



**Pr JB Garré**  
**Université d'Angers**  
**Département de Psychiatrie et de**  
**Psychologie Médicale**  
**CHU Angers**

**SPÉCIFICITÉS DES CONDUITES A TENIR**  
**AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES**

<http://www.med.univ-angers.fr/services/AARP/>

# URGENCES PSYCHIATRIQUES

- **Urgence** « Accueil de tout patient arrivant à l'hôpital pour des soins immédiats et dont la prise en charge n'a pas été programmée, qu'il s'agisse d'une situation d'urgence lourde ou d'une urgence ressentie »
  - (Société de Réanimation de Langue Française, 1990)
- **Urgence psychiatrique** « Demande dont la réponse ne peut être différée, nécessitant une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique »
  - (Commission des Maladies Mentales de l'Urgence en Psychiatrie, 1991)

# **DISPOSITIFS D 'ACCUEIL DE L 'URGENCE PSYCHIATRIQUE**

- **MEDECINS GENERALISTES**
- **SAMU-CENTRE 15**
- **HÔPITAUX GÉNÉRAUX**
- **STRUCTURES SPECIALISEES EN  
PSYCHIATRIE PUBLIQUE**

# **DISPOSITIFS D 'ACCUEIL DE L 'URGENCE PSYCHIATRIQUE**

- **MEDECINS GENERALISTES**
  - **11 % des consultants en MG ont une plainte d 'ordre psychologique**
  - **Souvent situations de crise**
  - **Problèmes de formation et de réseau de soins**

# **DISPOSITIFS D 'ACCUEIL DE L 'URGENCE PSYCHIATRIQUE**

- **SAMU-CENTRE 15**
  - **Troubles du comportement, agitation, confusion, délire, tentatives de suicide...**
  - **Problème de régulation téléphonique: ↗ des appels « psy »**
  - **Urgence médico-psychologique**
    - depuis 1995
    - catastrophes, événements collectifs ou traumatismes à fort retentissement émotionnel
    - problèmes des indications en psychotraumatologie

# **DISPOSITIFS D 'ACCUEIL DE L 'URGENCE PSYCHIATRIQUE**

- **HÔPITAUX GÉNÉRAUX**

- **1995, 1997: SAU (Service d'Accueil et de Traitement des Urgences), UP**
- **Plateau technique minimal et présence psychiatrique**
- **SAU: forte présence psychiatrique médicale et paramédicale 24h/24 et UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée)**
- **Dispositifs de 1ère ligne et de 1er recours**
- **Observatoires de la vie de la cité**
- **« Vitrines » de l'hôpital**

# **DISPOSITIFS D 'ACCUEIL DE L 'URGENCE PSYCHIATRIQUE**

- **HÔPITAUX GÉNÉRAUX**

- **Lieux accessibles, bien repérés et identifiés par la population et les acteurs sociaux**
- **Offre de soins immédiate, efficace, rassurante (caractère technique et médical), capable de soulager rapidement la souffrance**
- **2000 > 9 millions de personnes (1 Français sur 7)**
- **10-30 % nécessitant un abord psychologique**

# **DISPOSITIFS D 'ACCUEIL DE L 'URGENCE PSYCHIATRIQUE**

- **STRUCTURES SPECIALISEES EN  
PSYCHIATRIE PUBLIQUE**
  - **Centres d 'accueil et de crise**
  - **Centres Médico-Psychologiques**
  - **Unités d 'accueil et d 'orientation: CPOA,  
IPPP**
  - **Equipes mobiles**
  - **Inégalité et disparate géographique des  
réponses**

# URGENCES PSYCHIATRIQUES

## Deux niveaux d'utilité de la psychiatrie aux urgences

### Niveau 1 Services rendus à l'institution hospitalière

Intervention psychiatrique limitée et rapide

Fonction de tri-orientation

Conseil à l'équipe médicale

Rendement réel auprès du patient ?

### Niveau 2 Service réellement rendu au patient

Acte psychiatrique à souci thérapeutique

Lieu adapté, temps suffisant, équipe suffisante

Disponibilité

Articulation avec tous les acteurs du soin

(en amont et en aval)

Optimisation de la compliance

(Rapport des groupes de travail sur les urgences, 2002)

# **URGENCES PSYCHIATRIQUES**

## **TROIS GRANDS TYPES DE PATHOLOGIES**

- **Urgences psychiatriques pures**
- **Urgences intriquées, médico-psychiatriques**
- **Situations de crise ou de détresse psychosociale**

**(Rapport A. Steg, 1989)**

# URGENCES PSYCHIATRIQUES

- **Urgences psychiatriques pures**
  - **Décompensation aiguë d'une affection psychiatrique :**
    - épisode dépressif majeur
    - accès d'agitation maniaque
    - bouffée délirante aiguë
    - schizophrénie délirante et hallucinatoire
    - ...

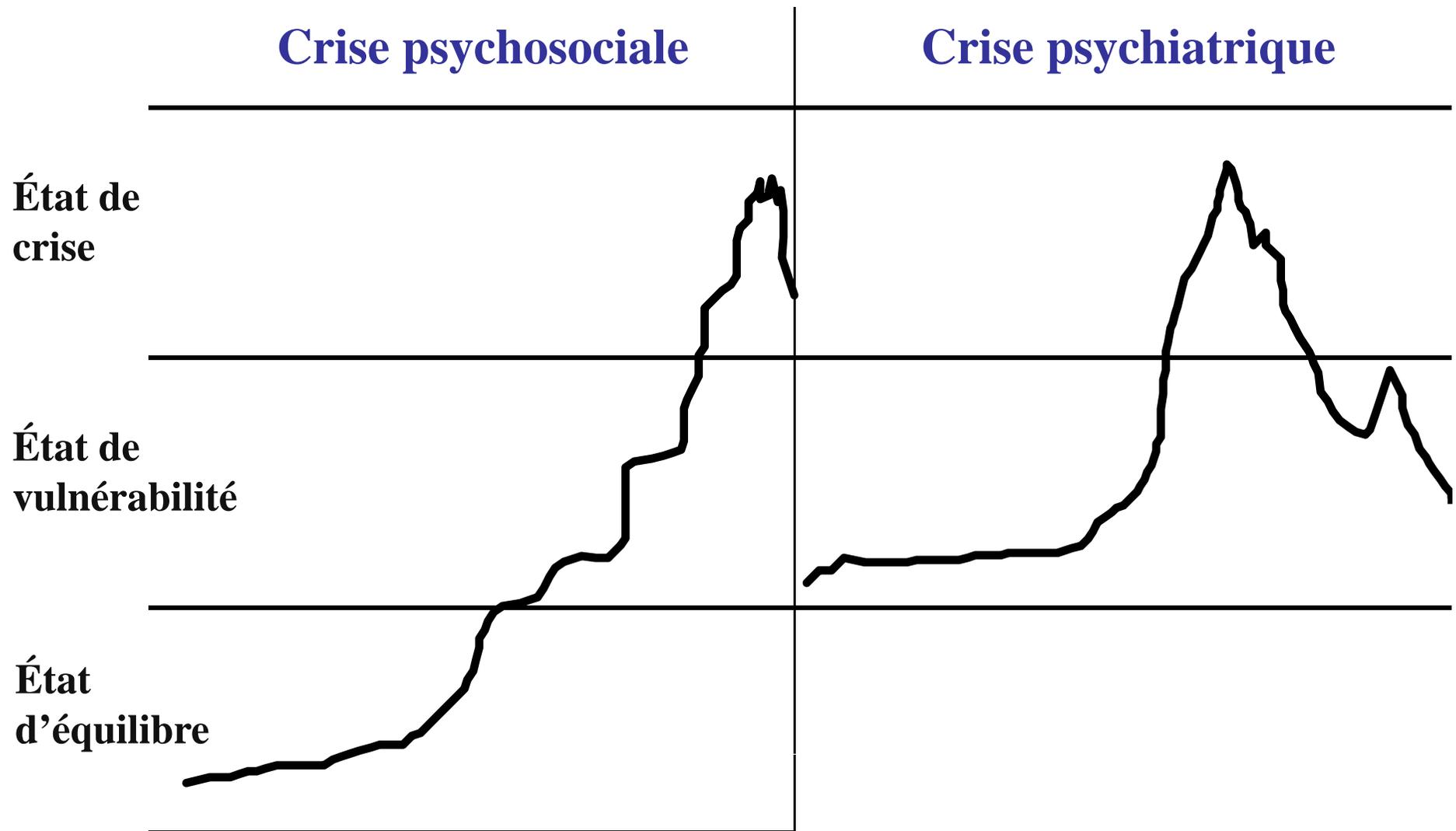
# URGENCES PSYCHIATRIQUES

- **Urgences intriquées, médico-psychiatriques**
  - **intoxication éthylique aiguë**
  - **gestion d'une tentative d'autolyse**
  - **encéphalopathie alcoolique**
  - ...

# **URGENCES PSYCHIATRIQUES**

- **Situations de crise ou de détresse psychosociale**
  - **Etats 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...**

# Crise psychosociale et crise psychiatrique



# **SPECIFICITES DES URGENCES PSYCHIATRIQUES PAR RAPPORT AUX URGENCES MEDICO- CHIRURGICALES**

- 1 Une urgence davantage **contextuelle** (conjoncturelle, situationnelle) que diagnostique
- 2 Un diagnostic souvent **syndromique**
- 3 Evaluer les **risques** liés à une situation et agir sur les facteurs de risque
- 4 Prise en compte de **l'entourage** et de **l'environnement**
- 5 Des **lieux d'expression et d'accueil** différents
- 6 Des niveaux très **variables** d'expression et d'intensité symptomatiques
- 7 Posant le problème de la **disponibilité** des intervenants
- 8 **Polymorphisme**, caractère trompeur, intrications médico-psychiatriques : prudence  
collaboration médecins / psychiatres
- 9 **Dangerosité** et aspects **médico-légaux** (loi du 27.06.90, Scam, fugues)

# **SPECIFICITES DES URGENCES PSYCHIATRIQUES PROPRES AUX CONDITIONS DE L 'EXAMEN**

- **L 'examen clinique**
- **Les examens paracliniques**

# URGENCES PSYCHIATRIQUES

## L 'EXAMEN CLINIQUE

- **Place de l 'examen physique**
  - Indispensable, même si bref
  - En général pratiqué avant l 'évaluation psychiatrique
  - Par un urgentiste
  - Parfois après sédation
  - Peut apaiser et rassurer
- **L 'entretien psychiatrique**
  - Règles techniques
  - Double finalité (dans le même temps)
    - analyse sémiologique et **évaluation** diagnostique ou syndromique
    - **thérapeutique** : établir un contact, entrer en relation, gagner et maintenir la confiance, rétablir une communication interrompue

# **URGENCES PSYCHIATRIQUES LES EXAMENS PARACLINIQUES**

- **Il n 'y a pas de bilan paraclinique standard**
- **Il n 'y a pas de bilan paraclinique sans examen clinique**
- **Il n 'y a pas de bilan paraclinique utile sans démarche, ie sans recherche orientée par des hypothèses**

# URGENCES PSYCHIATRIQUES

## LES EXAMENS PARACLINIQUES

- La démarche diagnostique de sécurité commence par le meilleur des examens complémentaires : **l'interrogatoire de l'entourage ou des témoins**
- **Exemples**
  - ATCD (dépression, TS, psychose, hospitalisation ou suivi spécialisés, épilepsie, asthme...)
  - chronologie d'installation (acuité, discontinuité)
  - nature d'une ordonnance médicamenteuse
  - modifications thérapeutiques récentes
  - lieu
  - voyage récent
  - banale crise comitiale

# URGENCES PSYCHIATRIQUES

## LES EXAMENS PARACLINIQUES

- En dehors des examens complémentaires simples et d 'usage courant (iono plasmatique, NFS, fonction rénale...), intérêt de quelques **examens à résultats immédiats**:
  - glycémie (hypo/hyperglycémie)
  - mesure de l 'éthanol dans l 'air expiré
  - ECG
  - oxymétrie de pouls
  - lecteur d 'Hb
- Place du **screening de toxiques**

# **URGENCES PSYCHIATRIQUES QUELQUES GRANDS DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS**

- **Défaillance viscérale grave**
- **Pathologie toxique**
- **Trouble métabolique ou de l'hydratation**
- **Syndrome infectieux**
- **Pathologie du SNC**
- **Ethylisme chronique**

# URGENCES PSYCHIATRIQUES

## ROLE DU PSYCHIATRE

- Intervient en **seconde intention**
- A la **demande** du médecin urgentiste
- En étroite **collaboration** avec lui et l'équipe infirmière
- Pour **avis** diagnostique et / ou thérapeutique
- Sur la base de son examen, rassemble toutes les informations pertinentes utiles au **diagnostic**, à la **décision thérapeutique** et à l'**orientation** du patient:
  - symptomatologie et diagnostic
  - qualité du réseau relationnel
  - dangerosité potentielle
  - évaluation de la demande du patient et de son entourage
  - appréciation de la compliance à la décision
- Permet l'instauration d'un **lien thérapeutique**

# URGENCES PSYCHIATRIQUES

## ROLE DU MEDECIN URGENTISTE

- Il intervient en **première intention**
- Il recherche une **pathologie organique** associée ou se traduisant par un trouble psychiatrique
- A partir de son évaluation clinique, des informations recueillies et de sa culture de psychiatrie d 'urgence, il établit un « **diagnostic psychiatrique d 'urgence** »
- Il doit pouvoir faire (sans recours systématique à un avis psychiatrique) un diagnostic de BDA, de manie, de mélancolie...comme il n 'attend pas un cardiologue pour porter un diagnostic d 'infarctus ou de fibrillation auriculaire
- Il assure lui-même un **rôle thérapeutique** par son examen médical, son écoute, la dédramatisation
- Il pose les premières indications de **soins** et d '**orientation**
- Il reste **responsable** du malade

# URGENCES PSYCHIATRIQUES

## URGENTISTES ET PSYCHIATRES

- **Le médecin urgentiste reste en première ligne** pour établir un premier diagnostic, décider des premiers gestes thérapeutiques et de l'orientation des patients
- **L'avis du psychiatre** est souvent nécessaire en urgence:
  - non pas tant devant des tableaux cliniques francs et typiques
  - que lorsqu'il existe un **risque suicidaire ou comportemental**
  - une **incertitude sur les troubles psychiatriques** présentés (BDA ou confusion ? Psychose délirante ou encéphalite ? Conversion ou organicité ? Agitation anxieuse ou intoxication ?)
  - et/ou une **incertitude sur le mode de prise en charge** à adopter (retour à domicile ou HP ? Reprise de contact avec un CMP ? Evaluation de l'adhésion à des propositions de suivi ? Intérêt d'un séjour dans un service de médecine: où ? Combien de temps ? Selon quels aménagements ?...)

**LE POINT DE VUE D 'UN MG  
SUR LES CONDITIONS ATTENDUES  
D 'UNE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE EN URGENCE**  
(JP Aubert, RP-MG, 7, 236, 1993)

- 1 Que le patient soit reçu par un **médecin** ;
- 2 Que ce médecin soit personnellement **connu** de moi ;
- 3 Qu'il soit **joignable**, ou qu'il dispose d 'un secrétariat accessible pendant mes propres heures de travail, et surtout les plus chargées, de 18 à 20 heures ;
- 4 Qu'il puisse m 'assurer un délai de prise en charge acceptable, **de moins de 24 heures** ;
- 5 Qu'il puisse s'engager à prendre en charge mon patient de façon **fréquente** si son état l'exige ;
- 6 Que, si possible, il tente d 'éviter l '**hospitalisation**, dont je connais l 'utilité dans certaines indications, mais qui n 'est pas toujours faste ;
- 7 Que je sois tenu **au courant** (courrier, téléphone) et que mon patient me soit **renvoyé** dans la mesure du possible ;
- 8 Qu'il puisse être pris en charge à **frais réduits**, et en particulier à 100 %, et en AMG.

## **QUELLES DEMANDES ?**

- **Explosion des demandes (3 % à 5 % par an, 60 % en 10 ans )**
- **Tentatives de suicide +++**
- **Syndromes dépressifs**
- **Troubles psychiatriques et alcool**
- **Pathologies psychiatriques à expression somatique**
  - **angoisse, conversion hystérique, plaintes hypochondriaques, dépression masquée, troubles psychosomatiques, troubles factices, pathomimie...**

## **QUELLES DEMANDES ?**

- **Retentissement psychologique et psychiatrique d'affections somatiques**
  - **anxiété, agitation, déni, inhibition, régression, dépendance, réactions dépressives, délirantes, persécutives...**
- **Affections somatiques à masque psychiatrique**
  - **confusion mentale...**
- **Patients psychotiques admis pour affection somatique intercurrente**

## QUELLES DEMANDES ?

- **Cas particulier des réquisitions à psychiatre pour personnes gardées à vue et examinées en urgence**
  - état de santé compatible ou non
  - « mini-expertise » (3 questions)

# ORIENTATION DU PATIENT

- **Retour à domicile avec consultation programmée (MG,  $\Psi$ , CMP, alcoologie, AS...)**
- **Hospitalisation**
  - lits-portes UHCD
  - CHU ou HG
  - CHS (HL, HDT)
  - clinique
- **Autres**
  - fugues, SCAM...

# LE PHENOMENE SUICIDAIRE

- Plus de **11 000 décès** par an
- **3000** par armes à feu, **1200** par médicaments
- Plus de **60 000** endeuillés
- **160 000 tentatives de suicide** par an
- Des causes multiples
- Pas de solution unique
- Impose une politique de petits progrès où chaque acteur de la collectivité a son rôle

# **Rapport entre la prévalence annuelle de suicides, de tentatives de suicide et d'idéation suicidaire**

- **Suicides : 20 pour 100 000  
personnes**
- **Tentatives : 600 pour 100 000  
personnes**
- **Idéation : 4000 par 100 000  
personnes**

**CHU ANGERS**  
**DEPARTEMENT DE PSYCHIATRIE ET DE**  
**PSYCHOLOGIE MEDICALE**

- **PSYCHIATRIE  
D 'ADULTES**

- **Hospitalisation**

- **Médecine psychosociale  
(8 lits)**
- **Suicidologie  
(12 lits)**

- **Psychiatrie de liaison**

- **SAU**

- **Consultations externes**

- **PSYCHIATRIE  
ENFANTS ET  
ADOLESCENTS**

- **Unité  
d 'adolescents**

- **Pédopsychiatrie de  
liaison**

- **Urgences  
pédiatriques**

- **Consultations  
externes**

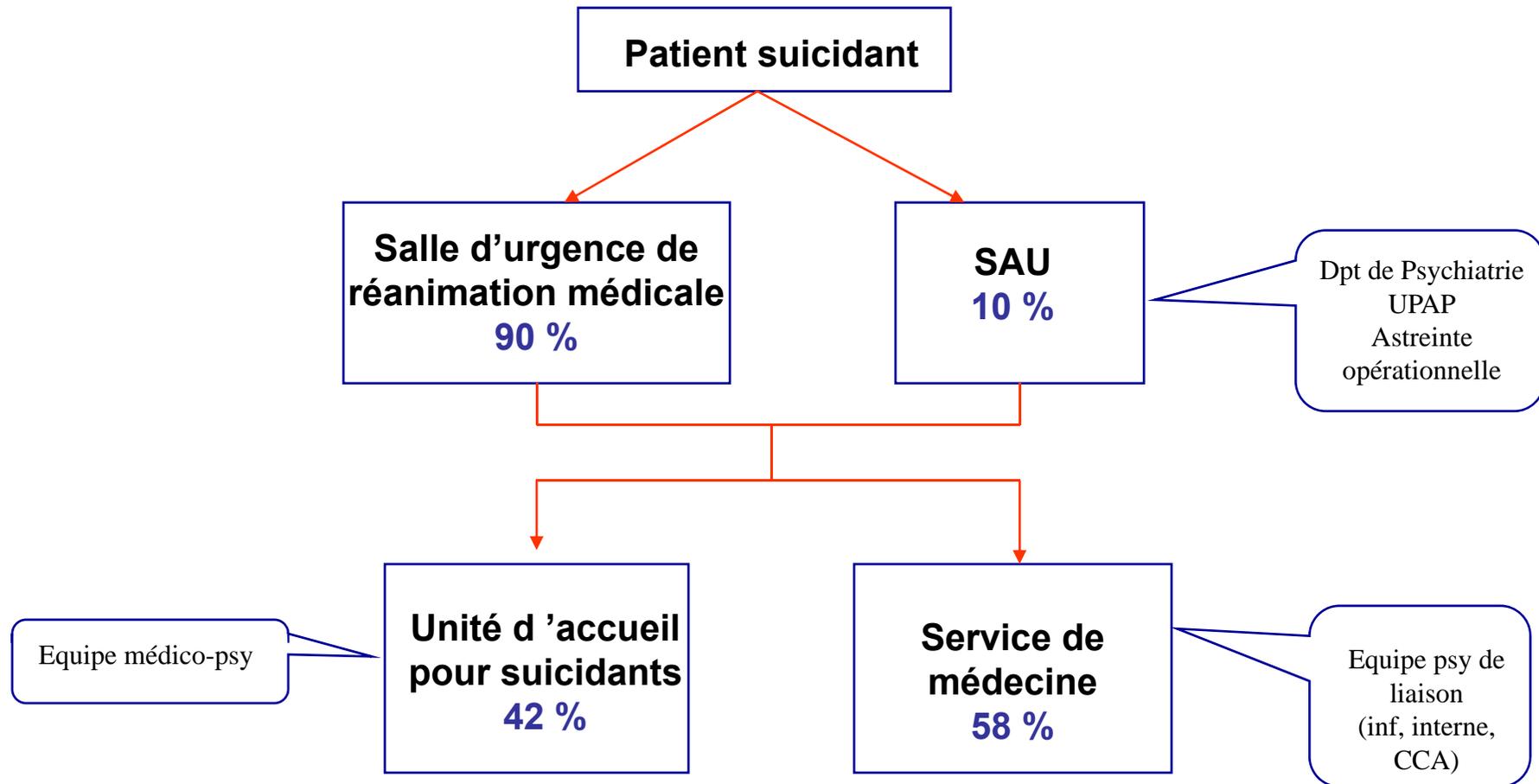
**CHU ANGERS**  
**DEPARTEMENT DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE MEDICALE**  
**EFFECTIFS**

<b>Psychiatrie d'Adultes</b>		<b>Pédopsychiatrie</b>	
<b>PU-PH ( Pr JB Garré)</b>	<b>1</b>	<b>PU-PH (Pr Ph Duverger)</b>	<b>1</b>
<b>PH (Dr B Gohier)</b>	<b>1</b>	<b>PH (Dr J Malka Dr AS Chocard)</b>	<b>2</b>
<b>CCA</b>	<b>2</b>	<b>CCA</b>	<b>1</b>
<b>Praticiens attachés</b>	<b>10 (vacations hebdomadaires)</b>	<b>Praticiens Attachés</b>	<b>4 (vacations hebdomadaires)</b>
<b>Internes</b>	<b>4</b>	<b>Internes</b>	<b>1</b>
<b>Médecins Césame</b>	<b>9 (vacations hebdomadaires)</b>		
		<b>Psychologue</b>	<b>1</b>
<b>Secrétaires</b>	<b>2 (à temps partiel soit 180%)</b>	<b>Secrétaire</b>	<b>1 (à temps plein, soit 100%)</b>

**CHU ANGERS**  
**DEPARTEMENT DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE**  
**MEDICALE PSYCHIATRIE D 'ADULTES**  
**INFIRMIERS DE SANTE MENTALE = 15 + 1 CADRE INFIRMIER**

<b>Unité Paramédicale d'Accueil Psychiatrique (UPAP)</b>	<b>7</b>
<b>Psychiatrie de liaison</b>	<b>1</b>
<b>12 lits suicidants</b>	<b>3</b>
<b>8 lits psychosociaux</b>	<b>3</b>
<b>Addictologie</b>	<b>1/2</b>
<b>Samu social</b>	<b>1/2</b>

# Organisation des soins



# SUICIDE : UN «FAIT SOCIAL TOTAL » ?

(Marcel MAUSS)

## EPIDEMIOLOGIE

(démographie, statistiques,  
quantification, santé  
publique...)

## ASPECTS SOCIAUX

(sociologiques,  
juridiques,  
criminologiques,  
économiques...)

## MEDECINE

(médecine générale, légale,  
urgences, toxicologie,  
réanimation, psychiatrie,  
biologie, génétique...)

**SUICIDE  
TENTATIVE DE SUICIDE**

## ETHNOLOGIE

(ethnopsychiatrie...)

## THERAPEUTIQUE ET PREVENTION

## MORALE

ETHIQUE RELIGION  
PHILOSOPHIE

## PEDAGOGIE

(école, monde éducatif...)

## PSYCHOLOGIE

(Psychopathologie,  
psychanalyse...)

## ASPECTS CULTURELS

(historiques,  
littéraires,  
esthétiques  
...)

# **LE PHENOMENE SUICIDAIRE (SUICIDES, TS, CRISES SUICIDAIRES)**

- **Appelle de multiples lectures**
- **Capitalise et condense les significations**
- **Par son caractère**
  - **de triple urgence: médicale, psychologique et sociale**
  - **inter trans et pluri disciplinaire**
- **Oblige à la liaison, au réseau, au dialogue et à la collégialité**

# SAU CHU ANGERS 2004

## ACTIVITE PSYCHIATRIQUE

- 2506 admissions « psychiatriques »
- 1855 patients (file active)
- 11,5 % des urgences médicales
- Passages 43 619
  - Médecine 21 790
  - Chirurgie 21 829

# **SAU CHU ANGERS 2004**

## **ACTIVITE PSYCHIATRIQUE**

- **Diagnostics les plus fréquents**
  - **syndrome dépressif (29 %)**
  - **troubles liés à l'alcool (25 %)**
  - **troubles anxieux (13 %)**
  - **états délirants (9%)**
  - **réquisitions: 3,7 personnes par mois**
- **Tentatives de suicide (2,7 patients adultes / jour)**

# SAU CHU ANGERS 2004

## ACTIVITE PSYCHIATRIQUE

- **Orientation des patients**
  - retour à domicile 37 % ( $\pm$  via UHCD)
  - hospitalisation 60 %
    - 1/2 services du CHU
    - 1/2 au CHS (dont 4.5 % en HDT)
  - fugues 3 %

# **FACTEURS FAVORISANTS DU RECOURS AUX STRUCTURES D 'URGENCE EN PSYCHIATRIE**

- **➤ précarité, violence, insécurité, alcool, toxiques, conflictualité, souffrance au travail...**
- **Détente du lien social et familial**
  - **dissolution des solidarités naturelles**
  - **fragilité des cellules familiales**
  - **isolement (pb du tiers et de la personne de confiance)**
  - **intolérance à la différence**
- **Absence d 'interlocuteur (médical, social...) en amont**

# **FACTEURS FAVORISANTS DU RECOURS AUX STRUCTURES D'URGENCE EN PSYCHIATRIE**

- **Mauvaise image de la psychiatrie**
- **Problème d'éducation du public: tout, tout de suite et « droit » à l'urgence**
- **Politique de fermeture des lits en psychiatrie de secteur (120 000 → 50 000 en 50 ans), d'accélération du turn-over (DMS 300 jours → 35) et de « porte tournante »**
- **Pb de fonctionnement des structures: horaires des CMP, encombrement des structures ambulatoires, délais des RV...**

# CONCLUSIONS

(1)

- **Un succès...inquiétant**
- **Traduisant une évolution (irréversible?)**
  - **dans la conception des soins**
    - **de la maladie mentale à la souffrance psychique**
    - **de la décompensation d'une affection psychiatrique grave au trouble banal de l'adaptation**
    - **de l'urgence psychiatrique à la crise psychosociale**

# CONCLUSIONS

## (2)

- **Un succès...inquiétant**
- **Traduisant une évolution**
  - **dans l'émergence de nouvelles demandes**
    - **médico-psycho-sociales**
    - **clientèles ciblées: personnes âgées, adolescents, exclus, victimes, délinquants...**

# CONCLUSIONS

(3)

- **Un succès...inquiétant**
- **Suscitant un certain nombre de questions**
  - **toute souffrance psychique relève-t-elle exclusivement du champ sanitaire?**
  - **Faut-il médicaliser toute situation de deuil ou de perte, toute douleur psychique? Faut-il psychiatriser toute annonce de cancer? chaque accident de la route? Avons-nous collectivement perdu l'art de consoler?**
  - **Irréalisme et pensée magique: « La cellule est sur place... »**

# CONCLUSIONS

(4)

- **Un succès...inquiétant**
- **Et provoquant un certain malaise chez les intervenants**
- **Témoin d'une nécessaire clarification des rôles et missions dévolus à chacun dans son champ: médical, psychiatrique, psychologique, social, éducatif, judiciaire...**

**PSYCHIATRIE et URGENCES**  
**VISAGES DE LA SOCIETE ACTUELLE**

- **Raymond LEPOUTRE et Jean de KERVASDOUE** (sous la dir.) *La santé mentale des Français. O. Jacob, 2002.*
- **Jean PENEFF** *Les malades des urgences. Métailié, 2000.*
- **Jacques GAILLARD** « *Des psychologues sont sur place... Où nous mène la rhétorique des catastrophes?* » *Mille et une nuits, 2003.*

**PSYCHIATRIE et URGENCES**  
**VISAGES DE LA SOCIETE ACTUELLE**

- **JB Garré, JP Lhuillier, Ph Duverger, Ph Bourrier « Urgences psychiatriques »**  
in **JL Senon, D. Sechter, D Richard,**  
***Thérapeutique psychiatrique*, Hermann,**  
**1995, 919-955**

**PSYCHIATRIE et URGENCES**  
**VISAGES DE LA SOCIETE ACTUELLE**

**ANNEXE 1**

**VIGNETTES CLINIQUES**

# URGENCES PCHIATRIQUES CAS CLINIQUE N° 1

- **Homme de 36 ans**, amené par la police au SAU à 2h du matin.
- **Informations transmises par la police:**
  - appel d'un restaurateur pour un client refusant de payer l'addition
  - agressif dans le restaurant
- **Intervention de la police:**
  - agitation du client
  - manifestement alcoolisé
  - agressivité physique et verbale
  - menaces
  - il se serait débattu et aurait agressé les policiers
- **Au SAU**
  - il est menotté
  - il continue d'être agressif envers les policiers qu'il invective
- **Il est installé dans une salle**
  - il est beaucoup plus calme
  - il est détaché par les forces de l'ordre...qui s'en vont

# URGENCES PSYCHIATRIQUES CAS CLINIQUE N°1

- **Questions**

- 1/ Conduite de l'examen d'un patient potentiellement agressif
- 2/ Comment maîtriser le patient s'il devient de nouveau agressif ou violent ?
- 3/ Principes des interactions entre police et soignants

# URGENCES PSYCHIATRIQUES CAS CLINIQUE N° 2

## (A)

- **M. H., 42 ans**, est amené au SAU dans la voiture de son médecin alcoologue qui l'accompagne.
- **Eléments biographiques**
  - marié, un fils de 5 ans
  - artificier, actuellement chômeur en fin de droits
- **ATCD**
  - **alcoolisme chronique** depuis 15 ans avec dépendance physique. Plusieurs cures de sevrage dont une hospitalière à Fiessinger 1. Suivi régulier en consultation d'alcoologie. Prend actuellement: lorazépam (Témesta ®) 1 mg x 3 / j.
  - une **TS** (BZD + alcool) à 30 ans, au décours du divorce de son premier mariage.

# URGENCES PSYCHIATRIQUES CAS CLINIQUE N° 2

## (B)

- **HDM**

- **Mésentente conjugale** depuis plusieurs mois, centrée sur la reprise d'une consommation régulière d'**alcool**.
- **Le jour même**: nouvelle altercation du couple, au cours de laquelle Mde H. quitte le domicile avec son fils, signifiant une rupture définitive.
- Après s'être alcoolisé massivement et avoir absorbé plusieurs cps, M. H. **se ceinture d'explosifs**, se rend au centre d'alcoologie et relate ses idées suicidaires à son médecin qui le dépose immédiatement au SAU.

# URGENCES PSYCHIATRIQUES CAS CLINIQUE N° 2 (C)

- **Aux urgences**
  - **Dans le hall d'accueil, l'alcoolologue** signale en chuchotant à la secrétaire (1ère personne rencontrée portant une blouse blanche) qu'il est accompagné d'un « homme dangereux qui a une bombe sur lui ».
  - **La secrétaire** appelle immédiatement l'infirmière psychiatrique de l'**UPAP** présente sur les lieux qui s'isole aussitôt dans un box fermé avec le patient.

# URGENCES PSYCHIATRIQUES CAS CLINIQUE N° 2

## (D)

- Le **psychiatre d 'astreinte** est appelé conjointement. Lorsqu 'il arrive au SAU, l 'affluence est à son comble (18h), ce qui est habituel et rien ne permet de suspecter la situation. Il fait prévenir les services de sécurité et entre dans le box fermé.
- Le **tableau clinique** est celui d 'un état d 'alcoolisation aiguë: haleine oenolique, labilité émotionnelle, tension psychique intense. Le discours est compréhensible et les propos centrés sur la séparation. Menace exprimée de « tout faire péter si ma femme ne revient pas ». Pas d 'éléments délirants. Aucun élément de culpabilité.

# URGENCES PSYCHIATRIQUES CAS CLINIQUE N° 2 (E)

- **Questions**

- 1/ **Selon vous, quelle est la dangerosité de ce patient et comment l'évaluez-vous ?**
- 2/ **L'accueil a-t-il été correctement effectué ? Si non, en quoi ? Qu'aurait-il fallu faire ?**
- 3/ **Exposez la technique de contention d'un patient alcoolisé désarmé.**
- 4/ **Quelle prévention du risque pouvons-nous organiser ?**

# URGENCES PSYCHIATRIQUES CAS CLINIQUE N° 3

## (A)

- Mde J., 26 ans, arrive aux Urgences, accompagnée par les pompiers pour **TS médicamenteuse** (bromazépam, Lexomil® 5 baguettes).
- **A l'arrivée, la prise en charge**
  - installation dans un box de soins, prise des constantes (normales), pose d'une perfusion et ECG (RAS).
  - La vigilance normale permet le recueil des données:
    - selon la patiente, il s'agit d'une prise médicamenteuse dans un contexte de maltraitance et de viols répétés de la part de son concubin (père de leur fille de 5 ans), qui ne vit plus au domicile, mais aurait conservé les clefs de l'appartement.
    - Décrit par la patiente comme très violent, avec un lourd passé de délinquance, de prison ferme et de toxicomanie. Elle demande protection et supplie l'infirmière présente de faire le nécessaire pour qu'il ne puisse pas rentrer dans le service.

# URGENCES PSYCHIATRIQUES CAS CLINIQUE N°3

(B)

- **En fait:**

- Il se trouve déjà dans les locaux, devant la porte du box de soins, impatient de rentrer « pour discuter avec elle ».
- L'infirmière sort et lui propose un entretien dans un lieu autre que le couloir.
- Il refuse de la suivre et l'insulte d'emblée, l'accusant de lui refuser l'accès du box.
- L'infirmière tente de lui expliquer qu'il s'agit de permettre à sa compagne de se reposer et qu'elle souhaite rester seule pour l'instant.
- Il lui crache alors au visage et force le passage.
- La patiente se rallie alors à lui et tous deux reprochent à l'infirmière d'avoir pris l'initiative d'empêcher le contact entre eux.

- **Au final:**

- Intervention des vigiles prévenus, signifiant à l'homme qu'il doit quitter les lieux.
- Prise en charge de la patiente et hospitalisation à l'UHCD.
- On apprendra plus tard que c'est la patiente qui avait averti, sur son portable, son concubin de son arrivée aux urgences.

# URGENCES PSYCHIATRIQUES CAS CLINIQUE N° 3

- **QUESTIONS** (C)
  - 1/ Décrivez les différents types de violences rencontrés dans cette observation.
  - 2 Aurions-nous pu éviter ces troubles et si oui, comment ?

## URGENCES PSYCHIATRIQUES CAS CLINIQUE N°4 (A)

- **Dimanche, 18h 45, Mlle Katia L., 27 ans, est amenée au SAU par le SAMU, qui a été appelé par des amis. Elle s 'était rendue au 13ème étage d 'une tour et **menaçait de se précipiter**. Un ami s 'est jeté sur elle pour éviter qu 'elle ne bascule dans le vide. Le SAMU a dû parlementer longuement avec elle (1h) pour la décider à venir au CHU.**
- **Quatre jours auparavant, elle a pris chez elle, seule, un cocktail de 40 cp (Tranxène 50, Xanax, Prozac...). Elle est restée comateuse à son domicile pendant 2 jours et n 'a été trouvée par ses amis que vendredi soir. Ceux-ci l 'ont conduite dans la nuit au SAU: vue par l 'infirmière UPAP, elle a refusé de rester et elle est ressortie sous surveillance de ses amis (très présents, aidants, attentifs et conscients du risque suicidaire). Elle a cependant échappé à leur surveillance le dimanche. La veille, elle avait tenté de mettre un sèche-cheveux dans son bain.**
- **L 'observation du SAMU rapporte un contexte de **rupture sentimentale** avec une amie et conclut : « Nécessité d 'une prise en charge psy et surveillance ++ HDT très probable ».**

# URGENCES PSYCHIATRIQUES CAS CLINIQUE N° 4(B)

- **A son arrivée**
  - imprégnation médicamenteuse résiduelle. Avait déjà pris beaucoup de cp les jours précédents et aurait dormi 2 jours. Lucide, présente, non confuse.
- **A l'entretien**
  - pas d'agitation. Calme, dialogue aisément. Aucun propos incohérent. Pas de trouble psychotique. Pas d'altération cognitive.
  - Habillée dans son box, sur le départ. D'emblée : « Je ne veux pas rester ici ».
  - Banalisation et minimisation.
  - Vient de vivre une rupture amoureuse alors qu'elle vivait avec son amie depuis 5 ans.
  - Epreuve depuis longtemps une difficulté à vivre avec une lassitude existentielle (« A quoi bon ? Tout ça n'a plus d'intérêt...Ma vie n'a jamais eu de sens »).
  - 1ère TS à l'âge de 12 ans, à la mort de son chat. Plusieurs TS médicamenteuses (minimisées et n'ayant jamais donné suite à prise en charge) au cours de sa vie.

# URGENCES PSYCHIATRIQUES CAS CLINIQUE N°4

## (C)

- **Aucun suivi psychiatrique. Pas de traitement régulier. Son MT, qui la connaît peu, lui a prescrit à l'occasion BZD et IRS, qu'elle n'a pas pris.**
- **Fille unique. Parents tous deux infirmiers psychiatriques. Sa mère est décédée il y a 2 ans, à 43 ans: mort brutale à son domicile, peut-être un suicide. Manque beaucoup à sa fille (pleurs à l'évocation). Père: très peu de contacts avec lui; ne veut pas qu'il soit mis au courant.**
- **Examen physique**
  - **sans particularités, en dehors d'un discret syndrome cérébelleux (BZD) ;**
  - **constantes vitales, NFS, plaquettes, iono S, CRP : RAS.**

# URGENCES PSYCHIATRIQUES CAS CLINIQUE N° 4 (D)

- **Dans un premier temps:**
  - après avoir vainement essayé de la convaincre d 'accepter une HL en milieu spécialisé (« il n 'en est pas question...Je connais Ste Gemmes, avec mes parents j 'en ai entendu parler toute mon enfance, et d 'ailleurs j 'y ai fait un stage... »)
  - et avoir écarté une hospitalisation à F2 (qu 'elle refuse et : « faites-moi confiance...je peux vous téléphoner tous les jours si vous voulez... »),
  - le psychiatre d 'astreinte met en place une HDT (20h):
    - 1er certificat : « Adressée en urgence au CHU par le SAMU pour menace suicidaire (était sur le rebord d 'une fenêtre au 13ème étage d 'une tour après avoir échappé à la surveillance de ses amis). Est déjà venue au SAU dans la nuit de vendredi pour IV. Est sous le coup d 'une rupture sentimentale récente avec son amie. ATCD de TS à 12 ans. Période anniversaire du décès brutal et inexplicable de sa mère il y a 2 ans (deuil difficile). Crise suicidaire depuis 1 semaine. Banalise et minimise +++ Présentation faussement rassurante. Potentiel suicidaire extrêmement élevé avec risque élevé, urgence élevée et dangerosité élevée ».



**PSYCHIATRIE et URGENCES**  
**VISAGES DE LA SOCIETE ACTUELLE**

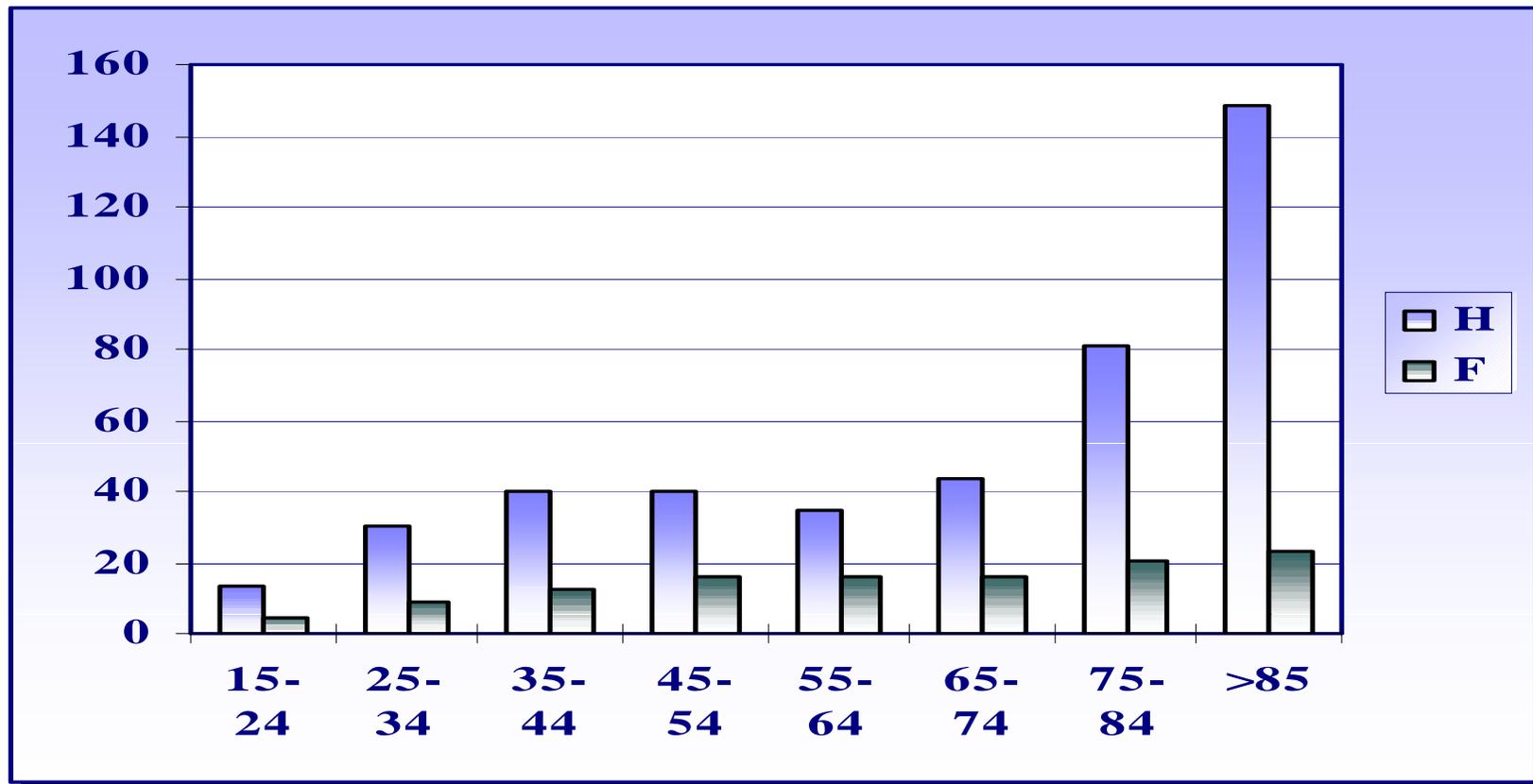
**ANNEXE 2**

**SUICIDOLOGIE**

# Programme National de Prévention du Suicide

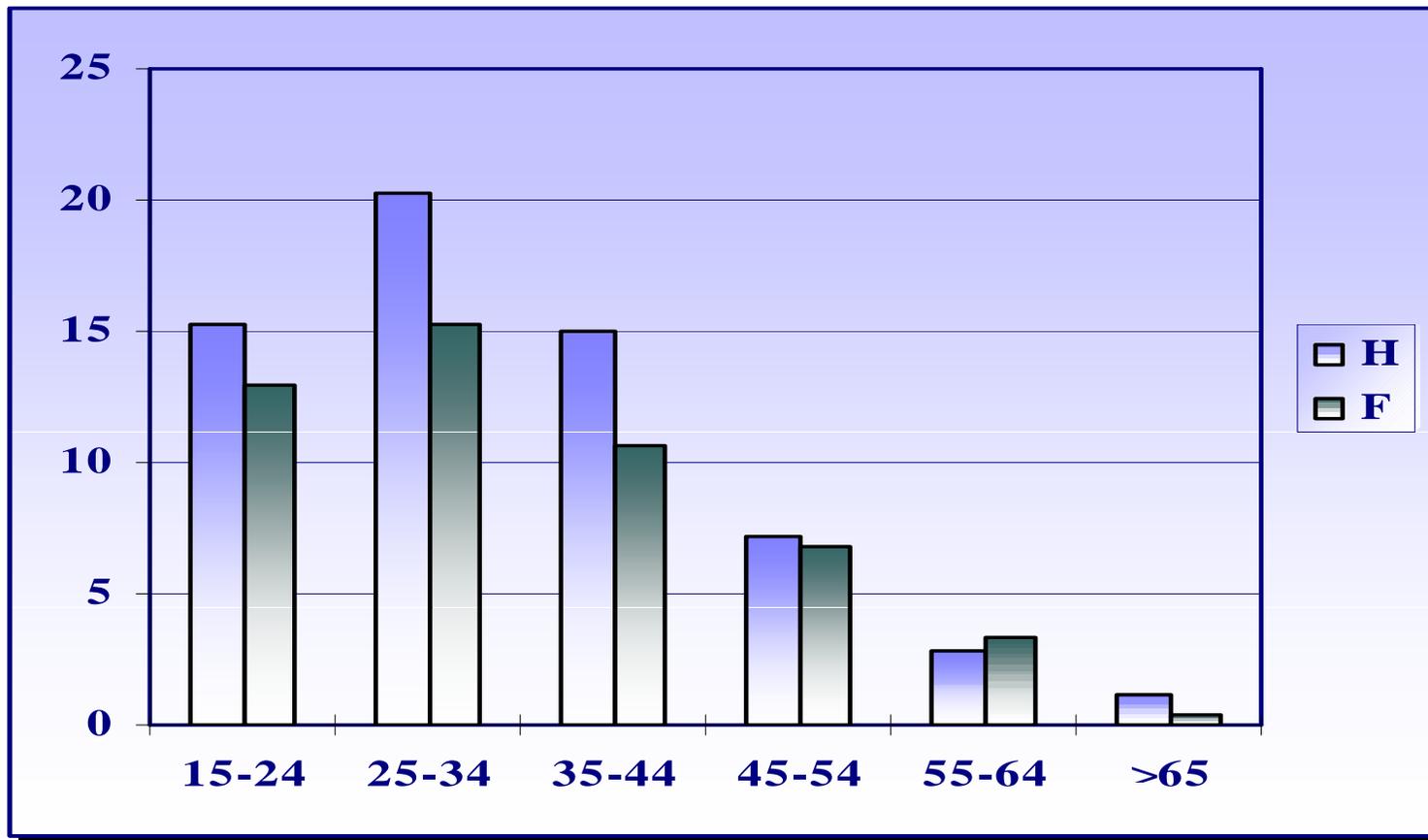
Taux de mortalité par suicide

Nombre annuel de décès / 100 000 individus de la tranche d'âge

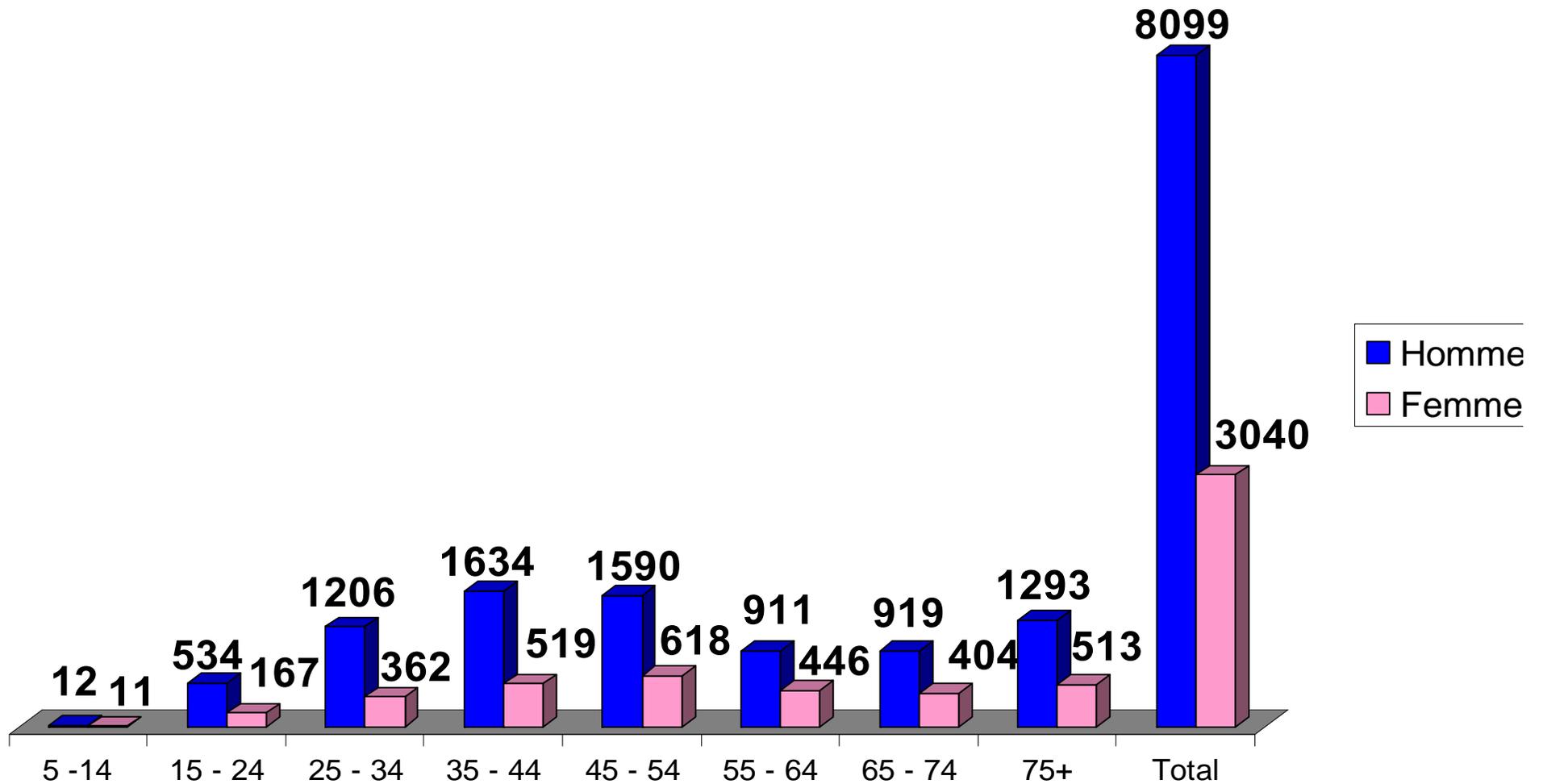


# Programme National de Prévention du Suicide

*Part du suicide dans la mortalité % de l'ensemble des décès de la tranche d'âge France métropolitaine (FNORS) - Taux moyen annuel (1995-97)*



# Nombre de suicides par groupe d'âge et par sexe. France, 1997



# Autopsie psychologique

**« Collecte d'informations visant à reconstruire la vie et le profil psychologique des décédés, incluant des détails sur les circonstances, les comportements et les événements ayant précédé la mort de l'individu »**

**Schneidman et Farberow**

*Suicide. Autopsie psychologique, outil de recherche et de prévention*

**Expertise collective, INSERM, mars 2005**

# Problèmes Psychiatriques chez les victimes de suicide (%)

	Shafii (1988)	Rich (1986)	Brent (1988)	Runeson (1989)	Marttunen (1991)	Brent (1993)	Apter (1993)	Shaffer (1994)
Troubles indifférenciés	95	96	93	-	94	90	81	91
Troubles affectifs	76	35	63	43	52	49	58	61
Abus de substances psycho-actives	62	66	41	47	26	27	0	35
Troubles des conduites	-	9	22	-	17	28	5	46
Troubles anxieux	-	-	15	4	4	12	7	27
Troubles de l'adaptation	-	11	0	14	21	0	7	11
Schizophrénie	-	5-17	-	14-17	6	0	7	3
Troubles déficitaires de l'attention	-	-	26	-	4	13	-	8
Absence de trouble	5	4	7	2	6	10	19	9

La plupart des échelles utilisées en suicidologie visent à établir une **prédiction du phénomène** en termes d'analyse de facteurs de risque

- sachant qu'il existe 2 grandes catégories
  - Facteurs de risque **socio-démographiques**
  - Facteurs de risque **psychopathologiques**
  
- Et que cette analyse comporte des **difficultés spécifiques** à la suicidologie

# LES DIFFICULTÉS DE LA PRÉDICTION DU SUICIDE

- **Rareté** du suicide et grand nombre de **faux positifs**
  - 1% des primo-suicidants se suicident dans l'année, soit 10 sur 1000 suicidants
  - Une échelle à spécificité et sensibilité élevées (80 % par ex) va identifier 200 sujets à risque, incluant 8 des 10 suicidés, mais aussi..192 patients qui ne se tueront pas...et dont il faudra s'occuper
- La plupart des travaux ne distinguent pas facteurs de risque à **court terme** et à **long terme**
- Certains facteurs de risque, surtout socio-environnementaux, peuvent **changer** avec le temps
- Les modèles ne tiennent pas compte des **interactions** entre les différents facteurs, alors que l'impact de chacun dépend de la présence ou de l'absence des autres
  - Ex: Alcoolisme-Dépression-Chômage-Divorce

# LES DIFFICULTÉS DE LA PRÉDICTION DU SUICIDE

- **Corrélation** (par rapport à une population) et non **causalité** (par rapport à un individu)
  - **Plurifactorialité** et difficultés de modélisation de facteurs très hétérogènes
  - **Interaction** des facteurs: le risque n 'est pas simplement additif ou cumulatif, mais aussi interactif
- ▶ Le risque du facteur de risque, c'est la **cause** !

# Prédicteurs

## Au niveau socio-culturel

- Religion - Anomie (désorganisation sociale)
- Chômage - Média - Lois

## Environnement immédiat

### Famille

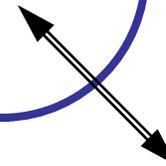
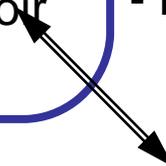
- Violence physique/sexuelle
- ATCD psychiatriques
- Abus de substances
- Manque de cohésion familiale

## Au niveau personnel

Troubles mentaux  
Tentatives de suicide  
Abus d'alcool / drogues  
Sexe Age  
Difficulté à gérer le stress  
Impuissance/perte d'espoir  
Impulsivité/agressivité  
Maladie physique

## Evénements stressants

- Perte d'un être cher
- Séparation
- Abandon
- Difficultés financières
- Difficultés avec la loi



# Facteurs de risque (1)

## Gunnel et Frankel, 1994, Angleterre et Pays de Galles

<i>Groupe</i>	<i>RR</i>	<i>%suicide</i>
Trouble psychiatrique actuel ou ancien	x10	50
Contact actuel ou récent avec psychiatrie		2
4 semaines après la sortie	Fx100	10-15
	Hx200	
Antécédents de tentative de suicide	x10-30	30-47
Antécédents familiaux de suicide		4

## Facteurs de risque (2)

### Gunnel et Frankel, 1994

<i>Groupe</i>	<i>RR</i>	<i>%suicide</i>
Alcoolisme	x20	15-25
Maladie physique ou handicap sévère		4-32
HIV ou SIDA		1-2
Prisonniers	x5	<1
Médecin	x2	<0.1
Sans emploi	x2	6

# Facteurs de risque liés aux troubles mentaux

<b>Anorexie mentale</b>	<b>x22</b>
<b>Dépression</b>	<b>x20</b>
<b>Schizophrénie</b>	<b>x8</b>
<b>Trouble de la personnalité</b>	<b>x7</b>

# **QUELQUES GRANDES COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES**

- **Troubles affectifs**
- **Troubles anxieux**
- **Addictions**
- **Psychoses**
- **Troubles de la personnalité**

# Trouble affectif

- **Entre 45 et 70% avaient un trouble affectif majeur au moment du décès**
- **15% des personnes ayant une dépression majeure se suicident (révisé à 7% Inspik, 1998)**
- **L'étude Finlandaise (1994) suggère que**
  - **85% des personnes dépressifs avaient aussi une co-morbidité**

# Trouble bipolaire

- **Certaines études démontrent que le taux de décès par suicide est plus élevé chez les personnes souffrant de trouble bipolaire II que chez les personnes souffrant de trouble bipolaire I**
- **Entre 25 et 50% de patients bipolaires font au moins une tentative de suicide (Jamison, 1990)**

# Trouble affectif

- **Chez les personnes décédées (Isometsa, 1994) plusieurs étaient en contact avec des services professionnels**
  - 75% avaient eu des traitements en psychiatrie dont 45% au moment du décès (seulement 3% avaient un traitement adéquat)
  - 18% ont vu un professionnel la journée du décès
  - 39% lors de la semaine précédant le décès
  - 66% lors des trois mois précédant le décès

## UN PARADOXE

- La France championne du monde en matière de prescription et de consommation de psychotropes

### MAIS

- Moins de 20 % des déprimés correctement traités
- Moins de 10 % des suicidés sous AD
- Alors que la dépression est impliquée dans 70 % des suicides

### CONCLUSIONS

- 1/ Il existe un fort potentiel d'amélioration !
- 2/ Surconsommation ou dysconsommation ?  
Surprescription ou dysprescription ?
  - Beaucoup de déprimés (prévalence annuelle 5 %, 3,4 % chez les hommes et 6 % chez les femmes), mais sous-diagnostiqués ?
  - Beaucoup de non-déprimés, mais abusivement traités ?

# États de panique

- **20% des personnes présentant des états de panique ont fait des tentatives de suicide**
- **L'étude finlandaise rapporte 1,2% de suicides chez les personnes ayant des états de panique**

# **Abus et dépendance- Alcool**

- **Plus d 'hommes que de femmes**
- **Beaucoup de comorbidité associée (particulièrement la dépression)**
- **Le suicide survient après plusieurs d 'années d 'alcoolisme**
- **L 'événement déclencheur est souvent une perte relationnelle, 6 semaines avant le suicide (Murphy & al. 1979)**

# **Abus et dépendance- Alcool**

- **Facteurs de risques (Murphy, 1992)**
  - **Consommation abusive récente**
  - **Menace suicidaire explicite**
  - **Peu de soutien social**
  - **Présence de dépression majeure**
  - **Sans emploi**
  - **Vivant seul**
  - **Néant relationnel**

# Schizophrénie

- **10% de décès par suicide, souvent durant les première années de la maladie**
- **50% ont fait des tentatives antérieures**
- **Un tiers des suicides se produisent dans les jours ou les semaines suivant la sortie de l'hôpital et un tiers se produit à l'hôpital**
- **Les périodes dépressives sont souvent associées au geste suicidaire**

# Schizophrénie

- **Facteurs de risque: rejet de la part de la famille, épisode dépressif antérieur ou actuel**
- **Les patients les plus à risque seraient ceux qui ont un bon niveau de fonctionnement prémorbide, des attentes de performance élevées et une conscience élevée de la pathologie (Drake & al. 1986)**

# Prévalence des troubles de la personnalité

- **Faible en population générale**
  - Entre 3 et 13%
  - Histrionique : 1.3%
  - Limite/borderline : 1.1%
- **Élevée en populations cliniques**
  - Limite/borderline entre 23 et 67% parmi les hospitalisés en psychiatrie (Weissman, 1993)

# Troubles de la personnalité

- Axe II du DSM 4 et chapitre 5 de la CIM
- DSM 4 : 10 catégories et 3 clusters
  - **A - étranges et originaux** : paranoïaques, schizoïdes et schizotypiques
  - **B - dramatisation, émotivité et excentricité** : histrioniques, narcissiques, limite/borderline et antisociales
  - **C - anxieux et inhibés** : évitantes, dépendantes et obsessionnelles-compulsives

# Comorbidité axe I et axe II

- Particulièrement élevée pour borderline, antisociales, évitantes et dépendantes
- Troubles **psychotiques** avec le **cluster A**
- Abus de **substance** avec le **cluster B**
- **Dépression** majeure et **troubles anxieux** avec le **cluster C**
- En général les TP :
  - rendent plus difficiles les approches pharmacologiques et psychothérapeutiques
  - et sont la cause de chronicisation des troubles anxieux et dépressifs

# Personnalité limite/borderline

- **Perturbation de l'image de soi**
- **Sentiment de vide**
- **Relations instables avec alternances d'idéalisation et de dévalorisation**
- **Labilité émotionnelle, impulsivité et tendance au passage à l'acte**
- **Fréquence des conduites addictives**
- **Fréquence des antécédents d'abus sexuel durant l'enfance**
- **Le traitement vise à réduire la pensée dichotomique, à augmenter le contrôle pulsionnel et à renforcer le sentiment d'identité**

# Personnalités antisociales

- **Mépris pour les droits d'autrui et les règles sociales**
- **Insensibilité à l'égard des autres**
- **Irritabilité et intolérance aux frustrations**
- **Incapacité à maintenir des relations sociales durables**
- **Le traitement est possible en cas de composante dépressive et vise à développer la pensée abstraite, l'évaluation du rapport du risque/bénéfice des actions et l'anticipation des conséquences des actions**

# Troubles de la personnalité

- **10% des patients avec trouble état limite se suicident**
- **95% des décès par suicide chez les patients ayant des troubles de la personnalité avaient aussi présence de comorbidité (Axe I): dépression majeure, abus de substance ou les deux.**

# **Facteurs de risque Tentatives de suicide**

- **Plus de femmes**
- **50 % ont moins de 30 ans**
- **50% ont un trouble de personnalité**
- **40% ont un autre désordre psychiatrique, dont la dépression majeure et les troubles de l'adaptation**

# Tentatives de suicide

- **Facteurs de risque psychosociaux**
  - Niveau socio-économique plus faible
  - Divorces et ruptures
  - Expériences d'adversité durant l'enfance
  - Perte parentale précoce
  - Abus sexuel durant l'enfance
  - Accumulation d'événements de vie (Neugebauer, 1998)

## **Risque de répétition**

- **40% des personnes faisant une tentative de suicide ont fait une tentative antérieure**
- **13 à 35% récidivent sur une période de 2 ans (7% en feront 2; 2.5% en feront 3 ou plus; 1% en feront 5 et plus, Nordstrom, 1995)**

# Risque de répétition

- **Caractéristiques associées**
  - **Problème de consommation d'alcool**
  - **Personnalité antisociale ou border-line**
  - **Présence d'impulsivité**
  - **Traitement en psychiatrie**
  - **Tentative de suicide antérieure**
  - **Personne vivant seule**

# **Lien entre tentative de suicide et décès par suicide**

- **Populations différentes avec chevauchement**
- **1% des personnes ayant fait des tentatives se suicideront durant l'année suivant la tentative**
- **Le risque de décès varie en fonction de l'âge et du sexe**

# **Lien entre tentative de suicide et décès par suicide**

- **Facteurs associés:**
  - **Sans emploi**
  - **Séparé, divorcé, veuf**
  - **Vivant seul**
  - **Santé physique précaire**
  - **Trouble psychiatrique**
  - **Tentative antérieure avec un moyen violent**
  - **Présence de note suicidaire**