

كلية الطب والصيدلة وطب الأسنان  
FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET DE MÉDECINE DENTAIRE



جامعة سيدي محمد بن عبد الله - فاس  
UNIVERSITÉ SIDI MOHAMED BEN ABDELLAH DE FES

Année 2022

Thèse N°073/22

CARACTÉRISTIQUES ET PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES A L'HÔPITAL GÉNÉRAL :  
Etude descriptive transversale au niveau du centre hospitalier provincial d'Ifrane  
(à propos de 172 cas)

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 17/02/2022

PAR

Mme. MERYEME ZGHARI OMMARI

Née le 17 Janvier 1997 à Sefrou

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Urgence psychiatrique – service d'accueil des urgences – Hôpital général  
Trouble neurologique fonctionnel – Tentative de suicide

JURY

M. AALOUANE RACHID.....PRÉSIDENT

Professeur de Psychiatrique

M. OTHEMAN YASSINE ..... RAPPORTEUR

Professeur agrégé de Psychiatrique

M. LAOUTID JAOUAD.....

Professeur agrégé d'Anesthésie réanimation

M. EL BENAYE JALAL .....

Professeur agrégé de Dermatologie

JUGES

M. KARROURI RABIE ..... MEMBRE ASSOCIE

Professeur assistant de psychiatrique

# PLAN

## SOMMAIRE

INTRODUCTION .....	8
PARTIE THEORIQUE.....	11
I. DEFINITION DE L'URGENCE PSYCHIATRIQUE : .....	12
II. CLINIQUE ET PRISE EN CHARGE DES PRINCIPALES URGENCES PSYCHIATRQUES:.....	13
1. Crise suicidaire : .....	13
1.1. Identification de la crise suicidaire :.....	14
1.2. Évaluation de la gravité de la crise suicidaire et le degré de l'urgence : .	15
2. Agitation psychomotrice : .....	18
2.1. Causes organiques et toxiques :.....	22
2.2. Causes psychiatriques :.....	23
2.2.1. Accès psychotique aigu : .....	23
2.2.2. Accès maniaque : .....	25
2.2.3. Agitation anxieuse : .....	27
2.2.4. Autres étiologies de l'agitation : .....	27
3. Trouble neurologique fonctionnel :.....	27
4. Incidents liés aux traitements psychotropes : .....	29
PARTIE PRATIQUE.....	34
I.ETUDE :.....	35
1. CADRE ET OBJECTIFS DE L'ETUDE :.....	35
2- POPULATION ET METHODES : .....	35
2.1. Population étudiée : .....	35

---

2.1.1. Critères d'inclusion :	35
2.1.2. Critères d'exclusion :	35
2.2. Méthodes :	36
2.2.1 Type d'étude :	36
2.2.2 Analyse des résultats :	36
<b>II- RESULTATS :</b>	<b>38</b>
1. ÉTUDE DESCRIPTIVE :	38
1.1. Caractéristiques sociodémographiques :	38
1.1.1. Age :	38
1.1.2. Sexe :	38
1.2. Caractéristiques cliniques :	39
1.2.1. Antécédents :	39
1.2.2. Mode de présentation aux urgences :	39
1.2.3. Prise en charge :	40
1.2.4. Orientation des patients :	41
1.3. Diagnostics :	42
1.3.1. Trouble neurologique fonctionnel (TNF) :	43
1.3.2. Tentative de suicide (TS) :	45
1.3.3. Accès psychotique aigu (APA) :	47
1.3.4. Accès maniaque :	47
2- FACTEURS ASSOCIES :	49
2.1-Trouble neurologique fonctionnel (TNF) :	50
2.2-Tentative de Suicide (TS):	51
2.3-Accès psychotique aigu (APA) :	52

---

<b>III. DISCUSSION.....</b>	<b>53</b>
<b>1. DISCUSSION DES RESULTATS :</b> .....	<b>53</b>
1.1. Discussion du profil sociodémographique des patients :.....	53
1.2. Discussion des types d'urgence et de leurs prises en charge :.....	56
1.2.1 Trouble neurologique fonctionnel (TNF) :.....	56
1.2.2. Tentative de suicide (TS) :.....	60
1.2.3. Accès psychotique aigu (APA) :.....	63
1.2.4. Accès maniaque : .....	65
1.2.5. Autres diagnostics :.....	65
<b>2. RECOMMANDATIONS GENERALES :</b> .....	<b>66</b>
<b>3. LIMITES DE L'ETUDE :</b> .....	<b>67</b>
<b>RESUMES .....</b>	<b>71</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>75</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>77</b>

## **LISTE DES ABREVIATIONS :**

**APA** : Accès psychotique aigu

**DSM**: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**SAU** : Service d'accueil des urgences

**TNF** : Trouble neurologique fonctionnel

**TS** : Tentative de suicide

---

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> :Niveau d'urgence de la crise suicidaire .....	17
<b>Tableau 2</b> :Etude descriptive de la population étudiée .....	48
<b>Tableau 3</b> :Répartition des paramètres étudiés selon le diagnostic.....	49
<b>Tableau 4</b> :Facteurs associés au trouble neurologique fonctionnel (TNF) .....	50
<b>Tableau 5</b> :Facteurs associés à la tentative de suicide (TS) .....	51
<b>Tableau 6</b> :Facteurs associés à l'accès psychotique aigu (APA) .....	52
<b>Tableau 7</b> :Profil épidémiologique dans les différentes séries .....	55
<b>Tableau 8</b> :Profils des tentatives de suicide dans différentes séries. ....	63

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> :Répartition des patients selon le sexe .....	38
<b>Figure 2</b> :Mode de présentation des patients aux urgences .....	39
<b>Figure 3</b> :Répartition des patients selon l'orientation .....	41
<b>Figure 4</b> :Répartition des patients selon le diagnostic .....	42
<b>Figure 5</b> :Symptômes à l'admission des patients ayant un trouble neurologique fonctionnel .....	44
<b>Figure 6</b> :Moyens utilisés dans la tentative de suicide .....	46

# INTRODUCTION

L'urgence psychiatrique correspond à toute demande psychiatrique dont la réponse ne peut être différée. A la lumière de cette définition, toute décompensation psychiatrique peut être considérée comme urgence et doit être traitée comme telle. L'absence d'hôpitaux psychiatriques dans les petites villes, fait que la majorité de ces urgences soit adressées aux services d'accueil des urgences (SAU) des hôpitaux généraux, où l'équipe médicale est chargée de "filtrer" et "organiser" ces demandes de soins, ainsi que d'offrir une prise en charge adéquate.

Ainsi, l'équipe soignante fait face à plusieurs défis : éliminer une urgence organique vitale pouvant se présenter sous forme de tableau psychiatrique. Gérer les troubles de comportement pouvant atteindre le degré d'agitation, avec tous les risques inhérents d'auto et hétéro-agressivité. Maîtriser l'usage de psychotropes aux urgences dans un contexte où le choix de molécules est souvent limité. Décider de l'orientation, ou non, des patients ultérieurement vers une prise en charge spécialisée immédiate ou différée, avec tout ce que cela implique en matière d'évaluation du risque de passage à l'acte qui reste souvent imprévisible ; et bien sûr organiser des transferts sécurisés vers des structures spécialisées quand le cas le nécessite.

La prévalence des urgences psychiatriques qui se présentent dans un hôpital général est très variable d'un pays à l'autre. Elle est estimée à 10.9% aux états unis [1], à 5% en grande Bretagne [2] et une étude française suggère une prévalence de 38 % [3]. Au Maroc, nous n'avons pas de données sur la prévalence et la nature des urgences psychiatriques reçues au niveau des SAU des hôpitaux généraux, ce qui ne permet pas d'évaluer le besoin en formation, dans ce domaine, pour les médecins et surtout les jeunes internes qui représentent souvent les principaux intervenants dans les situation d'accueil des urgences.

Dans ce travail, nous allons essayer de faire un état des lieux des urgences de nature psychiatrique reçues dans un hôpital général, ainsi que de la suite qui leur est donnée. Cela permettra de mettre en exergue les situations problématiques auxquelles les médecins et internes devront être préparés.

# PARTIE THEORIQUE

Dans cette partie de notre travail, nous allons aborder différents types d'urgences psychiatriques qui se présentent aux services d'accueil des urgences (SAU) d'un hôpital général. Nous allons d'abord définir l'urgence psychiatrique, ainsi que la clinique des principales urgences psychiatriques et leur prise en charge.

## **I. Définition de l'urgence psychiatrique :**

La communauté psychiatrique définit l'urgence psychiatrique comme toute demande dont la réponse ne peut être différée. Il est considéré qu'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 alors une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique. [4]

L'urgence psychiatrique peut être répartie en trois groupes : [5]

- L'urgence psychiatrique "pure", qui désigne la décompensation aiguë d'une affection psychiatrique caractérisée.
- Les urgences psychiatriques "mixtes", nécessitant une prise en charge psychiatrique et médicale comme le cas d'une tentative de suicide.
- Les situations de crises, représentées par des états aigus et transitoires caractérisés par des réactions émotionnelles intenses, le plus souvent dans des contextes de stress, à la suite d'événements de conflit..., nécessitant une demande urgente de soins psychiatriques. Ce besoin urgent de la consultation peut être exprimé par le patient ou son entourage et un passage à l'acte est à craindre dans certaines situations (crises clastiques).

## **II. Clinique et prise en charge des principales urgences psychiatriques:**

### **1. Crise suicidaire :**

La crise suicidaire est définie comme une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Elle constitue un moment d'échappement, un état réversible et temporaire d'insuffisance des moyens de défense de l'individu, qui le place en situation de souffrance et de rupture de l'équilibre relationnel avec lui-même et son environnement. [6]

La crise suicidaire n'est pas un cadre nosographique simple. La tentative de suicide ne représente qu'une des manifestations possibles de la crise, mais lui confère sa gravité. D'ailleurs, la sémiologie variable de la crise suicidaire la rend difficile à identifier des fois, vu que les symptômes peuvent différer en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation.

Cliniquement, l'envahissement des idées suicidaires n'est pas toujours explicitement exprimé par la personne souffrante, il peut se manifester par une aggravation récente des symptômes chez les patients suivis pour un trouble psychiatrique (isolement chez un patient dépressif, aggravation d'un trouble de panique, rechute des conduites addictives ...) ou bien par des plaintes organiques vagues, un état inhabituel de nervosité voire une agitation.

Tout de même, vu que l'expression d'intentions suicidaires est rare chez l'enfant et souvent banalisée chez l'adolescent, la crise suicidaire peut se révéler chez les patients de ces tranches d'âge sous forme de troubles de communication et d'apprentissage, d'un fléchissement scolaire, un isolement ou bien une hyperactivité, ainsi que des préoccupations exagérées par la mort ou la violence sur soi ou autrui.

Dans un autre registre, chez le sujet âgé, la crise suicidaire peut se manifester sous forme d'un repli sur soi, un refus d'alimentation, de soins ou un manque de communication et un désintérêt. Les patients âgés vivant seuls, avec des maladies limitant leur autonomie, ou à l'origine de douleurs persistantes et d'insomnie, sont plus à risque de suicide.

Par ailleurs, l'évolution de la crise suicidaire peut se faire vers un syndrome pré-suicidaire de Ringel qui se caractérise initialement par une diminution de la réactivité émotionnelle, conduisant à la prédominance des pensées et des émotions négatives, au pessimisme, et au sentiment d'impuissance. Ensuite, une réduction des capacités de raisonner et de s'adapter chez la personne souffrante est observée, d'où la survenue d'idées de désespoir, de dévalorisation et la diminution des échanges interpersonnels, résultant en un repli sur soi et un retrait social. Puis, le renfort des idéations suicidaire et la perception du suicide comme la solution d'une situation d'impasse, conduit à la transformation de la souffrance interne du sujet en une agressivité envers soi et éventuellement vers le suicide. [7]

La prise en charge de la crise suicidaire commence d'abord par son identification, et l'évaluation de sa gravité.

### **1.1. Identification de la crise suicidaire :**

Comme mentionné auparavant, la symptomatologie de la crise suicidaire est riche et variable, et en dehors des présentations franches (admission dans le cadre d'une tentative de suicide ou un trouble dépressif franc), son identification s'appuiera sur la recherche des éléments suivants :

- Un contexte suicidaire : présence des idées suicidaires et leur fréquence, présence d'une intention de mourir qu'elle soit communiquée au praticien ou à une

autre personne, un sentiment de désespoir, des conduites de préparation de l'acte suicidaire.

- Des signes de vulnérabilité psychique : troubles de l'image de soi, une instabilité comportementale, dont l'impulsivité et l'agressivité.
- Des changements de comportements récents : un repli sur soi, une diminution des échanges interpersonnels, des conduites à risque [6].

Nous rappelons qu'il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur la présence d'idées suicidaires en cas de suspicion d'une crise suicidaire.

### **1.2. Évaluation de la gravité de la crise suicidaire et le degré de l'urgence :**

Pour évaluer la gravité de la crise suicidaire, il est souhaitable d'explorer les axes suivants :

- Le niveau de la souffrance : désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité.
- Le degré d'intentionnalité : idées envahissantes, présence de ruminations, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, prise en vue d'un passage à l'acte (plan élaboré, scénario établi, lettre d'adieu, testament).
- Les éléments d'impulsivité : tension psychique importante, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents (auto ou hétéroagressivité).
- Présence d'un élément précipitant : conflit, échec, rupture, décès...

- Disponibilité de moyens létaux : médicaments, produits toxiques, armes, etc.
- La qualité du soutien de l'entourage : Capacité de la famille d'offrir un soutien ou inversement, la présence de conflits familiaux qui peuvent pérenniser la souffrance du patient.

Après l'évaluation de ces éléments, il est recommandé de stratifier le degré de l'urgence selon un niveau faible, moyen ou élevé. Le tableau suivant détaille les éléments permettant de juger le degré de l'urgence (tableau 1). [6]

**Tableau 1 : Niveau d'urgence de la crise suicidaire**

Niveau d'urgence faible	Niveau d'urgence moyen	Niveau d'urgence élevé
N'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant	Présente un équilibre émotionnel fragile	Trouve que sa souffrance est omniprésente
Pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis	Envisage le suicide avec une intention claire	Est décidé, a planifié et prévu le passage à l'acte dans les jours qui suivent
Désire de parler et ouvert à la communication	A besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi	Détaché de ses émotions avec une rationalisation de l'acte suicidaire ou au contraire, très émotif, agité et troublé
Cherche des solutions à ses problèmes	Est convaincu que le suicide est la seule solution pour mettre fin à sa souffrance	Désespéré, convaincu d'avoir déjà tout fait et essayé
Pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise	A envisagé un scénario suicidaire dont l'exécution a été reportée	A un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider
A une bonne alliance thérapeutique avec le médecin traitant	Est isolé	Est très isolé

Le service d'accueil des urgences (SAU) accueille généralement les crises suicidaires après un passage à l'acte, ou bien sous forme d'une symptomatologie anxieuse (agitation), somatique (perte de poids, refus d'alimentation) ou toxicologique (intoxication alcoolique). Certes, la temporalité de l'urgence rend difficile d'évaluer tous ces paramètres, mais il est souhaitable de les chercher lors de l'entretien psychiatrique. Après l'évaluation initiale au SAU, une hospitalisation brève ou bien le suivi dans une structure spécialisée doivent être indiqués. L'hospitalisation est indiquée dans les cas suivants :

- Risque suicidaire élevé.
- Situation d'insécurité sévère dans les perspectives de sortie.
- Perplexité anxieuse sans distanciation vis à vis de la souffrance psychique. [6]

Dans les autres cas, un avis spécialisé est obligatoire. Il faut noter que lors de l'évaluation initiale une souffrance tolérable doit être écoutée, mais dans le cas inverse (grande perplexité anxieuse, agitation), il convient de la soulager par un traitement symptomatique (prescription d'un anxiolytique). Également, il faut écouter la famille et les accompagnants du patient, car ils ont souvent un rôle important à jouer dans son suivi.

## **2. Agitation psychomotrice :**

Un état d'agitation est défini selon le « diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 » (DSM-5) comme « une activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure. L'activité est en général improductive et stéréotypée. Elle se traduit par des comportements tel que la marche de long en large, l'impossibilité

de tenir en place, des frottements des mains, le fait de tirailler ses vêtements, l'incapacité de rester assis ». [6]

L'agitation doit être distinguée de l'hyperactivité, dans laquelle la motricité est orientée vers un but. Elle doit également être distinguée de l'akathisie, qui correspond à une déambulation impérieuse afin de diminuer une tension interne.

Contrairement à la croyance commune, l'agitation n'est pas synonyme de l'agressivité, mais peut conduire à des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs, qui motivent généralement la consultation aux urgences. Plusieurs échelles ont été développées afin d'évaluer la sévérité de l'agitation, mais leur emploi au niveau des SAU reste limité, vu qu'elles sont peu adaptées à ce cadre [9]. Néanmoins, il reste utile de chercher chez les patients agités des signes précurseurs d'une agitation incontrôlable, car cette dernière met le patient et son entourage en danger.

L'agitation incontrôlable est définie comme une agitation avec violence ou avec des éléments prédictifs d'un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif imminent. Parmi les signes qui peuvent la prédire nous citons :

- Une altération comportementale, tel un refus de s'asseoir, modification de la voix, aggravation de l'excitation motrice, menaces, insultes, apparition d'une tension musculaire.
- La mise en évidence d'antécédents d'actes de violences, actes antisociaux non violents, actes d'auto-agressivité, de conduites addictives et ou une impulsivité.
- Présentation du patient aux urgences contre son gré, amené par la famille, les forces de l'ordre, ou toute tierce partie.
- Intoxication aiguë alcoolique ou par d'autres substances.
- Comorbidité avec une schizophrénie ou un trouble bipolaire.

- Facteurs de stress aigus (conflits conjugaux).
- Nombreuses admissions récentes aux urgences.
- Caractéristiques sociodémographiques (niveau socio-économique bas, sexe masculin, sujet jeune, célibataire) [9]

L'agitation est une composante commune à de nombreux troubles psychiatriques et organiques. D'où, l'importance de l'examen clinique et paraclinique de ces patients, afin de ne pas méconnaître une urgence organique pouvant compromettre le pronostic vital du patient ou bien retarder sa prise en charge. L'examen somatique du patient doit être rapide, visant à chercher des éléments cliniques pouvant orienter vers une étiologie organique (constantes anormales, toxidrome, atypie dans la présentation d'un patient psychiatrique connu).

La demande d'un bilan paraclinique initial au service d'accueil des urgences ne doit pas être systématique, et ne doit pas retarder la prise en charge ou l'évaluation psychiatrique, sauf dans les cas suivants, où la réalisation des examens paracliniques est recommandée :

- Premier épisode psychotique, notamment chez les patients âgés de plus de 40 ans.
- Symptomatologie atypique (syndrome confuso-onirique, hallucinations visuelles isolées, troubles cognitifs).
- Expression clinique psychiatrique inhabituelle chez un patient présentant des antécédents psychiatriques.
- Bilan étiologique et/ou élimination d'un diagnostic différentiel.

Ce bilan initial est orienté par l'examen clinique, et peut comporter une glycémie capillaire, une numération formule sanguine, un ionogramme sanguin, un

bilan hépatique complet, un bilan d'hémostase, une calcémie, un dosage de  $\beta$ HCG chez la femme en âge de procréer (sanguin ou urinaire), un électrocardiogramme et une tomodensitométrie cérébrale. [9]

La prise en charge de l'agitation doit suivre un cours bien défini dans un endroit calme, par un médecin capable de prendre en charge le patient confortablement, afin d'assurer une hypostimulation et permettre son examen. L'approche relationnelle doit toujours être tentée en premier temps, quand l'état du patient le permet (patient non violent et ne présentant pas de signes prédictifs d'un passage à l'acte auto ou hétéro-agressif imminent). Dans le cas opposé, l'équipe soignante peut recourir à l'utilisation d'une contention physique. La contention physique doit être une mesure d'exception, utilisée sous prescription médicale en cas d'agitation incontrôlable, ou si les techniques de désescalade ont échoué et que la médication par voie orale a été refusée par le patient.

La prise en charge pharmacologique initiale d'un état d'agitation, en absence d'une étiologie organique, doit être adaptée en fonction de la gravité de l'agitation, de l'âge du patient, son état de santé ainsi que sa corpulence. Également, la monothérapie est préférée à l'usage d'une association, pour limiter les interactions médicamenteuses avec les traitements ou les stupéfiants déjà pris par le patient.

Les benzodiazépines et les antipsychotiques sont les classes pharmacologiques les plus fréquemment utilisées.

Il est recommandé d'administrer une benzodiazépine par voie orale ou intramusculaire, quand la voie orale n'est pas possible, dans le cas d'une agitation sans orientation étiologique, ainsi qu'en cas d'une agitation sur intoxication alcoolique ou une agitation anxieuse ou réactionnelle (attaque de panique, agitation suite à un conflit familial.). L'administration d'un antipsychotique sera privilégiée si

le patient est déjà connu psychotique ou se présentant avec des éléments psychotiques ou délirants.

En cas de confusion mentale, une abstention pharmacologique est préférable initialement sauf en cas d'une agitation violente.

Les étiologies de l'agitation sont diverses pouvant être d'ordre organique, toxique aussi bien que psychiatrique.

### **2.1. Causes organiques et toxiques :**

Les étiologies organiques de l'agitation sont multiples, et les manifestations psychiatriques sont très variables, pouvant aller de troubles de la perception (hallucinations auditives ou visuelles), aux troubles de la pensée (état délirant) ou encore aux troubles anxieux et du comportement.

Cependant, le syndrome confusionnel est la manifestation clinique la plus fréquemment rencontrée dans le cadre d'une agitation d'étiologie organique ou toxique. En effet, il représente le syndrome neuropsychiatrique le plus fréquent dans le cadre des urgences, sa prévalence varie entre 10% et 31% dans les services d'accueil des patients de médecine générale et 87% dans les unités de soins intensifs. [10]

Cliniquement, l'installation du trouble confusionnel est aiguë ou subaiguë (en quelques heures ou jours), marquée par l'atteinte de cinq fonctions principales :

- Déficit intellectuel, caractérisé par des troubles de perception, de mémoire, de la pensée ainsi qu'une désorientation spatio-temporelle.
- Déficit d'attention, marqué par des troubles de conscience et une réduction des capacités de diriger, concentrer, maintenir ou bien détourner l'attention.
- Dérégulation du rythme circadien avec une fragmentation voire inversion des cycles de veille-sommeil.

- Instabilité émotionnelle, où l'humeur du patient varie entre des états de perplexité, anxiété, peur, irritabilité et colère.

- Troubles du comportement, qui traduisent les présentations différentes du syndrome confusionnel. Les patients confus peuvent se présenter sous un tableau d'hypoactivité avec une prostration voire une catatonie, un tableau d'agitation psychomotrice ou un autre mixte avec des passages de l'excitation à l'inhibition motrice. [10]

Parmi les étiologies du syndrome confusionnel nous citons :

- Causes métaboliques : Anoxie et hypoxie, troubles électrolytiques (hyperkaliémie, hypernatrémie), déshydratation aiguë, encéphalopathie hépatique
- Causes infectieuses : sepsis, abcès cérébral.
- Causes vasculaires : accidents vasculaires cérébraux, hémorragie méningée.
- Causes toxiques : intoxication alcoolique, intoxication aux benzodiazépines.
- Causes traumatiques : lésions cérébrales traumatiques.

Par ailleurs, des agitations d'origine médicamenteuse (corticothérapie, prise d'amphétamines), toxique (saturnisme, intoxication au monoxyde de carbone) et endocrinienne (hyperthyroïdie, insuffisance surrénalienne) sont décrites. [11]

## **2.2. Causes psychiatriques :**

### **2.2.1. Accès psychotique aigu :**

L'accès psychotique aigu (APA), appelé aussi bouffée délirante aiguë (BDA) dans la nosographie française, se caractérise par l'apparition brutale de symptômes psychiatriques non spécifiques faits d'un délire polymorphe de thèmes et de mécanismes fluctuants, des hallucinations auditives ou visuelles, troubles de

jugement ou des modifications de l'humeur entraînant une altération du fonctionnement psychique du sujet souffrant, et dont l'évolution à court terme se fait soit vers la résolution des symptômes, soit vers la chronicisation.[12]

Cliniquement, l'évolution de l'accès psychotique est marquée par trois phases:  
[13 ; 14]

-Le début,

Brusque décrit par Magnan (1866) tel un « véritable coup de tonnerre dans un ciel serein », qui marque une rupture flagrante de l'état pré-morbide. Parfois, des prodromes peuvent précéder l'éclosion du délire de quelques jours comme l'insomnie, des bizarreries comportementales ou des troubles thymiques.

-Phase d'état,

Marquée par un délire dit polymorphe, à thèmes multiples dont notamment la mission exaltante, la filiation, la possession, la persécution. Ces thèmes se succèdent, se chevauchent et s'additionnent résultant à une distorsion de la perception du patient, « ... tel malade qui était hier ambitieux est aujourd'hui persécuté, dans quelques jours il sera hypocondriaque... » notait Magnan. Les mécanismes sont également polymorphes, tous les mécanismes peuvent être retrouvés mais ceux hallucinatoires, interprétatifs, imaginatifs et intuitifs sont les plus fréquents, et généralement l'automatisme mental est de règle. Ce délire est aussi mal systématisé avec une adhésion totale du patient.

L'angoisse accompagne le délire dans la plupart des cas et l'humeur est fréquemment perturbée et liée au délire, tantôt dans le sens de l'euphorie et l'exaltation et tantôt vers la tristesse et la prostration. Les comportements du patient traduisent le délire, d'où les troubles de comportement retrouvés lors des accès

psychotiques dont l'agitation, l'excitation psychomotrice, le mutisme voire la stupeur catatonique ou même la tentative de suicide ou autres actes médico-légaux.

En outre, une désorientation spatio-temporelle peut être observée selon l'intensité du délire et de l'angoisse. Mais cette confusion est d'habitude fluctuante et inconstante. L'insomnie est fréquente, mais en dehors d'une déshydratation ou d'un épuisement en cas de prolongation de l'accès, la symptomatologie somatique reste pauvre.

-La fin,

L'évolution de l'accès psychotique aigu à court terme se fait vers la résolution du délire. La fin peut être brusque, se produisant par une phase de réveil, ou progressivement quand le malade commence à critiquer son délire et ce dernier s'écroule.

Au total, l'APA se caractérise par une éclosion brusque d'un délire riche, polymorphe, mal systématisé avec une adhésion totale du patient, s'accompagnant d'une angoisse et de troubles de l'humeur et du comportement.

### **2.2.2. Accès maniaque :**

Un épisode maniaque est défini selon le DSM-5 comme une période nettement délimitée où l'humeur est élevée, expansive ou irritable, avec une augmentation de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, et ce, de façon anormale et persistante la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins une semaine. [15]

L'humeur est cliniquement caractéristique chez un patient en accès maniaque. Cette dernière est certes euphorique et expansive, reflétant la présentation classique du patient joyeux, enthousiaste et optimiste sans limites, mais elle est marquée également par l'hyperréactivité. En effet, le sujet exprime des réactions syntones exagérées vis-à-vis des éléments de son entourage, ce qui explique la versatilité de

l'humeur lors de l'épisode maniaque qui va osciller entre l'euphorie, l'irritabilité, la tristesse, ou l'angoisse.

Par ailleurs, l'excitation idéomotrice est un élément essentiel lors de l'épisode maniaque. La pensée est accélérée et l'attention du patient est superficielle, les idées du patient se bousculent avec des associations frivoles, le contact est facile et familier chose qui confère au patient une impression de supériorité intellectuelle. Par conséquent, le discours est logorrhéique avec une fuite des idées, le langage est fait de rimes, d'assonance, de jeux de mots, de proverbes et de poèmes.

L'excitation motrice se traduit par une hyperactivité stérile, le patient a du mal à tenir place, il entame plusieurs tâches et est en activité sans cesse. Le débordement instinctuel est fréquent, il existe un relâchement des censures morales et sociales, le discours du patient devient grossier et son comportement peut être marqué par une désinhibition sexuelle ou de transgression des interdits sociaux.

Sur le plan somatique, l'insomnie est toujours présente et peut être inaugurale de l'accès maniaque. Un amaigrissement, ainsi qu'une hypersudation, une légère fébricule et une aménorrhée chez la femme, peuvent être observés. [16]

Ces symptômes peuvent être accompagnés d'idées délirantes dont le contenu est généralement congruent à l'humeur et le thème est classiquement mégalomane à mécanisme imaginatif, interprétatif ou hallucinatoire. Ce délire est plus prononcé dans le cas de la manie délirante, et absent lors des accès hypomaniaques.

### **2.2.3. Agitation anxieuse :**

L'agitation peut aussi survenir dans un cadre anxieux (trouble panique, dépression anxieuse). Sa particularité dans ce cas est le risque d'un raptus suicidaire, d'où l'obligation de prendre en charge rapidement le patient dans un endroit calme et sécurisé.

### **2.2.4. Autres étiologies de l'agitation :**

L'agitation peut aussi être caractérielle, suite à des troubles de personnalité (personnalité antisociale, histrionique, borderline) ou réactionnelle, suite à une intoxication alcoolique, prise de substances psychédéliques ou chez des patients souffrant de troubles démentiels ou comportementaux.

## **3. Trouble neurologique fonctionnel :**

Le Trouble neurologique fonctionnel (trouble de conversion) est une affection caractérisée par une altération des fonctions motrices, sensibles ou sensorielles du patient, causant une détresse clinique ne pouvant être expliquée ni par une lésion organique correspondante, ni par une prise de substances.

Le trouble neurologique fonctionnel (TNF) est fréquent. Il est estimé qu'il motive 5% des consultations à l'hôpital général et 30% des consultations en neurologie. [17]

Le TNF est intégré dans les troubles à symptomatologie somatique et apparentés dans le DSM-5. Parmi les particularités de cette édition, le changement du nom du trouble, l'abandon de l'exigence de la présence d'un facteur de stress psychologique aigu pour le diagnostic, ainsi que la suppression de la nécessité d'exclure la simulation (production consciente des symptômes avec un bénéfice primaire), et la feinte (production des symptômes ou leur exagération sans un

bénéfice hors la pathologie elle-même), pour faire le diagnostic positif. Ces changements ont été initiés à la demande de la communauté psychiatrique [18], qui a souligné les difficultés cliniques pour exclure une simulation ou un trouble factice ainsi que le manque de preuves de la pertinence du "stress psychologique aigu" pour le diagnostic du TNF et sur son évolution [19]. D'une autre part, le développement de nouvelles théories étiologiques du trouble conversif a motivé le changement de la dénomination du trouble pour mettre fin à l'association de ce dernier à l'hypothèse psychanalytique et l'amélioration de l'acceptation du diagnostic par les patients. [18]

L'élaboration de l'étiologie psychopathologique de la conversion hystérique a été avancée par Freud et Breuer vers la fin du 19ème siècle. Ils expliqueront que le conflit psychique entre l'inconscient du soi et les impératifs moraux et sociaux, se traduit par une somatisation qui restera incarnée chez l'individu souffrant et à travers cette conversion, l'angoisse causée par la pulsion interdite est neutralisée, réalisant un bénéfice primaire [17]. Depuis, les études de l'hystérie se sont multipliées et ont changé passant de théories analytiques à la division de l'hystérie dans les DSM en troubles somatoformes, troubles dissociatifs et personnalité histrionique, arrivant au DSM-5, où la conversion a été renommée « trouble neurologique fonctionnel » et a été définie selon les critères suivants :

A. Un ou plusieurs symptômes d'altération des fonctions motrices ou sensorielles.

B. Les données cliniques démontrent l'incompatibilité entre les symptômes et une affection neurologique ou médicale reconnue.

C. Le symptôme n'est pas mieux expliqué par un autre trouble médical ou mental.

D. Le symptôme entraîne une détresse ou une altération clinique significative dans le domaine du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants, ou nécessite une évaluation médicale.

i. Un facteur de stress psychologique n'est plus requis pour le diagnostic.

ii. Le diagnostic de trouble de conversion n'implique pas que les symptômes ne soient pas produits de manière intentionnelle car l'évaluation d'une intention consciente est peu fiable. [20]

Cliniquement, le trouble neurologique fonctionnel se présente sous des formes très variables, souvent subjectives (vertige, douleur, plaintes visuelles) et dont la topographie, l'intensité et l'évolution sont généralement non congruents à la physiopathologie des symptômes présentés. Ces manifestations sont généralement neurologiques faites de déficits moteurs, crises épileptoïdes voire des troubles de conscience [21], et les crises peuvent être uniques ou bien répétitives et sont d'habitude de courte durée.

La prise en charge du TNF est complexe, les difficultés sont ressenties dès l'annonce du diagnostic, car les patients ont du mal à accepter l'absence d'une origine organique de leurs plaintes [22]. Également, le spectre large de sa symptomatologie rend l'accueil et la prise en charge du patient délicate. D'où l'importance d'établir une bonne alliance thérapeutique avec le patient pour sa prise en charge, qui sera généralement multidisciplinaire et adaptée au besoin du patient.

#### **4. Incidents liés aux traitements psychotropes :**

Les médicaments psychotropes sont ceux agissant sur le système nerveux central, en modifiant certains processus biochimiques et physiologiques du cerveau. Ils sont habituellement classés en cinq grands groupes : Les anxiolytiques, les hypnotiques, les antidépresseurs, les stabilisateurs de l'humeur, nommés aussi

thymorégulateur, et les antipsychotiques. D'autres types de psychotropes existent mais leur place reste limitée en pratique clinique.

L'élargissement des indications des traitements psychotropes a eu pour conséquence une croissance de leur consommation et des incidents associés à leurs usages, qu'il s'agisse d'intoxications volontaires, involontaires ou bien d'effets indésirables propres aux molécules. D'ailleurs, la fréquence élevée des tentatives de suicide par intoxication aux médicaments psychotropes (80 % des tentatives de suicide par intoxication selon une étude australienne), surtout chez les patients suivis pour un trouble psychiatrique, souligne l'importance de développer des traitements psychotropes moins toxiques [23].

Par ailleurs, les incidents associés aux effets secondaires des traitements psychotropes, particulièrement ceux associés à l'usage des antipsychotiques sont assez récurrents. En effet, 75 % des patients sous antipsychotiques ont rapporté des effets secondaires dans une série norvégienne [24]. Aussi, l'augmentation de la fréquence des effets secondaires était observée chez les patients sous association d'antipsychotiques, sous une dose élevée, ou en cas d'association des antipsychotiques à d'autres traitements psychotropes [24].

Les antipsychotiques sont une classe pharmacologique large, dont le mécanisme d'action affecte plusieurs types de récepteurs de neurotransmetteurs, où les antagonistes des récepteurs dopaminergiques de type 2 (D2) sont les plus communs. Ils sont classés en antipsychotiques de première génération (typique) ou de deuxième génération (atypiques), en fonction de leur affinité de liaison au récepteur de la dopamine D2, et ainsi de leur tendance à provoquer des effets secondaires associés aux effets de la dopamine.

Le traitement avec des antipsychotiques de première génération est généralement associé à des effets secondaires moteurs extrapyramidaux, aigus (dystonie focale ou généralisée, syndrome malin des neuroleptiques), subaigus (akathisie, syndrome parkinsonien) ou chroniques (syndromes tardifs, le plus commun étant les dyskinésies bucco-linguofaciales).

Le syndrome malin des neuroleptiques et la dystonie font partie des troubles de mouvements urgents, dont l'incapacité à les diagnostiquer et les gérer correctement, aggrave la morbidité et compromet le pronostic vital du patient [25].

Les dystonies sont des contractions musculaires involontaires soutenues de groupes de muscles antagonistes de la même partie du corps, conduisant à une posture anormale, à des spasmes en torsion intermittents, ou les deux [26]. Tous les segments musculaires peuvent être touchés, mais classiquement une atteinte du cou, des yeux et du tronc est observée.

Les réactions dystoniques aiguës sont observées plus fréquemment chez les patients jeunes du sexe masculin, ils apparaissent dans 10% des cas dans les heures qui suivent la prise du traitement neuroleptique, et dans 90% des cas lors des 3 premiers jours du traitement. Elles peuvent survenir dès la première prise d'un neuroleptique, après un changement de la molécule ou peuvent être la manifestation clinique d'un surdosage. Bien qu'elles soient beaucoup plus fréquentes avec la prise d'un neuroleptique typique, tel que l'halopéridol en raison de l'effet antagoniste marqué et prolongé sur les récepteurs D2 de ces molécules, les dystonies surviennent également suite à la prise des molécules atypiques (olanzapine, rispéridone, métoclopramide, etc.), sauf la clozapine qui est connue à ne pas induire une dystonie [27].

La prise en charge et le traitement des dystonies aiguës sont difficiles, étant inefficaces dans de nombreux cas. Mais l'arrêt des neuroleptiques et l'initiation d'un traitement d'appoint par des benzodiazépines (diazépam ou la clonazépam dans les formes légères), ainsi qu'un traitement anticholinergique, tel le chlorhydrate de bipéridène, sont recommandés [27].

Par ailleurs, Le syndrome malin des neuroleptiques est une urgence neuropsychiatrique diagnostique et thérapeutique secondaire à une réaction idiosyncrasique à l'utilisation d'agents antipsychotiques typiques ou atypiques. Il est caractérisé par une altération de l'état mental (habituellement la première manifestation), des anomalies motrices (rigidité musculaire ou moins souvent une dystonie, une chorée), une hyperthermie et une hyperactivité du système neurovégétatif [28].

La première description du syndrome remonte à 1960 et a été faite par l'équipe de J. Delay (Paris) [29]. C'est un syndrome rare, Il concernerait 0,01 à 0,02 % des patients traités par antipsychotiques atypiques et 1 à 3 % des patients prenant des neuroleptiques de première génération [30]. Il se développe généralement dans les deux premières semaines suivant l'instauration d'un traitement antipsychotique ou après un changement de posologie, et son taux de mortalité est estimé d'être entre 10 et 20%. [31]

La prise en charge du syndrome malin des neuroleptiques est multidisciplinaire, nécessitant souvent une hospitalisation dans un milieu de réanimation. La première étape consistera d'un arrêt impératif du traitement neuroleptique et la mise en place des traitements non spécifiques (mise en condition du patient, lutter contre l'hyperthermie, correction des anomalies électrolytiques, prévention des complications du décubitus dorsal, etc.), puis selon la gravité du

tableau, un traitement spécifique sera administré (lorazépam, dantrolène, bromocriptine) [8].

Les antipsychotiques de deuxième génération engendrent moins d'effets secondaires extrapyramidaux, et ont donc largement remplacé les antipsychotiques de première génération. Cependant, ces nouveaux agents ont également des effets secondaires métaboliques graves, notamment la prise de poids et les perturbations du métabolisme lipidique et glucidique, qui sont responsables de l'augmentation du risque de la maladie cardiovasculaire chez les patients sous traitement. De plus, les antipsychotiques engendrent des effets secondaires psychologiques, autonomes, sexuels et hormonaux [32].

Ces effets secondaires sont associés à l'aggravation de la morbidité et la dégradation de la qualité de vie des patients. Aussi, ils influencent négativement l'adhérence au traitement par le patient, dont l'arrêt entraîne un risque accru de rechute des symptômes et d'hospitalisation.

# PARTIE PRATIQUE

## **I. Etude :**

### **1. Cadre et objectifs de l'étude :**

L'étude s'est déroulée au niveau du service d'accueil des urgences (SAU) du centre hospitalier provincial 20 août d'Ifrane.

L'hôpital 20 août, inauguré en 2017, est situé dans la ville d'Azrou, il s'étend sur une superficie de plus de 7900 m<sup>2</sup>. Il est doté d'une capacité d'accueil de 64 lits. Il se situe à environ 88 km de la ville de Fès, où se trouvent les hôpitaux de références du niveau secondaire (Centre hospitalier régional) et tertiaire (centre hospitalier universitaire), de la région Fès- Boulemane. La province d'Ifrane couvre une population estimée à 160114 en 2021.

Les objectifs de notre étude consistent à faire un état des lieux de ces urgences de nature psychiatrique, ainsi que d'avoir une idée sur leurs prises en charge.

### **2- Population et méthodes :**

#### **2.1. Population étudiée :**

##### **2.1.1. Critères d'inclusion :**

Nous avons inclus dans cette étude tous les patients consultant pour une urgence psychiatrique durant une période de 4 mois, étalée entre le 1<sup>er</sup> Février 2021 et le 1<sup>er</sup> Juin 2021.

##### **2.1.2. Critères d'exclusion :**

Les urgences psychiatriques relevant d'une pathologie organique ont été exclus de notre étude.

## **2.2. Méthodes :**

### **2.2.1 Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude observationnelle transversale concernant les patients ayant consulté pour une urgence psychiatrique. Le recueil des données a été réalisé à partir du registre des urgences. Nous avons rapporté les renseignements recueillis de ce registre sur des fiches d'exploitation, ce qui nous a permis d'analyser les paramètres suivants : L'âge, le sexe, les antécédents personnels médico-chirurgicaux, les antécédents personnels psychiatriques, le mode de présentation à la consultation (seuls ou accompagnés), le diagnostic, la prise en charge des patients et leur orientation. Cette fiche est détaillée dans l'annexe1.

Les patients ayant consulté plus d'une fois n'ont été compté qu'une seule fois. Les symptômes à l'admission des patients souffrant d'un trouble neurologique fonctionnel ont été répartis en quatre types : dissociatifs (crises paroxystiques ressemblant à une crise épileptique ou bien une syncope), moteurs (paralysies, tremblements, dystonies...), somatoformes (douleurs thoraciques, symptômes respiratoires.) et mixtes (combinaison des symptômes).

### **2.2.2 Analyse des résultats :**

Les données des fiches d'exploitation ont été saisies sur Excel 2010 sous un codage numérique, puis traitées par le logiciel SPSS v.23, qui nous a permis d'obtenir le résultat descriptif de la population étudiée et d'effectuer une analyse univariée.

Les variables qualitatives étaient décrites en termes de proportions, et les variables quantitatives en termes de moyennes, valeurs extrêmes et écart-type.

L'association entre chaque diagnostic et les variables explicatives potentielles (sexe et antécédent psychiatrique), ainsi que l'impact du diagnostic sur la nature de

la prise en charge étaient recherchés à l'aide du test paramétrique Khi2 lorsque les conditions de son application sont remplies, et le test Fisher dans le cas opposé.

Pour chaque test statistique utilisé l'intervalle de confiance était de 95% (IC 95%).

## II- Résultats :

### 1. Étude descriptive :

#### 1.1. Caractéristiques sociodémographiques :

##### 1.1.1. Age :

L'âge moyen de nos patients est de 28,8 ans avec un écart type de 12,07 ; l'âge minimal est de 11 ans et le maximal est de 63 ans.

##### 1.1.2. Sexe :

La prédominance féminine est remarquable avec une majorité de 137 patientes (79.7%) de sexe féminin, contre 35 patients (20.3%) de sexe masculin (figure 1).

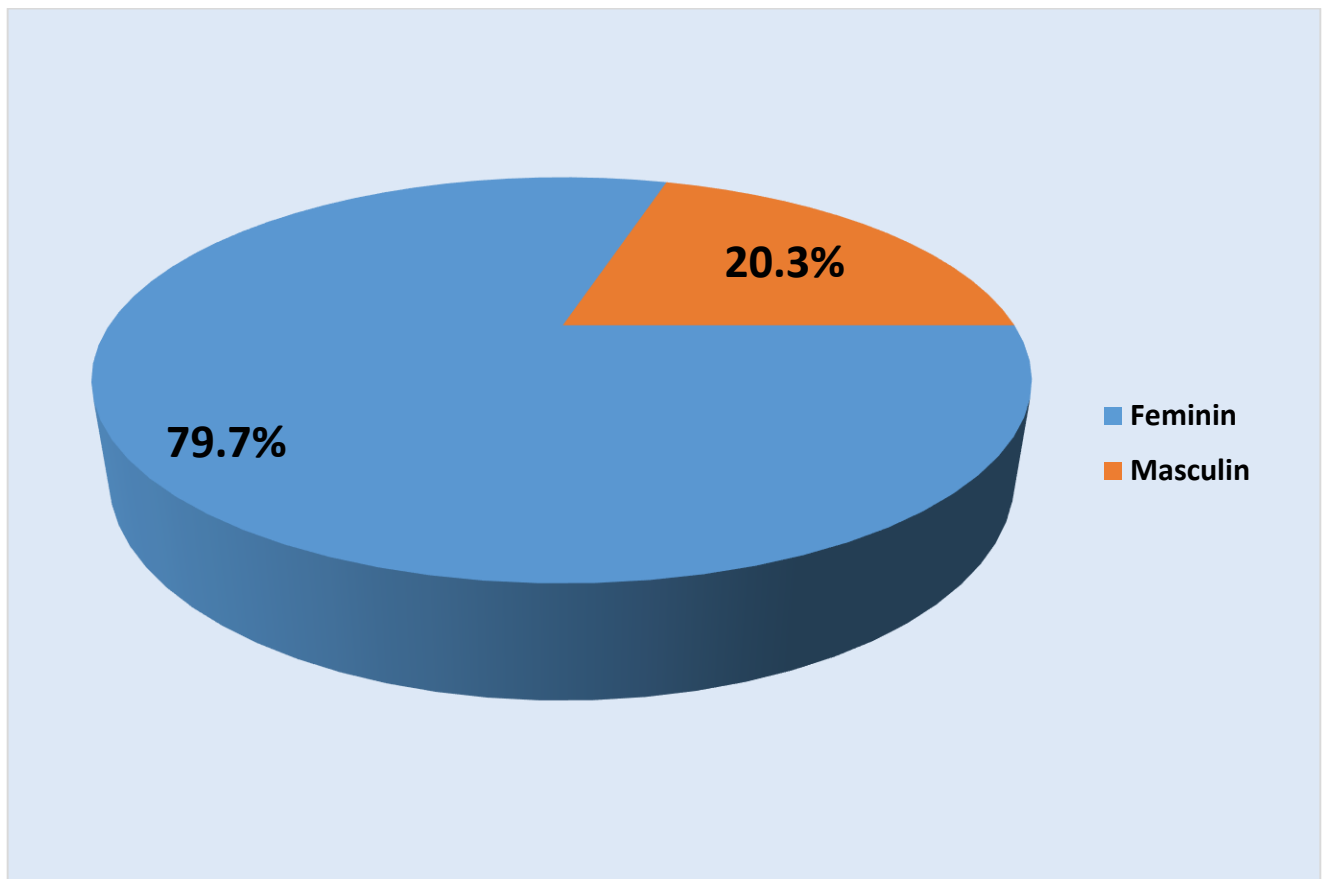


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe

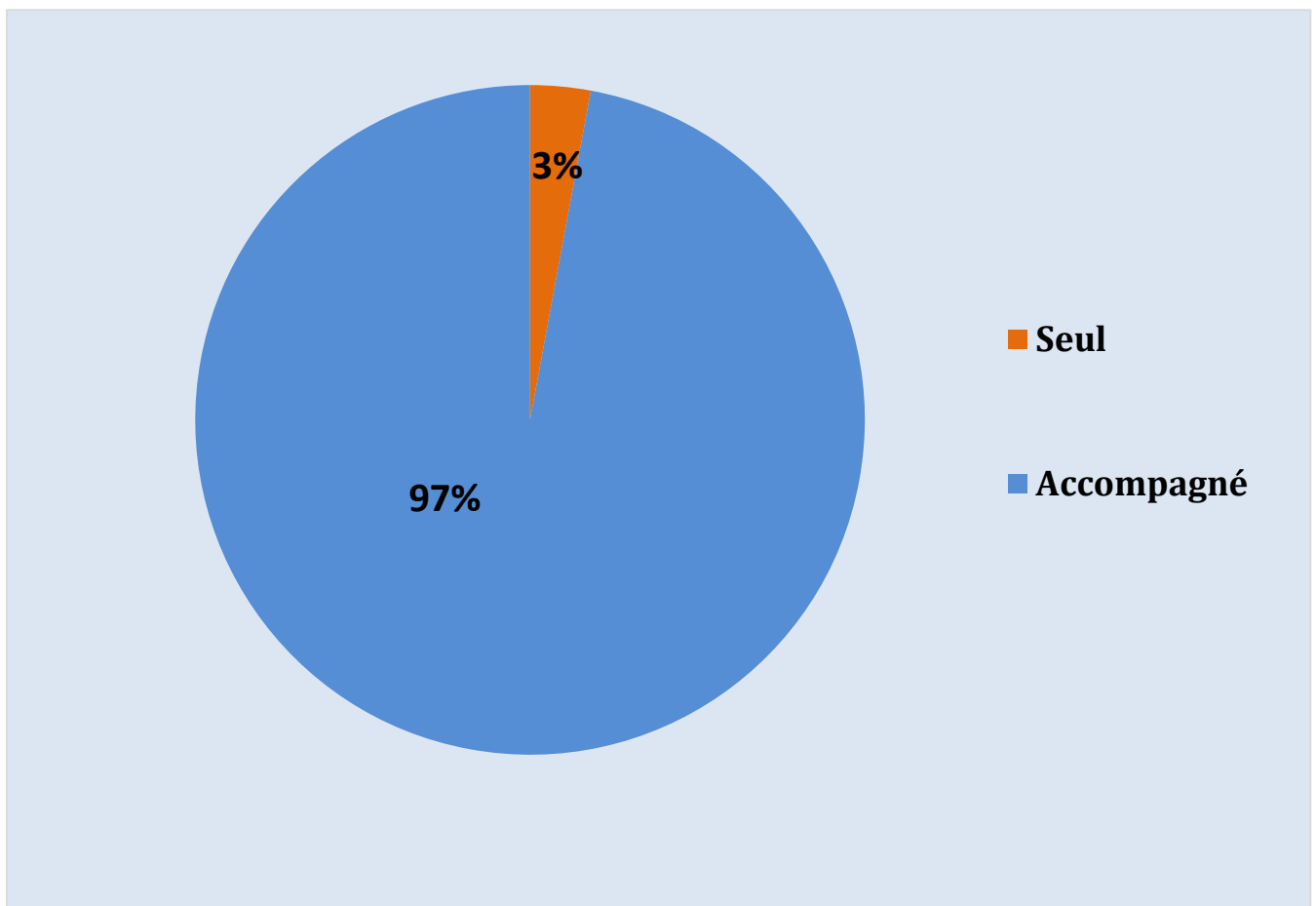
## 1.2. Caractéristiques cliniques :

### 1.2.1. Antécédents :

Nous avons retrouvé des antécédents psychiatriques chez 17 patients (9.9%), et des antécédents médico-chirurgicaux chez 4 patients (2.3%).

### 1.2.2. Mode de présentation aux urgences :

La grande majorité des patients 167 (97%), se sont présentés accompagnés de leur entourage aux urgences, alors qu'il n'y avait que 5 patients (3%) qui se sont présentés sans accompagnateur (figure 2).



**Figure 2 : Mode de présentation des patients aux urgences**

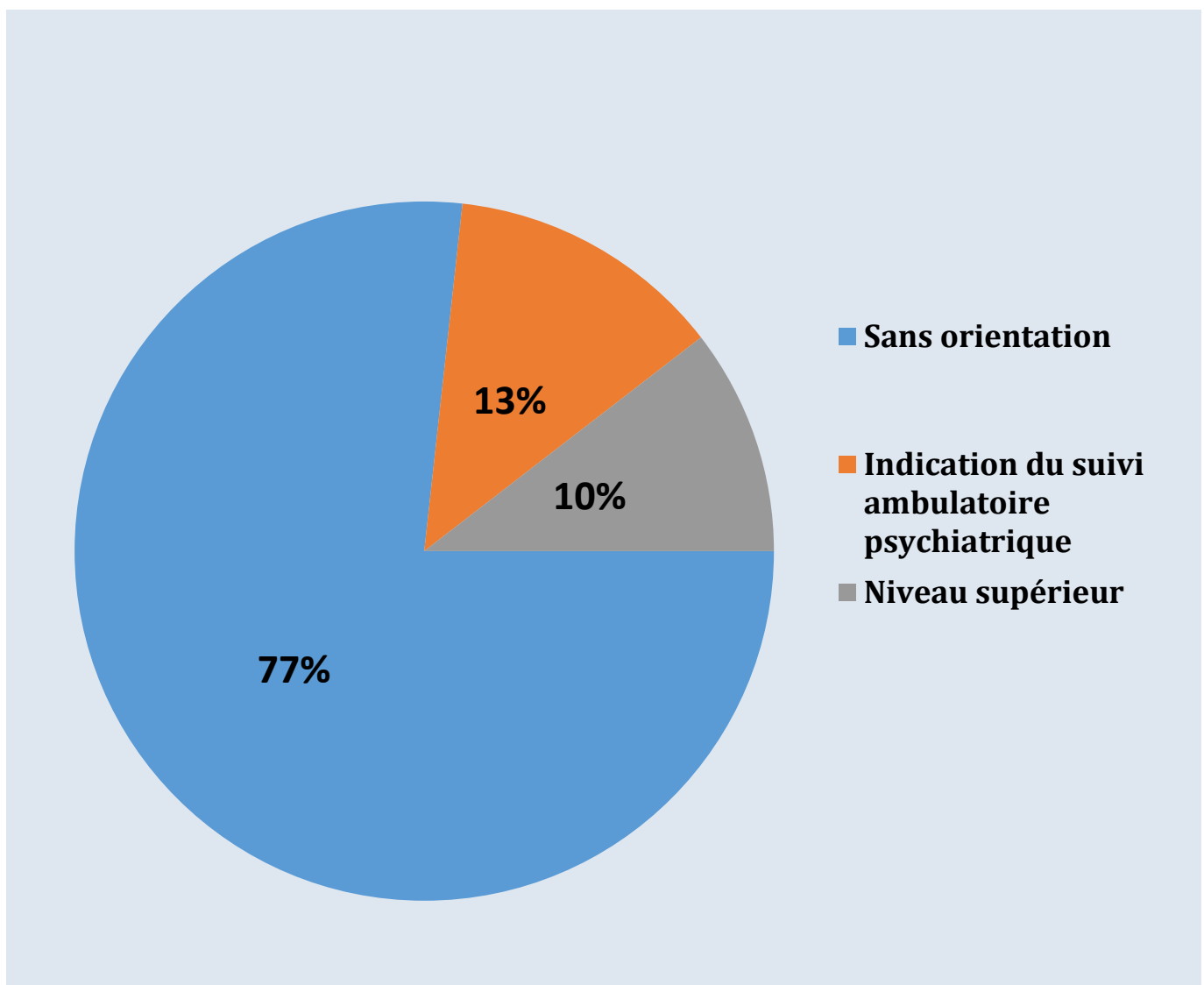
### 1.2.3. Prise en charge :

Une exploration para-clinique a été effectuée chez 17 patients dans notre série, dont la demande d'un bilan biologique chez 11 patients (6,4 %), un électrocardiogramme (ECG) chez 10 patients (5,8%) et une tomodensitométrie cérébrale chez 2 patients. Chez tous ces patients les bilans étaient normaux.

La conduite thérapeutique différait selon le diagnostic. De manière générale, 77 patients (44,7%) ont reçu une injection intramusculaire de gluconate de calcium, 76 patients (44,1%) ont bénéficié d'une oxygénothérapie, et 11 patients (6,4%) ont reçu une injection intramusculaire d'anxiolytique (Diazépam).

#### 1.2.4. Orientation des patients :

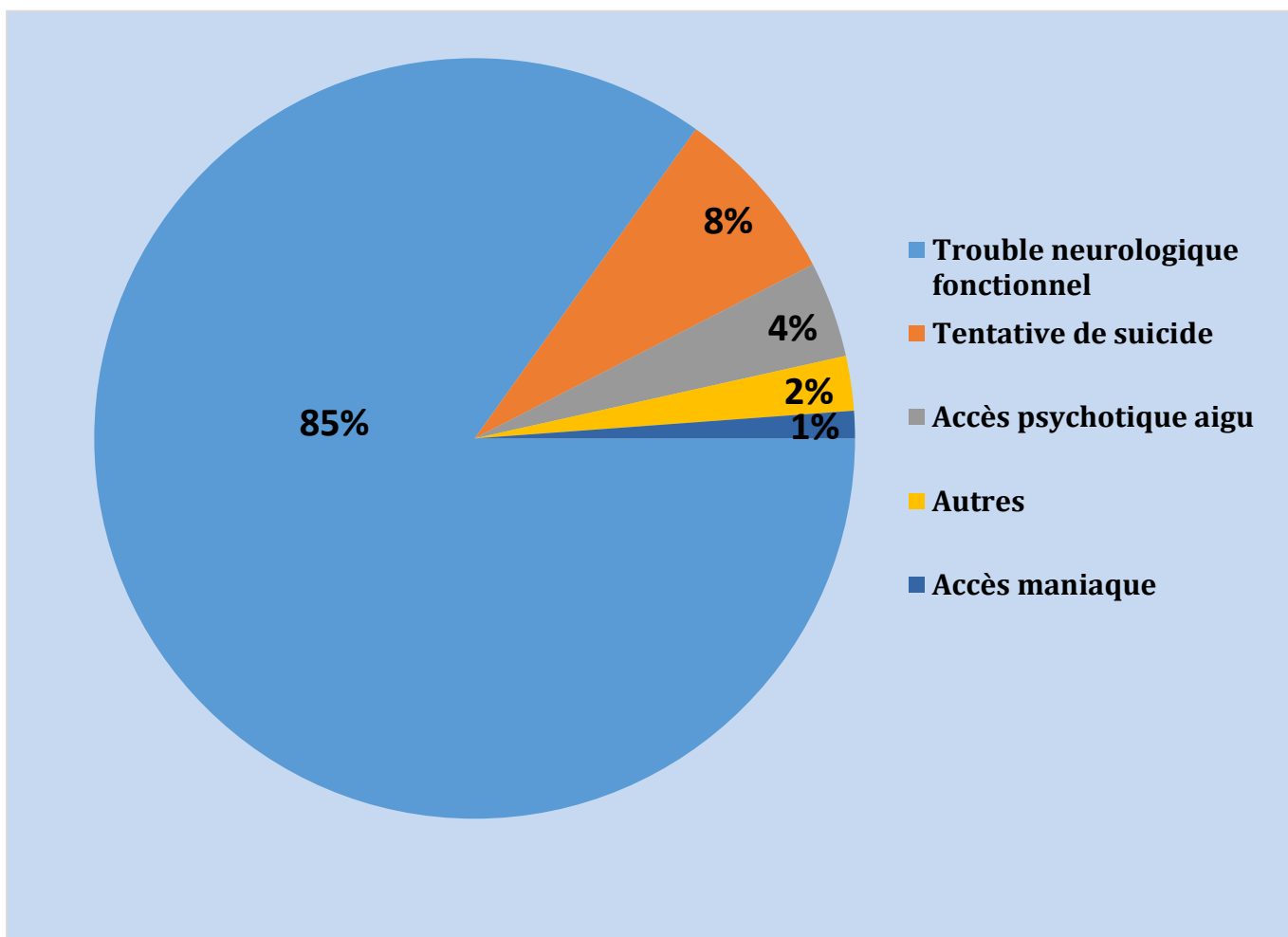
La plupart des patients, 154 patients (89.5%), ont reçu des soins sur place. Parmi ces derniers, 22 patients ont été référés pour une consultation ambulatoire psychiatrique. Alors que 18 patients (10.5%) ont nécessité une prise en charge dans une structure spécialisée d'un niveau supérieur : l'hôpital psychiatrique IBN-Alhassan de Fès (17 cas), et l'hôpital universitaire Hassan II de Fès (1 cas) (Figure 3).



**Figure 3 : Répartition des patients selon l'orientation**

### 1.3. Diagnostics :

Les diagnostics retenus par les médecins du service des urgences sont : le trouble neurologique fonctionnel (TNF) ou trouble de conversion, qui est le motif de consultation le plus répandu, présent chez 146 patients (84.9%), suivi par la tentative de suicide (TS) diagnostiquée chez 13 patients (7.6%), puis l'accès psychotique aigu retrouvé chez 7 patients (4.1%), et l'accès maniaque retrouvé chez 2 patients (1,1%). Les autres diagnostics ont été retenus chez 4 patients (2,3%) : trouble anxieux chez deux patients ; somatisation chez un patient et une dyskinésie secondaire aux antipsychotiques chez un patient (figure 4).



**Figure 4 : Répartition des patients selon le diagnostic**

### 1.3.1. Trouble neurologique fonctionnel (TNF) :

Dans notre étude, l'âge moyen des patients reçu pour TNF est de 29,6 ans avec un écart type de 12,62 ; l'âge minimal est de 11 ans et l'âge maximal est de 63 ans, la majorité des patients sont du sexe féminin : 122 patientes (83.6%).

Des antécédents psychiatriques ont été objectivés chez 9 patients (6.2%), dont la dépression chez trois patients, antécédents de conversions chez trois patients, deux antécédents de suivi pour pathologie psychiatrique non identifiée, et un antécédent de prise d'anxiolytique chez un patient.

Des antécédents médico-chirurgicaux ont été recensés chez 4 patients (2.7%).

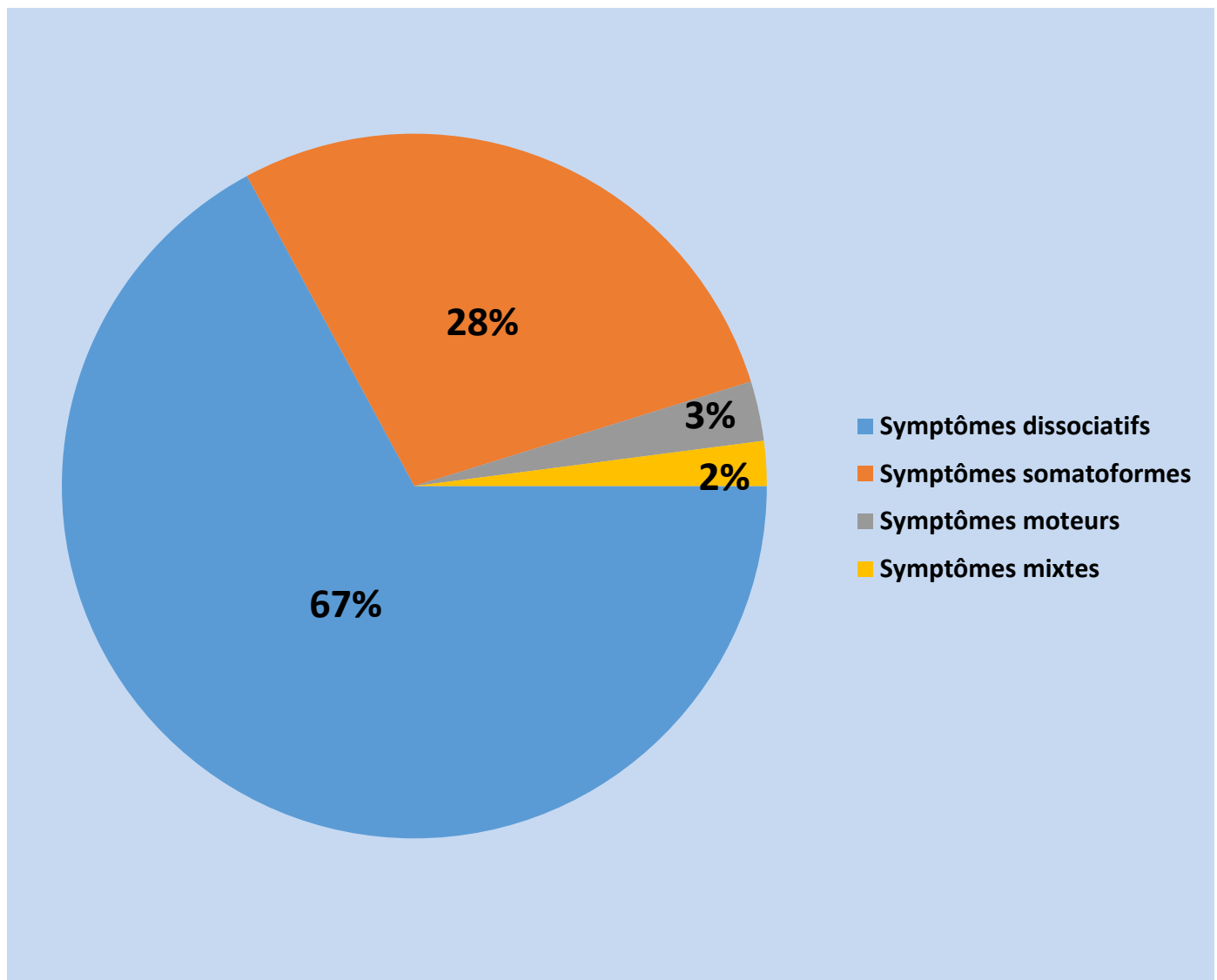
La quasi-totalité des patients (97,9%) se sont présentés accompagnés de leur entourage aux urgences, et presque tous les patients (99,3%) ont été pris en charge à l'hôpital, seul un patient a nécessité le transfert à un niveau supérieur.

Un bilan biologique était demandé pour 2 patients, et un ECG a été demandé pour 3 patients.

Les traitements administrés aux urgences étaient : L'injection intramusculaire de gluconate de calcium chez 77 patients (52,7%), l'oxygénothérapie chez 76 patients (52%) et l'injection intramusculaire d'anxiolytiques chez 2 patients.

Le suivi en consultation ambulatoire psychiatrique a été indiqué pour 17 (11,6 %) patients.

Les symptômes dissociatifs étaient les plus fréquents, présents chez 98 patients (67.3 %), suivis par les symptômes de somatisation chez 41 patients (28%), puis les symptômes moteurs retrouvés chez 4 patients (2.7%), et enfin des symptômes mixtes chez 3 patients (2%) (Figure 5).



**Figure 5 : Symptômes à l'admission des patients ayant un trouble neurologique fonctionnel**

### 1.3.2. Tentative de suicide (TS) :

Dans notre étude, l'âge moyen des patients admis pour une tentative de suicide est de 23.6 ans avec un écart type de 8,5 ; l'âge minimal est de 15 ans et l'âge maximal est de 45 ans, et la majorité des patients sont du sexe féminin (10 patientes sur 13).

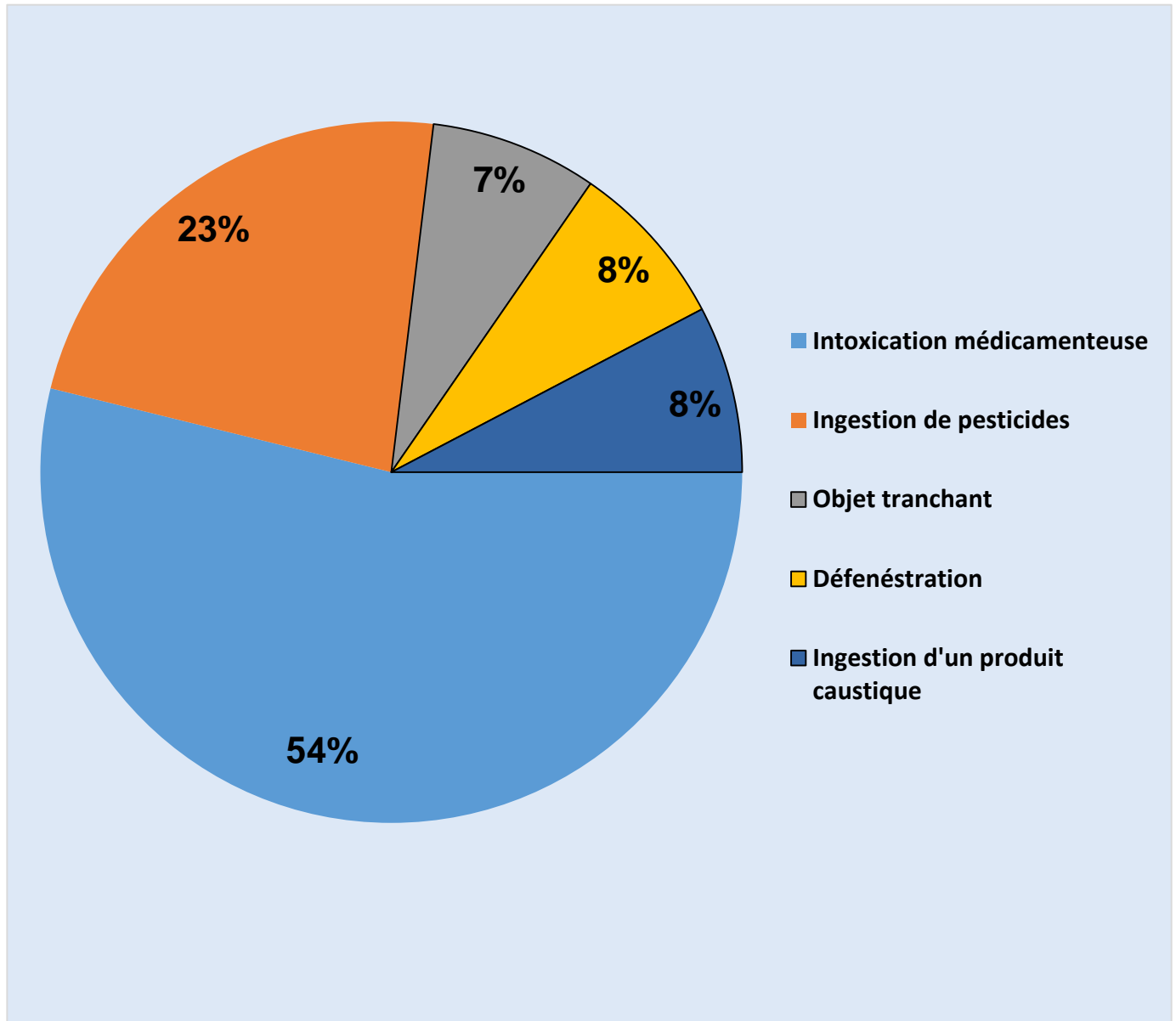
Des antécédents psychiatriques ont été objectivés chez 2 patients (15,4%), qui sont deux antécédents de tentative de suicide chez une patiente et un antécédent de suivi pour une psychose chez un autre. Par ailleurs, aucun patient n'a rapporté un antécédent médico-chirurgical.

La quasi-totalité des patients (9 patients sur 13) ont bénéficié d'un bilan biologique et 6 patients ont bénéficié d'un ECG. Dans tous les cas des tentatives de suicide par intoxication (11 cas), le centre antipoison (CAP) a été contacté.

La conduite à tenir thérapeutique était spécifique à chaque cas, selon la nature de la tentative et les complications qui en résultent.

La majorité des patients (10 patients sur 13) ont nécessité une prise en charge dans un niveau supérieur (9 patients à l'hôpital psychiatrique Ibn Alhassan et un patient à l'hôpital universitaire Hassan II de Fès), les trois patients restants ont été référés en consultation ambulatoire psychiatrique.

L'intoxication médicamenteuse volontaire était le moyen le plus récurrent, présent chez 7 patients (54%), ensuite l'intoxication par produits pesticides chez 3 patients (23%), puis une tentative de suicide par objet tranchant, une défenestration et une ingestion d'un produit caustique (figure 6).



**Figure 6 : Moyens utilisés dans la tentative de suicide**

### 1.3.3. Accès psychotique aigu (APA) :

Dans notre étude, l'âge moyen des patients admis pour APA est de 23,4 ans avec un écart type de 4,23 ; l'âge minimal est de 20 ans et l'âge maximal est de 30 ans. La majorité des patients sont de sexe masculin : 6 patients sur 7.

Des antécédents psychiatriques ont été objectivés chez un seul patient (psychose sous neuroleptiques), alors qu'aucun antécédent médico-chirurgical n'a été recensé.

Chez tous les patients, une injection intramusculaire d'anxiolytique a été administrée. Chez deux patients, une tomodensitométrie cérébrale a été demandée, revenue normale dans les deux cas.

La majorité des patients (5 sur 7) ont nécessité une prise en charge à un niveau supérieur, les deux patients restants ont été référés en consultation ambulatoire psychiatrique à la demande de la famille

### 1.3.4. Accès maniaque :

Dans notre série, l'âge moyen des deux patients admis pour un accès maniaque est de 31,5 ans et les deux sont de sexe féminin. Les deux patientes ont un antécédent psychiatrique de suivi pour un trouble bipolaire, et n'ont rapporté aucun antécédent médico-chirurgical. Dans les deux cas une injection intramusculaire d'anxiolytique a été administrée et aucune exploration para-clinique n'a été demandée. Les deux patientes ont nécessité une prise en charge dans un niveau supérieur.

Les résultats de l'étude descriptive sont regroupés dans le tableau suivant (tableau 2) :

**Tableau 2 : Etude descriptive de la population étudiée**

<b>Taille de la population étudiée : 172 patients</b>	
<b>Age</b>	<b>28 ans (11–68 ans)</b>
<b>Sexe</b>	<b>Féminin : 137 (79.7%)</b>
	<b>Masculin : 35 (20.3%)</b>
<b>Antécédents psychiatriques</b>	<b>Non : 155 (90%)</b>
	<b>Oui : 17 (10%)</b>
<b>Antécédents médico-chirurgicaux</b>	<b>Non : 168 (97.7%)</b>
	<b>Oui : 4 (2.3%)</b>
<b>Mode de présentation à la consultation</b>	<b>Accompagné : 167 (97%)</b>
	<b>Seul : 5 (3%)</b>
<b>Diagnostic</b>	<b>Trouble neurologique fonctionnel (TNF) : 146 (84.9%)</b>
	<b>Tentative de suicide (TS) : 13 (7.6%)</b>
	<b>Accès psychotique aigu (APA) : 7 (4%)</b>
	<b>Autres : 6 (3.5%)</b>
<b>Orientation ultérieure du patient</b>	<b>Sans orientation : 132 (77%)</b>
	<b>Suivi ambulatoire : 22 (13%)</b>
	<b>Niveau supérieur : 18 (10.5%)</b>

Les valeurs sont exprimées en nombre et pourcentage.

La répartition des paramètres étudiés selon le diagnostic est regroupée dans le tableau suivant (tableau 3) :

**Tableau 3 : Répartition des paramètres étudiés selon le diagnostic**

		Trouble neurologique fonctionnel	Tentative de suicide	Accès psychotique aigu	Accès maniaque	Autre
Age (ans)		29,6	23,7	23,4	31,5	23,2
Sexe	Féminin	122 (83,6%)	10 (76,9%)	1 (14,3%)	2 (100%)	2 (50%)
	Masculin	24 (16,4%)	3 (23,1%)	6 (85,7%)	0	2 (50%)
ATCD Psy*	Non	137 (93,8%)	11 (84,6%)	6 (85,7%)	0	1 (33,3%)
	Oui	9 (6,2%)	2 (15,4%)	1 (14,3%)	2 (100%)	3 (66,6%)
ATCD M/C*	Non	142 (97,3%)	13 (100%)	7 (100%)	2 (100%)	4 (100%)
	Oui	4 (2,7%)	0	0	0	0
M.P*	Seul	3 (2,1%)	0	0	0	2 (50%)
	accompagné	143 (97,9%)	13 (100%)	7 (100%)	2 (100%)	2 (50%)
O.P*	Sans orientation	131 (89,8%)	0	0	0	1 (125%)
	Ambulatoire	14 (9,5%)	3 (100%)	2 (100%)	0	3 (75%)
	Niveau supérieur	1 (0,7%)	10 (76,9%)	5 (71,4%)	2 (100%)	0

Les valeurs sont exprimées en nombre et pourcentage.

\* ATCD Psy : antécédents psychiatriques, ATCD M/C : antécédents médico-chirurgicaux, M.P : mode de présentation aux urgences, O.P : orientation ultérieure des patients.

## 2- Facteurs associés :

Dans notre étude nous avons essayé de chercher l'association entre chaque diagnostic et les variables explicatives potentielles, ainsi que l'impact du diagnostic sur l'orientation du patient.

### 2.1-Trouble neurologique fonctionnel (TNF) :

L'analyse des données a montré une association significative entre le trouble neurologique fonctionnel et le sexe féminin ainsi que la prise en charge au niveau local (à l'hôpital). Les résultats de cette analyse sont détaillés dans le tableau suivant (tableau 4).

**Tableau 4 : Facteurs associés au trouble neurologique fonctionnel (TNF)**

Paramètres	Trouble neurologique fonctionnel (TNF)		p (Test Fischer/khi2)
	OUI	NON	
Sexe	Féminin	122 (89,1%)	0,003*
	Masculin	24 (68,6 %)	
Antécédents psychiatriques	Non	137 (88,4 %)	<0.001*
	Oui	9 (52,9 %)	
Orientation	Hôpital	145 (99,32%)	<0.001*
	Niveau supérieur	1 (0,68%)	

\* significative ; n : nombre ; % : pourcentage.

## 2.2–Tentative de Suicide (TS) :

L'analyse des données a objectivé une association significative entre la tentative de suicide et la prise en charge dans un niveau supérieur. Les résultats de cette analyse sont détaillés dans le tableau suivant (tableau5) :

**Tableau 5 : Facteurs associés à la tentative de suicide (TS)**

Paramètres	Tentative de suicide (TS)		p (Test Fischer/khi2)	
	OUI	NON		
Sexe	Féminin	10 (7,3 %)	127 (92,7 %)	0,729
	Masculin	3 (8,6 %)	32 (91,4 %)	
Antécédents psychiatriques	Non	11 (7,1 %)	144 (92,9 %)	0.621
	Oui	2 (11,8 %)	15 (88,2 %)	
Orientation	Hôpital	3 (23,08 %)	151 (94,97 %)	<0.001*
	Niveau supérieur	10 (76,92 %)	8 (5,03 %)	

\* significative ; n : nombre ; % : pourcentage.

### 2.3–Accès psychotique aigu (APA) :

L'analyse des données a mis en évidence une association significative entre l'accès psychotique aigu et le sexe masculin, ainsi qu'au recours à une prise en charge dans un niveau supérieur. Les résultats de cette analyse sont détaillés au tableau suivant (tableau 6) :

**Tableau 6 : Facteurs associés à l'accès psychotique aigu**

Paramètres			Accès psychotique aigu		p (Test Fischer/khi2)
			OUI	NON	
Sexe	Féminin	n	1	136	<0.001*
		%	0,7 %	99,3 %	
	Masculin	n	6	29	
		%	17,1 %	82,9 %	
Antécédents psychiatriques	Non	n	6	149	0.524
		%	3,9 %	96,1 %	
	Oui	n	1	16	
		%	5,9 %	94,1 %	
Orientation	Hôpital	n	2	152	<0.001*
		%	28,57 %	92,12 %	
	Niveau supérieur	n	5	13	
		%	71,43 %	7,88 %	

\* significative ; n : nombre ; % : pourcentage.

### **III. DISCUSSION**

L'objectif de notre étude était d'avoir une idée sur le profil des patients reçus pour des motifs psychiatriques au service d'accueil des urgences d'un hôpital général, ainsi que d'identifier le type de ces urgences et la nature de leur prise en charge.

#### **1. Discussion des résultats :**

##### **1.1. Discussion du profil sociodémographique des patients :**

L'âge moyen de nos patients était de 28,8 ans. En comparant nos résultats à d'autres travaux, nous remarquons que la moyenne d'âge dans notre série est relativement plus jeune, où la moyenne d'âge était de 39,2 ans dans la série de kirchner et al [33] ; 38,1 ans dans la série de D. Cremniter et al. [34] ; et 33,7ans dans celle de Hajji K, et al. [35]. Cette différence d'âge peut être expliquée par la mise en place d'une limite inférieure des âges des patients inclus dans les autres séries (15 ans dans la série de D. Cremniter et al. [34], et 18 ans dans celle de Hajji K, et al. [35]).

La prédominance féminine était nette dans notre étude (79.7%), ce qui était le cas aussi dans les travaux de D. Cremniter et al. [34], et kirchner et al [33]. Mais dans la série tunisienne [35], la prédominance était plutôt masculine avec un sex-ratio (H/F) de 1,3. La prédominance féminine dans notre série peut être due au fait que la majorité de nos patients ont été admis pour un trouble neurologique fonctionnel, qui est plus fréquent chez les patients de sexe féminin.

La proportion des patients présentant des antécédents psychiatriques dans notre série reste faible (9%), par rapport à celle des autres séries (69.6% dans la série de D. Cremniter et al. [34] et 70 % dans celle de Hajji K, et al [35]). Ces taux bas dans notre série peuvent être dus à la non recherche d'un trouble psychiatrique associé au

moment de la consultation, mais uniquement la recherche des suivis psychiatriques antérieurs des patients, ainsi qu'à la non accessibilité des institutions psychiatriques dans la région (un seul psychiatre pour une population estimée à 160111 habitants dans la province d'Ifrane [36]).

Par ailleurs, la grande majorité de nos patients se sont présentés accompagnés de leur entourage aux urgences. Ce constat n'est pas exclusif à notre série, mais était fait également par Hajji K et al [35]. Ce qui confirme que la situation de la crise en psychiatrie ne se limite pas à la personne souffrante, mais s'étend aussi à son entourage. Certes, la présentation des patients accompagnés par des membres de leur famille aux urgences peut être envahissante dans certains cas, pourtant elle permet au médecin d'établir un lien initial avec la famille du patient, qui jouera un rôle primordial dans sa prise en charge.

La comparaison du profil épidémiologique de nos patients avec celui des autres séries est détaillée dans le tableau suivant (tableau 7)

**Tableau 7 : Profil épidémiologique dans les différentes séries**

	Notre série	Hajji K et al	kirchner et al	D. Cremniter et al
<b>Lieu de l'étude</b>	Hôpital provincial de Azrou ( Maroc)	Hôpital universitaire de Mahdia (Tunisie)	Hôpital régional de Siegen (Allemagne)	Hôpital général de Henry Mondor (France)
<b>Période d'étude</b>	4 mois (2021)	12 mois (2009)	12mois (2015)	24 mois
<b>Taille de l'échantillon</b>	172	513	697	457
<b>Age (ans)</b>	28,8± 12,07	33,7 ± 13,4	39,2 ± 15,9	38.1 ± 16,7
<b>Sexe (féminin)</b>	79.7 %	-	50,8 %	61 %
<b>Antécédents personnels psychiatriques</b>	9.9 %	70 %	37,2 %	69.6%
<b>Antécédents médico-chirurgicaux</b>	2,3 %	5,2 %	-	-

## **1.2. Discussion des types d'urgence et de leurs prises en charge :**

La plupart de nos patients ont reçu des soins sur place et n'ont pas nécessité le recours à une prise en charge dans un niveau supérieur. Seuls 22 patients ont été référés à une consultation ambulatoire psychiatrique. Dans certains cas, la famille des patients a refusé le transfert aux urgences psychiatriques et dans d'autres, les patients ont refusé un suivi ambulatoire psychiatrique. Ces situations renvoient vers la réalité de la stigmatisation du suivi psychiatrique non seulement par les patients, mais aussi par leur famille.

La particularité de notre série par rapport aux travaux semblables est que 85% de nos patients ont été admis pour un trouble neurologique fonctionnel (trouble de conversion), affirmant que les patients souffrant de troubles somatiques s'orientent souvent vers le SAU dans un contexte de crise, faisant intervenir plusieurs membres de la famille, occupant le temps et l'espace dans le SAU. La tentative de suicide était le diagnostic le plus récurrent après le TNF, suivi par l'accès psychotique aigu et l'accès maniaque.

### **1.2.1 Trouble neurologique fonctionnel (TNF) :**

Dans notre étude, la majorité des patients ont été admis pour un TNF. Certes, la prévalence du TNF au SAU reste inconnue [37], mais sa fréquence au niveau des SAU est incontestable. En effet, 7946 patients ont été diagnostiqués avec un TNF entre 2005 et 2011 dans les SAU de la Californie, en Floride et à New York aux Etats-Unis, et le suivi de ces patients durant 3 ans a objectivé que ces patients avaient en moyenne effectué 3 nouvelles consultations au SAU lors de cette période du suivi [38].

L'âge moyen des patients admis pour TNF était de  $29 \pm 12,57$  ans, ce qui est plus bas que ce qui est rapporté dans la littérature ( $42,2 \pm 15,5$  ans dans la série de Merkler AE, et al (USA) ;  $42.4 \pm 13.8$  ans dans une série de De Vroege et al. (Pays Bas), et  $39.43 \pm 13.63$  ans dans celle de Pun et al (Australie)) [38,39,40]. Ce constat peut être dû au fait que la majorité des patients dans notre série se sont présentés avec des symptômes dissociatifs, dont le début est associé à un âge plus jeune que les autres symptômes [41,42].

La prédominance du sexe féminin dans notre série (83%) est conforme à la littérature (76.8 % dans la série de Merkler AE, et al ; 79.3% dans une série de De Vroege et al., et 66,3 % dans celle de Pun et al) [38,39,40].

Les antécédents psychiatriques n'ont été présents que chez 6.2% de nos patients, ce qui est différent de la littérature, où le taux de comorbidité des pathologies psychiatriques est beaucoup plus élevé (73% dans la série conduite par Pun et al [40]). La dépression et les troubles anxieux étaient les pathologies comorbides les plus fréquentes, avec des taux variant entre 20–50% et 10–38% respectivement [40,43,44].

Les symptômes à l'admission les plus fréquemment rencontrés étaient similaires à ceux retrouvés par Pun et al [40].

Par contre, plusieurs auteurs sont sceptiques quant à l'importance de la catégorisation des présentations du TNF, vu que d'une part, les études comparatives des sous-groupes, surtout des crises dissociatives et des présentations motrices, ont montré plus de similarités (même profil psychologique, qualité de vie, psychopathologie) entre les deux groupes que des différences ( les patients avec des symptômes dissociatifs étaient plus jeunes, et avec une proportion de patients du sexe masculin plus élevée) [41;42]. D'une autre part, la coexistence et le croisement

des symptômes chez les mêmes patients ont été notés [43]. En effet, le suivi d'un groupe de patients admis aux urgences pour un TNF et d'un autre groupe admis pour une épilepsie sur une période de 3 ans, a montré que les patients suivis pour épilepsie ont été réadmis aux urgences pour des convulsions. Par contre, les patients suivis pour un TNF ont revisité les urgences pour d'autres motifs non spécifiques variables [38], ce qui suggère que les patients peuvent se présenter aux urgences avec des plaintes différentes à chaque fois.

L'exploration paraclinique des patients admis pour un TNF n'était pas fréquente dans notre série, vu que dans la majorité des cas le tableau clinique était assez explicite. En revanche, nous avons constaté que même en l'absence d'une indication, 52 % des patients ont reçu une oxygénothérapie et 53 % des patients ont reçu une injection intramusculaire de gluconate de calcium, et que chez deux patients, le recours à l'injection intramusculaire d'un anxiolytique s'est avéré indispensable. Ces conduites thérapeutiques viennent généralement suite à la demande de la famille ou des patients, ce qui témoigne du degré de l'urgence ressentie par ces derniers, et aussi des difficultés que peuvent avoir les médecins à convaincre les patients et leur famille de la non nécessité de telles interventions.

Cette prise en charge reste discutable, car elle entraîne une déperdition des ressources de l'hôpital, d'où l'intérêt de former les médecins à opter pour une prise en charge non médicamenteuse de ces patients (approche relationnelle). Néanmoins, cette approche est chronophage et peut être épuisante pour le personnel des urgences, qui préfère souvent avoir recours à des méthodes médicamenteuses ou à un placebo.

D'une autre part, bien que le TNF n'est plus considéré comme un diagnostic d'élimination, l'inquiétude des médecins de poser un diagnostic positif erroné du TNF

reste présente. De multiples travaux ont été conduits afin d'estimer le taux des diagnostics erronés, et les résultats sont plutôt rassurants. Dans ce sens, une méta-analyse conduite par Stone et al (2005) comparant le taux de faux diagnostics dans les études publiées entre 1951 et 2001, a mis en évidence un taux global de 8.4%, et ce dernier a connu une baisse avec le temps, passant d'une moyenne de 29% lors du début des années 1950, jusqu'à stabilisation à partir des années 1970 à un taux moyen de 4% [45]. Mais la qualité discutable des études incluses (échantillons de petites tailles, études uni-centrées, rétrospectives, qualité du suivi non satisfaisante) a laissé des doutes chez les auteurs vis-à-vis des résultats de cette méta-analyse [46]. Sur ce, Stone et al ont réalisé une étude prospective multicentrique aux centres de suivi ambulatoire de neurologie du National Health Service(NHS) en Écosse [46]. Ils ont retrouvé que chez seulement 4 patients (0.4%), une pathologie organique pouvant mieux expliquer les symptômes initiaux a été mise en évidence durant le suivi, confirmant que les erreurs diagnostiques sont plutôt rares.

Dans notre série, tous les diagnostics du TNF ont été faits par des médecins généralistes ou des internes, et dans tous les cas, la vérification à posteriori du diagnostic n'était pas faite dans notre étude, mais en se basant sur l'évolution favorable rapide des patients, nous pouvons dire que le risque de faux diagnostics dans notre échantillon reste mineur.

Le TNF est souvent référé à la consultation ambulatoire neurologique. En effet, une série multicentrique conduite par Carson et al., a objectivé que le TNF est le motif de référence des nouveaux patients le plus fréquent après les céphalées [47]. Dans notre série, tous les patients chez qui un suivi ambulatoire a été indiqué, étaient référés en consultation psychiatrique. Ce choix peut être basé sur le fait qu'historiquement le suivi et le traitement du TNF relevait de la psychiatrie. Mais,

étant donné que le suivi classique des patients en neurologie ne semble pas donner des résultats satisfaisants, les recommandations récentes en matière du traitement s'orientent plutôt vers une approche multidisciplinaire, centrée sur une bonne alliance thérapeutique et sur l'intervention de nombreuses spécialités, essentiellement la psychothérapie, la physiothérapie et l'ergothérapie [48].

### 1.2.2. Tentative de suicide (TS) :

Dans notre série, la TS occupe 7,6 % des diagnostics et l'âge moyen des patients était de 23,6+/-8,5 ans. Globalement, nous constatons que les TS concernent plus fréquemment le sujet jeune. Dans une série conduite par S. Ting et al. [49] étudiant les caractéristiques épidémiologiques des TS aux Etats-Unis dans les hôpitaux généraux sur une période de 16 ans, l'âge moyen des consultants était de 31 ans, avec une prédominance des patients âgés entre 15 ans et 19 ans. Des résultats similaires ont été retrouvés par Rim et al en Tunisie [50], où l'âge moyen des patients était de 26,6 ans. Le jeune âge des patients rejoint les données connues sur l'âge de début des pathologies psychiatriques en général, ainsi que la sensibilité de la période de l'adolescence en matière de risque suicidaire.

La prédominance féminine dans notre étude était nette (10 patientes sur 13 patients). En comparant nos résultats aux autres études, la prédominance féminine était présente dans toutes les études, mais l'association au sexe féminin n'était significative, que chez les patients âgés entre 15 ans et 19 ans dans la série américaine, et chez les patients âgés entre 10 et 19 ans dans la série brésilienne. [49,50,51]

L'origine psychiatrique de la TS n'a pas été recherchée au moment de la consultation dans notre travail, faute de présence d'un médecin psychiatre aux urgences, mais deux patients avaient des antécédents psychiatriques, dont deux

antécédents de TS chez une patiente présentant un trouble de personnalité borderline, et le suivi pour une psychose chez l'autre patient. Les antécédents psychiatriques étaient plus fréquents dans les autres séries (22 % dans la série tunisienne et 42 % dans la série brésilienne) alors que la comorbidité avec un trouble psychiatrique était présente chez 58 % des patients dans la série américaine [49,50,51]. Le peu d'antécédents psychiatriques retrouvés dans notre étude peut être partiellement justifié par les difficultés d'accès aux soins psychiatriques, ainsi que la difficulté de recueillir des éléments précis concernant l'histoire psychiatrique des patients dans le contexte de l'urgence. Néanmoins, la recherche et le traitement des pathologies psychiatriques après une admission au SAU pour une TS sont fondamentaux, car il est estimé que 90% des patients qui décèdent par suicide souffraient dans leur vie d'un trouble psychiatrique [52] d'une part, et d'autre part, le SAU représente le point d'accès principal aux soins des patients ayant fait une TS.

Dans ce sens, 9 patients dans notre série (69,2%) ont été référés aux urgences psychiatriques après stabilisation somatique, 3 patients (23%) ont été référés en consultation ambulatoire psychiatrique et une patiente était référée au SAU d'un hôpital d'un niveau tertiaire à cause de la gravité de son état hémodynamique.

Ainsi, dans notre pratique, nous retrouvons des patients qui ne sont pas adressés vers un service de psychiatrie dans les suites immédiates d'une TS, chose qui va à l'encontre des recommandations [6] qui exigent une évaluation psychiatrique urgente de ces patients. Cela peut être dû dans notre contexte à l'absence de structures psychiatriques adaptées à ce genre de patients, car la priorité dans les structures disponibles est donnée aux patients agités et agressifs. Une autre raison

peut être le choix des familles, qui décident d'opter pour la prise en charge ambulatoire dans le secteur privé.

Quant aux moyens de tentative de suicide, l'intoxication volontaire était le moyen le plus fréquent chez nos patients (11 patients sur 13). Ces intoxications étaient médicamenteuses chez 7 patients, par pesticides chez 3 patients et par un produit caustique chez 1 patient. Nous avons retrouvé chez le reste, une TS par un objet tranchant chez un patient et une défenestration chez une patiente.

L'intoxication volontaire était aussi le moyen de la TS le plus fréquent dans les autres séries [49,50,51]. Les travaux de Ting et al. [49] et Alves et al. [51] ont mis en évidence une association significative entre l'intoxication volontaire médicamenteuse et le sexe féminin. Inversement, l'association était significative entre le sexe masculin et l'usage des objets tranchants dans les deux travaux. Dans notre étude, le nombre réduit de l'échantillon n'a pas permis d'isoler des facteurs de risque liés aux moyens utilisés.

En outre, l'intoxication volontaire aux pesticides était utilisée pour la tentative de suicide chez 3 patients sur 13 dans notre série. En effet, les TS aux pesticides représentent un problème grave de santé publique dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire [53], vu leur potentiel létal important. Sur ce, une attention particulière doit être portée à la vente de ces produits, afin de réduire leur disponibilité pour la population générale.

Au total, nos résultats, et ceux des études comparables, suggèrent que les jeunes femmes sont les plus à risque de faire une TS, d'où l'intérêt de cibler cette population dans les programmes de prévention du suicide et aussi de vulgariser le sujet afin de le déstigmatiser.

La comparaison entre les séries des principaux paramètres étudiés est détaillée dans le tableau 8.

**Tableau 8 : Profils des tentatives de suicide dans différentes séries.**

	Notre série	Rim et al.	Alves et al.	Ting et al.
Lieu de l'étude	Azrou (Maroc)	Mahdia (Tunisie)	Alagoas (Brésil)	Etats unis
Période d'étude	4 mois (2021)	03 mois (2018)	12 mois (2010)	16 ans (1993–2008)
Taille de l'échantillon	13	44	461	6,720,000
Age	23,6 ± 8,5 ans	26,64 ± 9,4 ans	-	31 ans
Sexe féminin	77 %	77,3 %	66.6 %	55,9 %
Antécédents psychiatriques	15,4 %	22 %	9,1 %	54 %
Moyens plus fréquent de la tentative de suicide	Médicaments (53,8%)	Médicaments (61%)	Médicaments (58,7%)	Médicaments (49%)

### 1.2.3. Accès psychotique aigu (APA) :

L'accueil d'un patient souffrant d'un accès psychotique aigu (APA) aux SAU reste toujours un défi pour l'équipe soignante, en raison d'abord de l'agitation qui accompagne souvent ces états, ainsi que le risque de passer à côté d'une urgence organique vitale.

L'âge moyen de nos patients est de 23,4 ans avec une prédominance du sexe masculin (6 sur 7). Notre étude a mis en évidence une association significative entre l'APA et le sexe masculin, ce qui concorde avec les données de la littérature.

Un antécédent de suivi pour une psychose a été objectivé chez un seul patient. Pour le reste (6 patients sur 7), l'accès psychotique était inaugural. Cependant, uniquement deux patients sur sept ont bénéficié d'une tomodensitométrie cérébrale, contrairement aux recommandations [9], qui stipulent que toute présentation psychotique aiguë de novo doit bénéficier d'un bilan paraclinique contenant une tomodensitométrie cérébrale, afin d'éliminer une étiologie organique. La non réalisation du bilan radiologique est essentiellement due à la non disponibilité de l'examen en dehors des horaires de travail, par manque de médecins radiologues.

De plus, tous les patients ont reçu une injection intramusculaire d'anxiolytiques, qui est le seul psychotrope sédatif disponible au niveau de l'hôpital, alors que les recommandations [9] privilégient l'usage d'antipsychotiques dans le cas d'agitation psychotique par voie orale quand c'est possible, et l'usage des mêmes produits par voie intramusculaire en cas de refus ou quand la voie orale n'est pas possible ou insuffisante.

Finalement, le transfert à l'hôpital psychiatrique a été indiqué pour 5 patients sur 7, et le suivi ambulatoire psychiatrique a été indiqué chez 2 patients dont l'état s'est stabilisé rapidement. Le transfert des patients était soumis à plusieurs contraintes dans notre contexte, notamment la non disponibilité des ambulances et le refus des familles. D'où l'intérêt de former les médecins et les équipes soignantes dans les SAU des hôpitaux généraux à la prise en charge immédiate d'un APA, afin de pouvoir différer l'urgence psychiatrique, particulièrement en ce qui concerne l'état d'agitation et l'agressivité. Sans oublier de fournir les médicaments et les moyens de contention nécessaires à la gestion de cette urgence grave.

#### **1.2.4. Accès maniaque :**

Le petit échantillon dans notre étude (2 patients) ne nous permet pas une discussion détaillée des paramètres étudiés. Mais nous remarquons que contrairement aux autres diagnostics, les deux patients admis pour un accès maniaque ont un antécédent de suivi psychiatrique, car ils sont suivis pour un trouble bipolaire, et les deux ont été orientés vers l'hôpital psychiatrique Ibn-Alhassan de Fès.

#### **1.2.5. Autres diagnostics :**

Lors de notre étude, un trouble anxieux a été mis en évidence chez seulement deux patients, dont un patient avait un antécédent d'attaques de panique à répétition. Les attaques de panique ou crises d'angoisse représentent un motif récurrent de consultation au SAU [54], vu la symptomatologie cardiovasculaire fréquente de la crise, qui fait craindre une urgence somatique vitale. Sans oublier que l'angoisse et la sensation de mort imminente, ressenties par le patient lors de la crise, peuvent être responsables d'un état d'agitation réactionnel, à l'origine de la consultation aux urgences [54]. Dans notre série, il est probable que le nombre limité de patients ayant un diagnostic d'attaque de panique soit dû à un sous diagnostic, notamment en raison de la similitude de certaines attaques de panique paucisymptomatiques ou mono-symptomatiques, qui sont souvent pris pour des conversions ou restent sans diagnostic.

Par ailleurs, le diagnostic de dyskinésies secondaires à la prise des neuroleptiques a été établi chez un patient. Ce diagnostic aussi peut passer inaperçu en l'absence d'informations sur les antécédents du patient et la prise médicamenteuse. Il s'agit d'un effet indésirable qui peut être très inquiétant, avec parfois des dystonies aiguës entraînant des troubles de déglutition, et des

mouvements anormaux très anxiogènes pour le Patient et son entourage. Là aussi, le traitement qui consiste en l'administration de correcteurs anticholinergiques (le trihexyphénidyle), n'est pas disponible dans les SAU des hôpitaux généraux, qui ont souvent recours au diazépam injectable, seule molécule disponible dans ces structures. Ce type d'urgence nécessite une connaissance des effets indésirables des médicaments psychotropes, et des conduites à tenir face aux urgences liées à ces effets, en particulier les dystonies aiguës et le syndrome malin des neuroleptiques qui constituent une urgence vitale avec une mortalité élevée en cas de retard de prise en charge.

## **2. Recommandations générales :**

Notre étude confirme la fréquence et la variété des urgences psychiatriques reçues au niveau du service d'accueil des urgences d'un hôpital général. La prise en charge de ces urgences n'est pas toujours conforme aux recommandations en raison de plusieurs facteurs, dont l'absence de formation spécifique pour ces urgences, et le manque de moyens adaptés.

Ainsi, et à défaut de la présence d'un psychiatre référent pouvant conseiller les équipes soignantes, la formation des équipes d'accueil des urgences en matière de prise en charge des urgences psychiatriques, et la mise à leur disposition des moyens thérapeutiques nécessaires à cette prise en charge sont fortement recommandées.

Par ailleurs le TNF, par sa fréquence, a un retentissement important sur le plan logistique et économique au niveau des services d'accueil des urgences des hôpitaux généraux. C'est un trouble qui mobilise beaucoup de ressources, et consomme un temps précieux pour le personnel de ces services, d'où la nécessité d'établir une conduite à tenir à suivre devant ce trouble, qui soit codifiée et ciblée, privilégiant l'approche relationnelle, et permettant de soulager ces services.

Concernant les tentatives de suicide, nous recommandons de sensibiliser les familles des patients aux risques de récurrences suicidaires au décours d'une TS. En proposant de mettre en place une ligne téléphonique pour assister et aider les patients et leurs familles dans une situation de crise suicidaire, en matière d'écoute, de soutien, d'orientation et de conseil. Cela permettra de soulager les équipes des SAU de ce fardeau, et de faciliter la prise en charge de ces patients de façon adaptée.

Pour les accès psychotiques aigus, la problématique de l'absence d'antipsychotiques et de moyens de contention, ainsi que de véhicules médicalisés adaptés à ce type d'urgences, montre qu'il s'agit essentiellement d'un problème de moyens, qui doit être abordé par les responsables de ces structures, qui doivent être sensibilisés aux risques posés par cette situation.

### **3. Limites de l'étude :**

Parmi les limites de notre étude, le recueil des informations qui a été effectué à partir du registre des urgences. Cet aspect rétrospectif limite la précision des informations recueillies, et ne permet pas la vérification auprès des patients de ces données.

Par ailleurs, la multitude des présentations cliniques des urgences psychiatriques, requièrent un nombre important de patients à inclure dans l'étude, afin de pouvoir sortir avec des conclusions pertinentes. Cependant dans notre étude, le nombre de patients relevant de certains diagnostics (attaque de panique, accès maniaque, etc.) était réduit, ce qui a rendu difficile l'élaboration de conclusions pour ces cas. Ajoutons à cela, les difficultés que trouvent les médecins de garde pour cerner et diagnostiquer les urgences psychiatriques, qui peuvent dans certains cas passer inaperçues, et ne pas figurer sur les registres.

Toutes ces limites ne permettent pas à notre étude d'être exhaustive, mais nos résultats représentent une réalité rapportée par les médecins eux-mêmes, et reflète leur vécu quotidien.

# CONCLUSION

Les troubles psychiatriques occupent une place importante dans les services d'accueil des urgences des hôpitaux généraux. Cela est d'autant plus problématique que ces situations peuvent cacher des urgences organiques vitales, qu'il faut déceler très vite. Ajouté à cela, les risques de sécurité que peuvent poser certains patients, par le biais de l'agitation ou de l'agressivité, auxquelles ces équipes ne sont pas toujours préparées et n'ont pas toujours les moyens pour les gérer.

Dans ce travail, nous avons pu établir un état des lieux des principales situations rencontrées dans ces structures, et de leur orientation ultérieure. En mettant le point sur l'intérêt de mettre à disposition des médecins, des conduites à tenir préétablies pour les situations les plus problématiques, ou encore mieux, intégrer la prise en charge des urgences psychiatriques dans la formation des futures internes, qui constituent la cheville ouvrière dans ces services. Un autre aspect important pouvant aider les équipes soignantes devant ces urgences, est la présence d'un médecin psychiatre référent qui pourrait être contacté en cas de besoin pour apporter son expertise, même à distance, dans certaines situations de crise. Néanmoins, une bonne prise en charge de ces urgences, requiert aussi la mise en place de salles d'examen adaptées à ce genre de situation, assurant la sécurité du patient, des autres patients se trouvant dans ces services, et de l'équipe soignante. Sans oublier la disponibilité de moyens thérapeutiques adaptés, afin de stabiliser l'urgence et mettre en condition les patients en vue d'un éventuel transfert vers une structure spécialisée.

# RESUMES

## Résumé

Les urgences psychiatriques sont un motif de consultation assez fréquent dans les services d'accueil des urgences (SAU) des hôpitaux généraux. Ces urgences posent des difficultés aux équipes soignantes, qui ne sont pas toujours préparées à les gérer. Nous allons dans ce travail, essayer de faire un état des lieux de la nature de ces urgences, ainsi que de la suite qui leur est donnée.

**Méthodologie** : il s'agit d'une étude observationnelle transversale, concernant les patients ayant consulté pour une urgence psychiatrique à l'hôpital provincial de la ville d'Azrou, durant une période de 4 mois. Les données ont été recueillies du registre des urgences, et ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS-23.

**Résultats** : Nous avons recensé 172 urgences psychiatriques, avec un âge moyen de 28.8 ans +/- 12, et une prédominance féminine de 79,7%. Le trouble neurologique fonctionnel est le diagnostic le plus récurrent (86%), suivi par la tentative de suicide (7,6%) et l'accès psychotique aigu (7%). Des antécédents psychiatriques ont été présents chez 10% des patients, et la majorité des patients (97%) se sont présentés accompagnés. La plupart des patients (89.5%), ont reçu des soins sur place, 12% ont été référés pour une consultation ambulatoire psychiatrique, alors que 10.5% ont été évacués vers une structure spécialisée.

**Conclusion** : Notre étude confirme la présence quotidienne des urgences psychiatriques dans le service d'accueil des urgences d'un hôpital général. Les difficultés rencontrées par les médecins qui travaillent dans ces services, notamment dans la gestion de ces urgences, confirment la nécessité d'une formation adaptée dans la prise en charge immédiate de ces patients, et l'importance d'offrir les moyens thérapeutiques pour une bonne prise en charge.

## Abstract

Psychiatric emergencies are a fairly common complaint in the emergency department of general hospitals. These emergencies set multiple challenges to the emergency care teams, who are not always prepared to manage them. In this work, we'll try to ascertain the nature of these emergencies as well as their management.

**Methodology:** This cross-sectional observational study was carried out in the provincial hospital of Azrou, and included patients who consulted for a psychiatric emergency during a 4-month period. Data were collected from the emergency department's register and analyzed using SPSS-23 software.

**Results:** We counted 172 psychiatric emergencies, the mean age of the patients was 28.8 +/- 12 years, with a female predominance of 79.7%. Functional neurological disorder was the most frequent diagnosis (86%), followed by suicide attempt (7.6%) and acute psychosis (7%). History of one or more psychiatric event was identified in 10% of the cases, and the majority of patients (97%) were accompanied by at least a member of their entourage to the emergency department. Most patients (89.5%) received treatment at the same hospital, 12% were referred to an outpatient psychiatric consultation, while 10.5% were transferred to a specialized structure.

**Conclusion:** Our study confirms the daily presence of psychiatric emergencies in the emergency setting of a general hospital. The difficulties encountered by the emergency care physicians underline the need for appropriate training in the immediate management of these patients, and the importance of offering therapeutic means for good management.

## ملخص

تعد حالات الطوارئ النفسية سببًا متكررًا إلى حد ما للاستشارة في قسم استقبال الطوارئ في المستشفيات العامة. تشكل هذه الحالات صعوبات للفرق الطبية، التي ليست مستعدة دائمًا لإدارتها. سنحاول في هذا العمل إجراء جرد لطبيعة هذه الحالات الطارئة، وكذلك المتابعة الممنوحة لها.

**المنهجية:** هذه دراسة رصدية مقطعية، تتعلق بالمرضى الذين استشاروا من أجل حالة طارئة نفسية في المستشفى الإقليمي لمدينة أزرو، خلال فترة 4 أشهر. تم جمع البيانات من سجل الطوارئ وتم تحليلها باستخدام برنامج SPSS-23.

**النتائج:** أحصينا 172 حالة طوارئ نفسية، كان متوسط عمر المرضى  $28.8 \pm 12$  سنة، مع غلبة للإناث بنسبة 79,9%. كان الاضطراب العصبي الوظيفي التشخيص الأكثر شيوعًا (86%)، يليه محاولة الانتحار (7,6%) والذهان الحاد (7%). تم تحديد سوابق طبية نفسية في 10% من الحالات، وجاء غالبية المرضى (97%) برفقة أحد أفراد محيطهم إلى قسم الطوارئ. تلقى معظم المرضى (89,5%) العلاج في نفس المستشفى، وتم تحويل 12% إلى استشارة نفسية للمرضى الخارجيين، بينما تم تحويل 10,5% إلى مستشفى متخصص.

**استنتاج:** تظهر دراستنا القبول اليومي لحالات الطوارئ النفسية في قسم الطوارئ بمستشفى عام. تؤكد الصعوبات التي يواجهها الأطباء العاملون في هذه الأقسام، لا سيما في إدارة هذه الحالات الطارئة، على الحاجة إلى توفير التدريب المناسب لهم في الإدارة الفورية لهاته الحالات، وعلى أهمية توفير الوسائل لعلاج أفضل.

# ANNEXES

---

**Annexe 1 : fiche d'exploitation****FICHE D'EXPLOITATION :**

- Âge :
- Sexe :
- Antécédents personnels médico-chirurgicaux :      Oui                      Non
- Antécédents personnels psychiatriques :                      Oui                      Non
- Mode de présentation à la consultation :                      Accompagné      Seul
- Diagnostic :
- Niveau de prise en charge :                      A l'Hôpital      Niveau  
supérieur
- Orientation en consultation ambulatoire :                      Oui                      Non

# **BIBLIOGRAPHIE**

- 
- [1]. Theriault KM, Rosenheck RA, Rhee TG. Increasing Emergency Department Visits for Mental Health Conditions in the United States. *J Clin Psychiatry*. 2020 Jul 28;81(5):20m13241. doi: 10.4088/JCP.20m13241. PMID: 32726001.
- [2]. Eales, S. Liaison Psychiatry for every acute hospital: Integrated mental and physical healthcare. *College Report* 183. (2013)
- [3]. Saliou V, Fichelle A, McLoughlin M, Thauvin I, Lejoyeux M. Psychiatric disorders among patients admitted to a French medical emergency service. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005 Jul–Aug;27(4):263–8. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2005.03.009.
- [4]. Boiteux C, Boillet V, Picard A, Urgence psychiatrique, Volume, Issue, /2014, Pages, ISSN 0246–1072, [http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072\(14\)57924-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072(14)57924-2)
- [5]. Carrillo P, Fovet T, Poulet E, L'évaluation psychiatrique au service d'accueil des urgences : particularités sémiologiques, Volume 5965, Issue 8, 10/2018, Pages 715–846, ISSN 0003–4487, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2018.08.007>
- [6]. Darcourt G, Barbail A, Belmin M, Botbol M, Cadeac d'Arbaud B, Camoin F, et al. Conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ». *Pour la recherche* 2000; 27:1–15.
- [7]. Rodziński, P., Rutkowski, K., & Ostachowska, A. (2017). Progression of suicidal ideation to suicidal behavior from a perspective of selected suicidological models. *Psychiatria Polska*, 51(3), 515–530 ; doi :10.12740/pp/6398
- [8]. Elmrini.E.M, Guide pratique des urgences psychiatriques, N° de Thèse : 004/19

- [9]. Recommandations de Bonne Pratique Clinique Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences SFM. (2021)
- [10]. Maldonado JR. Acute Brain Failure: Pathophysiology, Diagnosis, Management, and Sequelae of Delirium. *Crit Care Clin.* 2017 Jul ;33(3) :461–519. Doi: 10.1016/j.ccc.2017.03.013.
- [11]. Sarazin M, Amarenco P, Troubles cognitifs aigus, EMC – Médecine, Volume 1, Issue 4, 2004, Pages 325-336, ISSN 1762-4193, <https://doi.org/10.1016/j.emcmed.2004.05.002>.
- [12]. Kecskeméti S, Psychoses aiguës, Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte
- [13]. Weibel H, Metzger J.-Y., Psychoses délirantes aiguës, Volume, Issue, /2005, Pages, ISSN 0246-1072, [http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072\(05\)36834-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0246-1072(05)36834-9)
- [14]. BENTISS F., ASRI F., TAZI I., L'accès psychotique aigu – UCA
- [15]. Crocq M-A, Guelfi J-D, Boyer P, Pull C-B, Pull M-C, American Psychiatric Association, Mini DSM-5 : Critères diagnostiques, Elsevier Masson, 2016, 347 p
- [16]. Henry C, Gay C : Maladie maniaco-dépressive ou troubles bipolaires. Encyclopédie Orphanet, janvier 2004
- [17]. Yann A, Vers une nouvelle définition de la conversion hystérique, Volume 4422, Issue 6, 08/2013, Pages 419-486, ISSN 0003-4487, <http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2012.04.006>

- [18]. Stone J, LaFrance WC Jr, Levenson JL, Sharpe M. Issues for DSM-5: Conversion disorder. *Am J Psychiatry*. 2010 Jun;167(6): 626–7.doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09101440. PMID: 20516161.
- [19]. Roelofs K, Spinhoven P, Sandijck P, Moene FC, Hoogduin KA. The impact of early trauma and recent life-events on symptom severity in patients with conversion disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2005 Aug ;193(8) :508–14. Doi : 10.1097/01.nmd.0000172472.60197.4d. PMID : 16082294.
- [20]. Lejeune J, Piette C, Salmon E, Scantamburlo G. Vignette diagnostique de l'étudiant. Trouble de conversion : neuroimagerie fonctionnelle et mécanismes neurobiologiques [Conversion disorder : functional neuroimaging and neurobiological mechanisms]. *Rev Med Liege*. 2017 Apr;72(4):214–218. French. PMID: 28471555.
- [21]. Allet JL, Allet RE. Somatoform disorders in neurological practice. *Curr Opin Psychiatry*. 2006 Jul;19(4):413–20. doi: 10.1097/01.yco.0000228764.25732.21. PMID: 16721174.
- [22]. Carson A, Lehn A, Ludwig L, Stone J. Explaining functional disorders in the neurology clinic: a photo story. *Pract Neurol*. 2016 Feb;16(1):56–61. doi: 10.1136/practneurol-2015-001242. PMID: 26769761.
- [23]. Buckley NA, Whyte IM, Dawson AH, McManus PR, Ferguson NW. Correlations between prescriptions and drugs taken in self-poisoning. Implications for prescribers and drug regulation. *Med J Aust*. 1995 Feb 20;162(4):194–7. PMID: 7877541.

- [24]. Baca-García E, Diaz-Sastre C, Saiz-Ruiz J, de Leon J. How safe are psychiatric medications after a voluntary overdose? *Eur Psychiatry*. 2002 Dec;17(8):466–70. doi: 10.1016/s0924-9338(02)00706-x. PMID: 12504263.
- [25]. Poston KL, Frucht SJ. Movement disorder emergencies. *J Neurol* 2008; 255(suppl 4):2–13.
- [26]. Hector A. Gonzalez-Usigli MD ,Manuel msd Dystonies, HE UMAE Centro Médico Nacional de Occidente
- [27]. Angelis MV, Giacomo RD, Muzio AD, Onofrj M, Bonanni L. A subtle mimicker in emergency department: Illustrated case reports of acute drug induced dystonia *Medicine(Baltimore)*.2016;95(41): e5137. doi:10.1097/MD.0000000000005137
- [28]. David T , MD ,David Geffen School of Medicine at UCLA, Syndrome malin des neuroleptiques .
- [29]. Delay J, Pichot P, Lempérière MT, Ellisalde B, Peigne F. Un neuroleptique majeur non phénothiazinique et non réserpinique, l'halopéridol, dans le traitement des psychoses. *Ann Med Psychol (Paris)* 1960 ; 118 : 145–52
- [30]. François P, Le syndrome malin des neuroleptiques, *Actualités Pharmaceutiques*, Volume 55, Issue 553,2016, Pages 48–49, ISSN 0515–3700, <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2015.11.032>.
- [31]. Modi S, Dharaiya D, Schultz L, Varelas P. Neuroleptic Malignant Syndrome: Complications, Outcomes, and Mortality. *Neurocrit Care* 2016; 24:97.
- [32]. Iversen TSJ, Steen NE, Dieset I, Hope S, Mørch R, Gardsjord ES, Jørgensen KN, Melle I, Andreassen OA, Molden E, Jönsson EG. Side effect burden of antipsychotic drugs in real life – Impact of gender and polypharmacy. *Prog Neuropsychopharmacol*

Biol Psychiatry. 2018 Mar 2; 82: 263–271.doi: 10.1016/j.pnpbp.2017.11.004. Epub 2017 Nov 7. PMID: 29122637.

[33]. Kirchner. H, Sinani G, Ullrich H, Pajonk F-G, Juckel G, Charakterisierung von ambulanten Notfallkontakten in einer interdisziplinären Notaufnahme  
Characterization of Ambulant Emergency Contacts in an Emergency Room at a General Hospital

[34]. Cremniter D, Payan C, Meidinger A, Batista G, Fermanian J. Predictors of short-term deterioration and compliance in psychiatric emergency patients: a prospective study of 457 patients referred to the emergency room of a general hospital. Psychiatry Res. 2001 Oct 10;104(1):49–59. doi: 10.1016/s0165-1781(01)00293-1. PMID: 11600189.

[35]. Hajji K, et al. Caractéristiques générales des urgences psychiatriques à l'hôpital de Mahdia. Encéphale (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.018>

[36]. HCP, Projections de la population Provinciale d'Ifrane par milieu de résidence au 1er juillet (2014 à 2030)

[37]. Siket MS, Merchant RC. Psychogenic seizures: A review and description of pitfalls in their acute diagnosis and management in the emergency department. Emerg Med Clin North Am. 2011 Feb;29(1):73–81. doi: 10.1016/j.emc.2010.08.007. PMID: 21109104.

[38]. Merkler AE, Parikh NS, Chaudhry S, Chait A, Allen NC, Navi BB, Kamel H. Hospital revisit rate after a diagnosis of conversion disorder. J Neurol Neurosurg Psychiatry.

2016 Apr;87(4):363–6. doi: 10.1136/jnnp-2014-310181. Epub 2015 Apr 8. PMID: 25855400.

[39]. De Vroege, Lars, Koppenol, Iris, Kop, Willem Johan et al. (2 more authors) (2020) Neurocognitive functioning in patients with conversion disorder/functional neurological disorder. *Journal of Neuropsychology*. ISSN 1748–6645 <https://doi.org/10.1111/jnp.12206>

[40]. Pun P, Frater J, Broughton M, Dob R and Lehn A (2020) Psychological Profiles and Clinical Clusters of Patients Diagnosed with Functional Neurological Disorder. *Front. Neurol.* 11: 580267. doi: 10.3389/fneur.2020.580267

[41]. Stone J, Sharpe M, Binzer M. Motor conversion symptoms and pseudoseizures: a comparison of clinical characteristics. *Psychosomatics*. 2004 Nov–Dec;45(6):492–9. doi: 10.1176/appi.psy.45.6.492. PMID: 15546826.

[42]. Hopp JL, Anderson KE, Krumholz A, Gruber–Baldini AL, Shulman LM. Psychogenic seizures and psychogenic movement disorders: are they the same patients? *Epilepsy Behav.* 2012 Dec;25(4): 666–9. doi: 10.1016/j.yebeh.2012.10.007. Epub 2012 Nov 15. PMID: 23168090.

[43]. Carson A, Lehn A. *Epidemiology. Handb Clin Neurol.* 2016; 139:47–60. doi: 10.1016/B978-0-12-801772-2.00005-9. PMID: 27719864.

[44]. Akyüz F, Gökalp PG, Erdiman S, Oflaz S, Karşıdağ Ç. Conversion Disorder Comorbidity and Childhood Trauma. *Noro Psikiyatr Ars.* 2017 Mar;54(1): 15–20. doi: 10.5152/npa.2017.19184. Epub 2017 Mar 1. PMID: 28566953

[45]. Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, Sharpe M. Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and "hysteria". *BMJ*. 2005 Oct 29;331(7523):989. doi: 10.1136/bmj.38628.466898.55. Epub 2005 Oct 13. PMID: 16223792

[46]. Stone J, Carson A, Duncan R, Coleman R, Roberts R, Warlow C, Hibberd C, Murray G, Cull R, Pelosi A, Cavanagh J, Matthews K, Goldbeck R, Smyth R, Walker J, Macmahon AD, Sharpe M. Symptoms 'unexplained by organic disease' in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? *Brain*. 2009 Oct;132(Pt 10):2878–88. doi: 10.1093/brain/awp220. Epub 2009 Sep 8. PMID: 19737842.

[47]. Stone J, Carson A, Duncan R, Roberts R, Warlow C, Hibberd C, Coleman R, Cull R, Murray G, Pelosi A, Cavanagh J, Matthews K, Goldbeck R, Smyth R, Walker J, Sharpe M. Who is referred to neurology clinics? --the diagnoses made in 3781 new patients. *Clin Neurol Neurosurg*. 2010 Nov;112(9):747–51. doi: 10.1016/j.clineuro.2010.05.011. Epub 2010 Jun 19. PMID: 20646830.

[48]. Adams C, Anderson J, Madva EN, LaFrance WC Jr, Perez DL. You've made the diagnosis of functional neurological disorder: now what? *Pract Neurol*. 2018 Aug;18(4):323–330. doi: 10.1136/practneurol-2017-001835. Epub 2018 May 15. PMID: 29764988

[49]. Ting SA, Sullivan AF, Boudreaux ED, Miller I, Camargo CA Jr. Trends in US emergency department visits for attempted suicide and self-inflicted injury, 1993–2008. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012 Sep–Oct;34(5):557–65. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2012.03.020. Epub 2012 May 2. PMID: 22554432

[50]. Gniwa OR, Ben Soussia R, Bouali W, Sriha Belguith A, Younes S, Zarrouk L. Psychiatric emergencies: Factors associated with suicide attempts. *Tunis Med.* 2019 Jul ;97(7) :910–917. PMID : 31872403.

[51]. Alves<sup>1</sup>, Amanda Mirlla Santos da Silva<sup>2</sup>, Ana Paula Nogueira de Magalhães<sup>3</sup>, Tiago Gomes de Andrade<sup>4</sup>, Ana Cristina Mancussi e Faro<sup>5</sup>, Antonio E. Nardi, Suicide attempts in a emergency hospital Perfil de tentativas de suicídio em um hospital de emergência Verônica de Medeiros doi : 10.1590/0004–282X20130212

[52]. Brådvik L. Suicide Risk and Mental Disorders. *International journal of environmental research and public health*, (2018). 15(9), 2028. <https://doi.org/10.3390/ijerph15092028>

[53]. Banerjee S, Chowdhury AN, Schelling E, Brahma A, Biswas MK, Weiss MG. Deliberate self-harm and suicide by pesticide ingestion in the Sundarban region, India. *Trop Med Int Health.* 2009 Feb;14(2):213–9. doi: 10.1111/j.1365–3156.2008.02199. x. PMID: 19236667.

[54]. Buccelletti F, Ojetti V, Merra G, Carroccia A, Marsiliani D, Mangiola F, Calabrò G, Iacomini P, Zuccalà G, Franceschi F. Recurrent use of the Emergency Department in patients with anxiety disorder. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2013 Feb ;17 Suppl 1 :100–6. PMID : 23436671.



أطروحة رقم 22/073

سنة 2022

خصائص وكيفية إدارة حالات الطوارئ النفسية في المستشفى العام:  
دراسة مقطعية وصفية على مستوى المستشفى الإقليمي بإفران

(بصدد 172 حالات)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2022/02/17

من طرف

السيدة مريم الزغاري عماري  
المزداة في 17 يناير 1997 بصفرو

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات المفتاحية

الطوارئ النفسية - خدمة استقبال الطوارئ - المستشفى العام اضطراب عصبي وظيفي - محاولة انتحار

اللجنة

السيد اعوان رشيد ..... الرئيس

أستاذ في طب الأمراض النفسية

السيد عثمان ياسين ..... المشرف

أستاذ مبرز في طب الأمراض النفسية

السيد لوتيد جواد ..... أعضاء

أستاذ مبرز في التخدير والإنعاش

السيد البنائي جلال ..... أعضاء

أستاذ مبرز في طب الجلد

السيد قروري ربيع ..... عضو مشارك

أستاذ مساعد في طب الأمراض النفسية