

# L'urgence psychiatrique

R. MACHANE, T.M. BENATMANE  
Service de Psychiatrie,  
CHU Mustapha Bacha, Alger.



## Résumé

Notre pays a organisé au niveau de chaque secteur de psychiatrie un accueil pour les urgences psychiatriques. La demande au niveau des urgences ne cesse d'augmenter et s'explique par l'importance des situations de conflits dans la société, par les arrêts thérapeutiques des psychoses suivies au niveau des consultations, et par la fréquence de la demande des familles et des soignants face aux risques suicidaires des patients. Le travail du psychiatre au niveau des urgences est complexe et nécessite une formation, des compétences et un savoir-faire pour éviter d'ignorer au cours de l'urgence psychiatrique, la présence de maladies somatiques ayant un risque vital.

### >>> Mots-clés :

Urgence, psychiatrie d'urgence, agitation.

### Introduction :

Tout comme la médecine d'urgence a mis longtemps à accéder au statut de spécialité à part entière, la psychiatrie d'urgence est restée longtemps sous-estimée.

Ceci est moins le cas dans notre pays où depuis de nombreuses années, les services et les unités d'urgence existent au niveau de chaque secteur psychiatrique et au niveau de la plupart des Centres Hospitalo-Universitaires. Cette situation s'explique par plusieurs raisons : Tout d'abord l'accroissement considérable des demandes de prise en charge en urgence dans toutes les régions du pays. Les familles tolérant les troubles de leurs enfants longtemps après leur développement jusqu'à l'apparition d'une agitation ou de troubles graves du comportement. Cet accroissement peut également s'expliquer par la progression des situations de crise dans notre société et par la diminution, voire la disparition de divers intervenants sociaux. Ceux-ci devaient jusqu'alors permettre de faire face en amont aux près-urgences psychiatriques sans recours systématiques aux structures lourdes.

## Abstract

Our country has organized in each psychiatric sector a reception unit for psychiatric emergencies. The demand on emergencies continues to increase, due to the importance of conflicts situations in the society, by psychosis therapeutic follow-up withdrawal, and by the frequent families and caregivers request for patient's suicidal risk. The psychiatrist's work in the emergency unit is complex and requires training, skills and know-how in order not to miss during the psychiatric emergency the presence of life-threatening somatic diseases.

### >>> Key-words :

Emergency, emergency psychiatry, agitation.

Les enjeux quantitatifs sont également importants pour les établissements de santé pour qui l'accueil des urgences constitue un point de contrôle aussi bien favorable que défavorable sur les flux potentiels importants de malades.

Les autres raisons sont plutôt qualitatives : prise de conscience du rôle fondamental de l'accueil d'urgence dans le parcours de soins des patients psychiatriques, identification de nombreuses interactions médico-psychiatriques requérant une compétence, voire une expertise réelle.

### Définition de l'urgence psychiatrique :

Il est difficile de définir la notion d'urgence psychiatrique tant elle recouvre des situations variées : entre la simple consultation sans rendez-vous motivée par une rupture de médicaments, une rechute délirante après thérapeutique, une première crise d'anxiété, une insomnie tenace, et les troubles à l'ordre public conduisant à une

demande d'hospitalisation sous contrainte, il existe une gamme très large de demandes auxquelles le psychiatre d'urgence est censé pouvoir répondre avec la même disponibilité.

On peut définir l'urgence 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 son entourage, ou du médecin.

L'urgence nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique.

### Répondre à l'urgence psychiatrique :

L'urgence en psychiatrie se distingue de celle des autres spécialités par une caractéristique particulière.

La souffrance du patient ne peut être dissociée de son contexte. En effet, comment considérer et évaluer celle-ci, sans s'intéresser aux modalités d'entrée, la présence ou non d'un accompagnant, à sa coopération au cours de l'examen somatique, et enfin, à sa compliance à échanger avec le médecin ?

Il existe cependant plusieurs types de classification des urgences. L'approche opérationnelle semble la plus appropriée au travail réalisé dans les lieux recevant les urgences psychiatriques.

### Classification des urgences :

Trois types d'urgences se distinguent :

- **Les urgences psychiatriques pures** : le patient relève de la psychiatrie et, en l'absence de toute pathologie organique, il peut être pris en charge par une équipe de soins en psychiatrie. Toutes les manifestations aiguës des pathologies psychiatriques sont concernées. Tous ces états peuvent s'accompagner de troubles du comportement ou de passages à l'acte.

- **Les urgences mixtes** : le sujet présente des manifestations organiques et psychiatriques simultanées.

- **Les états aigus transitoires** : le patient est en situation de crise et présente des réactions émotionnelles intenses avec risque de passage à l'acte.

### Cas cliniques courants aux urgences

- **Les urgences psychiatriques pures** : Les urgences de la psychiatrie sont moins fréquentes que les situations de crise dans les structures d'urgence non exclusivement psychiatriques. Il ne faut pas les oublier pour autant, et le diagnostic doit être fait puisqu'elles peuvent mettre en jeu le pronostic vital du patient. Elles nécessitent parfois

une hospitalisation psychiatrique librement consentie ou sous contrainte lorsque la situation clinique le justifie.

Les principales urgences psychiatriques à ne pas méconnaître sous peine d'engager le pronostic vital du patient sont :

- **La mélancolie et sa forme délirante** : elle est marquée par l'existence nette, voire exacerbée, des symptômes dépressifs associés à une douleur morale intense. Les idées de faute et d'incurabilité sous-tendent les idées de mort ; dans ce cas, le risque suicidaire est majeur,

- **L'accès maniaque** : le patient est le plus souvent accompagné par sa famille épuisée et inquiète devant l'extravagance et l'agitation psychomotrice incohérente de leur proche. Il arrive que le patient soit amené par les pompiers ou la police dans un contexte d'agitation sur la voie publique. Il peut nier l'aspect pathologique de son état et être sujet à de violentes colères comme d'importantes crises d'angoisse, sources de passage à l'acte ;

- **L'état psychotique délirant et dissocié** : il est marqué par l'importance de l'effondrement du rapport du sujet au monde. La dissociation fait prendre au discours un aspect incohérent et le délire est au premier plan de l'entretien. Des phénomènes de dépersonnalisation et d'angoisse s'associent et font craindre la survenue de passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs impulsifs, mais non dénués de sens, l'état paranoïaque aigu est à rechercher précisément devant tout patient certain de la réalité d'intentions nuisibles à son égard. Il faudra préciser l'existence d'un persécuteur désigné faisant craindre un passage à l'acte hétéro-agressif pouvant être suivi d'un suicide ;

- **L'état délirant** : aigu induit par la prise d'un toxique. Il s'agit de syndromes délirants articulés à la prise de toxiques psychostimulants ou hallucinogènes. Ces états aigus surviennent chez des sujets jeunes pour lesquels la notion de prise de drogue peut être retrouvée. Le délire est massif, marqué par l'importance des hallucinations et associé à une dépersonnalisation et de fortes angoisses. Encore une fois, cette situation clinique fait craindre le passage à l'acte suicidaire ou hétéro-agressif. La connaissance des antécédents du patient est une aide précieuse au diagnostic, les contacts avec l'équipe psychiatrique soignante, si elle existe, permettent l'ajustement thérapeutique nécessaire et adapté au patient dans l'urgence, et son orientation adéquate dans le système de soins dont dispose cette équipe.

Ces situations imposent toutes en effet un traitement psychotrope en urgence et une hospitalisation en milieu psychiatrique.

• **Les états d'agitation** : l'agitation intense est un motif courant de référence au service de psychiatrie. Une étude américaine indique que l'agitation est présente dans 50 % des cas psychiatriques aux urgences.

L'évaluation du patient agité peut être une source d'anxiété pour les médecins psychiatres. Les causes de l'agitation sont multiples, il peut s'agir d'un problème médical, d'un problème psychiatrique ou de toxicomanie.

L'*American Association of Emergency Psychiatry* (AAEP) a publié récemment des lignes directrices consensuelles sur la conduite à tenir en cas d'agitation dans un esprit d'efficacité et de sécurité de l'intervention, mais également dans le souci de l'intérêt du patient. Auparavant, les lignes directrices mettaient l'accent sur les systèmes environnementaux et la médication. Pour la première fois, un document cadre sur le sujet aborde tous les aspects de l'intervention, du triage médical à la pharmacothérapie, en passant par l'évaluation et la désescalade verbale.

Le but consiste à apaiser le patient, à le calmer en réduisant au minimum la contention, par des moyens mécaniques et chimiques. La sédation excessive jusqu'à induire le sommeil couperait court à la possibilité d'interroger le patient et de l'évaluer.

Les deux grandes classes de médicaments les plus couramment utilisées dans la prise en charge du patient agité sont les benzodiazépines et les antipsychotiques. Les antipsychotiques englobent les antipsychotiques de première génération et ceux de seconde génération.

• **La crise suicidaire** : L'évaluation des risques est un volet important de l'évaluation psychiatrique. La plupart des cas dirigés vers les urgences par les consultations psychiatriques le sont pour l'évaluation du risque suicidaire.

La prévention du suicide demeure fondamentalement une science inexacte, et, en dernier ressort, c'est le psychiatre en fonction aux urgences, qui déterminera le degré de risque, et qui tranchera la question de savoir s'il est sécuritaire de laisser aller le patient, ou s'il est nécessaire de l'admettre avec son accord ou contre son gré. La détermination du risque suicidaire s'applique dans une gamme complexe de diagnostics et de manifestations cliniques.

Le psychiatre devra participer à de nombreuses évaluations pour être en mesure de déterminer le degré de risque et savoir si le patient présente des traits suicidaires chroniques et un comportement autodestructeur sans intention claire, ou si le risque est imminent.

L'évaluation du risque est un processus qui doit être

documenté, notamment la précision du degré de risque, soit faible, modéré ou élevé, et suivi de l'élaboration d'un plan conséquent.

• **Consommation d'alcool ou de drogues** : les problèmes de toxicomanie sont un motif courant de consultation aux urgences, soit dans près de 20 % des cas. Il peut s'agir de problèmes de toxicomanie seuls, ou de façon concomitante avec d'autres troubles mentaux. Près du tiers des personnes souffrant de troubles mentaux sont également addictes à des toxiques.

• **Cas médicaux complexes** : La comorbidité médicale est courante et elle ajoute à la complexité de l'évaluation aux urgences. Le risque d'affections médicales est le même chez les patients psychiatriques et dans la population en général, voire plus élevé chez les premiers. Le patient n'a peut-être pas de médecin référent, il se peut que la pauvreté ou les symptômes de la maladie le poussent à de mauvaises habitudes de vie, la médication psychotrope peut provoquer des effets indésirables néfastes sur le plan physique, les médecins peuvent attribuer les symptômes à la maladie mentale sans dépister systématiquement les affections médicales concomitantes.

### Interventions d'urgence :

Aux urgences psychiatriques, les interventions vont du traitement d'un symptôme en particulier à l'instauration du traitement du trouble psychiatrique. Le traitement peut être ponctuel ou le prélude à un traitement psychiatrique continu futur. Pour instaurer un traitement, il faut évaluer la nécessité d'un traitement et éliminer une contre-indication aux psychotropes.

Dans la gestion des situations d'urgence, la démarche biopsychosociale s'avère optimale. Dans une situation d'urgence, la pharmacothérapie aura pour but d'atténuer les symptômes de détresse afin que le patient puisse participer activement à son traitement.

Les médicaments d'usage courant aux urgences sont les benzodiazépines et les antipsychotiques pour contrer l'agitation, l'anxiété et l'insomnie. Le psychiatre doit connaître la spécificité des médicaments qu'il prescrit aux urgences.

Le savoir-faire dans l'intervention en situation de crise est nécessaire au service des urgences. Les personnes œuvrant aux urgences psychiatriques doivent savoir établir un rapport avec le patient en crise, cerner les déclencheurs de la crise, aider le patient à gérer ses émotions pénibles tout en proposant d'autres stratégies d'adaptation.

Enfin, de nombreux problèmes d'ordre social sont à l'origine de la situation de crise motivant la visite aux

urgences, ou du moins contribuent à l'aggravation du tableau clinique. L'équipe de psychiatrie d'urgence optimale est formée de professionnels qui ont une connaissance approfondie des ressources communautaires.

### Conclusion :

La place du psychiatre aux urgences n'est plus à promouvoir, elle est devenue nécessaire. Le partenariat créé entre le psychiatre et les urgentistes autorise une approche plus globale de la personne et répond à une multiplicité des intrications médico-psychologiques.

Cette collaboration permet un dépistage, et une gestion de l'urgence psychiatrique plus aisée.

Un des rôles du psychiatre au sein de l'équipe des urgences est également de maintenir l'alerte face à la - toujours possible - organicité des troubles psychiatriques.

Le travail du psychiatre aux urgences est complexe.

Il se doit à la fois de synthétiser une situation, d'entrer en relation avec une personne, de l'orienter pour sa prise en charge, tout en lui apportant, dès cette première rencontre, une aide, un apaisement, et donc un acte thérapeutique.

### Date de soumission :

16 Mai 2019.

### Liens d'intérêts :

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

### Références

1. Boiteux C, Clostre M, Querel C, Gallarda T. Urgence psychiatrique. EMC 2004, 37-678-A-10.
2. De Clercq M, Dubois V, Hoyois P, Andreoli A. L'alliance thérapeutique, objectif de la première rencontre au service des urgences. Rev Fr Psychiatr Psychol Med 1999;24:12-23.
3. Grivois H, Dauchy S, Mathieu P. Urgences psychiatriques. Paris : Masson « Abrégés ».
4. Launay C. Les différents dispositifs d'accueil des urgences psychiatriques. Ann Med Psychol 2002;160:191-3.
5. La crise suicidaire : reconnaître et rendre en charge. Conférence de consensus. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; 2000.
6. N nuns : Les urgences psychiatriques à l'hôpital général,
7. Bluenn Quillerou : les urgences psychiatriques : Annales médico Psychologique ; 2018
8. Jodi Lofchy, MD, FRCPC : La psychiatrie psychiatrie d'urgence, Canadien psychiatric association 2004
9. Guelfi, Manuelle de psychiatrie, 3 eme Edition
10. C. Boiteux : Psychiatric emergency ; EMC-Psychiatrie 1 (2004) 87-104

## Recommandations aux auteurs

Les articles soumis à publication doivent être envoyés à l'attention du directeur de la rédaction, adresse e-mail : [redaction@el-hakim.net](mailto:redaction@el-hakim.net), vous trouverez sur le site web de la revue ([www.el-hakim.net](http://www.el-hakim.net)), le détail des recommandations aux auteurs, qui devront être observées lors de la soumission de tout article.