

- Ø Evaluer L'opportunité du sevrage : « au nom de qui ? » (patient, entourage, justice...), « dans quel but ? », « A quel produit ? » (sevrage sélectif ou simultané)
« Quand ? »
- Ø Négociation du projet : contrat de soin, cadre dans lequel il va se dérouler (ambulatoire, hospitalier).

✓ Cas clinique N°11 corrigé :**1. Analyse sémiologique :**

Ø Terrain : homme de plus de 65 ans,

Ø Sans antécédent notable,

Ø Examen clinique normal.

Ø Syndrome démentiel :

i. Troubles mnésiques : «trous de mémoire»,

ii. Désorientation temporo-spatiale.

iii. Agnosie : «erreurs à la dénomination d'objets courants»

iv. Ses filles disaient qu'il se rappelle des gens et des faits très anciens, parfois il ne se rappelle pas de nous, ses filles et parfois il nous connaît, il parle seul comme si quelqu'un est à côté de lui.

v. Déclin net par rapport au fonctionnement antérieur

Ø Syndrome dépressif :

i. Tristesse de l'humeur, après le décès de sa femme.

ii. Ralentissement psychomoteur : apathie « le patient ne sortait presque plus de la maison, il restait seul dans sa chambre, ne parlait plus comme avant ».

Ø Syndrome confusionnel :

i. désorientation temporo-spatiale,

ii. discours incohérent avec logorrhée,

iii. trouble du sommeil,

2. Diagnostics à évoquer.

- Confusion mental d'origine organique,
- Dépression délirante chez le sujet âgé.
- Dépression pseudo-démentielle,
- Démence,
- Deuil pathologique,

3. Diagnostic retenu ;

✓ démences dégénératives : atrophie cérébrale.

4. Prise en charge :

- Ø Traitement du syndrome dépressif ;
- Ø Mesure de protection des biens (tutelle),
- Ø Eventuellement (forme légère à modérément sévère) :
Anticholinestérasique central type Donepezil : 5 mg par jour initialement
puis 10 mg / jour,
- Ø Un traitement par un antipsychotique atypique type Risperidone à dose
minimal 0.5mg/j.
- Ø Un traitement sédatif type Hydroxézine 25mg le soir.
- Ø Psychothérapie de soutien, information des proches,
- Ø Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement.

✓ Cas clinique N°12 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

Ø Terrain : sexe féminin, diabétique, mal équilibré,

Ø Syndrome Dépressif associant,

- tristesse de l'humeur ; avec pleurs, auto-accusation, كَيْفَاؤُفَا

Ø Syndrome anxieux associant :

- Anxiété, hétéro-agressivité, des crises clastiques,

كَنْعَصَبٌ، كَنْطِيحٌ وَ نَقَطْعٌ حَوْلَ يَجِي، كَنْضَرْبٌ اَوْلَادِي ضَرْبٌ حَاطِبٌ ، بَلْثَلْ مَا كَانُ"

- Perte de contrôle de soi :

كَنْطِيحٌ وَ نَقَطْعٌ حَوْلَ يَجِي

2. Diagnostics à évoquer :

- Dépression anxieuse,
- Troubles de personnalité type histrionique (décompensation).
- Organicité : hyperthyroïdie, décompensation acido-cétosique, troubles hydro-électrolytiques.

3. Diagnostic retenu.

✓ Dépression anxieuse

- Plus de quatre mois d'évolution.
- Syndrome dépressif + syndrome anxieux.
- Pas de trait de personnalité pathologique.

4. Prise en charge :

Ø Evaluation du risque suicidaire.

Ø Bilan du retentissement somatique :

- NFS, plaquettes, glycémie à jeun,
- Ionogramme plasmatique,
- Urée et créatinine plasmatiques,

- Bilan hépatique,
- ECG,
- Ø Bilan thyroïdien : T4 libre, TSH ultra-sensible.
- Ø Traitement antidépresseur, type ISRS : Escitalopram 10mg par jour pendant 06mois.
- Ø Traitement anxiolytique durant un mois : Alprazolam 0.5mg à 1mg par jour puis une dégression sur un mois.
- Ø Surveillance du risque de virage manique, du risque de levée d'inhibition,
- Ø Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement.
- Ø Psychothérapie.

✓ Cas clinique N°13 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

Ø Age de début de la maladie à 25 ans,

On retrouve au premier plan un syndrome dissociatif apparent dans le fonctionnement intellectuel + la vie affective + le comportement

Ø Au niveau comportemental : bizarrerie de contact, trouble de comportement, une dénudation dans la rue avec des crises clastique et obscénité.

Ø Froideur affective.

Ø Tendance au repli sur soi

Ø Syndrome délirant : patient semble être persécuté envers les membres de la famille et l'entourage, avec notion d'hétéro-agressivité et agitation, participation affective intense.

Ø Altérations des activités sociales, professionnelles et personnelles

Ø Durée : signes présents depuis au moins six mois.

Ø Tabagisme chronique, dépendance au cannabis,

2. Diagnostics à évoquer :

✓ Schizophrénie paranoïde.

• Age de début de la maladie

• Altération du fonctionnement social et professionnelle.

• Dissociation affective et intellectuelle.

• Délire chronique, Hétéroagressivité, et risque d'homicide.

3. Prise en charge :

Ø Hospitalisation en urgence : risque d'homicide, hétéro-agressivité.

Ø Examen physique complet, prise des constantes, prise de poids, ECG.

Ø Bilan biologique : dans le cadre d'un bilan préthérapeutique : ionogramme + NFS + glycémie à jeun

- Ø Traitement pharmacologique : antipsychotiques atypiques : Risperidone 4mg + Lévomépromazine 200mg par jour.
- Ø Recherche de la posologie minimale efficace,
- Ø Privilégier monothérapie si angoisse ou agitation importante utilisation initiale d'un autre neuroleptique ou d'une benzodiazépine a visée sédatrice,
- Ø Surveillance efficacité et tolérance
- Ø Autres mesures thérapeutiques : à long terme
 - Psychothérapie :
 - § Psychothérapie de soutien, thérapie institutionnelle ; entretien avec la famille.
 - Sociothérapie
 - § Favoriser ou maintenir insertion sociale
 - § Mesures de protection des biens si nécessaire (curatelle, tutelle)
 - § Demande de ressources minimales (Allocation adulte handicapée).

✓ Cas clinique N°14 corrigé :**1. Analyse sémiologique :**

- Ø Terrain : patient jeune de 29ans,
- Ø Antécédents familiaux riches (des sœurs et frère psychotiques).
- Ø Début des troubles depuis trois ans.
- Ø Humeur coléreuse ; patient angoissé.
- Ø Eléments orientant vers la désorganisation comportementale et intellectuelle : « selon le caïd »
 - § Les fugues.
 - § Des propos incohérents.
 - § Hétéroagressivité.
 - § Négligence corporo-vestimentaire.
- Ø Hallucinations probable : « soliloque », attitudes hallucinatoires.
- Ø Examen clinique était pauvre vu la réticence du patient l'état de colère.

2. Les diagnostics à évoquer :

- o Schizophrénie avec épisodes multiples ; le patient actuellement en épisode aigue

Les éléments en faveur :

- § présence de la désorganisation (même si il faut avoir des hallucinations ou le délire pour poser le diagnostic)
- § la chronicité : évolution sur 3 ans
- § le fonctionnement sociale et professionnel (le patient ne travaille pas ; mal inséré dans son environnement) est altéré.
- § la présence d'autres membres de la famille qui souffrent d'un trouble psychiatrique probablement schizophrénique.

Les éléments contre :

§ un délire et / ou des hallucinations n'ont pas pu être mis en évidence lors de l'examen.

- On peut évoquer également un trouble psychotique dû à une autre affection médicale de cause organique.

3. Prise en charge :

- Ø Hospitalisation vu la réquisition de police et la poursuite judiciaire.
- Ø Réaliser une TDM cérébral pour éliminer l'organicité.
- Ø Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.
- Ø Réaliser un examen clinique complet.
- Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.
- Ø Traitement médicamenteux :
 - § Neuroleptiques atypiques : Amisulpride 400 à 600mg/jr.
 - § Neuroleptiques sédatifs : Chlorpromazine 200mg /jr.
- Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).

Surveillance :

Au deuxième jour de son hospitalisation le patient a fait trois crises épileptiques tonico-cloniques avec TA : 10/07, FC : 93bat/min, T : 37,5° ; avec émission spontanée des urines.

Conduite à tenir :

Ø Avis neuro en urgence :

Trois crises tonico-cloniques chez un patient suivi pour trouble de comportement depuis trois ans en psychiatrie sous Halopéridol et Diazépam.

Le patient a altéré son état de conscience un jour après son admission en service de neurologie transféré en déchoquage.

TDM cérébral C- et C+ normal

La Ponction Lombar est négative avec mesure de pression à 16cmH₂O.

CRP était à 105 puis à 14 ; GB 9000 puis 11000.

Bilan toxicologique positif : barbituriques et imipramines.

IRM cérébral : lésions temporal bi-insulaire et bi-frontale.

Examen actuel : patient conscient GCS à 15, contact avec le patient possible, légèrement agité, apyrétique.

Ø Il s'agit d'encéphalite herpétique probable.

Mettre le patient sous :

- Aciclovir 10mg/kg/jrs pendant 21jours (le patient a reçu un jour).
 - Halopéridol gouttes : 30-30-30.
 - Diazépam 10mg : ½- ½ -1 cp /jour.
- Ø Le patient est réadmis au service de psychiatrie.
 - Ø Surveillance des constantes deux fois par jour.
 - Ø Surveillance clinique et biologique et la prise du traitement.
 - Ø Bilan biologique standards de contrôle après 03mois.
 - Ø Envisagé la sortie après disparition des éléments de désorganisation, des hallucinations et l'acceptation du traitement.
 - Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.

✓ Cas clinique N°15 corrigé :

1. Analyse sémiologique

- Ø Terrain : patiente jeune de 36ans.
- Ø Sans antécédents pathologiques notable.
- Ø Humeur dépressive.
- Ø Evènement traumatisant : l'accident d'agression par arme blanche.
- Ø Syndrome de répétition :

§ Cauchemars récidivants : reproduisant l'événement.

"يَمَا تَنخَلِمُ لَكُوا بِسِنِّ, كَنخَلِمُ رَاسِي كَنَسْرَقُ"

§ Souvenir répétitifs et impression de revivre l'accident :

"بَعْضُ لِحَطَرَاتٍ وَ أَنَا لِجَلْسَةِ كَنَعَاوُدُ لِي لِحَادِثَةٍ بَيْنَ يَوْنِي "

"مُنِينٌ تَنكُونُ مَا شَيْئًا فَلَزَنَفُهُ وَ كَنَسْمَعُ شَيْءٍ صَدَاعٍ, تَيَجِدُنِي الْبَلِي لِعِيرِلَسَ رَفَةً"

- Ø Une peur ou anxiété situationnelle (dormir seule)
- Ø Un évitement : (elle préfère de voyager six heures / jour que de confronter la situation de dormir seule)
- Ø Hypervigilance :

"يَمَا بَدَأَتْهُ بَلِي شَيْءٍ حَدَّ تَابَعْنِي"

Elle a l'impression qu'elle pouvait être agressée à n'importe quel moment.

2. Diagnostics à évoquer :

- Ø Trouble de stress post traumatique (TSPT) :

Les éléments en faveur de ce diagnostic sont :

- la patiente a été exposée à une menace de mort (agression par arme blanche)
- Présence de cauchemars
- Evitement de sortir seule
- Etat de peur persistant
- La perturbation a duré plus d'un mois

Ø Dépression.

Ø Phobie spécifique (dormir seule).

3. Diagnostic retenu : trouble de stress post traumatique.

4. La prise en charge :

Ø Traiter la patiente en ambulatoire.

Ø Traitement pharmacologique :

Antidépresseur de la famille des ISRS : Paroxétine 20 mg par jour pendant 18 à 24mois.

Anxiolytique pour une durée qui ne dépasse pas 1 mois : Alprazolam 0.5 mg à des doses dégressives.

Ø Une psychothérapie cognitivo – comportementale+ + +.

Ø Surveillance clinique et thérapeutique dans des consultations en ambulatoire.

✓ Cas clinique N°16 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

- ∅ Terrain : patient jeune de 28ans,
- ∅ Suivi depuis trois ans pour un trouble psychiatrique avec mauvaise observance pas d'antécédents d'épisode dépressif ou de tentative de suicide.
- ∅ Conduites addictives : le cannabis.
- ∅ Syndrome maniaque :
 - Jovialité de l'humeur.
 - Contact hyperfamilier.
 - Accélération psychomotrice.
 - Hypermimie.
 - Les idées de surestime :

"كَتَفَهُمْ عِلْمٌ لَفَلَكٌ, عِلْمٌ لِسِّيَاسَةِ"

- La mégalomanie.
- Les projets multiples :

"رَا نِي لِ عِي نُبِيرُ لَسِيرِكُ وَ نُحَدِّثُكَ مَ كَامَلِينَ..."

"لِ عِي نُبِيرُ بِحَالُ لَنِّي سُلَيْمَانُ"

2. Les diagnostics à évoquer :

- Episode manique dans le cadre d'un trouble bipolaire type 1.
- Trouble schizoaffectif.

3. Le diagnostic à retenir :

- ✓ Episode manique dans le cadre d'un trouble bipolaire type 1

Car absence des éléments de désorganisation ou hallucinations

4. La prise en charge :

- Ø Hospitalisation : vu l'accès maniaque.
- Ø Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.
- Ø Réaliser un examen clinique complet.
- Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.
- Ø Imagerie cérébral : TDM cérébral.
- Ø Traitement pharmacologique :
 - § Antipsychotiques atypiques (par exemple : Olanzapine 10 mg)
 - § Neuroleptique sédatif : Chlorpromazine 100mg *3 /jr.
 - § Thymorégulateur : Valproate de sodium (1g – 1.5 g) réalisation de la dépakinémie après 7 jours.
- Ø Psychoéducation.
- Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).
- Ø Bilan biologique standards de contrôle + la dépakinémie après trois mois, puis chaque six mois.
- Ø Envisager la sortie après disparition des symptômes maniaques et acceptation du traitement.

✓ Cas clinique N°17 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

- Ø Terrain : sexe féminin, sujet jeune de 16ans ;
- Ø Sans antécédents pathologiques notables.
- Ø Élément déclenchant : l'agression par arme blanche.
- Ø Un mutisme.
- Ø Un trouble de sommeil : insomnie (cauchemars)
- Ø Une humeur dépressive.
- Ø Anhédonie :

"مَنْ نَهَارُ وَقَعَ لِيهَا دَاكُنِّي مَا قَلْتُ حَتَّى كَلِمَةٍ, مَا بَقَا تُبْغِي يَدِيرُ أَوْ لَوْ"

- Ø Symptômes de répétition (souvenirs répétitifs).
- Ø Symptômes d'évitement (arrêter ses activités)
- Ø Réactions liés à l' hypervigilance.

"مَنْ يَنْبِي تَنْوُ نَوْا فَلَرْ نَفَّة وَ كَنْسَمَعَا لَهْدَاعِ أَوْ شَيْ نَبَا زُ , كَابِيرُ يَدِّيهَا فُودَ نِيهَا وَ كَاتَخَفَ وَ كَاتَوَّ دُ"

2. Les diagnostics à évoquer sont :

- Un état de stress aigue : présence d'un évènement traumatique qui est survenu moins de 1 mois, présence des symptômes de répétition, une humeur négative, des symptômes d'éveil, avec une détresse et altération du fonctionnement social et professionnel
- Une dépression mélancolique : les éléments en faveur sont : l'humeur triste, le mutisme, les pleurs, l'anhédonie. Avec une évolution de plus de 15 jours. Les Eléments contre : présence de l'évènement traumatique, pas de notion de tentative de suicide.

3. Diagnostic retenu : un état de stress aigue post traumatique.

4. Prise en charge :

- Traitement pharmacologique : antidépresseurs Paroxétine 20mg par jour.
En cas de refus du traitement
Perfusion de Clomipramine en intra-veineuse.
Anxiolytique : Alprazolam 0.5 mg 2 mg au début /j puis dégression (à ne pas dépasser quatre semaines de traitement)
- Psychothérapie : Thérapie cognitivo – comportementale + + +
- Surveillance + + + + risque suicidaire.
- En cas de persistance du tableau de mutisme et en cas de refus alimentaire ou aggravation du tableau : électroconvulsivothérapie ECT + + +

✓ Cas clinique N°18 corrigé :**1. Analyse sémiologique :**

Ø Terrain : patiente jeune de 19ans.

Ø Antécédents d'une hospitalisation en psychiatrie il y a un an, pas d'épisode dépressif.

Ø Eléments stressant : l'avortement, le divorce.

Ø Syndrome maniaque :

- Une humeur expansive ; élevée, joviale (souriante, chante)
- Une instabilité psychomotrice
- Hyper Familiarité de contact
- Une désinhibition
- Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (voyage toute seule, demande les hommes au mariage).

2. Les diagnostics à évoquer :

- Episode manique dans le cadre d'un trouble bipolaire type 1

Présence simultanée d'une humeur expansive joviale avec trois autres symptômes : 1/ plus grande communicabilité 2/ excitation psychomotrice 3/ - Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables

Pendant une durée de plus d'une semaine avec une altération marquée du fonctionnement.

- Trouble de personnalité histrionique ; peu probable (ça peut pas expliquer la notion du voyage ; ni les symptômes d'allures thymiques)

3. Diagnostic à retenir est l'épisode manique dans le cadre d'un trouble bipolaire type 1.

4. La prise en charge :

Ø Hospitalisation vu : l'accès maniaque.

Ø Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.

Ø Réaliser un examen clinique complet.

Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.

Ø Sérologie syphilitique TPHA/VDRL.

Ø Traitement :

§ Si le patient refuse le traitement, on commence par la voie injectable : (Halopéridol 1Amp de 5mg + Diazépam 1Amp de 10mg) deux fois par jour, soit (Chlorpromazine 1Amp de 25mg + Diazépam 1Amp de 10mg) deux fois par jour.

Pendant 48h à 72h.

Puis on passe à la voie orale dès que le patient accepte de prendre son traitement :

Valproate de Sodium 1000 à 1500 mg /jr.

Antipsychotiques atypiques : selon l'AMM dans le trouble bipolaire, Olanzapine 10mg/jr le soir.

Neuroleptiques sédatifs : chlorpromazine 200mg matin et soir.

Ø Psychoéducation.

Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes maniaques et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).

- Ø Bilan biologique standards de contrôle après trois mois + la dépakinémie puis chaque six mois.
- Ø Envisager la sortie après disparition des idées délirantes et des symptômes maniaques et acceptation du traitement.
- Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.

✓ Cas clinique N°19 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

- Ø Terrain : sujet jeune de 25ans,
- Ø trouble de l'usage des substances
- Ø Patient présente un délire de persécution
- Ø Une insomnie
- Ø Un trouble d'usage des substances
- Ø Des idées de surestime

2. Les diagnostics à évoquer sont :

- Ø Trouble psychotique bref
- Ø Trouble psychotique induit par la cocaïne

3. Le diagnostic à retenir est : trouble psychotique induit

Les éléments en faveur :

- Présence des idées délirante
- Les symptômes sont apparus suite à l'augmentation de la quantité consommée de la cocaïne.
- Présence des idées de surestime connues parmi les effets retrouvés lors d'une intoxication à la cocaïne.

4. La prise en charge :

Après élimination d'une cause organique : TDM cérébrale – bilan biologique complet.

- Ø Traitement pharmacologique antipsychotique atypique : Olanzapine 10mg le soir.
- Ø Anxiolytiques à forte dose pour éviter un syndrome de sevrage : Alparazolam 0.25 -1mg par jour à dégresser sur un mois.

- Ø Evaluer le terrain à la recherche d'un trouble anxieux ou dépressif ; ou un trouble de personnalité
- Ø Psychothérapie motivationnelle pour se sevrer de son usage et l'adresser au centre d'addictologie.

✓ Cas clinique N°20 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

Ø Terrain : sujet âgé de 40ans,

Ø Suivi pour un trouble psychiatrique chronique.

Ø Humeur neutre affect abrasé.

Ø Patient présente un syndrome délirant :

- Délire de persécution à mécanisme hallucinatoire et un délire de grandeur avec une conviction total :

"إِ غَيْبِيْنَ يَفْتُوْا نِي " "أَنَا لَحْدَّ مْ مَلَع لِمُخَابِرَاتٍ..."

Ø Un syndrome dissociatif :

- Hétéroagressivité.
- Négligence corporo-vestimentaire.
- Mouvements bizarres.

Ø Hallucinations probables : soliloque ;

أَنَا كَدَنْشُوْفُهُ مْ هُو مَا إِ غَيْبِيْنَ يَأْذِيُونِي."

2. Diagnostic à retenir :

- Schizophrénie avec épisodes multiples ; le patient est actuellement en épisode aigue.

3. La prise en charge :

Ø Hospitalisation vu : l'agressivité du patient et refus du traitement.

Ø Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.

Ø Réaliser un examen clinique complet.

Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.

Ø Traitement injectable pendant 48heures vu que le patient est agité et refuse le traitement : [Halopéridol 1Amp de 5mg, Chlorpromazine 200mg, Diazépam 5mg]*2/jr. Avec surveillance des constantes deux fois par jour.

Puis relais par voie orale : Olanzapine 10mg le soir » + Chlorpromazine 200mg le soir.

Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).

Ø Bilan de contrôle après trois mois.

Ø Envisager la sortie après disparition des idées délirantes et des hallucinations et acceptation du traitement.

Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.

Ø Agir sur les facteurs de risques « conduites addictives » : sevrage du cannabis.

Ø Travailler sur les facteurs rechutes : psychoéducation au patient et à la famille.

✓ Cas clinique N°21 corrigé :**1. Analyse sémiologique :**

- Ø Terrain : sujet jeune de 20ans,
- Ø Antécédents familiaux de psychose chronique premier degré.
- Ø Humeur neutre.
- Ø Angoisse.
- Ø Eléments orientant vers la dissociation :
 - Stéréotypie comportementale et gestuelle.
 - Déambulé, elle répète des mouvements bizarres avec sa main.
- Ø Mouvements stéréotypés.
- Ø Patiente fébrile.
- Ø Troubles sphinctériens.
- Ø Contact difficile vu que la patiente est mutique.
- Ø Ce qui la recherche des idées délirantes et des troubles perceptifs difficile.

2. Diagnostics à évoquer :

- Trouble schizophréniforme : début il y a deux mois (entre un mois et six mois), avec des éléments dissociatifs, présence notamment des antécédents familiaux de schizophrénie.
- Causes organique notamment neurologique.

3. Diagnostic retenu : est le trouble schizophréniforme compliqué d'un syndrome malin des neuroleptiques : la patiente a présenté un syndrome confusionnel + état fébrile + troubles sphinctériens et un syndrome extrapyramidal suite à la prise des neuroleptiques.**4. Prise en charge :**

- Ø Hospitalisation pour réintroduction des neuroleptiques.
- Ø Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.

- Ø Réaliser un examen clinique complet.
- Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.
- Ø Bilan thyroïdien : TSHus/LT4.
- Ø Traitement médicamenteux :
 - § Commencé par de l'Amisulpride à petite doses : 100mg/jr après négativation du bilan biologique.
 - § Anxiolytique.
- Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes de désorganisations et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).

Surveillance :

Malgré le traitement la patiente est resté dissocié, agité, insomniaque, d'où l'augmentation progressive de la dose de l'Olanzapine mais sans amélioration, d'où la décision au staff d'une ECT, qui n'a pas été faite à cause du non consentement de la famille de la patiente.

La patiente est mise sous Clozapine avec une bonne amélioration.

- Ø Bilan biologique standards de contrôle après 03mois.
- Ø Envisager la sortie après disparition des éléments dissociatifs et acceptation du traitement.
- Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.

✓ Cas clinique N°22 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

- Ø Terrain : patiente jeune de 26ans.
- Ø Antécédents familiaux de dépression chronique de premier degré.
- Ø Elément déclenchant : les problèmes avec le conjoint.
- Ø Syndrome dépressif :

§ Hypomimie

§ Anhédonie

§ Larmes aux yeux.

§ Les pleurs.

§ Somatisation : "عَنْدِي لِمْدُ دَاغُ فُرَاسِي"

§ Une insomnie.

- Ø Tentative de suicide, avec passage à l'acte.
- Ø Le non regret de l'acte avec persistance des idées suicidaires.

"كَنْفَكْرُ فُلَانْتِحَارُ عَاوْدًا نِي " "كَيْدُنِي نُقْتَلُو أَوْ نُقْتَلُ رَاسِي"

- Ø Idées de jalousie :

"أَنَا عَارِفُهُ تَيْجُونِي " "كَيْجُونِي تَيْجَلَاتُ, لَخِيَلَاتُ كَيْبِينُ غَيْرُ فُرَاسِي".

2. Diagnostics à évoquer :

- Trouble dépressif majeur.
- Trouble organique.
- Trouble délirant (moins probable) si on considère les propos de jalousie et des imaginations qui ont un mécanisme interprétatif.

3. Le diagnostic retenu : est le trouble dépressif majeur.

4. Prise en charge :

- Ø Hospitalisation : vu que les idées suicidaires sont toujours présentes.
- Ø Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.

- Ø Réaliser un examen clinique complet.
- Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.
- Ø Bilan thyroïdien : TSHus/LT4.
- Ø Traitement médicamenteux :
 - § Antidépresseur :
Perfusion de la Clomipramine « Anafranil » après réalisation d'un ECG :
J1 : 1Amp d'Anafranil 25mg + 1Amp de diazépam 10mg dans 500cc de SG 0,5% en IVL.
J2 : 2Amp d'Anafranil 25mg + 1Amp de diazépam 10mg dans 500cc de SG 0,5% en IVL.
J3 =>J10 : 3Amp d'Anafranil 25mg + 1Amp de diazépam 10mg dans 500cc de SG 0,5% en IVL.
 - § Anxiolytique : diazépam 5mg : 1cp à midi et 1cp le soir.
- Ø Relai par voie oral.
- Ø Surveillance du risque suicidaire+++.
- Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).
- Ø Bilan biologique standards de contrôle après trois mois.
- Ø Envisager la sortie après disparition des idées suicidaires, la disparition de l'humeur dépressive et l'acceptation du traitement.
- Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.

✓ Cas clinique N°23 corrigé :**1. Analyse sémiologique :**

Ø Terrain : sujet jeune de 28ans,

Ø Une peur dans les endroits clos et la hauteur dès l'enfance.

Ø Attaque de panique avec claustrophobie (dans les lieux clos) :

"كُنْتُ نِي لِحَنْفَةٍ وَ قَلْبِي كَيَّبِي يُسَكَّتْ وَ كُنُولِي عَيْمٌ بِلَا عَرُوقًا فَلَبَلَايِصُنْ لِي ضَيِّقِي بَحَلْ لِمِصْعَدًا أَوْ لِعُلُو ..."

§ Symptômes psychiques : angoisse extrême, sensation de malaise.

§ Symptômes physiques : impression de s'étouffer.

§ Signes physiques : tachycardie, tremblements.

§ Se répétant à l'identique, de façon récurrente et imprévisible dans les endroits clos.

Ø Une anxiété associée.

Ø Une angoisse.

2. Les diagnostics à évoquer :

- Trouble phobique : les attaques de panique se répètent, la survenue de l'attaque de panique lors de la présence de l'agent phobogène (endroits clos ou hauts) et fond anxieux.
- Trouble panique.
- Causes organique notamment neurologique est le moins probable vu la chronicité et la survenue des attaques lors de la présence de l'agent phobogène.

3. Le diagnostic retenu : est le trouble phobique (agoraphobie en 1^{er} puis l'installation des attaques de paniques) : plusieurs attaques de panique, présence de l'agent phobogène.

4. Prise en charge :

Ø Prise en charge en ambulatoire.

Ø Traitement médicamenteux par les Antidépresseurs types ISRS : Paroxétine 20-50mg par jour pendant au moins une année, associées à un anxiolytique : Nordazépam 7.5mg par jour dégradation sur 1 mois.

Ø Psychothérapie cognitivo-comportementale+++.

Ø Traitement symptomatiques lors des crises.

Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.

✓ Cas clinique N°24 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

- Ø Terrain : sujet de 32ans,
- Ø Suivi depuis 16ans pour trouble psychotique chronique
- Ø Sans retour à l'état prémorbide
- Ø Syndrome dissociatif :
 - Négligence corporo-vestimentaire.
 - Trouble de langage : paralogisme (modifications du sens du mots) :
"نَعْدِيْرُ سِيْبَانَا لَا مُمْ"
 - Discours désorganisé.
 - Affect émoussé.
- Ø Délire de grandeur : "تَنْوِيلِيْجُ لَنْفَسُ لِيْدِيْلِي فُوْسْلَطُ لَنْسَل..."
- Ø Attitudes hallucinatoires : soliloquie.
- Ø Patient angoissé
- Ø Agitation psychomotrice.

2. Diagnostic à évoquer est le diagnostic retenu : rechute d'une schizophrénie suite à l'arrêt du traitement (trouble psychiatrique chronique, avec présence des éléments de désorganisation et un délire de grandeur avec des hallucinations).

3. Prise en charge :

- Ø Hospitalisation vu : l'agressivité du patient et refus du traitement.
- Ø Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.
- Ø Réaliser un examen clinique complet.
- Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.

- Ø Traitement injectable pendant 48heures vu que le patient est agité et refuse le traitement : [halopéridol 1Amp de 5mg, Chlorpromazine 100mg, Diazépam 5mg]*2/jr. Avec surveillance des constantes deux fois par jour. Puis relais par voie orale : Olanzapine 10mg le soir » + Chlorpromazine 200mg le soir.
- Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).
- Ø Bilan de contrôle après trois mois.
- Ø Envisager la sortie après disparition des idées délirantes et des hallucinations et acceptation du traitement.
- Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.

✓ Cas clinique N°25 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

Ø Terrain : sujet jeune de 25ans.

Ø Antécédent d'un trouble psychotique bref avec retour complet à l'état prémorbide.

Ø Élément déclenchant : consommation des substances addictives massivement.

Ø Humeur coléreuse.

Ø Début brutal

Ø Syndrome délirant :

§ Délire mystico-religieux :

"كَنَخَلْمُ لَعَفَارِيْتُ" "أَنَا هُوَ اللهُ , كُنِيَطَّلِحْ لَشُنَّا"

§ Délire de grandeur :

"سَحَرُو لِيَا حَيْثُ أَنَا زُوِيْنُ" "أَنَا لَهْ نَزَّ فُلْ سِن , وَكُ لَشِي لِنِي لِي"

§ Délire de persécution : à mécanisme interprétatif

"عَمَامِي خَرَجُوِيْعُلَا , حَاسِدِي نِي " "مِي عَطَّوْتُهُ مْ حَوْلِي جِي وَ سَحَرُو لِي بِيَهُم"

Avec une conviction totale.

Ø Éléments orientant vers une dissociation :

- Bizarrerie comportementale.
- Discours incohérent.
- Passage du coq à l'âne.

Ø Hallucinations visuels :

"لَجَنُونُ كَنَشُوْفُهُ مْ" " كَنَخَلْمُ لَعَفَارِيْتُ"

Ø Trouble instinctuel type insomnie.

2. Les diagnostics à évoquer :

- 2^{ème} épisode de trouble psychotique bref (1^{er} accès psychotique il y a 6ans, avec retour complet à l'état prémorbide et suivi régulier)
- Trouble de l'humeur : manie avec caractéristiques psychotiques (idées de grandeur, humeur coléreuse..).
- Cause organique à ne pas éliminer.

3. Diagnostic retenu : est le deuxième épisode de trouble psychotique bref (l'installation aigue des troubles, la thématique délirante riche, la présence des hallucinations). Survenu des troubles suite à la consommation des substances.

4. Prise en charge :

- Ø Hospitalisation : vu l'auto et l'hétéroagressivité et le refus du traitement.
- Ø Réaliser une TDM cérébral pour éliminer l'organicité.
- Ø Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.
- Ø Réaliser un examen clinique complet.
- Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.
- Ø Traitement médicamenteux :
 - § Antipsychotiques atypiques : Amisulpride 400 à 600mg/jr.
 - § Neuroleptiques sédatifs : Chlorpromazine 200mg /jr.Maintenir le traitement pendant au moins une année.
- Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).
- Ø Bilan biologique standards de contrôle après trois mois.
- Ø Envisager la sortie après disparition du syndrome délirant, du syndrome hallucinatoire et l'acceptation du traitement.
- Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.

✓ Cas clinique N°26 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

- ∅ Terrain : sujet de jeune de 37ans,
- ∅ Antécédent d'un épisode d'excitation psychomotrice
- ∅ Retour complet à l'état prémorbide.
- ∅ Syndrome maniaque :
 - Humeur coléreuse.
 - Contact hyperfamilier.
 - Agitation psychomotrice.
 - Logorrhée.
 - Idées de surestime : "أَنَا وَهَيْ نَرُضَى نُجِي عِنْدَكَ, أَنْتَ غَيْرُ مُقَدَّم"

"... أَنَا لَكُنْتُ مَنُو"

"أَنَا مَنُ الْفَرْعِ الْمَلِكِيِّ"

- Désinhibition : il insulte tout le monde.
- Hétéroagressivité.
- Insomnie.

2. Les diagnostics à évoquer :

- Episode Maniaque dans le cadre de trouble bipolaire type I.
- Trouble psychotique bref.
- Causes neurologiques.

3. Le diagnostic retenu est : épisode maniaque dans le cadre de trouble bipolaire type I (antécédents d'un épisode maniaque, syndrome maniaque à l'examen psychiatrique).

4. Prise en charge :

- ∅ Hospitalisation : vu l'accès maniaque, poursuite judiciaire.
- ∅ Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.

- Ø Réaliser un examen clinique complet.
- Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.
- Ø Traitement :
 - § Si le patient refuse le traitement, on commence par la voie injectable :
(Halopéridol 1Amp de 5mg + Valium 1Amp de 10mg) deux fois par jour, soit
(Chlorpromazine 1Amp de 25mg + Diazépam 1Amp de 10mg) deux fois par jour.
 - Pendant 48h à 72h.
 - Puis on passe à la voie orale dès que le patient accepte de prendre son traitement :
 - Valproate de Sodium 1000 à 1500 mg /jr.
 - Antipsychotiques atypiques : selon l'AMM dans le trouble bipolaire,
Olanzapine 10mg/jr le soir.
 - Neuroleptiques sédatifs : Chlorpromazine 100mg matin et soir.
- Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes maniaque et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).
- Ø Bilan biologique standards de contrôle + la dépakinémie après trois mois, puis chaque six mois.
- Ø Envisager la sortie après disparition des symptômes maniaques et acceptation du traitement.
- Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.

✓ Cas clinique N°27 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

Ø Terrain : sujet jeune de 29ans,

Ø Antécédents d'un épisode de trouble psychotique bref avec retour à l'état prémorbide.

Ø Facteur déclenchant : exagération des substances addictives.

Ø Humeur coléreuse.

Ø Idées de persécution :

عَادِي يَقْتُلُنِي " خُو يَا لِ عِي يَدِّي لِي حَقِّي فُلُورْتْ"

Ø Délire de grandeur :

"كَا نَنَحَكَمْ طَلْ نَلْفَرَة غَيْرُ بِي بِي"

"أَنَا كَنَعْرَفْ لِمَلِكْ, نَابَا بِي بِي وَ يُبَوِّ لِي فَا فَا فُصْر"

Ø Idées de surestime :

"يَمَكُنْ لِي نَعْرَفْ أَي حَاجَة عَلَي حَيَاتِكْ, كَلْشِي"

Ø Élément orientant vers la désorganisation : la négligence, l'hétéroagressivité.

Ø Hallucinations probable : soliloquie rapporté par la famille.

2. Les diagnostics à évoquer :

- Deuxième épisode de trouble psychotique bref (premier accès psychotique il y a six mois, avec retour complet à l'état prémorbide et suivi régulier)
- Trouble de l'humeur : manie avec caractéristiques psychotiques (idées de grandeur, humeur coléreuse..).
- Cause organique à ne pas éliminer.

3. Diagnostic retenu : est le deuxième épisode de trouble psychotique bref (l'installation aiguë des troubles, la thématique délirante riche, la présence des hallucinations).
4. Prise en charge :
 - Ø Hospitalisation : réquisition de police et poursuite judiciaire.
 - Ø Réaliser une TDM cérébral pour éliminer l'organicité.
 - Ø Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.
 - Ø Réaliser un examen clinique complet.
 - Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.
 - Ø Traitement médicamenteux :
 - § Antipsychotiques atypiques : Amisulpride 400 à 600mg/jr.
 - § Neuroleptiques sédatifs : Chlorpromazine 100mg /jr.Maintenir le traitement pendant au moins une année.
 - Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).
 - Ø Bilan biologique standards de contrôle après 03mois.
 - Ø Envisager la sortie après disparition du syndrome délirant, du syndrome hallucinatoire et l'acceptation du traitement.
 - Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.

✓ Cas clinique N°28 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

Ø Terrain : sujet jeune de 27ans,

Ø Antécédents de dépression non traité et une consultation en psychiatrie non documenté.

Ø Mère suivi pour dépression chronique.

Ø Début des troubles après obtention du diplôme.

Ø Syndrome maniaque :

- Achats excessives.
- Hyper générosité.
- Humeur coléreuse.
- Désinhibé (il insulte ses parents).
- Hypervigilance.
- Tachypsychie (il parle avec un rythme accéléré).
- Des idées de surestime :

"أَنَا كَنَهْدَرُ بَرَّافُ دِيَالُ لَأَعَاتُ وَ كَنَنْقُنُ بَرَّافُ دِيَالُ لَحَدَمَاتُ"

Ø Un syndrome délirant :

- Délire de grandeur :

"أَنَا هُوَ لَمَلِكًا، بِلَيَقِينُ فُللَّهُضَفًا لَنِي اللهُ أَنَا عَنْدِي حِطْيَةِ خَارِقَةَ"

- Délire mystico-religieux :

"أَنَا هُوَ اللهُ"

Avec une conviction totale :

"بَلَيَقِينُ فُللَّهُ" "يَدِيرُو لِي بِيغِيثُو أَنَا هُوَ اللهُ"

Ø Trouble instinctuel type : insomnie infatigable.

Ø Insight « négatif ».

2. Les diagnostics à évoquer :

- Manie avec caractéristiques psychotique :
 - § Antécédents personnel et familiaux de dépression.
 - § Retour à l'état prémorbide.
 - § Syndrome maniaque.
 - § Syndrome délirant.
 - § Absence de syndrome dissociatif.
- Trouble psychotique bref : (début depuis 10 jours, installation brutale, ce qui est contre c'est l'absence des troubles perceptifs).

3. Diagnostic retenu :

- ✓ Manie avec caractéristiques psychotique dans le cadre de trouble bipolaire type I.

4. Prise en charge :

- Ø Hospitalisation vu hétéroagressivité et l'accès maniaque.
- Ø Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.
- Ø Réaliser un examen clinique complet.
- Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.
- Ø Traitement :
 - § Si le patient refuse le traitement, on commence par la voie injectable : (Halopéridol 1Amp de 5mg + Diazépam 1Amp de 10mg) deux fois par jour, soit (Chlorpromazine 1Amp de 25mg + Diazépam 1Amp de 10mg) deux fois par jour.
 - Pendant 48h à 72h.
 - Puis on passe à la voie orale dès que le patient accepte de prendre son traitement :

Valproate de Sodium 1000 à 1500 mg /jr.

Antipsychotiques atypiques : selon l'AMM dans le trouble bipolaire,
Olanzapine 10mg/jr le soir.

Neuroleptiques sédatifs : Chlorpromazine 200mg matin et soir.

- Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).
- Ø Bilan biologique standards de contrôle + la dépakinémie après trois mois, puis chaque six mois.
- Ø Envisager la sortie après disparition des idées délirantes et des symptômes maniaques et acceptation du traitement.
- Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.

✓ Cas clinique N°29 corrigé :**1. Analyse sémiologique :**

Ø Terrain : patiente jeune de 25ans.

Ø Pas de facteurs déclenchant évident.

Ø Syndrome dépressif :

- Humeur dépressif.
- Anhédonie : elle n'a plus envie de faire ses activités quotidiennes ou de sortir.
- Troubles instinctuels : trouble de sommeil, anorexie, asthénie et perte de poids.

Ø Angoisse.

2. Le diagnostic à évoquer : il a un seul diagnostic qui est le diagnostic retenu et c'est la dépression anxieuse vu le tableau clinique en faveur.

3. Prise en charge :

Ø Pas d'indication à l'hospitalisation.

Ø Expliquer à la patiente sa maladie et l'importance du traitement médicamenteux.

Ø Traitement médicamenteux :

§ Antidépresseur : la Paroxétine 20mg le soir.

§ Anxiolytique avec dégression sur un mois : Nordazépam 7.5mg.

Ø A revoir la patiente si aggravation du tableau clinique aux urgences.

Ø Evaluation trois à quatre semaines pour voir les effets secondaires et la réponse au traitement.

Ø Maintenir le traitement au moins six mois.

Ø Surveillance en ambulatoire.

✓ Cas clinique N°30 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

Ø Terrain : sujet jeune de 25ans.

Ø Suivi en psychiatrie depuis 05ans pour un trouble psychiatrique chronique.

Ø Eléments stressant : père autoritaire, l'échec

Ø Syndrome délirant :

- Délire de persécution à mécanisme interprétatif :

"مَي تَدِير لِي لَدَوِي دَوَّ مَ فُلْمَا كَلْتَة , اِهْيَا سُدْبَلْ فُلْعَجْرَا لِحْسِي لِي فَا , وَ لِحْرِيْقْ لِي تَيَجْرِي فُلْاِنْتَصَبْ وَ تَيَمْشِي
لُجَدْرُ فَخْدِي"

Et intuitif :

"كُلْشِي صَدِّي بِ غِيْبِيْنُ يَفْتُوْنِي , حَتَّى مَي مَعَهُمْ"

Avec une conviction total et participation affectif.

Ø Syndrome hallucinatoire : hallucinations visuelles :

"كُنْشُوْفُهُ مَ حَظِيْبِيْنِي اِبْ لَكَا مَرَاتَا فُلْدَاْر"

"تَيَخْنُوْنِي وَ مَرَا فَيْبِيْنُ كَاْع ل تَوَّ كَاْت لِي لِي"

Ø Syndrome dépressif :

- Hypomimie.
- Désir de mort ; idéations suicidaires.
- Idées de sous-estime : "مَا بَقِيْتُ طَدَلْح لُو لُو"
- Tentative de suicide dans le cadre dépressif.

"مَنْ شَدَلْ هَادِي وَ اَنَا كَنَفَكْرُ فُلْاِنْتَحَار"

"لَمُوْتْ لِي لِي اَحْسِنْ مَلْ لِحْيَاة دِيَالِي"

2. Diagnostics à évoquer :

- Rechute d'une schizophrénie compliquée d'une dépression.
- Dépression à caractéristiques psychotiques (ce qui est contre : le patient connu psychotique, les symptômes psychotique apparait avant les symptômes dépressif).

3. Le diagnostic retenu :

- ✓ La rechute d'une schizophrénie compliquée d'une dépression.

4. Prise en charge :

- Ø Hospitalisation vu les fortes idées suicidaire et le passage à l'acte.
- Ø Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.
- Ø Réaliser un examen clinique complet.
- Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.
- Ø Traitement médicamenteux :
 - § Antipsychotiques atypiques vu que le patient est jeune :
Risperidone 4 à 6 mg/jr.
 - § Neuroleptiques sédatifs : Lévomépromazine 200 à 300mg/jr.
 - § Antidépresseur :
Perfusion de Clomipramine « Anafranil » après réalisation d'un ECG :
J1 : 1Amp d'Anafranil 25mg + 1Amp de Valium 10mg dans 500cc de SG 0,5% en IVL.
J2 : 2Amp d'Anafranil 25mg + 1Amp de Valium 10mg dans 500cc de SG 0,5% en intraveineuse lente (IVL).
J3 =>J10 : 3Amp d'Anafranil 25mg + 1Amp de Valium 10mg dans 500cc de SG 0,5% en IVL.
 - § Anxiolytique : Diazépam 5mg : 1cp à midi et 1cp le soir.

- Ø Surveillance du risque suicidaire+ + +.
- Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).
- Ø Bilan biologique standards de contrôle après 03mois.
- Ø Envisager la sortie après disparition des idées délirantes, du syndrome hallucinatoire, la disparition de l'humeur dépressive et l'acceptation du traitement.
- Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.

✓ Cas clinique N°31 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

Ø Terrain : sujet de 48ans,

Ø Antécédents depuis 12ans d'une hospitalisation d'un mois avec retour complet à l'état prémorbide.

Ø Syndrome manique :

- Logorrhée.
- Dépenses excessives.
- Désinhibition.
- Jovialité et labilité de l'humeur.
- Projets multiples.
- Accélération psychomotrice.
- Insomnie infatigable.

Ø Délire de grandeur :

"أنا هُوَا لِمَلِك, أَنَا هُوَ وَأَد لِمَلِك, كَتَحْدَمُ مَلَع لِمُخَابَرَات"

"أنا وَاَعْرُ فُكُ لَشِي, تَتَعَرَفُ نُبِيرُ كَاغ لَخْدِمَات, أَنَا رَا هُ كُنْتُ زُوِين بَرَّف, زِيْن لِيهِ فَوَا مَا كَايُنْش, تَقُولُ هُوَ لَأِي رَشِيدُ أَوْ أَحْسَنُ"

مَنُو, شَفَنِي بِنْتِي هِيَ أَجْمَلُ بِنْتَا فُلْمَعْرَب..."

2. Un seul diagnostic à évoquer :

✓ Manie avec caractéristiques psychotiques dans le cadre d'un trouble bipolaire.

§ Antécédents psychiatriques.

§ Syndrome maniaque.

§ Délire de grandeur.

3. Prise en charge :

Ø Hospitalisation vu : l'accès maniaque.

Ø Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.

- Ø Réaliser un examen clinique complet.
- Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.
- Ø Sérologie syphilitique TPHA/VDRL.
- Ø Traitement :
 - § Si le patient refuse le traitement, on commence par la voie injectable :
(Halopéridol 1Amp de 5mg + Diazépam 1Amp de 10mg) deux fois par jour, soit (Chlorpromazine 1Amp de 25mg + diazépam 1Amp de 10mg) deux fois par jour.
Pendant 48h à 72h.
Puis on passe à la voie orale dès que le patient accepte de prendre son traitement :
 - Valproate de Sodium 1000 à 1500 mg /jr.
 - Antipsychotiques atypiques : selon l'AMM dans le trouble bipolaire, Olanzapine 10mg/jr le soir.
 - Neuroleptiques sédatifs : Chlorpromazine 200mg matin et soir.
- Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes maniaques et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).
- Ø Bilan biologique standards de contrôle après trois mois + la dépakinémie puis chaque six mois.
- Ø Envisager la sortie après disparition des idées délirantes et des symptômes maniaques et acceptation du traitement.
- Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.

✓ Cas clinique N°32 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

- Ø Terrain : sujet jeune de 30ans,
- Ø Sans antécédents pathologiques notables,
- Ø Consommation occasionnel du cannabis.
- Ø Syndrome délirant :
 - Délire mystico-religieux :

" هَظَفَ نِي اللَّهِ... رَاهُ مُمَكِّنٌ نُّكُونُ أَنَا هُوَ لِمَهْدِي لِمُنْتَظَرٌ "

Avec une conviction partielle.

Ø Syndrome maniaque :

- Raccourcissement du temps de sommeil : il ne dort que 2h par nuit.
- Logorrhée.
- Achats excessives.
- Générosité excessive.
- Hypermnésie : il raconte des faits avec trop de détail.
- Fuites des idées : chaque idée lui rappelle une autre.

Ø Syndrome hallucinatoire :

- Hallucinations visuelles et auditives : il entendait des gens disaient :

" هَذَا شَحَلٌ وَحَنَا نَسَلُ يُدَوِّكُ زَارَتْنَا لِبَرَكَهٌ ."

Et qu'il est arrivé à Mly Driss en suivant des signes, des gens qui lui disaient par où il doit passer, quel chemin emprunter à l'entrée.

2. Les diagnostics à évoquer :

- Trouble psychotique bref.
- Manie avec caractéristiques psychotiques.

3. Le diagnostic retenu :

- ✓ Trouble psychotique bref vu la présence des hallucinations.

4. Prise en charge :

- Ø Hospitalisation vu : la réquisition de police et la poursuite judiciaire.
- Ø Réaliser une TDM cérébral pour éliminer l'organicité.
- Ø Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.
- Ø Réaliser un examen clinique complet.
- Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.
- Ø Traitement médicamenteux :
 - § Antipsychotiques atypiques : Amisulpride 400 à 600mg/jr.
 - § Neuroleptiques sédatifs : Chlorpromazine 200mg /jr.Maintenir le traitement pendant au moins une année.
- Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).
- Ø Bilan biologique standards de contrôle après trois mois.
- Ø Envisager la sortie après disparition des idées délirantes, du syndrome hallucinatoire, le syndrome maniaque et l'acceptation du traitement.
- Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.

✓ Cas clinique N°33 corrigé :

1. Analyse sémiologique :

- Ø Terrain : sujet de 56ans,
- Ø Suivi pour trouble psychiatrique chronique ;
- Ø Antécédents familiaux de troubles psychiatriques.
- Ø Humeur neutre.
- Ø Syndrome délirant :

- Délire mystico-religieux :

"لَمَلَايِكَةُ جَابُوا لِي تَأْبُوتُ دِيَالُ لِدَّهَبْ"

"لَا لِمَهْدِي لِمُنْتَظَر"

- Délire de grandeur :

"أَنَا مَبْشُورٌ مِنْ اللَّهِ... أَنَا عِنْدِي السُّلْطَانَةُ لِدَّهَبْ..."

Avec une conviction totale à son délire.

- Ø Hallucinations visuelles et auditives :

"الْأَرْوَاحُ تَبْعَلُو نِي وَكُلُّ شَيْءٍ"

"لَمَلَايِكَةُ جَابُوا لِي تَأْبُوتُ..."

Donc il voit les anges et parle avec les esprits.

- Ø Désorganisation :

- Affect émoussé.
- Relâchement des associations idéiques.
- Passage du coq à l'âne.
- Réponses à côté.
- Rires immotivés.

2. Diagnostics à évoquer :

- Schizophrénie en rechute :
 - § Chronicité du trouble depuis 30ans.
 - § Antécédents familiaux.
 - § Désorganisation.
 - § Le syndrome délirant.
 - § Délire chronique non dissociatif.
 - § Les hallucinations.
- Etiologie d'origine organique (à ne pas éliminer).

3. Diagnostic retenu :

- ✓ Rechute d'une schizophrénie.

4. Prise en charge :

- Ø Hospitalisation : réquisition de police et poursuite judiciaire.
- Ø Réaliser une TDM cérébral pour éliminer l'organicité et une sérologie syphilitique (VDRL/TPHA).
- Ø Prise des constantes et prise de poids, faire un ECG.
- Ø Réaliser un examen clinique complet.
- Ø Bilan biologique préthérapeutique : NFS, ionogramme sanguin, glycémie, bilan hépatique et lipidique, urée/créatinémie.
- Ø Traitement médicamenteux :
 - § Antipsychotiques atypiques : Olanzapine 10mg/jr le soir.
 - § Neuroleptiques sédatifs : Chlorpromazine 100mg /jr.
- Ø Surveillance clinique de la disparition des symptômes et la tolérance du traitement (surveillance du poids, symptômes extrapyramidaux, bilan biologique).
- Ø Bilan biologique standards de contrôle après trois mois.

- Ø Envisager la sortie après disparition des idées délirantes et des symptômes de désorganisation, les hallucinations et acceptation du traitement.
- Ø Surveillance en ambulatoire clinique et thérapeutique.

V. Comparaison et évaluation de l'étude

1. Comparaison avec d'autres travaux similaires

L'enseignement de la psychiatrie au Maroc a connu une évolution importante ces dernières années. Des applications statiques, dynamiques et même smartphone qui montrent des vidéos de simulation de pathologies psychiatriques à visée démonstrative en termes de sémiologie et même en terme de psychiatrie de liaison ont été élaborées auparavant [30,31,32], aussi bien un support audio rapportant l'expression des troubles dépressifs et anxieux dans le contexte marocain, accompagné de cas cliniques corrigés comportant un paragraphe élaboré en arabe dialectal. [33]

Dernièrement une application smartphone des urgences psychiatriques était le sujet d'une thèse à la faculté de médecine de Fès. [34]

Notre travail étant des « cas cliniques » corrigés avec une analyse sémiologique, clinique et thérapeutique. Notre illustration comporte des paragraphes élaborés en arabe dialectal rapportant les dires des patients et puis ces mêmes paragraphes traduits en français, ces cas sont vivants et réels recrutés des urgences psychiatriques qui s'intéressent essentiellement à la particularité de l'expression des symptômes d'urgences psychiatriques dans notre contexte marocain.

Ce travail tient à recréer les conditions de la consultation en mettant le médecin/l'étudiant en situation, en questionnant le lecteur et en le guidant dans la démarche diagnostique et thérapeutique pour une meilleure formation médicale.

Sur l'échelle internationale, nous avons trouvé une seule étude presque similaire en France dont le titre est « cas cliniques en psychiatrie » sous forme des observations cliniques, Chaque observation débute par une présentation du cas clinique, puis l'exposé est divisé en sections correspondant aux étapes successives de la prise en charge du patient. [35]

2. Evaluation de l'étude

Dans le but d'évaluer notre travail et d'apporter d'éventuelles améliorations à notre étude dans le futur selon le besoin des étudiants, nous avons réalisé une séance de présentation du travail au profit de 56 étudiants en 5^{ème} année médecine effectuant leur stage au service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès.

Durant cette dernière qui a durée 2heures, nous avons expliqué notre étude et son intérêt, puis nous avons présenté des cas cliniques dont on a fait leurs discussion clinique de façon interactive.

Notre travail est évalué auprès de 56 étudiants en 5^{ème} année médecine à travers un questionnaire de satisfaction (annexes).

L'évaluation a abouti à une bonne appréciation quasiment généralisée de la part des étudiants concernés (95%) ; ces derniers ayant ressenti l'apport de notre travail au système pédagogique de l'enseignement de la psychiatrie au Maroc.

Les suggestions conséquentes sont alors réparties selon les taux suivants :

- 15% des étudiants ont proposé d'associer des séquences vidéos aux cas cliniques.
- 5% des étudiants ont proposé de d'associer des QCM enrichis par des justifications de réponses.

VI. Apports, limites et perspectives

1. Apports

Les apports de ce travail peuvent être regroupés autour de deux grands axes :

- Ø Elaborer une référence pédagogique à l'intention des étudiants en médecine et des praticiens hospitaliers qui leurs permettent d'acquérir les compétences nécessaires pour poursuivre une démarche diagnostique et un raisonnement médicale devant une situation d'urgence psychiatrique.
- Ø Enrichir les outils pédagogiques de l'enseignement de la psychiatrie au sein des services hospitaliers et dans les cours magistraux de la psychiatrie des Facultés de Médecine et de Pharmacie.

2. Limites

Au cours de notre travail, nous étions confrontés à des difficultés qui ont été portées sur différents axes :

- Recrutements des malades aux urgences psychiatriques il n'y avait pas seulement les vraies urgences mais aussi les psychoses chroniques stabilisées, les troubles dépressifs et anxieux, les céphalées chroniques...donc parmi 100 consultations il y avait presque 10 cas d'urgences dont la plupart est à traiter en ambulatoire.
- Nous avons essayé de recruter des malades ayant une richesse sémiologique, mais certains malades étaient réticents ou mutiques et donc l'examen clinique était basé essentiellement sur les dires de la famille ; certains malades n'étaient pas accompagnés par leurs familles rendant le recueil de l'histoire des troubles difficile.
- Le temps de réalisation d'un examen psychiatrique complet aux urgences n'était pas suffisant.
- Les cas cliniques ne sont pas illustrés par un support audio-visuel.

3. Perspectives

- Ø Nous visons à élaborer des simulations audiovisuelles des pathologies des urgences psychiatriques.
- Ø Des enseignements dirigés de mises en situation joués par des acteurs professionnels peuvent également être envisagés.
- Ø L'apport de nouveaux moyens comme les « serious games ». Ces logiciels combinant aspects sérieux (enseignement, apprentissage, etc.) et ressorts ludiques issus du jeu vidéo pourraient par exemple offrir des stratégies d'enseignement innovantes basées sur la simulation d'entretiens psychiatriques. L'utilisation d'avatars permettrait alors des mises en situations cliniques pratiques pour les étudiants.

CONCLUSION

La psychiatrie est une spécialité médicale qui se consacre au diagnostic, à la prévention et au traitement des maladies mentales.

Les urgences psychiatriques sont des situations fréquentes en médecine générale, ils se composent d'un vaste ensemble de situations et de pathologies ayant en commun la nécessité d'une réponse urgente ; la difficulté réside dans ce polymorphisme ; le diagnostic des urgences psychiatriques porte sur le traitement d'informations complexes concernant les symptômes, comportements, émotions associées, et substrats neurobiologiques éventuels, durant le recueil de narrations et l'observation d'événements psychologiques réels.

Notre étude est sous forme de cas cliniques des différentes situations d'urgence les plus fréquentes en consultation de médecine générale. Dans ces cas cliniques, un paragraphe a été élaboré en arabe dialectale rapportant les dires des patients et puis traduit en français dans le but de soulever les particularités culturelles de la pathologie de l'urgence psychiatrique dans le contexte marocain. Cela permettra aux étudiants en médecine et aux praticiens hospitaliers d'acquérir les compétences nécessaires pour poursuivre une démarche diagnostique et un raisonnement médical devant une situation d'urgence psychiatrique.

Nous espérons associer des simulations audiovisuelles des pathologies des urgences psychiatriques aux cas cliniques et apporter des nouveaux moyens et des logiciels afin d'enrichir plus les outils pédagogiques de l'enseignement de la psychiatrie.

RESUMES

RESUME

L'urgence en psychiatrie se définit comme étant 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.

Notre étude consiste à soulever les particularités culturelles de la pathologie de l'urgence psychiatrique dans le contexte marocain, à travers les cas cliniques des patients recrutés des consultations des urgences psychiatriques à l'hôpital Ibn Al Hassan de Fès.

Nous avons élaboré 33 cas cliniques réels des patients recrutés des urgences psychiatriques de Fès, tout en rapportant les expressions des malades en arabe dans le cas clinique puis nous avons réalisé une analyse sémiologique en relevant tous les éléments sémiologiques du cas clinique et en abordant une discussion diagnostique en se basant sur les critères de diagnostics de la DSM5.

Notre étude permet aux étudiants en médecine et aux praticiens hospitaliers d'acquérir les compétences nécessaires pour poursuivre une démarche diagnostique et un raisonnement médical devant une situation d'urgence psychiatrique.

Notre travail vise à offrir aux étudiants un outil pédagogique pour l'apprentissage des urgences psychiatriques et à enrichir les outils pédagogiques de l'enseignement de la psychiatrie au sein des services universitaires de psychiatrie et dans les cours magistraux de la psychiatrie des Facultés de Médecine et de Pharmacie au Maroc.

ABSTRACT

Emergency psychiatry is defined as a request whose response cannot be delayed; there is urgency from the moment when someone asks the question, whether it be the patient, the entourage or the doctor: it requires a rapid and adequate response from the healthcare team in order to mitigate The acute character of psychic suffering.

Our study consists in raising the cultural peculiarities of the pathology of the psychiatric emergency in the Moroccan context, through the clinical cases of the patients recruited from the consultations of the psychiatric emergencies at the hospital Ibn Al Hassan of Fez.

We have elaborated 33 real clinical cases recruited from the psychiatric emergencies of Fez, while reporting the expressions of the patients in Arabic in the clinical case and then we carried out a semiological analysis by recording all the semiological elements of the clinical case and by discussing a diagnosis in based on the diagnostic criteria of the DSM5.

Our study allows medical students and hospital practitioners to acquire the necessary skills to pursue a diagnostic approach and medical reasoning in a psychiatric emergency.

Our work aims to offer students a pedagogical tool for the learning of psychiatric emergencies and to enrich the pedagogical tools of the teaching of psychiatry in the psychiatry department of the CHU Hassan II of Fez and in the lectures of psychiatry of the Faculty of Medicine and Pharmacy.

مـــلخص

يتحدث عن مسرعات الطوارئ كطب لا يدتمل أخيرا لجوب. تبتلح الالة مسرعة ب مجرد طراح لسؤل، سواء مل لمرضى أو لطبيب أو لمديط، يتطلب تجا بفقروية من اسبة من فورا يؤوع ااية لطيبة لالتخفيف من لحدق الالة فسيية.

تتمثل اسرنا فلي تخر الج لحد الشقية من لالة فسيية لارئة افليسي اق لامغربي، من لال الالسرير ية لمرضى لالتي تيم ار ه م لمن لمسر تالنت فسيية في سد تشفى ابن لاسن بفسل.

وقلعدنا 33 لسقر يردية قيلة تجار ه امن لمسر تالنت فسيية في فسلى، مع ذق تعبيرات لمرضى لالغلة عربية لال لسقر ية لجر ية لالسيلا ي ادي امعد تخر احم ما يلع لالسيما ي ادية و فتحنقا اشتلخي لال ادا للمي ايلر تشخي لة ل DSM5.

تسرح سترنا لطلابو الطمم ار سدين في سد تشفى ك تلبلمه ار التلازمة ابعة نهج تشخيص و ال لم نطق لطبي فيج الالات لالو الرئ فسيية.

ويهم لال ليزويدا لالباد لوقبولية لال لالات لالو الرئ فسيية لثر الالو التلرودية ل تدرسا لال فسيي في سد تشفى لال امعي لال فسيي لالسلن اني بفسل وفيه لال لال فسيي من كاية او اللصيدة.

ANNEXES

Annexe 1

Tableau des médicaments utilisés aux urgences psychiatriques

		DCI	Nom commercial	Voie d'administration	Dose
<u>Neuroleptiques</u>		Haloperidol	Haldol* 5mg/ml Solution injectable	Voie parentérale	5mg en IM/12h
		chlorpromazine	Largactil* 25mg/ml Solution injectable	Voie parentérale	1-2 Amp IM/jr
			Largactil*cp de 100mg et 25mg sécable	Voie orale	50-200mg/jr
		Lévomépromazine	Nozinan* 25mg/ml, Amp de 1ml solution injectable	Voie parentérale	1-2 Amp IM/jr
			Nozinan*cp 25mg-100mg sécable	Voie orale	50 - 200mg /jr
<u>Anxiolytiques</u>	Benzodiazépines	Diazépam	Diapharm* 10mg solution injectable	Voie parentérale	Amp 100mg 1-2 IM / jr
		Alprazolam	Xanax*cp 0.5-1mg	Voie orale	0.5-4mg/jr
		Lorazépam	Temesta*cp 1mg et 2.5mg	Voie orale	1-7.5mg/jr
		Clobazam	Urbanil*cp 5-10mg	Voie orale	5-40mg/jr
		Bromazépam	Lexomil*cp 6mg	Voie orale	3-12mg/jr
	Autres	Hydroxyzine	Atarax*25mgc ps sécable	Voie orale	30-100mg/jr

Annexe 2

Numéro du cas clinique	Numéro de page de l'énoncé	Numéro de page du corrigé
N°1	52	109
N°2	54	111
N°3	56	113
N°4	59	116
N°5	61	118
N°6	63	120
N°7	65	122
N°8	67	125
N°9	69	127
N°10	71	129
N°11	72	131
N°12	74	133
N°13	75	135
N°14	77	137
N°15	79	140
N°16	81	142
N°17	83	144

Numéro du cas clinique	Numéro de page de l'énoncé	Numéro de page du corrigé
N°18	84	146
N°19	85	149
N°20	86	151
N°21	88	153
N°22	90	155
N°23	92	157
N°24	93	159
N°25	94	161
N°26	96	163
N°27	98	165
N°28	100	167
N°29	102	170
N°30	103	171
N°31	105	174
N°32	106	176
N°33	108	178

REFERENCES

- [1] NARROW WE. Revisited prevalence estimates of mental disorders in the US: Using significance criterion to reconcile 2 surveys estimates. Arch Gen Psychiatry 2002;59:115-23.
- [2] ROUILLON F. Epidémiologie des troubles psychiatriques (Epidemiology of psychiatric disorders). Annales Médico Psychologiques 166 (2008) 63-70.
- [3] MOUSSAWI D. la santé mentale au Maroc: Enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies. L'encephale (2007) supplement 4, S125-S126.
- [4] ALLANI L. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies psychiatriques. Enquête transversale auprès de 382 médecins généralistes. Thèse N° 078/17. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.
- [5] BARRIMI M. La psychiatrie de liaison au CHU Hassan II de Fès : étude transversale sur 36, mémoire d'obtention du diplôme de Spécialité. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès. Septembre 2013.
- [6] ATIK A. Expérience de la psychiatrie de liaison au sein de CHU HASSAN II de FES étude transversale sur 4 ans. Thèse N°034/14. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès
- [7] GUEDJ-BOURDIAU MJ. Urgences psychiatriques. 2008. 675 pages.
- [8] NESTOR PG. Neuropsychological and clinical correlates of murder and other forms of extreme violence in a forensic psychiatric population. J Nerv Ment Dis 1992; 4:418-23
- [9] HODGINS S. Mental disorder, intellectual disability and crime – evidence from a birth cohort. Arch Gen Psychiatry 1992; 49:476-83. World Psychiatry Octobre 2009-23.
- [10] HOBSON J, SHINE J. Measurement of psychopathy in a UK prison population referred for long term psychotherapy. Br J Criminol 1998;38:504-15.

- [11]. COID JW. How many psychiatric patients in prisons? *Br J Psychiatry* 1984;145:78-86.
- [12] BLAND RC, NEWMAN SC, DYCK RJ et al. Prevalence of psychiatric disorders and suicide attempts in a prison population. *Can J Psychiatry* 1990;35:407-13.
- [13]. STUART H. Suicide behind bars. *Curr Opin Psychiatry* 2003;16:559- 64.
- [14] COUIC-MARINIER F. PILLON F. Mise en place d'un traitement dans un contexte d'angoisse généralisée. *Actualités pharmaceutiques* • n° 558 • septembre 2016.
- [15] PRIETO N, ROUILLON F. Importance de l'enjeu en terme épidémiologique. Rapport de Psychiatrie. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. Paris: Masson; 2005.
- [16] PEDARRIOSSE A.-M. Attaque de panique et trouble anxieux. Du diagnostic à la prescription © 2014. Chapitre 26 page 170. Elsevier Masson SAS.
- [17] Organisation mondiale de la santé (OMS). Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Classification NLM : HV 6545.2014.
- [18] KUO WH, GALLO JJ, TIEN AY. Incidence of suicide ideation and attempts in adults: the 13 year follow-up of acommunity sample in Baltimore, Maryland. *Psychol Med*2001;31(7):1181—91.
- [19] NOCK MK, BORGES G, BROMET EJ, ALONSO J, ANGERMEYER M, BEAUTRAIS A, et al. Cross-national prevalence and risk fac-tors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*2008;192(2):98—105.
- [20] Collège de la Haute Autorité de santé / Service des bonnes pratiques professionnelles. Fiche mémo : Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours/ Juin 2015. Décision n°2015.0144/DC/SBPP.

- [21] Conduite à tenir devant une tentative de suicide :
<http://psychiatriefes.org/article/etudiants/cours-des-urgences>
- [22] ANGST J.A. bipolar spectrum concept : A brief review. *Bipolar Disorder* 2002 ; 4(suppl. I) :1-14.
- [23] BELLIVIER F, Critères d'hospitalisation d'un patient présentant un trouble bipolaire de l'humeur, Correspondance : Pôle de psychiatrie, CHU Henri Mondor, 94010 Créteil cedex.
- [24] DAYAN J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse ; 2007.
- [25] BLACKMORE ER, JONES I, DOSHI M, HAQUE S, HOLDER R, BROCKINGTON I, et al. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 2006;188:32-6.
- [26] KUMAR C, MCIVOR RJ, DAVIES T, BROWN N, PAPADOPOULOS A, WIECK A, et al. Estrogen administration does not reduce the rate of recurrence of affective psychosis after childbirth. *J Clin Psychiatry* 2003; 64:112-8.
- [27] Collège National des Gynéco-Obstétriciens Français (CNGOF). Item N°19 : Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum, module 2 : de la conception à la naissance.2010/2011.
- [28] CAILLIEZ P. Thèse : Psychoses du post-partum : les enjeux actuels, université Paris VAL-DE-MARNE, 2008.
- [29] DAYAN J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 36 (2007) 549-561.
- [30] HALOUANI S. Application smatphone en la psychiatrie de liaison. Thèse N°202/16. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

- [31] RHANDOUR W. Support audio-visuel d'apprentissage en pathologie psychiatrique. Thèse N°203/16. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.
- [32] BENHAMMOUCHE H. Élaboration d'un système d'aide à l'enseignement de la sémiologie psychiatrique. Thèse N° 013/17. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.
- [33] ZAIMI L. Système d'aide à l'enseignement des troubles dépressifs et anxieux. Thèse N°138/17. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.
- [34] MAHYAOUI Z. Application smartphone d'aide au diagnostic et prise en charge des urgences psychiatriques. Thèse N°155/17. Faculté de médecine et de pharmacie de Fès.
- [35] LOO H, OLIE JP. Livre « cas clinique en psychiatrie » 3^{ème} édition, Médecine-science Flammarion.2009.