



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2019

Thèse N° 004/19

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 14/01/2019

PAR

Mr. EL MRINI Mouaffak-Eddine

Né le 09 Février 1993 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Guide – Conduite – Urgences – Psychiatrie

JURY

M. ALOUANE Rachid	PRESIDENT
Professeur agrégé de Psychiatrie	
M. YASSARI Mohsine.....	RAPPORTEUR
Professeur agrégé de Psychiatrie	
Mme. AARAB Chadya.....	JUGES
Professeur agrégé de Psychiatrie	
M. SOUIRTI Zouhayr.....	
Professeur agrégé de Neurologie	
M. MOUHADI Khalid.....	MEMBRE ASSOCIE
Professeur assistant de Psychiatrie	

PLAN

PLAN.....	1
Liste des abréviations	5
Liste des Tableaux	7
Liste des Figures.....	8
Liste des Annexes.....	8
INTRODUCTION.....	9
Préambule.....	10
Objectif Principal et objectifs secondaire de la thèse.....	14
Psychiatrie et urgence.....	15
Caractéristiques généraux.....	18
Méthodologie.....	22
 Chapitre 1 : L'attaque de panique	 25
Introduction.....	26
Sémiologie de l'attaque de panique.....	28
Diagnostic clinique.....	30
Le pronostic et l'évolution.....	36
Prise en charge.....	37
 Chapitre 2 : Le syndrome confusionnel	 43
Description clinique.....	44
Formes cliniques.....	49
Diagnostic différentiel.....	50
Etiologies du syndrome confusionnel.....	51
Conduite à tenir devant un syndrome confusionnel.....	55
 Chapitre 3 : L'agitation psychomotrice	 58
Introduction.....	59
Démarche diagnostique.....	60
Etiologies.....	62
Conduite à tenir devant une agitation psychomotrice.....	66

Chapitre 4 : La crise suicidaire.....	73
Définitions.....	74
Description clinique.....	75
Orientation diagnostique.....	76
Evaluer la crise suicidaire.....	78
Principe de la prise en charge.....	83
Principes de prévention.....	87
 Chapitre 5 : Les états stuporeux	88
Intérêts de la question.....	89
Définitions.....	90
Tableau clinique.....	91
Examen clinique d'un sujet en état stuporeux.....	91
Diagnostic différentiel.....	93
Etiologies d'un état stuporeux.....	94
Conduite à tenir devant un état stuporeux.....	96
 Chapitre 6 : L'accès maniaque	100
Introduction.....	101
Sémiologie de l'accès maniaque.....	102
Diagnostic positif.....	105
Les causes d'un épisode maniaque.....	108
Diagnostic différentiel.....	109
Formes cliniques.....	109
Evolution et pronostic.....	111
Prise en charge thérapeutique.....	112
Surveillance.....	115
 Chapitre 7 : L'accès mélancolique	117
Introduction.....	118
Symptomatologie de l'accès mélancolique.....	119
Formes cliniques.....	122
Formes étiologiques.....	123
Formes symptomatiques.....	125

Diagnostic différentiel.....	125
Le risque suicidaire au cours de l'accès mélancolique.....	126
Prise en charge thérapeutique.....	127
 Chapitre 8 : Le diagnostic d'un état délirant	131
Définition de l'idée délirante.....	132
La rencontre.....	132
Le délire.....	133
Formes cliniques.....	135
Diagnostic positif.....	135
Diagnostic différentiel.....	136
Diagnostic étiologique.....	137
Evolution	139
Complication.....	140
Pronostic.....	140
 Chapitre 9 : La bouffée délirante aiguë	141
Introduction.....	142
Diagnostic d'une bouffée délirante aiguë.....	143
Fin d'une bouffée délirante aiguë.....	145
Examens complémentaires.....	146
Formes cliniques.....	146
Diagnostic différentiel.....	147
Modalités évolutives.....	147
Pronostic.....	149
Traitement de la bouffée délirante aiguë.....	150
Prévention.....	154
 Chapitre 10 : La psychose puerpérale	155
Généralités.....	156
Critères DSM V.....	157
Facteurs de risque.....	159
Tableau clinique.....	160
Evolution.....	161

Conduite à tenir devant une psychose puerpérale.....	162
Pharmacothérapie lors de la psychose puerpérale.....	163
En résumé.....	167
 Chapitre 11 : Pharmacopsychose et sevrage alcoolique.....	168
Généralités.....	169
Le dépistage.....	170
Le diagnostic clinique.....	171
Les complications.....	176
Les comorbidités médicales et psychiatriques.....	178
Prise en charge thérapeutique.....	179
 Chapitre 12 : Pharmacopsychose et sevrage du Cannabis.....	183
Généralités.....	184
Classification DSM V.....	186
Diagnostic clinique.....	188
Cannabis et psychiatrie.....	190
Les complications non psychiatriques.....	192
Prévention.....	193
Prise en charge thérapeutique.....	194
 Chapitre 13 : Le syndrome malin des neuroleptiques.....	196
Introduction.....	197
Diagnostic clinique et biologique.....	198
Facteurs de risque.....	200
Critères diagnostiques selon DSM V.....	200
Diagnostic différentiel.....	203
Conduite à tenir devant un syndrome malin des neuroleptiques.....	204
Complications.....	205
 CONCLUSION.....	206
RESUME.....	208
BIBLIOGRAPHIE.....	214

LISTE DES ABREVIATIONS

- AP : Attaque de panique
- ATCDs : Antécédants
- AVC : Accident vasculaire cérébral
- BDA : Bouffée délirante aiguë
- BZD : Benzodiazépines
- CAA : Crise d'angoisse aiguë
- CIVD : Coagulation intravasculaire disséminée
- DSM : Diagnostic und statistical manual of mental disorders
- ECBU : Examen cyto bactériologique des urines
- ECG : Electrocardiogramme
- ECT : Electroconvulsothérapie
- EEG : Electroencephalogramme
- FC : Fréquence cardiaque
- FR : Fréquence respiratoire
- FSH : Hormone folliculo-stimulante
- FO : Fond d'œil
- GGT : Gamma-glutamyl-transférase
- AST : Aspartate aminotransférases
- ALT : Alanine aminotransférases
- HED : Hématome extra-dural
- HSD : Hématome sous-dural
- HTIC : Hypertension intracrânienne
- IMC : Indice de masse corporelle
- IM : Intra-musculaire
- IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire
- IV : Intra-veineux
- LDH : Lactate Deshydrogénase
- LH : Hormone lutéinisante
- LSD : Diéthyllysergamide
- MMD : Maladie maniaco-dépressive
- NFS : Numération formule sanguine
- NL : Neuroleptique
- OMS : Organisation mondiale de santé

- PAL : Phosphatase alcaline
- PEC : Prise en charge
- PHC : Psychose hallucinatoire chronique
- PNN : Polynucléaires neutrophiles
- RAU : Rétention aiguë d'urine
- SAU : Service d'accueil des urgences
- SAUP : Service d'accueil des urgences psychiatriques
- SC : Syndrome confusionnel
- SDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
- SMN : Syndrome malin des neuroleptiques
- SPA : Substance psychoactive
- TA : Tension artérielle
- T° : Temperature
- TCK : Temps de céphaline kaolin
- TDM : Tomodensitométrie
- THU : Tétrahydrocannabinol
- TOC : Trouble obsessionnel compulsif
- TP : Temps de prothrombine
- TS : Tentative de suicide
- TSH : Hormone Thyroïdostimuline
- TVP : Thrombose veineuse profonde
- UP : Urgence psychiatrique
- VS : vitesse de sédimentation
- VV : Voie veineuse

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Les différents symptômes de l'Attaque de Panique.
- Tableau 2 : Diagnostic différentiel de l'attaque de panique : Pathologies médicales non psychiatriques.
- Tableau 3 : Symptomatologie de la phase d'état du Syndrome Confusionnel.
- Tableau 4 : les facteurs de risque de la crise suicidaire.
- Tableau 5 : Evaluation de l'urgence et de la dangerosité de l'acte suicidaire.
- Tableau 6 : les trois niveaux de prévention de la crise suicidaire.
- Tableau 7 : les facteurs de bon et mauvais pronostic d'une bouffée délirante aiguë.
- Tableau 8 : Les neuroleptiques au cours de la grossesse et l'allaitement.
- Tableau 9 : Les thymoregulateurs au cours de la grossesse et l'allaitement.
- Tableau 10 : Les anxiolytiques au cours de la grossesse et l'allaitement.
- Tableau 11 : les symptômes de l'intoxication alcoolique aiguë en fonction des stades.
- Tableau 12 : Les principales complications non psychiatriques.

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : Orientation devant une attaque de panique.
- Figure 2 : Prise en charge en urgence de l'attaque de panique.
- Figure 3 : Etiologies toxiques et médicamenteuses du syndrome confusionnel.
- Figure 4 : Etiologies organiques et somatiques du syndrome confusionnel.
- Figure 5 : Les mesures spécifiques devant un état stuporeux.
- Figure 6 : Evolution et Pronostic d'un état délirant.
- Figure 7 : La formule chimique du cannabiol.
- Figure 8 : Feuille du Cannabis.

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : La contention physique.
- Annexe 2 : La sismothérapie ou l'électrovulsothérapie.
- Annexe 3 : Bilan pré-Lithium.

INTRODUCTION

A. PREAMBULE :

I. Définition du trouble psychiatrique :

Selon l'OMS, une maladie est « une entité clinique qui est parfaitement définie par son étiologie et sa physiopathologie ainsi que par sa présentation symptomatique et clinique ou par une combinaison bien identifiée de signes cliniques ». En psychiatrie, les maladies sont appelées des troubles mentaux (synonyme de troubles psychiatriques). Le terme trouble plutôt que maladie est utilisé car il n'existe pas une définition parfaite de l'étiologie ou de la physiopathologie du trouble. Le terme « trouble » est ainsi utilisé dans la psychiatrie pour éviter les tendances des écoles comme par exemple la psychanalyse. Un trouble mental peut cependant être défini par des critères cliniques. Ces critères cliniques associent des critères sémiologiques (signes, symptômes et syndromes), des critères temporels (de début ou de durée d'évolution de la symptomatologie), des critères de répercussion fonctionnelle (psychologique et/ou sociale) et des diagnostics, tel que le DSM.

II. Définition de l'urgence, Etymologie :

C'est, par définition, ce qui ne peut attendre. Il n'y a pas de définition clinique au sens propre du terme de l'urgence :

L'urgence se définit comme une situation engageant un patient, un médecin, et aussi tout un environnement qui pèse autant sur le développement de la crise qui a conduit à l'urgence que sur sa résolution.

Ce sont des situations caractérisées par leur soudaineté, leur évolution aiguë, et leur gravité particulière (potentielle ou avérée). Et des situations qui engagent la responsabilité du médecin parce qu'elles nécessitent un diagnostic hâtif, une intervention immédiate et des décisions médicales rapides.

Le mot urgence vient du latin « *urgeo* » [1] signifiant pressant, au sens d'exercer une pression physique sur quelque chose ou sur quelqu'un et, par extension, de pousser quelqu'un, s'acharner, accabler, s'obstiner, s'empresser... Au-delà du sens figuratif premier, ce terme laisse entendre l'exercice d'une modalité relationnelle. D'ailleurs, les expressions telles que « il/elle m'a mis la pression » ou « j'ai la pression », souvent utilisées par les adolescents, évoquent cette acception.

III. Santé mentale et trouble psychique :

La santé est définie comme « l'ensemble des ressources sociales, personnelles et physiques permettant à l'individu de réaliser ses aspirations et de satisfaire ses besoins ». La santé mentale est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté ». L'OMS rappelle par ailleurs, que comme dans le reste de la médecine, quatre faits principaux qui sont relatifs à la santé mentale :

- La santé mentale fait partie intégrante de la santé, en effet, il n'y a pas de santé sans santé mentale ;
- La santé mentale est plus que l'absence de troubles mentaux ;

- La santé mentale est déterminée par des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques ;
- La santé mentale peut bénéficier de stratégies et d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour la promouvoir et la protéger.

Les troubles psychiatriques sont d'origine multifactorielle. Au même titre que pour toute pathologie médicale complexe des facteurs de risque peuvent être identifiés, et leur connaissance permet potentiellement de développer des moyens de prévention à l'échelle individuelle et à l'échelle plus large d'une population, par exemple dans les politiques de santé publique.

IV. Les facteurs de risque liés à la maladie psychiatrique :

Il existe plusieurs types de facteurs de risque :

Sociaux : Tout environnement social (familial, professionnel, etc.) source de stress : maltraitance, carence affective, négligence, violences physiques et psychologiques, abus sexuel, conditions de travail difficile, deuil, isolement et précarité, discrimination et stigmatisation, guerre, catastrophes naturelles.

Psychologiques : Toute dimension de personnalité (tempérament et caractère) ou altération des capacités cognitives et niveau intellectuel qui diminueraient les capacités d'ajustement à un facteur de stress.

Biologiques : Antécédents personnels ou familiaux de pathologies médicales chroniques (psychiatriques ou non) comme l'exposition à des facteurs de risque perturbant le neurodéveloppement et l'usage de substances psychoactives.

Certains facteurs de risque sont plus spécifiquement liés à l'âge de l'individu :

- L'environnement social au cours de l'enfance et de l'adolescence ;
- Le stress et les situations socio-économique et culturelles à l'âge adulte ;
- Sujet âgé : toute diminution des capacités perceptuelles ou cognitives, toute situation d'isolement social et familial (deuil, veuvage) et tout environnement social source de stress.

V. Les Facteurs Protecteurs :

Les facteurs de protection sont aussi à envisager ; On peut citer :

- Du point de vue individuel, **la résilience individuelle** qui peut se définir comme la capacité à fonctionner de manière adaptée en présence d'événements stressants et de faire face à l'adversité, à continuer à se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse ;
- Du point de vue psychosocial, **le soutien socio-familial** effectif et un accompagnement familial indéfectible ;
- **Les croyances culturelles et religieuses** peuvent apporter des comportements immunogènes.

B. L'OBJECTIF PRINCIPAL ET LES OBJECTIFS SECONDAIRES DE LA

THESE :

I. Objectif principal :

- L'objectif principal de cette thèse est d'élaborer un document de référence et un guide pratique, qui pourrait être d'une aide précieuse pour les professionnels de la santé surtout pour les équipes des soins confrontée à des situations d'urgences psychiatriques (médecins généralistes, médecins urgentistes et psychiatres).

II. Objectifs secondaires :

- Faciliter l'accès à l'information en matière d'urgence psychiatrique en regroupant l'ensemble des urgences en un seul document multisupport (sur papier et en ligne) accessible aux étudiants en médecine, aux médecins, et aux enseignants.

- Notre support sera aussi d'un grand intérêt pédagogique pour les étudiants en médecine leur permettant de mieux assimiler la spécificité de l'urgence en psychiatrie et d'appréhender la subtilité de la prise en charge. Enfin ce support peut être un outil de travail pour les enseignants.

C. PSYCHIATRIE ET URGENCE :

I. La situation d'urgence psychiatrique :

L'urgence psychiatrique se compose d'un vaste ensemble de situations et de pathologies ayant en commun la nécessité d'une réponse urgente.

En effet, comme le souligne De Clercq [2] « l'urgence psychiatrique ne se résume pas aux seules urgences de la psychiatrie, à savoir les moments de décompensation de maladies psychiatriques repérées comme telles ».

La communauté psychiatrique définit l'urgence psychiatrique comme une demande dont la réponse ne peut être différée. Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante, afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychiatrique.

L'urgence psychiatrique n'a longtemps été représentée que par l'hospitalisation psychiatrique du patient, sous contrainte. Se résumant généralement à un aspect médico-légal de l'histoire de la maladie du patient.

L'évolution des soins psychiatriques tant sur le plan de la pharmacothérapie que sur le plan des dispositifs de prise en charge. L'abord des soins d'urgence psychiatriques a subi des changements en fonction de la nouvelle politique en santé mentale. Dans le même temps, la demande de soins psychiatriques en urgence n'a fait que s'accroître.

Ces deux évolutions conjointes ont obligé les psychiatres à définir l'urgence psychiatrique et à se préoccuper de sa prise en charge. L'organisation de l'urgence psychiatrique repose sur la mise en place de différents dispositifs d'accueil et sur une

prise en charge spécifique. Les grands cadres cliniques de cette pratique sont repérés et peuvent être déclinés en fonction des particularités de leurs soins.

L'urgence psychiatrique se répartit ainsi en trois groupes : [3]

➤ **Urgences psychiatriques pures :**

Décompensation aiguë d'une affection psychiatrique (épisode dépressif majeur, bouffée délirante aiguë, schizophrénie délirante et hallucinatoire...).

➤ **Urgences intriquées, médico-psychiatriques :**

Comme l'intoxication éthylique aiguë, gestion d'une tentative d'autolyse, encéphalopathie alcoolique.

➤ **Situations de crise ou de détresse psychosociale :**

- Crises aigus transitoires ;
- A expression émotionnelle intense ;
- Troubles de l'adaptation liés à une situation de crise ou de détresse psychosociale ;
 - D'ordre réactionnel : *deuil, pertes, chômage, problèmes financiers, professionnels, judiciaires...*
 - Ou relationnel : conflit conjugal, sentimental ou familial...

II. Psychiatrie en urgence :

La psychiatrie en urgence désigne les décompensations de pathologies psychiatriques telles que les psychoses, les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité et les perversions (*une perversion désigne, dans un sens général, une inclination à des conduites considérées comme « déviantes » par rapport aux règles et croyances morales d'une société*).

Lorsqu'une pathologie psychiatrique a déjà été diagnostiquée auparavant, les antécédents du patient sont retrouvés soit directement auprès du patient, soit auprès de son entourage, des équipes des urgences ou des équipes psychiatriques. Le diagnostic d'épisode aigu d'une pathologie psychiatrique repose sur les signes cliniques actuelles ainsi qu'aux antécédents.

Il faut alors tenir compte du processus de soins dans lequel le patient est engagé ou en rupture, afin d'assurer une continuité et une cohérence de soins.

S'il s'agit de la première décompensation d'une pathologie psychiatrique, le clinicien explore :

- Les antécédents familiaux ;
- L'anamnèse du trouble présenté, et recherche les éléments cliniques en faveur d'une pathologie psychiatrique.

Il doit alors orienter le patient mais aussi son entourage dans le dispositif de soins psychiatriques en place.

Par ailleurs, sont retrouvées dans ce cadre certaines urgences particulières comme la confusion mentale, l'intuition d'une affection somatique avec des manifestations psychiatriques, nécessitant une prise en charge médicale adéquate.

Enfin, il faut se méfier des tableaux cliniques où règne une inhibition psychomotrice, car le pronostic vital du patient peut être engagé de manière impulsive. Il s'agit de ne pas méconnaître ces situations où le patient est apparemment « calme » et de les orienter le plus efficacement possible dans le dispositif de soins psychiatriques en place.

D. CARACTERISTIQUES GENERALES :

I. Responsabilité du praticien :

La responsabilité du praticien est engagée pour administrer au patient, dans les conditions de l'urgence, les soins nécessaires, et en orientant vers la filière de soins adaptée, soit en intra hospitalier « hospitalisations sous contrainte » mais pas toujours car il existe des cas où on a le consentement du patient, soit en ambulatoire.

Le praticien n'est pas tenu à une évaluation exhaustive mais il doit cadrer la prise en charge pour éviter soit l'aggravation, soit les risques pour le patient ou pour les tiers si cela relève d'un état clinique explosif. La négligence, le défaut de surveillance (fugue) qui seraient à l'origine de dommages survenus chez le patient, incombent à la responsabilité du praticien et de son équipe soignante ou des autres personnels de l'hôpital.

La prise en charge des patients présentant une pathologie psychiatrique aux urgences est un défi quotidien et pose de multiples problèmes humains (présence de personnels qualifiés en psychiatrie aux urgences), organisationnels (accueil des patients dans une structure ouverte, hospitalisations sous contrainte, filières de soins) et sécuritaires (violence, évasion, refus de soins).

II. L'importance de la relation Médecin–Malade en Psychiatrie :

La relation médecin–malade est une relation **humaine interpersonnelle**, impliquant plusieurs personnes de l'équipe soignante et le malade qui s'exerce dans un cadre socioculturel, inégale, faite d'attente et d'espérance.

C'est une relation de **partenariat** entre le médecin et le patient qui présente une souffrance, une peur, des incertitudes qui le handicapent et le rendent vulnérable. Le patient est souvent passif (surtout lors des phases aiguës) et tend souvent à rechercher la « protection » des soignants.

C'est une relation également **contractuelle** avec le médecin. Le médecin est alors dans une relation de confiance, de soin et de communication thérapeutique.

C'est une relation **consensuelle** suppose du patient une acceptation des soins et une coopération. Cependant, dans cette relation, le patient est déjà convaincu de la nécessité de la prise en charge médicale.

C'est une relation **coopérative** implique du patient, comme dans la relation précédente, une acceptation et une coopération au geste médical, mais il doit être convaincu. Le médecin doit faire l'effort d'expliquer et de convaincre le patient de la nécessité de sa coopération.

Cette relation permet un processus appelé « **engagement** », où le médecin assure par son intérêt, ses attitudes et ses questions, le développement progressif d'un sentiment de confiance permettant au patient de se sentir plus libre de confier ses problèmes. Ce processus d'engagement conduit à ce qui est traditionnellement appelé une « **alliance thérapeutique** » qui permet une collaboration active entre le patient et le soignant.

III. Cadre de travail dans l'UP « Aspects organisationnelles ; les lieux de PEC de l'UP » :

L'urgence psychiatrique peut se présenter au niveau de 3 structures :

1. Le Service d'accueil des urgences, au niveau des hôpitaux généraux :

Le code la santé publique prévoit que l'équipe médicale des urgences puisse faire venir un psychiatre à tout moment. Ceci impose l'organisation d'un service d'astreinte concernant les psychiatres de l'établissement, ce psychiatre ne pouvant intervenir à distance de l'établissement, par exemple au sein d'une cellule médico-psychologique, si cette intervention ne lui laisse pas la possibilité de rejoindre les urgences à tout moment dans un délai bref.

L'organisation actuelle des services d'urgences au sein des hôpitaux généraux, ne prévoyant pas un psychiatre présent en permanence mais d'astreinte, la prise en charge initiale de l'urgence psychiatrique revient à l'équipe médicale du service d'urgence. Son intervention ne peut se limiter à attendre l'arrivée du psychiatre. Si les urgences psychiatriques majeures, comme une crise suicidaire ou un état psychotique aigu sont en général immédiatement bien prises en charge, les problèmes se posent plus volontiers pour des sujets présentant une urgence psycho-sociale ou une situation de détresse réactionnelle. Pourtant, le premier contact, l'accueil du sujet demeure un moment essentiel, qui détermine parfois l'efficacité et l'observance de la prise en charge ultérieure.

D'autre part, certains troubles pouvant être à la frontière entre la pathologie somatique, notamment la neurologie, et la psychiatrie peuvent être volontiers orientés vers une hospitalisation en psychiatrie afin de rapidement résoudre le

problème. Il convient de rappeler que lorsqu'un doute persiste sur le diagnostic, on ne peut pas faire l'économie d'un bilan complémentaire et que la majorité des syndromes confusionnels, y compris chez le sujet âgé, ont le plus souvent une cause organique parfois iatrogène.

Le SAU rentre dans le cadre où évolue la situation de l'UP, ce qui importe c'est d'assurer une continuité de soins.

Le travail du psychiatre est aussi de sensibiliser l'équipe médicale des urgences à l'accueil des patients présentant des troubles psychiatriques ainsi qu'à leur prise en charge, qui est parfois complexe, la consultation du psychiatre n'étant pas la panacée universelle.

2. Le service d'accueil des urgences psychiatriques au sein des hôpitaux psychiatriques :

- Si l'hôpital général dispose d'un service de psychiatrie hospitalisation : le médecin d'urgence doit faire une évaluation initiale clinique de l'UP et puis l'adresser du SAU au service d'hospitalisation psychiatrique.
- Si l'hôpital général ne dispose pas d'un service de psychiatrie hospitalisation : il faut donc mettre en route le transfert du patient vers le SAUP de l'hôpital psychiatriques.

3. Les Services d'hospitalisation :

Certains patients qui sont hospitalisé pour divers pathologie peuvent présenter une urgence psychiatrique. Par exemple : un trouble de comportement, des crises suicidaires ou des conduites à risques.

E. METHODOLOGIE :

Notre travail consiste en l'élaboration d'un fascicule permettant l'étude et la description des différentes situations d'urgences psychiatriques.

L'assemblage des données et leur regroupement sous forme de chapitres décrivant les thèmes suivants :

1. Crise d'angoisse aigue ;
2. Syndrome confusionnel ;
3. Agitation psychomotrice ;
4. Crise suicidaire ;
5. Etat de stupeur : inhibition psychomotrice ;
6. Accès maniaque ;
7. Accès mélancolique ;
8. Diagnostic d'un état délirant ;
9. Bouffée délirante aigue ;
10. Psychose puerpérale ;
11. Pharmacopsychose et sevrage alcoolique ;
12. Pharmacopsychose et sevrage cannabique ;
13. Syndrome malin des neuroleptiques.

I. Classification des urgences psychiatriques :

Les urgences psychiatriques sont regroupées en quatre situations bien répertoriées :

- Les crises situationnelles, ou réactionnelles à un événement ;
- Les moments aigus d'une pathologie psychiatrique, connue ou inaugurale ;
- Les pathologies mixtes ou intriquées comportant un aspect somatique non stable ;
- Les demandes urgentes de l'entourage pour une situation ancienne, plus ou moins enkystée, nécessitant brutalement un placement, un certificat et dues à une modification du contexte, parfois appelées urgences surajoutées.[4]

II. Psychopathologie de l'urgence :

Elle comprend trois axes qui sont d'abord les défaillances des mécanismes d'adaptation, associées à une pathologie catégorielle éventuelle, avec un environnement qui peut être étayant ou aggravant.

L'urgence se caractérise par :

- La présence des facteurs déclenchants ;
- Le mode de manifestations symptomatiques (souvent inhabituelles) ;
- Un contexte de rupture des soins ;
- Les modalités même du traitement en urgence (*qui doit à la fois rétablir la continuité et innover*).

III. Objectifs de la réponse en urgence :

Ce relevé d'objectifs n'est pas théorique, il constitue le canevas, plus ou moins développé, plus ou moins rapide, de toute réponse, même s'il ne saurait être systématiquement rendu explicite :

- Evaluer et circonscrire la situation de crise par un accueil adapté du patient et de l'entourage ; évaluer les stratégies d'adaptation et mécanismes de défense, ainsi que les facteurs contribuant à la crise. Le but est d'instaurer une alliance thérapeutique avec un patient souvent hostile, convaincu qu'il n'est pas malade ;
- Evaluer la présence et le degré de sévérité des troubles purement psychiatriques ou intriqués avec un diagnostic médical ;
- Traiter les symptômes aigus ;
- Faciliter l'accès aux soins ambulatoires quand l'hospitalisation peut être évitée ;
- Respecter le plus possible la continuité des soins, là où les ruptures de l'urgence incitent à chercher ailleurs et plus loin, à la demande du patient et de l'entourage, un changement qui disqualifierait une prise en charge en cours. L'analyse soigneuse de ces ruptures, tant avec l'utilisateur qu'avec l'équipe assurant le suivi, est une étape difficile mais inévitable ;
- Mettre en œuvre une hospitalisation en évaluant précisément le consentement, et en préparant l'accueil en hospitalisation ;
- Faciliter la prévention d'une nouvelle décompensation ;
- Tenir compte de la diversité des populations et répondre à chacune de façon adaptée. [4]

Chapitre 1 :

L'Attaque de Panique

I. Introduction :

« L'attaque de panique » ou « La crise d'angoisse aiguë » désignent la même entité diagnostique. L'AP est un épisode aigu d'anxiété, bien délimité dans le temps. Il s'agit d'une situation fréquente en pratique clinique (ceci dans toutes les spécialités).

Il est important de comprendre que l'AP peut survenir chez un sujet en dehors de toute pathologie psychiatrique sous-jacente et demeurer unique. Elle peut également être secondaire à un trouble psychiatrique, particulièrement (mais non exclusivement) le trouble panique caractérisé par la répétition de ces attaques de panique (supérieur ou égale à 4 des AP). [6]

Il s'agit d'un tableau clinique fréquemment rencontré dans les services d'urgence, compte tenu des symptômes physiques qui peuvent faire évoquer une urgence non-psychiatrique médicale ou chirurgicale.

L'AP est fréquente puisqu'on estime qu'une personne sur vingt fera une crise d'angoisse aiguë au cours de sa vie (prévalence vie entière : 3 à 5 %). Le terrain le plus fréquent est l'adulte jeune avec une prédominance féminine (le sex-ratio est de deux femmes pour un homme). [5]

Différents facteurs sont impliqués dans l'attaque de panique : des facteurs biologiques avec dysfonctionnement dans la régulation de certains neurotransmetteurs (Certaines substances comme la cholécystokinines ou le lactate de sodium sont capables de provoquer de véritables attaques de panique , des facteurs psychologiques (Auto- renforcement des cognitions catastrophistes par la survenue des symptômes physiques, et environnementaux (Inquiétudes de l'entourage renforçant les cognitions catastrophistes).

II. Sémiologie de l'AP :

Parmi les symptômes de l'AP, on distingue des symptômes physiques, des symptômes psychiques et des symptômes comportementaux. La chronologie de la CAA est marquée par :

- ✓ Un début brutal ;
- ✓ Une intensité maximale des symptômes atteinte rapidement (quelques minutes voire quelques secondes après le début de la crise) ;
- ✓ Des symptômes bien limités dans le temps : la crise dure en moyenne 20 à 30 minutes ;
- ✓ Une décroissance progressive des symptômes de la crise avec soulagement et parfois asthénie post-crise.

Ces symptômes sont très variables selon les patients. Parmi les symptômes les plus fréquents : voir Tableau « 1 ».

<u>Symptômes Physiques</u>	<i>Symptômes respiratoires</i> +++	Il s'agit le plus souvent d'une dyspnée avec sensation d'étouffement et surtout de blocage respiratoire pouvant entraîner une hyperventilation.
	<i>Symptômes Cardio-vasculaires</i>	Tachycardie et palpitations sont fréquemment rencontrées ainsi que les sensations d'oppression thoracique voire de véritables douleurs.
	<i>Symptômes neuro-végétatifs</i>	Sueurs, tremblements, pâleur ou au contraire érythème facial, sensations d'étourdissement ou de vertige peuvent survenir au cours des épisodes de la CAA.
	<i>Symptômes digestifs</i>	Il peut s'agir de douleurs abdominales, de nausées, de vomissements ou de diarrhée.
	<i>Autres</i>	Il peut s'agir de signes génito-urinaires (pollakiurie, etc.), ou neurologiques (Tremblements, impression de paralysie, etc.)

<u>Symptômes Psychiques</u>	- Il s'agit d'un ensemble de « <u>cognitions catastrophistes</u> » : une peur intense sans objet (sensation de catastrophe imminente) et une sensation de perte de contrôle. - <u>Les pensées associées</u> sont essentiellement centrées sur la double-peur ; la peur de mourir et la peur de devenir fou. Peuvent s'associer également : - <u>Des symptômes de dépersonnalisation</u> : ⇒ Désincarnation : sentiment d'altération du « moi corporel » et qui est rattaché à différentes sensations (par exemple : sentiment d'une lourdeur ou au contraire « d'être immatériel », sentiment d'être dilaté ou rétréci). ⇒ Désamination : sentiment d'altération du « moi psychique » ; l'aspect fondamental est le sentiment d'une baisse de l'intensité de vie. - <u>Des symptômes de déréalisation</u> : sentiment que le monde est irréel, étrange.
<u>Symptômes comportementaux</u>	- Le comportement du patient lors de la survenue de cette attaque de panique est variable. - On retrouve le plus souvent une agitation psychomotrice. Cependant, On peut, au contraire, observer une inhibition, pouvant aller jusqu'à la sidération et la stupeur. Même s'il reste exceptionnel, la principale complication est le raptus anxieux qui peut aboutir au suicide.

Tableau 1 : Les différents symptômes de l'Attaque de Panique. [5]

III. Diagnostic Clinique :

1. Diagnostic Positif :

Le diagnostic de l'attaque de panique est un diagnostic clinique. L'interrogatoire de l'entourage peut-être très informatif. Les Critères de diagnostic selon le DSM-5 :

I. Attaques de panique inattendues récurrentes. Une attaque de panique est une montée soudaine de peur ou de malaise intense qui atteint un pic en quelques minutes, et durant laquelle 4 (ou plus) des symptômes suivants se produisent :

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

1. Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.
2. Transpiration.
3. Tremblements ou secousses.
4. Sensations d'essoufflement ou d'étouffement.
5. Sensation d'étranglement.
6. Douleur ou gêne thoraciques.
7. Nausées ou gêne abdominale.
8. Sensation de vertige, d'instabilité, d'étourdissement, ou de faiblesse.
9. Frissons ou sensations de chaleur.
10. Paresthésie (engourdissement ou picotement).
11. Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (impression d'être détaché de soi).
12. Peur de perdre le contrôle ou de « devenir fou ».
13. Peur de mourir.

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

II. Au moins une des attaques a été suivie d'un mois (ou plus) de l'un ou l'autre de ce qui suit :

1. Préoccupation persistante ou inquiétude concernant de nouvelles attaques de panique et leurs conséquences (par exemple, peur de perdre le contrôle, d'avoir une crise cardiaque, de « devenir fou »).
2. Changement significatif inadapté de comportement lié aux attaques (par exemple, des comportements visant à éviter d'avoir des attaques, comme l'évitement de l'exercice ou des situations peu familières).
3. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue d'abus, un médicament) ou à une autre condition médicale (par exemple, hyperthyroïdie, troubles cardio-pulmonaires).
4. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (par exemple, les attaques de panique ne se produisent pas seulement en réponse à des situations sociales redoutées, comme dans le trouble d'anxiété sociale ; en réponse à des objets ou des situations phobiques circonscrits, comme dans la phobie spécifique ; en réponse à des obsessions, comme dans le trouble obsessionnel-compulsif ; en réponse à des rappels d'événements traumatiques, comme dans le syndrome de stress post-traumatique ; ou en réponse à la séparation d'avec les figures d'attachement, comme dans le trouble d'anxiété de séparation). [6]

2. Spécification de l'attaque de panique :

N.B. : Les symptômes sont présents dont le but d'identifier une attaque de panique ; toutefois, une attaque de panique n'est pas un trouble mental et ne peut pas être codée. Les attaques de panique peuvent survenir dans le contexte de n'importe quel trouble anxieux ainsi que dans d'autres troubles mentaux (par exemple troubles dépressifs, trouble stress post-traumatique, trouble de l'usage de substance) et dans certaines affections médicales (par exemple cardiaques, respiratoires, vestibulaires, gastro-intestinales). Quand la présence d'une attaque de panique est identifiée, elle doit être notée comme une spécification (par exemple « trouble stress post-traumatique avec attaques de panique »).

Pour le trouble panique, la présence d'une attaque de panique fait partie des critères du trouble et n'est pas utilisée comme spécification. Une montée brusque de crainte intense ou de malaise intense qui atteint son acmé en quelques minutes, avec la survenue de quatre (ou plus) des symptômes suivants :

N.B. : la montée brusque peut survenir durant un état de calme ou d'anxiété.

1. Palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque.
2. Transpiration.
3. Tremblements ou secousses musculaires.
4. Sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement.
5. Sensation d'étranglement.
6. Douleur ou gêne thoracique.
7. Nausée ou gêne abdominale.
8. Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement.

9. Frissons ou bouffées de chaleur.
10. Paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements).
11. Déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi).
12. Peur de perdre contrôle de soi ou de « devenir fou ».
13. Peur de mourir.

N.B. : Des symptômes en lien avec la culture (par exemple acouphènes, douleur au cou, céphalée, cri ou pleurs incontrôlables) peuvent être observées. De tels symptômes ne peuvent pas compter pour l'un des quatre symptômes requis. [6]

3. Diagnostic Différentiel :

Il s'agit essentiellement de pathologie médicale générale et toxique qu'il faut impérativement éliminer avant de poser le diagnostic d'attaque de panique.

❖ Pathologies médicales non psychiatriques :

Compte tenu des symptômes physiques au premier plan dans l'attaque de panique, il faut éliminer une étiologie médicale non psychiatrique. Les principales pathologies à éliminer sont :

Pathologies cardio-vasculaires	Angor, Infarctus du Myocarde, Poussée d'insuffisance cardiaque, Hypertension artérielle, Trouble du rythme...
Pathologies de l'appareil respiratoire	Asthme, embolie pulmonaire...
Pathologies neurologiques	Épilepsie Notamment des crises partielles temporales, Crise migraineuse, Accidents ischémiques transitoires...
Pathologies endocriniennes	Hypoglycémie, phéochromocytome, Hyperthyroïdie, Syndrome de Cushing, hypoparathyroïdies...

Tableau « 2 » : Diagnostic différentiel de l'AP : Pathologies médicales non psychiatriques.

Ces pathologies doivent être recherchées au moyen d'un examen clinique complet, appareil par appareil, complété si besoin par des examens paracliniques orientés par l'examen physique. Cet examen clinique doit s'efforcer de ne pas renforcer le patient dans sa conviction d'avoir une pathologie médicale générale.

❖ Causes toxiques :

⇒ La prise de **toxiques** (alcool, cannabis, cocaïne, ecstasy, etc...) doit être recherchée. Il s'agit ici plus d'un élément déclencheur particulier de l'attaque de panique que d'un véritable diagnostic différentiel, certaines substances peuvent généraliser gde véritables attaques de panique.

⇒ Les causes **iatrogènes** doivent également être évoquées, certains traitements pouvant favoriser les attaques de panique en cas de surdosage (Corticoïdes, hormones thyroïdiennes, etc).

⇒ Un contexte de **sevrage** sera aussi recherché (Alcool, BZD, etc).

IV. Le pronostic et l'évolution :

1. L'attaque de panique isolée :

Un épisode d'attaque de panique peut demeurer unique. Et s'agit alors le plus souvent d'une attaque de panique réactionnelle à une situation de stress.

2. L'attaque de panique dans le cadre d'une pathologie psychiatrique :

L'attaque de panique peut s'inscrire dans le cadre d'une pathologie psychiatrique.

2.1. Le trouble panique :

Il est marqué par :

- La répétition des attaques de panique (≥ 4) qui se reviennent, au moins en début d'évolution du trouble de manière imprévisible et sans facteur déclenchant.
- Le développement d'une anxiété anticipatoire.

2.2. Autre pathologie psychiatrique :

L'attaque de panique peut également survenir dans le cadre d'autres pathologies psychiatriques :

- État de stress post-traumatique : dans le cas d'une confrontation à une situation pathogène (surtout dans le cadre d'une phobie sociale), parfois ces attaques de paniques sont évocatrices d'un traumatisme.
- Trouble d'anxiété généralisée ou épisode dépressif caractérisé : à l'acmé de ruminations anxieuses et dépressives.

V. Prise en charge :

1. Prise en charge en urgence :

Devant une AP, un certain nombre de mesures (pharmacologiques et non pharmacologiques) s'imposent. Outre ces mesures et dans le contexte de l'urgence, il faut aussi impérativement éliminer une urgence non psychiatrique ou une intoxication par une substance psychoactive.

Pour la prise en charge voir Figure « 1 » :

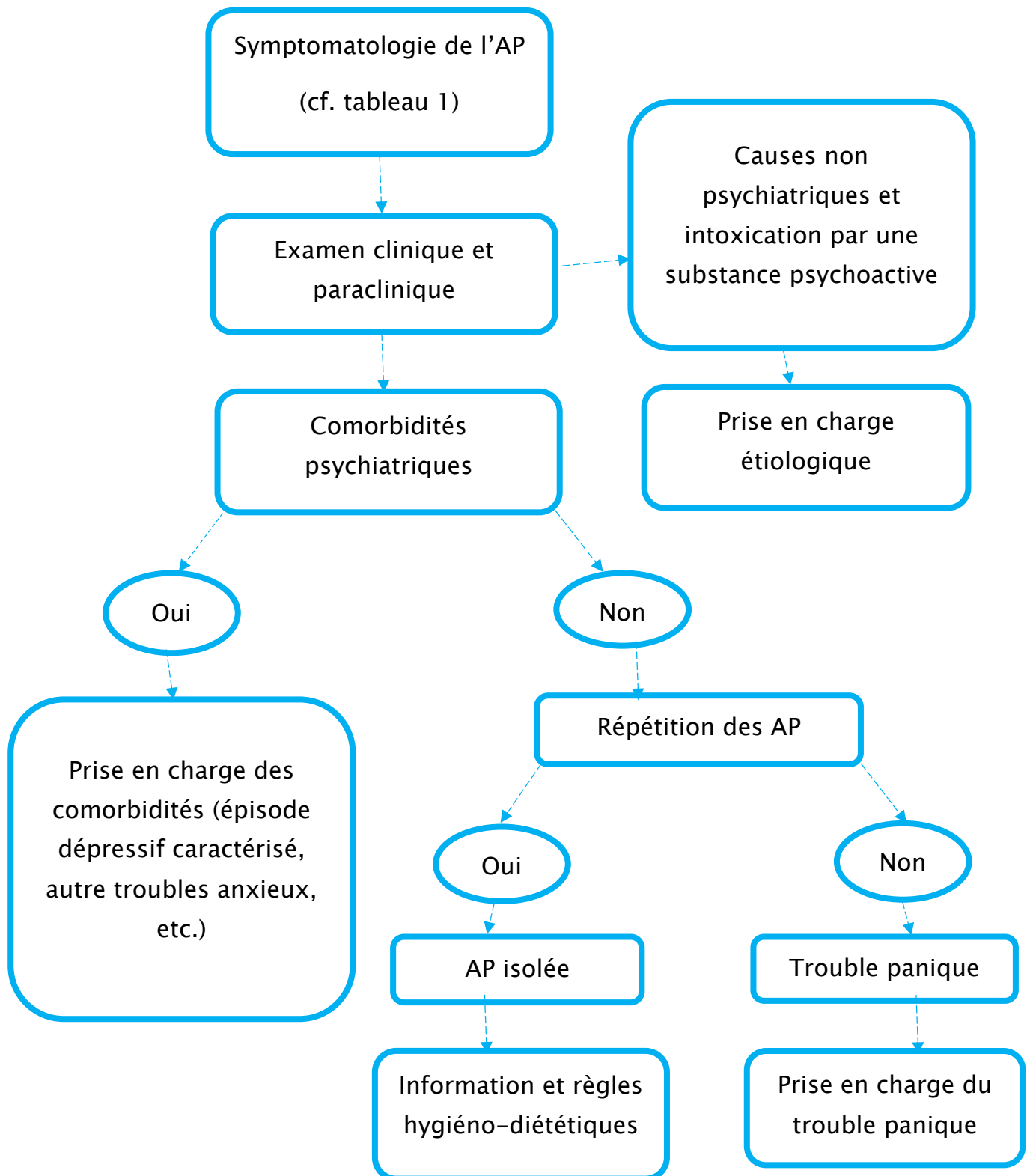


Figure 1 : Orientation devant une attaque de panique. [5]

2. Traitement non pharmacologique :

Les mesures de prise en charge non pharmacologiques sont primordiales :

- Mise en condition : installation au calme (suppression des éléments anxiogènes, isolement), attitude empathique.
- Réassurance du patient : informer sur l'absence de danger de mort, sur le caractère spontanément résolutif de l'AP. Il s'agit ici de reconnaître la souffrance subjective du patient. Les symptômes sont réels et particulièrement désagréables, mais ils ne sont pas intenses et souvent ils n'engagent pas le pronostic vital (Pas de notion de danger de mort).
- Mesures de contrôle respiratoire : permettent de refocaliser l'attention du patient, de limiter l'hyperventilation et d'atténuer le niveau d'anxiété de l'AP.

3. Traitement pharmacologique :

- Un traitement pharmacologique anxiolytique doit aussi être utilisé, notamment si l'AP se prolonge.
- Le **traitement de référence** est la prescription d'une **benzodiazépine** (action anxiolytique instantané des BZD) par **voie orale**. Si le patient refuse la voie orale, on passe à la voie injectable. Tout en évitant les associations de médicaments anxiolytiques à fortes doses. Par ailleurs la monothérapie est toujours préférable.

- Exemples :
 - **Alprazolam** : 0,25 à 0,5 mg per os en une prise à renouveler si nécessaire.
 - **Diazépam** : 5 à 10 mg per os en une prise à renouveler si nécessaire.
 - **Lorazepam** : 1 à 2 mg per os en une prise à renouveler si nécessaire.
- La voie parentérale ne présente aucun avantage en termes de pharmacocinétique et peut parfois, au contraire renforcer les cognitions catastrophistes du patient : la voie per os doit donc être privilégiée.
- Il s'agit d'un traitement **ponctuel** pour l'AP dans le contexte de l'urgence. Celui-ci ne doit pas être reconduit au long cours.
- L'efficacité et la tolérance du traitement doivent être évaluées et surveillées. [5]

4. Hospitalisation en Psychiatrie :

En règle générale, il n'y a pas d'indication à une prise en charge en hospitalisation pour une AP isolée.

Cependant, l'évaluation clinique rigoureuse doit permettre de repérer les comorbidités psychiatriques. Une hospitalisation pourra être envisagée en cas de comorbidités lourdes (épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère par exemple), en particulier s'il existe un risque suicidaire important.

5. Prise en charge à distance :

La prise en charge à distance de l'épisode aigu dépend du contexte dans lequel s'inscrit l'AP.

5.1. Attaque de panique isolée :

L'information et l'éducation thérapeutique sont fondamentales avec deux objectifs :

- Apprendre au patient à reconnaître une AP en cas de récurrence.
- Prévenir une éventuelle récurrence grâce à des règles hygiéno-diététiques simples (diminution des consommations de psychostimulant, règles hygiéno-diététiques de sommeil...).

5.2. Attaque de panique dans le cadre d'une pathologie psychiatrique :

L'AP peut s'inscrire dans le cadre d'une pathologie psychiatrique. Dans ce cas, la prise en charge de la pathologie psychiatrique sous-jacente est indispensable.

En cas de répétition des AP, une prise en charge spécifique du trouble panique doit être mise en place. [5]

Éliminer une cause non-psychiatrique ou une intoxication par une substance psychoactive.



Mesures non pharmacologiques

Mise en condition : éloigner les objets dangereux, isolement au calme, réassurance, contrôle respiratoire.

Mesures pharmacologiques

Traitement anxiolytique ponctuel type benzodiazépine par voie orale.

Par exemple : Alprazolam 0,5 à 2 mg per os en une prise à renouveler si nécessaire.



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

Figure 2 : Prise en charge en urgence de l'AP.

Chapitre 2 :

Le Syndrome Confusionnel

Le syndrome confusionnel est **un trouble fréquent et sévère de la vigilance**, traduisant une souffrance cérébrale diffuse, d'étiologie le plus souvent organique ou toxique. C'est une **urgence diagnostique et thérapeutique**. [8]

Le syndrome confusionnel, ou « confusion mentale », est un tableau clinique fort commun en pratique journalière, qui tire son unité de sa sémiologie. Ce n'est pas une maladie mais un syndrome, résultant d'une souffrance aiguë et diffuse du cerveau. Une fois le diagnostic posé, le bilan étiologique s'impose de manière impérieuse. La confusion mentale est une urgence psychiatrique.

La prise en charge est relativement bien codifiée et repose sur l'élimination du facteur causal, le plus souvent métabolique ou toxique, et sur un traitement symptomatique aux fins d'assurer au malade repos, sommeil, une nutrition et une équilibration hydroélectrolytique, ainsi que des mesures de protection contre les troubles de comportement qui accompagne le syndrome confusionnel.

Ce syndrome impose une prise en charge urgente en milieu hospitalier dans la très grande majorité des cas. [6]

I. Description Clinique :

Par syndrome confusionnel, il faut entendre tout trouble de la vigilance comprenant :

- Un motif **évolutif** caractéristique :
 - Début brutal ;
 - Importantes fluctuations dans le temps.

- Une symptomatologie comprenant **au moins** :
 - Une désorientation temporo-spatiale ;
 - Un déficit attentionnel au moins partiel ;
 - Des altérations du fonctionnement cognitif ;
 - Délire onirique.

En fonction de la sévérité de l'étiologie, pourront s'associer :

- Des troubles de comportement ;
- Des manifestations pseudo-délirantes oniroïdes (50% des cas). [8]

1. PHASE INITIALE :

Le syndrome confusionnel est d'apparition rapide (quelques minutes ou heures, au maximum quelques jours). Parmi les signes précoces, sont fréquents :

- Des troubles du **sommeil** : insomnie, inversion de cycle réveil/sommeil ;
- Des troubles de l'**attention** ;
- Des troubles de l'**humeur** : tristesse ou euphorie inadaptées, labilité émotionnelle, irritabilité. [8]

2. PHASE D'ETAT :

Les signes présents à la phase d'état sont caractérisés par une **importante fluctuation** : il n'est pas rare de constater l'amélioration voire la résolution transitoire de certains d'entre eux. Cette fluctuation, loin de remettre en cause le diagnostic, est un argument en faveur d'un syndrome confusionnel.

Désorientation temporo-spatiale +++	- Difficulté à se situer dans le temps et dans l'espace : lorsque le patient est interrogé sur la date, il peut soit montrer une perplexité, avec incapacité à répondre, soit fournir de fausses réponses. - Signe le plus spécifique du syndrome confusionnel, bien qu'également présent dans les cas avancés de démence et autres troubles des fonctions supérieures.
Déficit attentionnel	- Difficulté à diriger, focaliser et soutenir l'attention, qui est difficile à capter, rendant le contact médiocre, et l'entretien laborieux. - Absence de réponses aux questions ou réponses à côté. - Regard dans le vide. - Distractibilité ou hyperréactivité aux stimuli.
Désorganisation intellectuelle	- Discours diffluent, délirant, sans suite logique, avec persévérations, redites. - Le cours du langage est altéré, avec une logorrhée ou au contraire un quasi-mutisme.
Troubles mnésiques	- Ils sont la conséquence du déficit attentionnel : l'incapacité à fixer de nouvelles informations entraîne un trouble de la mémoire <i>antérograde</i>, avec échec au rappel. Les événements survenus durant l'épisode confusionnel feront l'objet d'une lacune mnésique, par défaut de fixation. - Un trouble de la mémoire <i>rétrograde</i> est également possible, du fait des difficultés de concentration, rendant la

	ré-acquisition de certaines informations temporairement difficile voire impossible. - Peuvent alors apparaître des faux souvenirs et des fabulations (surtout lors du syndrome de Korsakoff), ainsi que de fausses reconnaissances.
Troubles moteurs	Ils sont fréquents, et typiquement très fluctuants : - Agitation fréquente (typiquement à prédominance vespérale), généralement sans objet, avec déambulations, opposition, conduites clastiques, risque de fugue ou de conduites hétéro-ou auto-agressives. - Les troubles moteurs perturbateurs accompagnant le délire donnant lieu à « <i>un délire agi</i> », dont le thème prépondérant est le thème professionnel. - Parfois apathie voire stupeur et mutisme.
Pseudo délire-onirique +++	- Présent dans environ 50% des cas ; - Délire aigu ++ ; - Flou, mal structuré et fluctuant ; - Mécanisme interprétatif et pseudo-hallucinatoire, principalement lié à des distorsions de traitement des informations sensorielles (surtout visuelles et auditives), et une incapacité à rationaliser ces « illusions » : • Pseudo-hallucinations <u>visuelles</u>, avec images flottantes ou rampantes de formes éthérées, d'animaux (zoopsies), d'étoiles...

	• Pseudo-hallucinations <u>auditives</u> (voix ou musiques), olfactives, cénesthésiques... - Thème généralement de persécution ou d'agression (donnant lieu à des manifestations d'opposition parfois violente), parfois mystique ou fantastique (l'attitude étant alors contemplative). - Adhésion totale et critique médiocre. - Participation affective intense. - Lorsqu'un pseudo-délire confuso-onirique accompagne le syndrome confusionnel, on parle parfois d'état « confuso-onirique ».
Troubles du sommeil	- Constants +++. - Profonde altération du cycle veille/sommeil, généralement par une somnolence fluctuante.
Troubles somatiques « signes généraux »	- Altération de l'état général (asthénie, anorexie, parfois amaigrissement). - Fièvre inconstante. - Signes neurovégétatifs : sueurs, tremblements, hypotension artérielle... - Déshydratation, oligurie.

Tableau « 3 » : Symptomatologie de la phase d'état du Syndrome Confusionnel. [8]

II. Formes Cliniques :

1. Les formes symptomatiques :

Les formes symptomatiques sont définies par la prédominance de l'aspect confusionnel, de l'aspect onirique, ou par l'importance du syndrome organique.

- La confusion stuporeuse avec suspension de l'activité motrice et intellectuelle. Le malade est immobile, mutique et ne s'alimente pas. L'onirisme manque ou reste très discret.
- Les formes agitées ou les risques hétéro-agressifs sont majeurs.
- Les formes oniriques ou l'onirisme est au premier plan.
- Les formes frustes caractérisées par un ralentissement idéique, une lenteur de la parole, une fatigabilité intellectuelle, une dysmnésie et des imprécisions dans 'orientation temporo-spatiale'.
- Les formes suraiguës, représentées par le « délire aigu », syndrome malin rapidement évolutif souvent mortel, où les signes organiques étaient d'emblée inquiétants.

2. Les formes selon l'âge :

2.1. Chez l'enfant :

Le syndrome confusionnel classique est rare. On observe souvent un onirisme avec désorientation temporo-spatiale de courte durée au cours des accès fébriles.

2.2. Chez le vieillard :

La confusion mentale s'observe plus souvent chez les personnes âgées qu'à tout autre âge. Elle représente le mode habituel de réactions à diverses agressions, maladies organiques, changement de milieu de vie, thérapeutiques intempestives,

Désafférentation visuelle ou auditive, hospitalisation avec ou sans intervention chirurgicale.

Son évolution est généralement favorable mais elle peut déboucher, en absence d'une prise en charge adéquate, sur des altérations psychiques graves (démence) voire même la mort ++. [10]

III. Diagnostic différentiel :

1. Affections neurologiques :

- Une **amnésie isolée**, telle qu'en réalise un ictus amnésique ou un syndrome de Korsakoff, est aisément distinguée d'un syndrome Confusionnel, parce que le comportement, les perceptions, les capacités d'attention et le jugement y sont préservés.
- **L'aphasie sensorielle** est souvent confondue au premier abord avec un syndrome confusionnel. L'écoute attentive du malade permet cependant aisément de reconnaître l'abondance des paraphasies. La vigilance est normale et l'examen peut trouver une hémianopsie latérale homonyme associée.
- **La démence**, notamment de type Alzheimer, ne peut être confondue si on adopte strictement les critères diagnostiques du syndrome confusionnel. La vigilance et l'attention focale, au moins dans les formes débutantes, sont préservées dans la démence. Les grandes fluctuations circadiennes du tableau, la perplexité anxieuse, en sont absentes. En outre, un interrogatoire soigneux permet habituellement de reconnaître l'installation lente des troubles, sur des mois, dans la démence de type Alzheimer. L'état démentiel est toutefois l'un des principaux facteurs prédisposant à la confusion, notamment chez le sujet âgé. [7]

2. Affections psychologiques :

- **La bouffée délirante aiguë** survient chez un adolescent. L'automatisme mental et la dépersonnalisation, qui en sont deux éléments sémiologiques majeurs, sont absents ou au second plan dans le syndrome confusionnel.
- **La manie** peut bien simuler un syndrome confusionnel agité, d'autant plus qu'il existe des formes confusionnelles de manie. On a même pu y décrire des troubles cognitifs diffus et des hallucinations visuelles, ce qui peut rendre le diagnostic différentiel très difficile.
- **La mélancolie**, stuporeuse ou agitée, est plus facile à distinguer d'une confusion grâce à la présence d'une douleur morale.
- **La schizophrénie**, même dans sa forme catatonique, est un diagnostic différentiel assez formel de la confusion. Certes, il peut exister dans les deux tableaux des hallucinations, un délire et des troubles de la pensée, mais ils sont nettement moins bien organisés, plus fragmentaires et fluctuants dans la confusion que dans la schizophrénie. En outre, dans la schizophrénie, les hallucinations sont plutôt auditives que visuelles, la pensée est bizarre et les fonctions cognitives (en particulier la mémoire et l'orientation temporo-spatiale) sont moins globalement perturbées. [7]

IV. Etiologies du Syndrome Confusionnel :

Les étiologies sont multiples, mais elles sont largement dominées en fréquence par les causes toxiques (en particulier médicamenteuses) et métaboliques.

1. Etiologies toxiques et médicamenteuses :

Toxiques

- Alcool (ivresse simple ou pathologique) ;
- Substances psychostimulantes ou psychodysléptiques (cocaïne, amphétamines, LSD...) ;
- Toxiques domestiques ou professionnels : monoxyde de carbone, métaux lourds (plomb, cuivre, mercure...), solvants organiques...
- Toxiques alimentaires (ergot de seigle, champignons vénéneux ...).

Médicaments

- Surdosage intentionnel (Intoxication Médicamenteuse Volontaire) ou accidentel.
- Interactions médicamenteuses et polymédication (sujets âgés ++).
- Insuffisances hépatique et rénale.
- Les principaux médicaments concernés sont: La plupart des psychotropes à savoir les benzodiazépines, les antidépresseurs, les thymorégulateurs (anti-épileptiques, sels de lithium), les barbituriques; mais aussi les anticholinergiques, les anti-histaminiques, les antiparkinsoniens, le dextropropoxyphène, les corticostéroïdes et anti-inflammatoires non stéroïdiens, les antihypertenseurs centraux, les diurétiques, les digitaliques, et certains antibiotiques (isoniazide, fluoroquinolones ...).

Sevrages

- Sevrage d'alcool ;
- Sevrage des benzodiazépines, barbituriques, opiacés ...

Figure « 3 » : Etiologies toxiques et médicamenteuses du syndrome confusionnel.

2. Etiologies organiques et somatiques :

Toute pathologie qui peut entrainer un coma peut donner une confusion mentale.

Troubles métaboliques

- Hypoglycémie, hypokaliémie ;
- Dysnatrémies (Hypo et hyponatrémie) ;
- Dyscalcémies (Hypo et hypercalcémie) ;
- Troubles de l'équilibre acido-basique (alcalose et acidose).

Troubles endocriniens

- Hypo et hyperthyroïdie ;
- Hyperparathyroïdie ;
- Hypercorticisme et insuffisance surrénale aiguë ;
- Porphyrisme aiguë intermittente.

Troubles neurologiques

- Traumatisme crânien, hémorragie méningée, HSD et HED, contusion cérébrale ;
- AVC ischémique ou hémorragique, thrombophlébite cérébrale ;
- HTIC, hydrocéphalie, processus expansifs intracrâniens (tumeurs, abcès) ;
- Méningites (infectieuses, carcinomateuses) ;
- Encéphalites infectieuses (VIH, toxoplasmose, Lyme, herpès, prions) ;
- Encéphalopathie (hépatique, urémique, hypercapnique, hypertensive, inflammatoire, carencielle) ;
- Epilepsie: confusion post-critique, crises partielles...
- Maladies neurodégénératives (Parkinson, Alzheimer).

Troubles infectieux

- Toute fièvre élevée ou sepsis sévère ;
- Toute infection à tropisme neuroméningé : méningites et encéphalites infectieuses, abcès cérébraux, neuropaludisme...

Autres causes

- Nombreuses pathologies aiguës (embolie pulmonaire, infarctus myocardique, hémorragies sévères) ;
- Atteinte exogène non traumatique du système nerveux : électrocution, chimiothérapie, radiations...

Figure « 4 » : Etiologies organiques et somatiques du syndrome confusionnel.

3. Etiologies psychiatriques :

Les étiologies psychiatriques de syndrome confusionnel sont à évoquer en second lieu, après avoir éliminé une pathologie organique :

⇒ Episode thymique (mélancolie, manie) ou psychotique aigu avec composante confusionnelle ;

⇒ Etat de stress aigu post-traumatique : s'accompagne parfois d'un état confuso-onirique surtout en cours de catastrophes naturelles, d'accident, de guerre. [8]

V. Conduite à tenir devant un syndrome confusionnel :

Une fois le diagnostic de syndrome confusionnel posé, le problème urgent réside dans le diagnostic étiologique, qui guide la conduite thérapeutique. L'enquête étiologique ne doit cependant pas retarder les premiers soins qu'exige le syndrome confusionnel :

1. **L'hospitalisation** est nécessaire pour établir la surveillance et mettre en route la thérapeutique.

2. **Isolement du malade** : dans une chambre seule, calme et bien éclairé ++, le réassurer en absence de toute contention si possible, assurer des mesures de sécurité pour le patient, le surveiller afin de prévenir des complications.

3. **Evaluation des fonctions vitales** : Mesure des constantes hémodynamiques, de la température et de la glycémie capillaire. Selon la profondeur des troubles de la vigilance et de la présence d'une détresse cardiorespiratoire, le conditionnement du malade est nécessaire avant toute démarche diagnostique à visée étiologique.

4. **Anamnèse** la plus complète possible : pour préciser les pathologies préexistantes, les traitements suivis (introduction récente d'une ou plusieurs molécules, modification de la posologie ou arrêt brutal, notamment « Benzodiazépine »), la prise de produits toxiques, le mode et les circonstances d'installation. Un changement brutal d'environnement doit être recherché chez les patients déments ou les personnes âgées.

5. **L'examen clinique** aide à trouver l'étiologie et évaluer le retentissement du syndrome confusionnel sur l'état général.

6. Examens complémentaires : En fonction du contexte clinique :

- NFS, VS, ionogramme sanguin, Glycémie, Calcémie
- TP, TCK, Groupe Rhésus
- Urée, Créatinine.
- Bilan hépatique (ALAT, ASAT, PAL, Bilirubine total et conjuguée, γ GT)
- Hémocultures, ECBU, ponction lombaire.
- Alcoolémie, Amylasémie, Gaz du sang
- Recherche de toxiques (Sang + urines)
- ECG, EEG
- Radio pulmonaire/ Scanner cérébral (Si doutes sur un signe d'appel)

7. Mise en route initiale de la pharmacothérapie :**⇒ Sédation de l'agitation :**

- Sédation à l'aide d'une benzodiazépine injectable par voie intramusculaire (exemple : 20mg de Diazépam, 50mg de Clorazépate, Carbamate 1amp IM toutes les 2 à 4h avec une surveillance stricte).

- Les neuroleptiques risquent d'accroître la confusion, mais peuvent être utilisés si agitation importante (exemple : 100 – 300mg de Chlorpromazine).

- Antipsychotiques de seconde génération (Rispéridone).

⇒ Correction des troubles hydroélectrolytiques :

- Apport hydrique de préférence par voie orale (3 à 6 litres).

- Parfois perfusion nécessaire avec surveillance de l'ionogramme sanguin et de la diurèse ainsi du dispositif de la voie intraveineuse (risque d'arrachement de la perfusion ++).

- Transfert dans un service de réanimation pour les cas graves.

⇒ **Traitement étiologique :**

Le traitement étiologique est instauré en fonction de l'origine de la confusion. En cas de syndrome infectieux confirmé sur les examens complémentaires, il faut mettre le malade sous antibiothérapie. Faire une Diurèse osmotique lors d'une intoxication volontaire ou arrêt de la prise de toxique responsable de la confusion mentale.

Correction d'un trouble métabolique en fonction du résultat de l'ionogramme. Parfois un traitement neurologique par les antiépileptiques ou traitement neurochirurgical (par exemple trépanation du HSD) peut être nécessaires. [9]

⇒ **Orientation éventuelle vers des services spécialisés :** réanimation, infectiologie, neurochirurgie ...

Chapitre 3 :

L'Agitation Psychomotrice

I. Introduction :

L'agitation se définit par une augmentation de l'activité motrice. Le sujet ne tient pas en place, il présente des mouvements désordonnés et des crises clastiques sont possibles.

Il peut exister un risque d'hétéro-agressivité. Une hyperexpressivité émotionnelle est souvent associée et se traduit par des cris, des pleurs, des propos agressifs. [11]

Un état d'agitation se définit aussi selon le **DSM V** 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 tels que la marche de long en large, l'impossibilité de tenir en place, des frottements des mains, le fait de tirer ses vêtements, l'incapacité de rester assis* ». Il s'agit donc d'un état de tension et d'hyperactivité physique et/ou psychique.

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 ; *nécessité impérieuse de se déplacer, mouvements incessants des jambes*.

La plupart du temps, la demande de soins dans le cadre de l'agitation aiguë n'émane pas du sujet mais de son entourage, qui fait alors souvent appel à des services d'urgence. Cette demande peut aussi émaner des forces de l'ordre intervenues à domicile ou sur la voie publique.

L'agitation, qui représente 10 à 15 % des consultations psychiatriques aux urgences, est une situation complexe à gérer car le praticien doit l'apaiser tout en laissant la possibilité de préciser le diagnostic étiologique. [5]

II. Démarche diagnostic :

La démarche diagnostic repose sur un bon interrogatoire, un examen clinique complet notamment psychiatrique ainsi que des examens complémentaires.

1. Interrogatoire et anamnèse :

Un entretien avec l'entourage, même succinct, peut apporter des éléments précieux sur les circonstances d'apparition du trouble, les antécédents personnels somatiques (épilepsie, démence, diabète...), les antécédents psychiatriques (alcoolisme, toxicomanie, trouble de l'humeur, schizophrénie...), les traitements en cours.

2. Examen clinique :

L'examen somatique même succinct est indispensable pour la recherche d'une pathologie organique. On recueillera les constantes vitales et on effectuera au moins un examen cardiovasculaire et un examen neurologique.

3. Examen psychiatrique ++ :

Il précise :

- L'état de vigilance du sujet : normal, hyperexcitation dans la manie, l'ébriété ou l'ivresse aiguë, perturbé avec la désorientation temporo-spatiale dans la confusion mentale.
- Le contact avec le patient, qui peut être marqué par l'opposition, le négativisme, l'agressivité.

- La présentation, marquée par l'incurie, la négligence vestimentaire ou l'excentricité.
- La présence d'une anxiété, d'un trouble de l'humeur, le degré de cohérence du discours, la présence d'un délire et/ou d'une activité hallucinatoire avec ou sans attitudes d'écoute). [11]

4. Examens complémentaires :

Le bilan biologique initial minimum doit permettre d'éliminer les étiologies mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel :

- ⇒ Un bilan biologique avec glycémie et ionogramme, calcémie, hémogramme, CRP, hémostase (en cas de nécessité de traitement par injection intramusculaire) ;
- ⇒ Un ECG (en cas de nécessité d'administration d'un traitement antipsychotique à visée sédatrice).

Les autres examens sont à déterminer en fonction de l'anamnèse et de l'examen clinique complet.

Il faut notamment discuter :

- Alcoolémie, dosage urinaire de toxiques ;
- Bilan hépatique, fonction rénale, radiographie pulmonaire ;
- TSH, ECBU, goutte épaisse ;
- Ponction lombaire, TDM cérébrale, EEG. [5]

III. Etiologies :

-
- *Jusqu'à preuve du contraire, tout état d'agitation est de cause toxique ou organique.*
 - *Les causes psychiatriques sont à évoquer dans un second temps.*
-

Il existe deux causes principales d'agitation, les causes organiques et les causes psychiatriques.

1. Causes organiques et toxiques :

Le tableau clinique est souvent dominé par un **syndrome confusionnel**, responsable d'une anxiété majeure, et par un délire onirique responsable de l'agitation.

Il est fréquent que l'agitation s'inscrive dans le cadre d'un syndrome confusionnel, mais :

- ✓ ***Toute agitation n'est pas confuse***
- ✓ ***Toute confusion n'est pas agitée***

La confusion n'est pas une étiologie en soi de l'agitation : c'est la cause organique, toxique, ou psychiatrique du syndrome confusionnel, qui est l'étiologie de l'agitation.

On recherchera des **troubles hydroélectrolytiques**, des **troubles métaboliques**, un **syndrome infectieux**, et surtout un **trouble neurologique** (épilepsie, tumeur cérébrale, démence, AVC).

La **crise épileptique** peut être responsable d'un tableau d'agitation. La notion d'antécédent de crise d'épilepsie, la confusion et l'amnésie postcritique permettront de poser le diagnostic.

Le **syndrome démentiel** survient souvent chez un sujet âgé, et s'accompagne d'une atteinte globale des fonctions supérieures. Il peut par ailleurs se compliquer d'un syndrome confusionnel, responsable de l'agitation (déshydratation, fécalome+++, RAU, infection urinaire, infection pulmonaire...).

Certains **toxiques** (oxyde de carbone, solvant, plomb)

- Intoxication au Plomb ou « saturnisme » : c'est une intoxication rare qui s'accompagne de violentes douleurs intestinales (coliques de plomb) avec constipation et des troubles neuropsychiques. Il peut se rencontrer après absorption volontaire d'un sel de plomb ou lors d'une intoxication accidentelle.
- Intoxication à l'oxyde de carbone : le tableau clinique peut aller de simples maux de tête, fatigue, nausées et vomissements lors d'une intoxication légère jusqu'à des étourdissements, douleur de poitrine, trouble de la vision et difficultés de concentration en cas d'intoxication plus importante. Le tableau peut être d'emblée grave avec des problèmes de coordination des mouvements ou paralysie musculaire, voir une perte de conscience.

Certains **médicaments** (corticoïdes, effets paradoxaux des benzodiazépines, hormones thyroïdiennes, antituberculeux, antiparkinsoniens, hypoglycémiants) peuvent également générer une agitation.

2. Causes psychiatriques :

Il existe cinq étiologies principales des états d'agitation : *l'agitation maniaque, l'agitation psychotique, l'agitation liée à une addiction à une substance psychoactive, l'agitation caractérielle et l'agitation anxieuse.*

2.1. Agitation maniaque :

La notion d'antécédents similaires ou de troubles de l'humeur peut aider au diagnostic.

Il existe une euphorie, une excitation psychomotrice, une logorrhée avec fuite des idées, une insomnie sans fatigue.

Le patient peut passer brutalement du rire aux larmes. L'irritabilité voire l'agressivité peuvent être au premier plan chez certains patients, d'autant plus si on les contrarie. Ces patients n'ont pas conscience de leur trouble et s'opposent aux soins proposés (dénier des troubles).

2.2. Agitation psychotique :

Il peut s'agir d'une bouffée délirante aiguë, d'un épisode fécond d'une schizophrénie, d'une décompensation d'un délire paranoïaque ou d'une psychose hallucinatoire chronique.

Il existe un délire de persécution et/ou un syndrome hallucinatoire responsables d'une angoisse psychotique intense et déstructurante et d'une agitation majeure, qui témoignent de l'adhésion et de la conviction inébranlable au délire.

2.3. Agitations liées à une addiction aux SPA :

Les ivresses alcooliques pathologiques (excito-motrices) sont les causes les plus fréquentes d'agitation toxique. De même, le sevrage d'alcool peut être

responsable d'un tableau de delirium tremens avec délire onirique et agitation majeure.

Les prises de SPA ou leurs sevrages (amphétamine, ecstasy, cocaïne, héroïne, LSD...) peuvent donner également des tableaux d'agitation.

Une alcoolémie et une recherche de toxique urinaire doivent être pratiquées dès que possible.

Lors des TS par intoxications médicamenteuses volontaires, notamment de psychotropes (benzodiazépines), ou lors de leurs sevrages, des agitations peuvent apparaître, surtout quand l'IMV est associée à une prise d'alcool.

2.4. Agitations caractérielles :

Certains patients peuvent présenter une agitation dite caractérielle (agitation associée à des troubles de caractère).

Il s'agit de sujets ayant un trouble de la personnalité : personnalité psychopathe, personnalité borderline, personnalité histrionique ou immature.

Il s'agit de passages à l'acte impulsifs et violents en réponse à une situation de crise (échec, rupture, altercation avec autrui) ou de frustration.

De même, ce type d'agitation comportementale se retrouve chez les sujets présentant une déficience mentale ou un autisme. La présence de l'entourage ne fait que pérenniser et renforcer ce type de comportement.

2.5. Agitations anxieuses :

L'agitation peut être présente dans un tableau de mélancolie (mélancolie agitée).

Elle peut également être présente lors d'une attaque de panique avec l'impression de perdre le contrôle et/ou l'impression de mort imminente.

Par ailleurs ces agitations anxieuses peuvent survenir lors des moments féconds de psychose chroniques avec des crises d'angoisses au cours des paroxysmes d'anxiété psychotiques délabrantes. [11]

IV. Conduite à tenir devant une agitation psychomotrice :

1. Prise en charge immédiate :

La prise en charge du patient agité est immédiate et repose sur le fait d'assurer un environnement calme.

Le retour au calme est essentiel pour différentes raisons : Le patient agité est dangereux pour lui-même et pour autrui ; il existe des risques de dangers manifestes (crises clastiques, fuguer, actes médico-légales...).

Il doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge immédiate et d'un examen clinique et biologique, le plus tôt possible. Il est préférable d'examiner le sujet agité quand il est apaisé et calme et ce pour des raisons de commodités du déroulement de l'examen clinique.

La prise en charge est initialement relationnelle. L'abord du médecin est calme mais ferme. Le principe est de se présenter et de présenter les membres de l'équipe de soin présents lors de l'examen.

Il convient de rassurer le sujet agité, de séparer le patient de ce qui semble contribuer à son état d'agitation, d'essayer de le ramener à la réalité en lui proposant par exemple une boisson ou en l'invitant à se rafraichir ou à laver son visage.

Le médecin garde toujours une distance de sécurité et se positionne dans une zone de sécurité.

La sédation par voie orale est proposée dans un premier temps au malade.

Dans ce contexte difficile, lorsque l'approche relationnelle est en échec, l'équipe médicale est amenée à recourir à une contention physique transitoire à laquelle il est souvent nécessaire d'associer une sédation afin de limiter le risque de fractures et de luxations, la contention étant rarement dissuasive à elle seule. [12] *voir Annexe (infra)*

2. Traitement sédatif :

Il existe deux types de sédatifs utilisés chez un patient agité, les neuroleptiques et les Benzodiazépines.

Chaque classe de ces médicament psychotropes a ses propres caractéristiques :

-
- *Les benzodiazépines dont l'utilisation est facile et anodine, peu risquée, mais dont l'efficacité et le profil pharmacocinétique sont très variables d'une molécule à l'autre ;*
 - *Les neuroleptiques dont l'efficacité est démontrée, mais qui sont associés à des risques cardiovasculaires et neurologiques. [12]*
-

2.1. Benzodiazépines (BZD) :

Elles sont à privilégier dans :

- Les états non psychotiques ;
- Les intoxications alcooliques ;
- Les sevrages alcooliques ou médicamenteux.

Elles facilitent l'examen psychiatrique.

Leurs effets secondaires essentiels sont la dépression respiratoire et l'aggravation du syndrome confusionnel.

Les produits suivants peuvent être utilisés :

- **Diazépam** : 5 à 10 mg per os ou IM si refus, toutes les 4 heures si nécessaire. La dose maximale est de 40 mg par jour ;
- **Clorazépate** : 50 mg à proposer par voie orale dans un premier temps, puis en IM si refus.

2.2. Les Neuroleptiques (NL) :

Il ne faut pas d'emblée administrer des neuroleptiques devant toute agitation.

En effet, il existe un risque de trouble de la vigilance, de syndrome confusionnel, d'hypotension artérielle, de crise comitiale, de dyskinésie aiguë et de syndrome malin des neuroleptiques.

Il faut réserver les neuroleptiques aux crises d'agitation majeure (état d'agressivité, état délirant ou hallucinatoire) et aux cas d'échec des benzodiazépines.

Les produits suivants peuvent être utilisés : [17]

⇒ Par voie orale :

- **Halopéridol** : 2 à 10 mg per os /jr ;
- **Loxapine** : 100 à 300 mg per os /jr ;
- **Amisulpride** : 400 à 800 mg per os /jr ;
- **Cyamemazine** : 50 à 100 mg per os /jr.

⇒ Par voie injectable :

- **Halopéridol** : 5 à 15 mg en IM /jr ;
- **Loxapine** : 1 à 3 Ampoules à 50 mg IM /jr ;
- **Amisulpride** : 1 à 2 Ampoules à 200 mg IM /jr ;
- **Cyamemazine** : 1/2 à 1 Ampoules à 50 mg IM ;
- **Tercian ou Largactil** : 1 à 4 ampoules de 25 mg dans les états non psychotiques.

2.3. Les Antipsychotiques atypiques :

⇒ Par voie orale :

- **Olanzapine** : 10 à 20 mg per os /jr ;
- **Aripiprazole** : 10 à 30 mg per os /jr ;
- **Rispéridone** : 6 à 10 mg per os / jour (voir plus si besoin) → pourrait être intéressant chez les sujets âgés et dans les démences.

⇒ Par voie injectable :

- **Olanzapine** : 1 à 3 Ampoules par 24 heures de 10mg IM ;
- **Aripiprazole** : 1 à 3 Ampoules de 9,75 mg par 24 heures et espacées.

2.4. L'association médicamenteuse :

Chez les patients psychotiques, c'est l'association d'un neuroleptique à une benzodiazépine qui s'avère être le traitement le plus efficace en termes de niveau de sédation.

De plus, les patients traités par l'association benzodiazépine-neuroleptique, présentent moins d'effets secondaires que lorsqu'ils reçoivent un neuroleptique seul.
[12]

2.5. Voies d'administration :

➤ L'administration orale :

Si le patient est coopérant, l'administration orale doit toujours être privilégiée car l'efficacité et l'intérêt de cette voie sont démontrés depuis longtemps. Benzodiazépines comme neuroleptiques sont absorbés en 30 à 60 minutes.

Pour les benzodiazépines, la forme de gouttes ou sublinguale est tout particulièrement adaptée à cette situation, Prazépam sublingual, Diazépam gouttes ou Clonazépam gouttes.

➤ La voie intramusculaire :

- La voie intramusculaire est privilégiée en pratique quotidienne pour l'administration des neuroleptiques dont l'effet est rapide et reproductible d'un malade à l'autre (ex. : Diazépam ou Clorazépate).
- Dans les cas de fureur agitée « agitation furieuse » ou dans les d'extrême agitation, on peut être amené à faire l'injection de sédatifs à travers le tissu des habits du sujet agité.
- Mis à part le midazolam et le Lorazépam, cette voie d'administration est évitée pour les benzodiazépines car leur résorption est aléatoire et leur pic plasmatique retardé.

N.B. : l'Hydroxyzine est utilisé par voie IM exclusivement.

➤ La voie intraveineuse :

La voie intraveineuse assure la meilleure disponibilité et a un effet rapide. Elle n'est cependant pas utilisée en pratique car la ponction veineuse est un geste difficile dans l'agitation sévère qui de surcroît expose à un risque d'effets secondaires plus fréquents et plus graves que la voie intramusculaire (dépression respiratoire, chute tensionnelle...).

➤ La voie intranasale :

La voie intranasale est utilisée depuis plusieurs années pour le Midazolam, en prémédication, dans le traitement de la crise comitiale, de l'agitation mais également dans les traitements palliatifs. Utilisée aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, cette voie d'abord a l'avantage d'être peu traumatisante et facile de réalisation.

Les études pharmacocinétiques réalisées pour la voie intranasale du Midazolam montrent que son absorption est rapide (14 ± 5 minutes) et sa biodisponibilité élevée. L'utilisation sous forme concentrée (spray actuellement non disponible) paraît cependant préférable, elle améliorerait la biodisponibilité, en évitant la déglutition du produit. [12]

3. Surveillance du patient agité :

Le patient agité doit être surveillé dans une chambre capitonnée. La surveillance du patient agité est continue comportant une mesure non invasive de la pression artérielle, de la fréquence cardiaque, une surveillance de l'état neurologique (score de Glasgow), de la fréquence respiratoire et de la saturation artérielle en oxygène. Les constantes sont relevées toutes les heures. La température prise initialement est reprise toutes les six heures.

4. Prise en charge ultérieure :

Une fois l'agitation canalisée, il faut continuer l'analyse diagnostique et étiologique qui débouchera sur une prise en charge somatique et/ou psychiatrique adaptée.

Une hospitalisation en psychiatrie ne peut se concevoir qu'après un bilan somatique et doit être différée si des soins somatiques ou des explorations paracliniques ne sont pas terminés.

Dans les cas d'extrême agitation, on peut hospitaliser dans une chambre, si elle est disponible et cela permettra de continuer les investigations paracliniques et biologique tout en maintenant le patient dans un milieu protégé.

ANNEXE 1 : LA CONTENTION PHYSIQUE

- La **contention physique** est un acte thérapeutique, prescrit et destiné à permettre la sédation médicamenteuse.
- Une fois la décision prise, elle doit être annoncée de façon claire et ferme au patient en en donnant les raisons, mais ne doit pas donner lieu à des hésitations ou à des négociations.
- La contention est réalisée de façon optimale en réunissant, si possible, cinq personnes (un soignant pour maintenir chaque membre et un pour la tête).
- Le matériel utilisé est dédié à cette indication et adapté. Le patient est ensuite déshabillé et recouvert.
- Tout au long de la réalisation de la contention, un échange verbal doit être maintenu avec le patient.
- Pendant toute la durée de la contention, une surveillance des constantes cliniques (conscience, pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire) doit être réalisée régulièrement.
- La contention est levée dès que **la sédation médicamenteuse est efficace**.

Chapitre 4 :

La crise suicidaire

I. Définitions :

La **crise suicidaire** est une crise psychique dans un contexte de vulnérabilité avec émergence et expression d'idées suicidaires, dont le risque majeur est le suicide.

Il s'agit d'un état réversible et temporaire, à un moment donné (avec un début et une fin), dans la vie d'un individu, où ses ressources adaptatives sont épuisées. L'individu, dont les mécanismes d'ajustement sont dépassés, se sent dans une impasse.

Les idées suicidaires s'intensifient et se précisent, parallèlement à l'échec des différentes **alternatives** envisagées. Le suicide va progressivement apparaître à l'individu comme l'unique solution permettant de sortir de l'état de crise dans lequel il se trouve.

Le terme de **velléité suicidaire** se définit comme une envie faible de se suicider, une envie hésitante et inefficace, et qui n'est pas forcément suivie d'acte suicidaire. La **velléité** est un phénomène comportemental à situer entre l'envie et la volonté. Cela signifie que la velléité appartient aux démarches et intentions peu lucides, bien que la personne fasse le choix de la poursuivre. [13]

Les **idées suicidaires** correspondent aux pensées concernant le désir et la méthode de se donner la mort. Elles constituent un continuum allant des idées morbides vagues et floues jusqu'à une planification élevée avec un scénario établi. Quand ces idées sont exprimées en suggérant que le passage à l'acte est imminent, on parle de menaces suicidaires.

La **tentative de suicide** (TS) est un comportement auto-infligé avec intention de mourir (d'évidence implicite ou explicite) sans issue fatale.

Les comportements les plus fréquents sont l'intoxication médicamenteuse volontaire, la phlébotomie, le saut de hauteur, la pendaison et l'intoxication au gaz. La TS est à différencier des conduites d'automutilation, des prises de risque, d'une mauvaise observance à un traitement ou d'un refus de soins en cas de maladie grave du fait de l'absence apparente de l'intention de mourir.

Le **suicidant** est l'individu survivant à sa *tentative de suicide*, alors que Le **suicidaire** est l'individu ayant et/ou exprimant verbalement ou non verbalement *des idées suicidaires*.

II. Description clinique de la « crise suicidaire » :

Cliniquement, la crise suicidaire peut se manifester initialement par :

- Des symptômes non spécifiques du registre dépressif ou anxieux ;
- Des prises de risque inconsidérées ;
- Une consommation de substances (alcool, substances illicites, tabac) ;
- Un retrait par rapport aux marques d'affection et au contact physique ;
- Un isolement.

Puis cette crise peut se manifester par certaines idées et comportements préoccupants :

- **Une souffrance psychique intense +++ : *c'est la souffrance psychique intense qui pousse le suicidaire à passer à l'acte.***
- Un sentiment de désespoir ;
- Une réduction du sens des valeurs ;
- Un cynisme ;
- Un goût pour le morbide ;
- Une recherche soudaine de moyens létaux (par exemple : armes à feu).

Au cours de l'évolution, une accalmie peut faire craindre un syndrome pré-suicidaire de Ringel (*qui est caractérisé par un calme apparent, une attitude de retrait, une diminution de la réactivité émotionnelle, de la réactivité affective, de l'agressivité et des échanges interpersonnels*). Les comportements de départ (rédaction de lettres, dispositions testamentaires, dons, etc.) sont des signes pouvant faire évoquer un risque de passage à l'acte suicidaire imminent.

III. Orientation diagnostique :

On trouve des idées ou des conduites suicidaires dans différentes pathologies psychiatriques. Le diagnostic s'effectue par analyse de symptômes associés.

1. Syndrome dépressif :

La présence d'une humeur triste, d'un ralentissement psychomoteur, de signes somatiques (troubles du sommeil, troubles de l'appétit) et/ou d'idées de culpabilité et d'auto dépréciation font suspecter un syndrome dépressif. Les idées suicidaires apparaissent alors pour le patient comme la seule alternative face à son désespoir ou sa souffrance de vivre.

On recherchera des éléments faisant suspecter un syndrome dépressif sévère ou mélancolique : perte de poids importante et rapide, culpabilité majeure voire idées délirantes congruentes à l'humeur (idées de ruine, idées de culpabilité), et une anesthésie affective.

2. Troubles de la personnalité :

Dans des situations de "crise psychologique" (rupture sentimentale, conflit conjugal, etc...) des sujets ayant un trouble de la personnalité ou au moins une personnalité fragile peuvent présenter des idées ou des conduites suicidaires réactionnelles.

L'intentionnalité de mourir est alors peu présente. Il s'agit plutôt d'un passage à l'acte impulsif permettant au patient de décharger son agressivité et d'exprimer à son entourage sa frustration. Ainsi, le patient peut prendre des médicaments "pour dormir" ou par exemple, se scarifier l'avant-bras pour "éviter de penser".

On retrouve ainsi de nombreux passages à l'acte hétéro-agressifs chez les patients présentant une personnalité du type psychopathe, hystérique ou limite.

3. Syndromes délirants :

La présence d'un syndrome délirant (non mélancolique) peut être concomitante avec l'apparition d'idées suicidaires ou de conduites suicidaires.

Par un geste hétéro-agressif, le patient peut ainsi vouloir échapper à des persécutions d'ordre délirantes.

Lors de délires mystiques, le sujet peut avoir des idées de possession démoniaque et vouloir porter atteinte à sa vie.

On peut aussi observer des injonctions hallucinatoires délirantes, c'est à dire des hallucinations auditives ordonnant au patient de se donner la mort.

4. Idées ou conduite suicidaire isolée :

Dans certains cas on ne retrouve ni syndrome dépressif, ni trouble de la personnalité, ni syndrome délirant pouvant expliquer l'apparition d'idées ou de conduite suicidaire. Il peut s'agir d'idées suicidaires réactionnelles à un événement de vie traumatisant (deuil, chômage). Ces idées suicidaires peuvent aussi apparaître après l'annonce d'un diagnostic d'une pathologie incurable (cancer).

En l'absence d'expression spontanée d'idées suicidaires chez un patient qui présente un tableau psychiatrique pouvant faire suspecter la présence de telles idées, il est indispensable de rechercher explicitement des idéations suicidaires. On peut utiliser des phrases telles que "je vois que vous souffrez beaucoup en ce moment...". "Avez-vous déjà pensé à disparaître pour arrêter cette souffrance..." "Avez-vous déjà eu des idées noires ?".

Si on découvre finalement des idées suicidaires, il est nécessaire d'évaluer la fréquence (pense au suicide tous les jours ou seulement parfois), le type de projet (méthode à laquelle le patient pense recourir). [14]

IV. Evaluer la crise suicidaire :

1. Détermination des facteurs de risques et des facteurs protecteurs :

1.1. Facteurs de risques :

Facteurs personnels	- Antécédents personnels de TS ; - Diagnostic de trouble psychiatrique (troubles de l'humeur, troubles des conduites alimentaires, troubles de la personnalité, schizophrénie, trouble lié à l'usage de substances, troubles anxieux, etc.) ; - Traits de personnalité : faible estime de soi, impulsivité–agressivité, rigidité de la pensée, colère, propension au désespoir ; - expression d'idées suicidaires ; - santé générale : pathologie affectant la qualité de vie.
Facteurs familiaux	- Antécédents familiaux de TS et de suicide
Événements de vie et facteurs psychosociaux	- ATCDs de maltraitance dans l'enfance (violences, abus physique, émotionnel ou sexuel) et pertes d'un parent pendant l'enfance ; - Élément déclencheur : élément récent entraînant un état de crise chez un sujet ; - Situation socio-économique : difficultés économiques ou professionnelles ; - Isolement social (réseau social inexistant ou pauvre, problèmes d'intégration), séparation ou perte récente, difficultés avec la loi (infractions, délits), échecs ou événements humiliants ;

	- Difficultés dans le développement : difficultés scolaires, placement durant l'enfance/ adolescence en foyer d'accueil ou en détention, perte parentale précoce ; - « Imitation » suite à un suicide : la personne est affectée par le suicide récent d'un proche.
--	--

Tableau « 4 » : les facteurs de risque de la crise suicidaire.

1.2. Les facteurs protecteurs :

Les facteurs de protection sont aussi à envisager comme autant d'éléments préservant du passage à l'acte. On peut citer :

- Du point de vue individuel, la résilience est un facteur protecteur.

La résilience peut se définir comme la capacité à fonctionner de manière adaptée en présence d'événements stressants et de faire face à l'adversité, à continuer à se développer et à augmenter ses compétences dans une situation adverse ;

- Du point de vue psychosocial, le soutien socio-familial perçu et le fait d'avoir des enfants sont des facteurs protecteurs ;

- Croyance religieuse.

2. Evaluation de l'urgence : du degré de l'intentionnalité du projet suicidaire :

L'urgence s'évalue par l'existence d'un scénario suicidaire et le délai de mise en œuvre de ce projet. Un degré d'urgence élevé est évoqué si :

- Le sujet envisage un scénario suicidaire et a pris des dispositions en vue d'un passage à l'acte (préméditation, lettre, dispositions testamentaires, anticipation de la découverte du corps) ;
- Le sujet n'envisage pas d'alternative au suicide (idées envahissantes, ruminations anxieuses, refus des soins) ;
- L'intention a pu être communiquée à des tiers soit directement soit indirectement.

3. Evaluation de la dangerosité : les moyens à disposition :

La dangerosité s'évalue selon la létalité potentielle et l'accessibilité du moyen létal considéré.

Le tableau suivant, issu de la conférence de consensus, reprend les différents éléments de l'évaluation de l'urgence et de la dangerosité afin d'établir le degré d'urgence :

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
Bonne alliance thérapeutique	Est isolé	Est très isolé
Désire parler et est à la recherche de communication	A besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi	Complètement ralenti par la dépression ou au contraire dans un état d'agitation ; la souffrance et la douleur sont omniprésentes ou complètement tues
Cherche des solutions à ses problèmes	Ne voit pas d'autre recours que le suicide	A le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé
Pense au suicide sans scénario suicidaire précis	Envisage un scénario dont l'exécution est reportée	A un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider
Envisage encore d'autres moyens pour surmonter la crise	Envisage le suicide avec une intention claire	Décidé, avec un passage à l'acte planifié et prévue dans les jours qui viennent
N'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant	Présente un équilibre émotionnel fragile	Coupé de ses émotions, rationalisant sa décision ou au contraire, très émotif, agité ou anxieux

Tableau « 5 » : Evaluation de l'urgence et de la dangerosité de l'acte suicidaire. [5]

V. Principe de prise en charge :

Après réévaluation initiale, la prise en charge thérapeutique repose sur :

- Un éventuel traitement symptomatique de l'anxiété ou de l'agitation.
- L'orientation vers un lieu de prise en charge :
 - ⇒ Soit une hospitalisation ;
 - ⇒ Soit un suivi ambulatoire.

Un suivi psychologique et la prise en charge des facteurs de risque accessibles à un traitement.

1. Abord du patient :

✓ L'entretien doit se faire dans un endroit **calme**, en toute confidentialité et en face-à-face. Il a pour premier but de travailler l'alliance thérapeutique. Il ne faut pas hésiter à laisser le patient exprimer ses émotions.

✓ Les idées suicidaires doivent être abordées par exemple avec des questions comme « *avez-vous des idées de suicide ?* » ou « *avez-vous envie de vous donner la mort/de vous faire du mal ?* ».

✓ Une souffrance tolérable doit être écoutée, si celle-ci est intolérable (agitation, perplexité anxieuse), il faut la soulager par des médicaments appropriés.

✓ Il ne faut pas banaliser les conduites suicidaires qui constituent une urgence psychiatrique. À l'inverse, il ne faut pas dramatiser la situation et les patients doivent se sentir libre d'exprimer leur vécu et leurs idées.

✓ L'examen médical du patient est indispensable et permet d'apaiser le sujet suicidaire, d'entrer en relation avec le suicidaire et de renforcer la relation de soin avec le suicidaire.

✓ On peut repérer des soutiens possibles dans l'entourage, déjà au courant ou non et proposer au patient de les appeler et de les informer pour qu'ils puissent le soutenir.

✓ Il est important d'avoir un contact avec la famille/l'entourage pour expliquer la situation tout en respectant le secret médical, que la prise en charge soit ambulatoire ou en cas d'hospitalisation.

✓ La participation du patient aux soins doit être évaluée par l'équipe de soins sous la responsabilité d'un médecin psychiatre.

2. Traitement symptomatique :

Traitement anxiolytique ou sédatif en cas d'anxiété majeure ou d'agitation :

⇒ En cas d'anxiété prédominante (sans agitation) :

- **Antihistaminique** (ex : Hydroxyzine) ou ;
- **Benzodiazépine** (ex : Diazépam – Prazépam – Alprazolam – Oxazépam).

⇒ En cas d'agitation prédominante :

- **Neuroleptique sédatif** (ex : Lévomépromazine – Loxapine – Chlorpromazine), Per OS ou IM, si besoin.

3. Conduite à tenir en urgence :

- Les urgences accueillent fréquemment des sujets en situation de crise suicidaire, ou dans les suites d'une tentative de suicide.
- L'accueil doit se faire au calme dans un box en essayant de garder autour du patient les mêmes interlocuteurs (soignants) et doit contribuer à sécuriser le patient.
- L'urgentiste doit décider d'une hospitalisation :
 - Pour stabiliser un patient au pronostic engagé du fait de sa TS ;
 - Devant un risque suicidaire imminent ;
 - Devant une situation d'insécurité sévère dans les perspectives de sortie ;
 - Devant une perplexité anxieuse sans distanciation vis-à-vis de la souffrance psychique.
- Un avis psychiatrique doit être sollicité pour tout patient suicidaire ou suicidant après stabilisation de l'état clinique du patient, Une hospitalisation brève en unité de crise peut être recommandée.
- Le but de l'entretien psychiatrique est d'évaluer la crise suicidaire (risque /urgence /dangerosité), d'évaluer la psychopathologie et d'orienter la prise en charge.
- Un traitement médicamenteux sera parfois à prescrire en urgence comme des sédatifs ou des anxiolytiques en cas d'agitation ou d'anxiété importante.
- Un hypnotique en cas d'insomnie sévère transitoire, leur prescription symptomatique devra être limitée dans le temps.

4. L'hospitalisation en cas de crise suicidaire :

– L'hospitalisation s'impose en cas de niveau d'urgence élevée. Dans les autres situations, elle sera à adapter à la situation du patient par exemple en cas de pathologie psychiatrique sous-jacente, d'isolement social, d'entourage potentiellement délétère, de refus d'aide médicale (refus d'un entretien de réévaluation). L'hospitalisation peut être réalisée sous le mode de l'hospitalisation libre ou de soins à la demande d'un tiers.

– L'hospitalisation a plusieurs objectifs :

- Protéger la personne en limitant le risque de passage à l'acte suicidaire ;
- Traiter la psychopathologie associée, traitement du trouble psychiatrique associé ;
- Faciliter la résolution de la crise (alternatives) en mettant en place une psychothérapie de soutien (relation de confiance, verbalisation de la souffrance, travail de l'alliance thérapeutique, etc.) ;
- Organiser le suivi ambulatoire ultérieur.

– L'hospitalisation n'empêche pas complètement un patient de se suicider et de nombreux suicides (5 %) ont lieu dans les établissements de soins. [5]

– Il faut prendre certaines précautions visant à limiter l'accès à des moyens létaux (inventaire des affaires et retrait des objets dangereux, blocage des fenêtres, suppression des points d'appui résistant au poids du corps) et à assurer une surveillance rapprochée (chambre près de l'infirmerie ou placer le sujet suicidaire /suicidant dans la chambre de surveillance).

– Il faut bien expliquer, que ce soit en hospitalisation libre ou à la demande d'un tiers, les raisons de l'hospitalisation et les conditions d'accueil (lieu, durée d'hospitalisation, fonctionnement de l'équipe).

VI. Principes de prévention : [5]

Prévention Primaire	- Concerne les sujets qui présentent des facteurs de risque. - But : suppression des facteurs de risque et des facteurs de décompensation. Par exemple, traitement d'un épisode dépressif caractérisé ou prévention du passage à l'acte suicidaire chez les patients hospitalisés.
Prévention secondaire	- Dépistage précoce de la crise suicidaire. - Evaluation du risque, de l'urgence et de la dangerosité, auprès du patient et de son entourage. - Limiter l'accès au moyen de suicide. - Hospitalisation, éventuellement en SDT quand le risque de passage à l'acte suicidaire est détecté.
Prévention tertiaire	- La prévention tertiaire concerne le traitement des conséquences de la maladie, c'est-à-dire éviter les récurrences, prévenir le retentissement néfaste du geste sur la vie socioprofessionnelle et familiale.

Tableau « 6 » : les trois niveaux de prévention de la crise suicidaire.

Chapitre 5 :

Les Etats Stuporeux

I. Intérêts de la question :

- L'état stuporal constitue un état clinique et non pas une entité pathologique.
- Elle peut se rencontrer dans plusieurs pathologies, principalement :
 - **Syndrome catatonique** dont il constitue le symptôme le plus fréquent.
 - **Syndrome mélancolique** dont il réalise l'une des formes les plus typiques.
 - Et le **syndrome confusionnel** où il opère la transition entre ces états et le coma.

Il constitue une **urgence vitale** et nécessite une mise en observation indispensable et parfois une hospitalisation en bonne et due forme.

II. Définitions :

L'état stuporal se définit comme un état d'inhibition totale, de suspension des mouvements volontaires et plus particulièrement de la mimique, des gestes et du langage.

Il nécessite une mise en observation et/ou une hospitalisation en vue d'établir un diagnostic et de mettre en route un traitement urgent.

L'état de stupeur, du latin « *stuporem* » : rester immobile, peut être défini comme un trouble organique ou mental, caractérisé par la suspension complète de toute activité mentale et extérieure, se traduisant cliniquement par une rareté des mouvements, un mutisme, une indifférence apparente aux stimulations et s'accompagnant d'une baisse de la vigilance.

Les sujets stuporeux peuvent être extraits de cet état par des stimuli extéroceptifs simples comme l'appel du nom, une stimulation auditive, ou une stimulation nociceptive vigoureuse et répétée, avant de sombrer dans leurs états de torpeur à nouveau, dès l'arrêt de celles-ci.

L'état stuporeux c'est aussi un état de sidération de toutes les fonctions de la personnalité : intellectuelle, affective, thymique accompagnée d'une aboulie totale (qui est un trouble de la personnalité, qui se manifeste par un manque voire par la disparition de la volonté).

L'état de stupeur est **une urgence vitale**, nécessitant une exploration organique en priorité++.

III. Tableau clinique :

C'est la suspension ou le ralentissement extrême des mouvements volontaires, et plus particulièrement des activités motrices de l'expression : mimique, geste, langage et attitude.

En pratique, il s'agit d'un patient :

- Immobile ;
- Le visage n'exprimant rien (**amimie**) ;
- Aspect « statufié » ;
- Ne répondant pas aux questions, parfois mutique ;
- Refusant de s'alimenter ;
- Présentant un certain degré de catalepsie ; qui est la conservation des attitudes imposées. [9]

IV. Examen clinique d'un sujet en état stuporeux :

1. Examen somatique :

Il faut évaluer l'état somatique du patient en premier lieu, cela permettra :

- D'apprécier l'état de déshydratation (soif, pli cutané, oligurie, hyperthermie), amaigrissement, cachexie.
- De rechercher d'une hyperthermie et d'une oligurie.
- D'évaluer l'état cardiovasculaire (pouls, tension artérielle).
- Evaluation des fonctions excrémentielles et alimentaires :

⇒ Fonctions excrémentielles : Les symptômes les plus fréquents sont la perte des urines et des matières fécales.

⇒ Fonctions alimentaires : On retrouve souvent un refus alimentaire ainsi qu'une altération de l'état général.

2. Examen Neurologique :

Examen neurologique minutieux à la recherche :

- Des signes de localisation en foyer ;
- Un syndrome méningé ;
- Une paralysie des nerfs crâniens.

3. Examen psychiatrique :

3.1. Examen psychomoteur :

Le patient est totalement immobile avec des gestes rares.

On peut y observer une catalepsie, des impulsions suicidaires et des conduites agressives.

3.2. Conscience :

L'état de conscience est difficile à explorer mais semble être altérée.

3.3. Plan thymique :

Le patient présente un masque de marbre avec une absence totale de toute mobilité du visage.

Patient **statufié**, regard lointain et vide.

3.4. Examen du Contact :

Le contact avec le malade est difficile voire impossible, ce dernier reste mutique ou parle brièvement après de nombreuses sollicitations. Il ne semble pas être intéressé par le monde qui l'entoure.

Parfois on note un syndrome de négativisme avec un refus de tendre la main, un refus de soins et un refus de s'alimenter.

V. Diagnostic différentiel :

Devant un état stuporeux, il faut éliminer :

- ❖ Une hypertension intracrânienne => réalisation d'un scanner cérébral,
- ❖ Une tumeur cérébrale => **Imagerie cérébrale** +++
- ❖ Une hypothyroïdie => dosage des hormones thyroïdiens (TSH, T3, T4),
- ❖ Un pan- hypopituitarisme => IRM hypothalamohypophysaire, et dosage des hormones hypophysaires (FSH, LH...).

La réalisation du reste des examens complémentaires seront utiles pour la démarche étiologique :

- Bilan infectieux : hémoculture, ECBU, ponction lombaire ;
- ECG, Radio pulmonaire ;
- Ionogramme sanguin ;
- Ionogramme urinaire ;
- NFS ;
- VS ;
- EEG ;
- FO ;
- Recherche de toxiques (urines + sang) ... [15]

VI. Etiologies d'un état stuporeux :

Parmi les étiologies on retrouve :

1. Les causes organiques :

Lors de l'évolution d'un syndrome d'hypertension intracrânienne, parfois comme premier symptôme d'une tumeur cérébrale.

2. La stupeur mélancolique :

On recherchera pour étayer le diagnostic, des antécédents personnels ou familiaux de dépression, des symptômes dépressifs ayant précédé l'état stuporeux.

A l'examen clinique, la mimique est triste et douloureuse. Par ailleurs le risque de passage à l'acte auto-agressif (suicidaire) existe, généralement il est impulsif et imprévisible ce qui impose une mise en observation voire une hospitalisation avec une surveillance accrue.

3. La stupeur catatonique :

La catatonie est la perte de l'initiative motrice avec une certaine tension musculaire, des phénomènes parakinétiques et des troubles mentaux.

On recherchera des symptômes schizophréniques ayant précédé la stupeur.

A l'examen clinique, on pourra mettre en évidence d'autres signes de la série catatonique qui témoignent d'un syndrome dissociatif : paramimie, négativisme, impulsions hyperkinétiques, catalepsie...

Parfois les symptômes catatoniques existent dans le tableau clinique d'une psychose aiguë ou d'une psychose chronique.

4. La stupeur confusionnelle :

Il existe des éléments en faveur d'une étiologie organique, une notion de prise médicamenteuse.

A l'examen clinique, on remarque que l'état est fluctuant d'un moment à l'autre, la vigilance est altérée, désorientation temporo-spatiale, onirisme ponctuel, il existe aussi des périodes de perplexité anxieuse.

5. La stupeur hystérique :

Rare, il s'agit d'une conversion hystérique évoluant chez un patient(e) hyperexpresif(ve) dans le cadre d'un trouble anxieux le plus souvent connu.

On retrouve souvent un facteur déclenchant de nature psycho-affectif.

C'est un **diagnostic difficile**.

6. La stupeur émotionnelle :

Survenant au décours immédiat d'une catastrophe (guerre, cataclysme, agression...).

Il ne faut cependant pas oublier que la stupeur peut brutalement céder par un raptus anxieux suicidaire (stupeur mélancolique) ou agressif (stupeur catatonique dans le cadre d'une schizophrénie). [14]

VII. Conduite à tenir devant un état stuporeux :

Un état stuporeux est une urgence vitale nécessitant une mise en observation et/ou hospitalisation ++, en raison des urgences que constituent ses étiologies.

1. La mise en place de thérapeutiques générales ne doit pas tarder :

- ✓ Réhydratation et réalimentation ;
- ✓ Contrôle des constantes vitales ;
- ✓ Surveillance de l'état psychique et moteur.

2. Mesures thérapeutiques spécifique : [16]

Stupeur et trouble anxieux

- Isoler le patient dans un milieu rassurant.
- Importance de soutien psychothérapique.
- Traitement de l'anxiété associée.

Stupeur catatonique

- LORAZEPAM, qui a habituellement soulagement immédiat dès les premières doses. Par VO: commencer à 2-3mg/jr en 2-3 prises ; augmenter en fonction des besoins en commençant avec la dose du soir, max. 10mg/jr.
- Nécessité d'une sismothérapie après bilan pré-sismothérapie en dehors des contre-indications (cf. Infra).

Stupeur confusionnelle

- Isolement du patient, seul, dans une chambre calme, bien éclairé, sans contention.
- Mesure de sécurité pour le patient.

Stupeur mélancolique

- Prescription d'un neuroleptique avec surveillance.
- Envisager alors le traitement par antidépresseur tricycliques en IV après élimination des contre-indications absolues.
- Nécessité d'une sismothérapie après bilan thérapeutique, et en dehors des contre-indications, Souvent l'amélioration est en 6 à 7 séances, à consolider par 3 à 4 séances.
- La poursuite du traitement est celui d'un état dépressif majeur.

Figure « 5 » : Les mesures spécifiques devant un état stuporeux.

ANNEXE 2 : LA SISMOTHERAPIE ou L'ECLECTROCONVULSOTHERAPIE

Le traitement par électro-convulsivo-thérapie (ECT) consiste en l'administration d'un courant électrique transcrânien de très faible intensité provoquant secondairement une crise tonico-clonique généralisée.

Ce traitement est réalisé sous anesthésie générale de courte durée, associant l'utilisation d'un curare d'élimination rapide, limitant les mouvements (et donc le risque de blessures, luxations, fractures) pendant la crise. Le traitement se déroule sous surveillance clinique et tracé électroencéphalographique.

Les indications de ce traitement sont les suivantes :

➤ **Troubles de l'humeur :**

- Épisode dépressif caractérisé, uni ou bi polaire, en première intention s'il existe un risque vital à court terme (tentatives de suicide/anorexie, déshydratation), ou en cas de résistance médicamenteuse. L'efficacité du traitement par ECT est alors supérieure à 80 %.
- Épisode maniaque, de la même manière s'il existe un risque vital à court terme (tentatives de suicide/ déshydratation), ou en cas de résistance médicamenteuse.

➤ **Troubles psychotiques :**

- Syndrome positif résistant dans la schizophrénie, notamment en association avec certains antipsychotiques,
- Syndrome catatonique : en première intention s'il existe un risque vital à court terme (ex : déshydratation, syndrome neurovégétatif) ou en cas de résistance aux benzodiazépines.

La seule **contre-indication absolue** à un traitement par ECT est l'**hypertension intracrânienne**. Les autres contre-indications, relatives, sont celles dues à la forte activation du système sympathique lors de la stimulation électrique, et à celles dues à l'anesthésie générale.

Aucun bilan paraclinique pré thérapeutique aux ECT n'est obligatoire. Le bilan clinique et paraclinique pour éliminer un diagnostic différentiel est cependant indispensable et une **imagerie cérébrale** (TDM cérébral ou IRM cérébrale) souvent justifiée **pour s'assurer de l'absence d'hypertension intracrânienne**.

Au niveau pré-thérapeutique, le bilan paraclinique sera déterminé par le psychiatre et l'anesthésiste en fonction du contexte clinique et des comorbidités. Une consultation pré-anesthésie est obligatoire. Le bilan biologique minimal systématique pré-anesthésie sera réalisé en fonction des recommandations anesthésiques.

Les effets secondaires au décours de la crise peuvent être des céphalées, des nausées. À moyen terme, des altérations cognitives, essentiellement mnésiques antérogrades peuvent être retrouvées, mais disparaissent dans les deux mois suivants le dernier soin par ECT. Des altérations mnésiques rétrogrades peuvent être retrouvées, même des années plus tard, concernant la période entourant le soin par ECT. [5]

Chapitre 6 :

L'Accès Maniaque

I. Introduction :

On appelle classiquement « manie », un « état d'excitation psychique caractérisé par l'exaltation de l'humeur et du ton affectif, l'agitation motrice et une extrême volatilité de la vie psychique. Cet état s'accompagne de symptômes physiques qui témoignent du désordre des fonctions organiques et neurovégétatives et qui peuvent être considérés comme l'expression somatique de l'expression maniaque ».

L'accès maniaque dans sa forme typique est l'image en miroir de la mélancolie. L'exaltation remplace la dépression de l'humeur, l'excitation et l'hyperactivité psychomotrice remplace le ralentissement, la fuite des idées remplace le ralentissement psychique.

Malgré des caractéristiques cliniques différentes l'insomnie se retrouve dans les deux tableaux ainsi que l'hypermotricité affective et la labilité émotionnelle. [19]

Il est nécessaire de comprendre que le prototype du syndrome maniaque est l'accès maniaque survenant dans le cours de la maladie maniaco-dépressive (MMD).

Sur le plan sémiologique, l'épisode maniaque associe une tétrade symptomatique :

- **Un trouble de l'humeur** (euphorie, variabilité de l'humeur, hyperesthésie affective) ;
- **Une accélération psychique et motrice** ;
- **Une insomnie et un trouble de contenus de pensée** (vision positive de soi, du monde, de l'avenir).

II. Sémiologie de « l'accès manique » :

1. Mode de début :

L'accès maniaque peut être spontané ou survenir en cours de traitement antidépresseur (**virage maniaque**). Il peut également faire suite à un épisode dépressif.

Le début est **brutal** avec ou sans prodrome ou **progressif** en quelques jours. Il existe une insomnie initiale sans fatigue. Le sujet se sent euphorique avec une impression de facilité intellectuelle. Il a besoin de parler et d'agir (*décision de tout ranger, tout nettoyer, tout repeindre*). Il se lance dans des projets « optimistes » et fait des achats excessifs++.

En peu de temps, l'agitation et l'excitation augmentent et peuvent être à l'origine de véritables incidents : tapage nocturne, scandale sur la voie publique, outrage à la pudeur.

Souvent les mêmes symptômes inaugurent chaque accès maniaque chez un patient. Il s'agit de « **signaux symptômes** », dont la reconnaissance précoce par le patient ou son entourage doit amener à consulter. Par ailleurs le signal- symptôme le plus fréquent est l'insomnie ou les réveils nocturnes itératifs.

2. Période d'état :

2.1. Présentation :

Le sujet apparaît débraillé ou avec des tenues extravagantes qui tranchent avec son état antérieur. La physionomie est **hypermimique** avec des clins d'oeil. Il ne tient pas en place. Il parle à voix forte et son discours est logorrhéique.

2.2. Contact :

Le contact est facile et familier. Le maniaque est hypersyntone à l'ambiance.

Le sujet parle à voix haute, très à l'aise, il plaisante, se moque avec parfois des remarques très caustiques. Ses remarques peuvent être d'autant plus désagréables qu'elles tombent justes. Le ton peut aussi monter et le sujet peut devenir franchement agressif.

2.3. Exaltation de l'humeur +++ :

Il existe une euphorie expansive. Le bonheur est présent partout autour de lui et en lui (hyperhédonie). Il a l'impression que ses sens sont décuplés. Il perçoit de façon plus intense les sons, les parfums, qui sont source de plaisir.

Le patient ressent un optimisme sans limite. Il peut entreprendre des projets grandioses et se croit capable de tout réussir (idées de grandeur et de toutes puissances).

2.4. Versatilité de l'humeur :

Contrairement à l'humeur du mélancolique qui est stable, l'humeur du maniaque est labile. Il peut s'irriter pour le moindre incident, passer d'un instant à l'autre du rire aux larmes, d'une grande générosité à une agressivité extrême.

2.5. Débordement instinctuel :

Il existe un relâchement des censures morales et sociales. Cela a pour conséquence une recherche intense de source de plaisir, avec notamment une libido exacerbée, avec le risque de conduite sexuelle à risque, et de conduite d'exhibitionnisme.

Le sujet apparaît grossier, ordurier, ce qui tranche avec son comportement habituel.

2.6. Trouble de l'idéation et altération cognitive :

L'attention est superficielle. Le maniaque ne peut se concentrer sur une idée précise. Il est **hypervigilant** aux sons, aux bruits et à la lumière.

La pensée est accélérée (**tachypsychie**). Les idées se bousculent, les associations entre les idées sont superficielles. Le patient est logorrhéique, son langage est fait de rimes, d'assonance, de jeux de mots, de proverbes et de poèmes. Il passe d'une idée à l'autre « *passer du coq à l'âne* » au gré de sa fantaisie ou des sollicitations extérieures. Le discours est parfois à la limite de la cohérence. La richesse de la pensée n'est que superficielle. Il s'agit d'une pensée où domine le désordre et l'improductivité.

L'imagination est sans borne et source d'une fabulation pseudo délirante, où prédominent des thèmes mégalomaniques de grandeur, de filiation, mystiques.

Dans certains cas, l'accès maniaque est franchement délirant (manie délirante), de mécanisme intuitif, interprétatif mais aussi hallucinatoire (thème mystique, de persécution). L'adhésion au délire est en général partielle.

2.7. Excitation motrice :

L'agitation motrice témoigne de l'excitation psychique. Le sujet ne tient pas en place, multiplie les tâches à exécuter (écriture, rangement, déménagement...).

Cette hyperactivité est présente la journée aussi bien que la nuit. Il peut avoir un comportement ludique. Il se déguise, joue des scènes, chante, danse, applaudit.

2.8. Troubles somatiques :

L'**insomnie** est constante, parfois totale, sans fatigue. La faim et la soif sont décuplées. L'amaigrissement est habituel en dépit de l'hyperphagie. Une consommation d'eau ou d'alcool excessive (dipsomanie) et de tabac peut être notée. L'hypersudation, l'hypersialorrhée, la tachycardie, la tension artérielle légèrement abaissée, une légère fébricule, l'aménorrhée chez la femme sont souvent présents.

[11]

III. Diagnostic Positif :

Le **DSM V**, décrit l'accès maniaque sous deux formes de sévérité croissante :

⇒ *L'épisode hypomaniaque*, essentiellement caractérisée par une exaltation et une excitation, mais n'entravant pas ou peu le fonctionnement social et professionnel. L'hypomaniaque peut même être « hyperproductif ».

⇒ *L'épisode maniaque*, forme complète du syndrome maniaque, caractérisée par l'altération profonde du fonctionnement social et professionnel. Le maniaque est, par définition, « improductif ».

Ces deux formes sont de début brutal, sans prodrome, en rupture totale avec l'état antérieur ++.

1. Episode Hypomaniaque : critères diagnostiques DSM V :

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité ou du niveau d'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins 4 jours consécutifs.

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
2. Réduction du besoin de sommeil (p. ex. le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).

3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.
4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
5. Distractibilité (p. ex. l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportée ou observée.
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

C. L'épisode s'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.

D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement.

E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque.

F. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement).

2. Episode Maniaque : critères diagnostique DSM V :

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).

B. Identique au critère B de l'épisode hypomaniaque.

C. La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou des activités sociales, ou pour nécessiter une hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

D. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou à une autre affection médicale.

N.B. : Un épisode maniaque complet qui apparaît au cours d'un traitement antidépresseur (p. ex. médicament, psychothérapie) mais qui persiste et remplit les critères complets d'un épisode au-delà du simple effet physiologique de ce traitement doit être considéré comme un épisode maniaque et conduire, par conséquent, à un diagnostic de trouble bipolaire I. [6]

IV. Les causes d'un épisode manique :

Il faut d'abord distinguer :

- Les manies « *primitives* », s'inscrivant dans un trouble bipolaire de l'humeur ;
- Les manies « *secondaires* » à une origine organique, ou induites par une substance (manies iatrogènes).

1. Pathologies organiques :

Pouvant induire un syndrome maniaque ou pseudo-maniaque :

- **Neurologiques :**
 - Syndrome frontal (tumeurs cérébrales, démences) ;
 - Epilepsies partielles.
- **Troubles hydroélectrolytiques**, notamment l'hypercalcémie, l'hyponatrémie...
- **Causes endocriniennes et métaboliques :**
 - Hypoglycémie ;
 - Hyperparathyroïdie ;
 - Hyperthyroïdie ;
 - Hypercorticismes ++.
- **Autres causes :** infectieuses (toxoplasmose cérébrale, syphilis tertiaire...) ou inflammatoires.

2. Causes Toxiques = Manies iatrogènes :

- Stupéfiants psychostimulants : cocaïne, amphétamines, cannabis ...
- Médicaments :
 - ✓Corticostéroïdes +++ ;
 - ✓L-Dopa ;
 - ✓Thyroxine ;
 - ✓Certains AINS ;

✓Isoniazide ;

✓Antipaludéens de synthèse.

NB : les antidépresseurs, peuvent induire un virage maniaque. [8]

V. Diagnostic Différentiel :

Le syndrome maniaque typique admet peu de diagnostics différentiels. Selon les circonstances, on pourra cependant évoquer :

- **Une confusion** : il existe alors une désorientation temporo-spatiale ;
- **Un épisode psychotique aigu** : délire au premier plan, avec mécanismes hallucinatoires ;
- **Une ivresse, ou une prise de toxiques psychostimulants** ;
- Une manifestation **hystérique**, volontiers théâtrale ;
- Une pathologie **organique** (voir étiologies d'un accès maniaque d'une manie secondaire), pour laquelle on s'aidera d'un examen clinique rigoureux ainsi que d'un bilan systématique. [8]

VI. Formes cliniques :

Elles ne posent pas de problèmes diagnostiques, mais comportent des spécificités évolutives et/ou thérapeutiques.

1. Manie suraiguë (fureur maniaque) :

Il s'agit d'une exaltation thymique dangereuse. La manie devient furieuse. Elle est faite d'agitation, de violence, de brutalité et de crises clastiques. Le sujet exprime des revendications de droits et affirme sa supériorité. Il s'agit d'une forme grave.

2. Accès hypomaniaque :

Il s'agit d'une forme mineure de l'accès maniaque. Il est plus fréquent que l'accès maniaque typique.

Le diagnostic est aisé lorsque le sujet est connu et traité pour des épisodes maniaques antérieurs. Il peut être posé facilement également si le sujet a déjà présenté des épisodes dépressifs dans le passé, en particulier lorsqu'il survient au cours d'un épisode dépressif traité par antidépresseur (*virage de l'humeur*).

L'accès hypomaniaque peut passer inaperçu lorsqu'il s'agit d'une première manifestation pathologique. Il est cependant en rupture avec le comportement habituel du sujet.

Il existe une hyperthymie euphorique. Une excitation intellectuelle est présente. Le sujet est imaginatif, créatif, sa mémoire est vive. Il fait preuve d'une hyperactivité mal contrôlée. Il entreprend des changements dans le domaine professionnel, social et affectif (mariage, divorce). Il présente des troubles du caractère. Il devient irritable, impatient, vindicatif (dénonciations, pétitions, procès).

L'insomnie est également présente et peut constituer une aide précieuse au diagnostic.

3. Manie délirante :

Les idées délirantes sont présentes après l'apparition du trouble thymique. La thématique mégalomaniaque est la plus fréquente. Les mécanismes sont imaginatifs, interprétatifs et plus rarement hallucinatoires, l'adhésion au délire est totale, les idées délirantes sont congruentes à l'humeur.

4. États mixtes :

Il s'agit d'accès où se mêlent des symptômes dépressifs et maniaques.

L'humeur est labile, le patient oscillant entre l'extase et le désespoir. Il annonce le sourire aux lèvres les pires catastrophes dont il se croit responsable, l'excitation intellectuelle semble douloureuse. [11]

VII. Evolution – Pronostic :

1. Evolution spontanée – complications :

En l'absence de traitement, l'épisode maniaque est spontanément résolutif en 4 à 8 semaines.

Les complications sont nombreuses, et en font toute la gravité :

- Risque de désinsertion socioprofessionnelle.
- Conduites à risque :
 - Rapports sexuels non protégés ;
 - Errances, vagabondage ;
 - Dilapidation du capital financier en cas d'achats pathologiques ;
 - Comportement hétéro-agressifs ;
 - Développement d'addictions.
- Dans les formes les plus agitées : épuisement, dénutrition, déshydratation.

Le syndrome hypomaniaque est moins à risque de complications, si ce n'est l'évolution vers un syndrome maniaque franc.

2. Evolution sous traitement :

Sous pharmacothérapie adaptée, la durée de l'épisode peut être réduite à quelques semaines voire quelques jours.

L'évolution sous traitement peut cependant présenter les complications suivantes :

- Résistance à la pharmacothérapie ;
- Evolution vers un syndrome dépressif ;
- Récidive. [8]

VIII. Prise en charge thérapeutique :

Il s'agit d'une **urgence psychiatrique et thérapeutique** nécessitant une hospitalisation en psychiatrie, avec hospitalisation sous contrainte, si le patient refuse les soins.

Un examen clinique et des examens paracliniques sont nécessaires, à la recherche d'une organicité et pour évaluer le retentissement somatique de l'épisode. Ces examens complémentaires permettront par la suite une correction des troubles hydro électrolytiques ainsi que les troubles métaboliques.

Un bilan biologique à la recherche d'une cause organique :

- NFS, Glycémie, Recherche de toxiques systématique ;
- Ionogramme, créatinine, bilan hépatique complet, TSH, Calcémie,
- Autres Bilans :
 - B-HCG chez les femmes en âge de procréer, au moindre doute ;
 - Bilan à la recherche d'Infection Sexuellement Transmissible, en cas de comportements sexuels à risque ;
 - Dosage plasmatique de thymorégulateur (Lithium, Carbamazépine...), si le patient est en cours de traitement.

⇒ **Tout premier épisode maniaque doit bénéficier d'une imagerie cérébrale.**

Le traitement curatif de l'épisode maniaque fait appel à un traitement thymorégulateur et à un traitement neuroleptique. Il a pour but initial la disparition du syndrome maniaque.

Il est toujours suivi d'un **traitement de consolidation**.

1. Mesures d'urgences :

Hospitalisation en cas d'épisode maniaque, le plus souvent sous contrainte.

En cas d'agitation importante, sédation par benzodiazépine ou neuroleptique sédatif, per os ou IM.

2. Traitement curatif :

Deux classes médicamenteuses sont prescrites pour le traitement de l'épisode maniaque : *les thymorégulateurs* et certains *neuroleptiques*.

⇒ Les molécules utilisées en cas d'accès manique :

a. Lithium :

⇒ Pour une lithiémie entre **0,8 et 1,2 mmol/L**

⇒ Un bilan pré-lithium doit être effectué de principe (cf. infra)

b. Carbamazépine ;

c. Divalproate de sodium ;

d. Acide valproïque ;

e. Neuroleptiques :

- Olanzapine ;
- Risperidone ;
- Loxapine.

➤ Les traitements neuroleptiques possèdent une action sédation immédiate et une action antimaniaque rapide (quelques jours), et présentent en outre l'intérêt d'être disponibles en formes buvables ou injectables. Ils seront préférés dans les formes agitées et/ou délirantes.

➤ Les traitements thymorégulateurs ont une action plus lente (une semaine), mais plus globale sur le syndrome maniaque. Ils seront préférés dans les formes modérées.

⇒ Exemple de traitement d'un épisode maniaque non compliqué :

- Carbonate de lithium 250 mg : 2 à 3 comprimés
- Lithiémie au 4^{ème} jour
- Adaptation de posologie à la lithiémie
- Traitement sédatif complémentaire par Diazépam 30 mg/j, si l'excitation thymique est majeure.

⇒ Exemple de traitement d'un épisode maniaque agité et/ou délirant:

- Lévomépromazine : 25 à 200 mg/jr
- Loxapine : 100 mg x 3 par jour

⇒ Souvent, on peut être amené à associer d'emblée :

- Un neuroleptique (pour son efficacité immédiate), qui sera rapidement diminué puis arrêté à l'amendement des symptômes ;
- Un thymorégulateur, qui sera poursuivi comme traitement de consolidation et ultérieurement comme traitement prophylactique.

3. L'Electroconvulsothérapie :

Encore appelé la « sismothérapie », n'est indiquée d'emblée que dans les rares cas de fureur maniaque, ou de contre-indications absolues aux traitements. En cas de résistance au traitement, elle peut être une alternative intéressante en seconde intention pour tout épisode maniaque.

4. Traitement de consolidation :

Le traitement de consolidation repose sur le maintien du traitement minimum 3 à 4 mois après résolution de l'épisode, ainsi que l'éducation du patient quant au bénéfice attendu d'un traitement prophylactique prolongé.

IX. Surveillance :

1. **De l'efficacité :** le premier signe d'amélioration est la normalisation du sommeil. Les symptômes doivent s'amender rapidement en une à deux semaines.
2. **De la tolérance :** TA, FC, T°...
3. **En cas de traitement par thymorégulateur :** dosages plasmatiques réguliers, et adaptation de la posologie jusqu'à l'obtention d'un taux plasmatique thérapeutique stable.
4. **Surveiller le risque de virage dépressif. [8]**

ANNEXE 3 : Bilan pré-lithium

Un bilan pré-lithium doit être effectué de principe, comportant :

➤ Cliniquement :

- Poids, taille, périmètre abdominal, tension artérielle.
- **ECG** : à réaliser en cas d'ATCDs ou de facteur de risque cardiovasculaire. Un avis spécialisé est à demander en cas de troubles du rythme paroxystiques ou chroniques et le lithium est à éviter en cas d'altération de la fonction ventriculaire.
- **EEG** : car il existe un risque de perturbation en cas d'atteinte du seuil épileptique ou d'antécédents comitiaux.
- Une contraception efficace pour les femmes en âge de procréer, si non dosage β -HCG.

➤ Biologiquement :

- Clairance de la créatinine, créatininémie, urée, recherche d'une protéinurie, calcémie.
- Ionogramme, NFS, bilan lipidique, glycémie à jeun (en cas de prise de poids, un autre contrôle devra être effectué en cours de traitement).
- Bilan thyroïdien (si hypothyroïdie à corriger avant le début du traitement).

Chapitre 7 : **L'Accès Mélancolique**

I. Introduction :

L'accès mélancolique est un épisode dépressif majeur sévère, dont l'ensemble des symptômes sont exacerbés. Présentant ainsi un risque suicidaire majeur+++

On parle d'accès mélancolique devant toute dépression caractérisée par :

- L'intensité de l'humeur dépressive avec culpabilité, auto-dévalorisations, auto-accusation ;
- L'anhédonie, l'anesthésie affective qui peut altérer avec des moments d'instabilité affective, d'hypersensibilité émotionnelle douloureuse ;
- L'importance du risque de suicide, au cours des différentes phases de l'accès mélancolique ;
- L'importance du ralentissement psychomoteur ou de l'agitation anxieuse ;
- **La douleur morale** est omniprésente durant toute la journée, elle culmine le soir et le matin au réveil ;
- L'importance de l'inappétence, de l'amaigrissement et du syndrome somatique.

Dans certains cas on observe un syndrome de dépersonnalisation à caractère dépressif : « le monde est lointain, je ne sens pas mon corps, mon visage a changé, je ne dirige plus rien ». En somme, on observe une désamination et déréalisation.

La dépression mélancolique évolue dans 40% des cas (en l'absence de traitement) vers la dépression délirante. [19]

L'accès mélancolique rentre parfois dans le cadre de La maladie maniaco-dépressive, qui est définie par la succession d'accès dépressifs et/ou d'accès maniaques, avec entre les accès des intervalles libres de tout symptôme clinique thymique.

II. Symptomatologie de l'accès mélancolique :

1. Mode de début :

L'accès apparaît en quelques heures, quelques jours ou quelques semaines. Il peut succéder à un événement négatif (deuil, séparation, ennui financier, mise à la retraite) ou un événement positif (mariage, naissance, promotion).

Il peut faire suite à un accès maniaque (virage de l'humeur). Il peut également succéder à une maladie somatique ou à une prescription médicamenteuse.

2. Période d'état :

2.1. Présentation :

Le visage apparaît vieilli avec une pauvreté de la mimique, les plis du front dessinent à la racine du nez « l'oméga mélancolique ». Le sujet peut être prostré avec une activité spontanée pratiquement inexistante, les gestes sont lents voire absents. Le contact est difficile, le sujet a tendance à s'isoler.

Spontanément, il ne parle pas. Quand il est interrogé, les réponses sont courtes et laborieuses ; le ton est monocorde.

Une incurie ou négligence est souvent observée, pouvant trancher de façon très nette avec les habitudes du sujet.

2.2. Trouble de l'humeur :

Le sujet est envahi par une tristesse profonde indépendante des événements extérieurs. Il se sent enfermé dans son malheur, en proie à une intense douleur morale. Il ne ressent plus aucun affect vis-à-vis de ses proches (**anesthésie affective**).

Il a perdu le goût de la vie et est incapable d'éprouver le moindre plaisir (anhédonie), notamment dans les activités ou les situations qu'il jugeait agréables par le passé.

Il se sent diminué (sentiment de dévalorisation et d'autodépréciation), incapable de décider ou d'agir. Les sollicitations de son entourage ne font qu'aggraver ces symptômes. Souvent, il se sent responsable de son état et s'accuse d'être sans volonté et de faire souffrir son entourage (**sentiment de culpabilité accru**). Il peut également s'accuser de fautes ou d'erreurs dont il amplifie de façon démesurée les conséquences.

L'humeur dépressive peut varier au cours de la journée, avec classiquement aggravation matinale et amélioration en fin d'après-midi.

2.3. Ralentissement psychomoteur :

Il existe une inhibition intellectuelle. Le sujet ne peut plus réfléchir, il présente des troubles de l'attention et de la concentration.

Il ne peut plus suivre une conversation ou se concentrer sur une lecture ou une émission télévisée. L'idéation est lente (**bradypsychie**) et appauvrie (**mono-idéisme**). Le patient est entièrement pris par ses ruminations dépressives. Une inhibition de la volonté est présente, qui peut confiner à l'aboulie complète.

Enfin, on note également une inhibition motrice. Le sujet est dans l'incapacité de se mouvoir, la marche est lente, les mouvements des membres, du tronc ou de la mimique sont rares. Il existe un retentissement sur tous les gestes de la vie quotidienne. Ainsi, le sujet peut ne plus pouvoir faire sa toilette (incurie), s'habiller, se faire à manger.

2.4. Désir de mort :

Les idées suicidaires sont présentes. Elles apparaissent pour le sujet comme la seule solution pour mettre fin à ses souffrances. De plus, il peut penser que « cela vaut mieux pour sa famille » s'il disparaît. Le refus alimentaire peut exprimer ce refus de vivre.

Le risque suicidaire +++ existe tout au long de l'accès mélancolique : depuis le début de l'accès, en début de traitement (levée d'inhibition précédant la disparition de la souffrance morale) ou lors de la convalescence.

Les moyens utilisés pour mettre fin à ses jours témoignent souvent de la détermination du sujet (défenestration, pendaison, arme à feu). Le suicide peut être prémédité, pensé depuis plusieurs semaines, ou brutal au cours d'un raptus anxieux. Parfois le suicide est altruiste et familial, le patient entraînant alors son entourage dans la mort.

2.5. Troubles somatiques :

L'**insomnie** est constante, initiale mais surtout terminale, à type de réveil matinal précoce. Le sujet se réveille au petit matin, angoissé face à cette nouvelle journée qu'il doit affronter. Des troubles de l'appétit sont présents, à type d'anorexie avec amaigrissement.

On observe plus rarement une hyperphagie. Par ailleurs, il existe une baisse de la libido et une aménorrhée. D'autres troubles somatiques peuvent être rapportés : constipation, hypotension, frilosité. [11]

III. Formes cliniques :

On distingue 4 formes cliniques de l'accès mélancolique :

1. Mélancolie délirante :

Le délire est secondaire à la dépression. Les idées délirantes peuvent être congruentes à l'humeur. Il s'agit d'idées d'autoaccusation, de culpabilité, de ruine, d'indignité, d'incurabilité.

Ce délire est centrifuge (le malade est le centre), pauvre, monothématique et vécu dans une grande souffrance morale. Des idées hypochondriaques peuvent être présentes. Le sujet est convaincu d'être atteint d'une maladie grave (cancer, Sida), avec notion d'incurabilité.

Des idées de négation d'organes (« Je n'ai plus de cerveau »), associées à des thèmes de négation du monde, d'immortalité et de damnation constituent le syndrome de Cotard+++ . Des idées de persécution peuvent être présentes, elles sont non congruentes à l'humeur.

➤ Syndrome de COTARD :

C'est une forme particulière de la mélancolie délirante, fréquent chez le sujet âgé où le délire comprend :

- Une négation d'organe (ou plutôt de la fonction d'un organe « mes intestins ne fonctionnent plus ») ;
 - Un thème d'immortalité.
-

2. Mélancolie anxieuse :

Le sujet est agité, aux prises avec des crises d'angoisse très vives. Il a la certitude qu'un danger vital est imminent. On retrouve un tableau mélancolique complet où le ralentissement psychomoteur est absent du fait de l'agitation anxieuse. Le risque de **raptus suicidaire** est majeur++.

3. Mélancolie souriante :

La souffrance thymique pourtant présente est déniée. Le sujet est en retrait et essaye de se faire oublier. C'est une forme de mélancolie que l'on retrouve surtout dans les pays de l'Asie orientale (Japon, Chine). [11]

4. Mélancolie stuporeuse :

L'inhibition psychomotrice est majeure. Le malade ne répond à aucune sollicitation ou invigoration. Il refuse de s'alimenter et veut qu'on l'abandonne à son sort. C'est souvent une indication de la sismothérapie. [11]

IV. Formes étiologiques :

1. Psychose maniaco-dépressive :

La mélancolie représente la phase d'humeur triste et de sentiments dépressifs d'une affection mentale caractérisée par l'alternance d'accès mélancoliques et d'accès maniaques. Ces accès aigus sont séparés par un intervalle au cours duquel le sujet vit normalement, en parfaite relation avec son entourage. La mélancolie peut aussi représenter la seule forme de renouvellement des accès (mélancolie intermittente, ou PMD unipolaire).

Le début de l'affection se situe avant la quarantaine. La période d'état est représentée par un accès de mélancolie franche aiguë. On recherchera pour confirmer le diagnostic : la fréquence des antécédents familiaux (mélancolie et manie), le caractère cyclothymique du patient avec tendance fondamentale à présenter des oscillations de l'humeur.

Le pronostic à long terme est celui de la récurrence, surtout s'il existe une répétition fréquente des accès dès le jeune âge.

2. Mélancolie d'involution :

L'accès mélancolique apparaît à l'âge moyen de la vie (après 50 ans) et surtout chez les femmes. Cette mélancolie est caractérisée par une absence d'antécédents psychiatriques personnels, un fond de personnalité obsessionnelle (méticulosité, recherche de l'ordre, entêtement), des craintes hypocondriaques, des manifestations hystérisantes avec hyperexpressivité et théâtralisme, de l'anxiété et de l'agitation. Le syndrome mélancolique est alors d'installation progressive, plus souvent modéré que sévère.

La mélancolie d'involution survient souvent à la suite de deuils répétés, de difficultés sociales ou professionnelles... [21]

V. Formes symptomatiques :

- États mélancoliques symptomatiques d'affections cérébrales ou générales :

Beaucoup plus rarement un accès mélancolique peut se développer après un trauma crânien, ou au cours de méningo-encéphalites, de tumeurs cérébrales, de troubles endocriniens... Ces états pourront également s'observer dans l'épilepsie, ou au cours d'affections générales comme la tuberculose.

- États mélancoliques compliquant des affections psychiatriques:

On rencontre ces états dans la phase de début des démences séniles ou préséniles, et de certains délires chroniques comme dans la PHC (psychose hallucinatoire chronique). Les dépressions mélancoliques symptomatiques sont généralement transitoires. [21]

VI. Diagnostic différentiel :

- Un accès mélancolique peut marquer comme nous l'avons vu le début d'une **démence**. Cette dépression particulière aura alors tendance à traîner en comportant des symptômes comportementaux spécifiques du tableau clinique du syndrome démentiel.

- On notera ainsi entre autres une atonie affective très particulière, bien différente de la panique aiguë du mélancolique vrai.

- **Les épisodes dépressifs de la schizophrénie.** Se rencontrent parfois en phase prémonitoire de la maladie, parfois au cours de celle-ci.

- **Un état dépressif réactionnel** dépendra d'événements malheureux de l'existence. Les troubles de l'humeur y seront peu prononcés, et on n'observera pas cette douleur morale intense particulière à la mélancolie. De même, le patient n'aura pas trop de difficultés à s'exprimer.
- **Une stupeur confusionnelle** pourra s'observer au cours des infections, par des intoxications, après une crise d'épilepsie et lors des crises conversives.
- **Une stupeur catatonique** dans certaines formes de schizophrénie avec le négativisme, l'opposition active aux tentatives de mobilisation, peut parfois prendre le masque d'un trouble dépressif patent. [21]

VII. Le risque suicidaire au cours de l'accès mélancolique :

Le risque suicidaire est difficile à évaluer, mais schématiquement on peut opposer deux circonstances :

- Celle où il est latent, non exprimé, clairement perçu par l'entourage. C'est la circonstance la plus sérieuse, définissant réellement un "accès mélancolique vrai".
- Celle où il est annoncé bruyamment (suicide chantage) au cours d'un état dépressif réactionnel et non périodique.

Le suicide peut se faire sous différentes formes, de façon bien préparée, cachée, ou par impulsion, lors d'un raptus. Le refus de s'alimenter représente également un moyen de se suicider (équivalent suicidaire).

Le suicide du mélancolique peut aussi être altruiste. Le patient agit alors pour lui et pour les autres, entraînant son entourage dans la mort (risque d'infanticide).

En fait, on comprend dans les conduites suicidaires :

- Les conduites passives par le refus de s'alimenter
- Le suicide systématiquement préparé
- Le raptus de suicide ou impulsion fulgurante à se donner la mort
- Le suicide collectif avec véritable massacre familial.

Les moyens de suicide sont multiples (strangulation, coupures, armes à feu, immolation, empoisonnement... etc.). [21]

VIII. Prise en charge thérapeutique :

1. Hospitalisation :

Devant le risque majeur du suicide ainsi que la sévérité des symptômes présentés le malade, ce sera l'hospitalisation obligatoire pour une prise en charge urgente de l'accès mélancolique.

L'hospitalisation permettra en particulier la réévaluation et la prévention du risque suicidaire, la prévention des complications éventuelles d'un alitement prolongé ou de carences alimentaires. De plus, l'hospitalisation facilitera la prise en charge pharmacologique.

Il ne faut pas oublier d'enlever les objets dangereux lors de l'entrée du patient suicidaire.

2. Traitement pharmacologique :

2.1. Bilan pré-thérapeutique clinique complet et paraclinique :

- Notamment poids, T°, PA, FC, état buccodentaires, IMC, mesure du périmètre abdominal.
- NFS, plaquettes, ionogramme sanguin, glycémie, bilan lipidique (TG, cholestérol), bilan rénal (urée, créatinémie), bilan hépatique (GGT, ASAT, ALAT, PAL), bilan thyroïdien (TSHus), BHCG.
- ECG (QT).

2.2. Traitement antidépresseur :

Chez le patient en accès mélancolique, un traitement antidépresseur doit être instauré.

En 1^{re} intention : plutôt un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) augmenté progressivement à posologie efficace en fonction de la tolérance. Le délai d'action de l'antidépresseur est de plusieurs semaines et doit être donné au patient.

⇒ Clomipramine (*per os ou IV*)

- La cure doit débuter à 25 mg, et augmenter de 25 mg par jour jusqu'à 150 mg.
- Surveillance ECG

⇒ *Ou* Venlafaxine : la dose initiale est de 75mg en une prise prise quotidienne. Les patients ne répondant pas à cette posologie peuvent bénéficier d'une augmentation de la posologie jusqu'à une posologie maximale de 375mg/jr.

L'évaluation de la réponse au traitement nécessite au moins 2 semaines de traitement à dose efficace.

En cas de non-réponse après un premier traitement antidépresseur, plusieurs stratégies thérapeutiques peuvent être envisagées :

- Augmentation de posologie de l'antidépresseur ;
- Changement de traitement antidépresseur (de même classe pharmacologique ou de classe pharmacologique différente) ;
- Combinaison de deux traitements antidépresseurs ;
- Stratégies de potentialisation (sels de lithium, hormones thyroïdiennes, antipsychotiques de seconde génération) ;
- Stratégies non médicamenteuses.

Pour les formes cliniques avec caractéristiques psychotiques, un traitement par antipsychotique peut être associé à l'antidépresseur.

Dans l'attente de l'effet du traitement antidépresseur, en cas d'anxiété importante, un traitement transitoire anxiolytique par benzodiazépine peut être instauré (Par exemple : Diazépam : 20 à 40 mg/jr).

De même, en cas de plainte d'insomnie, un traitement hypnotique pourra être proposé. Du fait des risques de dépendance, la posologie doit être régulièrement réévaluée et la durée de prescription limitée (4 semaines). Les règles d'hygiène du sommeil doivent systématiquement être associées.

Une surveillance régulière clinico-biologique de l'efficacité et de la tolérance du traitement est nécessaire et prendra en compte notamment de l'évaluation du risque suicidaire et le risque de virage maniaque de l'humeur sous antidépresseur.

La mélancolie délirante en particulier répond assez bien aux traitements antidépresseurs mais il faut faire attention au virage de l'humeur avec levée d'inhibition qui peut précipiter le geste suicidaire.

La fin de l'accès mélancolique la « **Queue mélancolique** » représente un risque suicidaire très important. Elle se fait habituellement à l'hôpital en quelques semaines: soit de manière brutale, notamment avec les cures de sismothérapie (il faut alors se méfier des rechutes), soit de manière progressive avec les seuls traitements médicamenteux (le risque suicidaire dure alors plus longtemps).

3. Traitement non pharmacologique :

3.1. L'électroconvulsivothérapie :

L'électroconvulsivothérapie (ECT) peut être utilisée dans les formes les plus sévères d'épisode dépressif caractérisés (formes à caractéristiques mélancoliques, catatoniques ou psychotiques) et/ou en cas de résistance ou de contre-indication au traitement médicamenteux et/ou dans les situations d'urgences vitales (risque suicidaire ou risque de dénutrition/déshydratation). Dans certains cas, des ECT d'entretien sont proposées (généralement 1x/mois) durant plusieurs mois pour prévenir le risque de rechute ou récurrence dépressive.

Voir état stuporeux « ANNEXE : L'électroconvulsivothérapie ».

3.2. Psychothérapies :

La psychothérapie de soutien est toujours indiquée. Les psychothérapies dites structurées peuvent être indiquées en monothérapie pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère et en association au traitement médicamenteux pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité modérés à sévères.

Ainsi, en fonction de la préférence du patient et de l'orientation du médecin, différentes psychothérapies peuvent être envisagées. Les thérapies ayant les niveaux de preuve les plus élevés sont les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies interpersonnelles.

Chapitre 8 :

Le Diagnostic d'un Etat Délirant

I. Définition de l'idée délirante :

Une idée délirante se définit selon le DSM V comme « une croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire. Il ne s'agit pas d'une croyance habituellement partagée par les autres membres du groupe ou du sous-groupe culturel du sujet (par exemple : il ne s'agit pas d'un article de foi religieuse) ».

II. La rencontre :

La rencontre avec le délirant se fait dans **un climat d'angoisse**, amené le plus souvent par l'entourage. La tenue est le plus souvent soignée, plus ou moins excentrique. La mimique est variable (terreur, passion, anxiété, euphorie).

Le sujet est en Proie d'un **trouble de comportement+++** (signe d'appel). Soit il agit son délire soit il est immobile par fascination ou carrément une attitude d'écoute.

Le discours est troublé allant du mutisme jusqu'à discours hallucinatoire.

Le contact est difficile, le patient est accaparé par son délire et communique l'angoisse à son examinateur.

III. Le délire :

1. Mode de début :

- Soit un début brutal ou progressif.

2. Les thèmes :

- ⇒ Soit isolés ou multiples
- ⇒ Soit fixes ou changeant

La nature des thèmes :

- Mégalomaniaque ;
- De persécution (sur le plan moral ou physique) ;
- D'influence : impression d'être sous l'emprise d'une force extérieure ;.
- Passionnels : Jalousie, érotomanie, revendication ;
- Culpabilité, Indignité, Incurabilité, et Ruine ;
- Hypochondrie .

3. Les mécanismes :

Ce sont les processus à partir desquels s'édifient les idées délirantes

- Intuitif : idées qui s'impose au sujet comme évidence.
- Interprétatif : élaboration d'un raisonnement pseudo-logique à partir d'une donnée exacte aboutissant à un jugement faux.
- Hallucinatoire : psychosensorielle ou intrapsychique (automatisme mental).
- Imaginatif : le délirant se sert de l'image pour avoir une idée. Ces idées issues de l'imagination sont perçues comme réels.
- Illusion : c'est une déformation perspective d'un objet réel.

4. L'organisation du délire :

4.1. Délire systématisé :

Construit autour d'un thème prévalant à une certaine cohérence interne, le mécanisme est souvent interprétatif et les réactions affectives et comportementaux sont un rapport avec un le thème délirant.

4.2. Délire non systématisé :

Le délire est flou, incohérent. Les thèmes et les mécanismes sont polymorphes et fluctuants sans lien logique, et où les réactions affectives et comportementaux sont incompréhensibles.

5. L'extension du délire :

- En réseau : s'étend à tous les domaines de la vie.
- En secteur : reste limité à un seul aspect de la vie du sujet.

6. L'adhésion au délire :

- Totale ou ;
- Relative.

7. La réaction au délire :

7.1. Réaction du délirant :

Le sujet peut vivre sans délire ou avoir une attitude passive ou être en contradiction avec les thèmes ou n'avoir aucune réaction.

7.2. Réaction de l'entourage :

- ⤴ Banalisation du délire ;
- ⤴ Parfois l'entourage peut adhérer au délire ;
- ⤴ Ou rejeter le délire.

8. Les signes associés : orientent le bilan étiologique :

- Signes organiques généraux (Altération de l'état général, fièvre, signes neurologiques...) ;
- Syndrome confusionnel ;
- Trouble thymique ;
- Signes de discordance « ABID » (*Ambivalence, Bizarrerie, Impénétrabilité, détachement*).

IV. Formes cliniques :

1. Etat délirant plus ou moins confusion ;
2. Etat délirant plus ou moins agitation ;
3. Délire mélancolique ou maniaque (trouble de l'humeur) ;
4. Délire non systématisé ;
5. Délire non systématisé plus ou moins signes de discordance « ABID ».

V. Diagnostic positif :

Modification radicale des rapports des sujets avec la réalité. Cela apparaît dans la présentation du jet dans son comportement verbal et moteur, ainsi que dans l'analyse du discours qui met en évidence le délire.

VI. Diagnostic différentiel :

1. Les affections organiques donnant des états de confusion onirique :

- Ivresse alcoolique ;
- Pharmacopsychose liée à une prise de toxique ;
- Syndrome de sevrage ;
- Etat démentiel ;
- Affections métaboliques ou endocriniennes ;
- Syndrome infectieux (VIH).

2. Idées non pathologiques :

- Erreur ;
- Pensée magique ;
- Passion transitoire non pathologique (jalousie passagère).

3. Troubles anxieux :

- Trouble obsessionnel compulsif (TOC) ;
- Crise d'angoisse aiguë (CAA) ;
- Etats seconds des troubles dissociatifs de l'hystérie.

VII. Diagnostic étiologique :

Un état délirant peut correspondre à une psychose aiguë, peut inaugurer une psychose chronique, peut constituer un moment fécond d'une psychose chronique.

1. Délires aigus :

- ✦ BDA ;
- ✦ Psychose précoce du post-partum ;
- ✦ Manie ou mélancolie délirante et les états mixtes ;
- ✦ Etats confusionnels avec délire oniroïde d'étiologie psychogène.

2. Les moments féconds d'une psychose chronique :

Le diagnostic d'une psychose chronique est d'emblée établi. La caractéristique spécifique du moment fécond c'est qu'il survient au moment de l'évolution d'une psychose chronique. L'autre caractéristique, c'est qu'il peut s'agir d'une psychose schizophrénique ou non schizophrénique.

L'examen clinique est à la recherche de la systématisation ou non du délire est important ++. Ainsi que l'existence des signes de la dissociation « ABID ».

Un état délirant peut inaugurer une psychose chronique par moments fécond :

➤ Les délires non systématisés :

- ✦ Schizophrénie paranoïde ;
- ✦ Psychose hallucinatoire chronique ;
- ✦ Paraphrénie, dont le mécanisme est imaginatif et les thèmes fantastiques.

➤ Les délires systématisés :

- ▲ Délire d'interprétation de Sérieux et Capgras ;
- ▲ Délire de relation des sensitifs de Kretschmer ;
- ▲ Délire passionnel de DE Clérambault.

➤ Le délire dans le syndrome démentiel (délire de paliers) avec des thèmes pauvres et puériles.

VIII. Evolution :

Dépend du cadre nosographique :

Dans le cadre d'une psychose chronique

- évolution vers un délire chronique.
- sans traitement -> rémission mais risque de récurrence.

Quand il s'agit d'accès maniaque ou mélancolique

- évolution avec récurrence sur un mode unipolaire ou bipolaire.
- le traitement permet d'allonger les périodes de rémission et d'atténuer les accès.

Dans le cadre d'une psychose délirante aiguë

- 1/3 Guérison totale ;
- 1/3 Récidives régulières ;
- 1/3 psychose chronique.

Figure « 6 » : Evolution d'un état délirant.

IX. Complications :

- ⇒ Evolution vers une psychose chronique ;
- ⇒ Trouble des conduites lié à l'adhésion du délire ;
- ⇒ Conduites suicidaires ;
- ⇒ Actes médico-légaux.

X. Pronostic :

Les éléments de bon pronostic relativement sont :

- Délire soudain ;
- L'existence d'un facteur précipitant ;
- Personnalité antérieure bien adapté socialement ;
- Investissement affectif stable ;
- Délire riche est polymorphe ;
- Existence des troubles de l'humeur ;
- Troubles de la conscience qui sont marquée ;
- Sensibilité au traitement ;
- Brièveté de l'accès ;
- Critique complète du délire.

Chapitre 9 :

La Bouffée Délirante

Aigue

I. Introduction :

La bouffée délirante aiguë est un état psychotique d'installation brutale, caractérisé par le polymorphisme des thèmes et des mécanismes délirants, et la brièveté de l'épisode.

C'est une entité nosographique traditionnelle de la psychiatrie française, non reconnue dans la nosologie anglo-saxonne.

La classification de l'OMS (CIM 11) distingue une catégorie « Troubles psychotiques aigus et transitoires » :

- Trouble psychotique aigu polymorphe sans symptôme schizophrénique.
- Trouble psychotique aigu polymorphe avec symptôme schizophrénique.
- Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique.
- Autre trouble psychotique aigu essentiellement délirant.
- Psychose réactionnelle brève.

Le DSM V (nosographie américaine) distingue :

- Trouble schizophréniforme : l'épisode pathologique dure au moins un mois mais moins de six mois.
- Trouble psychotique bref : la perturbation persiste au moins un jour, mais moins d'un mois. [9]
- BLIPS : Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms :

Symptômes Psychotiques Intermittents Brefs : les sujets présentent des **épisodes brefs** avec des symptômes psychotiques de premier rang (idées de

références, pensée magique, perturbations perceptuelles, idéation paranoïde, langage et pensées étranges), la durée n'ayant pas excédé une semaine et s'est accompagné d'une régression spontanée (*sans utilisation d'antipsychotiques*). [18]

II. Le diagnostic d'une Bouffé Délirante Aigue :

Le diagnostic est facile devant un tableau sémiologique associant :

1. Délire d'apparition brusque :

➤ Début :

- Soudain : « *comme un coup de tonnerre dans un ciel serein* » disait Magnan.
- Parfois quelques prodromes les jours ou semaines qui précèdent l'éclosion du délire : *inquiétude imprécise ; bizarreries comportementales ; tristesse ; quelques fois on note une euphorie ; des troubles du sommeil.*

➤ Thèmes polymorphes :

- Grande variabilité, les thèmes se succèdent parfois, se chevauchent, donnant une totale incohérence des propos.
- Oscillations entre l'expérience de toute-puissance dans une ambiance d'élation (optimisme pathologique) et l'expérience angoissante de catastrophe imminente, de persécution, de possession...
- Les thèmes fréquents sont : la mission exaltante, la filiation, la possession, les thèmes mystiques, érotiques, mégalomaniques...

➤ **Mécanismes polymorphes :**

- Associes ou successifs.
- Illusions, intuitions, interprétations, imagination, hallucinations.
- L'automatisme mental est fréquent+++.

➤ **Absence d'organisation du délire** : délire paranoïde non systématisé.

➤ **Adhésion totale au délire** : absence de critique.

➤ **Réaction :**

- Fascination devant la nouveauté et l'étrangeté du délire.
- Participation affective constante et fluctuante.
- Vécu dans contexte d'exaltation émotionnelle.
- Troubles du comportement en rapport avec les fluctuations thymiques et délirantes avec apparitions de :
 - Excitation motrice ou stupeur catatonique ;
 - Agitation anxieuse ;
 - Logorrhée ou mutisme ;
 - Conduites pathologiques : fugues, voyages pathologiques, bagarres, autres actes médico-légaux.

➤ **Evolution par « vagues délirantes »** : fluctuation d'intensité du délire. Possible état oniroïde.

2. Symptômes associés :

- Trouble de la perception de soi-même : dépersonnalisation constante.
- Troubles thymiques : dysphorie, dépression, exaltation.
- Modification de la perception de la réalité extérieure.

- La conscience et la vigilance sont perturbées légèrement donnant lieu à :
 - ✦ Une « **grisaille confusionnelle** » ;
 - ✦ Un « **atmosphère hypnoïde** » qui est le moment entre le sommeil et le réveil ;
 - ✦ Un trouble de la vigilance ;
 - ✦ Une orientation approximative ;
 - ✦ Communication perturbée (parfois n'arrive pas à parler) ;
 - ✦ Fluctuations +++.
- Par ailleurs on note une absence de désorientation temporo-spatiale.
- Signes physiques :
 - Insomnie quasi-constante.
 - Fébricule, déshydratation.
 - Anorexie, constipation. [9]

III. Fin de la BDA :

- Tous les signes sont fluctuants dans le temps et dans leur intensité. La durée est variable de quelques heures à quelques semaines.
- La fin de l'accès délirant est quelques fois brusque, il se produit par une phase de réveil.
- Le malade commence à critiquer son délire et les idées délirantes s'écroulent.

IV. Examens complémentaires :

Certains examens complémentaires peuvent être indispensables :

- Glycémie ;
- Alcoolémie et recherche de toxiques ;
- Ionogramme, Calcémie ;
- Imagerie cérébrale en urgence ++ ;
- Selon les circonstances :
 - ⇒ Bilan infectieux (dont ponction lombaire) en cas de fièvre ;
 - ⇒ EEG en cas de suspicion d'épilepsie ;
 - ⇒ Dosage sanguins complémentaires : Vitamine B12, TSH... [8]

V. Formes cliniques des bouffées délirantes aiguës :

❖ Selon le mécanisme prévalent :

- Psychose imaginative aiguë ;
- Psychose hallucinatoire aiguë ;
- Délire d'interprétation ou « paranoïa aiguë ».

❖ Selon l'intensité du trouble thymique :

Certaines formes sont marquées par l'intensité du trouble thymique, à l'origine d'un tableau de manie ou mélancolie délirante.

❖ Parfois formes avec prédominance du syndrome de dépersonnalisation.

❖ Selon les facteurs déclenchants :

- La consommation des toxiques ;
- La puerpéralité, la ménopause ;

- Après un choc émotionnel grave ;
- Après une situation de frustration (incarcération, transplantation...).

VI. Les diagnostics différentiels :

- **Psychose aiguë d'origine organique :**
 - ⇒ Concomitante à une pathologie infectieuse au traumatique (état confusionnel post-traumatique) ;
 - ⇒ Paroxysme Epileptique ;
 - ⇒ Psychoses toxiques ; amphétamines, LSD... ;
 - ⇒ Ivresse pathologique ;
 - ⇒ Infection VIH (encéphalite subaiguë++).
- **Mode d'entrée dans la schizophrénie.**
- **Forme de manie délirante dans le cadre de la psychose maniaco-dépressive (PMD).**
- **Troubles pseudo-psychotiques :** états délirants aigus oniroïdes vécus dans un état de conscience crépusculaire et états seconds. [9]

VII. Modalités évolutives :

1. Episode régressif et unique :

- 10 % à 50 % des cas « sans conséquence sinon sans lendemain ».
- Guérison obtenue en quelques jours ou quelques semaines.
- Guérison brutale ou progressive.
- Fluctuation dépressive de l'humeur.
- Durée moyenne d'hospitalisation de 15 jours à 2 mois.

2. Possibilité de récurrences : évolution à éclipses (30 à 50 % des cas) :

- Répétition d'épisodes aigus sur un mode intermittent.
 - Evolution sur le même mode, ou plus souvent avec une participation dysthymique de plus en plus importante.
- ⇒ Soit récurrences d'accès du même type, avec restitution totale « ad integrum » ;
- ⇒ Soit survenue ultérieure d'épisodes plus nettement thymiques -> maladie maniaco-dépressive.

3. Chronicisation (25 % des cas) :

- De façon cyclique en épisodes dysthymiques.
- De façon permanente :
 - ⇒ Mode d'entrée dans la schizophrénie ;
 - ⇒ Constitution d'un délire chronique : PHC, paranoïa. [9]

VIII. Pronostic :

Bon pronostic	Mauvais pronostic
Début brutal : existence de facteurs précipitants (facteur déclenchant précis : environnement ou psychologique).	Début subaigu précédé de manifestations insidieuses.
Absence de personnalité pré morbide schizoïde.	Personnalité pré morbide schizoïde.
- Brièveté de l'accès. - Participation dysthymique. - Polymorphisme des thèmes et des mécanismes.	Symptomatologie schizophréniques dominante : - Délire moins riche, plus paranoïde. - Syndrome dissociatif important. - Absence de trouble de l'humeur. - Thèmes de persécution, hypocondriaque. - Angoisse de morcellement.
Sensibilité au traitement.	Résolution incomplète ; sédation de l'angoisse et persistance du délire.
Critique du délire.	Critique imparfaite du délire.
Hérédité maniaco-dépressive.	

Tableau « 7 » : les facteurs de bon et mauvais pronostic d'une bouffé délirante aigue. [9]

IX. Traitement de la BDA :

1. Principes thérapeutiques :

La Bouffée délirante aiguë est une urgence psychiatrique qui impose l'hospitalisation, la sémiologie délirante avec les troubles de comportement peuvent rendre le patient dangereux pour lui-même et pour autrui. En cas de refus d'hospitalisation, on envisage l'hospitalisation à la demande d'un tiers.

Il faut réaliser le plus tôt possible un bilan somatique clinique et biologique :

- Ne jamais oublier la recherche anamnétique auprès de l'entourage d'une prise de toxiques : LSD, amphétamines...
- La recherche d'une cause organique doit être réalisée devant toute BDA atypique dès que l'état du malade le permettra : le scanner cérébral entre dans le bilan étiologique.

Le principe de la pharmacothérapie de la BDA repose classiquement sur l'association d'un neuroleptique incisif et d'un neuroleptique sédatif :

- ⇒ Ce traitement vise à réduire le délire et les troubles thymiques.
- ⇒ L'intensité de l'angoisse motive la prescription d'un neuroleptique sédatif.

2. La relation avec la personne délirante = relation personnalisée :

- Nommer l'angoisse, la souffrance ;
- Ne pas apporter de contradiction, de critique ;
- Etablir les conditions d'une alliance thérapeutique : premières heures déterminantes +++ ;
- Information non pas sur la nature des troubles mais sur la nécessité des soins +++.

3. Traitement d'attaque :

- Instauration sans délai, et par voie IM si le malade refuse la voie orale ++
- Après quelques jours, un relais per os sous forme de soluté buvable sera envisagé en cas de prise par voie général initialement, sinon en cas de consentement du patient pour une prise per os initial du traitement d'attaque, on prescrit un traitement d'entretien.
- La prise de gouttes est plus facilement contrôlable avant l'obtention d'une bonne collaboration d'un malade souvent opposant.
- Les posologies sont d'emblée importantes.
- Les neuroleptiques incisifs ou polyvalents les plus souvent utilisées dans cette indication :
 - Halopéridol (15 à 60 mg) ;
 - Loxapine (400 à 600 mg) ;
 - Fluphénazine (150 à 400 mg) ;
 - Trifluopérazine (100 à 600 mg) ;
 - Pipotiazine (10 à 20 mg).
- Les neuroleptiques sédatifs utilisés :
 - Lévomépromazine (200 à 400 mg) ;
 - Loxapine (400 à 600 mg) ;
 - Cyamépromazine (300 à 600 mg) ;
 - Chlorpromazine (200 à 500 mg).
- Les neuroleptiques à action semi-prolongée : Zuclopenthixol.

Prescription types :

- Halopiridol, amp. 5mg: 2 amp. IM, 3 fois par jour (30mg/jr) ou ;
- Loxapine, amp. 50mg: 4 amp. IM, 3 fois par jour (600mg/jr).

Parfois dans les cas les plus agités association de deux neuroleptiques :

- Halopiridol + Levomepromazine ou ;
 - Halopiridol + Chlorpromazine.
-

4. Traitement d'entretien :

- La poursuite du traitement médicamenteux, se fait « après une semaine » par la mise en route d'un traitement d'entretien ; à base de neuroleptique per os sous forme de comprimés ou solutés buvables.
- En fonction de la symptomatologie psychiatrique, on commencera la baisse très progressive des posologies des neuroleptiques.
- La durée moyenne du traitement neuroleptique : 2 à 3 mois.
- La durée d'hospitalisation varie de 15 jours à 2 mois.
- Dans 50 % des cas la bouffée délirante sera un accident isolé. Il importe cependant de poursuivre un traitement pharmacothérapie à la posologie minimale efficace pendant quelques mois ; ce traitement sera suivi en consultations régulières, peu à peu espacées et fera progressivement transition avec un traitement psychothérapique s'il a été indiqué (en fonction des troubles antérieurs de la personnalité, de la compréhension et d'acceptation du patient, etc.).
- Dans 25 % des cas environ, la BDA est la répétition d'un accès antérieur. Il s'agit soit de BDA intermittente pouvant inaugurer une psychose maniacodépressive, soit

de révolution d'une schizophrénie dysthymique posant la question de l'opportunité d'un traitement préventif par les sels de lithium.

5. Traitements associés :

- Selon les effets indésirables du traitement neuroleptique, on prescrira :
 - Un anticholinergique en cas de syndrome extra-pyramidal (dyskinésies aiguës, syndrome akinétohypertonique) : par exemple Trihexyphénydil.
 - Un sialogogue en cas de sécheresse buccal secondaire à la prise de neuroleptique sédatif comme Lévomépromazine,
 - Un correcteur de l'hypotension orthostatique.
- Un syndrome dépressif peut apparaître de façon concomitante à la disparition du délire et son interprétation est très discutée. La prescription d'un traitement antidépresseur doit être suivie d'une surveillance attentive : ce traitement peut relancer l'activité délirante, ou précipiter un épisode maniaque.
- L'association à un antidépresseur type miansérine 30mg 1 cp/j le soir a prouvé son efficacité ou la sértraline à raison de 50 mg par jour.

X. Prévention :

- L'évolution vers la chronicité d'un seul tenant ou après plusieurs rechutes pose la question de révolution vers une psychose chronique, schizophrénie ou délire chronique et de leurs préventions ou de leurs traitements précoces.
- L'instauration d'un suivi régulier et d'une prise en charge spécialisée en coopération avec le médecin traitant, de famille ou généraliste de proximité s'avère être un outil qui agit efficacement sur la prévention de ces bouffées délirantes aiguës.

Chapitre 10 :

La Psychose Puerpérale

I. Généralités :

La grossesse, et l'arrivée d'un enfant, est une étape essentielle dans la vie d'une femme et entraîne de profonds changements tant physiologiques que psychosociaux, qui sont à considérer comme un facteur de stress majeur. La période périnatale est une période de vulnérabilité particulière pour les troubles psychiatriques.

La période du post-partum s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couches, c'est-à-dire les premières règles après la grossesse. C'est une période de nouveaux bouleversements à la fois psychiques et familiaux (période clef pour la mise en place de la relation mère-enfant, de la découverte du nouveau-né, de mutations familiales), mais aussi physique avec la perte brutale des repères physiologiques et anatomiques liés à la grossesse. Le post-partum est donc une période à risque de difficultés, parfois de complications, liées aux bouleversements de tous les repères d'une femme en particulier lorsqu'il s'agit d'un premier enfant, et qui mérite pour ces raisons un suivi et une attention particulière. [22]

Le risque de décompensation chez les femmes qui présentent des antécédents psychiatriques est 25 fois plus important durant le premier mois après l'accouchement. [11]

La Psychose Puerpérale (PP) est un épisode psychotique bref du post-partum, qui débute le plus souvent de façon brutale, dans les 4 premières semaines après l'accouchement, avec un pic de fréquence au 10^{ème} jour. Elle concerne 1 à 2 naissances sur 1000. [5]

Il peut s'agir d'une décompensation d'un trouble psychiatrique préexistant à la grossesse ou d'un épisode inaugural qui pourra ou non signer l'entrée dans un trouble psychiatrique chronique.

La pathogénie est *plurifactorielle* :

- Modifications hormonales ;
- Facteurs psychologiques : personnalité immature, difficultés à assumer une grossesse, stress de l'accouchement majoré par des complications obstétricales ou néonatales ;
- Antécédents psychiatriques personnels ou familiaux. [22]

II. Critères DSM V :

⇒ **Trouble psychotique bref :**

A. Présence d'un (ou plus) des symptômes suivants. Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

1. Idées délirantes.
2. Hallucinations.
3. Discours désorganisé (p. ex. délires fréquents ou incohérence).
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.

N.B. : Ne pas inclure un symptôme s'il s'agit d'une modalité de réaction culturellement admise.

B. Au cours d'un épisode, la perturbation persiste au moins un jour mais moins d'un mois, avec retour complet au niveau de fonctionnement prémorbide.

C. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un trouble dépressif caractérisé ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques, ou un autre trouble psychotique comme une schizophrénie ou une catatonie, et n'est pas due aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou à une autre affection médicale.

Spécifier si :

❖ **Avec facteur(s) de stress marqué(s) (psychose réactionnelle brève) :**

Si les symptômes surviennent en réaction à des événements qui, isolément ou réunis, produiraient un stress marqué chez la plupart des sujets dans des circonstances similaires et dans la même culture.

❖ **Sans facteur(s) de stress marqué(s) :** Si les symptômes ne surviennent pas en réaction à des événements qui, isolément ou réunis, produiraient un stress marqué chez la plupart des sujets dans des circonstances similaires et dans la même culture. [6]

III. Facteurs de risques de la psychose puerpérale : [8]

1. Facteurs généraux :

Significatifs à l'échelle individuelle, surtout s'ils se cumulent :

- Primiparité ;
- Jeune âge maternel (adolescentes) ;
- Césarienne (en particulier non programmée) ;
- Antécédents d'abus ou de maltraitance dans l'enfance ;
- Antécédents psychiatriques personnels ou familiaux ;
- Situation socio-économique défavorable.

2. Facteurs de risques spécifiques de la psychose du post-partum :

- Antécédents de psychose puerpérale ;
- Enfants illégitimes.

Avant de poser un diagnostic de psychose puerpérale, il faut éliminer une urgence somatique (thrombophlébite cérébrale notamment)

Le diagnostic différentiel est représenté par :

- 1- La thrombophlébite cérébrale
 - 2- La rétention placentaire
 - 3- Et des étiologies infectieuses de confusion mentale.
-

IV. Tableau clinique :

La Psychose Puerpérale est caractérisée par un début **brutal** et a lieu dans les **3 premières semaines** du post-partum.

Il est parfois précédé des prodromes :

- ✦ Ruminations anxieuses ;
- ✦ Crises de larmes ;
- ✦ Cauchemars ;
- ✦ Agitation nocturne ;
- ✦ Insomnie.

Rapidement apparaît un tableau clinique polymorphe et labile, avec :

- ✦ Des oscillations de la vigilance : obnubilation, désorientation plus ou moins marquée, perplexité anxieuse ;
- ✦ Une altération de la conscience de soi ;
- ✦ Un onirisme ++ (scènes oniriques) ;
- ✦ Des fluctuations thymiques (la malade passe rapidement du désespoir à l'exaltation) ;
- ✦ Un délire dont le mécanisme est hallucinatoire, mal structuré avec adhésion variable, le plus souvent centré sur la naissance et la relation à l'enfant : négation du lien d'alliance (la patiente ne reconnaît pas le père) ou du lien de maternité (conviction que l'enfant n'est pas né, a été substitué ou est mort). La mère peut avoir le sentiment d'être sous des influences maléfiques, d'être droguée ou hypnotisée. [11]

Le risque d'infanticide ou de suicide est très important.

V. Evolution :

L'évolution est favorable dans 80 % des cas, favorisée par le maintien des liens avec l'enfant dans le cadre d'une hospitalisation dans une unité mère-enfant. Il existe des récurrences dans 20 % des cas lors d'une grossesse ultérieure. Un tel tableau thymique peut également être inaugural d'une pathologie thymique ou schizophrénique. [11]

VI. Conduite à tenir devant une psychose puerpérale :

La prise en charge est pluridisciplinaire (obstétriciens, psychiatres, pédiatres, ...).

- **Hospitalisation**, en urgence, en psychiatrie ou en unité mère enfant idéalement.

L'indication d'une hospitalisation conjointe (mère et enfant) en unité spécialisée mère-enfant n'est souvent possible qu'après une période d'hospitalisation pour la mère seule, dans le but d'une reprise de contact avec son enfant progressive et médicalisée.

- **Protéger le bébé des velléités d'infanticide de la mère** (séparation transitoire mère-enfant pendant la période délirante).
 - **Arrêt de l'allaitement.**
 - Rétablir une relation mère-enfant de qualité dès que possible. [8]
 - **L'électroconvulsivothérapie** est indiquée dans les tableaux sévères avec risques de suicide ou d'infanticide importants.
 - **Traitement médicamenteux** par neuroleptiques antipsychotiques, par exemple :
 - . Risperidone : 2-8 mg/jr par voie orale
 - . Olanzapine : 10-20 mg/jr dans les formes orale et intramusculaire.
-

VII. Pharmacothérapie lors de la psychose puerpérale :

La psychose puerpérale réagit bien à un traitement neuroleptique qui doit être instauré précocement. La prescription est en fonction de l'état de la patiente, si elle est en gestation ou elle allaite.

Ci-dessous, des tableaux qui présentent les différentes possibilités de prescription médicamenteuse au cours de la grossesse ainsi qu'au cours de l'allaitement.

1. Les Neuroleptiques : [25]

	Grossesse			Allaitement
	1T	2T	3T	
Possible	1^{ère} intention : Halopéridol, chlorpromazine, Olanzapine. 2^{ème} intention : Fluphénazine, Penfluridol, Pimozide, Pipampérone, Propériciazine, Loxapine, Pipotiazine, Zuclopenthixol, Ciamémazine, Levomépronazine, Flupenthixol, Rispéridone. 3^{ème} intention : Quétiapine. Si bénéfice maternel : Clozapine.			Olanzapine, Quétiapine. Sous surveillance médicale : Halopéridol, Chlorpromazine, Rispéridone.
		3^{ème} intention : Aripiprazole.		
Déconseillé	Tiapride, Sulpiride.			Pimozide, Pipampérone, Propériciazine, Fluphénazine, Penfluridol, Loxapine, Pipotiazine, Zuclopenthixol, Ciamémazine, Levomépronazine, Flupenthixol, Tiapride, Sulpiride, Clozapine, Amisulpride, Aripiprazole.
À éviter	Amisulpride Aripiprazole			

Tableau « 8 » : Les neuroleptiques au cours de la grossesse et l'allaitement.

2. Les Thymorégulateurs : [25]

	Grossesse			Allaitement
	1T	2T	3T	
Possible	1 ^{ère} intention : Lamotrigine			Carbamazépine
		3 ^{ème} intention : Lithium		Avec surveillance : Acide valproïque et dérivés.
Déconseillé	Acide valproïque et dérivés			Lithium
À éviter	Carbamazépine Lithium			Lamotrigine

Tableau « 9 » : Les thymoregulateurs au cours de la grossesse et l'allaitement.

3. Les Anxiolytiques et Hypnotiques : [25]

	Grossesse			Allaitement
	1T	2T	3 T	
Possible	1^{ère} intention : Oxazépam, Doxylamine, Hydroxyzine, Zolpidem, Zopiclone. 2^{ème} intention : Bromazépam, Alprozolam, Clobazam, Prazépam, Diazépam, Nordazépam, Clorazépate, Lorazépam, Alimémazine, Prométhazine.			Oxazépam, Zolpidem, Zopiclone, Hydroxyzine.
Déconseillé	Flunitrazépam, Chlordiazépoxide, Buspirone, Captodiamine.			Bromazépam, Alprazolam, Clobazam, Prazépam, Diazépam, Nordazépam, Clorazépate, Lorazépam, Loflazépate, Clotiazépam.
À éviter	Loflazépate, Clotiazépam, Estazolam, Loprazolam, Lormétazépam, Témazépam, Nitrazépam.			Flunitrazépam, Chlordiazépoxide, Loprazolam, Lormétazépam, Témazépam, Nitrazépam, Estazolam, Doxylamine, Alimémazine, Prométhazine, Buspirone, Captodiamine.

Tableau « 10 » : Les anxiolytiques au cours de la grossesse et l'allaitement.

VIII. En résumé :

- Début brutal, dans les 3 semaines suivant l'accouchement.
- Tableau délirant, oniroïde : hallucinations, déni de la maternité, conviction de substitution du bébé, idées de filiations mystiques, labilité thymique importante, anxiété majeure.
- Risque de suicide ou d'infanticide.
- Traitement : hospitalisation, protection du bébé, traitement médicamenteux par neuroleptiques, voire électroconvulsothérapie, rétablissement d'une relation mère-enfant de qualité dès que possible.

Chapitre 11 :

Pharmaco-psychose et Sevrage Alcoolique

I. Généralités :

L'alcool est une substance psychoactive pouvant induire des dommages sociaux et médicaux (aussi bien psychiatriques que non-psychiatriques).

Contrairement à la plupart des autres substances psychoactives, il existe un « usage simple » d'alcool, c'est-à-dire un niveau d'usage n'entraînant pas de risques ou entraînant des risques très faibles.

Au-delà des seuils de l'usage simple, on entre dans un « **usage à risque** » qui peut plus ou moins rapidement évoluer vers **des troubles addictologiques** constitués (ou « troubles liés à l'usage d'alcool »). Le niveau le plus sévère de ces troubles est la « pharmacodépendance à l'alcool ».

En cas de pharmacodépendance à l'alcool, un « **syndrome de sevrage d'alcool** » peut survenir. Sa survenue est une **urgence médicale** car elle expose à des complications potentiellement létales (le **delirium tremens**, les **crises convulsives**).

Le repérage systématique de l'usage à risque d'alcool est très important dans toute spécialité médicale, et tout spécialement en médecine générale. L'usage à risque nécessite de réaliser une « intervention brève » à visée de prévention secondaire.

Les troubles liés à l'usage d'alcool nécessitent une prise en charge spécialisée de type médico-psycho-sociale.

Les objectifs de la prise en charge des troubles liés à l'usage d'alcool sont soit un arrêt encadré, soit une réduction progressive et encadrée de l'usage d'alcool.

En cas d'arrêt encadré de l'usage d'alcool chez un sujet dépendant, le sujet doit bénéficier d'un « sevrage » encadré d'alcool, avec une surveillance et un traitement

destiné à prévenir le syndrome de sevrage. Cette procédure peut être réalisée en ambulatoire ou en hospitalisation.

Avant le sevrage et durant la prise en charge préventive et de renforcement du sevrage d'alcool, les motivations et les objectifs du patient sont évalués et renforcés lors d'entretiens motivationnels. [5]

II. Le dépistage :

Il devrait être **systématique**, chez tous les patients. C'est le rôle primordial du médecin généraliste et du médecin du travail ; qui sont en première ligne sur les questions de conduites addictives d'alcool.

L'évaluation de la **fréquence** et de la **quantité** consommées qui est une évaluation de la notion de perte de contrôle de la consommation, est très importante :

- ⇒ 1 verre d'alcool = 10g d'alcool
- ⇒ Consommation (en g) = **degré d'alcool x volume (en L) x 8**
- ⇒ Le seuil de l'OMS de consommation excessive : 40g/J pour les hommes et 30g/J pour les femmes.

***N.B. :** Attention, ces seuils ne sont pas valables dans certaines situations (femme enceinte, sujet atteint d'une atteinte hépatique, sujet traité par certains médicaments, etc.).*

Prenons un exemple pour bien comprendre :

⇒ Le contenu d'alcool d'une boisson (en gr .) : *degré d'alcool pur dans la boisson x volume (en L) x 8. Ex. : 1 bouteille de 75 cl de vin à 12,5 degré contient : $12,5 \times 0,750 \times 8 = 75$ g d'alcool pur.*

III. Le diagnostic :

1. Intoxication alcoolique aigue :

Le DSM V a décrit l'intoxication par l'alcool sous 4 critères diagnostiques qui sont :

- A.** Ingestion récente d'alcool.
- B.** Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (p. ex. comportement sexuel ou agressif inapproprié, labilité de l'humeur, altération du jugement) qui se sont développés pendant ou peu après l'ingestion d'alcool.
- C.** Au moins un des signes ou symptômes suivants, se développant pendant ou peu après la consommation d'alcool :
 - 1. Discours bredouillant.
 - 2. Incoordination motrice.
 - 3. Démarche ébrieuse.
 - 4. Nystagmus.
 - 5. Altération de l'attention ou de la mémoire.
 - 6. Stupeur ou coma.
- D.** Les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance. [6]

L'ensemble de ces symptômes peut se résumer en 3 tableaux cliniques :

Ivresse simple	- Euphorie - Désinhibition, logorrhée, parfois agressivité - Incoordination motrice, troubles de l'équilibre, dysarthrie.
Ivresse pathologique	- Excitomotrice : comportement impulsif, agressif, destructeur (danger auto ou hétéro agressif marqué) - Délirante : délire interprétatif (en général à thématique de persécution ou de jalousie) ou hallucinatoire - Convulsivante : crises convulsives, survenant au cours de l'intoxication éthylique aigue.
Coma éthylique <i>(Alcoolémie en général supérieur à 3g/l)</i>	- Coma calme, hypotonique, sans signes de localisation - Mydriase bilatérale, symétrique, peu réactive - Hypothermie - Bradycardie, hypotension ⇒ Systématiquement rechercher une hypoglycémie.

Tableau « 11 » : les symptômes de l'intoxication alcoolique aigue en fonction des stades. [8]

2. Le syndrome de sevrage en Alcool :

Ce syndrome est représenté dans le DSM V sous forme de 4 critères diagnostiques :

- A.** Arrêt (ou réduction) d'un usage d'alcool qui a été massif et prolongé.
- B. Au moins deux** des manifestations suivantes se développent de quelques heures à quelques jours après l'arrêt (ou la réduction) d'un usage d'alcool décrit dans le critère A :
 - 1. Hyperactivité neurovégétative (p. ex. transpiration ou fréquence cardiaque supérieure à 100 battements/min).
 - 2. Augmentation du tremblement des mains.
 - 3. Insomnie.
 - 4. Nausées ou vomissements.
 - 5. Hallucinations ou illusions transitoires visuelles, tactiles ou auditives.
 - 6. Agitation psychomotrice.
 - 7. Anxiété.
 - 8. Crises convulsives généralisées tonico-cloniques.
- C.** Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D.** Les signes ou symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance [6].

- Le syndrome de sevrage survient surtout chez les usagers chroniques d'alcool.
- Les facteurs prédisposants ou aggravants des symptômes de sevrage sont : l'asthénie, la malnutrition, une pathologie organique, une dépression, une situation postopératoire, le stress...
- Les signes secondaires à l'arrêt ou à la diminution de l'alcool, après une utilisation massive et prolongée sont les suivants :
 - tremblements ;
 - sueurs profuses ;
 - soif ;
 - crampes ;
 - paresthésies ;
 - anxiété, trouble du sommeil ;
 - nausées, épigastralgies, vomissements ;
 - crises convulsives généralisées 2 à 24 heures après l'arrêt ;
 - delirium tremens au maximum. [11]

3. Le delirium tremens :

Il existe une phase « Pré-delirium tremens (**pré-DT**) » qui apparaît 12 à 48 heures après l'arrêt, avec des signes mineurs de sevrage.

Au cours du delirium tremens (Phase du DT) ; on observe :

- Un **délire confuso-onirique** avec hallucinations multiples de thèmes professionnels et/ou zoopsiques (*hallucinations visuelles représentants des animaux*) avec une forte participation affective, variant dans la journée, de recrudescence vespérale et dans l'obscurité ;
- **Des signes neurologiques** : tremblement intense généralisé (labio-lingual et aux extrémités), dysarthrie, trouble de l'équilibre, possibles troubles de la déglutition et hypertonie oppositionnelle dans les formes sévères ;
- **Des signes généraux** : fièvre, sueurs, signes de déshydratation intra et extracellulaire.

L'évolution est rapidement favorable sous traitement, en 2 à 4 jours. Le taux de mortalité est de 20 % des cas et les récives sont possibles. [11]

IV. Les complications :

1. Les troubles Neurologiques :

1.1. L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke :

- **Topographie anatomique** : Il s'agit de lésions de la substance grise autour des IIIe et IVe ventricules cérébraux et des tubercules mamillaires, liées à la carence en vitamine B1.

- **Cliniquement**, On observe :

- une fluctuation de l'état de conscience, avec obnubilation, phases de stupeur, confusion et agitation confuso-onirique ;
- Des troubles oculomoteurs : paralysies oculomotrices bilatérales, pseudo-nystagmus, névrite optique rétrobulbaire, papillite au fond d'oeil ;
- Une hypertonie généralisée paroxystique, prédominant aux membres supérieurs, de type oppositionnel ;
- Des dyskinésies, une dysarthrie, un grasping, un signe de Babinski, une paralysie faciale ;
- Une polynévrite sensitivo-motrice ;
- Des signes neurovégétatifs : tachycardie, hypotension artérielle, fièvre, sueurs.

- **Biologie** : Elle est d'intérêt rétrospectif car le diagnostic est clinique. Elle met en évidence :

- une diminution du taux sérique de la vitamine B1 ;
- une hyperpyruvicémie ;
- une diminution de l'activité transcétolasique des hématies.

1.2. Syndrome de Korsakoff :

- **Topographie anatomique** : Ce sont des lésions bilatérales au niveau des tubercules mamillaires et du circuit de Papez, liées à la carence en vitamine B1.

- **Cliniquement**, On observe les signes suivants :

- début brutal ou progressif ;
- amnésie antérograde avec oublis à mesure ;
- respect de la mémoire immédiate et des souvenirs anciens ;
- fabulations ;
- fausses reconnaissances ;
- anosognosie ;
- retentissement thymique et comportemental : irritabilité, apathie, anxiété voire euphorie ;
- signes neurologiques : polynévrite sensitivo-motrice, désorientation temporo-spatiale.

- **Biologie** : dosage vitamines B1, dont les valeurs normales se situent entre 15 – 45 nmol/L soit 5 – 15 µg/L.

2. Troubles Psychiatriques :

2.1. Hallucino-se de buveurs :

Elle est caractérisée par :

- des hallucinations, lors du sevrage, généralement auditives, calomnieuses, menaçantes la plupart du temps, avec participation anxieuse importante ;
- un délire non structuré ;
- une durée de moins d'une semaine (durée pendant laquelle la perception de la réalité est souvent altérée) ;

- des signes négatifs : absence de confusion, de désorientation, de trouble de la conscience.

2.2. Autres troubles :

Peuvent également être observés :

- Des troubles de la personnalité antisociale ;
- Des troubles anxieux ;
- Des troubles de l'humeur : si dépression secondaire à l'alcoolodépendance, attendre 4 semaines avant de prescrire un antidépresseur (sauf si caractéristiques mélancoliques, risque suicidaire) ;
- Un risque suicidaire ;
- Des troubles du sommeil ;
- Des addictions multiples : il est possible d'avoir des co-dépendances : méthadone/alcool, benzodiazépines/alcool, alcool/tabac/cannabis ;
- Des troubles psychosociaux : désinsertion sociale, professionnelle... [11]

V. Les comorbidités médicales et psychiatriques :

L'association entre un mésusage d'alcool et les troubles psychiatriques est très fréquente.

1. **Les troubles anxieux et dépressifs** sont les troubles psychiatriques les plus retrouvés chez les patients dépendants à l'alcool.

2. **Le risque de suicide** est très fortement augmenté en cas de trouble de l'usage d'alcool. L'association entre alcool et suicide est très forte, en particulier lors des alcoolisations aiguës, mais aussi lors de symptômes dépressifs secondaires ou associés à la consommation d'alcool.

3. **Le trouble bipolaire** est 4 fois plus fréquent chez les patients présentant une dépendance à l'alcool par rapport à la population générale mais sous-diagnostiqué car fréquemment masqué par le trouble addictif.

4. **La schizophrénie** : 20 à 50 % des patients souffrant de présentent une dépendance ou un usage d'alcool nocif pour la santé.

Ces troubles peuvent être **primaires** (avant l'installation du mésusage) ou **secondaires**. En effet, la consommation aiguë ou chronique d'alcool peut être responsable de symptômes voire de troubles psychiatriques (symptômes dépressifs et anxieux en particulier). L'anamnèse ainsi que le sevrage pourront permettre de préciser le caractère de ces troubles.

L'association de l'alcool à d'autres conduites addictives, avec ou sans substances, est également forte. Parmi les patients qui présentent une dépendance à l'alcool, 80 % ont une dépendance au tabac et 5 % présentent une dépendance à une autre substance (cannabis, cocaïne ou héroïne). [5]

VI. Prise en charge thérapeutique :

1. Intoxication éthylique aigue :

Ivresse simple
- Examen clinique complet - Glycémie capillaire - Repos au calme - Hydratation per os (parentérale si impossible) ⇒ <i>La mesure de l'alcoolémie a peu d'intérêt. Le diagnostic est clinique.</i>

Ivresse pathologique

- Hospitalisation, en urgence, sous contrainte si besoin.
- Examen clinique complet (en particulier, recherche des signes neurologiques)
- Recherche et traitement d'une **hypoglycémie**
- Hydratation parentérale
- Traitement par neuroleptiques sédatifs (par exemple : Loxapine (LOXAPAC), per OS si possible ou IM dans le cas contraire), avec surveillance rapprochée de la pression artérielle.
 - ⇒ *La contention est une prescription médicale, dont les motifs doivent être précisés ainsi qu'une surveillance régulière.*
 - ⇒ *Il faut aussi prévenir la survenue du syndrome de sevrage :*
 - *Benzodiazépines (Diazépam ' VALIUM®' per os dans la mesure du possible, IM dans le cas contraire)*
 - *Vitaminothérapie (B1, B6 et PP)*

Coma éthylique

C'est urgence thérapeutique nécessitant une hospitalisation en réanimation

- Examen neurologique, à la recherche de signes de localisation
- Pose d'une VV avec remplissage si besoin
- **Rééquilibration des troubles hydro-électrolytiques**
- Monitoring cardio-respiratoire
- Recherche et correction d'une hypoglycémie
- Réchauffement en cas d'hypothermie
- Vitaminothérapie (B1, B6 et PP) par voie parentérale
- Surveillance régulière (constantes et état de conscience)

2. Syndrome de sevrage alcoolique :

- Hospitalisation en urgence ;
- Hydratation parentérale ;
- Vitaminothérapie (B1, B6 et PP) ;
- Benzodiazépines, per os ou IM :
 - ⇒ *Diazépam : 20 à 40 mg par jour.*
- Recherche et traitement d'un facteur déclenchant.

3. Delirium Tremens :

- Hospitalisation, en urgence, au calme, dans une chambre éclairée.
- Prévention du risque suicidaire (enlever les objets potentiellement dangereux, verrouiller les fenêtres).
- La contention doit être évitée dans la mesure du possible (en effet, le patient est déjà dans un vécu délirant oniroïde terrifiant, la contention ne fait qu'ajouter à ce vécu, et devient donc source de majoration de l'agitation et de l'anxiété).
- Examen clinique complet.
- Hydratation parentérale avec correction des troubles hydro électrolytiques.
- Vitaminothérapie parentérale (B1, B6 et PP).
- Benzodiazépines, per os dans la mesure du possible.
- Traitement anti délirant si besoin : Halopéridol per os ou IM.
- Recherche et traitement d'un facteur déclenchant.
- Surveillance : constantes, état de conscience, évolutions des symptômes délirants. [8]

4. Le traitement des complications :

4.1. Encéphalopathie de Gayet–Wernicke :

- La maladie régresse sous traitement, identique au sevrage thérapeutique en alcool (si nécessité de perfusion pour réhydratation).
- **Ne pas utiliser de sérum glucosé 5%** les premières heures car le sérum glucosé consomme la vitamine B1.
- Des séquelles sont fréquentes, à type de nystagmus et de polynévrite.
- Il existe un risque d'évolution possible vers un syndrome de Korsakoff ou vers une démence.

4.2. Syndrome de Korsakoff :

Le syndrome de Korsakoff est un syndrome confuso-déméntiel, une récupération partielle peut être obtenue sous (Identique au sevrage thérapeutique en alcool), avec amnésie lacunaire et troubles trophiques dus à la polynévrite. [11]

Chapitre 12 :

Pharmaco-psychose et Sevrage du Cannabis

I. Généralités :

Le cannabis est une plante, également appelée chanvre indien, contenant des substances psychotropes.

Le principe psychoactif essentiellement responsable des effets psychotropes du cannabis est le **Delta9-tétra-hydro-cannabinol (Delta9-THC)**. Il agit sur les récepteurs cannabinoïdes CB1 et CB2 qui régulent la neurotransmission glutamatergique et GABA (*acide gamma-aminobutyrique*) et potentialise également la libération de dopamine+++.

Le cannabis est issu de la plante Cannabis Sativa. Il se présente principalement sous les formes suivantes, par ordre de concentration croissante en Delta9-THC :

- herbe (marijuana) ;
- résine (haschich) ;
- huile, plus rare.

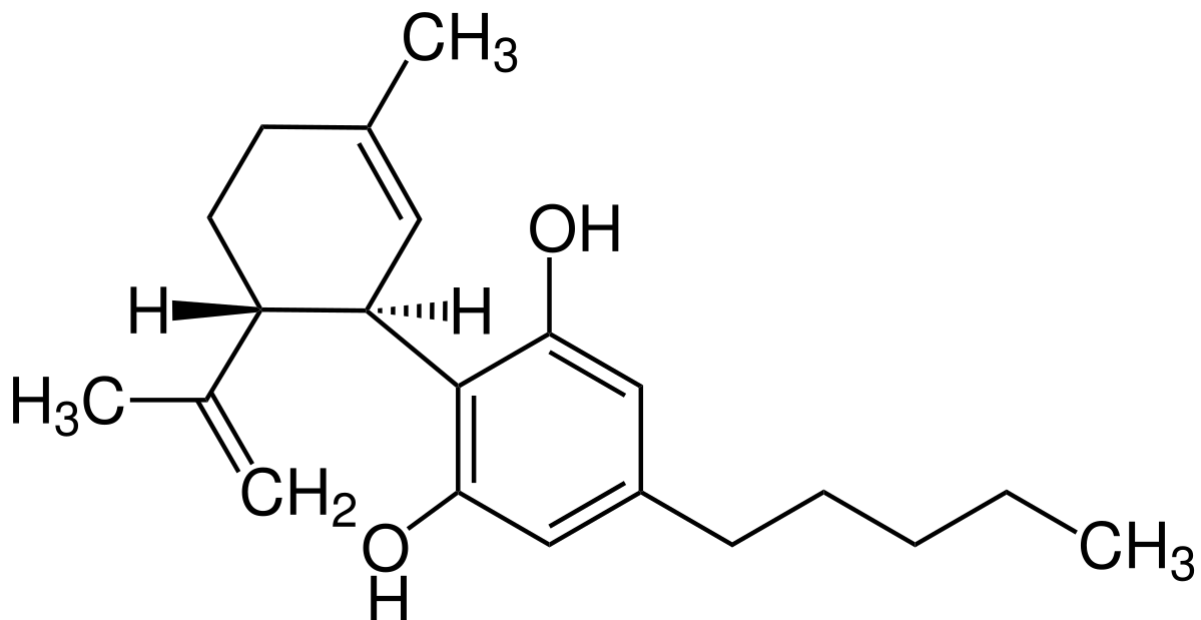


Figure 7 : La formule chimique du cannabidiol

De manière globale, le taux de Delta9–THC des produits est en augmentation. Le cannabis est surtout fumé sous forme de cigarettes mélangées à du tabac (joints), mais peut aussi être utilisé sous forme de pipe, pipe à eau (bang, douilles) ou plus rarement ingéré (space cake). Le cannabis peut également être vaporisé (sans tabac ajouté). [5]



Figure « 8 »: Feuille du Cannabis.

II. Classification DSM V : [6]

1. Intoxication par le cannabis :

Le DSM V classifie l'intoxication par le cannabis sous 4 points :

A. Usage récent de cannabis.

B. Changements comportementaux ou psychologiques problématiques, cliniquement significatifs (p. ex. altération de la coordination motrice, euphorie, anxiété, sensation de ralentissement du temps, altération du jugement, retrait social) qui se sont développés pendant ou peu après l'usage du cannabis.

C. Au moins deux des signes ou symptômes suivants, se développant dans les 2 heures qui suivent l'usage du cannabis:

- 1) Conjonctives injectées.
- 2) Augmentation de l'appétit.
- 3) Sécheresse de la bouche.
- 4) Tachycardie.

D. Les symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication par une autre substance.

Les critères de sevrage ont aussi été bien déterminés par le DSM V :

- A.** Arrêt d'un usage du cannabis qui a été massif et prolongé (c.-à-d. consommation habituellement quotidienne ou presque durant une période d'au moins quelques mois).
- B.** Au moins trois des signes et symptômes suivants se développent dans un délai d'environ une semaine après le critère A :
 - 1) Irritabilité, colère, ou agressivité.
 - 2) Nervosité ou anxiété.
 - 3) Troubles du sommeil (p. ex. insomnie, rêves perturbants).
 - 4) Diminution de l'appétit ou perte de poids.
 - 5) Fébrilité.
 - 6) Thymie dépressive.
 - 7) Au moins un des symptômes physiques suivants cause de l'inconfort significatif : douleurs abdominales, instabilité/tremblements, sueurs, fièvre, frissons ou céphalées.
- C.** Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D.** Les signes ou symptômes ne sont pas dus à une autre affection médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont une intoxication ou un sevrage d'une autre substance.

III. Diagnostic clinique :

1. Syndrome d'intoxication aigue ou « Ivresse Cannabique » :

Outre les signes cliniques d'intoxication aigue, il faut prendre en compte le fait que le cannabis est souvent consommé en association avec le tabac. Les signes cliniques et les complications chroniques de consommation de tabac sont donc également présents.

Les effets du cannabis apparaissent environ **15 à 20 minutes après consommation** s'il est fumé, **plusieurs heures** s'il est ingéré. Les effets s'estompent en plusieurs heures : environ 4 heures pour la consommation d'une dose classique.

L'importance des effets du cannabis dépend de la dose utilisée, de la méthode d'administration, et de facteurs individuels comme le taux d'absorption, la tolérance.

Sur le plan neuropsychique, les effets attendus d'une prise de cannabis sont une **euphorie** en général modérée et un **sentiment de bien-être** pouvant être suivis d'une sédation.

Ils peuvent être accompagnés ou remplacés par des troubles du jugement, un retrait social temporaire ou de l'anxiété, parfois jusqu'aux idées de références (« effet parano »).

Une sensation subjective de ralentissement du temps ou des **modifications des perceptions sensorielles** pouvant aller jusqu'aux **hallucinations** peuvent être présentes.

On peut également retrouver une **altération de la coordination motrice**, des **troubles de l'équilibre**, un **trouble de la mémoire à court terme** et des **troubles de l'attention**.

Sur le plan physiologique non-psychiatrique, l'intoxication aiguë au cannabis peut entraîner une **hyperhémie conjonctivale**, une **augmentation de l'appétit**, une **sensation de bouche sèche** et une **tachycardie**.

2. Le syndrome de Sevrage :

10 à 40 % des usagers de cannabis rapportent des symptômes de sevrage du cannabis. Ce phénomène concerne plus souvent les consommations importantes et régulières. Le syndrome de sevrage peut associer :

- Irritabilité, agressivité ;
- Anxiété, nervosité ;
- Impatience, incapacité à rester en place ;
- Humeur dépressive ;
- Troubles du sommeil (insomnies, cauchemars) ;
- Diminution de l'appétit ou perte de poids ;
- Ainsi que certains de ces signes physiques : douleurs abdominales

voire vomissements, tremblement, hypersudation, fièvre, frissons et céphalées.

La plupart des symptômes apparaissent en 24 à 72 heures après l'arrêt des consommations, ces symptômes sont maximaux pendant la première semaine et durent une à 2 semaines. Les troubles du sommeil peuvent durer jusqu'à un mois. [5]

IV. Cannabis et Psychiatrie :

Il existe une relation évidente entre troubles psychiatriques et la consommation de cannabis. On distingue des troubles pouvant être directement inclus par la consommation de Tétrahydrocannabinol (THC), et les troubles pour lesquels la consommation de THC est un facteur d'aggravation.

1. Les troubles induits par le Cannabis :

1.1. Les troubles anxieux :

- Attaque de panique (classique « bad-trip ») ; dont la symptomatologie est sans spécificité. Leur survenue entraîne fréquemment un arrêt de la consommation.
- Parfois, **symptômes de dépersonnalisation** isolés entraînant une angoisse de fond et des symptômes de déréalisation, en rapport avec ce sentiment de dépersonnalisation.

1.2. L'état délirant aigu :

- Apparition chez des sujets sans trouble antérieur d'un état de délire aigu, avec troubles du comportement (fréquents et associés à des conduites auto ou hétéro agressives). Cet état délirant est totalement résolutif en quelques semaines. La récurrence en cas d'intoxications ultérieures est fréquente.

1.3. L'Abus ou la dépendance à d'autres substances psychoactives toxiques :

- La consommation de tabac habituellement associée à la consommation de cannabis.

- Le fait que la consommation de cannabis mène à la consommation de toxiques majeurs (héroïne notamment) est parfois réel. Mais le nombre de consommateurs de cannabis concernés reste extrêmement faible. [8]

2. Les troubles aggravés par le Cannabis :

2.1. Schizophrénie :

- Il existe une association épidémiologique forte entre la schizophrénie et l'usage de cannabis.
- Le cannabis n'est pas une cause de schizophrénie, mais il peut précipiter l'entrée dans la maladie chez des sujets prédisposés, ou aggraver les phénomènes délirants et les aspects déficitaires des patients schizophrènes. [8]

2.2. Troubles de l'humeur :

- 13 à 60% des patients ayant un trouble bipolaire présentent également un abus de cannabis.
- Les épisodes dépressifs majeurs comorbides avec un abus de cannabis sont un risque plus important de passage à l'acte suicidaire. [8]

2.3. Troubles anxieux :

- 20% des consommateurs réguliers de cannabis ont un trouble anxieux.
- Le cannabis diminuerait l'anxiété dans le trouble panique et le trouble anxieux généralisé. [8]

V. Complications non psychiatriques :

Ces complications ne doivent pas être sous estimées par rapport aux complications psychiatriques, notamment dans le message préventif délivré aux usagers.

Pulmonaires	- Activité bronchodilatatrice immédiate et transitoire ; - Bronchite chronique ; - Cancer broncho-pulmonaire.
Cardiovasculaires	- Augmentation du débit cardiaque et cérébral, hypotension artérielle ; - Vasodilatation périphérique ; - Bradycardie ; - Cas d'artériopathie type maladie de Buerger ; - Syndrome coronarien.
Carcinogénicité	- Cancers des voies aérodigestives supérieures (association au tabac) ; - Cancers broncho-pulmonaires.
Ophtalmologiques	- Photosensibilité ; - Hyperhémie conjonctivale ; - Mydriase inconstante.
Traumatologiques	- Troubles de la coordination motrice, accidentogène (association à l'alcool).

Tableau « 12 » : Les principales complications non psychiatriques. [5]

VI. Prévention :

Le principe de la prévention de la consommation du cannabis, repose sur la prise en charge de la personne et ce quelle que soit la substance.

La prévention s'intéresse à l'histoire de chacun, prend en compte son environnement et se fonde sur la qualité de la relation entre l'acteur de prévention et le consommateur.

Cette conception permet d'éviter toute attitude de jugement qui participerait à la stigmatisation et à l'exclusion des consommateurs.

- Les principaux objectifs de la prévention sont **d'éviter la première consommation de substances psychoactives** ou de la retarder et agir sur les consommations précoces (prévention primaire) ;
- Ou **d'éviter le passage à une dépendance** (prévention secondaire) ;
- Ou **de prévenir les risques et réduire les dommages liés à la consommation** (prévention tertiaire). [5]

VII. Prise en charge thérapeutique :

1. Traitement de l'intoxication aiguë :

Le traitement de l'intoxication aiguë au cannabis est symptomatique et repose essentiellement sur la prescription d'**anxiolytiques** en cas d'angoisse majeure ou d'agitation. Il faut éviter les benzodiazépines, en utilisant en première intention des anxiolytiques histaminergiques de type **hydroxyzine**. On peut aussi prescrire les **antipsychotiques** en cas de symptômes psychotiques.

2. Traitement du syndrome de sevrage :

Le traitement du syndrome de sevrage est également symptomatique, associant **anxiolytiques** (*éviter les benzodiazépines en utilisant en première intention des anxiolytiques histaminergiques de type hydroxyzine*), **anti-émétiques**, **antalgiques non opioïdes**. [5]

3. Prise en charge générale :

La prise en charge d'un patient souffrant d'un mésusage de cannabis se décline à plusieurs niveaux :

3.1. La prise en charge globale :

Un suivi pluridisciplinaire doit être proposé au patient avec évaluation psychiatrique, médicale générale et sociale. La prise en charge au long cours nécessite l'engagement du patient dans une démarche de soins, elle ne se fait pas en urgence. Les soins tiennent compte de l'objectif du patient (arrêt ou diminution des consommations).

3.2. La Prise en charge psychothérapeutique :

Plusieurs techniques sont utilisées dont les thérapies cognitives et comportementales, l'entretien motivationnel et les techniques de prévention de la reprise du mésusage.

Les thérapies familiales multi-dimensionnelles (impliquant les intervenants éducatifs ou scolaires) ont démontré leur efficacité pour les jeunes consommateurs.

3.3. La prise en charge addictologique :

Le bilan de la dépendance est la première étape de la prise en charge (histoire, parcours de soins antérieurs, co-dépendances). L'objectif du soin sera l'arrêt du mésusage ou la réduction des consommations.

3.4. La Prise en charge des comorbidités :

Il est nécessaire de rechercher et prendre en charge systématiquement les complications et comorbidités psychiatriques (trouble anxieux et trouble de l'humeur).

3.5. La Prise en charge des complications non-psychiatriques

3.6. La Prise en charge des éventuelles co-addictions :

Notamment proposer pour le patient une aide à l'arrêt du tabac « counseling ».

Chapitre 13 :

Le Syndrome Malin des Neuroleptiques

I. Introduction :

La première description du syndrome malin des neuroleptiques, faite par l'équipe de J. Delay (Paris), remonte à 1960, cette description concernait l'halopéridol.

Le syndrome malin des neuroleptiques est une réaction de type idiosyncrasique, rare et potentiellement fatale, caractérisée par /e développement de troubles de la conscience, D'hyperthermie, de dysfonctionnement du système nerveux autonome et de rigidité musculaire.

*Le développement de troubles de la conscience,
d'hyperthermie, de dysfonctionnement du système
nerveux autonome et de rigidité musculaire.*

Le tableau survient à la suite de la prise d'un médicament neuroleptique, c'est une complication qui engage le pronostic vital du malade ++. [23]

La cause exacte du syndrome malin des neuroleptiques est **inconnue**. Une déplétion et un blocage du système dopaminergique pouvant engendrer une dérégulation de la température corporelle ainsi qu'un pseudo-syndrome parkinsonien sont évoqués.

La majorité des cas fait suite à la prise de médicaments antipsychotiques même si d'autres principes actifs peuvent contribuer à la survenue de ce syndrome.

Le syndrome malin des neuroleptiques se développe généralement dans les deux premières semaines suivant l'instauration d'un traitement antipsychotique ou après un changement de posologie.

Il concernerait 0,01 à 0,02 % des patients traités par antipsychotiques atypiques et 1 à 3 % des personnes prenant des neuroleptiques de première génération. [24]

II. Diagnostic clinique et biologique du SMN :

1. Diagnostic clinique :

Le Syndrome Malin des Neuroleptiques est une urgence diagnostique et thérapeutique.

Cliniquement, il associe, sur un mode de début rapidement progressif:

- Une hyperthermie (40–41°) ou une hypothermie (< 36°) ;
- Une rigidité extrapyramidale ;
- Des sueurs profuses ;
- Une tachycardie ;
- Une hypotension artérielle ;
- Des troubles de la vigilance+++;
- Des troubles cardiorespiratoires ;
- De possibles convulsions.

Chez un patient sous antipsychotique, une fièvre avec un syndrome confusionnel doit faire évoquer parmi les autres hypothèses diagnostiques une forme frustre de syndrome malin.

Toute hyperthermie inexpliquée chez un patient traite par neuroleptiques doit faire penser au SMN et faire suspendre immédiatement le traitement.

Les critères diagnostiques sont les suivants :

- *3 critères majeurs* : fièvre, rigidité, **augmentation des CPK++++** ;
- *6 critères mineurs* : tachycardie, anomalies tensionnelles, tachypnée, altération de la conscience, sueurs profuses, hyperleucocytose.

Le diagnostic est hautement probable si présence de 3 critères majeurs ou 2 critères majeurs et 4 critères mineurs.

2. Diagnostic biologique :

Biologiquement on retrouve :

- Une **hyperleucocytose** supérieure à 15 000 leucocytes par mm³, avec augmentation des PNN ;
- Des perturbations variées de l'ionogramme (hypernatrémie, hyperkaliémie...) ;
- Une augmentation des taux de **créatine phosphokinase (CPK) ++**, LDH, ALAT et ASAT.

III. Facteurs de risque :

Les facteurs de risque ont été précisés par de nombreuses études. Parmi ceux-ci, on peut citer l'existence :

- d'une maladie neurologique sous-jacente ;
- la déshydratation ;
- l'agitation ou l'administration rapide par voie parentérale de médicaments.

L'utilisation des neuroleptiques "incisifs" semble s'associer à un risque plus élevé de syndrome malin des neuroleptiques du fait qu'ils sont souvent prescrits à des doses élevées dans les urgences psychiatriques [23]. Mais pour assurer une prescription d'NLP prudente optimale ; le SMN peut survenir avec n'importe quels NLP.

IV. Critères diagnostiques du syndrome malin des neuroleptiques selon le DSM V :

Bien que le syndrome malin des neuroleptiques soit facilement reconnu dans sa forme constituée, il est souvent hétérogène à son début, dans sa présentation, dans sa progression et dans son issue. Les caractéristiques cliniques décrites ci-dessous sont celles considérées comme étant les plus importantes pour le diagnostic d'un syndrome malin des neuroleptiques d'après les recommandations des consensus.

⇒ **Caractéristiques diagnostiques :**

Les patients ont habituellement été exposés à un antagoniste dopaminergique dans les 72 heures avant le développement des symptômes. L'**hyperthermie** (*> 100,4 °F ou > 38,0 °C à au moins deux occasions sur la température prise oralement*), associée à une **diaphorèse ou hypersudation profuse** est une caractéristique distinctive du syndrome malin des neuroleptiques, qui le distingue des autres effets secondaires neurologiques des médicaments antipsychotiques.

Les élévations extrêmes de la température, reflétant un effondrement de la thermorégulation centrale, sont des symptômes qui soutiennent fortement le diagnostic de syndrome malin des neuroleptiques.

La rigidité généralisée, décrite comme en « **tuyau de plomb** » dans les formes les plus sévères, et l'absence de réponse aux agents antiparkinsoniens constituent une caractéristique cardinale du trouble et peuvent être associées à d'autres symptômes neurologiques (*p. ex. tremblements, sialorrhée, akinésie, dystonie, trismus, myoclonie, dysarthrie, dysphagie, rhabdomyolyse*).

On constate souvent **une élévation de la créatine-kinase** à des taux au moins quatre fois supérieurs à la limite supérieure de la normale. Un changement de l'état mental, caractérisé par un état confusionnel (delirium) ou une altération de la conscience allant de la stupeur au coma, est souvent un signe précoce. Les personnes affectées peuvent paraître alertes mais confuses et sans réaction, évoquant une stupeur catatonique.

L'activation et l'instabilité du système nerveux autonome – se manifestant par :

- Une **tachycardie** (fréquence > 25 % par rapport à la normale),
- La **diaphorèse**,
- L'**élévation de la pression artérielle** (systolique ou diastolique ≥ 25 % par rapport à la normale) ou les fluctuations de la pression artérielle (≥ 20 mmHg de changement sur la pression diastolique ou ≥ 25 mmHg de changement sur la pression systolique dans les 24 heures),
- L'**incontinence urinaire**, et la **pâleur** – peuvent être présentes à n'importe quel moment mais elles fournissent un indice diagnostique précoce.
- Il existe habituellement une **tachypnée** (fréquence respiratoire > 50 % par rapport à la normale) et il peut y avoir une détresse respiratoire – résultant d'une acidose métabolique, d'un hypermétabolisme, d'une restriction de l'ampliation thoracique, d'une pneumonie par inhalation ou d'une embolie pulmonaire conduisant à un arrêt respiratoire soudain.

Il est essentiel de procéder à un bilan diagnostique, comprenant des examens de laboratoire, afin d'exclure des étiologies infectieuses, toxiques, métaboliques et neuropsychiatriques (cf. « Diagnostic différentiel »).

Bien que plusieurs anomalies dans les analyses soient associées au syndrome malin des neuroleptiques, aucune anomalie particulière n'est spécifique de ce diagnostic.

Les personnes présentant un syndrome malin des neuroleptiques peuvent avoir une **leucocytose**, une **acidose métabolique**, une **hypoxie**, une **diminution de la concentration sérique de fer** et des **élevations des concentrations sériques en enzymes musculaires et en catécholamines**. Les résultats des analyses du liquide

céphalorachidien et ceux de la neuro-imagerie sont habituellement normaux tandis que l'électroencéphalographie montre un ralentissement général. Les résultats des autopsies chez les patients décédés se sont révélés non spécifiques et variables, dépendant des complications.

V. Diagnostic différentiel :

Le syndrome malin des neuroleptiques doit être distingué d'autres pathologies neurologiques ou somatiques sévères, y compris :

- **les infections du système nerveux central ;**
- **les pathologies inflammatoires ou auto-immunes ;**
- **l'état de mal épileptique ;**
- **les lésions structurales sous-corticales et d'autres affections générales (p. ex. phéochromocytome, thyrotoxicose, tétanos, coup de chaleur).**

Le syndrome malin des neuroleptiques doit aussi être distingué de syndromes similaires résultant de l'utilisation d'autres substances ou traitements, tels que :

- **le syndrome sérotoninergique (ADP ISRS) ;**
- **le syndrome d'hyperthermie parkinsonien faisant suite à l'arrêt brutal d'un agoniste dopaminergique (Dopamine) ;**
- **le syndrome de sevrage à l'alcool ou à des sédatifs (BZD) ;**
- **l'hyperthermie maligne survenant au cours d'une anesthésie (p.e. PROPOFOL « Diprivan® ») ;**
- **l'hyperthermie associée à l'abus de stimulants et d'hallucinogènes ;**

➤ **l'intoxication par l'atropine provenant des anticholinergiques.**

Dans de rares cas, des personnes présentant une schizophrénie ou un trouble de l'humeur peuvent présenter **une catatonie maligne**, laquelle peut être non distinguable d'un syndrome malin des neuroleptiques. Certains chercheurs considèrent le syndrome malin des neuroleptiques comme une forme iatrogène de la catatonie maligne. [6]

VI. Conduite à tenir devant un syndrome malin des neuroleptiques :

La prise en charge du syndrome malin des neuroleptiques est multidisciplinaire, et consiste à :

1. **Un arrêt immédiat ET IMPERATIF des neuroleptiques +++**
2. **Une hospitalisation dans un milieu de réanimation ++**
3. **Un traitement non spécifique :**
 - Réhydratation par VV périphérique NaCl 9 ‰ 1000cc/8h
 - Lutter contre l'hyperthermie : refroidissement externe, déshabiller, vessie de glace, ventilation, paracétamol...
 - Correction désordres électrolytiques.
 - Sédation : Diazépam 10mg/4h.
 - Benzodiazépines si anxiété, agitation.
 - Maintien d'une stabilité cardiovasculaire – ventilation mécanique et traitements anti-arythmiques si nécessaire.
 - Prévention des TVP par héparinothérapie.

4. Le traitement spécifique :

➤ Les formes légères à modérées :

– **Lorazépam** : 1–2 mg IV toutes les 4–6 heures jusqu'à régression des symptômes.

➤ Les formes modérées à sévères :

– **Dantrolène** : Bolus initial 2,5mg/kg en IV. La dose d'entretien 3–5mg/kg/24h continue pendant 1–3 jours en fonction de la régression des symptômes.

– **Bromocriptine** : 2,5mg/j par voie orale ou sonde nasogastrique jusqu'à régression des symptômes.

Le syndrome peut durer encore 5–10 jours après l'arrêt des neuroleptiques en raison de la demi-vie de ces médicaments.

La surveillance clinique repose sur le pouls, la température, la tension artérielle et la SaO₂. [5]

VII. Complications :

L'insuffisance rénale aiguë associée à la CVD et la rhabdomyolyse sont les complications les plus graves, suivies de l'insuffisance respiratoire et des arythmies cardiaques.

Des thromboses veineuses profondes, des embolies pulmonaires ainsi que des infarctus myocardiques ont été décrites. [5]

CONCLUSION

Dans notre société, la psychiatrie se décline de plus en plus fréquemment sur le mode et selon la temporalité de l'urgence à telle enseigne que l'abord des situations d'urgence psychiatrique et de crise est devenu un enjeu essentiel pour l'élaboration cohérente d'une politique de santé mentale.

La fréquence et la diversité des urgences psychiatriques ainsi que leur caractère dangereux, engendrent de lourdes charges et conséquences pour la société et constituent un véritable défi pour tout le personnel médical. Ce qui nécessite un abord spécial avec le malade mentale et la mise en œuvre de structures spécifiques d'accueil d'urgences.

Ce guide a pour but de :

- Rassembler l'ensemble des urgences psychiatriques en un seul guide pratique.
- Apporter à la fois une information accessible au personnel de santé et une formation pour la bonne prise en charge de ces urgences par un contenu pratique et une conduite à tenir simplifiée.
- Sensibiliser les étudiants en médecine à assimiler l'urgence psychiatrique comme partie intégrante des urgences médicales.

RESUME

L'urgence médicale est définie comme une situation du vécu humain requérant une intervention médicale immédiate et prompte sans laquelle le pronostic vital ou fonctionnel pourrait être engagé.

Force est de constater que parmi les consultants aux urgences, au moins un patient sur dix présente un tableau psychiatrique probant tandis qu'une proportion au moins aussi colossale vient en état de détresse psychique convoitant une aide et un réconfort.

Dans la pratique, la psychiatrie d'urgence concerne trois grands types de situations :

- D'une part, les urgences psychiatriques pures : ce sont des manifestations aiguës d'une maladie psychiatrique ; il peut s'agir d'une bouffée délirante, d'une mélancolie ou d'une crise brutale dans le cadre d'une maladie mentale chronique.
- D'autre part, les urgences qui sont mêlées à des problèmes médicaux : c'est le cas de la confusion mentale, des tentatives de suicide ou des problèmes aigus liés à l'alcool ou aux drogues.
- Enfin, au-delà de toute maladie, chaque crise affective ou sociale, un deuil, une séparation, un licenciement peuvent entraîner une réaction émotionnelle intense nécessitant une intervention spécialisée.

Notre travail consistera à recenser l'ensemble des pathologies psychiatriques à caractère urgent, les classer puis percer les éléments importants de leurs diagnostics et leur prise en charge d'une manière pratique et simplifiée. Cela nous permettra

d'élaborer tant un document de référence qu'un guide pratique, qui pourrait être d'une aide précieuse pour les professionnels de la santé pouvant être confrontée à des situations d'urgences psychiatriques (médecins urgentistes, médecins généralistes et psychiatres). Notre support sera aussi d'un ample intérêt pédagogique pour les professeurs de l'enseignement supérieur en psychiatrie ainsi que pour les étudiants en médecine leur permettant de mieux assimiler la spécificité de l'urgence en psychiatrie et d'appréhender la subtilité de sa prise en charge.

L'objectif principal de cette thèse est donc de faciliter l'accès à l'information en matière d'urgence psychiatrique en regroupant l'ensemble des urgences en un seul document multisupport (sur papier et en ligne) accessible aux médecins, professeurs de psychiatrie et étudiants en médecine.

ABSTRACT

Medical emergency is defined as a situation of human experience requiring immediate and prompt medical intervention without which the vital or functional prognosis could be engaged.

It should be noted that among the emergency room consultants, at least one in ten patients presents a convincing psychiatric picture and at least a same wide proportion comes presenting a state of psychic distress, in need of help and comfort.

In practice, psychiatric emergency concerns three main types of situations:

- On one hand, pure psychiatric emergencies: these are acute manifestations of a psychiatric illness; it can be a delusional whiff, a melancholy or a crisis in a chronic mental illness.
- On the other hand, emergencies that are mixed with medical problems: this is the case of mental confusion, suicide attempts or acute problems related to alcohol or drugs.
- Finally, beyond any illness, each emotional or social crisis, bereavement, separation, dismissal can lead to an intense emotional reaction requiring specialized intervention.

Our job will be to identify all the urgent psychiatric pathologies, classify them and then drill down the important elements of their diagnoses and their management in a practical and simplified way. This will enable us to develop both a reference document and a practical guide, which could be a great help for health professionals who may be confronted with psychiatric emergencies (emergency doctors, general practitioners and psychiatrists). Our support will also be of great educational

interest for professors of psychiatry as well as for medical students allowing them to better assimilate the specificity of urgency in psychiatry and to understand the subtlety of its taking into account.

The main objective of this thesis is to facilitate access to information on psychiatric emergencies by grouping all of them into a single multisupport document (paper and online) accessible to doctors, professors of psychiatry and medical students.

ملخص

تُعرّف حالة الطوارئ الطبية بأنها حالة بشرية تتطلب التدخل الطبي الفوري الذي بدونه يمكن تعريض الوظائف الحيوية أو الوظيفية للجسم للخطر.

على هذا الأساس يُلاحظ أن من بين مرضى قسم المستعجلات، واحد على الأقل من كل عشرة مرضى تظهر عليهم أعراض لأمراض نفسية قطعية في حين أن نسبة لا تقل على هاته يأتون في حالة من الاضطراب النفسي باحثين عن المساعدة الطبية.

في الممارسة اليومية ، يمكن ربط طوارئ الطب النفسي بثلاثة أنواع رئيسية من الحالات:

- من جهة ، توجد حالات الطوارئ النفسية الخالصة: تعتبر هذه الأخيرة مظاهر حادة لمرض نفسي كالهذيان، أو المالنخوليا السوداء أو أي أزمة حادة في إطار مرض عقلي مزمن.
- من جهة أخرى ، توجد حالات الطوارئ النفسية المختلطة بالمشاكل الطبية: هنا يمكن إدراج حالة الارتباك الذهني أو محاولات الانتحار أو الأزمات الحادة المتعلقة بالكحول والمخدرات.
- أخيراً ، وبعيداً عن أي مرض ، فإن كل أزمة عاطفية أو اجتماعية ، كالفقدان ، والفراق ، و الفصل من العمل يمكن أن تؤدي إلى رد فعل عاطفي شديد و حاد يتطلب التدخل الطبي.

يهدف إذاً العمل على هذه الأطروحة إلى تجميع و تصنيف مختلف الاضطرابات النفسية ذات طابع حاد و مستعجل مع التوضيح المفصل للعناصر المهمة لتشخيص هذه الحالات و كذا تفسير العلاج الطبي و الرعاية النفسية بطريقة مبسطة وعملية. في هذا السياق سيكون هذا العمل بمثابة مرجع و دليل عملي موجه إلى مهنيي الصحة (أطباء الطوارئ

والممارسين العامين والأطباء النفسيين) يمكن الرجوع إليه أمام أي حالة نفسية حادة و مستعجلة. زيادةً على قيمتها كمرجع طبي، يوجد كذلك توجه و جوهر تعليمي لهذه الأطروحة باستهدافها أساتذة التعليم العالي في الطب النفسي و طلاب الطب و ذلك بتمكين الأساتذة من تقريب الصورة للطلبة و بلورة استيعاب أفضل لخصوصية الأزمات الحادة و الطوارئ النفسية و كذا أهمية الفهم الدقيق لطريقة التعامل و العلاج الطبي لهذه الحالات.

ويبقى الهدف الرئيسي من هذه الأطروحة هو تسهيل الوصول إلى المعلومة المتعلقة بحالات الطوارئ النفسية بتجميعها في مرجع واحد (متوفر على شكل نسخة مطبوعة و نسخة إلكترونية) و جعله في متناول الأطباء وأساتذة الطب النفسي وطلاب الطب.

REFERENCES

- [1] Gaffiot, *Dictionnaire latin-français*, 1934.
- [2] De Clercq M. *Urgences psychiatriques et interventions de crise*. Bruxelles: De Boeck et Lancier; 1997.
- [3] Rapport A. Steg, 1989.
- [4] Guedj- Bourdieu M-J, *Urgences psychiatriques*, Elsevier Masson, 2011.
- [5] Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, *Référentiel de psychiatrie*. 2014
- [6] Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi. *American Psychiatric Association Critères diagnostiques Mini DSM-5*, 5^{ème} édition, 2015.
- [7] Sellal.F, Michel J.-M. *Syndrome confusionnel*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Neurologie, 17-023-A-40, 2011.
- [8] O. Chantillon - F. Galvao, *Cahier ECN -psychiatrie et pédopsychiatrie-*, 2008.
- [9] Tribolet .S, *Guide pratique de psychiatrie*, 5eme édition, revue collection reflexe, 2000.
- [10] <https://psychologie.savoir.fr/la-confusion-mentale-diagnostic-et-conduite-a-tenir/>
- [11] I. Gasman, J.-F. Allilaire. *Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et l'adulte*. ABREGES, Elsevier Masson, 2007

[12] Moritz.F, Jenvrin.J, Canivet.S Gerault.D. *Conduite à tenir devant une agitation aux urgences, Réanimation 13(2004) 500–506, Elsevier 2004.*

[13] <https://fr.wikipedia.org/wiki/Vell%C3%A9it%C3%A9>

[14] Juliette GREMION. *URGENCES PSYCHIATRIQUES, cours de psychiatrie des DCEM3, Question d'internat n° 060,*

[15] Pierre Levy-Soussan. *ENC, 3ème édition augmentée, 2007*

[16] Thèse du Dr Vincent DOUZON. *SYNDROME STUPEUX RECURRENT IDIOPATHIQUE, octobre 2010.*

[17] M. Passamar, O. Tellier, B. Vilamot. *L'agitation psychomotrice, la sédation médicamenteuse et l'urgence psychiatrique chez le patient psychotrope. Novembre 2011.*

[18] Stéphane MOUCHABAC, Christian GUINCHARD. *Apport des méthodes d'apprentissage automatique dans la prédiction de la transition vers la psychose : quels enjeux pour le patient et le psychiatre ?, L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE, Octobre 2013.*

[19] Pierre Levy-Soussan. *PSYCHIATRIE, Collection Med-Line, Edition 2001–2002.*

[20] Pr Marie-Christine HARDY-BAYLÉ. *Syndrome maniaque, Orientation diagnostique et principes du traitement. LA REVUE DU PRACTICIEN (Paris) 1998.*

[21] Retranscription d'un exposé oral de Mr Ritz, fév 87. Écrit et complété par Mr Dominique Giffard pour le site "Psychiatrie Infirmière" :

<http://psychiatriinfirmiere.free.fr/>, <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/psychiatrie/adulte/pathologie/melancolie.htm>

[22] *Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum « Item 19 », 2011.*

[23] *Montastruc. J.L, Bagheri.H, Senard. J.M, Syndrome malin des neuroleptiques et syndrome sérotoninergique : diagnostics positifs et différentiels et étiologies médicamenteuses. La Lettre du Pharmacologue – Volume 14 – n° 7 – septembre 2000.*

[24] *François PILLON, Actualités pharmaceutiques. N° 553, février 2016.*

[25] *Pr. M. YASSARI, Dr. R. KARROURI, Dr. A. KADDAF, Dr. Z. HAMMANI. Traitements psychotropes – grossesses et allaitement : mise au point pratique. Service de psychiatrie HMMI Méknès.*