

L'urgence psychiatrique

Pr SEGHIR

I. Introduction

L'urgence psychiatrique se compose d'un vaste ensemble de situations et de pathologies ayant en commun la nécessité d'une réponse urgente avec risque d'aggravation si aucune réponse n'est fournie.

Possède de nombreuses spécificités et notamment des possibilités de confusion entre des affections organiques et des syndromes psychiatriques.

La situation d'urgence apparaît comme un concentré, à un moment donné, de facteurs passés (les antécédents), présents (la crise et sa résolution) et avenir (le suivi et la prévention).

Une situation est dite urgente si la réponse ne peut être différée et si le pronostic s'aggrave en l'absence d'intervention immédiate.

II. Caractéristiques de l'urgence psychiatrique

Qu'elle soit assortie d'une pathologie préexistante ou non, l'urgence psychiatrique répond aux critères suivants :

- Expression symptomatique paroxystique. Concerne le sujet, la famille, ou l'entourage professionnel.
- Porte sur des besoins médicaux, psychologiques ou sociaux.
- Témoigne d'un déséquilibre dans les mécanismes d'adaptation.
- Susceptible d'aggravation en l'absence de réponse
- Nécessite une réponse globale.

Elle correspond à quatre situations :

- Les crises situationnelles, ou réactionnelles à un événement.
- Les poussées aigus d'une pathologie psychiatrique, connue ou inaugurale.
- Les pathologies mixtes ou intriquées comportant un aspect somatique.
- Les demandes urgentes de l'entourage pour une situation ancienne, nécessitant brutalement un placement et dues à une modification du contexte, parfois appelées urgences sur ajoutées.

III. Objectifs de la réponse à l'urgence

- Évaluer la situation de crise par un accueil large du patient, de l'entourage, et de tous les facteurs contribuant à la crise.
- Évaluer les stratégies d'adaptation et mécanismes de défense.
- Évaluer 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. Étape difficile : soit que le patient ou la famille exigent une hospitalisation soit que le réseau de soins ambulatoires est peu investi.
- Respecter le plus possible la continuité des soins : la rupture due à l'urgence entraîne à chercher ailleurs, à la demande du patient et de l'entourage.
- Prévention d'une nouvelle crise ou d'une nouvelle décompensation.

IV. Les intervenants de l'urgence

- Que ce soit en préhospitalier (milieu professionnel, dans la rue, à domicile ou dans les structures ambulatoires de prise en charge) ou dans les structures hospitalières (l'hôpital général, hôpitaux psychiatriques), Les intervenants requis ont pour mission de faire céder la crise comportementale ou suicidaire, d'apaiser l'environnement, parfois de séparer, et d'orienter vers une structure spécialisée.
- L'appel aux pompiers ou à la police est requis en cas de danger pour sécuriser l'intervention médicale (menace de défenestration, patients enfermés à domicile, etc.)
- Dans la structure hospitalière d'urgence, l'appel au psychiatre dépend de critères de gravité ou de difficultés d'évaluation.

V. Attitudes des soignants en urgences psychiatriques

- Ne pas personnaliser la relation ; les confidences trop intimes, lors de l'accueil en urgence (retournement persécutif)
- Reconnaître les facteurs externes de la crise
- Savoir que l'attente prolongée est un facteur de risque.
- Savoir informer sans se justifier.
- Ne pas annoncer une décision d'orientation qui serait modifiée : annonce d'une hospitalisation sans savoir si cette dernière ne sera pas indiquée.

- Eviter de critiquer les prises en charge, les attitudes des proches.
- Adopter un langage simple et adapté.
- Concevoir la réassurance comme le but non le moyen

VI. Examen physique – Examens complémentaires

L'urgence psychiatrique est plus ou moins intriquée à un trouble somatique, qui peut en être la cause, la conséquence ou est en association.

Il y a lieu d'être vigilant :

- Quand il existe un état médical non stable connu ou d'apparition récente.
- Devant un sujet âgé.
- En cas d'apparition tardive d'une pathologie chez un sujet jusque-là indemne de pathologie psychiatrique (épisode délirant et encore plus tableau dépressif ou maniaque) ;
- Quand la symptomatologie est atypique.
- Mauvaise réponse au traitement.

Quels examens d'investigation faut-il pratiquer au minimum avant de déduire l'orientation psychiatrique ?

- Glycémie, PaO₂, bilan électrolytique, Calcémie, urée
- Imagerie cérébrale (scanner, IRM)
- EEG (si suspicion de comitialité)
- Ponction lombaire (cause infectieuse)
- ECG (en particulier si suspicion de contre-indication aux neuroleptiques)
- Recherche de toxiques.

VII. Stratégies thérapeutiques et spécificités des traitements d'urgence

Comprennent les traitements in situ (biologiques et psychothérapeutiques) et les perspectives d'orientation.

Nécessitent la mise en œuvre d'un cadre légal ou de protocoles devant le refus de soins (isolement, contention, hospitalisation sous contrainte).

Les traitements médicamenteux ont plusieurs impératifs, différents de ceux du traitement au long cours :

- Le traitement est d'abord symptomatique, soit que l'urgence comportementale l'exige, soit que l'on vise un symptôme cible.
- Il tient compte des traitements administrés, dans le cours d'une pathologie connue, ou plus récemment depuis que l'urgence s'est déclenchée.
- Il est souhaitable de reconduire un traitement interrompu, initié par un médecin ou un psychiatre traitant sauf exception justifiée (effets secondaires, refus absolu du patient de telle molécule sans refus de soins par ailleurs)

Le patient, éventuellement sa famille sont informés de la stratégie thérapeutique adoptée, cela fait partie de l'alliance thérapeutique facilitatrice des soins.