

Année : 2024

Thèse N° : TM 05/24

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le : 08/03/2024

Par :

Madame AARAB Hiba

Pour l'obtention du diplôme de

Docteur en Médecine

MOTS-CLES: Guide - Conduite - Urgences – Psychiatrie - Médecin généraliste

Membres de Jury

Monsieur KHALLOUK Abdelhak

Professeur d'urologie

Monsieur EL AMMOURI Adil

Professeur de psychiatrie

Monsieur NAJDI Adil

Professeur de médecine communautaire

Monsieur BELFKIH Rachid

Professeur de neurologie

Monsieur BENHADDOUCH Yassine

Professeur de psychiatrie

Président du jury

Directeur de thèse

Membre du jury

Membre du jury

Membre du jury

DOYENS HONORAIRES

Pr. Mohamed Nourdine El Amine El Alami : 2014-2018

Pr. AHALLAT Mohammed : 2018-2023

ORGANISATION DECANALE

Doyen : Pr. OULMAATI Abdallah

Vice-Doyen à la Formation : Pr. EL MADI Aziz

Vice-Doyen à la recherche et la coopération : Pr. NAJDI Adil

Vice-Doyen à la pharmacie : Pr. CHAHBOUNE Rajaa

Secrétaire générale : Mme. HAMMICHE Hanane

PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

KHALLOUK	Abdelhak	Urologie
EL HFID	Mohamed	Radiothérapie
AIT LAALIM	Said	Chirurgie générale
SBAI	Hicham	Anesthésie-Réanimation
OULMAATI	Abdallah	Pédiatrie
LABIB	Smael	Anesthésie-Réanimation
MELLOUKI	Ihsane	Gastro-entérologie
CHATER	Lamiaie	Chirurgie pédiatrique
ALLOUBI	Ihsan	Chirurgie thoracique
ABOURAZZAK	Fatima Ezzahra	Rhumatologie
AGGOURI	Mohamed	Neuro-chirurgie

GALLOUJ	Salim	Dermatologie
EL MADI	Aziz	Chirurgie pédiatrique
SHIMI	Mohamed	Traumatologie-orthopédie
FOURTASSI	Maryam	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
BENKIRANE MTITOU	Saad	Gynécologie-Obstétrique
RISSOUL	Karima	Microbiologie- Virologie
RAISSUNI	Zainab	Cardiologie
HAMMI	Sanaa	Pneumologie
NAJDI	Adil	Médecine Communautaire
HAJJIOUI	Abderazzak	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
SOUSSI TANANI	Driss	Pharmacologie
EL HANGOUCHE	Abdelkader Jalil	Cardiologie (Physiologie)
CHRAIBI	Mariame	Anatomie et Cytologie Pathologique
EL M'RABET	Fatima Zahra	Oncologie Médicale
BERRADA	Mohammed	Mathématiques appliquées
PROFESSEURS AGREGES		
BOURKIA	Myriem	Médecine Interne
MADANI	Mouhcine	Chirurgie Cardio-Vasculaire

AGGOURI	Younes	Anatomie
BENKACEM	Mariame	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
BELFKIH	Rachid	Neurologie
EL BAHLOUL	Meriem	Ophtalmologie
EL BOUSSAADNI	Yousra	Pédiatrie
KHARBACH	Youssef	Urologie
IDRISSI	Karima	Histologie-Embryologie- Cytogénétique (Anapath)
RKAIN	Ilham	Oto-Rhino-laryngologie
EL AMMOURI	Adil	Psychiatrie
RACHIDI ALAOUI	Siham	Radiologie
KHALKI	Hanane	Biochimie
AIT BENALI	Hicham	Anatomie (Traumatologie Orthopédie)
ASSEM	Maryam	Néphrologie
MOTIAA	Youssef	Anesthésie-Réanimation
NYA	Samir	Médecine Légale
SELLAL	Nabila	Radiothérapie
REGRAGUI	Safae	Hématologie clinique
MOUSTAIDE	Houda	Gynécologie-Obstétrique
PROFESSEURS HABILITES		

CHAHBOUNE	Rajaa	Biologie moléculaire
ESSENDUBI	Mohammed	Biophysique moléculaire
LAAMECH	Jawhar	Biochimie moléculaire
EI AOUAD	Noureddine	Chimie
PROFESSEURS ASSISTANTS		
MEYIZ	Houda	Gastro-entérologie
TAIK	Fatima Zahrae	Rhumatologie
DEHHAZE	Adil	Chirurgie réparatrice et plastique
AZGHARI	Amine	Chirurgie vasculaire périphérique
EL BOUSSAADANI	Badre	Cardiologie
LAMZOURI	Afaf	Génétique
HIROUAL	Soufiane	Médecine nucléaire
AHALLAT	Anass	Chirurgie générale
BADROAUI	Marouane	Radiologie
AABDI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
BOUTI	Khalid	Pneumologie
KHABBACHE	Kaoutar	Pédiatrie
EL BOURI	Hicham	Médecine Communautaire
KHODRISS	Chaimae	Ophtalmologie

ANDALOUSSI	Saad	Chirurgie pédiatrique
HIMMICHE	Meryem	Neuro-chirurgie
ES-SAAD	Ounci	Anesthésie-Réanimation
AMZERIN	Mounia	Oncologie Médicale
ABOU EL JAUD	Hind	Chirurgie pédiatrique
HOUARI	Mouna	Hématologie
ZOUINE	Mouna	Pédiatrie
KHARMOUM	Jinane	Anatomie pathologique
OUAYA	Hassan	Gastro-entérologie
ECH-CHENBOULI	Amine	Cardiologie
BENJAOUT	Kaoutar	Chirurgie Cardio-Vasculaire
EL JOUARI	Ouiame	Dermatologie
EL AMRI	Imane	Médecine de travail
AZIOUAZ	Fatima	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
AKRICHAL	Lina	Biochimie
BENHADDOUCH	Yassine	Psychiatrie
IMLAHI	Hanaa	Pédiatrie
ETTOINI	Kaoutar	Pédiatrie
BEN TAYEB	Tayeb	Chirurgie pédiatrique
MEHDAOUI	Asmae	Pédiatrie

EDDAOUDI	Samira	Pédiatrie
TAHIRI	Fatima Ezzahra	Pédiatrie
ALAMI HASSANI	Zakarya	Chirurgie pédiatrique
JILLA	Mariam	Neurologie
CHARIF	Faiza	Médecine communautaire
MAHDI	Zaynab	Médecine communautaire
BOUSGHEIRI	Fadila	Médecine communautaire
HAZZAB	Nidale	Pédiatrie
EL BHALI	Hajar	Chirurgie vasculaire périphérique
ZAGAOUCH	Dalal	Pneumologie
FDIL	Soumia	Pneumologie
YAZOUGH	Issam	Chirurgie générale
EL HILALI	Fouzia	Gynécologie-Obstétrique
BORKI	Rajae	Anatomie
HASNAOUI	Naoual	Hématologie clinique
ABETTI	Ayoub	Chirurgie cardio-vasculaire
HARI	Oumayma	Hématologie clinique
MIMOUNI	Hicham	Oto-Rhino-laryngologie
JBILLOU	Aymane	Chirurgie générale
DARIF	Khadija	Oncologie médicale

BAHOUH	Choukri	Anesthésie-Réanimation
ALKOUH	Rajae	Anesthésie-Réanimation
EL AISSAOUI	Imane	Chirurgie réparatrice et plastique
ECHATER	Sara	Psychiatrie
IKEN	Imane	Toxicologie
OULAD AMAR	Asmae	Radiologie
BENOMAR	Abdelhafid	Chimie analytique-Bromatologie
ALAMI CHENTOUFI	Madiha	Pharmacie galénique
MABROUKI	Meryem	Toxicologie
ATTJIOUI	Houda	Chimie-thérapeutique
EL HOUDAIBI	Sara	Pharmacologie
CHNANI	Ouidad	Anglais
LAARABI	Fatima Zahra	Génétique et biologie moléculaire
BOUTAJ	Hanane	Biologie végétale
TAHIRI	Zakaria	Biophysique
NEJJAR EL ANSARI	Zineb	Physiologie végétale
SEBHAOUI	Jihad	Chimie
TOUISS	Ilham	Biochimie
OUAKHSSASE	Abdallah	Chimie analytique

DÉDICACES

A mon cher papa ABDESSAMAD,

Aujourd'hui, je veux prendre un moment pour te rendre hommage, pour célébrer ta force, ta persévérance et ton dévouement. Depuis que je suis tout petite, j'ai vu dans tes yeux la lueur de l'effort et de la détermination, cette lueur qui a guidé chacun de tes pas, chacun de tes sacrifices, chacun de tes succès. Tu es le pilier de notre famille, celui qui a toujours su trouver la force de continuer, même lorsque les défis semblaient insurmontables. Tu as porté sur tes épaules non seulement le poids de ton cartable noir, mais aussi celui de nos rêves, de nos espoirs, de nos aspirations.

Chaque jour, tu t'es levé, prêt à affronter le monde, à relever les défis avec courage et résilience. Tu as su transformer chaque obstacle en opportunité, chaque épreuve en leçon de vie.

Dans ce cartable noir, j'imagine toutes les histoires qu'il renferme, tous les souvenirs qu'il porte, toutes les batailles qu'il a menées. Mais au-delà de son contenu matériel, c'est le symbole de ton engagement, de ta responsabilité, de ton amour pour nous qui résonne le plus fort.

Aujourd'hui, je veux te dire merci. Merci pour chaque moment passé à nos côtés, pour chaque sourire offert, pour chaque sacrifice consenti. Merci d'avoir été un modèle d'intégrité, de travail acharné et de détermination. Tu es une source d'inspiration pour moi, et je suis fier de pouvoir marcher sur tes pas.

A ma chère Maman KAMAR

Aujourd'hui, je prends un moment pour exprimer toute ma gratitude et mon amour pour toi. Alors que je franchis cette étape cruciale de ma vie en soutenant ma thèse, je me rends compte que ce succès est le fruit de ton soutien indéfectible et de ton amour inconditionnel.

Tu as été ma source constante d'inspiration, de force et d'encouragement. Ta présence bienveillante dans ma vie m'a donné la confiance nécessaire pour poursuivre mes rêves, même lorsque les défis semblaient insurmontables.

Ta patience infinie, ton écoute attentive et tes mots de sagesse m'ont guidé à chaque étape de ce parcours académique. Tu as été là pour célébrer mes succès et pour essuyer mes larmes dans les moments de doute et de découragement.

Aujourd'hui, alors que je soutiens ma thèse, je sais que ce n'est pas seulement un accomplissement personnel, mais aussi le fruit de tout le travail d'équipe que nous avons réalisé ensemble. Ta présence dans ma vie a été le véritable moteur qui m'a poussé à donner le meilleur de moi-même. Je suis infiniment reconnaissante de t'avoir comme mère, confidente et amie. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur

À mon très cher mari MOHAMED,

Je souhaite prendre un instant pour te dire combien je te suis reconnaissante pour tout ce que tu représentes dans mon existence. Chaque journée passée avec toi est un trésor que je garde précieusement dans mon cœur. Ta solidité et ton appui infaillible m'ont aidée à affronter les épreuves et à savourer chaque moment de joie. Ta douceur et ton amour sans limites ont apporté de la lumière dans les moments les plus sombres.

Je suis profondément reconnaissante pour chaque geste d'amour, chaque sourire que tu partages avec moi, et pour la sérénité que tu apportes dans ma vie. Tu es bien plus qu'un partenaire ; tu es mon pilier, mon guide et mon âme sœur

Merci infiniment pour ta présence, ta générosité et ta bienveillance. Ma vie est embellie par ta présence, et je te suis éternellement reconnaissante pour cela.

À mon cher petit frère adoré SIMO,

En célébrant la conclusion de cette période significative avec ma thèse, je tiens à attribuer ce triomphe à ton soutien et amour sans faille. Tu surpasses le rôle de petit frère ; tu es l'éclat qui ensoleille chaque jour de ma vie, apportant sourire et lumière même dans l'obscurité grâce à ta gaieté et ton dynamisme. Ta présence rend ma vie extraordinairement lumineuse d'une façon inimaginable. Mes vœux pour toi sont un futur aussi éclatant que ton sourire, aussi vif que ta curiosité, et empli de joie comme les moments que nous partageons. Que tes jours

*soient marqués par l'épanouissement, le bonheur et la gaieté, car tu le mérites
amplement.*

*À ma belle-famille, en témoignage de ma profonde gratitude pour votre
présence rassurante et vos encouragements constants, Ce travail est le fruit de
nombreuses heures de dévouement, mais il n'aurait jamais atteint sa forme finale
sans l'environnement aimant et stimulant que vous avez su créer autour de moi*

*À mes copines inséparables, Yasmine et Ait Ahmed, À travers les rires et les
souvenirs partagés, nos liens se sont tissés plus forts que jamais. Que nos chemins
continuent de se croiser, que nos aventures se poursuivent et que notre amitié
reste aussi étincelante que le soleil levant.*

À mon amie Loubna,

*Tu as démontré que l'amitié ne se mesure pas par le temps, mais par les
souvenirs partagés, surtout lors des moments difficiles où ta présence a été un
réconfort inestimable.*

À mon amie Oumaima BK,

*Je tiens à exprimer ma gratitude pour toutes les heures que nous avons
partagées ensemble lors des gardes, de jour comme de nuit. Ces instants
demeureront à jamais inscrits dans ma mémoire*

À Nourddine et Khaoula,

Le couple qui a toujours été là pour nous, Puissiez-vous continuer à rayonner d'amour et de compassion, comme vous l'avez toujours fait.

À toute ma famille, Veuillez trouver ici l'expression de ma grande admiration et mon profond attachement, avec tous mes souhaits de bonheur et de prospérité

À l'incroyable équipe de l'hôpital psychiatrique de Chraïa,

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude et mon admiration pour le travail exceptionnel que vous accomplissez chaque jour. Je suis impatiente de poursuivre mon parcours en votre compagnie, en apprenant et en grandissant à chaque étape. Merci pour tout ce que vous faites.

À tous ceux et celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de citer

À tous ceux qui m'ont dispensé le savoir,

À tous les patients qui me seront confiés, j'espère ne jamais les décevoir, ni trahir leur confiance.

REMERCIEMENTS

À NOTRE RESPECTÉ PRÉSIDENT DU COMITÉ DE THÈSE

LE DISTINGUÉ PROFESSEUR KHALLOUK ABDELHAK

C'est avec une profonde gratitude et un respect incommensurable que je prends la plume pour exprimer ma reconnaissance envers vous, Vous avez été une véritable source d'inspiration et un pilier central dans mon aventure académique
Votre soutien indéfectible, votre expertise sans pareille, et votre patience inépuisable ont illuminé mon parcours lors des épreuves, tel un phare guidant ma route dans les moments les plus difficiles

Votre exemple restera à jamais gravé dans ma mémoire comme le modèle du mentor parfait, alliant savoir-faire, sagesse, et une profonde humanité. Je garde l'espoir de pouvoir un jour, à mon tour, inspirer les autres comme vous l'avez fait.

Cher professeur, je vous adresse mes remerciements éternels et mon plus profond respect.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE MONSIEUR

LE PROFESSEUR EL AMMOURI ADIL

Nous voudrions vous exprimer notre profonde reconnaissance et gratitude de nous avoir bien suivi dans notre travail et de l'effort que vous avez consenti pour nous faciliter la tâche de réaliser cette thèse.

Vos compétences, votre sympathie et votre modestie sont autant de qualités à admirer.

Nous tenons également à vous exprimer nos vifs remerciements pour votre disponibilité, votre patience et surtout pour vos conseils très précieux qui nous ont aidés à bien mener cette étude. J'aspire à ce que ce travail puisse être à la hauteur de vos attentes et de la confiance que vous avez placée en moi.

Veillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre grande considération, de notre respect, de notre gratitude et nos vifs remerciements.

À NOTRE CHER PROFESSEUR ET JUGE DE THÈSE,

PROFESSEUR BENHADDOUCH YASSINE,

Le Professeur Yassine a démontré une grande disponibilité et une réelle bienveillance, me guidant avec sagesse à travers les complexités de mon sujet de recherche. Sa passion pour le savoir et son engagement envers l'excellence académique ont été une source d'inspiration constante pour moi.

Merci, Professeur Yassine, pour tout ce que vous avez fait. Votre impact dépasse largement le cadre de cette thèse et je suis fière d'avoir eu l'honneur de travailler sous votre tutelle.

À NOTRE CHER PROFESSEUR ET JUGE DE THÈSE,

PROFESSEUR NAJDI ADIL,

Nous sommes extrêmement honorées par votre aimable acceptation de juger notre travail, malgré vos multiples obligations et contraintes. Nous sommes profondément reconnaissantes pour votre accueil, qui témoigne de vos compétences professionnelles exceptionnelles. Cher Maître, nous vous prions de bien vouloir accepter cette expression sincère de notre gratitude et de notre respect profond

À NOTRE CHER PROFESSEUR ET JUGE DE THÈSE,

PROFESSEUR BELFKIH RACHID,

Nous vous remercions pour la simplicité que vous avez témoignée en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse. Permettez-nous de vous exprimer notre admiration pour vos qualités humaines et professionnelles. En acceptant de juger ce travail, vous nous accordez un très grand honneur. Veuillez agréer, mon professeur, mon plus grand respect et ma sincère reconnaissance

À NOTRE CHÈRE PROFESSEUR ECHATER SARA

Un grand merci pour votre aide inestimable, votre disponibilité à répondre à mes questions à tout moment, ainsi que pour votre précieuse contribution à chaque étape du processus.

Veuillez agréer, mon professeur, mon plus grand respect et ma sincère reconnaissance

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Le ressenti des médecins face aux urgences psychiatriques.....	51
Tableau 2 : La confrontation des urgences psychiatriques	52
Tableau 3 : La maîtrise de la gestion des urgences psychiatriques	54
Tableau 4 : L`attitude des médecins face aux urgences psychiatriques	55
Tableau 5: Les causes organiques de l`agitation	85
Tableau 6: Les causes psychiatriques de l`agitation.....	87
Tableau 7: Les causes organiques et iatrogènes de la confusion.....	102
Tableau 8: La différence entre démence et confusion	104
Tableau 9 : La différence entre démence et les bouffées délirantes aiguës.....	105
Tableau 10: Facteurs de risque de la crise suicidaire	119
Tableau 11: Evaluation de l`urgence et de la dangerosité de l`acte suicidaire.	123
Tableau 12: Traitement médical de la crise suicidaire	126
Tableau 13 : Cadre nosographique d`un patient mutique et réticent	145
Tableau 14: Evolution à long terme de l`accès psychotique aigu	158
Tableau 15: Pronostic de l`accès psychotique aigu	159
Tableau 16: Facteurs de risque de syndrome malin des neuroleptiques.....	166
Tableau 17: Traitement pharmacologique du syndrome malin des neuroleptiques	171
Tableau 18: Classification du syndrome malin des neuroleptiques.....	173

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Le circuit de la demande psychiatrique	19
Figure 2: Arbre décisionnel pour le diagnostic étiologique en fonction des données cliniques	89
Figure 3 : Conduite à tenir devant une agitation	94
Figure 4: Conduite à tenir devant une confusion	112
Figure 5 : L'évaluation de la crise suicidaire	118
Figure 6: Conduite à tenir devant une crise suicidaire	128
Figure 7: Conduite à tenir devant une attaque de panique	140
Figure 8: Conduite à tenir devant un patient mutique	150
Figure 9: Conduite à tenir devant un accès psychotique aigu	161
Figure 10: Les complications de syndrome malin des neuroleptiques.....	169
Figure 11: Conduite à tenir devant syndrome malin des neuroleptiques	174

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 1: Répartition des participants en fonction du lieu de résidence	33
Graphique 2: Répartition des participants en fonction du sexe.....	34
Graphique 3: : Répartition des participants en fonction de l'âge	35
Graphique 4: Répartition des participants en fonction du statut médical	36
Graphique 5: Répartition des résidents selon leur spécialité.....	37
Graphique 6: Répartition des étudiants selon leur année d'études.....	37
Graphique 7: Répartition des participants en fonction de leur participation aux gardes des urgences.....	38
Graphique 8: Répartition en fonction du nombre de consultation urgente par jour.....	39
Graphique 9: Répartition en fonction du nombre de consultation pour une urgence psychiatrique par jour.....	40
Graphique 10: Répartition en fonction de la réaction du praticien devant une urgence psychiatrique	41
Graphique 11: Répartition des participants en fonction de la fréquence des urgences psychiatriques au cours de la pratique médicale	42
Graphique 12: Les autres situations rencontrées aux urgences psychiatriques.....	42
Graphique 13: Répartition selon la maîtrise de prise en charge des urgences psychiatriques ..	43
Graphique 14: Répartition selon la formation en urgences psychiatriques.....	44
Graphique 15: Répartition selon l'attitude des médecins généralistes face à une urgence psychiatrique	45

Graphique 16: Répartition selon la connaissance des médicaments utilisés en urgence	46
Graphique 17: Répartition selon la connaissance des posologies exactes des psychotropes...	47
Graphique 18: Répartition selon la formation en urgences psychiatriques.....	47
Graphique 19: L'utilité de la mise à disposition d'un guide pratique en urgences psychiatriques.....	48

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- ALT : Alanine aminotransférases
- AEG : Alteration de l'État Général
- APA : American Psychiatric Association
- AP : Attaque de panique
- AST : Aspartate aminotransférases
- ATCDs : Antécédents
- ATD : Antidépresseurs
- AVC : Accident vasculaire cérébral
- BAP : The British Association for Psychopharmacology
- BZD : Benzodiazépines
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CIM-11 : Classification Internationale des Maladies, 11e révision
- CNQPS : Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie
- CPK : Créatine phosphokinase
- DSM-5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
- ECBU : Examen cyto bactériologique des urines
- ECG : Electrocardiogramme
- ECT : Electroconvulsothérapie
- EEG : Electroencéphalogramme
- FC : Fréquence cardiaque
- FR : Fréquence respiratoire
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IM : Intra-musculaire
- IV : Intra-veineux
- MG : Médecin Généraliste
- NICE : The National Institute for Health and Care Excellence
- NFS : Numération formule sanguine
- NLP : Neuroleptique
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PEC : Prise en charge

- RANZCP : Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists
- SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
- SMN : Syndrome malin des neuroleptiques
- SU : Service d'urgence
- TA : Tension artérielle
- TCC : Thérapie Cognitivo Comportementale
- TDM : Tomodensitométrie
- SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence
- SMN : Syndrome malin des neuroleptiques
- SU : Service d'urgence
- TA : Tension artérielle
- TCC : Thérapie Cognitivo Comportementale
- TDM : Tomodensitométrie
- TSPT : Trouble de stress post traumatique
- T° : Température
- TS : Tentative de suicide
- TSH : Hormone Thyroïdienne
- UP : Urgence psychiatrique
- WFSBP : World Federation of Societies of Biological Psychiatry

TABLE DES MATIERES

DÉDICACES.....	ix
REMERCIEMENTS	xv
LISTE DES TABLEAUX	xx
LISTE DES FIGURES	xxii
LISTE DES GRAPHIQUES.....	xxiv
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	xxvii
TABLE DES MATIERES.....	xxx
CHAPITRE I : PARTIE THÉORIQUE.....	1
1. INTRODUCTION	2
A. PREAMBULE	2
B. LES OBJECTIFS	4
a. Objectif principal	4
b. Objectifs secondaires	4
2. REVUE DE LA LITTÉRATURE	5
A. DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES... 5	
a. Définition du trouble psychiatrique	5
b. Définition de l'urgence	6
c. Les facteurs de risque liés à la maladie psychiatrique	6

d. Données épidémiologiques des troubles psychiatriques.....	9
B. PSYCHIATRIE ET URGENCE	11
a. La situation d'urgence psychiatrique.....	11
b. Pratiques de psychiatrie en urgence	13
C. MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET URGENCES PSYCHIATRIQUES	15
a. Formation des étudiants en médecine en stage de psychiatrie au Maroc.....	15
b. Importance du médecin généraliste dans les situations d'urgence psychiatrique	17
D. COLLABORATION ENTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET PSYCHIATRE	20
a. Exploration des intrications psychosomatiques	20
b. Identification des bénéfices d'une collaboration étroite	22
E. RECOMMANDATIONS POUR RENFORCER LA COLLABORATION ENTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET PSYCHIATRE	25
CHAPITRE II : PARTIE PRATIQUE.....	29
1. MATERIELS ET METHODES	30
A. Description de l'étude	30
B. Elaboration du questionnaire	30
C. Population de l'étude	30
D. Diffusion du questionnaire.....	31
E. Analyse des données	31

F. Considérations éthiques.....	32
2. RÉSULTATS.....	33
A. RESULTATS DESCRIPTIFS	33
a. Facteurs sociodémographiques.....	33
b. Les caractéristiques professionnelles.....	36
c. Facteurs liés à la formation des professionnels en psychiatrie	44
d. Les commentaires ou les suggestions d'améliorations à faire	48
B. LES RESULTATS ANALYTIQUES.....	50
a. Le ressenti des médecins face aux urgences psychiatriques.....	50
b. La confrontation des urgences psychiatriques	52
c. La maîtrise de la gestion des urgences psychiatriques	53
d. L'attitude des médecins face aux urgences psychiatriques :	55
3. DISCUSSION.....	56
A. DISCUSSION DES RESULTATS DESCRIPTIFS	57
a. Les caractéristiques sociodémographiques.....	57
b. Les caractéristiques professionnelles.....	59
c. Facteurs liés à la formation en psychiatrie des professionnels	62
B. DISCUSSION DES RESULTATS ANALYTIQUES.....	67
a. Le ressenti du médecin en face des urgences psychiatriques	67

b. La confrontation des urgences psychiatriques	69
c. La gestion des états des urgences psychiatriques	70
d. L 'attitude des médecins devant les urgences psychiatriques	73
e. Recours à la documentation et l'utilité d'un guide pratique	75
C. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE	76
CHAPITRE III : GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES	79
1. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE AGITATION.....	81
A. INTRODUCTION	81
B. COMMENT DOIT-ON PROCEDER POUR PRENDRE EN CHARGE IMMEDIATEMENT UN PATIENT AGITE ?	82
C. CONDUITE A TENIR IMMEDIATE DEVANT UN PATIENT AGITE :.....	90
D. CONCLUSION.....	93
2. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE CONFUSION.....	97
A. INTRODUCTION	97
B. DESCRIPTION CLINIQUE.....	97
C. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE	101
D. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	103
E. CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT CONFUS	106

F. CONCLUSION	111
3. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE CRISE SUICIDAIRE	115
A. DEFINITION DE LA CRISE SUICIDAIRE	115
B. DESCRIPTION CLINIQUE DE LA « CRISE SUICIDAIRE »	116
C. DIAGNOSTIC DE LA TENTATIVE DE SUICIDE	116
D. EVALUER LA CRISE SUICIDAIRE	117
E. PRISE EN CHARGE	124
4. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE ATTAQUE DE PANIQUE.....	129
A. INTRODUCTION	129
B. COMMENT SE PRESENTE L'ATTAQUE DE PANIQUE ?	129
C. DIAGNOSTIC POSITIF	132
D. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	133
E. CONDUITE A TENIR EN URGENCE.....	135
F. CONDUITE A TENIR A MOYEN ET LONG TERME.....	137
G. CONCLUSION.....	139
5. CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT MUTIQUE ET RETICENT.....	141
A. INTRODUCTION	141

B. CONDUITE A TENIR DIAGNOSTIQUE	142
C. CONDUITE A TNIR THÉRAPEUTIQUE	147
D. CONCLUSION.....	149
6. CONDUITE A TENIR DEVANT UN ACCES PSYCHOTIQUE AIGU	151
A. INTRODUCTION	151
B. EPIDEMIOLOGIE.....	151
C. LA SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE	152
D. DEMARCHE DIAGNOSTIQUE	153
E. LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS	155
F. CONDUITE A TENIR DEVANT UN ACCES PSYCHOTIQUE	156
7. SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES	162
A. INTRODUCTION	162
B. COMMENT RECONNAITRE LE SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES?.....	163
C. QUELS SONT LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS ?.....	167
D. LES COMPLICATIONS.....	168
E. CONDUITE A TENIR DEVANT UN SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES.....	169

F. CONCLUSION	173
CONCLUSION	175
RESUME	177
ملخص	179
ABSTRACT	180
BIBLIOGRAPHIE	181
ANNEXES	189

CHAPITRE I :

PARTIE THÉORIQUE

1. INTRODUCTION

A. PREAMBULE

La définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) met en lumière l'importance fondamentale de la santé mentale dans la compréhension globale du bien-être. En identifiant la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social, et non simplement comme l'absence de maladie ou d'infirmité, l'OMS souligne que la santé mentale est indissociable de la santé physique et sociale. Cette perspective holistique reconnaît que la santé mentale est cruciale pour le bien-être individuel et la capacité d'une personne à gérer le stress, à travailler de manière productive et à contribuer à sa communauté.[1] Cette approche élargie implique que les interventions en matière de santé ne devraient pas se concentrer uniquement sur le traitement des maladies physiques, mais aussi promouvoir le bien-être mental. Elle appelle à une prise en charge intégrée qui aborde les facteurs contribuant à la santé mentale, tels que les conditions socio-économiques, l'accès à l'éducation, le travail, l'environnement et les relations interpersonnelles, soulignant ainsi l'interconnexion entre la santé mentale et les aspects plus larges du développement et du bien-être humain.

Les services d'urgence hospitaliers demeurent invariablement le principal point d'accès pour une majorité de patients se trouvant dans une phase critique de leur pathologie ou confrontés à une crise [2]. L'urgence psychiatrique s'est érigée, au fil des décennies, en un centre d'intérêt majeur pour les praticiens de la santé, devenant un élément incontournable du réseau de prise en charge et de soins. Elle s'est intégrée de plein droit au sein des structures d'urgence médicale.[3]

Les consultations pour des urgences psychiatriques constituent souvent une raison courante de consultation en médecine générale. D'après différentes études, on observe que 15 à 40 % des patients chez un médecin généraliste manifestent des symptômes de troubles psychologiques. [4]. Ces urgences sont réparties en trois catégories distinctes : les urgences strictement psychiatriques, les urgences de nature mixte et les états de crise aigus et transitoires, qui constituent 10 à 30 % des cas admis dans les unités d'urgence des établissements hospitaliers généraux. La gestion de ces situations d'urgence requiert une

INTRODUCTION

collaboration étroite et coordonnée entre les médecins urgentistes et les psychiatres, ces derniers interviennent une fois toute cause physique aux symptômes du patient écartée. Parmi les divers cas d'urgence psychiatrique couramment rencontrés, on compte l'état d'agitation, qui exige une prise en charge rapide et adaptée à l'origine de l'agitation; la crise suicidaire, où il est impératif d'évaluer minutieusement le risque de passage à l'acte ; le délire, qui nécessite souvent une hospitalisation ; l'angoisse, qui doit être apaisée avec célérité une fois toute origine physique exclue, nécessitant un suivi en ambulatoire ou une hospitalisation ; et le psychotraumatisme, devenant un motif de consultation de plus en plus récurrent aux urgences[1]

Dans ce contexte, les médecins généralistes jouent un rôle crucial dans la promotion de la santé mentale, étant souvent les premiers professionnels de santé auxquels les patients s'adressent. En tant que médecins de première ligne, ils ont une position stratégique pour identifier les troubles psychiatriques précocement et orienter les patients vers les soins appropriés. Lors de leurs gardes, tant les étudiants en médecine, les internes, les résidents que les médecins généralistes peuvent être confrontés à une variété de cas d'urgence psychiatrique. Ces situations exigent une intervention immédiate, nécessitant un large éventail de connaissances théoriques et de compétences pratiques pour une prise en charge efficace des patients.

Pour surmonter ces épreuves avec efficacité, il est primordial qu'ils bénéficient d'une formation robuste, tant sur le plan théorique que technique. Les gardes au sein du service d'urgences médicales peuvent révéler une diversité de problématiques pour les praticiens, oscillant entre des carences dans l'assimilation des connaissances théoriques et des lacunes en matière d'expérience concrète pour appréhender certaines circonstances cliniques. À ces obstacles s'ajoutent par ailleurs des enjeux relationnels et de gestion, susceptibles d'entraver d'avantage la prise en charge de ces patients.

Afin d'identifier et de comprendre les divers obstacles rencontrés lors des gardes médicales, notamment en matière d'urgences psychiatriques, nous avons réalisé une enquête auprès d'un éventail de professionnels de la santé, y compris des médecins généralistes, des internes, des résidents et des étudiants en médecine provenant de différentes facultés et villes.

L'objectif était d'aborder les défis théoriques et pratiques rencontrés dans la gestion des urgences psychiatriques. Pour cela, un guide pratique a été développé, fournissant aux praticiens des résumés cliniques et thérapeutiques clairs et pratiques, basés sur les dernières données disponibles. Ce guide vise à faciliter un diagnostic précis et la mise en œuvre de traitements adéquats grâce à une approche clinique facilement accessible.

B. LES OBJECTIFS

a. Objectif principal

L'objectif principal de cette thèse est de concevoir et de rédiger un ouvrage de référence ainsi qu'un manuel pratique, destiné à se révéler d'une utilité inestimable pour les acteurs du domaine de la santé. Ce guide est spécifiquement élaboré pour assister les équipes médicales en première ligne, notamment les médecins généralistes, les urgentistes, les résidents, les internes ainsi que les étudiants en médecine, qui sont régulièrement confrontés à des cas d'urgences psychiatriques.

L'objectif est de leur fournir un outil exhaustif, enrichi de conseils pratiques et d'orientations stratégiques, pour naviguer avec assurance dans le complexe domaine des urgences psychiatriques, garantissant ainsi une prise en charge optimale des patients en situation de crise.

b. Objectifs secondaires

- Evaluer les états des lieux de la prise en charge des urgences psychiatriques, mettant en lumière les lacunes, les défis et les opportunités d'amélioration des soins, pour développer des stratégies efficaces visant à optimiser les services de santé mentale.
- Faciliter l'accès à l'information sur les urgences psychiatriques en consolidant toutes les urgences dans un document multisupport (papier et en ligne) accessible aux médecins. Ce support sera également d'une grande utilité pédagogique pour les étudiants en médecine, les aidant à mieux comprendre la spécificité des urgences en psychiatrie et à appréhender les nuances de la prise en charge.

2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

A. DÉFINITION ET ÉPIDÉMIOLOGIE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES

a. Définition du trouble psychiatrique

Un trouble mental se caractérise par une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu. Il s'accompagne généralement d'un sentiment de détresse ou de déficiences fonctionnelles dans des domaines importants de la vie. Ces perturbations peuvent se manifester sous forme d'épisodes uniques, persister dans le temps ou avoir un caractère récurrent. [5]

Les troubles mentaux peuvent présenter une large gamme de gravités et de symptômes, englobant notamment les troubles anxieux, les troubles alimentaires, les variations de l'humeur, les troubles de la personnalité, les troubles psychotiques, et les problèmes liés à la consommation de substances.

Ces troubles sont diagnostiqués selon des critères cliniques précis établis dans des manuels diagnostiques tels que le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) publié par l'American Psychiatric Association et la CIM-11 (Classification Internationale des Maladies, 11e révision) de l'Organisation Mondiale de la Santé.[5]

Actuellement, les troubles mentaux ne sont pas aisément définissables en tant qu'entités cliniques avec une étiologie et une physiopathologie clairement établie [6]. Cette complexité suscite un intérêt marqué au sein de la communauté scientifique en santé mentale pour identifier les facteurs de risque et les facteurs de vulnérabilité qui contribuent à l'apparition de ces troubles.

b. Définition de l'urgence

En français, le terme "urgence" est défini comme une situation pathologique qui requiert des soins immédiats sous peine de graves conséquences pour la santé. Dans le domaine de la médecine clinique, il existe quatre catégories d'urgences, chacune ayant son propre protocole d'organisation : l'urgence médicale, l'urgence chirurgicale, l'urgence obstétricale et l'urgence psychiatrique [7].

Il est important de noter que l'urgence psychiatrique a longtemps été ignorée, non seulement par les médecins généralistes, mais aussi par les psychiatres eux-mêmes.

Cela est illustré par le parcours de Guy Baillon, qui a évolué de la négation de l'urgence en psychiatrie ("l'urgence en psychiatrie, ça n'existe pas", 1977) à la reconnaissance de son existence ("l'urgence en psychiatrie, ça existe, nous la rencontrons quotidiennement et nous y répondons", 1985).[8] [9]

L'étymologie du mot "urgence" vient du latin "urgentia", qui dérive de "urgere". Le verbe latin "urgere" signifie "pousser fortement", "presser", ou "insister avec force". Ainsi, en français, le mot "urgence" a évolué pour désigner une situation nécessitant une action immédiate en raison de son caractère critique ou dangereux. Cette notion d'action immédiate et nécessaire est conservée dans le sens moderne du terme, qui est souvent utilisé dans des contextes médicaux ou de crise pour indiquer une situation nécessitant une réponse rapide et efficace.

c. Les facteurs de risque liés à la maladie psychiatrique

Les facteurs de risque associés à la maladie mentale sont très variés. Il est pertinent de noter que ces facteurs interagissent fréquemment de manière complexe, ce qui implique qu'ils ont des influences mutuelles entrelacées et qu'il n'y a généralement pas de cause unique à la maladie mentale. La compréhension de cette complexité revêt une importance capitale dans une approche holistique de la santé mentale.

1. Les facteurs biologiques

La génétique, avec des preuves provenant d'études sur les jumeaux et les familles, montre que les antécédents familiaux de troubles comme la dépression et la schizophrénie augmentent le risque, bien que l'environnement joue également un rôle crucial.

Les déséquilibres neurochimiques, impliquant des neurotransmetteurs tels que la sérotonine et la dopamine, affectent l'humeur et le comportement, souvent ciblés par les traitements médicamenteux. Par ailleurs, l'abus de substances psychoactives peut altérer la chimie cérébrale et exacerber ou déclencher des troubles mentaux

L'utilisation de l'imagerie cérébrale dans l'étude des troubles psychiatriques a révolutionné notre compréhension de la nature et de la gestion de ces affections, en mettant en lumière le rôle central du cerveau dans les phénomènes psychopathologiques, les traitements et les addictions, et leurs impacts sur la croissance et la plasticité cérébrale. L'imagerie a révélé des altérations significatives dans le développement cérébral liées à des troubles comme la schizophrénie et l'autisme, ainsi que des anomalies dans les systèmes frontolimbiques impliqués dans la dépression, et des modifications frontostriatales associées aux compulsions. Ces techniques d'imagerie sont également cruciales en psychopharmacologie et en pédopsychiatrie, fournissant des insights précieux sur les effets des médicaments et des addictions sur le cerveau.

Les maladies psychiatriques étudiées montrent des changements statistiquement significatifs dans la structure et le fonctionnement du cerveau, souvent détectables dès l'enfance ou l'adolescence. Ces découvertes soulignent l'importance des approches cliniques dimensionnelles et longitudinales dans l'étude des syndromes psychiatriques, offrant une nouvelle perspective sur ces conditions et influençant de manière significative leur prise en charge. Outre leur valeur pour la recherche, ces avancées contribuent à modifier la perception des troubles psychiatriques, favorisant une évolution dans leur approche thérapeutique.

Enfin, certaines maladies médicales, notamment neurologiques ou métaboliques, peuvent être accompagnées de symptômes psychiatriques, soulignant l'importance d'une

approche holistique dans le traitement des troubles mentaux, qui prend en compte l'ensemble de ces facteurs interdépendants.

2. Les facteurs sociaux

Les environnements sociaux stressants, qu'ils soient familiaux, professionnels ou liés à des situations de crise comme les guerres et les catastrophes naturelles, ont un impact profond sur la santé mentale. La maltraitance, qu'elle soit physique, psychologique ou sexuelle, ainsi que la négligence et le manque d'affection, peuvent laisser des cicatrices profondes sur le psychisme d'un individu. L'isolement social, la précarité financière, la discrimination et la stigmatisation sont des facteurs de stress significatifs qui peuvent affecter profondément la santé mentale. La marginalisation sociale et économique limite l'accès aux ressources essentielles, y compris aux soins de santé mentale, exacerbant les conditions existantes et empêchant souvent les individus de recevoir l'aide dont ils ont besoin. Les situations de crise, telles que les guerres et les catastrophes naturelles, peuvent avoir un impact dévastateur sur la santé mentale des individus. L'exposition à de tels événements traumatiques peut entraîner le TSPT, la dépression, l'anxiété et d'autres troubles mentaux.

3. Les facteurs psychologiques

Cette perspective met en lumière l'importance des différentes composantes de la personnalité, notamment le tempérament et le caractère, ainsi que les diversités dans les capacités cognitives telles que la mémoire, l'attention, la résolution de problèmes et le niveau intellectuel, dans la manière dont une personne répond aux facteurs de stress. Ces caractéristiques internes peuvent avoir un impact significatif sur la capacité d'un individu à faire face aux défis et aux situations stressantes, influençant ainsi leur niveau de résilience. En outre, il convient d'ajouter que les expériences passées, le soutien social et les stratégies d'adaptation sont également des éléments cruciaux à considérer dans l'analyse de la résilience individuelle.

d. Données épidémiologiques des troubles psychiatriques

À l'échelle mondiale, en 2019, une personne sur huit, soit 970 millions de personnes, étaient touchées par un trouble mental, avec les troubles anxieux et les troubles dépressifs en tête en termes de prévalence [10] En 2020, en raison de la pandémie de COVID-19, le nombre de personnes atteintes de ces troubles a connu une augmentation significative [11]. Les premières estimations indiquent une augmentation de 26 % pour les troubles anxieux et de 28 % pour les troubles dépressifs majeurs en seulement une année [11]..

En 2022, au Canada, plus de 5 millions de personnes répondaient aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur, un trouble d'anxiété ou un trouble lié à la consommation de substances. Il est à noter que la prévalence des troubles de l'humeur et d'anxiété a considérablement augmentée au cours des dix années précédentes. Selon les résultats d'une étude, la proportion des Canadiens et Canadiennes âgés de 15 ans et plus atteints de troubles d'anxiété généralisée a doublé entre 2012 et 2022, passant de 2,6 % à 5,2 %. Des augmentations similaires ont été observées en ce qui concerne la prévalence sur 12 mois des épisodes dépressifs majeurs, qui est passée de 4,7 % en 2012 à 7,6 % en 2022, ainsi que la prévalence des troubles bipolaires, qui est passée de 1,5 % à 2,1 % au cours de la même période.[12]

En France : la maladie mentale et les troubles psychiques touchent près d'un cinquième de la population, soit 13 millions de Français selon les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les Français sont les plus gros consommateurs de psychotropes, avec plus d'un quart de la population utilisant des médicaments tels que les anxiolytiques, les antidépresseurs, les somnifères et d'autres médicaments psychotropes, comme l'indiquent les données d'EPI-PHARE [13]. La dépression est l'un des troubles les plus courants, touchant environ 15 à 20 % de la population générale au cours de la vie, selon les données de l'Inserm. En outre, environ 3 millions de personnes souffrent de troubles psychiques sévères, comme l'indiquent les données du Service Public de la Santé (SPF). Il est à noter que le suicide représente la première cause de mortalité chez les personnes âgées de 15 à 35 ans

Au mois de décembre 2022 (vague 36 de l'enquête COVIPREV de Santé publique France du 5 au 9 décembre 2022), un tiers des personnes interrogées ont déclaré présenter un état anxieux ou dépressif, et une personne sur dix a fait part de pensées suicidaires au cours de l'année.

Globalement, les remboursements pour les troubles psychiques et les maladies psychiatriques totalisent plus de 23 milliards d'euros annuellement, représentant ainsi la plus grande part des dépenses de l'Assurance Maladie, dépassant même celles associées aux cancers et aux maladies cardiovasculaires. [13]

La situation concernant la santé mentale au Maroc est également une source de préoccupation majeure. L'unique enquête nationale réalisée sur les troubles mentaux, appelée l'Enquête Nationale sur les Prévalences des Troubles Mentaux en population générale (ENPTM, 2003-2006), a été menée par le ministère de la Santé en collaboration avec l'OMS. Cette enquête a révélé que 48,9 % de la population marocaine âgée de 15 ans et plus, interrogée dans le cadre de l'étude, présentait au moins l'un des 25 troubles mentaux mineurs ou majeurs examinés avec une prévalence plus grande chez les femmes, ainsi que chez les plus jeunes ayant peu ou pas d'instruction et sans activité professionnelle stable.[14]

La prévalence de la dépression en population générale au Maroc était estimée à 26,5 %, celle des troubles d'anxiété à 9 %, des troubles psychotiques à 5,6 %, tandis que 6,5 % semblaient avoir des idées suicidaires, avec différentes intensités allant de légères 84,6% à élevées 6,5%.[14]

En 2019, on estimait à 703 000 le nombre de suicides à travers le monde, avec un taux moyen de 9 pour 100 000 habitants. Parmi ceux-ci, 12,6 hommes et 5,4 femmes pour cent mille[15]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe le suicide comme la treizième cause de mortalité mondiale, toutes tranches d'âge confondues, et la cinquième chez les adolescents âgés de 10 à 19 ans. Il représente la quatrième cause de décès chez les garçons de 15 à 19 ans, après les accidents de la route, la tuberculose et les violences interpersonnelles, et la troisième chez les filles du même groupe d'âge. Chaque année, environ 45 800 adolescents se suicident, ce qui équivaut à plus d'un jeune toutes les 11 minutes. Pour chaque cas de

suicide, il y a souvent de nombreuses tentatives de suicide, estimées entre 10 et 20 millions dans le monde chaque année. Selon le rapport de l'OMS de 2020, le Maroc a enregistré 2617 suicides en 2019[15], dont 865 femmes et 1752 hommes, plaçant le taux de suicide autour de 7,2 pour 100 000 habitants.[15]

Il convient également de noter que la qualité des données disponibles au Maroc est classée au niveau 4, ce qui signifie qu'elles sont considérées comme ayant le niveau le plus faible sur l'échelle utilisée, qui va de 1 à 4 dans ce rapport [11]. Il est probable qu'il y ait une sous-estimation du phénomène du suicide en raison du tabou persistant qui l'entoure dans de nombreuses cultures, y compris au Maroc. Il arrive souvent que certains suicides soient classés comme des accidents domestiques ou d'autres types d'accidents, ce qui entraîne une sous-estimation de la véritable ampleur du problème.

Malheureusement, les politiques de santé mentale au Maroc souffrent d'un manque sérieux de données, d'indicateurs et de mécanismes de suivi, ce qui complique leur évaluation et limite l'investissement public dans ce domaine. Le nombre de lits réservés aux patients atteints de maladies mentales est seulement de 2 431, et le pays compte 454 psychiatres, ce qui indique une insuffisance notable dans la prise en charge des troubles mentaux. [1]

B. PSYCHIATRIE ET URGENCE

a. La situation d'urgence psychiatrique

Au fil des dernières décennies, l'urgence psychiatrique (UP) a émergé comme un domaine d'intérêt majeur pour les professionnels de la santé mentale, se positionnant comme un élément crucial dans le réseau de soutien et de soins. Elle a réussi à s'intégrer pleinement au sein des services d'urgences médicales. Cette intégration du domaine psychiatrique au sein des services d'urgences des hôpitaux généraux s'est déroulée parallèlement à une augmentation notable de la demande de soins immédiats, une sollicitation émanant aussi bien de la population que des médecins urgentistes eux-mêmes. Cette évolution marque une reconnaissance accrue de l'importance des soins psychiatriques dans la réponse aux situations

d'urgence médicale, soulignant la nécessité de traitements rapides et adaptés pour les troubles psychiatriques dans un contexte d'urgence.

L'urgence psychiatrique englobe une vaste gamme de circonstances et de troubles qui requièrent impérativement une intervention rapide. Comme De Clercq l'indique [16], cette urgence transcende les cas de décompensation de troubles psychiatriques déjà identifiés, embrassant une définition plus large. Elle est considérée comme telle lorsque la nécessité d'une prise en charge immédiate se fait sentir, que cette prise de conscience émane du patient, de son entourage ou du médecin traitant. Cette situation exige une réponse prompte et appropriée de la part des soignants, dans le but de soulager l'intensité de la détresse psychique.

Historiquement, l'urgence psychiatrique a souvent été synonyme d'hospitalisation sous contrainte, reflétant principalement une dimension médico-légale. Toutefois, l'évolution des pratiques de soins, tant en pharmacologie qu'en modalités d'accueil, a entraîné une adaptation des approches en matière d'urgences psychiatriques, en réponse aux orientations nouvelles de la politique de santé mentale. Parallèlement, la demande pour des interventions psychiatriques urgentes n'a cessé de croître.

Cette double dynamique a contraint les psychiatres à redéfinir le concept d'urgence psychiatrique et à reconsidérer son organisation. La structuration de l'urgence psychiatrique repose désormais sur l'élaboration de dispositifs d'accueil diversifiés et une prise en charge spécialisée, s'adaptant aux particularités des cas traités.

Les urgences psychiatriques se catégorisent en trois principaux groupes [17] :

- Les urgences psychiatriques pures, qui concernent les crises aiguës liées à des troubles psychiatriques spécifiques comme les épisodes dépressifs majeurs ou la schizophrénie avec symptômes délirants et hallucinatoires).
- Les urgences intriquées, médico-psychiatriques, qui comprennent des situations telles que l'intoxication aiguë ou les tentatives de suicide

- Les situations de crise ou de détresse psychosociale, pouvant se manifester sous forme de crises aiguës transitoires à forte charge émotionnelle, de troubles de l'adaptation à une situation de crise ou de détresse psychosociale, ou encore de réactions à des événements de vie stressants tels que le] deuil, les pertes diverses, le chômage, les difficultés financières, professionnelles, ou judiciaires, ainsi que les conflits d'ordre conjugal, sentimental ou familial.

b. Pratiques de psychiatrie en urgence

Les patients se présentant en SU pour des symptômes d'allure psychiatrique peuvent avoir comme cause une étiologie organique ou toxique [18].

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. L'enjeu dans les SU pour les patients naïfs de tout antécédent psychiatrique, arrivant souvent pour des troubles aigus, n'est pas nécessairement de poser un diagnostic précis, mais plutôt de ne pas méconnaître une pathologie somatique pouvant mettre en jeu le pronostic vital du patient ou de modifier son orientation. En effet, les pathologies psychiatriques peuvent aussi bien provoquer la décompensation d'une maladie chronique (i.e. diabète) ou être à l'origine d'une lésion organique, dont l'expression symptomatique peut être modifiée par la pathologie psychiatrique (i.e. pathologie des pieds chez les patients réalisant un voyage pathologique). Aussi, certaines pathologies somatiques peuvent engendrer des symptômes d'allure psychiatrique. Elles sont multiples, tant dans leur origine que dans leurs manifestations, pouvant induire des troubles de la perception (hallucinations auditives ou visuelles), du contenu de la pensée (état délirant) ou encore des troubles anxieux et du comportement.

A noter quelques particularités [3] :

Une confusion n'est qu'exceptionnellement d'origine psychiatrique. Une étiologie médicale ou toxique est fréquente. Les présentations d'allure maniaque peuvent être d'origine

médicale iatrogène (i.e., corticothérapie) ou toxique (i.e., cocaïne, alcool) et donc avoir des conséquences somatiques.

Après une évaluation et un bilan somatique initial, la prise en charge est au mieux réalisé dans un secteur d'urgence psychiatrique. L'urgence repose sur la réalisation d'un tri somatique rapide, le soulagement de la crise et le repérage d'atypies (idée délirante, hallucinations, confusion) et des critères de sévérités (idées suicidaires, stupeur, évènement traumatique sévère, syndrome dépressif)

L'examen clinique initial d'un patient à présentation psychiatrique ne doit pas faire perdre de temps à l'évaluation psychiatrique. Il a pour but de rechercher des arguments orientant vers une cause organique de la présentation psychiatrique. Le bilan paraclinique vise à réaliser une recherche étiologique somatique, éliminer un diagnostic différentiel, surveiller l'évolution d'un patient et/ou réaliser un bilan pré thérapeutique.

Le bilan initial peut comporter (ce bilan n'est ni obligatoire, ni exhaustif mais à discuter au cas par cas) : une glycémie capillaire, une numération formule sanguine, un ionogramme sanguin, un bilan hépatique complet, une hémostase, une calcémie, une alcoolémie ou éthylotest, un électrocardiogramme et une tomodensitométrie cérébrale, un dosage de BétaHCG chez la femme en âge de procréer (sanguin ou urinaire).[18]

Le dosage des toxiques urinaires apporte une information sur le contexte, mais ne doit pas être systématique [19]. Le dosage sanguin médicamenteux sera réalisé en fonction du traitement du patient et seulement si cela a un impact sur la prise en charge du patient (i.e., lithiémie pour les patients sous lithium). La réalisation d'autres examens doit être guidée par l'examen clinique et basée sur un dialogue somaticien-psychiatre. Selon les cas d'autres examens pourront être discutés mais non systématiques (i.e. TSH, sérologies VIH et syphilis, électroencéphalogramme, ponction lombaire)

C. MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET URGENCES PSYCHIATRIQUES

a. Formation des étudiants en médecine en stage de psychiatrie au Maroc

1. Le rôle du stage clinique dans la formation des futurs médecins généralistes :

Le stage clinique au sein de l'hôpital constitue un pilier essentiel dans le cursus de formation du futur médecin. Au cours de cette période, l'étudiant est confronté à des situations pratiques qui lui offrent l'opportunité d'engager une réflexion critique et d'interagir avec divers professionnels du domaine. Ce stage représente un champ d'apprentissage fondamental où l'étudiant est amené à développer des savoir-faire procéduraux et des aptitudes comportementales, venant enrichir les connaissances théoriques préalablement acquises en cours magistraux.[20]

2. La formation en psychiatrie dans le parcours académique des étudiants en médecine :

L'enseignement de la pathologie mentale est intégré dans le curriculum du deuxième cycle des études médicales, généralement durant la quatrième ou cinquième année, en fonction des directives de chaque faculté. Ce module de psychiatrie, dont la charge horaire varie significativement d'une institution à l'autre - allant de 42 heures à Rabat, 22 heures à Fès, 50 heures à Tanger, à 30 heures à Oujda est structuré autour de deux axes principaux [4] :

D'une part, l'enseignement théorique, dispensé sous forme de cours magistraux, couvre un large éventail de sujets, incluant la classification des troubles mentaux, l'étude des troubles psychotiques, anxieux et de l'humeur, ainsi qu'une introduction aux différentes approches thérapeutiques en psychiatrie. D'autre part, la formation pratique se matérialise par un stage hospitalier d'une durée moyenne de quatre semaines. Ce stage représente la première immersion réelle de l'étudiant dans le monde de la pathologie mentale, lui permettant de confronter les connaissances théoriques acquises à la réalité clinique des patients.

De nombreux médecins fraîchement diplômés se retrouvent intégrés au sein du réseau de soins de santé primaire sans en avoir bénéficié, même brièvement, d'une formation en

psychiatrie. Ils font face à des besoins en santé mentale pour lesquels ils se sentent mal préparés. Historiquement, l'enseignement de la psychiatrie et des troubles mentaux a été négligé dans les programmes des facultés de médecine, souvent relégués à un rôle secondaire. Cette marginalisation trouve ses racines dans plusieurs facteurs, dont la stigmatisation persistante des maladies mentales et de la psychiatrie. De plus, l'absence de données précises sur la prévalence des troubles mentaux au sein de la population générale a contribué à sous-estimer l'importance de cette discipline dans la formation médicale des généralistes.

Face à l'émergence de statistiques alarmantes sur la prévalence des troubles mentaux, il devient essentiel de renforcer les programmes d'études médicales afin de mieux répondre aux besoins de santé mentale de la population. Heureusement, une prise de conscience récente a déclenché une vague de réformes éducatives. Certaines facultés, comme celles de médecine et de pharmacie de Rabat, Fès, Oujda, Tanger et Marrakech ont déjà reconnu l'importance cruciale d'un stage en psychiatrie dans la formation des futurs médecins [4].

3. Objectifs pédagogiques du stage de psychiatrie :

Les objectifs pédagogiques du stage de psychiatrie sont conçus pour assurer une formation complète et approfondie de l'étudiant hospitalier en médecine. À l'issue de ce stage, l'étudiant devrait être en mesure de [21] :

- Mener un entretien psychiatrique complet
- Rédiger une observation clinique psychiatrique
- Diagnostiquer les principales pathologies psychiatriques
- Identifier et gérer les principales urgences psychiatriques
- Comprendre les troubles psychiatriques d'origine organique
- Maîtriser les principes de prescription des antidépresseurs
- Connaître les modalités de prescription des neuroleptiques
- Appréhender les règles de prescription des anxiolytiques
- Prendre en charge un patient souffrant de trouble dépressif
- Intervenir auprès d'un patient à risque suicidaire
- Gérer un patient présentant un trouble anxieux :

Ces objectifs visent à préparer l'étudiant à une pratique psychiatrique éthique, efficace et empathique, en lui fournissant les outils indispensables pour faire face aux enjeux cliniques et thérapeutiques rencontrés dans le domaine de la santé mentale.

En formation médicale, le passage en psychiatrie a été longtemps sous-estimé, c'est pourtant un stage fondamental pour la formation d'un médecin généraliste compte tenu de l'augmentation de la prévalence et de la complexité des troubles psychiatriques.

Un encadrement pédagogique rigoureux des étudiants en médecine en stage de psychiatrie est primordial pour garantir l'excellence de la formation des futurs praticiens généralistes. Cette excellence aura un impact direct sur la qualité de la prise en charge des patients présentant des troubles mentaux.

b. Importance du médecin généraliste dans les situations d'urgence psychiatrique

La pratique psychiatrique dans le service des urgences de l'hôpital général suscite une réflexion sur les liens entre le domaine psychologique, somatique et social. la détresse psychique est accueillie de façon habituelle par les médecins généralistes qui jouent un rôle essentiel dans le repérage, le diagnostic et l'orientation des patients souffrant de troubles mentaux.[22]

Il est le médecin de premier recours, d'après les données de l'Institut national de la statistique et des études économiques, les problèmes de santé mentale sont la deuxième cause la plus fréquente de consultation chez le médecin généraliste, et la première pour les individus âgés de 25 à 60 ans. Ces consultations représentent entre 15 et 40 % de leur pratique.[23] En outre, 90 % des prescriptions d'antidépresseurs sont initiées par ces médecins, et au cours des cinq dernières années, 80 % des médecins généralistes ont eu à gérer au moins une tentative de suicide parmi leurs patients, et près de la moitié ont été confrontés à un suicide.[23]

En première ligne lors des consultations ou situations d'urgence, face à la complexité et la fréquence des troubles psychiques, le médecin généraliste se trouve dans l'obligation d'endosser une multitude de rôles souvent complexes. Indépendamment de la manière dont le

patient arrive, seul ou accompagné, aux urgences, et quel que soit son état psychiatrique, l'entretien psychiatrique vise à identifier les spécificités du trouble, en examinant notamment son apparition, son évolution, les éventuels facteurs déclencheurs, ainsi que les antécédents familiaux et personnels, tant sur le plan organique que psychiatrique. Il est également important d'évaluer l'état et la personnalité du patient avant l'apparition de la maladie, de rechercher d'éventuels épisodes similaires antérieurs, ainsi que de prendre en compte les signes concomitants, les troubles associés, la consommation de substances psychoactives et la prise récente de médicaments., ainsi que l'examen physique, et les examens complémentaires constituent les outils fondamentaux pour identifier et écarter toute cause organique et pour diriger le patient vers un établissement ou un service plus spécialisé.

En résumé, le médecin généraliste joue un rôle crucial dans la gestion des urgences psychiatriques, fournissant un soutien initial essentiel, une orientation spécialisée et un suivi régulier. Ils sont indispensables pour assurer une intervention rapide et efficace en cas de crise psychiatrique, améliorant l'accès aux soins spécialisés et assurant une prise en charge continue des personnes atteintes de troubles mentaux. Il est essentiel que ces professionnels soient bien informés des aspects cliniques, thérapeutiques et organisationnels de la psychiatrie et qu'ils bénéficient d'une formation approfondie en communication et en gestion des relations.

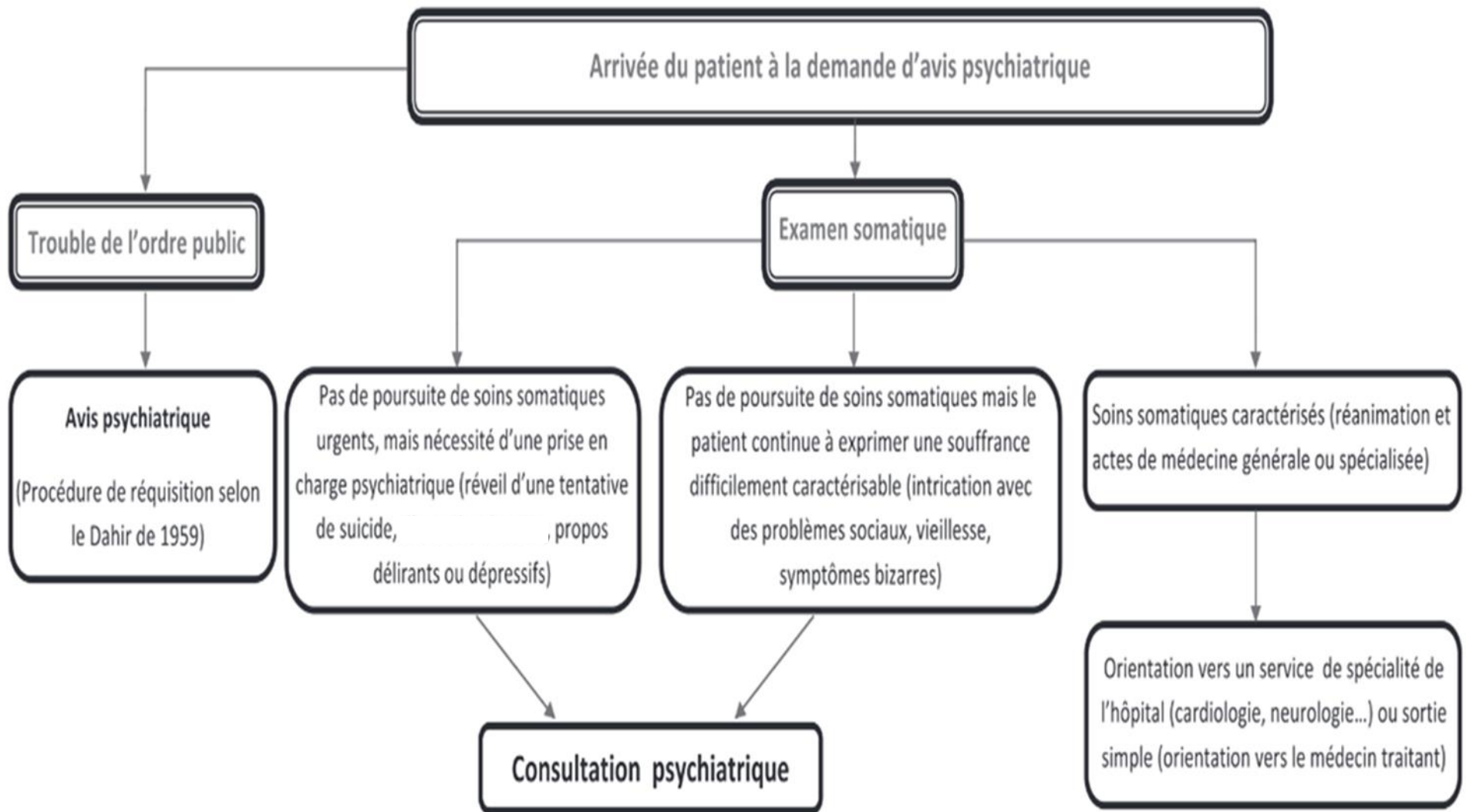


Figure 1: Le circuit de la demande psychiatrique

D. COLLABORATION ENTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET PSYCHIATRE

a. Exploration des intrications psychosomatiques

Selon les dires de Gérard Dubret, le département des urgences au sein d'un éminent établissement hospitalier général se présente comme le point de convergence de l'ensemble des affections de la cité [24], là où se concentrent et convergent toutes les formes de souffrances urbaines, dont une proportion non négligeable d'urgences psychiatriques. Les pathologies impliquées sont multiples [25]. A titre d'illustration, Vaiva et ses collaborateurs, dans une étude datant de 2011, ont évalué à près de 290 000 le nombre annuel de tentatives de suicide traitées par les services d'urgence en France, ce qui représente environ 4,1% de la population nationale [26]. Il convient de souligner que les tentatives de suicide figurent parmi les principales sources d'urgences concomitantes d'origine psychiatrique.

En sens contraire, il convient de souligner que certaines affections d'origine somatique ont la capacité de se manifester en premier lieu par une symptomatologie psychiatrique. Le syndrome catatonique en est un exemple emblématique. Historiquement, la catatonie était jadis considérée comme pathognomonique de la schizophrénie, au point qu'elle fut isolée en tant qu'entité clinique distincte de cette maladie mentale. Toutefois, à l'heure actuelle, il est reconnu que ce trouble peut également avoir une origine organique, notamment d'ordre neurologique.

Il existe également une série de tableaux cliniques trans-nosographiques, mettant en évidence la pertinence d'une compétence pluridisciplinaire alliant les domaines somatiques et psychiatriques au sein des services d'urgences. Les états d'agitation aiguë, bien que fréquents, présentent une prévalence estimée comprise entre 0,8 % et 1,2 % des admissions aux services d'urgences générales, et leurs étiologies sont diverses, incluant la confusion, la comitialité, l'iatrogénie, les troubles hydro-électrolytiques, ainsi que les dysfonctionnements endocriniens [27].

D'un autre côté, il est observé une incidence notablement élevée de comorbidités somatiques chez les individus qui sollicitent des services de consultation en psychiatrie. Il est à noter que certaines de ces comorbidités sont prédictibles et, par conséquent, sont susceptibles d'être anticipées et, idéalement, prévenues avant que le recours aux services d'urgence ne soit nécessaire. Comme exemple, parmi les patients soumis à des traitements antipsychotiques, il est observé une augmentation du risque de développer des affections cardio-vasculaires, notamment des accidents ischémiques coronariens et des accidents vasculaires cérébraux, en comparaison avec la population générale. Des directives internationales ont été élaborées dans divers pays dans le but d'instaurer un dépistage précoce et un suivi régulier pour ces patients [29]. En France, en 2009, des recommandations ont également été formulées par un comité d'experts composé de psychiatres et de médecins spécialisés en médecine somatique. Le suivi des patients recevant un traitement antipsychotique requiert une surveillance régulière de paramètres cliniques et biologiques, ainsi qu'une coordination efficace entre le médecin généraliste, le psychiatre, le cardiologue et l'endocrinologue.

De manière réciproque, il est à noter que certaines comorbidités psychiatriques, telles que les troubles dépressifs, les troubles anxieux, et les idées suicidaires, sont fréquemment observées chez les patients qui consultent pour des raisons somatiques. Il convient de souligner que ces comorbidités sont souvent sous-diagnostiquées. Les études de la littérature mettent en lumière l'impact péjoratif de ces diagnostics sur l'évolution du tableau clinique somatique. En conséquence, il en résulte une prolongation significative de la durée moyenne d'hospitalisation pour ces patients.

Il apparaît donc que l'on puisse classer ces intrications médico-psychiatriques en trois catégories distinctes [29] :

- Les affections somatiques qui se manifestent par des symptômes psychiatriques (telles que l'encéphalite, par exemple),
- Les troubles mentaux ayant des répercussions somatiques, tels que les tentatives de suicide ou les abus de substances,

- Les troubles comorbides qui présentent un mélange de manifestations médicales et psychiatriques en raison de leur fréquence relativement élevée.

En synthèse, les intrications médico-psychiatriques revêtent une signification considérable dans la pratique des médecins généralistes, lesquels se trouvent dans l'obligation de se préparer à identifier, à orienter et à gérer les problématiques de santé mentale chez leurs patients, tout en prenant en charge simultanément les éléments somatiques inhérents à leur bien-être global. Il est fréquemment requis d'établir une étroite collaboration avec des experts en santé mentale afin de garantir la prestation de soins de qualité à ces individus.

b. Identification des bénéfices d'une collaboration étroite

La collaboration est l'action de « travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions [30] ». Dans le contexte du domaine médical, elle s'entend comme la mise en œuvre d'une coordination des efforts des intervenants de la santé au service d'un patient donné. Cette entreprise requiert la communication fluide et l'échange d'informations pertinentes concernant l'état de santé du patient, son suivi, ainsi que les démarches thérapeutiques instaurées à son bénéfice.

Une collaboration efficace constitue un vecteur essentiel pour l'amélioration de la qualité des soins prodigués à un patient [31], en offrant la possibilité aux divers acteurs impliqués d'ajuster leur approche en fonction de la condition particulière de ce dernier. Elle revêt également une importance cruciale en ce qui concerne la sécurité des ordonnances médicales et la supervision des traitements thérapeutiques.

L'importance de la qualité de la collaboration se trouve accentuée de manière significative chez les patients qui relèvent de soins psychiatriques, en raison de leur appartenance à une population à haut risque de morbidité et de mortalité, nécessitant ainsi une surveillance efficace. Cette surveillance doit être capable de détecter l'émergence ou l'aggravation de comorbidités, tout en identifiant d'éventuels symptômes dont la présentation peut être altérée par la pathologie psychiatrique sous-jacente. De plus, la littérature médicale a

démontré que la qualité de la collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres joue un rôle prépondérant dans la satisfaction du patient à l'égard de sa prise en charge.[32]

En outre, une collaboration de qualité aurait pour effet de réduire le délai d'accès du patient à une consultation auprès d'un psychiatre [33], diminuant ainsi la durée de séjour hospitalier et la fréquence des réhospitalisations chez les individus souffrant de troubles mentaux chroniques sévères. En définitive, Les patients bénéficient ainsi d'une meilleure gestion de leur état de santé mentale et de la réduction des coûts associés aux soins de santé [34],[35]

Selon une étude récente, la France occuperait la dernière position en termes de qualité de la collaboration parmi les pays européens, avec seulement 40 % de médecins généralistes satisfaits de leur collaboration avec les psychiatres. De plus, une autre étude datant de 2004, réalisée dans les Yvelines, révèle que 53,9 % des médecins généralistes estiment que leur collaboration avec les psychiatres est de moins bonne qualité que celle avec d'autres spécialités médicales. Des recherches supplémentaires réalisées en France ont exploré la dynamique de la collaboration entre les médecins généralistes (MG) et les spécialistes, en mettant en lumière les obstacles rencontrés. Ces obstacles incluent notamment une transmission d'informations insuffisante concernant le suivi des patients, un manque de coordination et de communication entre les MG et les psychiatres, ainsi qu'une absence de feedback de la part des psychiatres. D'autres problématiques soulevées comprennent la difficulté d'accès aux soins spécialisés, une communication interprofessionnelle inadéquate, et une négligence des soins somatiques pour ces patients. Une enquête d'ampleur nationale en France impliquant 2400 MG, a révélé que 80 % d'entre eux trouvaient l'accès aux soins spécialisés en santé mentale compliqué, surtout en ce qui concerne les délais pour obtenir un rendez-vous avec les professionnels spécialisés [36]. Par ailleurs, deux tiers des MG exprimaient leur insatisfaction vis-à-vis de la collaboration avec les psychiatres, mettant en évidence un besoin critique d'amélioration dans les échanges professionnels et le soutien aux patients.[36]

La littérature médicale souligne également que les médecins généralistes entretiennent une collaboration plus fructueuse avec d'autres spécialités médicales qu'avec les médecins psychiatres.

Au Canada, on estime qu'environ une personne sur cinq est touchée par une maladie mentale chaque année. Les médecins généralistes jouent un rôle crucial en tant que premiers intervenants dans la prise en charge de ces patients, et ils sont confrontés, tout comme en France, aux défis de fournir des soins optimaux tout en faisant face aux difficultés d'accès à des spécialistes de la santé mentale. Pour répondre à ces problèmes, de nombreuses initiatives axées sur la collaboration interprofessionnelle ont été lancées [37]. Une étude réalisée au Québec a révélé que le manque de ressources, tant en termes de professionnels de la santé que de services disponibles, ainsi que le manque de formation et de temps pour les médecins généralistes, conjugués à l'absence d'incitations à la collaboration, entravaient la mise en place d'une prise en charge conjointe et efficace de leurs patients [37]. Dans divers autres pays, tels que l'Australie, le Royaume-Uni, les Pays-Bas et la Nouvelle-Zélande, on observe une croissance significative de la prestation de soins de santé mentale orientée vers la collaboration [37].

Pour conclure, l'interaction synergique entre les médecins de famille et les spécialistes en psychiatrie présente actuellement une vaste gamme de bénéfices pour le traitement des individus atteints de troubles psychiques. Les projections futures sont optimistes, en raison de l'incorporation progressive des innovations technologiques et de l'adaptation continue des méthodes cliniques, visant à rehausser le standard des interventions en matière de santé psychologique

E. RECOMMANDATIONS POUR RENFORCER LA COLLABORATION ENTRE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET PSYCHIATRE

La promotion, la protection et le rétablissement de la santé mentale constituent des enjeux majeurs et universels. En témoigne l'approbation, en 2013, par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), du Plan d'Action Global pour la Santé Mentale 2013-2020. Cet engagement, souscrit par l'ensemble des États membres de l'OMS, implique l'adoption de démarches spécifiques destinées à améliorer la santé mentale et à contribuer efficacement à l'atteinte d'objectifs mondiaux définis. Le dessein ultime de ce plan stratégique est de favoriser l'épanouissement mental, de prévenir l'émergence de troubles psychiques, d'offrir des soins adéquats, d'augmenter les possibilités de rétablissement, de promouvoir les droits fondamentaux, ainsi que de réduire la mortalité, la morbidité et le handicap parmi les individus souffrant de troubles mentaux.[38]

La santé mentale occupe une place centrale dans les préoccupations gouvernementales de la France. Sur la période allant de 2005 à 2017, la France a élaboré et mis en œuvre un ensemble de recommandations et de programmes d'action progressifs dans ce domaine. Ces initiatives, proposées par le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) et approuvées par la Haute Autorité de Santé (HAS), avaient pour ambition de stimuler les interactions entre les médecins de première ligne et les psychiatres dans le cadre du suivi des patients souffrant de troubles psychiques [39] [40]. Plusieurs stratégies d'action ont été conçues, chacune avec des buts spécifiques à réaliser sur des laps de temps étendus, à travers les programmes « psychiatrie et santé mentale 2005-2010 », suivi de 2011-2015 et ultimement 2013-2020[35].

Le programme « Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 » visait à atteindre diverses ambitions, au cœur desquelles se trouvait la volonté de réhausser le niveau de formation des médecins généralistes. En effet, une faible proportion de ces praticiens, à savoir à peine un sur cinq, avait bénéficié d'une immersion en psychiatrie durant leur cursus initial, alors même qu'ils sont quotidiennement confrontés aux affections psychiques dans leur exercice professionnel. L'amélioration de leur formation était envisagée notamment par le biais du Développement Professionnel Continu (DPC) [35].

La convention médicale du 26 juillet 2011 doit également être conçue de manière à favoriser l'établissement de partenariats fructueux, notamment en instaurant la possibilité pour un médecin généraliste de solliciter une consultation auprès d'un psychiatre dans un délai de 48 heures.[35]

En l'année 2014, la Conférence Nationale des Présidents de commission médicale d'établissement (CME) de Centres Hospitaliers spécialisés, en collaboration avec le Collège de la Médecine Générale (CMG), a conjointement élaboré une Charte de partenariat entre les médecins généralistes et les psychiatres, qui a été publiée en mars 2014. L'objectif de cette charte est d'améliorer la coopération entre ces deux spécialités médicales en vue d'une prise en charge globale et optimale des patients. Elle aborde huit points fondamentaux regroupant des recommandations de bonnes pratiques cliniques, dans le but de garantir une coordination plus efficace des soins autour du patient [35] :

- Veiller à ce que chaque patient ait un médecin généraliste attitré, et que cette information soit consignée dans son dossier médical.
- Assurer une prise en charge globale par le médecin traitant, en particulier en ce qui concerne la prévention et la surveillance des effets secondaires des traitements, notamment en cas de comorbidités somatiques et psychiatriques.
- Mettre en place un accès direct par téléphone à un psychiatre, avec une disponibilité réciproque.
- Garantir la transmission d'informations au médecin traitant dès que le patient est orienté vers des structures de soins.
- Assurer une communication systématique et rapide au médecin traitant concernant les hospitalisations planifiées ou d'urgence en milieu spécialisé, tant à l'admission qu'à la sortie.
- Faciliter, grâce à une coordination efficace, l'intervention du médecin traitant pour mobiliser des ressources locales et pour des interventions conjointes au domicile, notamment en cas de mesures d'hospitalisation sans consentement.

- Coordonner les interventions à domicile impliquant des équipes pluriprofessionnelles dans les soins, l'assistance et l'accompagnement du patient et de sa famille.
- Encourager, par le biais de la formation des internes en médecine générale et en psychiatrie, une meilleure connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles.

En l'an 2015, la Haute Autorité de Santé (HAS) a instauré un projet visant à "rehausser la concertation entre le médecin généraliste et les divers intervenants médicaux impliqués dans le traitement des affections psychiatriques". L'objectif ultime de cette initiative consistait à améliorer la qualité des prises en charge et du suivi des patients souffrant de troubles mentaux, en favorisant une coordination plus étroite entre le médecin généraliste et les professionnels de la santé participant à leur traitement.[41]

En dernier lieu, un comité de direction national dédié à la psychiatrie s'est assemblé le 13 janvier 2017[41]. Ce comité a formulé un plan d'action triennal, comprenant quinze domaines de travail identifiés. Parmi ces domaines, quatre ont été érigés en priorités indiscutables : la régulation et la supervision de l'utilisation des mesures d'isolement et de contention, l'amélioration des soins en ambulatoire et des hospitalisations en psychiatrie, le développement de la psychiatrie infantile et juvénile en lien avec la protection de l'enfance et la prévention, ainsi que l'amélioration de la clarté, de l'accessibilité, de la continuité des soins et du financement des établissements de santé.

Au Maroc, des efforts significatifs sont déployés pour promouvoir la santé mentale, illustrés par l'élaboration de stratégies et de programmes nationaux visant à améliorer les soins et les services dans ce domaine.

Le ministère de la Santé au Maroc a mis en place un programme ambitieux pour la période 2008-2012 visant à améliorer le système de soins psychiatriques et à réduire les inégalités dans ce domaine. Ce programme prévoit la réorganisation de l'offre de soins psychiatriques, l'assurance d'un minimum essentiel pour la santé mentale des jeunes, le renforcement de la formation des professionnels, la prévention de l'usage des substances

psychoactives, l'amélioration de la prise en charge des troubles addictifs, la révision des textes réglementaires, la sensibilisation et la lutte contre la stigmatisation, l'accès gratuit aux médicaments psychotropes, la modernisation des hôpitaux et services existants, la promotion de la bonne santé mentale, l'augmentation du nombre de professionnels dans ce secteur et le développement de la gériopsychiatrie.

En décembre 2022, le ministre de la Santé et de la Protection sociale, Khalid Ait Taleb, a annoncé l'élaboration d'un plan national stratégique multisectoriel pour la santé mentale, accompagné d'un projet d'évaluation du système de santé mentale avec l'appui de l'OMS. [42] Il a également souligné que le cadre juridique actuel n'est plus adapté aux évolutions de la santé mentale et aux orientations du Programme national de la santé mentale et de l'OMS, indiquant une volonté de réforme et d'adaptation aux standards internationaux et aux besoins actuels.

Malgré l'ensemble de ces initiatives entreprises, il est manifeste que les systèmes de santé n'ont pas encore réussi à fournir des solutions appropriées aux problématiques liées aux troubles mentaux. Cela se traduit par un écart considérable, observable à l'échelle mondiale, entre l'offre de traitements existante et les nécessités thérapeutiques des individus. Il apparaît impérieux de favoriser le renforcement des interactions entre les praticiens de la santé, dans le dessein de passer d'un modèle caractérisé par l'isolement à un modèle caractérisé par la collaboration. Que ce soit pour solliciter un avis consultatif à un moment donné ou pour assurer le suivi périodique d'un patient, voire même pour élaborer les protocoles de soins, cette démarche s'avère être d'une importance capitale.

CHAPITRE II :

PARTIE PRATIQUE

1. MATERIELS ET METHODES

A. Description de l'étude

La méthode utilisée est une étude observationnelle transversale descriptive, basée sur une enquête menée auprès de médecins généralistes, résidents, internes et externes des services des urgences médicales par un questionnaire anonyme.

Le propos de notre étude est d'avoir un aperçu sur le niveau d'acquisition des différentes compétences nécessaires pour un médecin de garde au service des urgences médicales du Maroc devant certaines situations cliniques psychiatriques rencontrées au cours de leur garde.

B. Elaboration du questionnaire

Un questionnaire anonyme, conçu avec le logiciel Google-Forms a été envoyé à travers les réseaux sociaux aux médecins généralistes, aux internes des CHU et de périphérie et aux externes du Maroc, comportant 20 questions. Le questionnaire a été élaboré en 4 parties comportant :

- 1- Caractéristiques socioprofessionnelles en termes de ville de résidence, sexe, statut, nombre de consultation par jour
- 2- Caractéristiques professionnelles.
- 3- Facteurs liés à la formation des professionnels en psychiatrie.
- 4- Les commentaires ou les suggestions d'améliorations à faire

Il s'agit d'un questionnaire anonyme et se composant d'une vingtaine de QCM/QCU et de réponses courtes.

C. Population de l'étude

Les critères d'inclusion englobaient l'ensemble des médecins généralistes de secteur public et privé, internes, résidents et externes confrontés à des situations d'urgence psychiatrique dans le cadre de leur pratique au Maroc.

Nous avons exclu de notre échantillon les médecins qui avaient déjà testé le questionnaire avant sa diffusion, ainsi que les étudiants en médecine de première et deuxième année, ainsi que les médecins généralistes travaillant au niveau des services administratifs. Cette exclusion est motivée par le fait que la perception mesurée est étroitement liée à l'expérience pratique du sujet sur le terrain, ce qui pourrait introduire un biais de sélection dans notre étude.

D. Diffusion du questionnaire

Notre travail s'étend sur une période de cinq mois, de juillet 2023 à décembre 2023. Le questionnaire a été diffusé à travers de nombreux groupes de médecins généralistes travaillant dans le secteur privé et public, ainsi qu'aux internes, résidents et externes, via différents réseaux sociaux tels que Facebook et WhatsApp.

E. Analyse des données

Les données du questionnaire ont été enregistrées sur Excel en utilisant un codage numérique, puis traitées à l'aide du logiciel SPSS version 21. Ce logiciel nous a permis d'obtenir des résultats descriptifs de la population étudiée.

Les variables qualitatives ont été exprimées en graphiques et pourcentages, et les valeurs quantitatives en médianes ou moyennes.

Les commentaires libres ont été utilisés à titre indicatif pour compléter les résultats. Ils n'ont pas fait l'objet de calcul statistique ni d'étude qualitative.

Pour examiner la relation entre la formation en urgences psychiatriques et la gestion de ces situations, nous avons effectué une analyse de corrélation univariée en utilisant la corrélation de Pearson. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel statistique IBM SPSS version 21.0. Une valeur de $p < 0,05$ est considérée comme statistiquement significative.

F. Considérations éthiques

En ce qui concerne les considérations éthiques, le recueil des données a été effectué avec respect de l'anonymat des participants et de la confidentialité de leurs informations.

2. RÉSULTATS

Nous allons analyser les résultats obtenus en suivant la chronologie du questionnaire.

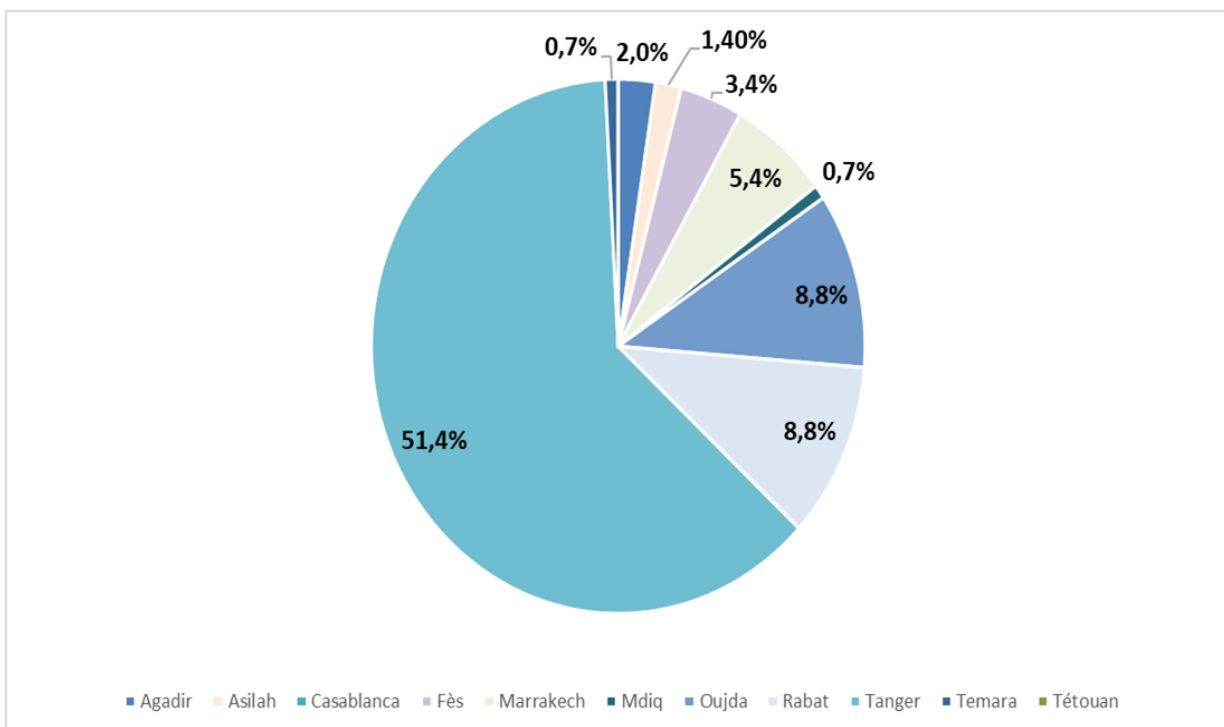
Nous avons réussi à rassembler un total de 210 réponses.

A. RESULTATS DESCRIPTIFS

a. Facteurs sociodémographiques

i. Le lieu de résidence

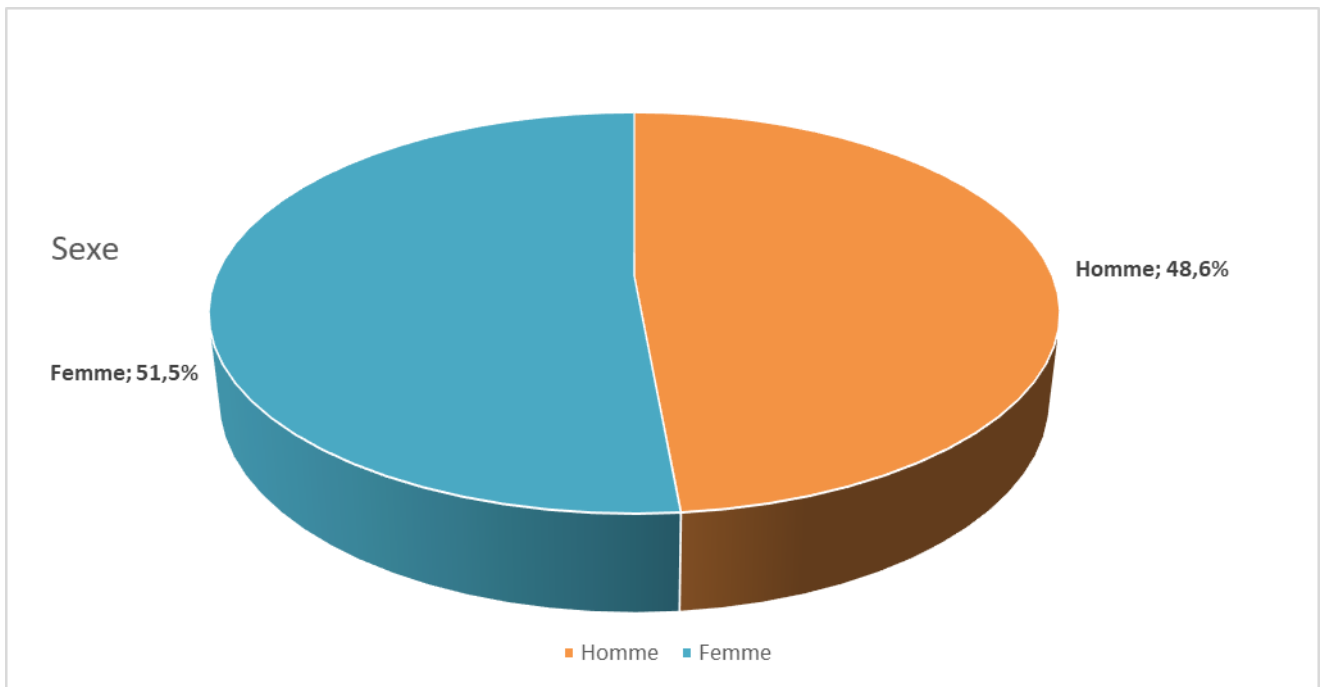
La majorité des participants, représentant 51,4%, étaient de Tanger, suivie des populations de Tétouan et Rabat.



Graphique 1: Répartition des participants en fonction du lieu de résidence

ii. Le sexe

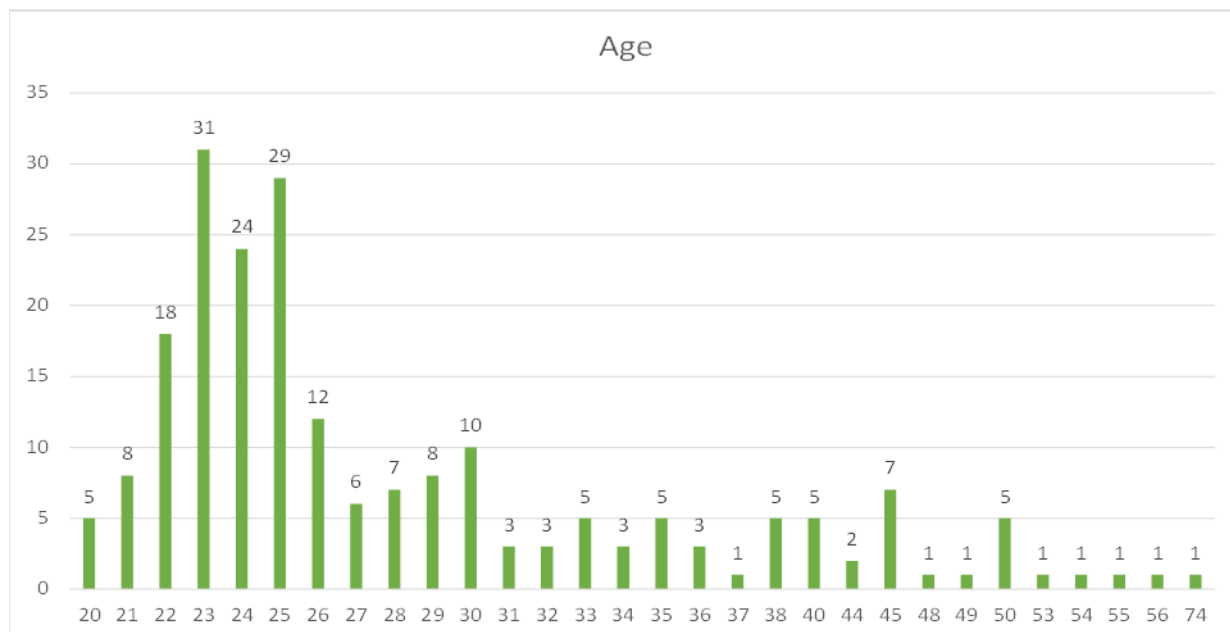
La population était relativement homogène, mais on retrouvait un pourcentage plus important de participants de sexe féminin soit 51,5%, contre 48,6% de sexe masculin



Graphique 2: Répartition des participants en fonction du sexe

iii. Age

L'âge moyen des participants était de 28,7 ans, avec une médiane de 25 ans et un écart type de 8,639 ans, indiquant une variabilité notable dans les âges des participants. L'âge le plus jeune enregistré était de 20 ans, tandis que l'âge le plus élevé était de 74 ans.

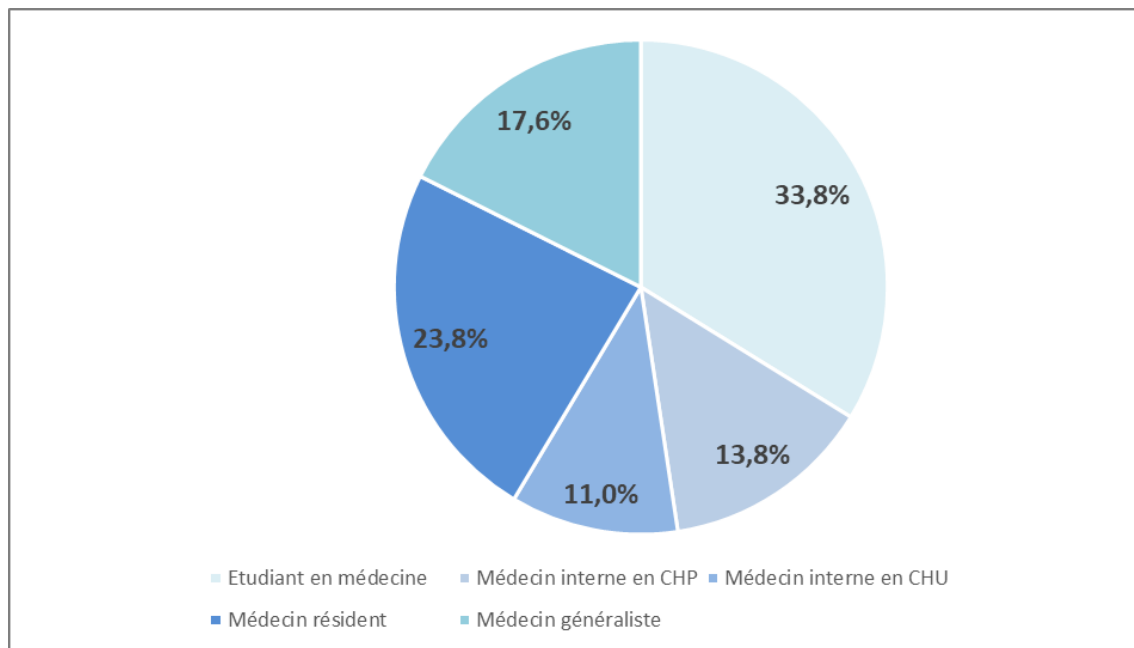


Graphique 3: : Répartition des participants en fonction de l'âge

iv. Statut médical

L'analyse des répondants révélait une diversité dans les profils professionnels.

Parmi les participants, 33,8% étaient des étudiants en médecine, suivis par les médecins résidents qui constituaient 23,8% du total. Les médecins généralistes représentaient 17,6%, tandis que les internes représentaient 13,8%.

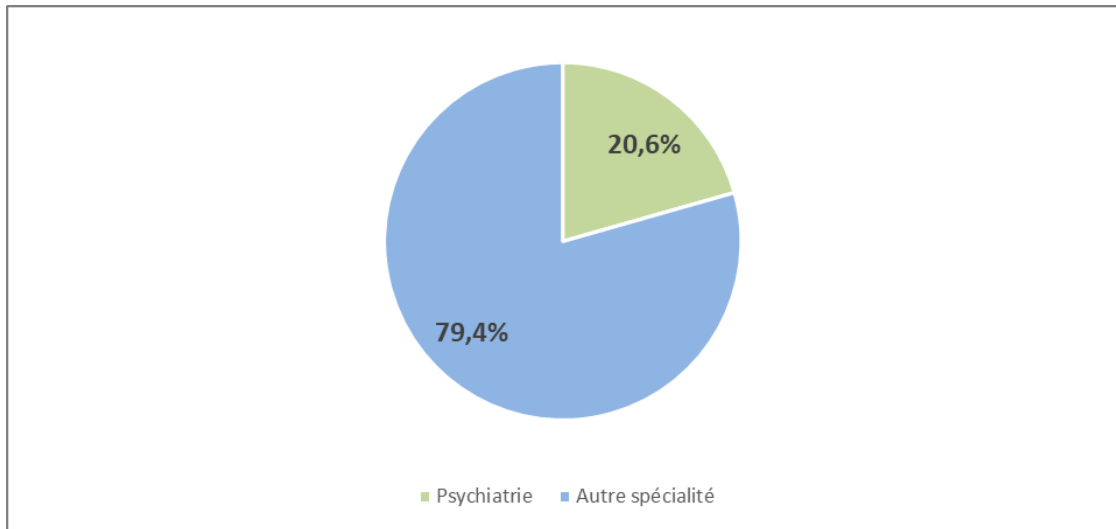


Graphique 4: Répartition des participants en fonction du statut médical

b. Les caractéristiques professionnelles

i. Répartition des résidents selon leur spécialité

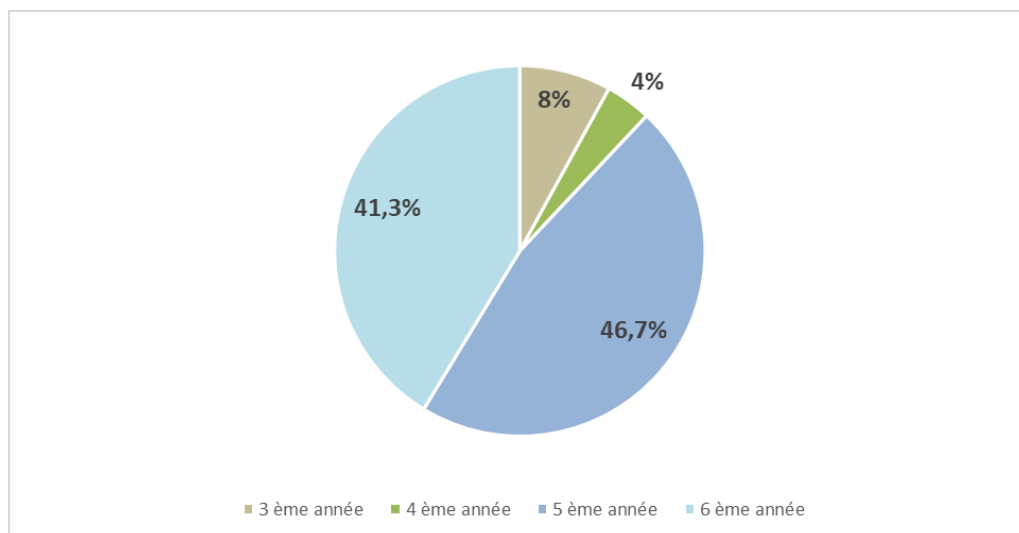
La grande majorité des résidents, 79,4%, se spécialisaient dans des domaines autres que la psychiatrie. À l'inverse, 20,6% d'entre eux avaient choisi la psychiatrie comme spécialité principale.



Graphique 5: Répartition des résidents selon leur spécialité

ii. Répartition des étudiants selon leur année d'étude

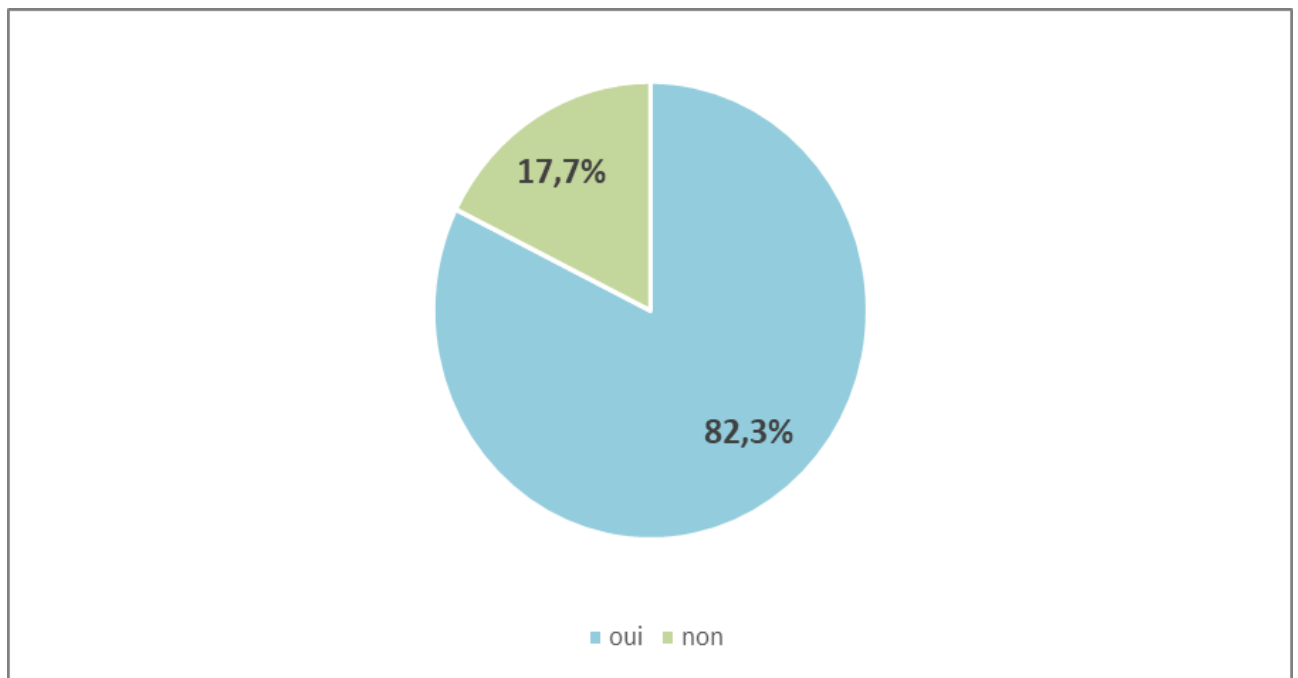
La majorité, soit 46,7%, étaient des étudiants en cinquième année, suivis de près par 41,3% d'étudiants en sixième année ainsi que les étudiants en troisième année représentaient une part plus petite, soit 8%.



Graphique 6: Répartition des étudiants selon leur année d'études

iii.Participation aux gardes des urgences

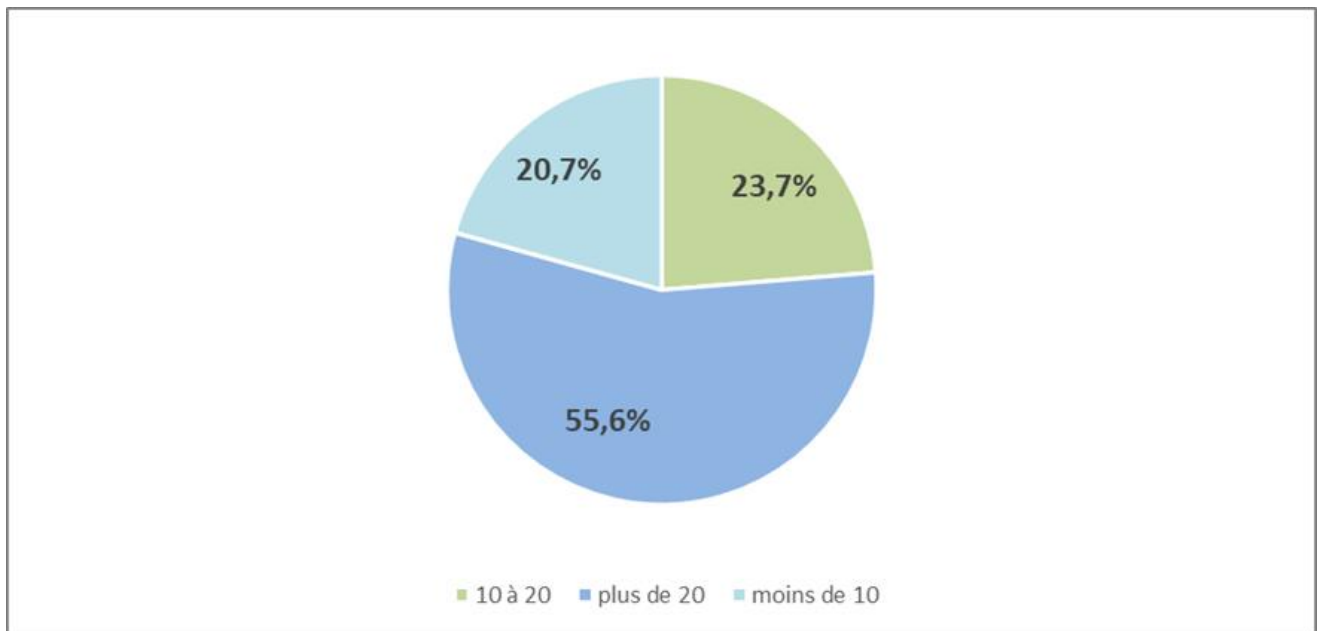
On dénombrait que la grande majorité, soit 82,3%, s'engageait à assurer les gardes aux urgences. En revanche, 17,7% des répondants indiquait ne pas participer aux gardes.



Graphique 7: Répartition des participants en fonction de leur participation aux gardes des urgences

iv.Nombre de consultation urgente par jour

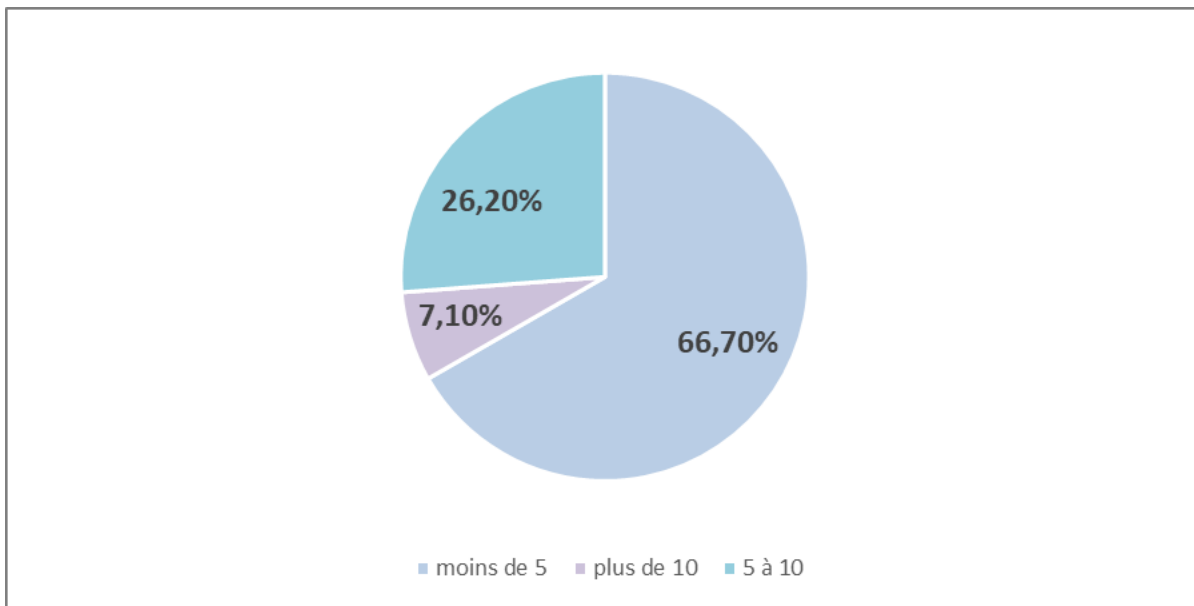
En ce qui concerne le nombre de consultation urgente par jour, on trouve que : 20,7% des répondants signalaient avoir moins de 10 consultations urgentes par jour, tandis que 23,7% rapportaient avoir entre 10 et 20 consultations urgentes quotidiennes. La majorité, soit 55,6%, déclarait avoir plus de 20 consultations urgentes par jour.



Graphique 8: Répartition en fonction du nombre de consultation urgente par jour

v. Nombre de consultation pour une urgence psychiatrique par jour

66,7% des participants indiquaient avoir moins de 5 consultations pour une urgence psychiatrique par jour. 26,2% déclaraient avoir entre 5 et 10 consultations quotidiennes. Cependant, une proportion plus faible, soit 7,1%, mentionnait avoir plus de 10 consultations pour une urgence psychiatrique par jour.

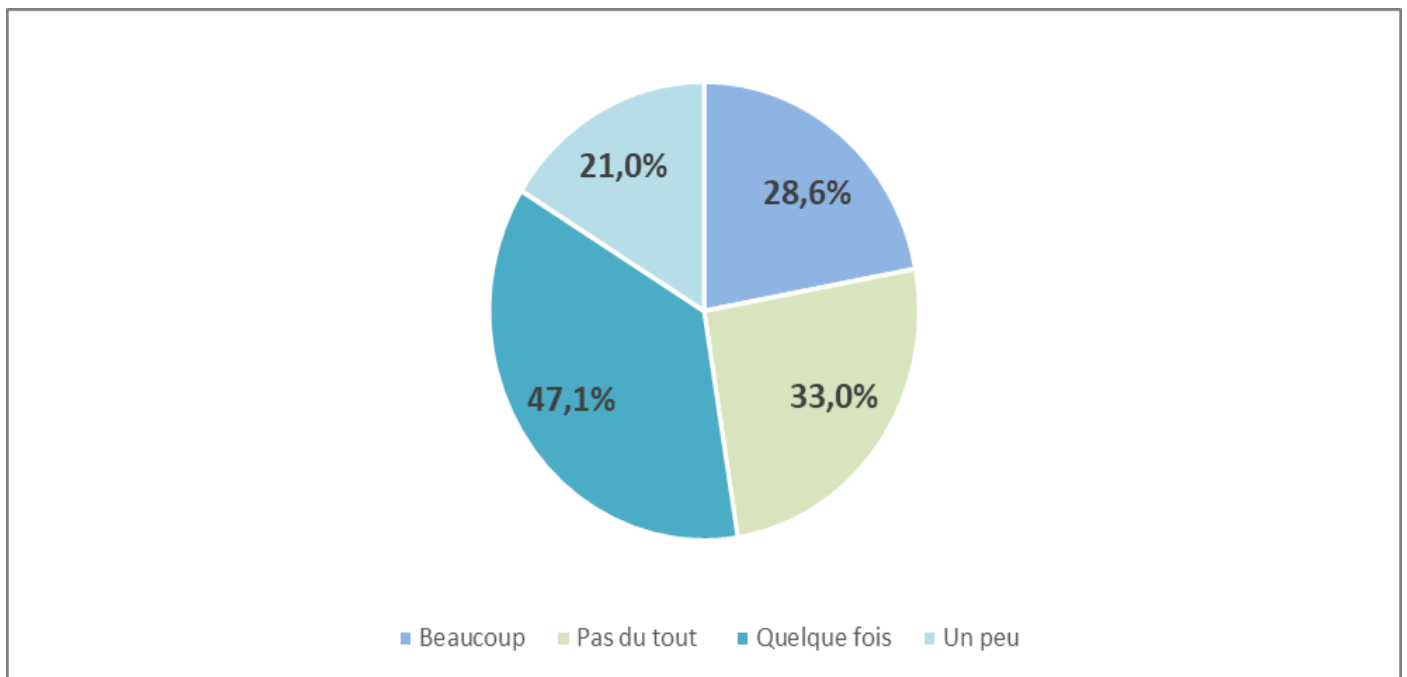


Graphique 9: Répartition en fonction du nombre de consultation pour une urgence psychiatrique par jour

vi. La réaction du praticien devant une urgence psychiatrique

Les résultats montrent une gamme variée de réponses émotionnelles parmi les médecins confrontés à des urgences psychiatriques. En détail, on observe que :

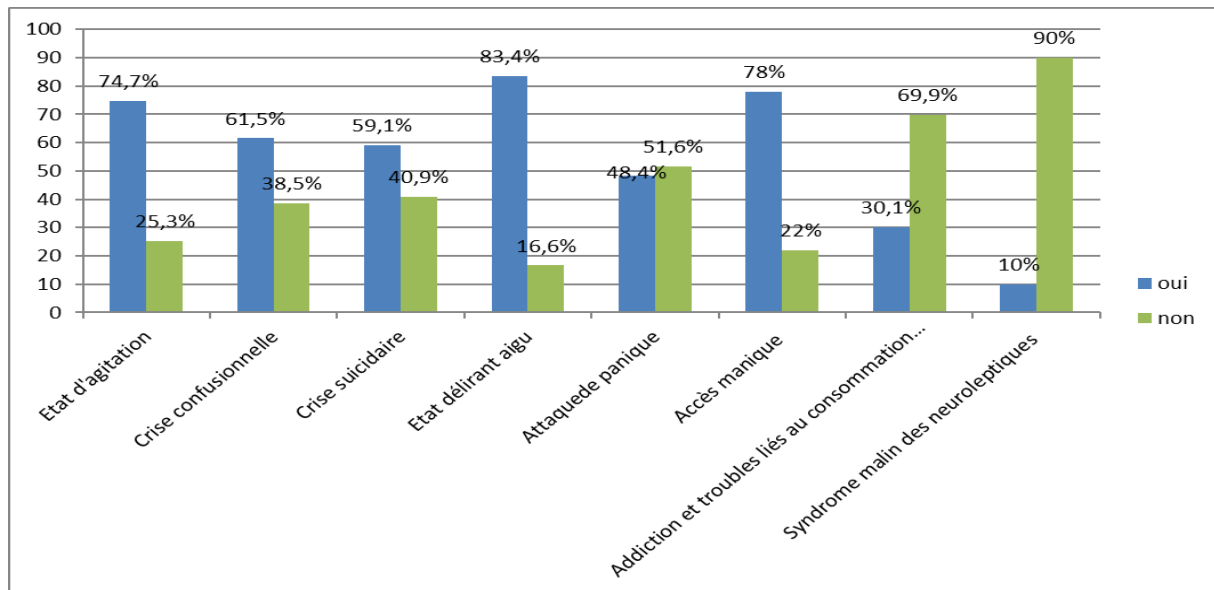
- 28,6% indiquaient ressentir un niveau élevé de stress.
- 47,1% déclaraient éprouver du stress à certaines occasions.
- 21% rapportaient ressentir un stress modéré.
- 33,3% affirmaient ne pas ressentir de stress du tout.



Graphique 10: Répartition en fonction de la réaction du praticien devant une urgence psychiatrique

vii. Fréquence des urgences psychiatriques au cours de la pratique médicale

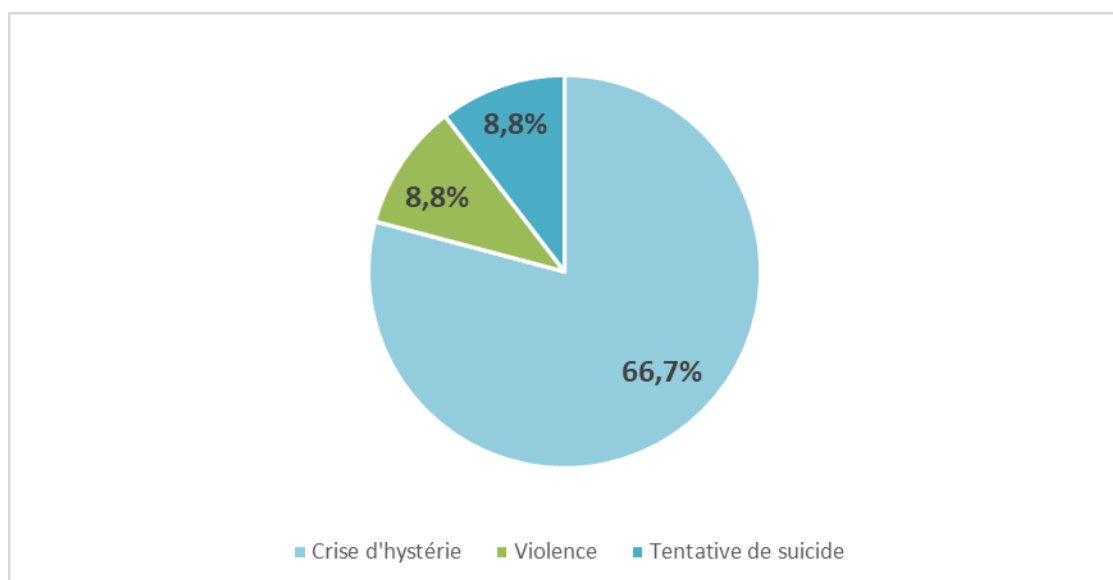
Une majorité de praticiens, soit 74,7%, avaient déjà confrontés à des états d'agitation. De plus, 61,5% des médecins participants avaient fait face à des crises confusionnelles, 59,1% à des crises suicidaires, et 83,4% à des états délirants. Près de la moitié des répondants, soit 48,4%, avaient également été confrontés à des attaques de panique, tandis que 78% avaient déjà fait face à des accès maniaques. En revanche, une minorité, soit 10%, avait déjà été confrontée à un syndrome malin.



Graphique 11: Répartition des participants en fonction de la fréquence des urgences psychiatriques au cours de la pratique médicale

viii. Les autres situations rencontrées aux urgences psychiatriques :

Parmi les autres situations fréquemment rencontrées lors des urgences psychiatriques, 66,7% des répondants avaient mentionné la crise d'hystérie comme motif, tandis que 8,3% avaient évoqué la violence et les tentatives de suicides.

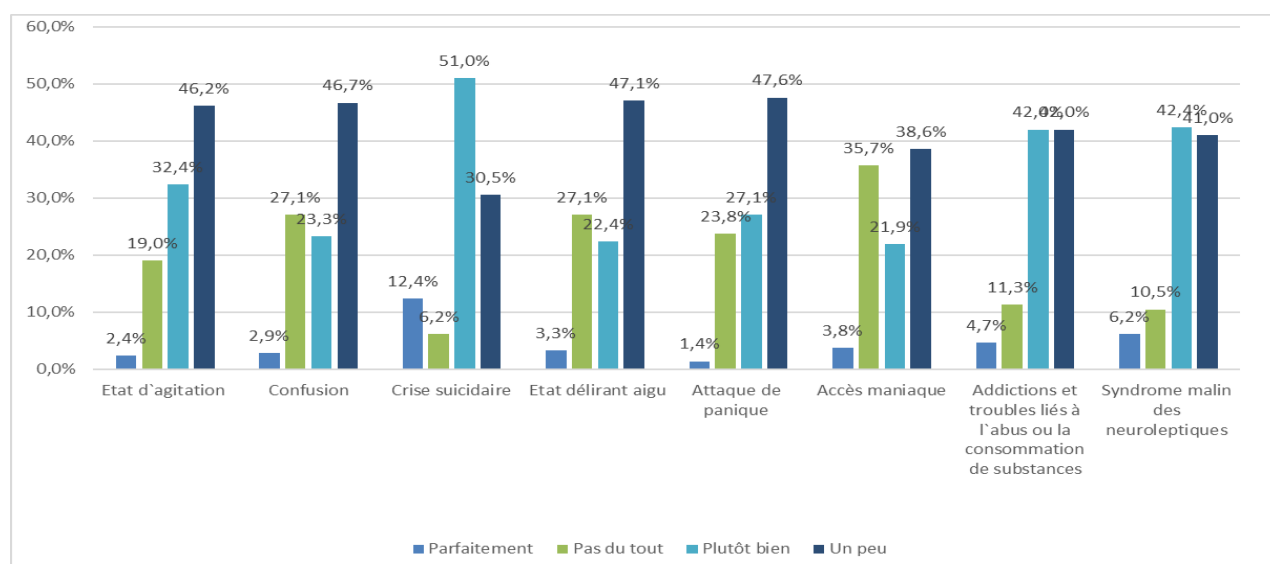


Graphique 12: Les autres situations rencontrées aux urgences psychiatriques

ix. La maîtrise de prise en charge des urgences psychiatriques :

Les participants à cette enquête démontraient une expertise plus prononcée dans les domaines suivants :

- Gestion d'une crise d'agitation : 116 personnes avaient une maîtrise moyenne, soit 46.2%.
- Intervention en cas de crise suicidaire : 107 personnes avaient une bonne maîtrise, représentant 51%.
- Réponse plutôt satisfaisante 42% pour les addictions et les troubles liés aux substances.
- Maîtrise du syndrome malin : 42% déclaraient avoir une bonne maîtrise.
- Les objectifs où les répondants rencontraient le plus de difficultés sont les suivants :
- Détection d'une confusion : 98 personnes avaient une maîtrise moyenne, équivalant à 46,7%.
- Gestion d'un état délirant : 47,1% affirmaient avoir une maîtrise moyenne.
- Prise en charge d'une attaque de panique : 47,6% indiquaient une compétence limitée.
- 75 répondants ne maîtrisaient pas la gestion de l'accès maniaque



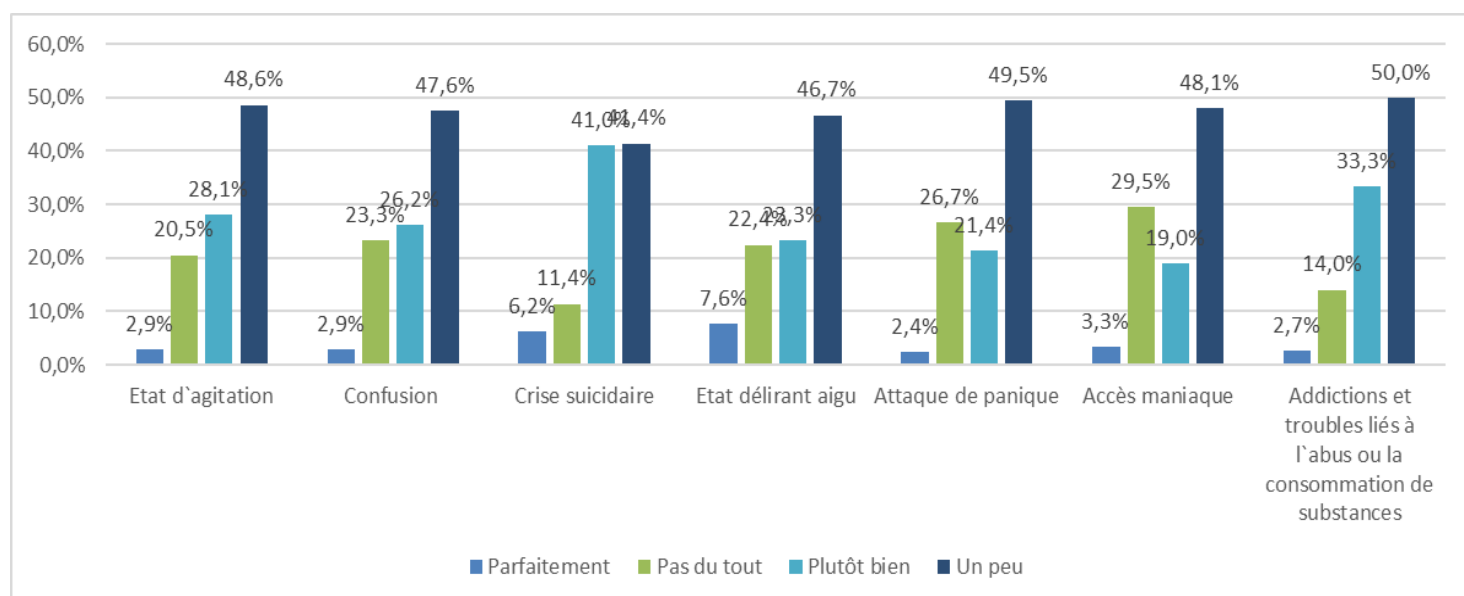
Graphique 13: Répartition selon la maîtrise de prise en charge des urgences psychiatriques

c. Facteurs liés à la formation des professionnels en psychiatrie

i. La formation en urgences psychiatriques

En ce qui concerne la formation en gestion des urgences psychiatriques, les résultats sont les suivants :

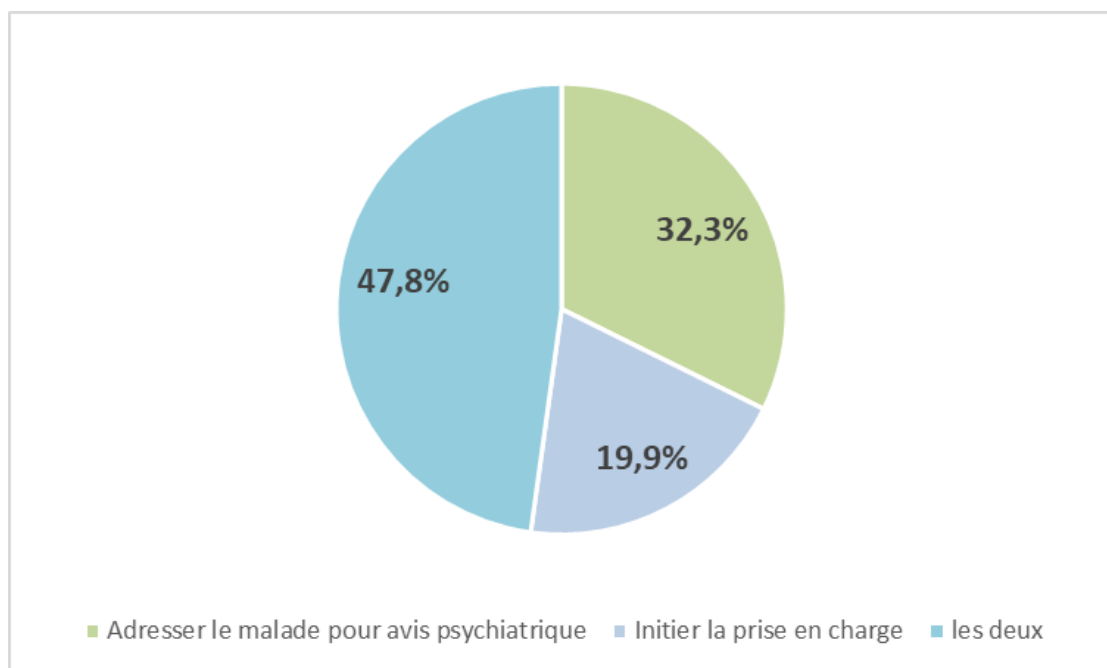
- Formation moyenne en gestion d'agitation : 47,8% indiquaient avoir reçu une formation, tandis que 23,3% (soit 49 personnes) répondaient par "pas du tout".
- Pour la détection de confusion, 47,6% bénéficiaient d'une formation assez satisfaisante, mais 23,3% n'avaient pas été formés du tout.
- En ce qui concerne la gestion de crises suicidaires, 41,4% répondaient "plutôt bien".
- Pour la prise en charge d'un état délirant, 46,7% (soit 98 personnes) répondaient "un peu", tandis que 22,4% n'avaient pas reçu de formation du tout.
- En ce qui concerne les attaques de panique, 49,5% (soit 104 personnes) avaient indiqué avoir reçu une formation limitée.
- En ce qui concerne la gestion de l'accès maniaque, 29,5% ne maîtrisaient pas cette compétence.
- Pour les addictions et les troubles liés aux substances, 50% répondaient "un peu".



Graphique 14: Répartition selon la formation en urgences psychiatriques

ii. L'attitude des médecins généralistes face à une urgence psychiatrique :

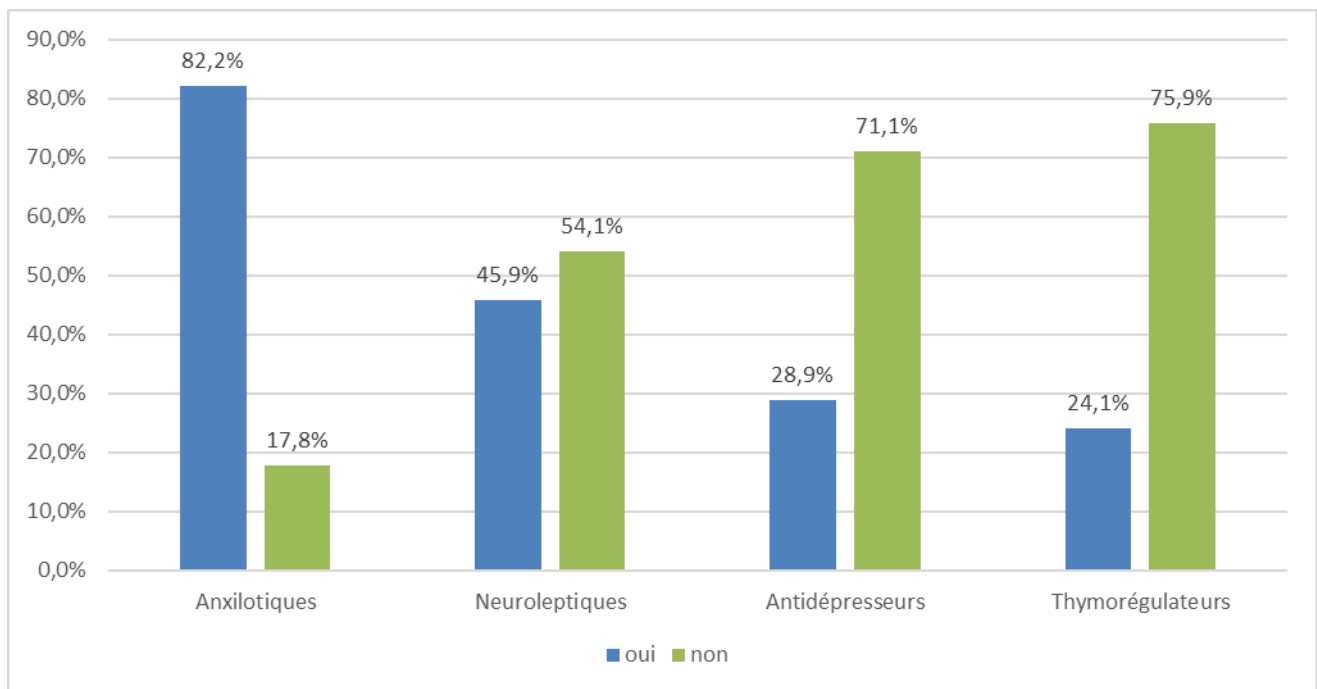
Parmi les médecins interrogés, 32,3% (soit 65 médecins) orientaient le patient vers un spécialiste pour un avis psychiatrique, tandis que 19,9% prenaient l'initiative de commencer eux-mêmes la prise en charge du patient. Par ailleurs, 47,8% des médecins adoptaient une approche mixte, combinant l'orientation du patient vers un avis psychiatrique et l'initiation de la prise en charge.



Graphique 15: Répartition selon l'attitude des médecins généralistes face à une urgence psychiatrique

iii. La connaissance des médicaments utilisés en urgence :

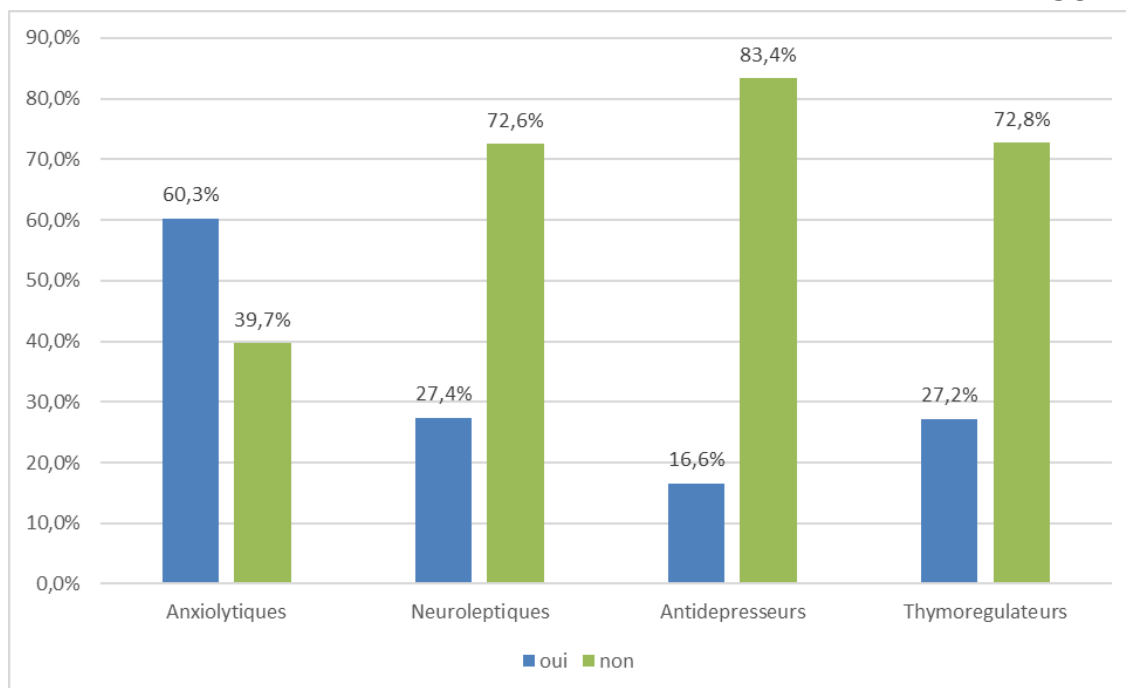
Les résultats de l'enquête révèlent que la grande majorité des répondants, soit 82,2%, utilisaient des anxiolytiques dans des situations d'urgence. Concernant les neuroleptiques, 45,9% des participants les employaient en urgence, alors que 54,1% indiquaient ne pas les utiliser. Par ailleurs, une proportion significative, 71,1%, ne recourait pas aux antidépresseurs dans ces circonstances. En ce qui concerne les thymorégulateurs, 75,9% des sondés, représentant 110 personnes, ne les utilisaient pas en situation d'urgence.



Graphique 16: Répartition selon la connaissance des médicaments utilisés en urgence

iv. La connaissance des posologies exactes des psychotropes :

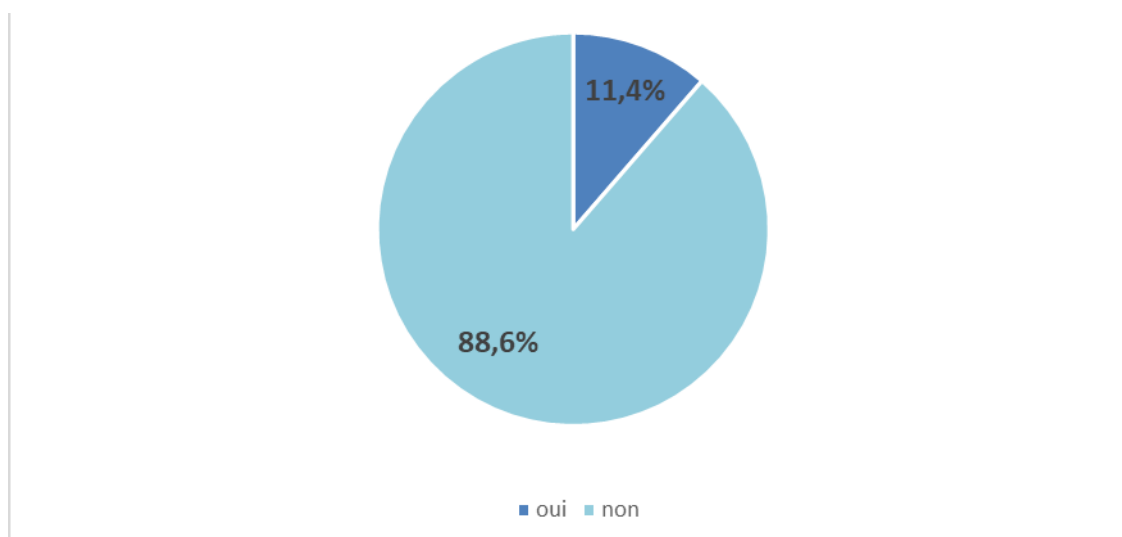
En ce qui concerne la connaissance des posologies précises des psychotropes, les résultats montrent que 60,3% des participants (soit 111 personnes) avaient une bonne maîtrise des posologies pour les anxiolytiques. Cependant, 72,6% des participants n'étaient pas formés sur les posologies des neuroleptiques. En outre, une grande majorité, 83,4%, ne se concentrait pas sur les posologies des antidépresseurs. Finalement, pour les thymorégulateurs, 72,8% des sondés ne connaissaient pas les posologies exactes.



Graphique 17: Répartition selon la connaissance des posologies exactes des psychotropes

v. La qualité de la formation en urgences psychiatriques

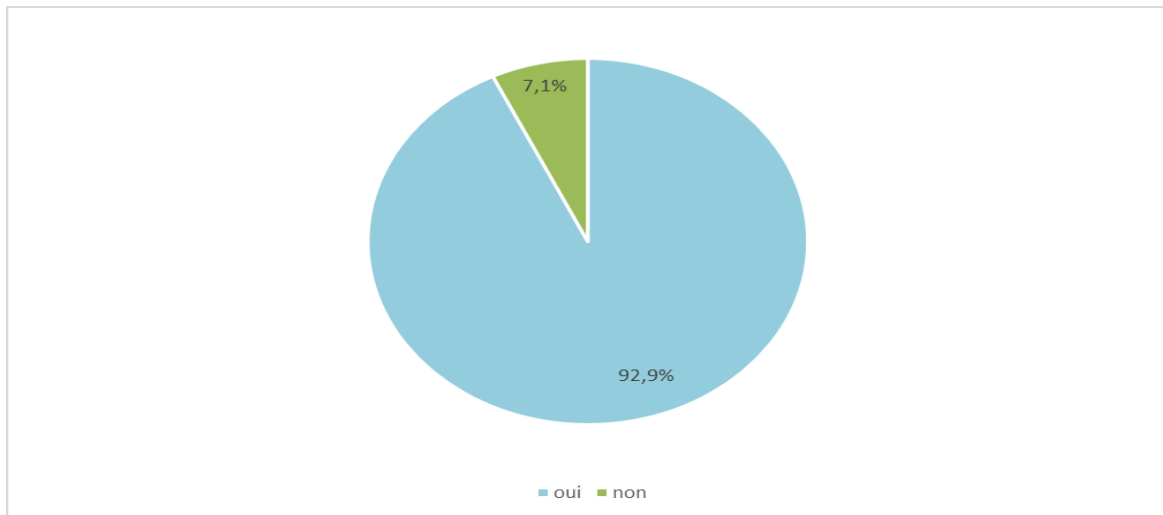
En ce qui concerne la formation en urgences psychiatriques, 88,6 % indiquaient ne pas avoir bénéficié d'une formation satisfaisante, tandis que 11,4 % déclaraient avoir reçu une formation satisfaisante en contrepartie.



Graphique 18: Répartition selon la formation en urgences psychiatriques

vi. L'utilité de la mise à disposition d'un guide pratique en urgences psychiatriques

93% des enquêtés répondaient par oui énormément au sujet de l'utilité d'un guide des principales situations en urgences psychiatriques



Graphique 19: L'utilité de la mise à disposition d'un guide pratique en urgences psychiatriques

d. Les commentaires ou les suggestions d'améliorations à faire

Les médecins ont partagé leurs commentaires et attentes sous forme de commentaires libres, où certains ont exprimé plusieurs préoccupations concernant la formation. Environ 73,3% ont manifesté le besoin d'une formation continue, que ce soit à travers un guide pratique sur les urgences psychiatriques ou des séances de simulation pour faire face à ces situations.

EXEMPLES DE SUGGESTIONS :

- « Essayer de voir les extrêmes urgences et faire des arbres décisionnels pour chacune, afin de faciliter la prise en charge »
- « A mon avis il faut bénéficier de formations pratiques multiples pour bien gérer la situation devant un patient de psychiatrie en urgence »
- « Un guide thérapeutique mais avec des éléments diagnostiques aussi (ex: faire différence entre délire et agitation et manie etc) »
- « Formation sur les médicaments utilisés en psychiatrie »
- « Des formations sur les CAT devant les urgences psychiatriques »
- « Établir des protocoles de communication clairs entre les différents services médicaux impliqués dans la gestion des urgences psychiatriques, afin d'assurer une coordination efficace. »
- « Créer des modules de formation en ligne interactifs pour permettre aux professionnels de la santé mentale de se familiariser avec les dernières avancées en psychiatrie d'urgence. »

B. LES RESULTATS ANALYTIQUES

Nous avons effectué des corrélations entre différentes variables afin d'explorer les relations potentielles entre celles-ci dans le contexte de notre étude sur l'évaluation des difficultés de prise en charge des urgences psychiatriques par les médecins. Cependant, pour assurer la pertinence et la fiabilité de nos résultats, nous avons choisi de ne présenter que les corrélations qui étaient soit statistiquement significatives, soit proches du seuil de signification.

a. Le ressenti des médecins face aux urgences psychiatriques

Il est observé que le ressenti des médecins est influencé par la qualité de leur formation ; lorsque celle-ci est jugée insatisfaisante, ils éprouvent un niveau de stress élevé. Cette constatation est soutenue par des résultats statistiquement significatifs ($p < 0,05$), démontrant une relation claire entre la formation et le niveau de stress ressenti par les médecins. De plus, la corrélation entre le statut professionnel des médecins et leur niveau de stress approche le seuil de signification statistique, suggérant une interaction potentielle entre ces deux facteurs dans l'expérience du stress professionnel.

Tableau 1 : Le ressenti des médecins face aux urgences psychiatriques

Variables	Beaucoup	Quelques fois	Un peu	Pas du tout	P
<u>SEXE :</u>					
Femme	49,8%	27,1%	22,4%	2,8%	0,078
Homme	27,4%	47%	19,6%	3,9%	
<u>STATUT :</u>					
Les médecins généralistes	27%	52%	16,2%	5,4%	0,07
Les résidents	36%	44%	14%	6%	
Les internes du CHU	39,1%	51%	8,7%	2%	
Les internes du CHP	10,3%	51,7%	34,5%	3,4%	
Les externes	28,6%	43,7%	26,8%	1,4%	
<u>FORMATION :</u>					
Satisfaisante	13%	40,5%	35,5%	11%	0,04
Insatisfaisante	32%	50,3%	15,8%	1,9%	

b. La confrontation des urgences psychiatriques

Il est notable que la confrontation aux urgences psychiatriques présente une corrélation assez significative avec la qualité de la formation, indiquant que les professionnels de la santé mieux formés sont potentiellement plus à l'aise face à de telles situations. Cependant, il est intéressant de noter qu'il n'existe pas de corrélation significative avec le statut médical, suggérant que tous les membres du personnel médical, indépendamment de leur statut, peuvent être confrontés à ces situations.

Tableau 2 : La confrontation des urgences psychiatriques

Variables	Oui	Non	p
<u>SEXE :</u>			
Femme	48%	52%	0,09
Homme	64%	36%	
<u>STATUT :</u>			
Les médecins généralistes	80%	20%	0,1
Les résidents	59%	41%	
Les internes du CHU	66%	34%	
Les internes du CHP	57%	43%	
Les externes	44%	56%	

<u>FORMATION :</u>			
Satisfaisante	53%	47%	0,087
Insatisfaisante	37%	63%	

c. La maitrise de la gestion des urgences psychiatriques

On constate une influence significative du genre sur la gestion des urgences psychiatriques, les femmes démontrant une maîtrise supérieure par rapport aux hommes. La corrélation entre le sexe et la compétence dans la gestion d'urgences psychiatriques est statistiquement significative.

De plus, le statut médical a une incidence notable sur la compétence, avec les médecins généralistes affichant la plus grande compétence dans la gestion des urgences psychiatriques, une observation également soutenue par des résultats statistiquement significatifs.

En outre, la formation joue un rôle direct dans la compétence des professionnels, les médecins bénéficiant d'une formation adéquate démontrant une meilleure maîtrise des urgences psychiatriques, un constat étayé par des résultats statistiquement significatifs

Tableau 3 : La maitrise de la gestion des urgences psychiatriques

Variables	Parfaite ment	Plutôt bien	Un peu	Pas du tout	P
<u>SEXE :</u>					
Femme	3,7%	27,8%	50%	18,5%	0.028
Homme	2%	18,6%	43,1%	36,3%	
<u>STATUT :</u>					
Les médecins généralistes	8,6%	54,3%	37,1%	0%	0,015
Les résidents	5,9%	44,1%	41,2%	8,8%	
Les internes du CHU	4,4%	40%	50,6%	5%	
Les internes du CHP	4,7%	43,5%	41,8%	10%	
Les externes	0%	27,5%	45%	27,5%	
<u>FORMATION :</u>					
Satisfaisante	12,5%	40,5%	38,7%,	8,3%	0,045
Insatisfaisante	4,2%	29,2%	29,2%	37,5%	

d. L'attitude des médecins face aux urgences psychiatriques :

Il est remarqué que les médecins généralistes montrent une inclination plus marquée à initier la prise en charge, avec une corrélation qui se rapproche de la signification statistique. Par ailleurs, il est observé que les médecins ayant reçu une formation jugée insatisfaisante ont davantage tendance à orienter les patients vers un avis psychiatrique, un constat également proche du seuil de signification statistique

Tableau 4 : L'attitude des médecins face aux urgences psychiatriques

Variable	Initier la prise en charge	Adresser le patient pour un avis psychiatrique	Les deux	P
<u>STATUT :</u>				
Les médecins généralistes	64,9%	8,1%	27%	0.062
Les résidents	31,3%	31,3%	37,5%	
Les internes du CHU	34,8%	13%	52,2%	
Les internes du CHP	17,2%	41,9%	41,4%	
Les externes	21,2%	31,3%	46,9%	
<u>FORMATION :</u>				
Satisfaisante	52,2%	22%	25,8%	0,073
Insatisfaisante	25%	62%	13%	
		55		

3. DISCUSSION

Dans l'environnement médical actuel, marqué par une augmentation notable des cas d'urgences psychiatriques, il devient primordial pour les médecins généralistes, souvent premiers intervenants, de posséder des ressources et des outils précis pour une gestion efficace de ces crises. C'est dans cette optique que notre guide pratique des urgences psychiatriques a été conçu, mettant en avant des méthodes d'intervention éprouvées et des stratégies adaptées, élaborées à partir des retours et des besoins spécifiques exprimés par les médecins généralistes.

L'analyse approfondie des réponses à un questionnaire dédié aux défis rencontrés par ces professionnels dans le cadre des urgences psychiatriques révèle des points clés essentiels. Il ressort notamment l'importance cruciale de pouvoir identifier rapidement les symptômes critiques, de connaître les premiers gestes à effectuer et de disposer d'informations claires sur les options de prise en charge spécialisée. Notre revue de la littérature n'a pas permis de trouver un nombre significatif d'articles portant sur ce sujet, ce qui souligne le manque de recherches dans le domaine des urgences psychiatriques. Notre étude représente donc une initiative visant à promouvoir la recherche dans ce domaine crucial, en mettant en lumière la nécessité d'approfondir notre compréhension des pratiques, des défis et des besoins associés à la gestion des urgences psychiatriques.

Notre guide s'érige en réponse pertinente et directe à ces enjeux, se positionnant comme un manuel pratique, facilement consultable, et s'appuyant sur des directives à la pointe de la pratique en psychiatrie d'urgence. Il ambitionne de consolider la confiance des médecins de première ligne face aux défis posés par ces urgences, tout en priorisant la sécurité et le bien-être des patients concernés. Par ailleurs, ce guide promeut une synergie renforcée entre les généralistes et les psychiatres, dans le but d'assurer une prise en charge fluide et de haute qualité pour les individus confrontés à des crises psychiatriques aiguës.

A. DISCUSSION DES RESULTATS DESCRIPTIFS

a. Les caractéristiques sociodémographiques

i. Le lieu de résidence

Dans le cadre de notre enquête, il a été constaté que plus de la moitié des sondés, précisément 51,4%, habitent à Tanger. Cette concentration géographique des participants peut être attribuée à la localisation de notre groupe de recherche dans cette métropole. La proximité avec la population cible a grandement simplifié le processus de recrutement des individus pour participer à notre sondage. Afin d'inclure des répondants issus d'autres régions, notre stratégie a consisté à promouvoir l'enquête à travers différentes plateformes de médias sociaux, ce qui a permis d'élargir significativement la portée de notre échantillon au-delà des limites territoriales tangéroises.

ii. Le genre

Notre enquête révélait une distribution équilibrée entre les genres parmi les participants, avec une légère prédominance féminine, où les femmes représentaient 51,5% des répondants, contre 48,5% d'hommes. Cette observation suggère une parité quasi parfaite entre les sexes dans notre échantillon. En comparaison, une recherche menée au service de psychiatrie du CHU de Fès, intitulée "Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles psychiatriques", a montré une majorité masculine parmi les médecins sondés, avec 57,9% d'hommes. Lorsqu'on examine la composition de genre dans le secteur médical au Maroc, selon les données issues du Ministère de la Santé et du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), on constate que la majorité des médecins, soit 60%, sont des hommes. Cette tendance se maintient dans le secteur public, où la répartition entre hommes et femmes est plus équilibrée, tandis que le secteur privé affiche une prédominance masculine significative, avec 70% d'hommes.[43]

iii. Age

Notre analyse mettait en lumière un âge moyen de 28,7 ans chez les sujets étudiés, avec une médiane à 25 ans, et révélait une dispersion notable des âges, comme le montrait un écart type de 8,639 ans. Cette diversité d'âges, allant de 20 à 74 ans, pourrait être attribuée à la participation de nos collègues et de nos connaissances de tranches d'âge similaires. D'autre part, notre évaluation de l'âge des médecins affiliés au Ministère de la Santé affiche une moyenne plus élevée de 40,7 ans. Un examen plus approfondi de la distribution par âge met en avant une tendance à la jeunesse au sein de cette population, avec 26% des médecins âgés de 31 à 35 ans, et une proportion significative, soit 70%, ayant moins de 45 ans. Cette configuration met en évidence une inclinaison vers un personnel médical relativement jeune au sein de notre contexte marocain.[43]

iv. Statut médical

Dans le cadre de notre recherche, nous observons que 33,8% des participants étaient des étudiants en médecine. Les médecins généralistes forment 17,6% de notre échantillon, tandis que les médecins résidents représentent une part significative de 23,8%. Cette distribution peut être attribuée à plusieurs facteurs. D'une part, la rencontre avec les étudiants en médecine est facilitée par leur présence régulière dans notre service de psychiatrie, ce qui augmente leur probabilité de participation. D'autre part, l'existence de communautés et de groupes dédiés sur les réseaux sociaux permet un accès plus aisé à ces populations. Les médecins généralistes constituent une fraction importante de l'échantillon, probablement en raison de leur intérêt marqué pour les thématiques liées aux urgences psychiatriques. En tant que premiers points de contact dans le système de santé, ils jouent un rôle crucial dans la reconnaissance et l'orientation des cas psychiatriques. De même, les résidents, qui sont en phase active d'apprentissage, montrent un intérêt soutenu pour notre étude, possiblement pour approfondir leurs connaissances et compétences dans le domaine de la psychiatrie, une spécialité importante de leur formation.

b. Les caractéristiques professionnelles

i. Répartition des résidents selon leur spécialité

Dans notre étude, il est remarquable que 79,4% des médecins résidents se spécialisaient dans des domaines autres que la psychiatrie. Cette tendance reflète les observations de la littérature, soulignant les défis persistants en matière de santé mentale au Maroc. La stigmatisation entourant les troubles mentaux représente un obstacle majeur à l'accès aux soins pour les personnes concernées. Le Maroc, avec ses 343 psychiatres, fait face à des lacunes significatives dans le secteur de la santé mentale, tant en termes d'infrastructure que de ressources humaines, comme l'a souligné le ministre de la Santé et de la Protection sociale. Cette situation est d'autant plus préoccupante lorsqu'on la compare au nombre total de médecins pratiquant dans le pays, qui s'élève à 30 000, répartis équitablement entre les secteurs public et privé.[44]

ii. Nombre de consultation urgente par jour

Concernant le volume de consultations urgentes quotidiennes, nos données indiquaient que la majorité des répondants, à hauteur de 55,6%, gère plus de 20 cas urgents par jour. Ces chiffres sont en accord avec des données existantes dans la littérature médicale. En effet, une étude diffusée par Doctolib le 29 avril révèle que les médecins généralistes réalisent en moyenne 22 consultations par jour, chacune durant approximativement 17 minutes[45]. Cette corrélation entre nos résultats et les données de référence met en évidence la charge de travail considérable et le rythme soutenu auquel sont soumis les professionnels de santé dans le domaine des urgences.

iii. Nombre de consultation pour une urgence psychiatrique par jour

Dans notre enquête, il ressort que la plupart des participants rapportaient avoir moins de 5 consultations pour des urgences psychiatriques par jour, ce qui est cohérent avec les observations rapportées dans la littérature spécialisée. Diverses études indiquent que les cas présentant des symptômes psychiatriques constituent entre 3% et 10% des admissions dans les

Services d'Accueil des Urgences (SAU). Ce pourcentage pourrait même atteindre 10% à 30% selon les directives de la circulaire de 1992 concernant la gestion des urgences psychiatriques. [46] [47] Bien que fréquents, les symptômes psychiatriques ne sont pas toujours la principale raison de consultation aux urgences. De plus, la littérature médicale a documenté une croissance de l'activité globale et du nombre d'admissions dans les SAU pour diverses raisons, y compris une augmentation notable des cas liés à des problèmes de santé mentale ou à l'usage de substances psychoactives, incluant l'alcool[48] [49]. Cette convergence entre nos résultats et les études existantes souligne l'importance des services d'urgence dans la prise en charge des urgences psychiatriques, malgré le fait qu'ils représentent une fraction des consultations globales.

iv. La réaction du praticien devant une urgence psychiatrique

Nos résultats mettaient en lumière une diversité de réactions émotionnelles chez les médecins face aux urgences psychiatriques. Parmi eux, 47,1% reconnaissaient ressentir du stress lors de telles interventions. Cette réaction est corroborée par la littérature existante, qui souligne l'intensité du stress pouvant survenir dans ces situations. Les interventions d'urgence en psychiatrie, comme celles menées par SOS Médecins, sont reconnues pour générer un stress aigu, pouvant même, selon certains chercheurs, prédisposer à un trouble de stress post-traumatique à long terme[50]. Des études antérieures renforcent cette observation, par exemple, la recherche de Robin et al., en 2001, concernant l'Equipe Rapide d'Intervention de Crise (ERIC), révèle que les médecins opérant au sein de ces équipes mobiles sont susceptibles de subir un épuisement professionnel notable en raison de la haute intensité des situations de crise et de la tension existante entre les différents acteurs impliqués[51]. De même, l'étude de Laurent et al., publiée en 2005, portant sur les conséquences psychologiques des interventions médicales d'urgence sur le personnel du SAMU, met en avant la présence de troubles récurrents chez les intervenants, ainsi que l'impact psychologique marqué des événements traumatiques.[50] Ces constatations illustrent bien l'ampleur du défi émotionnel et professionnel que représentent les urgences psychiatriques pour les médecins.

v. Fréquence des urgences psychiatriques au cours de la pratique médicale

Une proportion significative de professionnels de la santé confrontait à des cas d'agitation aiguë dans notre étude, un constat corroboré par la littérature médicale. Selon une étude menée par San et al., environ 5% des admissions aux urgences psychiatriques concernent des patients en état d'agitation aiguë[52]. Des observations similaires ont été rapportées dans une étude épidémio-clinique menée au service de psychiatrie de l'Hôpital du Point-G à Bamako, où l'agitation et l'agressivité représentaient 12,8% des motifs de prise en charge, ces troubles comportementaux étant particulièrement perturbants et mal acceptés par l'entourage, ce qui incite à une intervention rapide. Ces données sont en adéquation avec les résultats obtenus par Menet Gacebe Y.L.S.,[53] qui a identifié l'agitation (20,6%) et l'agressivité (15,3%) comme raisons fréquentes de consultations et de demandes d'hospitalisation. De même, l'étude de Tedongmo Tiayo L.H[54]. sur l'épilepsie et les troubles mentaux a mis en évidence l'agressivité et l'agitation comme motifs principaux d'hospitalisation chez les patients épileptiques, avec des taux de 70,3% et 13,0% respectivement. Ces observations sont conformes à celles de Orsot-Dessi M. et collègues[55], qui ont également noté une prédominance de l'agitation suivie de l'agressivité verbale, avec 44 cas d'agitation et 19 cas d'agressivité verbale sur 110 patients étudiés. Les praticiens interrogés dans notre enquête soulignaient également la fréquence des crises suicidaires au sein des services d'urgence. Une étude spécifique portant sur les admissions pour tentatives de suicide dans les services d'urgence de la région Centre en France a enregistré près de 1900 cas sur l'année 2017, du 1^{er} janvier au 31 décembre[56]. Aux Etats-Unis, les derniers résultats sont ceux de l'étude ECA (Epidemiological Catchment Area) qui font état d'une prévalence des tentatives de suicide en population générale, sur toute la vie, de 2,9%. Pour les autres types d'urgences psychiatriques, notre recherche dans la littérature existante n'a pas révélé de résultats significatifs. Cela peut suggérer que certaines urgences psychiatriques spécifiques ne sont pas aussi fréquemment étudiées ou rapportées dans les études académiques, ou que les données disponibles ne sont pas suffisamment concluantes pour établir des tendances ou des conclusions fermes.

vi. La maîtrise de prise en charge des urgences psychiatriques :

La gestion efficace des états d'agitation et des crises suicidaires dans les urgences psychiatriques peut être attribuée à la fréquence de ces situations dans les services d'urgence, permettant ainsi aux professionnels de santé d'accumuler de l'expérience et de développer une certaine maîtrise dans ces contextes. La répétition de ces cas contribue à affiner les compétences des intervenants, qui apprennent à identifier rapidement les signes et à appliquer les protocoles de prise en charge les plus adaptés. En revanche, la gestion de cas de confusion présente des défis plus importants pour les professionnels de santé. Cette difficulté peut être due à la complexité des diagnostics différentiels impliquant à la fois des causes somatiques (physiques) et psychiatriques. La confusion, en tant que symptôme, peut masquer ou simuler une variété de troubles, rendant le processus diagnostique plus complexe et exigeant une évaluation plus approfondie et multidisciplinaire. De même, la prise en charge des états délirants aigus est compliquée par la difficulté d'établir une communication cohérente avec le patient. L'incohérence des propos et l'altération de la perception de la réalité rendent l'évaluation clinique plus ardue, limitant la capacité des soignants à obtenir des informations fiables pour un diagnostic précis. La nécessité de techniques d'approche et d'entretien spécialisées, ainsi que la compréhension des manifestations délirantes, est cruciale pour une prise en charge efficace dans ces situations.

c. Facteurs liés à la formation en psychiatrie des professionnels

i. La formation en urgences psychiatriques

Notre étude révèle que la majorité des médecins sondés évaluaient leur formation en gestion des urgences psychiatriques comme étant de niveau moyen. Cette auto-évaluation trouve un écho dans les données de la littérature, qui soulignent que les médecins généralistes sont régulièrement confrontés à des patients souffrant de troubles psychiatriques, malgré une formation souvent insuffisante dans ce domaine. En effet, seulement une petite fraction (5,7%) des médecins généralistes bénéficie d'une formation approfondie en psychiatrie, ce qui pourrait expliquer pourquoi bon nombre d'entre eux se sentent inadéquatement préparés face à des cas psychiatriques complexes[57]. La fréquence élevée des troubles psychiatriques en

médecine générale, concernant environ un patient sur quatre, souligne l'importance cruciale d'une formation solide en psychiatrie pour ces professionnels. Les médecins généralistes, en tant que premiers intervenants, doivent être capables de détecter les symptômes de décompensation aiguë, évaluer l'efficacité et la tolérance des traitements, et orienter les patients en situation d'urgence psychiatrique, tels que les crises suicidaires ou les syndromes délirants aigus. Cependant, l'accès à une formation spécialisée adéquate est limité. En France, par exemple, l'enseignement de la psychiatrie varie considérablement d'une région à l'autre et reste globalement limité pendant le cursus universitaire de médecine générale[57]. Cette hétérogénéité et cette insuffisance dans la formation soulèvent des préoccupations quant à la capacité des médecins généralistes à répondre efficacement aux besoins de leurs patients en matière de santé mentale. Il est donc impératif de repenser et d'améliorer la formation en psychiatrie pour les médecins généralistes, afin de les préparer de manière optimale à la prise en charge des diverses pathologies psychiatriques qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne.

ii. L'attitude des médecins généralistes face à une urgence psychiatrique :

Les résultats de notre étude indiquaient que près de la moitié des médecins (47,8 %) adoptent une approche double consistant à orienter les patients vers un avis psychiatrique tout en initiant une prise en charge. Ce résultat est en accord avec ce qui est rapporté dans la littérature médicale. En ce qui concerne le taux de transfert des patients souffrant de troubles psychiatriques vers des services spécialisés, il semble varier légèrement d'une étude à une autre, se situant entre 16,6 % et 23 %. Une étude canadienne a identifié un manque de formation comme étant la principale variable associée de manière négative à la prise en charge, ce qui se traduit par une fréquence plus élevée de transfert des patients vers les psychiatres[58]. Quant au secteur d'exercice, les médecins généralistes des structures publiques semblent adresser davantage de patients aux psychiatres que leurs homologues libéraux. Plusieurs explications peuvent être avancées, notamment des considérations financières et une charge de travail potentiellement plus élevée dans le secteur public. Les médecins généralistes soulignent également la difficulté de gérer leur temps de consultation et leur disponibilité à l'écoute, ce qui peut être limité par une charge de travail importante. En résumé, nos résultats corroborent les tendances observées dans la littérature médicale en ce

qui concerne l'approche adoptée par les médecins généralistes face aux patients présentant des troubles psychiatriques, ainsi que les facteurs influençant le transfert vers des services spécialisés

iii. La connaissance des médicaments utilisés en urgence

La prescription de médicaments implique en effet de nombreuses décisions importantes, notamment concernant la nature du médicament, ses indications et les conditions de sa prescription. Dans le cas des médicaments psychotropes, il est crucial de déterminer s'ils doivent être prescrits et comment mettre fin à leur prescription. Dans notre étude, nous avons observé que les anxiolytiques étaient les psychotropes les plus prescrits, ce qui rejoint les résultats d'une enquête menée par Belkacem et al. auprès de l'organisme de sécurité sociale marocain (CNOPS)[59]. Cependant, d'autres études, comme celle de Tabril et al., ont montré que la prescription des antidépresseurs était plus importante que celle des anxiolytiques. Il est intéressant de noter que jusqu'au début des années 1990, les anxiolytiques et les hypnotiques représentaient la majorité des prescriptions de psychotropes, bien que les antidépresseurs aient gagné en popularité à cette époque, comme l'ont souligné Guignon et al. Des différences dans les pratiques de prescription peuvent également être observées en ce qui concerne les neuroleptiques[60]. Certains médecins peuvent être réticents à les prescrire en raison de la crainte des effets secondaires, comme l'ont constaté Lotrakul et al[60]. Cependant, dans notre étude, nous avons observé que 72,6 % des médecins ne connaissaient pas les posologies exactes des neuroleptiques, ce qui constitue un obstacle majeur à leur prescription, aux côtés de la difficulté du suivi du traitement et de la complexité de la manipulation de la prescription des psychotropes. En résumé, la prescription de psychotropes par les praticiens est confrontée à plusieurs difficultés, notamment l'excès de prescription des anxiolytiques, la diminution de prescription des neuroleptiques et des thymorégulateurs, ainsi que des craintes liées aux effets secondaires et à la gestion des posologies exactes.

iv. La qualité de formation en urgences psychiatriques

En ce qui concerne la formation en urgences psychiatriques, notre étude révélait que 88,6 % des participants indiquent ne pas avoir bénéficié d'une formation satisfaisante. Ces résultats concordent avec ceux de l'étude menée par Cohidon et al. en 1999, qui ont trouvé que deux tiers des médecins généralistes se considéraient insatisfaits de leur formation[61]. Une étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes du secteur de Saint-Quentin a également mis en évidence des lacunes dans la formation en psychiatrie. Certains médecins interviewés regrettent notamment que la psychiatrie ne soit pas davantage mise en avant lors de l'internat de médecine générale, et soulignent l'importance des stages en psychiatrie pour se sentir plus compétents dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux[62]. En ce qui concerne les formations continues, la plupart des médecins se plaignent de leur inadéquation avec leur pratique, de leur faible nombre ou de leur éloignement géographique. Ces remarques soulignent la nécessité d'améliorer voire de compléter l'offre de formations à destination des médecins généralistes. Une analyse de l'état de la formation psychiatrique des médecins généralistes en France réalisée par Thomas Fovet et al. en 2014 va dans le même sens[63]. Ils ont constaté que la formation universitaire était insuffisante et que le Développement Professionnel Continu (DPC) n'était pas toujours adapté aux besoins des généralistes. Malheureusement, la récente réforme du 3e cycle des études médicales en France n'a pas apporté d'améliorations significatives en matière de formation en psychiatrie pour les internes en médecine générale, que ce soit sur le plan théorique ou pratique[62].

v. L'utilité de la mise à disposition d'un guide pratique en urgences psychiatriques

Il est intéressant de noter que 92,9% des répondants avaient fortement exprimé l'utilité d'un guide traitant des principales situations en urgences psychiatriques. Cette forte demande souligne clairement le besoin criant de formation dans ce domaine spécifique des urgences psychiatriques. La création d'un tel guide vise à répondre à ce besoin en fournissant un soutien précieux et des directives claires aux médecins, afin qu'ils soient mieux préparés pour prendre en charge efficacement les patients confrontés à des crises psychiatriques. Ce guide peut jouer un rôle crucial dans l'amélioration de la qualité des soins et la gestion des situations d'urgence,

en fournissant des informations pratiques et des conseils adaptés à la réalité clinique. En mettant en place des outils de ce type, il est possible de renforcer les compétences des professionnels de la santé et d'améliorer la prise en charge des patients dans les situations les plus délicates.

B. DISCUSSION DES RESULTATS ANALYTIQUES

a. Le ressenti du médecin en face des urgences psychiatriques

La réponse émotionnelle des médecins aux situations d'urgence psychiatrique est souvent complexe, intégrant un éventail d'émotions et de défis inhérents à leur profession. Confrontés à la nécessité d'intervenir de manière rapide et efficace dans des contextes imprévisibles et chargés d'émotions, les médecins peuvent ressentir une forte anxiété et une pression considérable. Cette tension est exacerbée par les enjeux liés au diagnostic précis et à l'élaboration de plans thérapeutiques adaptés.

1. Selon le sexe

Nos recherches ont examiné l'influence du genre sur le stress vécu dans de telles situations, révélant des résultats surprenants. La distribution du stress montre une différence assez significative entre les genres, avec des taux de stress élevé : 29,4 % chez les hommes et 49,8 % chez les femmes.

Cette constatation suggère que, dans le cadre de notre étude, le lien entre le genre et le niveau de stress ressenti face aux urgences psychiatriques est presque significatif. De plus, il est important de noter que nous n'avons pas identifié d'études similaires permettant de comparer ces résultats, soulignant ainsi le besoin de recherches supplémentaires dans ce domaine pour confirmer et approfondir nos observations.

2. Selon le statut médical

Notre recherche a mis en lumière une variation notable dans la manière dont différents groupes professionnels, notamment les étudiants en médecine, les internes, les médecins généralistes, et les résidents, abordent le stress lié aux urgences psychiatriques. Bien que cette variation soit proche de la signification, elle révèle des tendances intéressantes. Les étudiants en médecine et les internes semblent particulièrement affectés par le stress, ce qui pourrait être le reflet de leur relative inexpérience ou d'un défaut de préparation spécifique à ces

contextes exigeants. En revanche, les médecins généralistes montrent une plus grande résilience et une meilleure gestion du stress, ce qui pourrait être attribué à leur expérience professionnelle plus riche, leur permettant d'élaborer des stratégies efficaces pour gérer les complexités et incertitudes inhérentes aux urgences psychiatriques.

Cette observation est en accord avec une étude menée à Grenoble sur la formation en psychiatrie des internes de médecine générale [63]. Cette étude révèle que beaucoup d'internes doutent de leurs compétences et de leur capacité à prendre en charge des patients dans des situations critiques, telles que les crises suicidaires, l'agitation ou les états délirants. Les termes "mal à l'aise" et "démunis" reviennent fréquemment pour décrire leur expérience, soulignant un sentiment d'impuissance souvent associé à un sentiment de formation insuffisante. Par exemple, une interne a exprimé sa crainte de ne pas avoir géré la situation de manière optimale, de peut-être avoir omis quelque chose d'important, ou de ne pas être suffisamment formée ou compétente.

Dans une étude distincte, Alice et Addelin[64] ont démontré que pour une grande partie des médecins sondés, les consultations concernant la santé mentale avaient un impact significatif sur leur bien-être psychologique et parfois même physique, à travers des répercussions en miroir.

3. Selon la qualité de formation

Notre recherche met en exergue un point fondamental : l'influence directe de l'insuffisance de formation sur le degré de tension ressenti par les médecins lorsqu'ils sont confrontés à des urgences psychiatriques. Il ressort de notre étude une corrélation notable : une grande majorité des médecins, soit 82,3 % de ceux n'ayant pas bénéficié d'une formation adéquate, admettent ressentir un niveau de stress considérable dans la gestion de telles urgences. Ce constat souligne avec acuité le rôle primordial que joue l'éducation spécialisée et exhaustive dans la préparation des professionnels de la santé face à ces circonstances délicates, qui exigent non seulement une expertise technique, mais également une grande capacité d'adaptation et de résilience émotionnelle. Il devient donc impératif d'intégrer dans les cursus de formation médicale des modules spécifiques dédiés à la psychiatrie d'urgence,

afin d'armer les médecins des compétences nécessaires pour aborder ces situations avec assurance et efficacité

En effet, La formation peut inclure des aspects tels que la reconnaissance rapide des symptômes, les protocoles d'intervention d'urgence, la communication efficace avec les patients en crise, ainsi que des stratégies de résilience personnelle et professionnelle. Ainsi, notre étude met en exergue l'importance cruciale de la formation continue et spécialisée pour les professionnels de santé dans la gestion des urgences psychiatriques, afin de minimiser leur stress et d'améliorer la qualité des soins fournis aux patients.

b. La confrontation des urgences psychiatriques

1. Selon le sexe

Dans le cadre de notre recherche, nous avons constaté l'absence de lien significatif entre le sexe des praticiens, qu'ils soient femmes ou hommes, et la fréquence à laquelle ils sont confrontés à des urgences psychiatriques. Cette donnée indique que la probabilité de rencontrer des situations d'urgence dans le domaine de la psychiatrie ne dépend pas du sexe du médecin. Autrement dit, les différences individuelles dans l'exposition aux urgences psychiatriques ne semblent pas être influencées par le fait d'être une femme ou un homme. Cette conclusion suggère que les facteurs influençant la rencontre avec de telles urgences sont indépendants du genre, mettant en évidence l'égalité des genres en termes de responsabilités et d'expériences face aux défis cliniques dans le domaine de la psychiatrie d'urgence.

2. Selon le statut médical

Les constatations de notre recherche indiquent l'absence d'une corrélation directe entre le degré de formation ou l'expérience médicale et confrontation des médecins aux urgences psychiatriques. Autrement dit, les médecins, quel que soit leur niveau d'expérience ou leur domaine de spécialisation, peuvent se retrouver face à des situations d'urgence psychiatrique. Dans le cadre de notre étude, une proportion significative de praticiens, représentant 74,7 %, ont été confrontés à des cas d'agitation, et 59,1 % à des crises suicidaires. La littérature

spécialisée confirme ces observations, par exemple, San et al. ont constaté que l'état d'agitation aiguë était une circonstance couramment rencontrée dans les services d'accueil et d'urgence, avec près de 5 % des patients se présentant pour cette raison aux urgences psychiatriques [65]. Les étiologies pouvaient être psychiatrique, organique, toxique ou intriquées. Il est défini dans le DSM 5 comme une activité motrice excessive associée à une sensation de tension interne [66]. En 2002, la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) soulignait que de tels cas devaient être considérés comme des urgences prioritaires lors du triage [67]. Par ailleurs, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le suicide représentait en 2012 la deuxième cause de décès la plus fréquente chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans à l'échelle mondiale, avec environ 800 000 décès par an pouvant lui être imputés.[68]

3. Selon la qualité de la formation

Notre analyse révèle qu'il existe une relation assez significative entre la qualité de la formation reçue par les médecins et leur exposition aux situations d'urgence psychiatrique. Autrement dit, le niveau ou la qualité de l'éducation médicale en psychiatrie d'urgence ne détermine pas nécessairement si un médecin sera confronté à de telles urgences. Cette découverte suggère que d'autres facteurs, tels que les circonstances individuelles, l'environnement de travail, ou les compétences personnelles de gestion du stress, pourraient jouer un rôle plus déterminant dans la manière dont les médecins font face aux urgences psychiatriques. Il est à souligner que, lors de notre analyse de la documentation existante, nous avons constaté une rareté d'éléments comparables, mettant en évidence l'unicité et le caractère novateur de nos découvertes.

c. La gestion des états des urgences psychiatriques

1. Selon le sexe

Notre étude a mis en évidence une corrélation significative, avec un test de Pearson affichant une valeur de 0,028, entre le sexe du médecin et sa gestion des urgences psychiatriques. Cette découverte s'aligne sur les tendances actuelles de la recherche qui soulignent l'influence du style de communication et du comportement des médecins sur la

perception des soins par les patients et sur leur état de santé [69]. Les études indiquent que, bien que les médecins hommes et femmes fournissent une quantité équivalente d'informations médicales à leurs patients, les médecins hommes ont tendance à aborder moins fréquemment les aspects psychosociaux de la maladie, ou les émotions liées à la maladie. À l'inverse, les médecins femmes adoptent un style de communication plus inclusif, impliquant davantage le patient dans le dialogue, par exemple, en utilisant des phrases ouvertes telles que "N'est-ce pas ?" ou "Qu'en pensez-vous ?". Elles ont également tendance à exprimer plus ouvertement leur accord avec le patient, à l'encourager et à le rassurer plus fréquemment. Sur le plan non verbal, elles manifestent généralement une attitude plus chaleureuse, en souriant davantage et en montrant plus souvent des signes d'acquiescement [70]. Par contraste, les médecins hommes présentent un style de communication qui peut être perçu comme moins empathique. Cependant, ils emploient un ton de voix plus calme qui peut transmettre une moindre anxiété [71]. Ces différences dans les approches de communication pourraient influencer la manière dont les médecins hommes et femmes gèrent les urgences psychiatriques, suggérant que les compétences interpersonnelles et le style de communication jouent un rôle crucial dans la prise en charge efficace de ces situations.

2. Selon le statut médical

Les médecins généralistes montrent des compétences et une assurance dans la gestion des urgences psychiatriques. Cela signifie qu'ils sont capables de faire face à ces situations difficiles avec confiance et compétence. Cependant, il est également noté qu'ils ne sont pas parfaitement compétents dans toutes les situations. En d'autres termes, il y a des lacunes ou des domaines dans lesquels ils pourraient avoir besoin de plus de formation ou de soutien pour améliorer leur capacité à gérer certaines urgences psychiatriques. Ces lacunes peuvent être dues à divers facteurs tels que la complexité des cas, le manque d'expérience ou de formation spécifique dans certains domaines de la psychiatrie, ou encore des ressources limitées. Selon T.Tabril et al. [72] la majorité des médecins estiment qu'ils sont soit moyennement capables, soit totalement incapables de prendre en charge les troubles psychiatriques en termes de diagnostic, de traitement et de suivi, en se basant sur leur formation universitaire en psychiatrie. Une enquête nommée "Bettering the Evaluation and Care of Health (BEACH)", menée auprès d'un échantillon de médecins généralistes

australiens en 2015, a révélé que les médecins demeurent réservés quant à la prise en charge des troubles mentaux [72]. Ceci pourrait expliquer le pourcentage élevé de médecins interrogés exprimant des difficultés à diagnostiquer et/ou à traiter ces pathologies, mettant en évidence le besoin crucial de formation dans ce domaine.

Par contraste, les étudiants en médecine rencontrent davantage de difficultés, ce qui peut être imputé à leur moindre expérience pratique et à leur faible exposition à des situations d'urgence concrètes durant leur parcours académique. Cette carence en expérience pratique peut se traduire par une confiance amoindrie et une compétence limitée lorsqu'il s'agit de faire face à des urgences psychiatriques, mettant en évidence l'importance cruciale d'incorporer des éléments de formation tels que des simulations réalistes et des stages cliniques dans le cursus des étudiants en médecine. L'intégration de ces composantes pratiques vise à mieux préparer les futurs médecins à répondre avec assurance et compétence aux défis qu'ils rencontreront dans leur pratique professionnelle, notamment lors de la gestion des urgences psychiatriques.

3. Selon la formation

D'après les conclusions de notre recherche, il apparaît que la qualité de la formation reçue a un impact significatif sur la manière dont les médecins gèrent les urgences psychiatriques. Cette liaison entre l'excellence de l'éducation et l'efficacité dans la prise en charge des cas d'urgence psychiatrique souligne l'importance cruciale de concevoir et d'implémenter des programmes d'enseignement solides et complets

Ces programmes devraient être conçus dans le but de fournir aux futurs professionnels de la santé les compétences, les connaissances et les stratégies nécessaires pour faire face aux situations complexes et variées qu'ils seront amenés à rencontrer tout au long de leur carrière. Ces perspectives rejoignent les conclusions de la littérature, pour la plupart des médecins interrogés dans une étude française [64], quel que soit leur âge, la formation universitaire n'était pas adaptée à leur pratique quotidienne pour le domaine de la santé. Il y avait une nécessité d'apprentissage théorique et surtout pratique pour acquérir des compétences qui n'étaient pas innées. En effet, dès 2010, une étude mettait en évidence le besoin d'une formation axée sur l'approche relationnelle pour les médecins généralistes [73]. En 2014, une

autre étude soulignait l'importance d'améliorer la formation des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychiques [74]. Le rapport relatif à la santé mentale de 2016 recommandait la nécessité d'inclure un semestre de psychiatrie obligatoire dans le cursus de formation médicale initiale des médecins généralistes afin de renforcer leur confiance dans leur rôle et leur capacité à prendre en charge les patients en première ligne [75]. L'intégration de la formation à la pratique fait écho à la proposition de Fovet et al.[76], qui préconisent l'élaboration d'objectifs de stages pour une formation ciblée des internes en médecine générale en service de psychiatrie. Une autre étude menée à Grenoble confirme ces constats, et les internes en médecine générale proposent divers axes d'amélioration potentiels. Ils soulignent notamment le besoin d'une formation pratique accrue à travers des mises en situation cliniques et des jeux de rôle, une diversification des modalités de stage (hospitalières ou ambulatoires, à plein temps ou à mi-temps), ainsi que des besoins en connaissances théoriques, notamment en ce qui concerne la gestion des psychotropes, les situations d'urgence et les réseaux de soins. Selon eux, ce type d'enseignement serait bénéfique s'il était dispensé par des spécialistes des troubles mentaux, tels que les médecins psychiatres. Ils estiment que cette approche pluridisciplinaire pourrait favoriser une meilleure compréhension et prise en charge des pathologies psychiatriques

Les recommandations visant à améliorer cette formation incluent plusieurs suggestions émanant de professionnels de la santé. Une proposition avancée par plusieurs médecins consistait à orienter davantage la formation universitaire en santé mentale vers la pratique clinique. Une autre proposition évoquée était la mise en place de réunions multidisciplinaires centrées sur les cas de patients. Ce dispositif serait bénéfique pour enrichir la formation des médecins généralistes en santé mentale en favorisant les échanges entre les différents professionnels médicaux et paramédicaux spécialisés dans ce domaine

d. L 'attitude des médecins devant les urgences psychiatriques

1.Selon le statut médical

Il est notable que dans les situations d'urgence psychiatrique, les médecins d'urgence jouent souvent un rôle initial crucial en commençant la prise en charge des patients avant de

les orienter vers des spécialistes. Cette pratique s'explique par l'expérience variée des médecins d'urgence, qui rencontrent une multitude de cas, y compris psychiatriques, dans leur exercice quotidien. Toutefois, il est essentiel de transférer les patients vers un psychiatre pour un diagnostic approfondi ou une prise en charge spécialisée. En France, la collaboration entre médecins de famille et psychiatres est insuffisamment développée et manque de formalisation, ce qui peut compromettre la confiance des patients et l'intégrité des soins, particulièrement en raison de la nature souvent crises des troubles mentaux qui requiert une adaptabilité du système de santé. Pour répondre à ces défis, le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP), avec l'aval de la Haute Autorité de Santé (HAS), recommande l'amélioration des communications écrites entre les médecins généralistes et les psychiatres. Par exemple, à Toulouse, un modèle de soins partagés est en place grâce à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS), facilitant les consultations et les conseils entre généralistes et psychiatres.

2. Selon la formation

D'après notre analyse, il ressort que la formation a une influence sur la manière dont les médecins abordent les urgences psychiatriques. Notre étude révèle en effet une corrélation assez significative entre le niveau et la qualité de la formation reçue et l'attitude des médecins face à ces situations.

Cela peut suggérer que la formation joue un rôle dans la préparation des médecins à gérer les urgences psychiatriques. Ces données sont en accord avec celles retrouvées dans la littérature. Le pourcentage de transfert des patients souffrant de troubles psychiatriques vers les services spécialisés montre des fluctuations légères, allant de 16,6% à 23%, selon les différentes études [77] [78] [79] [80]. Les deux principales raisons qui incitent les médecins interrogés à référer leurs patients vers ces services spécialisés sont la nécessité d'hospitalisation et le manque de formation dans le domaine de la santé mentale. Selon une étude canadienne, le manque de formation, se traduisant par une fréquence accrue de transfert des patients vers les psychiatres, émerge comme la variable la plus négativement associée à une prise en charge efficace.

e. Recours à la documentation et l'utilité d'un guide pratique

Notre enquête révèle que 35,7% des médecins interrogés ont souvent été confrontés à des situations cliniques dont ils ne maîtrisaient pas la prise en charge, tandis que 40% ont exprimé avoir été un peu désemparés face à de telles situations, représentant ainsi plus de trois quarts des participants. Ces données soulignent l'importance cruciale de fournir aux médecins des manuels de procédures adaptés pour chaque type de situation clinique qu'ils pourraient rencontrer lors de leurs gardes.

Lorsqu'il a été demandé si un guide couvrant les principales situations d'urgence psychiatrique qu'un médecin de garde en urgences médicales pourrait rencontrer serait utile dans leur pratique, une écrasante majorité de 92,9% a répondu que cela leur serait « énormément » utile, tandis que seulement 7,1% ont répondu par la négative.

Ces résultats mettent en évidence la valeur perçue des manuels et guides lors des gardes médicales, ainsi que la fréquence significative à laquelle les médecins rencontrent des difficultés de prise en charge. Il est clair que l'accès à des ressources bien conçues et pertinentes est essentiel pour soutenir les médecins dans la gestion efficace des urgences psychiatriques et pour améliorer la qualité des soins fournis aux patients.

C. POINTS FORTS ET LIMITES DE L'ETUDE

Notre étude est la première du genre dans la région du nord. Elle nous a fourni un ensemble d'informations, aussi bien d'un point de vue descriptif qu'analytique, en ce qui concerne les états des lieux de la prise en charge des urgences psychiatrique tout en prenant en compte les lacunes et difficultés que rencontre les médecins généralistes, les urgentistes, les résidents, les internes ainsi que les étudiants en médecine afin de leur fournir un outil exhaustif, enrichi des conseils pratiques et orientations diagnostiques et thérapeutiques pour garantir une prise en charge optimale des patients en situation de crise.

Notre enquête a été réalisée auprès de 210 participants des différents centres hospitaliers au Maroc. Nous avons évalué la fréquence des urgences psychiatriques rencontrées, les réactions des praticiens devant ces urgences et aussi la maîtrise des participant dans le diagnostic et la prise en charge thérapeutique des urgences psychiatriques.

Suite à cette enquête, nous avons élaboré un guide pratique des urgences psychiatriques qu'on va diffuser initialement sous forme de QR code aux différents médecins de la région avant de le développer et diffuser sur le plan national.

1. Limites de notre étude

Nous avons rencontré des difficultés et des limites dans la conduite pratique de notre enquête à savoir le biais de désirabilité sociale (consciente ou inconsciente). Selon ce concept, le participant à un questionnaire a tendance à cocher des réponses qu'il estime refléter de lui-même une image positive plutôt que de cocher des réponses correspondant de façon exacte et véridique à ses pensées. Appliqué à notre questionnaire, ce mécanisme psychologique aurait pour effet d'interférer avec les résultats.

L'anonymat des questionnaires contribue à diminuer le biais de désirabilité sociale.

2. Perspectives

Dans cette optique, notre étude marque le début d'un projet plus ambitieux. Pour l'instant, nous en sommes au commencement, mais notre objectif ultime est de créer une application mobile complète qui proposera un guide pratique détaillé sur la gestion des urgences psychiatriques. Cette application sera conçue pour fournir aux professionnels de la santé un accès facile à des informations à jour et pertinentes, les aidant ainsi à prendre des décisions éclairées et à offrir des soins de qualité aux patients en situation de crise psychiatrique. En somme, notre but est d'améliorer progressivement les pratiques médicales et d'assurer des interventions plus efficaces dans le domaine des urgences psychiatriques.

Dans le cadre de ces perspectives, la formation continue revêt une importance cruciale dans le domaine des urgences psychiatriques, car elle permet aux professionnels de la santé de rester à jour avec les dernières avancées et pratiques en matière de gestion des crises psychiatriques. Voici quelques points pour développer cette idée :

- **Simulation de scénarios** : Les séances de simulation offrent aux professionnels de la santé une opportunité précieuse de pratiquer la gestion des urgences psychiatriques dans un environnement contrôlé. En simulant des scénarios réalistes, ils peuvent développer leurs compétences pratiques et leur confiance dans la prise en charge des patients en situation de crise.
- **Tables Rondes et discussions** : Organiser des tables rondes et des sessions de discussion permet aux médecins généralistes, aux psychiatres et à d'autres professionnels de partager leurs expériences et d'apprendre les uns des autres. Cela favorise également la collaboration interdisciplinaire et renforce les liens entre les différents acteurs impliqués dans la prise en charge des patients psychiatriques.
- **Lutte contre la stigmatisation** : La formation continue peut inclure des modules sur la sensibilisation à la santé mentale et la lutte contre la stigmatisation associée aux troubles psychiatriques. En éduquant les professionnels de la santé sur les réalités des maladies mentales et en démystifiant les préjugés, cela peut contribuer à améliorer la qualité des soins et à promouvoir une approche plus empathique envers les patients.

- **Réduction des coûts de prise en charge :** En encourageant une consultation rapide au service de psychiatrie dès l'apparition des premiers signes de troubles mentaux, la formation continue peut contribuer à réduire les coûts globaux de la prise en charge. Une intervention précoce permet souvent d'éviter les complications graves et les hospitalisations prolongées, ce qui peut avoir un impact positif sur les ressources de santé.
- En résumé, la formation continue est un outil essentiel pour améliorer la qualité des soins en urgences psychiatriques. En proposant des sessions de simulation, des discussions interdisciplinaires, et en luttant contre la stigmatisation, elle permet de renforcer les compétences des professionnels de la santé et d'optimiser la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux

CHAPITRE III :
GUIDE PRATIQUE DES
URGENCES PSYCHIATRIQUES



1. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE AGITATION

A. INTRODUCTION

- **Qu'est-ce que l'agitation ?**

- L'agitation se définit comme une perturbation quantitative (par excès) et qualitative (inadaptation par rapport à la situation) des comportements moteur, psychique et relationnel.

- 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 tirailler ses vêtements, l'incapacité de rester assis ». Il s'agit donc d'un état de tension et d'hyperactivité physique et/ou psychique.

- Il peut s'accompagner d'une violence verbale et comportementale avec auto- ou hétéro agressivité

- Il est important de faire la distinction entre l'agitation et l'hyperactivité, où cette dernière implique une motricité dirigée vers un objectif spécifique. De plus, il convient également de différencier l'agitation de l'akathisie, caractérisée par une impérieuse nécessité de se déplacer et des mouvements ininterrompus des jambes.

- L'état d'agitation est **une urgence thérapeutique et diagnostique** qui peut prendre plusieurs formes de la petite agitation jusqu'à la fureur et qui renvoie à de nombreuses maladies psychiatriques et organiques

- L'examen clinique, systématique quelle que soit la forme de l'agitation, est complété, si besoin, par un bilan paraclinique biologique et radiologique, orienté par les symptômes mis en évidence

- Quels sont les trois principaux objectifs de la préoccupation thérapeutique ?

- Réduire rapidement l'agitation.
 - Détecter une éventuelle cause organique sous-jacente.
 - Ajuster rapidement la prise en charge en fonction de l'étiologie identifiée.

B. COMMENT DOIT-ON PROCEDER POUR PRENDRE EN CHARGE IMMEDIATEMENT UN PATIENT AGITE ?

1. connaitre le cadre et les moyens disponibles

- La gestion de l'agitation implique une maîtrise adéquate de l'environnement des soignants, avec plusieurs éléments clés à prendre en compte :

- Connaître les points de sortie.
- Disposer d'une pièce calme, ouverte, sans objets susceptibles d'être utilisés comme projectiles.
- Avoir des moyens d'appel à l'aide/appel aux forces de l'ordre si notion d'armes.
- Éviter d'être seul, de tourner le dos et de se tenir à une distance sécuritaire (bras tendu).
- Connaître l'identité des autres intervenants.
- Répéter les procédures de maîtrise du patient et clarifier les rôles de chaque intervenant.
- Disposer d'un espace d'isolement et de moyens de contention si nécessaire.
- Assurer la disponibilité de lits.
- Enfin, avoir la possibilité d'éloigner les proches du patient s'ils risquent d'aggraver son agitation.

2. Interaction avec le patient agité

- Il est impératif de suivre les étapes suivantes lors de l'interaction avec le patient agité :
 - Se présenter, ainsi que le personnel présent, en expliquant leurs rôles respectifs.
 - Placer le patient dans son contexte d'accueil, puis demander son identité pour établir un dialogue.
 - Toujours expliquer de manière claire ce qui va être fait et justifier ces actions.
 - Donner la parole au patient sans l'interrompre, en adoptant une attitude attentive et réceptive. Vers la fin de son récit, demander des informations jugées pertinentes.

- le dialogue, la dédramatisation de la situation, l'assurance, le calme, et le sentiment de sérénité intérieure du médecin jouent un rôle fondamental dans la conduite réussie de l'examen.
- Dans la mesure du possible, offrir des choix au patient.
- Limitez au maximum l'utilisation de la sédation, car dans la plupart des cas d'agitation, une résolution efficace peut être obtenue grâce à une écoute attentive et à une disponibilité accrue envers le patient

3. Examen de l'agité

Interrogatoire : de l'entourage, puis du patient, chaque fois que cela sera possible :

- Rechercher les circonstances exactes de survenue de l'agitation la date de début de l'apparition de l'état d'agitation ainsi que sa modalité d'apparition
- Rechercher les facteurs déclenchant d'ordre psychologique, l'existence d'une intoxication médicamenteuse volontaire ou accidentelle, la consommation d'alcool ou d'autres toxiques, un traumatisme physique, une pathologie organique sous jacente chronique ou aiguë.
- Rechercher des antécédents psychiatriques et organiques.
- Traitements en cours.

Examen somatique :

- L'examen somatique est réalisé de manière systématique pour introduire une dimension médicale dans la relation. Il englobe : un examen global
- Un examen neurologique de base,
- La mesure des constants vitaux pouls PA température
- L'évaluation du niveau d'hydratation.

Examen psychiatrique :

- Consiste à observer et à écouter attentivement afin d'apprécier au mieux :
- Les caractéristiques de l'agitation : intensité ; permanence ; récurrence ; qualité de contact.
- L'état de conscience : désorientation temporelle et spatiale ; obnubilation.
- L'existence d'altération de l'humeur ; l'orientation ; l'attention ; l'affectivité.

- La présence de phénomènes hallucinatoires et délirants.
- Il permet de répondre à plusieurs questions :
 - Le malade est-il confus ?
 - Délirant ?
 - Existe-t-il des troubles du contact ou de l'affectivité ?

Bilan en urgence :

- 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) ;
- Saturation artérielle en oxygène (SpO2)
- 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

4. Orientation diagnostique

- Les états d'agitation sont généralement complexes et résultent de multiples facteurs. On peut distinguer deux principales catégories étiologiques : les causes organiques/toxiques et les causes psychiatriques. ‘

Les causes organiques :

Tout état d'agitation, surtout chez un sujet sans antécédents psychopathologiques connus, peut masquer une urgence médicale qui peut engager le pronostic vital

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

• 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 en elle-même n'est pas la source de l'agitation ; c'est plutôt l'étiologie organique, toxique ou psychiatrique du syndrome confusionnel qui en est responsable.

Tableau 5: Les causes organiques de l'agitation

Pathologie	Tableau Clinique
- Alcoolisme: ✓ Ivresse pathologique ✓ Delirium tremens ✓ Syndrome de Korsakoff ✓ Encéphalopathies alcooliques	Fréquence des agitations avec violence : action désinhibitrice de l'alcool
- Agitations induites : ✓ Par des substances psycho-actives : opiacés, cannabis, cocaïne, hallucinogènes, solvants. ✓ Par d'autres médicaments : sédatifs, hypnotique, parfois antidépresseurs tricyclique, corticoïdes, certains antituberculeux, amphétamines et ses dérives...etc.	▪ La présence de symptômes neuro-végétatifs permet d'orienter le diagnostic. ▪ La clinique varie selon la substance
- Agitation liée à un sevrage - Syndrome sérotoninergique	Tous les états de dépendance à une substance peuvent déclencher, lors du sevrage brutal des

comportements d'agitation importants.

Intoxications accidentelles ou professionnelles (plomb, oxyde de carbone, solvants)

Le contexte professionnel est évocateur La clinique varie selon le produit

- **Affections générales et métaboliques:**
- ✓ hypoglycémie
- ✓ troubles ioniques (hypercalcémie surtout)
- ✓ hyperthyroïdie
- ✓ états infectieux

- La confusion est souvent présente et accompagne le tableau clinique
- L'agitation est parfois violente

- **Affections cérébrales :**
- ✓ hémorragies méningées
- ✓ épilepsie (agitation post- critique ou fureur épileptique)
- ✓ accidents vasculaires cérébraux
- ✓ tumeurs et fractures du crane
- ✓ encéphalopathies pancréatiques

- Il s'agit le plus souvent d'une agitation sans agressivité

- **Agitation dans le cadre d'une démence**

- Souvent nocturne, peut être progressive
- Penser à la déshydratation ou à la rétention urinaire et/ou fécale

Les causes psychiatriques :

Tableau 6: Les causes psychiatriques de l'agitation

Pathologie	Tableau clinique
En l'absence de pathologie psychiatrique	- Après un traumatisme psychologique brutal - Absence d'antécédents psychiatrique notables
Agitations << névrotiques >>	- Présence le plus souvent de circonstances conflictuelles déclenchantes - Il peut s'agir d'un trouble de personnalité histrionique
Agitations <<< caractérielles >>>	- Il existe souvent un contexte d'intolérance à la frustration - Il peut s'agir d'un trouble de personnalité antisociale - L'agitation est parfois majeure
Bouffée délirante aiguë	- Le début est souvent brutal - Le délire est polymorphe et polythématique, mal systématisé - L'agitation est parfois difficile à maîtriser
Schizophrénie	- Episode inaugural ou poussée évolutive - Les idées délirantes sont bizarres, accompagnées d'hallucinations auditives et/ou de dissociation

	- L'agitation a un caractère discordant et imprévisible
Délires chroniques	- Le délire est structuré - L'agitation est rare, souvent au cours d'un délire de persécution ou érotomane décompensé ▪ Les sujets sont potentiellement dangereux
Etat maniaque	- L'agitation est intense avec euphorie, désinhibition, idées de grandeur, logorrhée, et familiarité. - L'agitation peut s'inscrire également dans des états mixtes
Crise d'angoisse aiguë	- L'agitation est le plus souvent au second plan du tableau clinique qui est surtout dominé par l'angoisse

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

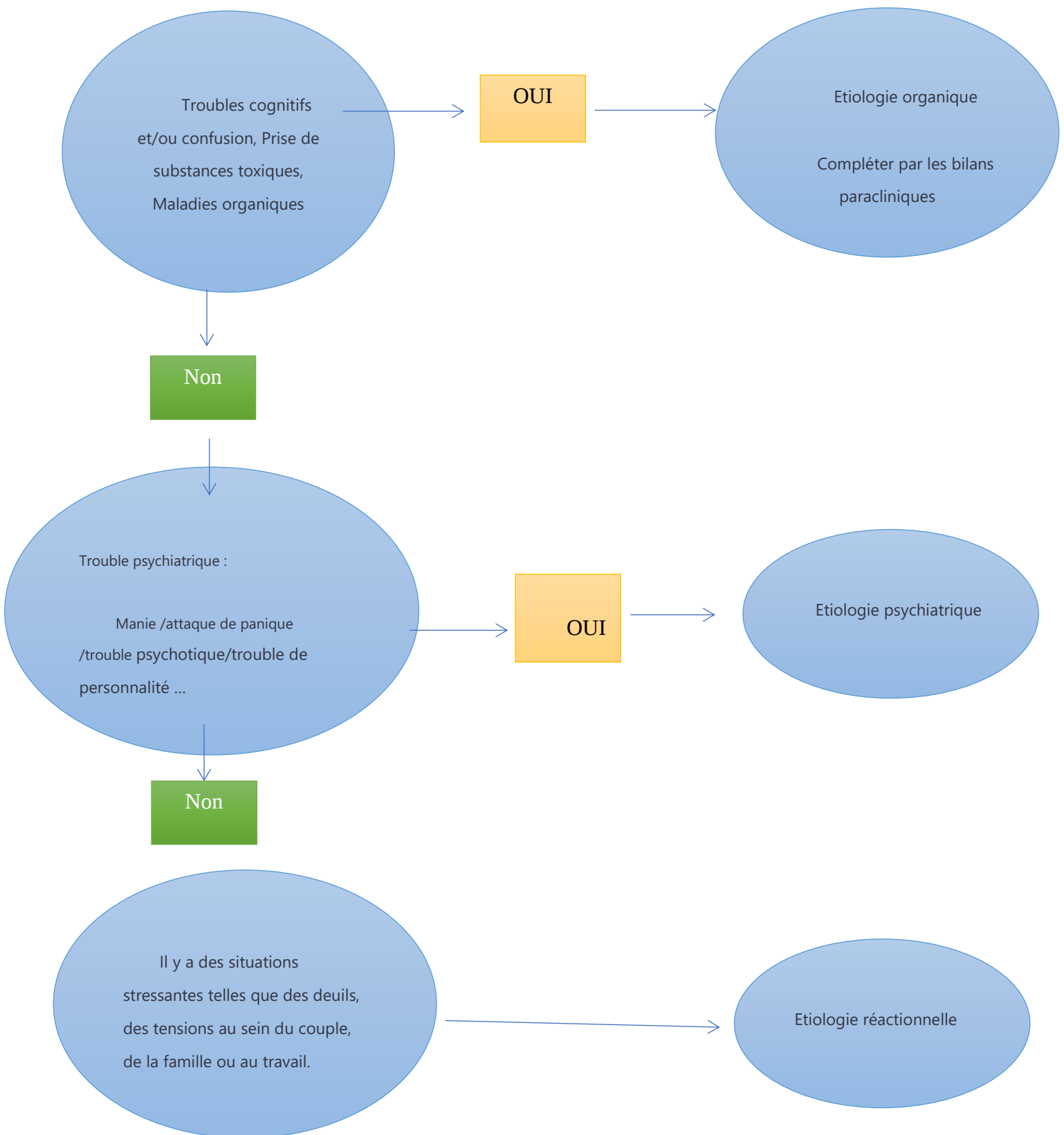


Figure 2: Arbre décisionnel pour le diagnostic étiologique en fonction des données cliniques

C. CONDUITE A TENIR IMMEDIATE DEVANT UN PATIENT AGITE :

1. Décision d'hospitalisation

L'hospitalisation est fonction de l'étiologie, de la gravité de l'agitation et du réseau social.

Certains facteurs imposent une hospitalisation :

- Agitation chez une personne âgée, isolée ...
 - Opposition à toute relation ;
 - Impulsivité ou absence de contrôle pulsionnel ;
 - Majoration des troubles du fait de l'intervention du médecin ;
 - Violence après l'éloignement des proches ;
 - Fureur ou agitation clastique ;
 - Intoxication associée (alcool ou drogues) ;
 - Agitation persistante dans un cadre psychiatrique (risque auto ou hétéro- agressif, troubles
- psychotiques avec éléments de gravité, troubles de l'humeur sévères...etc.)

2. traitement sédatif

a. La prescription des benzodiazépines dans l'agitation

La gestion de l'agitation par BZD seule est censée être la règle

Elles sont souvent systématiques en cas de :

- Sevrage alcoolique
- Sevrage médicamenteux ou toxique
- Intoxication aigue à la cocaïne ou aux amphétamines
- Attaque de panique

Elles sont à éviter en cas d'Intoxication alcoolique aigue avec trouble de conscience

- Démence
- Trouble respiratoire
- Confusion

Les produits suivants peuvent être utilisés :

- Diazepam : 5 à 10 mg per os ou IM
- Dose maximale : 40 mg/j en 4 prises
 - Lorazepam : 10 mg de diazepam = 2 mg de lorazepam , per os uniquement
- Dose maximale : 7,5 mg/j en 3 prises

b. Prescription des neuroleptiques dans l'agitation

Plusieurs produits sont proposés ici, tous nécessitent une triple surveillance :

- La tension artérielle
- ECG
- Motricité (dystonie et syndromes extrapyramidal)

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.

Les Antipsychotiques atypiques :

Par voie orale :

- Olanzapine : 10 à 20 mg per os /jr ;
- Aripiprazole : 10 à 30 mg per os /jr ;
- Risperidone : 6 à 10 mg per os / jour (voir plus si besoin) à 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.

En cas d'agitation majeure, la plupart des services ont recours à l'utilisation de neuroleptiques, voire à l'association neuroleptique +benzodiazépine

c. La contention

- La contention consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit ou sur un brancard.
- La contention physique est une mesure d'exception, temporaire, qui ne constitue pas à elle seule une mesure thérapeutique et dont les effets secondaires peuvent être graves.
- Elle doit toujours être associée à une sédation médicamenteuse.
- C'est un soin relevant de la prescription médicale immédiate ou différée et qui répond aux exigences de traçabilité.

- Pendant toute la durée de la contention, une surveillance des constantes cliniques (conscience, pouls, tension artérielle, fréquence respiratoire) doit être réalisée régulièrement. (contention)

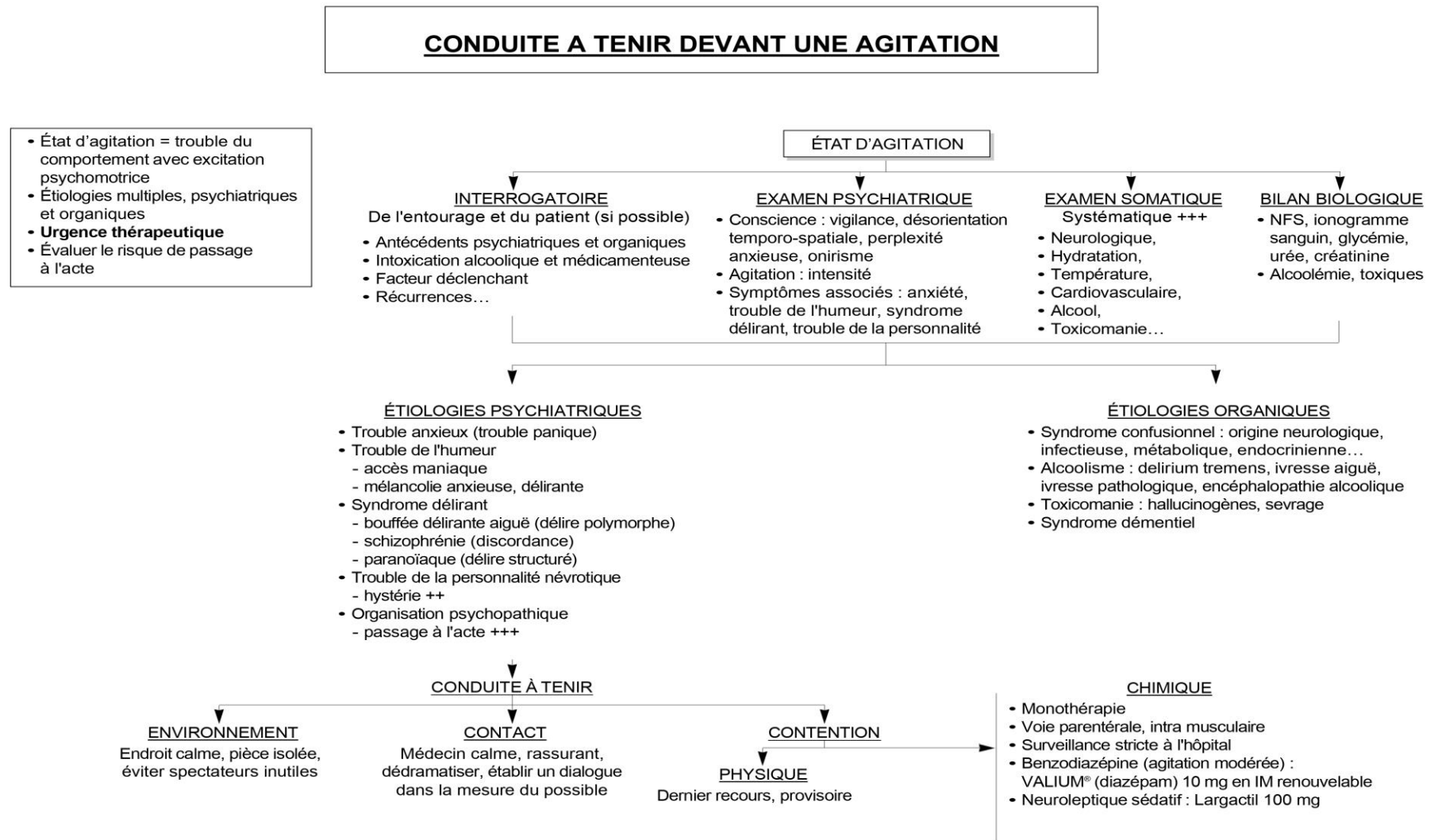
d. prise en charge thérapeutique ultérieure

Le traitement étiologique se fera en milieu spécialisé (hôpital général ou psychiatrique) en fonction de l'étiologie

D. CONCLUSION

- L'agitation représente une urgence médico-psychiatrique, pouvant découler non seulement de causes psychiatriques, mais également d'origines organiques ou toxiques.
- Il est crucial d'explorer systématiquement les éventuels troubles organiques réversibles.
- En cas d'échec de la communication avec le patient et en présence d'un risque pour sa sécurité ou celle d'autrui, une sédation devient nécessaire

Figure 3 : Conduite à tenir devant une agitation



CARTE FLASH

L'agitation se définit comme une perturbation **quantitative** et **qualitative** des comportements moteurs, psychique et relationnel.

Une **violence verbale** et **comportementale** avec auto- ou hétéro agressivité

Une **urgence thérapeutique et diagnostique**

Que faire devant un patient agité ?

- La dédramatisation, l'assurance, le calme, et le sentiment de sérénité intérieure du médecin jouent un rôle fondamental dans la conduite réussie de l'examen.
- Interrogatoire : de l'entourage, du patient : les circonstances exactes/les facteurs déclenchant/des antécédents psychiatriques et organiques /Traitements en cours.
- Examen clinique : ex neurologique, mesure des constantes.
- Examen psychiatrique : Evaluer de l'humeur ; l'orientation ; l'attention ; perception ; l'affectivité.
- Bilan en urgence : SPao2 , ECG , glycémie et ionogramme, calcémie, alcoolémie
- Hospitalisation selon la gravité
- Traitement sédatif (benzodiazépines et /ou neuroleptiques) +/-contention physique

Exemples :

- Diazépam : 5à10mg per os ou IM
- Lorazépam : 2mg per os uniquement
- Largactil : 1 à 4 ampoules de 25 mg
- Surveillance
- Traitement étiologique ultérieur
- Les étiologies :

Organiques à évoquer en premier :

- Alcoolisme / agitations induites (cannabis, cocaïne)
- Intoxication accidentelle ou professionnelle
- Causes générales et métaboliques : hypoglycémie, hypercalcémie, hyperthyroïdie
- Causes cérébrales : Epilepsie, AVC, démence...
- Causes Infectieuses

Psychiatrique après élimination de l'organicité :

- Attaque de panique
- Trouble de personnalité
- Accès maniaque
- Etat délirant aiguë

2. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE CONFUSION

A. INTRODUCTION

- Définition : Selon le Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5) , le syndrome confusionnel est défini comme une altération aiguë de l'attention et de la conscience associée à une autre perturbation cognitive (mnésique, linguistique ou visuo-spatiale), non expliqué par un trouble cognitif préexistant ou un coma.
- C'est une **urgence médico-chirurgicale**.
- C'est un syndrome généralement réversible d'autant plus curable que sa cause est rapidement identifiée, d'où l'urgence de l'enquête étiologique
- Le syndrome confusionnel est un symptôme souvent gériatrique. Même si sa prévalence est difficile à établir, on estime qu'il est présent chez 30 % des patients de plus de 70 ans qui ont recours aux urgences
- La gravité et la fréquence du syndrome confusionnel, notamment aux urgences, justifient une prévention efficace, un dépistage rapide, et une prise en charge diagnostique et thérapeutique urgente. L'ensemble du personnel médical et paramédical devrait donc être formé à son diagnostic et à sa prise en charge
- L'étiologie organique est à évoquer en premier lieu ; la confusion mentale n'est pas du registre psychiatrique jusqu'à preuve du contraire.

B. DESCRIPTION CLINIQUE

La confusion mentale est un syndrome caractérisé, essentiellement, par une triade faite d'une altération cognitive (intellectuelle), un onirisme et un syndrome physique (3R)

1. Phase initiale :

Le début est généralement brutal, mais, peut également être progressif et peut parfois être précédé d'une phase prodromique :

- Anxiété ; agitation

- Troubles du sommeil : insomnie, inversion de cycle réveil/sommeil
- Hallucinations transitoires (surtout chez le sujet alcoolique), cauchemars,
- Modifications de l'humeur et du caractère tels que fugue, érrance et parfois actes médico-légaux constatées par l'entourage.

Les prodromes à recrudescences vespérale et nocturne (favorisés par l'obscurité)

2. Phase d'état :

Les signes présents à la phase d'état sont caractérisés par une importante fluctuation ; Cette fluctuation, est un argument en faveur d'un syndrome confusionnel.

- Présentation du malade :
 - Visage : regard flou, lointain, égarement, hébétude «ils ont des yeux et ils ne voient pas»
 - L'aspect global du patient peut être incurique, les vêtements débraillés.
- Contact : absent
 - Le patient ne répond pas ou peu aux sollicitations de l'interrogatoire. C'est cette absence de contact avec le patient qui frappe souvent l'entourage en premier lieu.
- Activité psychomotrice : Variable, deux tableaux différents :
 - La forme stuporeuse : Le malade peut être apathique, somnolent, répondant péniblement, lentement et maladroitement aux stimulations.
 - Il peut aussi être en proie à une agitation stérile, est bruyant et en perpétuel état d'alerte. C'est dans cette forme qu'est décrit l'onirisme
 - La discordance des actions est particulièrement notable.
- Les activités psychiques de base :
 - La désorientation temporo-spatiale : est l'une des caractéristiques cardinales du syndrome confusionnel ; Parfois, le malade semble faire un effort et poser des questions pour se repérer ou reconnaître les autres : c'est **la perplexité anxieuse** ou interrogative, très évocatrice quand elle est présente « Le sujet ne reconnaît plus ni les lieux, ni les dates, ni les

personnes : il se croit chez lui alors qu'il est à l'hôpital, se lève la nuit et annonce qu'il va au travail, confond l'infirmière avec sa femme.

- La vigilance : est fluctuante alternant des phases d'éveil retrouvée dans le delirium dû au sevrage d'une substance ou toxique et de somnolence pouvant aller jusqu'à la stupeur ou au coma.
- la mémoire : atteinte de la mémoire de fixation, atteinte de la mémoire d'évocation, une éamnésie (hallucination de la mémoire: irruption dans la conscience de souvenirs du passé ressentis et revécus comme actuels), ou une illusion déjà vu déjà vécu.
- Discours :

Le discours peut être pauvre, hésitant, désarticulé, chuchoté, inadapté ou incohérent avec passage imprévisible d'un sujet à un autre, et le patient peut avoir du mal à comprendre ce qu'on lui dit, Au maximum, il existe un mutisme.

Parfois il existe de courts moments de lucidité pendant lesquels le confus interroge son entourage « Qu'est-ce qu'il y'a ? Où suis-je ? Qui êtes-vous ? »

- La pensée :
 - Onirisme ou délire onirique
 - * Etat de rêve pathologique vécu et agi
 - * Durée : aigu et fluctuant (Recrudescence vespérale et dans le noir)
 - * Thématique : le plus souvent persécution, thèmes terrifiants et étranges, professionnels, mystiques, érotiques...
 - * Mécanismes : Intuitions, interprétations, illusions et hallucinations++ + souvent visuelles (animaux, individus, monstres), parfois auditives ou olfactives

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

* Conviction, adhésion au délire : Totale d'où la participation affective (humeur dysphorique) et troubles du comportement (agitation, stupeur) avec risque auto et hétéro-agressif majeur (agression, fuite, déféstration sont à craindre)

- Les troubles émotionnels :
 - Une perplexité anxieuse, une irritabilité voire même de la fureur
 - L'apathie, la tristesse ou l'euphorie
- Perception : Incapacité généralisée dans le domaine de la discrimination sensorielle avec une absence d'intégration de leurs perceptions actuelles à leurs expériences passées.
- Perturbations du cycle veille- sommeil :
 - Perturbation caractéristique avec une somnolence la journée. le sommeil est presque toujours court et fragmenté. Les symptômes confusionnels s'exacerbent parfois juste à l'heure du coucher : « aggravation vespérale et nocturne ». De temps en temps, les cauchemars et les rêves se poursuivent pendant la période d'éveil sous formes d'expériences hallucinatoires.
- Troubles Somatiques « signes généraux » :
 - AEG, déshydratation
 - Signes neurologiques non spécifiques : Céphalées intenses, diffuses avec paroxysmes douloureux, tremblements.
 - Signes neurovégétatifs : Hyperthermie irrégulière, sueurs, hypotension artérielle, dilatation pupillaire, météorisme abdominal, constipation
 - Symptômes de la maladie causale.

Diagnostic positif :

- Il est basé sur l'interrogatoire (début aigu), l'examen clinique et les examens complémentaires (urgents et d'orientation).
- Trois éléments sont importants : la fluctuation des troubles, l'aggravation vespérale, et la perplexité anxieuse.
- Critères diagnostiques du DSM 5 du delirium dû à une affection médicale générale :

A. Perturbation de la conscience (c'est-à-dire baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention.

B. Modification du fonctionnement cognitif (tel qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou bien survenue d'une perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une démence préexistante, stabilisée ou en évolution

C. La perturbation s'installe en un temps court (habituellement qlq h ou qlq j) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.

D. Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique, ou les examens complémentaires d'une perturbation due aux conséquences physiologiques directes d'une affection médicale générale.

C. DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

- Il repose sur :
 - L'interrogatoire de l'entourage qui précisera les circonstances d'apparition du trouble les antécédents médicaux, les antécédents psychiatriques
 - L'examen clinique complet.
 - Les examens complémentaires seront orientés par l'examen clinique et l'anamnèse

Une cause psychogène constitue toujours un diagnostic d'élimination : une confusion est toujours d'origine organique jusqu'à preuve du contraire.

Tableau 7: Les causes organiques et iatrogènes de la confusion

<u>Les causes toxiques</u>	-Alcool : intoxication aiguë (ivresse aiguë) /intoxication chronique -Les drogues psychostimulantes et psychodysléptiques (cocaïne, amphétamines ...) -Les intoxications accidentelles ou suicidaires (mercure, zinc, oxyde de carbone...)
<u>Les causes médicamenteuses</u>	-Tous les psychotropes : BZD, NLP, ATD, thymorégulateurs -Tous les anticholinergiques : atropinique - Anticonvulsivants, antiparkinsoniens -Corticoïdes -Autres : Les antituberculeux, les antipaludéens, les digitaliques, les hypoglycémiantes
<u>Les causes métaboliques et endocriniennes</u>	Hypoglycémie, acidocétose ou hyperosmolarité, Dysthyroïdies, Hyponatrémie, hypernatrémie, Déshydratation, hypercalcémie Hypoxie (anémie, insuffisance respiratoire ou cardiaque) Hypercorticisme et insuffisance surrénale aiguë ; Tous les troubles hydroélectrolytiques ..
<u>Les causes Infectieuses</u>	Les infections bactériennes : la fièvre typhoïde, Brucellose, Tuberculose (localisations méningées encéphaliques du BK)... Les infections virales, par la localisation méningo-encéphalitique Les infections parasitaires : Paludisme, Toxoplasmose, Rickettsiose, Chez le sujet âgé, les plus fréquentes sont les pneumonies, les infections urinaires, les méningites, les encéphalites, les septicémies...
<u>Les causes</u>	Accident vasculaire cérébral, hématome sous-dural,

<u>neurologiques</u>	hémorragie méningée, épilepsie (per ou postcritique), traumatisme crânien, encéphalopathie carentielle, tumeur cérébrale. Maladies neurovégétatives
<u>Causes cardiovasculaires</u>	Syndrome coronaire aigu, trouble du rythme ou de la conduction, embolie pulmonaire, état de choc.
<u>Autres causes :</u>	Douleurs aiguës, rétention aiguë d'urine, état sub-occlusif sur fécalome, traumatismes ostéo-articulaires ou des parties molles, hospitalisation ou entrée en institution, la contention physique, privation de sommeil, affections hématologiques (leucémies ...) ou cancers, électrocution, coup de chaleur; irradiation thérapeutique.

Causes psychiatriques :

- Psychose puerpérale: qui peut se manifester par un état confuso-onirique.
- Schizophrénie: des accès confuso-oniriques ou confuso-délirants peuvent inaugurer ou émailler un processus schizophrénique.
- Confusion mentale primitive (ou psychogène). - Confusion mentale post émotionnelle et réactionnelle : situations de stress intense, traumatismes psychiques (deuil, guerre ...).
- Il peut s'agir d'une forme confusionnelle d'un trouble de l'humeur (manie confuse)

D. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Les affections neurologiques

Démence :

Tableau 8: La différence entre démence et confusion

	Confusion mentale	Démence
Altération de la mémoire	+	+
Altération du jugement	+	+
Altération de la pensée	+	+
Altération du cycle veille-sommeil	+	+
Désorientation	+	+
Début	Aigu	Progressif
Perception	Hallucinations (+)	Hallucinations (-) fréquentes)
Attention	Déficit (+)	Déficit à stade avancé
Conscience	Fluctuante	Normale
Fluctuation nycthémérale	(+)	(-)
Attitude	Perplexité anxieuse	Indifférence
Evolution	Réversible	Spontanément irréversible

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

Amnésies : En particulier le syndrome de Korsakoff ; Le comportement, les perceptions, les capacités d'attention et le jugement y sont préservés

Aphasie sensorielle (aphasie de wernicke) : La vigilance est normale. Il y a également des troubles de la compréhension et de l'expression du langage parlé et écrit.

- Les affections psychiatriques :
 - Les bouffées délirantes aiguës :
 - Devant une forme hypoactive : - Mélancolie stuporeuse
- Catatonie
 - Devant une forme hyperactive et agitée : - Schizophrénie productive
- Manie.

Tableau 9 : La différence entre démence et les bouffées délirantes aiguës

	Confusion mentale	BDA
Délire	Hallucinations visuelles Délire onirique	Délire polymorphe Vécu de dépersonnalisation
Conscience	Désorientation TS vraie Perturbation profonde de la vigilance	Pas de désorientation vraie Pas de perturbation profonde de la vigilance
Attitude	Perplexité anxieuse	Pas de perplexité
Résolution de l'accès	Amnésie + ou - totale	Absence d'amnésie
Etiologie organique	Toujours la rechercher	Absente le plus souvent

E. CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT CONFUS

Un syndrome confusionnel est toujours une urgence diagnostique et thérapeutique

1. Hospitalisation : afin d'assurer une surveillance adéquate et d'initier le traitement approprié.

2. Calmer, rassurer et surveiller le patient :

- Il faut veiller à ce que le patient ne soit pas seul, dans une chambre éclairée (car l'obscurité favorise l'onirisme)
- Supprimer les sources de danger pour prévenir le risque auto et hétéro agressif : (lit surélevé, briquet, fil électrique, etc.) et éviter de laisser à disposition des patients des objets inutiles.
- Favoriser la présence d'une personne connue auprès du patient.
- Éviter les contentions car elles aggravent l'agitation et favorisent, par l'immobilité, les escarres et le déclin fonctionnel.
- Veiller à communiquer avec le patient le plus clairement possible
- Utiliser des phrases simples et courtes.
- Faire preuve de patience, de calme et d'empathie.
- S'adapter à l'état et au rythme du patient

3. Evaluation des fonctions vitales : Mesure des constantes hémodynamiques, de la température et de la glycémie capillaire. Le conditionnement du malade est nécessaire avant toute démarche diagnostique à visée étiologique.

4. Interrogatoire : à compléter de l'interrogatoire de l'entourage

- Vitesse d'installation de la confusion (aiguë ou brutale, désorientation temporo-spatiale).
- Antécédents médicochirurgicaux et psychiatriques.
- Usage de toxiques.

- Traitements en cours (les psychotropes, les hypoglycémiants...)
- Chute (traumatisme crânien)
- Épisode fébrile.
- Voyage récent.
- Changement de mode de vie récent
- Les prodromes éventuels (cauchemars, troubles de concentration ou de la mémoire, modification du sommeil, anxiété, labilité émotionnelle, etc.)

5. Examen physique complet :

- Constantes cliniques : T°, TA, FC, FR.
- Glycémie capillaire en urgence. Saturation en oxygène=
- État d'hydratation +++.
- Point d'appel douloureux.
- Point d'appel infectieux : aires ganglionnaires, etc.
- Signe de localisation neurologique : syndrome méningé, Examens des paires crâniens
- Séquelles de crise d'épilepsie : morsure de langue, perte d'urine.
- Recherche d'un globe urinaire, d'un fécalome.

6. Examens complémentaires :

- Bilan biologique
 - NFS, bilan d'hémostase
 - Ionogramme sanguin, urée, créatinine,
 - Bilan Hépatique
 - Glycémie, calcémie,
 - Alcoolémie, toxiques.
 - Amylasémie, gaz du sang
- ECG à la recherche d'une cause coronarienne.
- Bilan radiologique selon le point d'appel.

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

- Imagerie cérébrale : systématique en cas de traumatisme crânien ou sur-dosage en AVK concomitante de l'épisode de confusion, signes de localisation ou avant ponction lombaire.
- EEG : suspicion de crise convulsive infraclinique.
- Bilan Infectieux : CRP, ECBU, ponction lombaire, hémoculture

7. Arrêter tout traitement confusogène :

- Tous les psychotropes : BZD, NLP, ATD, thymorégulateurs
- Tous les anticholinergiques : atropinique Anticonvulsivants, antiparkinsoniens
- Corticoïdes Autres : Les antituberculeux, les antipaludéens, les digitaliques, les hypoglycémiants

8. Traitement du retentissement somatique :

- Réhydratation par voie orale ou par voie veineuse
- Vitaminothérapie B1(1g par jour), B6(500mg par jour), et B12 si le patient est alcoolodépendant
- Traitement d'éventuelles perturbations : oxygénothérapie, remplissage vasculaire ...
- Anticoagulation préventive si alitement prolongé

9. La sédation :

- Privilégier la monothérapie, à une dose la plus faible possible et de la diminuer dès que possible.
- Le traitement médicamenteux doit être réévalué très régulièrement en fonction de l'efficacité et de la tolérance médicamenteuse
- L'objectif d'un traitement pharmacologique symptomatique est de réduire l'anxiété, les hallucinations et l'agitation.
- Il est basé sur deux classes de médicaments : les neuroleptiques et les benzodiazépines.
- Ces médicaments ne sont utilisés que pour réduire les symptômes perturbants, car ils sont eux-mêmes susceptibles d'aggraver le delirium

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

- Les neuroleptiques :
 - Réaliser une titration initiale afin de déterminer la dose efficace ;
 - Ajuster la posologie une fois par jour et prévoir des entre doses ;
 - Ne pas modifier ou arrêter trop rapidement le traitement ;
 - Ne pas associer deux neuroleptiques ;
 - Penser à une réaction paradoxale en cas d'aggravation de la symptomatologie ;
 - Interrompre le neuroleptique si un traitement étiologique est possible et efficace
- Halopéridol :
 - 0,5 à 2 mg toutes les 12 à 24 h po, sc ou iv.
 - En cas d'agitation importante : répéter la dose après 30 min (iv, sc) à 60 min (po) jusqu'à l'effet souhaité.
 - Pour le patient âgé et fragile : réduire la posologie.
 - Dose d'entretien : habituellement 50 % de la dose qui a été utilisée pour calmer la confusion.
 - En cas de traitement prolongé : administrer l'halopéridol une fois par jour à la dose la plus faible possible.
- Risperidone
 - 0,25 à 1 mg toutes les 12 à 24 h po
- Olanzapine
 - 2,5 à 5 mg toutes les 12 à 24 h po
- Quétiapine
 - 12,5 à 100 mg toutes les 12 à 24 h po
- Clozapine
 - 12,5 à 50 mg toutes les 12 à 24 h po
 - Les réactions extrapyramidales sont dose-dépendantes, plus fréquentes chez les personnes âgées et avec l'halopéridol, plus rares avec la quétiapine, l'olanzapine et la clozapine
 - Les effets anticholinergiques sont plus marqués avec l'olanzapine ;
 - L'effet sédatif est plus accentué pour l'olanzapine et la quétiapine.
- BENZODIAZÉPINES

Les benzodiazépines sont utilisées en association avec les neuroleptiques dans le delirium hyperactif avec anxiété majeure et agitation. Elles peuvent également être utilisées en cas d'échec d'un neuroleptique seul.

Exemples :

- Valium 10mg, 3 à 5 amp/j en IM
- Lorazépam est indiquée dans deux recommandations :
 - 0,5 à 1 mg per os, qui peut être administré jusqu'à une fréquence de toutes les 2 heures (dose maximale de 3 mg/j). Les doses IM et IV sont les mêmes
 - le lorazépam IV (0,5 à 1 mg), en association à l'halopéridol IV (3 mg), chez les patients ne tolérant pas de fortes doses de neuroleptiques
- Traitement étiologique :
 - Antibiothérapie dans un syndrome infectieux
 - Arrêt de la prise du toxique
 - Diurèse osmotique lors d'une intoxication volontaire
 - Correction d'un trouble métabolique
 - Traitement neurologique ou neurochirurgical

10. Surveillance :

- Surveillance clinique : signes généraux : signes vitaux (incluant la température et l'oxygénation), apports hydriques et alimentaires, diurèse, transit intestinal, fatigue, activité, souffrance
- Symptômes de la confusion, troubles du comportement, rythme veille-sommeil, mise en danger de soi ou d'autrui, état mental, autres symptômes psychiatriques.
- Les effets indésirables du traitement neuroleptique doivent être surveillés
- Suivi à long terme :
 - Une psychothérapie centrée sur l'expérience confusionnelle peut parfois être nécessaire pour résoudre une anxiété, un sentiment de culpabilité, de colère, une dépression ou tout autre état émotionnel

F. CONCLUSION

- La confusion mentale est une pathologie fréquente surtout chez le sujet âgé.
- C'est une urgence diagnostique et thérapeutique.
- On ne retiendra une étiologie purement psychiatrique qu'après élimination des diverses étiologies organiques.
- Le pronostic dépend de la rapidité de la prise en charge.

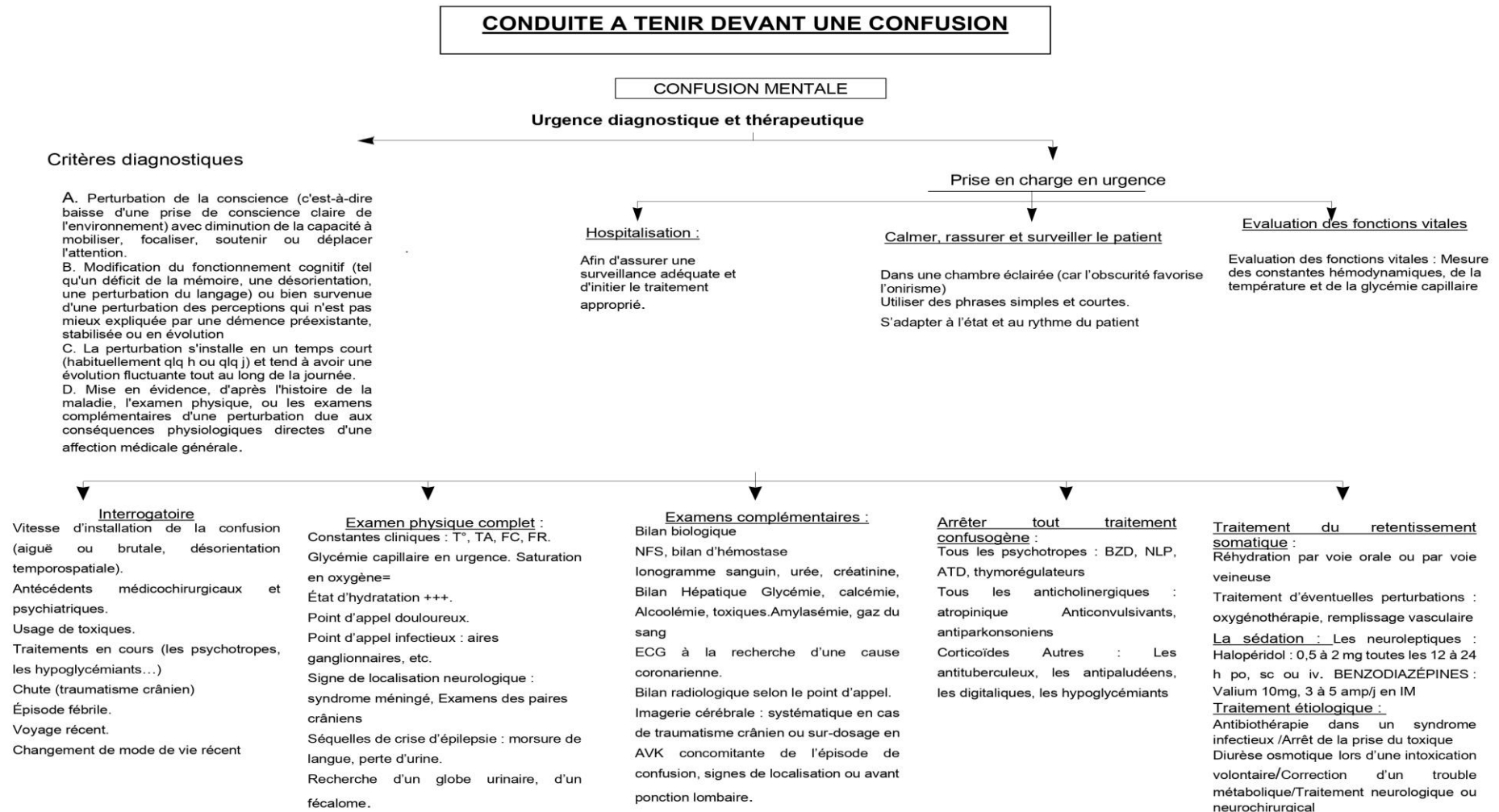


Figure 4: Conduite à tenir devant une confusion

CARTE FLASH

C'est une urgence médico-chirurgicale

C'est une urgence diagnostique et thérapeutique

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.

Que faire devant un patient confus ?

- Dédramatiser/ rassurer/ éviter un environnement trop bruyant
- Interrogatoire : pour retracer l'histoire souvent avec l'entourage : Les antécédents psychiatriques, organiques et addictologiques, traitements en cours, voyage récent
- Examen somatique complet : Evaluation des fonctions vitales, examen neurologique, examen abdominal
- Les examens complémentaires d'urgence : bilan biologique, bilan infectieux, glycémie capillaire, saturation en oxygène, ECG, Imagerie selon le point d'appel
- Hospitalisation
- Réhydratation et correction des troubles hydroelectrolitiques
- Arrêt de tout traitement confusogene
- Traitement sédatif :
 - Les neuroleptiques ex : Halopéridol : 0,5 à 2 mg toutes les 12 à 24 h po, sc ou iv.
 - Les benzodiazépines ex : Lorazepam 0,5 à 1 mg per os, qui peut être administré jusqu'à une fréquence de toutes les 2 heures
- Traitement étiologique : la pierre angulaire de la prise en charge

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

- Surveillance : signes vitaux, GCS, rythme veille-sommeil, la tolérance et l'efficacité du traitement
- Les étiologies :
 - Causes organiques :
 - Causes infectieuses : -Bactériennes : Virales : -Parasitaire :
 - Causes neurologiques : Traumatisme crânien -Hématome sous dural -Accident vasculaire cérébral
 - Causes métaboliques et endocriniennes : -Diabète :hypoglycémie ,acidocétose, déshydratation, troubles surrénaliens -troubles thyroïdiens -troubles carenciels
 - Chez le sujet âgé : globe vésical, fécalome, douleur aigue
 - Causes induites
 - Intoxication aiguë ou sevrage (cocaïne, héroïne...) - Alcoolisme : ivresse aigue, chronique, Intoxications accidentelles et / ou professionnelles, médicaments confusogènes
 - Causes psychiatriques : Diagnostic d'élimination : Manie avec agitation, Psychose puerpérale + + +

3. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE CRISE SUICIDAIRE

A. DEFINITION DE LA CRISE SUICIDAIRE

Il s'agit d'**une crise psychique** dont le risque majeur est le suicide.

Cette crise constitue un moment d'échappement. Un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité place la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. Cet état est réversible et temporaire.

La crise suicidaire peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à une impossibilité ressentie d'échapper à cette impasse. Elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte. La tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.

La crise suicidaire n'est pas un cadre nosographique simple. C'est un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation.

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

La personne qui a volontairement mis fin à sa propre vie est appelée le suicidé.

B. DESCRIPTION CLINIQUE DE LA « CRISE SUICIDAIRE »

Cliniquement, la crise suicidaire peut se manifester initialement par :

- Des symptômes non spécifiques du registre dépressif ou anxieux ;
- 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).
- Puis cette crise peut se manifester par certaines idées et comportements préoccupants :
- 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.

Au cours de l'évolution, une accalmie peut faire craindre un syndrome présuicidaire 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

C. DIAGNOSTIC DE LA TENTATIVE DE SUICIDE

1. Mélancolie ou dépression majeure grave : Douleur morale, sentiment d'incurabilité, inhibition psychomotrice.

2. Schizophrénie : Soit en phase dépressive, soit dans un cadre délirant ou hallucinatoire avec angoisse de morcellement. Le suicide survient généralement dans un climat froid, hermétique et inattendu.

3. Troubles somatoformes : Avec ou sans syndrome dépressif associé : un théâtralisme, une très forte charge émotionnelle. Ces TS surviennent généralement après frustration ou conflits relationnels.

4. Les psychoses délirantes aiguës : Accès psychotique aigu, confusion mentale, ...

5. Alcoolisme chronique : Soit en cas d'ivresse pathologique ou durant le sevrage.

6. Autres pathologies : a. les états limites « borderline »

b. pathologie de l'adolescent

c. psychopathie

D. EVALUER LA CRISE SUICIDAIRE

1. Evaluation de l'urgence vitale

Évaluation minutieuse des fonctions vitales pour détecter toute détresse respiratoire, cardiovasculaire ou neurologique par un examen clinique : GCS, TA ,FR

Mise en condition du malade selon son état : oxygénothérapie, voie veineuse... Si l'état du patient le permet, un interrogatoire rapide est mené en collaboration avec le patient lui-même, ou avec sa famille si nécessaire, afin de déterminer le moyen utilisé pour la tentative de suicide ; Cette information est cruciale pour une prise en charge appropriée, notamment le dosage des éventuelles substances toxiques ingérées

Selon l'état du patient, il peut être référé à un service spécialisé ou, s'il est stable, on procède aux étapes suivantes :

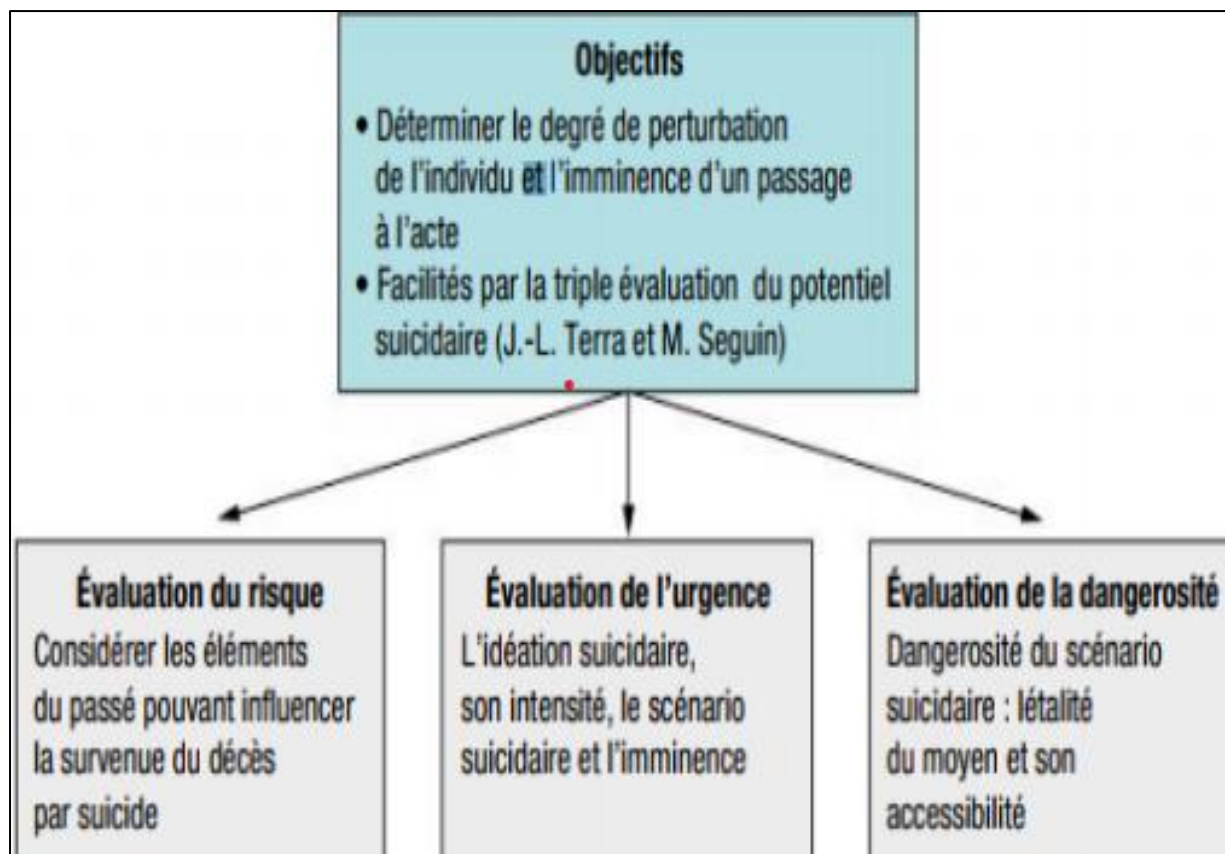


Figure 5 : L'évaluation de la crise suicidaire

2. Evaluation psychiatrique

Détermination des facteurs de risques et des facteurs protecteurs :

Tableau 10: Facteurs de risque de la crise suicidaire

Facteurs personnels	- Caractéristiques démographiques : • Sexe masculin • Veuf, divorcé ou célibataire, en particulier pour les hommes • Groupe d'âge des personnes âgées (groupe d'âge ayant le plus grand risque proportionnel de suicide • Groupes d'âge des adolescents et des jeunes adultes (groupes d'âge avec le plus grand nombre de suicides) - Pensées suicidaires / comportements : • Idées suicidaires (actuelles ou antérieures) • Plans suicidaires (actuels ou antérieurs) • Tentatives de suicide (y compris les tentatives avortées ou interrompues) • Létalité des plans ou des tentatives suicidaires • Intention suicidaire - Diagnostics psychiatriques : • Trouble dépressif majeur • Trouble bipolaire (principalement dans les épisodes dépressifs ou mixtes) • Schizophrénie • Anorexie mentale • Trouble de l'abus d'alcool • Autres troubles d'utilisation de substances • Troubles de la personnalité du groupe B (en particulier trouble de la personnalité borderline) - Maladies physiques : • Maladies du système nerveux : Sclérose en plaques, Maladie de Huntington, Lésion du cerveau et de la moelle épinière, Troubles épileptiques • Néoplasmes malins • VIH / SIDA • Maladie de l'ulcère peptique • Maladie pulmonaire obstructive chronique • Insuffisance rénale traitée par hémodialyse chronique • Le lupus érythémateux disséminé • Syndromes douloureux - Traits de personnalité : faible estime de soi, impulsivité, agressivité, rigidité de la
----------------------------	--

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

	pensée, colère, propension au désespoir
Facteurs Familiaux	Vulnérabilité génétique et familiale : • Antécédents familiaux de suicide (en particulier chez les parents au premier degré) • Antécédents familiaux de maladie mentale, y compris les troubles liés à l'utilisation de substances
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.

Facteurs protecteurs

Les éléments qui préservent du passage à l'acte doivent également être pris en considération en tant que facteurs de sécurité. Parmi ceux-ci, on peut mentionner :

- Sens de la responsabilité envers la famille

- La présence des enfants à la maison
- Grossesse
- Religiosité
- Satisfaction de la vie
- Capacités d'adaptation positives
- Compétences positives en résolution de problèmes
- Soutien social positif
- Relation thérapeutique positive COR

Evaluation de l'urgence

Un degré d'urgence élevé est évoqué lorsque le passage à l'acte suicidaire est imminent
48h

Il se caractérise par :

- l'existence d'un scénario suicidaire précis : un scénario suicidaire élaboré, délai de mise en œuvre établi, préméditation (lettre, dispositions testamentaires, etc.)
- une intentionnalité forte : idées envahissantes, refus de soins, intention communiquée
- une souffrance ou une impulsivité élevée : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugues ou d'actes violents

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

. Exemples de questions à poser pour évaluer l'urgence et la dangerosité et se représenter le degré d'envahissement des pensées :

Avez-vous perdu espoir ?
Vous arrive-t-il de penser que vous aimeriez mieux être mort ?
Vous arrive-t-il de penser que vous aimeriez mieux être mort ?
Vous arrive-t-il de penser que vous aimeriez mieux être mort ?
Avez-vous pensé vous suicider ?
Quand avez-vous commencé à penser au suicide ?
Avec quelle fréquence y pensez-vous ?
Comment avez-vous pensé le faire ?
Avez-vous pensé quand le faire ?
Y a-t-il quelque chose qui vous retient de le faire ? Avez-vous accès à une arme à feu ou un autre moyen de vous tuer ?

Évaluation de la dangerosité

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

:

Tableau 11: Evaluation de l'urgence et de la dangerosité de l'acte suicidaire.

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

E. PRISE EN CHARGE

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.

L'évaluation médicale du patient est incontournable et s'avère nécessaire pour apaiser l'individu en détresse, établir un lien avec cette personne et consolider la relation thérapeutique.

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.

2. Prise en charge en urgence :

Les services d'urgence sont souvent confrontés à des individus en état de crise suicidaire, ou en période post-tentative de suicide. L'admission de ces patients doit se dérouler dans un environnement paisible, en veillant à maintenir la continuité des interlocuteurs (professionnels de la santé) autour du patient, et ce processus doit contribuer à la protection et au bien-être du patient.

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

L'American Psychiatric Association (APA) avait retenu ces critères de l'hospitalisation :

- un geste violent, avec une forte létalité et qui est prémédité ;
- des précautions pour ne pas être découvert et la persistance d'un plan suicidaire, le regret d'avoir survécu ;
- des facteurs de risque à type sexe masculin, de plus de 45 ans, sans soutien social ;
- une impulsivité marquée, des troubles du jugement et un refus actif des soins
- un trouble psychotique, surtout en début de maladie, ce qui peut être étendu à tout tableau de décompensation psychiatrique

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

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.

Tableau 12: Traitement médical de la crise suicidaire

Antidépresseurs	-APA : La forte association entre les troubles dépressifs et le suicide soutient l'utilisation des antidépresseurs. -NZGG : Les cliniciens doivent surveiller de près le risque de suicide, quel que soit l'antidépresseur utilisé. Ceci est essentiel à la fois pour éliminer toute augmentation paradoxale de la suicidalité et pour s'assurer que le risque n'augmente pas lorsque le traitement commence à fonctionner, soulageant d'abord les symptômes moteurs et le manque de motivation, mais pas les symptômes liés à l'humeur.
Lithium	-APA : Le traitement de maintien à long terme avec des sels de lithium chez les patients présentant un trouble bipolaire et un trouble dépressif majeur est associé à une réduction significative du risque de suicide et de tentative de suicide.
Anticonvulsivants	-APA : Il n'y a aucune preuve établie d'un risque réduit de comportement suicidaire avec tout autre agent anticonvulsivant «stabilisant l'humeur»
Antipsychotiques	-APA : Des réductions des taux de tentatives de suicide et de suicide ont été signalées dans des études spécifiques de patients atteints de schizophrénie traités par la clozapine. D'autres antipsychotiques de première et deuxième génération peuvent également réduire le risque de suicide, en particulier chez les patients très agités. -WFSBP 2015 : Clozapine pour réduire le risque suicidaire dans la schizophrénie Recommandation (Grade : 3)
Benzodiazépines	-APA : Parce que l'anxiété est un facteur de risque important du suicide, l'utilisation d'agents anxiolytiques peut réduire ce risque. Cependant, les benzodiazépines désinhibent parfois les comportements agressifs et dangereux et augmentent l'impulsivité, en particulier chez les patients présentant un trouble de la personnalité borderline. -NZGG : Les cliniciens doivent être prudents lorsqu'ils prescrivent des benzodiazépines (à la fois de façon aiguë et à moyen terme).

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

Sédation par un traitement médical les premiers jours (si absence de troubles somatiques, confusion...)

En fonction de l'étiologie :

- En cas de troubles psychotiques (psychose aiguë ou chronique) : ATD et NL
 - Nozinan 1 amp de 25 mg 2 à 3 fois/j
 - Haldol 1 amp de 5mg 2 à 3 fois/j
- En cas trouble anxieux : administrer dans un premier temps par voie orale du Valium cp 10mg ou Tranxène cp 50 mg.

En cas d'agitation : injection en IM Valium 1amp 10mg ou Equanil 1amp.

- En cas d'anxiété ou d'agitation persistante : administrer NLP sédatif, Largactil amp 25 mg en IM.
- En cas de trouble dépressif (dépression grave ou mélancolique): ATD et benzodiazépines par
 - Si hospitalisation :voie IV
- **1er jour** : Anafranil 1amp25mg+1amp Valium 10mg dans 250cc de SG ou SS en 2h.
- **2ème jour** : 2amp d'Anafranil + 1 amp Valium 10 mg dans 250cc de SG ou SS en 2h
- **3ème jour jusqu'au 12ème jour** : 3 amp d'Anafranil + Valium 1amp

Ajouter un neuroleptique sédatif : Nozinan cp 100mg, ½ cp matin et ½ cp le soir

Puis passer à la voie orale : 150 mg/J ANAFRANIL OU ATD nouvelle génération.

Psychothérapies :

Le consensus clinique suggère que les interventions psychosociales et les approches psychothérapeutiques spécifiques sont bénéfiques.

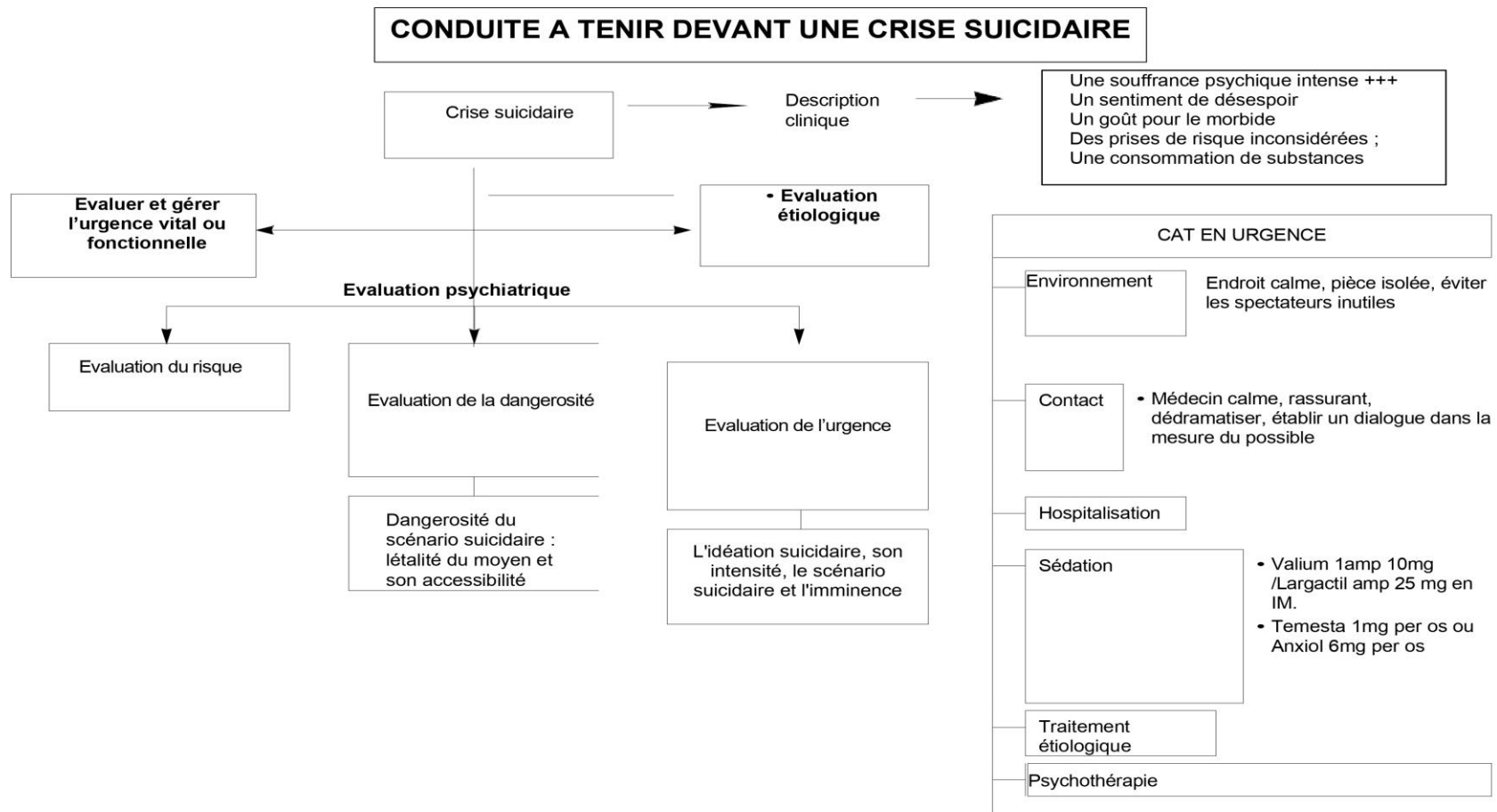


Figure 6: Conduite à tenir devant une crise suicidaire

4. CONDUITE A TENIR DEVANT UNE ATTAQUE DE PANIQUE

A. INTRODUCTION

- L'anxiété est un sentiment commun et, en tant que tel, représente une réaction normale aux vicissitudes de la vie. Dans ses formes légères, l'anxiété peut être adaptative. Dans ses formes extrêmes, l'anxiété est terrifiante et handicapante.
- L'attaque de panique se définit selon le DSM-5 (APA, 2013) comme une poussée soudaine d'une peur intense ou d'un inconfort qui atteint son apogée en quelques minutes. Il s'agit d'un épisode limité dans le temps qui peut survenir de manière isolée ou dans le cadre d'une pathologie psychiatrique.
- Il s'agit d'une urgence médicale courante, observée tant dans les services d'urgences psychiatriques que dans les services médicaux. Tout médecin, quelle que soit sa spécialité, peut y être confronté.
- Elle se manifeste essentiellement par trois types de symptômes : physique, psychique et comportemental qui peuvent faire évoquer une urgence non-psychiatrique médicale ou chirurgicale.
- 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 et une anxiété anticipatoire.
- L'AP est fréquente avec une prévalence vie-entière de 3 à 5 %. Le terrain le plus fréquent est celui de la femme jeune.
- Les attaques de panique sont associées à une probabilité accrue de divers troubles mentaux comorbides, incluant les troubles anxieux, les troubles dépressifs, les troubles bipolaires, les troubles du contrôle des impulsions, les troubles de l'usage d'une substance.
- Une prise en charge précoce basée sur des mesures non pharmacologiques et pharmacologiques est indispensable pour contrôler ces attaques.

B. COMMENT SE PRESENTE L'ATTAQUE DE PANIQUE ?

- La crise d'angoisse aiguë dénommée aussi attaque de panique, se définit par la survenue brutale, sans facteur déclenchant apparent, d'une peur intense et sans objet, avec souvent

un sentiment de mort imminente ou l'impression de "devenir fou" ou encore la certitude de l'imminence d'une catastrophe

- Les symptômes de l'attaque de panique se divisent en symptômes physiques, psychologiques et comportementaux.
- La chronologie de l'attaque de panique est marquée par :
 - Un début brutal
 - Une intensité maximale des symptômes rapidement atteinte, généralement en quelques minutes voire quelques secondes après le début de la crise ;
 - Des symptômes qui sont généralement limités dans le temps, avec une durée moyenne de 20 à 30 minutes ;
 - Une diminution progressive des symptômes au fil du temps, suivie de soulagement et parfois d'une asthénie post-crise.
 - Ces symptômes peuvent varier considérablement d'un individu à l'autre. Parmi les manifestations les plus fréquentes :

Les manifestations somatiques

Elles sont constamment présentes au cours d'une crise d'angoisse et peuvent masquer complètement les signes psychiques au point d'évoquer une urgence médico-chirurgicale.

- Cardiovasculaires : Tachycardie, palpitations, oppression thoracique, sensations de chaud et froid plus ou moins associées à des troubles vasomoteurs, précordialgies, lipothymie.
- Respiratoires : Dyspnée, sensation d'étouffement, de manque d'air, d'étranglement, polypnée.
- Digestives : Sensations de spasmes pharyngés, « boule dans la gorge », barre épigastrique, nausée, douleurs abdominales, diarrhée motrice, vomissements.
- Neuromusculaires et sensorielles : Tremblement des extrémités, tensions musculaires, céphalée, paresthésies, vertiges essentiellement rotatoires avec instabilité, flou visuel, bourdonnement d'oreille.
- Génito-urinaires : Douleurs abdomino-pelviennes, pollakiurie

- Autres manifestations neurovégétatives : Sueurs, mains moites, sécheresse de la bouche.
- La tétanie (contraction musculaire) et la spasmophilie (tendance aux spasmes) sont deux diagnostics souvent formulés après une crise d'angoisse plus ou moins spectaculaire. La plupart des chercheurs pensent actuellement qu'elles sont des manifestations du trouble panique

Tous les appareils peuvent être touchés

Les manifestations psychiques

Elles sont représentées par :

- Peur de la mort
- Peur d'un danger mal défini
- Peur d'être atteint d'une maladie grave
- Peur de devenir fou ou de perdre le contrôle de soi-même
- L'anxiété anticipatoire : la survenue répétée d'accès d'angoisse ou parfois même la survenue d'un accès unique vécu comme une expérience intensément traumatisante peut être à l'origine d'une anticipation anxieuse de la survenue d'autres attaques de panique , permanente, gênant les activités quotidiennes du sujet et entravant gravement sa liberté de mouvements parfois à l'extrême s'installe une agoraphobie
- Symptômes de dépersonnalisation : sentiment d'étrangeté et de n'être plus soi-même, sentiment d'être détaché de sa propre identité physique (désincarnation) ou psychique (désamination).
- Symptômes de déréalisation : sentiment que le monde est irréel et étrange.
- La concentration sur une tâche devient impossible, et la mémoire peut être fortement perturbée. L'insomnie d'endormissement est un signe caractéristique chez le sujet angoissé + hypervigilance

Les manifestations comportementales

Elles sont variables d'un sujet à l'autre, on retrouve le plus souvent une agitation psychomotrice, souvent associée à un évitement ou une fugue du lieu anxiogène. Cependant, on peut au contraire observer une inhibition pouvant aller jusqu'à la sidération et la stupeur.

La principale complication est le passage à l'acte auto-agressif lors d'un raptus anxieux (raptus (Impulsion soudaine, violente et irrésistible qui pousse un malade à commettre un acte grave) pour échapper à la situation anxiogène).

C. 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 :

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.

NB : 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.

D. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- La première étape consiste à éliminer une affection médicale générale ou toxique dont l'attaque de panique peut être la conséquence physiologique directe
- Une angoisse aigüe peut survenir lors d'affections somatiques graves ou chroniques au moment de l'annonce du diagnostic ou encore au cours de l'évolution

Pathologies médicales non psychiatriques

Pathologies cardiovasculaires : Angor, infarctus du myocarde, hypertension artérielle, trouble de rythme, valvulopathies, ...

Pathologies respiratoires : Asthme, embolie pulmonaire, œdème aigüe pulmonaire, pneumothorax, pleurésie, ...

Pathologies neurologiques : Epilepsie, accidents ischémiques transitoires, crise migraineuse,

Pathologies endocriniennes : Hypoglycémie, phéochromocytome, hyperthyroïdie, insuffisance surrénalienne aiguë, syndrome de cushing, hypoparathyroïdie, ...

Causes iatrogènes : corticoïdes, hormones thyroïdiennes, théophylline, les antituberculeux, certains neuroleptiques et antidépresseurs.

Prise de toxique : Alcool, cannabis, cocaïne, amphétamine et hallucinogènes. Cela doit être recherché systématiquement, de même qu'un syndrome de sevrage (alcool, benzodiazépine, ...)

Pathologies psychiatriques

- **Troubles anxieux :**

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.**

Le trouble panique n'est pas systématique : Parmi ceux qui ont fait une crise ,82% n'évalueront pas vers le trouble panique

Troubles phobiques, Syndrome de stress post-traumatique

- **Troubles psychotiques**
- **Troubles dépressifs**
- **Etats d'angoisse réactionnelles et situationnels**

E. CONDUITE A TENIR EN URGENCE

Le but de la prise en charge est :

- Soulager la souffrance du patient en traitant les symptômes et en identifiant le cadre nosologique de la crise d'angoisse afin d'établir un traitement étiologique adapté
- Éliminer une urgence non psychiatrique ou une intoxication par une substance psychoactive.

1. Comment mener un entretien dans le cadre d'un syndrome anxieux aigu ?

- Se présenter au malade avec une attitude empathique.
- Le mettre dans une chambre calme, bien éclairée.
- Mise à l'écart de l'entourage dont l'anxiété majeure celle du patient.
- Verbalisation émotionnelle et informer sur l'absence de danger de mort, sur le caractère spontanément résolutif de l'AP
- Explicitation du vécu en suivant les 4 R: Recontextualiser, Reformuler, Résumer, Renforcer.
- Ne pas remettre en cause ou minimiser l'anxiété.
- Interrogatoire :
 - ATCD médicaux et psychiatriques
 - Traitements antérieurs
 - Date de début, notion de situation déclenchant
 - Intensité et fréquence des attaques
- Un examen somatique technique qui apaise le patient, le convaincant qu'il n'y a pas de danger imminent ou de risque de décès, tout en permettant d'écarter la présence d'une maladie organique sous-jacente ou associée.
- Au moindre doute demander des examens complémentaires minimum : NFS, glycémie, ionogramme, ECG

!!!!Même si le tableau clinique est souvent typique, il faut se méfier des diagnostics trompeurs et notamment l'embolie pulmonaire

- Les mesures de contrôle respiratoire : respiration abdominale lente et profonde afin de limiter l'hyperventilation et d'atténuer le niveau d'angoisse de l'AP.

2. Traitement pharmacologique :

Les benzodiazépines :

- En cas de symptomatologie persistante ou trop sévère d'emblée, une benzodiazépine à action rapide peut être proposée
- 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.
- La voie orale est à privilégier, car elle assure une meilleure biodisponibilité et une rapidité d'action
- La voie intramusculaire est à réserver aux cas exceptionnels où la voie orale n'est pas accessible
- Prescrire la dose minimale efficace,
- Arrêt anticipé et progressif (risque de rebond de symptômes d'anxiété),
- Informations sur les effets indésirables
- Traitement régulièrement réévalué.
- **Selon la haute autorité de santé française**, 11 benzodiazépines par voie orale sont indiquées dans le traitement des manifestations anxieuses sévères et / ou invalidantes. Ces molécules sont : Clotiazépam, Oxazépam, Alprazolam, Lorazépam, Bromazépam, Clobazam, Clorazépate dipotassique, Nordazépam, Prazépam, Diazépam, Loflazépate d'éthyle

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.
- Lorazépam : 1 à 2 mg per os en une prise à renouveler si nécessaire.
- Diazépam (Valium) IM : 0.1 à 0.2 mg/kg on peut d'emblée administrer 2 ampoules par voies IM

Les neuroleptiques :

Le recours aux neuroleptiques sédatifs à faible dose est nécessaire si l'agitation est importante.

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

- En général, la gestion de la crise se réalise en milieu ambulatoire.
- L'hospitalisation est rare et n'est nécessaire que dans les cas où :
 - **En milieu psychiatrique :**
 - Risque de raptus anxieux avec passage à l'acte suicidaire, notamment dans une mélancolie délirante
 - Attaque de panique dans le cadre d'un trouble psychotique, l'angoisse se manifeste par un vécu intense de dépersonnalisation et de déréalisation avec souvent une dissociation mentale ;
 - **En milieu médical :**
 - Urgence médicale ou chirurgicale.

F. CONDUITE A TENIR A MOYEN ET LONG TERME

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, L'exercice physique)
- Prescrire un anxiolytique à prendre au cas de besoin

Attention !!!!!... Au risque de pharmacodépendance et de syndrome de sevrage en cas d'arrêt brutal

Exemple de prescription :

Durant les 4 premières semaines.

Alprazolam (Xanax) 0,5mg 3/x/j avec dégression progressive : Xanax cp 0,5 mg :

- Sem 1: 1/2 cp matin à midi et soir
- Sem 2: 1/2 cp matin et soir Sem 3 : 1/2 cp le soir
- Puis arrêt

En cas de diagnostic avéré de trouble psychiatrique, et notamment de trouble anxieux chronique (trouble phobique, trouble panique, ...)

2. Traitement médicamenteux :

- C'est un traitement préventif des attaques de panique. Il repose principalement sur les antidépresseurs
- L'efficacité des antidépresseurs dans la prévention de la récurrence des attaques de panique a été confirmée pour de nombreux autres produits de cette classe et notamment pour **les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)** : Exemples :
 - Paroxetine : deroxat 20mg/j
 - Sertraline : nodep 50mg/j
 - Fluoxetine 20mg/j
- Les tricycliques : Anafranil 75 à 150mg/j
- Commencer par la moitié de la dose de l'antidépresseur et passer à la dose usuelle en moins d'une semaine
- On peut passer éventuellement au double dos après une semaine, ou bien on attend et ne pas doubler la dose que si pas de réponse au bout de 4 semaines
- Il doit être maintenu pour consolider l'amélioration clinique pendant 6 à 12 mois et prévenir les récurrences

3. La Thérapie cognitivo- comportementale :

- La TCC (en format individuel ou de groupe) est la forme de psychothérapie ayant reçu le soutien empirique le plus robuste dans le traitement du TP
- Les stratégies les plus utilisées en TCC sont Relaxation respiratoire • Analyse fonctionnelle de l'attaque de panique • Auto observation • Informations sur la maladie • Techniques d'exposition virtuelle. • Techniques d'exposition vivo. • Restructuration cognitive

G. CONCLUSION

Les attaques d'anxiété aiguës sont courantes et peuvent toucher pratiquement toutes les affections psychiatriques, et même une proportion significative des troubles organiques présentant des manifestations psychiatriques. La gestion immédiate d'une crise d'anxiété repose sur des approches non médicamenteuses telles que la mise en condition, la réassurance et le contrôle respiratoire, ainsi que sur des interventions pharmacologiques, notamment l'utilisation d'anxiolytiques de type benzodiazépine par voie orale

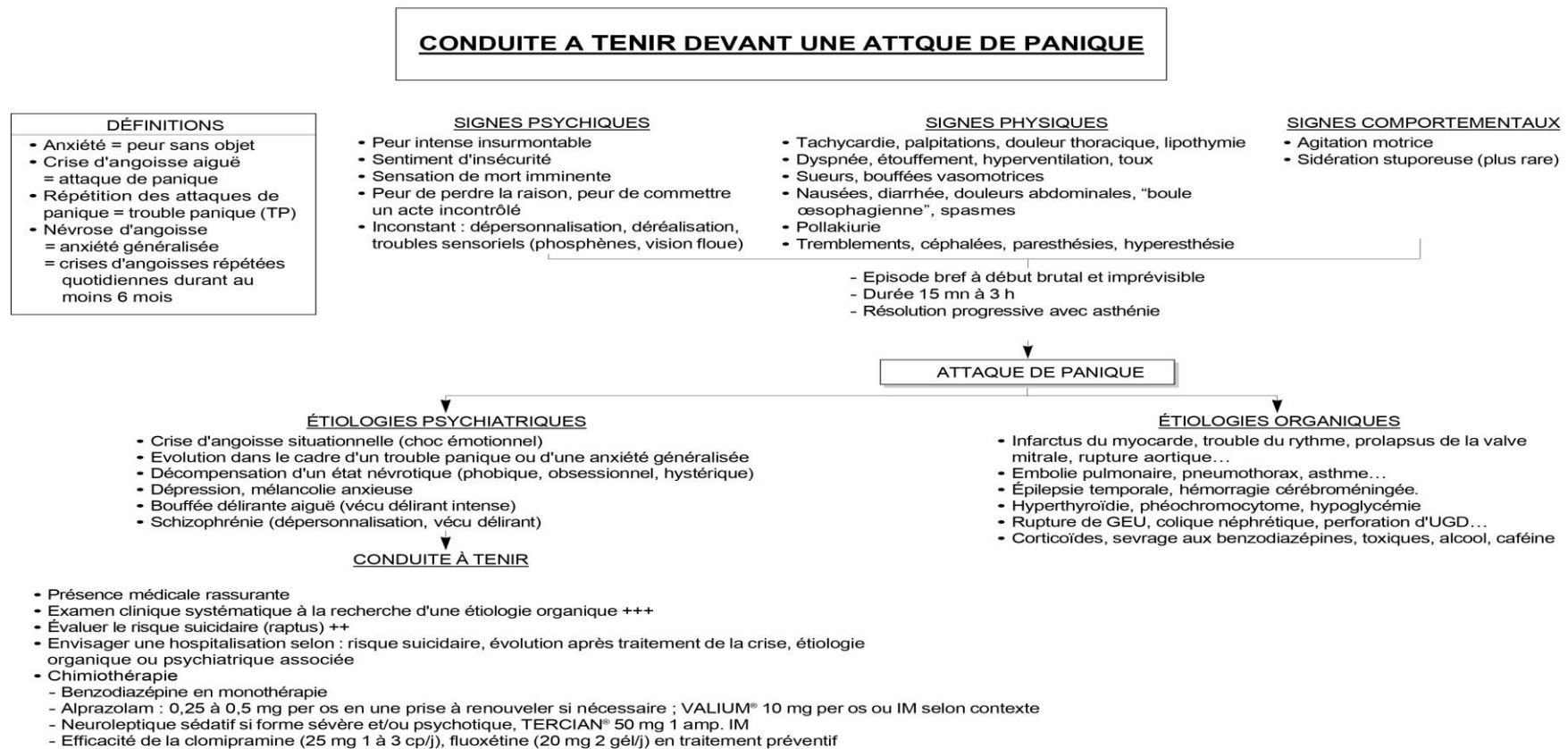


Figure 7: Conduite à tenir devant une attaque de panique

5. CONDUITE A TENIR DEVANT UN PATIENT MUTIQUE ET RETICENT

A. INTRODUCTION

- ❖ Le langage, en tant que principal moyen de communication entre les individus, fonctionne également comme un support pour la pensée, étant lié aux processus de symbolisation. Les messages qu'il transporte ne se limitent pas à des informations ou des requêtes ; le langage est également utilisé pour exprimer des émotions, des impressions et des angoisses.
- ❖ Le mutisme c'est l'absence de langage oral avec conservation de l'intégrité organique des centres du langage et de l'appareil vocal. Le mutisme peut être complet ou non ; le mutisme est entrecoupé, à la sollicitation, par des grognements ou des réponses par un seul mot. Permanent ou transitoire, global ou électif (avec certains interlocuteurs).
- ❖ En fonction du contexte clinique et des autres modalités d'expression (mimique, regard, gestes) le diagnostic s'oriente vers :
 - Un état stuporeux (mélancolique, catatonique, confusionnel) toute activité motrice est suspendue
 - Un mutisme émotionnel : le sujet inhibé, rétracté, fait effort pour s'exprimer, marmonne quelques mots indistincts (mussitation).
 - Un mutisme schizophrénique : souvent ironique ou agressif, il marque le refus du contact et s'associe à d'autres comportements de retrait ou d'opposition : le mutisme négativisme.
 - Un mutisme délirant : le silence persistant du persécuté traduit sa méfiance, un silence inopiné peut être l'indice d'une activité hallucinatoire (attitude d'écoute).le maniaque peut par jeu se taire obstinément (mutacisme).l'hystérique est plus souvent aphone que mutique (perte de la voix) à distinguer de la simulation
 - ❖ C'est une urgence de par la souffrance importante qu'il engendre et l'étiologie qu'il masque.
 - ❖ En revanche, la réticence se caractérise par une méfiance excessive, se manifestant à travers le refus délibéré de partager ses pensées et de s'engager dans un dialogue avec le médecin.
 - ❖ **C'est une urgence psychiatrique** : La réticence a un sens de dissimulation de troubles mentaux graves pouvant mettre en danger le malade ou autrui.

- ❖ Ainsi, l'objectif de la prise en charge thérapeutique consiste à instaurer une alliance thérapeutique solide, à explorer toute étiologie organique éventuelle, et à ajuster rapidement la stratégie thérapeutique en fonction de cette étiologie.

B. CONDUITE A TENIR DIAGNOSTIQUE

Le patient est amené par sa famille, sur RP ou envoyé par un neurologue.

1- Etablir un contact de qualité et un climat de confiance :

- Pièce calme
- Eloigner tout objet dangereux
- Laisser la porte ouverte pendant l'évaluation
- Maintenir une distance suffisante (équivalente au bras tendu) ;
- Ne pas tourner le dos
- Se placer entre la porte et le patient (pour sortir soi-même si besoin, pour retenir le patient si besoin)
- Une attitude bienveillante, attentive, sans préjugés de la part du médecin, introduit un climat de confiance et aide le patient à s'exprimer plus librement.
- Expliquer la signification et le but de l'entretien.
- Respecter, au début, la conduite mutique du malade.
- Eviter la précipitation et l'acharnement à faire parler le malade.
- Ne rien suggérer ni ordonner.
- Evaluation générale et observation de la situation.
- Respecter l'intimité du patient et lui permettre de livrer progressivement ses sentiments et sa problématique.
- Lui céder la parole sans l'interrompre et sans le forcer à parler : attitude attentive et réceptive (hocher la tête, gestes de compréhension)

Si les circonstances le permettent, le tête-à-tête est toujours préféré à la présence d'un tiers. Si le patient est amené par les membres de sa famille, ils seront reçus et entendus séparément après l'entretien avec le malade.

2-Interrogatoire :

Il est réalisé d'abord avec le patient, si son état le permet, puis avec son entourage.

Il permet de :

- Rechercher les circonstances exactes de survenue du mutisme
- Apprécier au mieux ses caractéristiques : permanence, récurrence, qualité du contact
- Rechercher les facteurs déclenchants : psychologique, traumatique, pathologie organique sous-jacente chronique ou aiguë, ...
- Rechercher les antécédents suicidaires ou de violence
- Les antécédents familiaux et personnels, organiques et psychiatriques
- Etat et la personnalité pré-morbide
- Existence d'épisode similaire antérieur
- Les signes accompagnateurs et les troubles associés

3-Entretien psychiatrique :

Il faut être attentif aux éléments cliniques d'orientation diagnostique :

- Présentation et l'attitude du patient : mode d'entrée à la salle d'examen, tenue, regard, rigidité, instabilité, méfiance, anxiété, ...
- Mimique : tristesse, angoisse, crainte, gaité, indifférence, stupeur, ...
- Gémissements du mélancolique ;
- Perplexité anxieuse (confusion mentale)
- Propos incohérents du dément âgé
- Discordance ou repli autistique du schizophrène
- Réactions lors de l'écoute des questions
- Existence d'attitudes hallucinatoires : existence d'attitude d'écoute, soliloque, mouvement de poursuite oculaire
- Appréciation de la compréhension du langage : par la mimique, les gestes et l'attitude, c'est une étape importante qui permet de différencier les mutismes lucides (patient

adapté à la situation) et des mutismes non lucides (peu adaptés avec des difficultés pour la compréhension)

- L'oppositionnisme ou le négativisme se manifeste par la réticence du sujet à répondre aux sollicitations. Il s'exprime par le refus de parler, d'écrire, de s'alimenter (rejet des aliments), de se coucher, ou de se lever. Cette résistance peut prendre la forme d'un négativisme dirigé vers autrui, où le sujet s'oppose à ce qui lui est demandé, mais il peut également se présenter sous forme d'auto-négativisme. Dans ce cas, le patient s'oppose à ses propres besoins en refusant de manger, d'uriner, ou même d'avaler sa salive.
- Suggestibilité de l'hystérique ;
- Trouble de l'humeur ("masque" de tristesse et douleur morale du mélancolique ou note ludique du maniaque pour mettre l'interlocuteur dans l'embarras.).
- Fonction graphique : essayer de communiquer avec le patient par écrit, lui demander de répondre aux questions en écrivant les réponses sur une feuille, ou d'écrire ce qu'il veut sur une feuille

4-Examen somatique :

L'examen physique est doublement utile : pour la relation médecin-malade et la recherche d'un trouble général.

Son objectif principal est d'exclure toute origine organique tout en établissant un lien de confiance solide avec le patient et sa famille afin de les apaiser. Cette démarche requiert une grande minutie, impliquant un examen approfondi tant sur le plan général que neurologique, incluant la mesure des constantes vitales.

5-Les examens complémentaires

Ils dépendent de l'âge, de l'interrogatoire, et de l'examen clinique

6-Cadre nosographique :

En se basant sur les observations recueillies lors de l'entretien psychiatrique avec le patient, le médecin pourrait s'orienter vers l'un ou l'autre des diagnostics possibles.

Tableau 13 : Cadre nosographique d'un patient mutique et réticent

Le patient ne veut pas répondre	Syndrome hallucinatoire	Recevant l'ordre de ne pas parler ou de ne pas répondre
	Syndrome délirant	- Patient réticent, "Vous avez tout sur le dossier". - Délire de grandeur
	Syndrome dissociatif	- Négativisme avec résistance automatique à toutes les sollicitations. - Bizarrerie de comportement - Détachement Ambivalence - Pensée impénétrable
	Dissimulation	Chez le trouble de personnalité antisociale
	Trouble somatoforme	- Femmes de 30 à 40 ans [9] - Début brutal - Présence d'un facteur déclenchant - Gestes et écritures possibles
	Syndrome maniaque	- Refus ludique de parler

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

		- Simule un mutisme pour mettre le médecin dans l'embarras - Rarement absolu - Transitoire
Le patient pense à autre chose	Patient halluciné	- Attitude d'écoute - Parfois, des réponses à côté correspondant à l'activité hallucinatoire
	Syndrome confusionnel	- Etat de rêve oniroïde - Trouble de la vigilance avec stupeur : Patient immobile, visage inexpressif, sans mouvements, regard fixe, ne répond à aucune question, perplexe, inquiet, fait des efforts pour comprendre mais ne parvient pas - Baisse de la synthèse mentale - Perplexité anxieuse
Le patient ne peut pas répondre	Syndrome mélancolique	- Douleur morale, oméga-mélancolique - Discours pauvre, voix basse +/- idée délirante de nuire à quelqu'un ou d'indignité de parler - Négation d'organe (langue++) Gémissements et soupirs

La Réticence peut être :

A- Une conduite de dissimulation lucide, volontaire et délibérée, elle peut s'observer chez:

- Déséquilibrés antisociaux
- Alcooliques plus au moins contraints à entreprendre une cure sous la pression de l'entourage ou de la loi.
- Toxicomanes, plus au moins délinquants et rejetés par la société

B- Une conduite pathologique :

- Accès psychotique aigue
- Réactivation symptomatique d'une schizophrénie
- Catatonie
- Mélancolie stuporeuse
- Projet suicidaire....
- Jeu du maniaque qui se tait un moment puis s'exprime tour à tour sur un ton enjoué, ironique, ou le plus souvent franchement agressif.

C. CONDUITE A TENIR THÉRAPEUTIQUE

La prise en charge est multidimensionnelle et repose sur l'hospitalisation, les traitements médicamenteux et non médicamenteux.

1. L'hospitalisation :

- ☐ L'indication de l'hospitalisation en milieu spécialisé dépend de plusieurs critères, notamment :
- ☐ La pathologie psychiatrique en cause
- ☐ La présence des troubles du jugement, d'un risque suicidaire
- ☐ L'opposition à toute proposition de soin et/ou de suivi en ambulatoire

- ☐ Chez un sujet pour qui une séparation avec le milieu familial est nécessaire
- ☐ L'absence d'un soutien socio-familial
- ☐ La présence d'une impulsivité marquée mettant en jeu la sécurité du patient ou de son entourage
- ☐ En cas de confusion mentale, le patient sera adressé dans un hôpital général pour une prise en charge adéquate

2. Traitement médicamenteux :

Il fluctue en fonction de la cause sous-jacente et peut englober différentes catégories de traitements thérapeutiques.

Le mode d'administration dépend de la forme de réticence qui s'accompagne, soit de passivité et de suggestibilité (per os) ou d'opposition (voie injectable).

- ☐ Les anxiolytiques :

Pour diminuer l'angoisse que ces symptômes peuvent engendrer ou bien pour séder le patient et réduire le risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.

- Exemple : lorazepam (temesta 1mg), alprazolam (alpraz 0.5mg)
- ☐ Les neuroleptiques (halopéridol, Chlorpromazine, levopromazine) ou les antipsychotiques (olanzapine, rispéridone, amisulpride, ...) associés ou non aux anxiolytiques : Si le sujet délirant et/ou halluciné

En cas d'impulsivité chez le trouble de personnalité antisociale.

- ☐ Les thymorégulateurs : (lithium, lamotrigine, ou anticonvulsivants) :

Si on fait face à un accès maniaque rentrant dans le cadre d'un trouble bipolaire.

- ☐ En cas de dépression mélancolique, on préconise les antidépresseurs avec les anxiolytiques

3. Traitement non médicamenteux :

En complément du traitement médicamenteux, une assistance psychologique s'avère tout aussi indispensable.

Le mutisme nécessite une thérapie multifactorielle qui prend en compte plusieurs aspects :

Une psychothérapie de soutien est toujours mise en place quel que soit la pathologie, regroupant le soutien émotionnel, informatif et d'estime.

Les thérapies cognitivo---comportementales, quant à elles, favorisent la création d'une alliance solide entre le médecin et le patient, et elles contribuent à soutenir le patient dans sa sortie du silence, facilitant ainsi sa réintégration à divers niveaux, notamment sur le plan social et professionnel.

D. CONCLUSION

- ☐ Le mutisme ne doit pas être un obstacle à la relation entre le patient et son thérapeute
- ☐ Il peut être d'origine organique ou psychiatrique
- ☐ Sémiologie très riche
- ☐ La prise en charge dépend de l'étiologie.
- ☐ Dans le projet thérapeutique, user de l'éventail thérapeutique psychiatrique : le traitement médicamenteux, psychothérapique et l'intervention au niveau socio-familial.

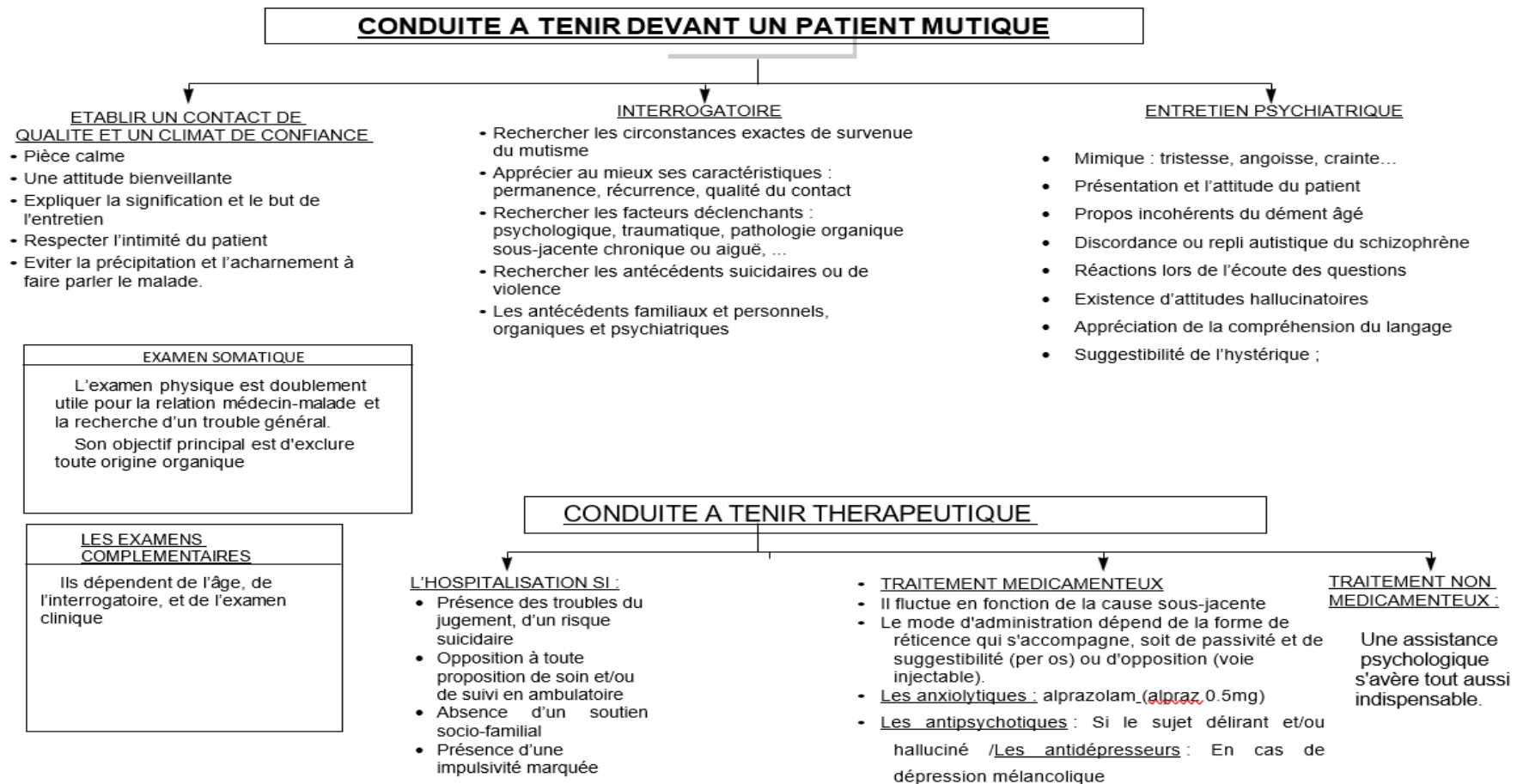


Figure 8: Conduite à tenir devant un patient mutique

6. CONDUITE A TENIR DEVANT UN ACCES PSYCHOTIQUE AIGU

A. INTRODUCTION

- Les états psychotiques aigus d'origine psychiatrique correspondent soit à des décompensations de pathologies psychiatriques connues (essentiellement troubles bipolaires, schizophrénie et psychose chronique non schizophrénique), soit à des premiers épisodes psychotiques, qui peuvent ou non inaugurer l'entrée dans une pathologie psychiatrique chronique.
- Etat psychotique d'installation brutale ; caractérisé par le polymorphisme des thèmes et des mécanismes délirants ; et la brièveté de l'épisode
- Bien que le terme de « bouffée délirante aiguë » ne soit pas inclus dans les deux classifications psychiatriques internationalement reconnues, ce concept peut rester pertinent, surtout face à la difficulté d'établir un pronostic lors d'un premier épisode psychotique aigu.
- Dans le DSM-5 : deux catégories de troubles psychotiques aigus et transitoires, différenciés par leur durée
 - Le trouble psychotique bref (de 1 jour à 1 mois) ;
 - Le trouble schizophréniforme (de 1 à 6 mois).
- Dans la CIM-10 : troubles psychotiques brefs (durée inférieure à 1 mois)
- Le traitement peut inclure des antipsychotiques, une psychothérapie.
- L'évolution est favorable mais peut être associée à un risque accru de rechute et d'entrée dans la psychose.

B. EPIDEMIOLOGIE

- Une étude récente publiée en 2021 dans le Journal of Clinical Psychiatry a examiné la prévalence des TPA dans plusieurs pays dans le monde : Prévalence de 0,78%.
- Pathologie de l'adulte jeune (de 18 à 30 ans), même si des épisodes peuvent se présenter à l'adolescence.
- Légère prédominance masculine, Ratio homme- femme : 1,4/1

- De nombreux cas sont liés à des facteurs de stress tels qu'un événement spécifique (rupture sentimentale, décès, etc.) ou une situation provoquant une rupture avec les repères habituels (incarcération, immigration, etc.).

C. LA SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

- Le début :
 - Le début est généralement brusque et subit
 - C'est le "coup de tonnerre dans un ciel serein"
 - Il peut être précédé d'une phase prodromique marquée par : une anxiété, une labilité thymique, des comportements insolites et des perturbations du sommeil.
 - L'entrée dans le délire marque une rupture flagrante entre un avant et un après
 - L'incompréhension des proches est habituelle.
- Phase d'état :

Le délire : Véritable signe d'alarme de la psychose, le délire indique la fissuration du moi

- Le délire est caractérisé par son polymorphisme
- Le délire est mal systématisé, sa nature "protéiforme" selon Legrain en constitue toute l'originalité
- Les thèmes polymorphes :
 - Les thèmes du délire sont polymorphes, diversifiés et variables, incluant aussi bien des idées de persécution que des idées de grandeur, des notions de transformation de soi ou du monde, ainsi que des idées d'influence ou de possession
- Les mécanismes polymorphes :
- Tous les mécanismes délirants peuvent être observés. Dans la plupart des cas, des hallucinations psychiques sont présentes, parfois accompagnées d'hallucinations psychosensorielles, principalement auditives, mais aussi cénesthésiques ou visuelles. Ces expériences s'accompagnent d'interprétations délirantes, de phénomènes imaginatifs ou intuitifs

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

- Les thèmes et mécanismes délirants se succèdent, s'intriquent, s'additionnent
- Le délire est intensément vécu, provoquant un bouleversement irrépressible de la perception de soi et du monde extérieur. : dépersonnalisation, déréalisation
- Adhésion totale au délire : absence de critique
- Automatisme mental : est constant ; une perte d'intimité de la pensée: les idées, les intentions, les actes sont devancés ; imposés ; commentés.
- L'angoisse ; fréquente voire constante
- La participation thymique est fréquente ; l'humeur très labile subit les fluctuations du délire, passant ainsi d'une tristesse à l'exaltation
- Note confusionnelle : En fonction de l'intensité du délire et de l'angoisse, le sujet peut éprouver un état quasi hypnoïde, donnant parfois l'impression d'un trouble de la vigilance. Cela se manifeste par des difficultés de communication avec autrui. La fluctuation et l'inconstance de cette composante sont inhérentes à sa nature.
- Troubles du comportement : en rapport avec les fluctuations thymiques et délirantes avec apparitions de :
 - ☐ Excitation motrice ou stupeur catatonique ;
 - ☐ Agitation anxieuse
 - ☐ Risque majeur de passage à l'acte agressif ou suicidaire
 - ☐ Logorrhée ou mutisme
 - ☐ Conduites pathologiques : fugues, voyages pathologiques, bagarres, autres actes médico-légaux.
- Les signes somatiques : insomnie quasi constante, parfois signes de déshydratation et d'épuisement

D. DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

- ☐ Interrogatoire : du patient et de l'entourage si besoin

L'anamnèse est l'élément le plus important dans l'évaluation du patient ;

- Antécédents personnels et familiaux, médicaux et psychiatriques

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

- Historique des suivis et traitements psychiatriques précédents ou actuels
 - Exploration des événements biographiques en tant que facteurs déclenchants potentiels, tels que les périodes post-partum, les traumatismes récents, les deuils...
 - Évaluation des prises de médicaments, notamment des corticoïdes
 - Recherche la consommation de toxiques
 - Prise en compte des inquiétudes du patient en créant un environnement rassurant.
 - Repérage de la symptomatologie délirante par l'interrogatoire
 - Évaluer le risque à court terme de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif
- ☐ Examen somatique complet du patient :
- Mesure des constantes vitales : FC, FR ,TA ,SPO2
 - Examen neurologique
 - Signes de déshydratation
- ☐ Entretien psychiatrique :
- la présentation générale du patient,
 - son niveau d'attention, la qualité du contact, son hygiène personnelle
 - la qualité d'interaction dans la relation, le contact visuel, le langage
 - le niveau de conscience et les fonctions cognitives, en particulier la présence ou non d'un état confusionnel
- ☐ Bilans complémentaires :

Indispensables pour exclure les diagnostics différentiels :

- Réaliser un bilan biologique de base comprenant :la glycémie, la numération formule sanguine (NFS),
- L'ionogramme sanguin,
- Les analyses d'urine pour les toxiques,
- L'alcoolémie et la thyroïde (TSH).
- D'autres examens pourraient être nécessaires en fonction des indices cliniques (ponction lombaire, bilan infectieux, bilan immunologique, etc.).
- Effectuer un électroencéphalogramme (EEG) et une tomodensitométrie (TDM) cérébrale (particulièrement en cas de premier épisode).

- Inclure un électrocardiogramme (ECG) et un bilan métabolique dans le cadre du bilan préthérapeutique.

E. LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

En raison du risque vital associé à une affection somatique manifestant une symptomatologie psychotique, il est essentiel d'énumérer les différents diagnostics possibles.

Le diagnostic psychiatrique devrait être considéré en dernier lieu surtout devant une primo-décompensation délirante.

☐ Éliminer une étiologie toxique :

- Étiologies iatrogènes : corticoïdes, anesthésiants, morphiniques...
- Étiologies toxiques, prise ou sevrage : THC, alcool, psychodysléptiques, amphétamines, cocaïne...

☐ Éliminer une étiologie organique :

- Cérébrales et cérébro-vasculaires : épilepsie temporale +++ ischémies, infarctus, hémorragie, vasculite cérébrales. Insuffisance cardiaque, encéphalopathie hypertensive, hypotension ;

Endocriniennes : hyper- et hypothyroïdie, hyper- et hypoparathyroïdie, hyper- et hypocortisolémie, diabète sucré, diabète insipide, phéochromocytome, syndrome carcinoïde ;

- hépatiques : insuffisance hépatique, porphyrie ; – pulmonaires : hypoxie, hypercapnie
- hématologiques : polycythémie ;
- rénales : insuffisance rénale, tumeur ou infection ;
- infectieuses : encéphalite, en particulier HIV, méningite, syphilis, abcès cérébral, neuropaludisme, pneumonie, infection urinaire, septicémie ;
- métaboliques : troubles ioniques et de la régulation glycémique ;
- néoplasiques : tumeurs cérébrales (en particulier au niveau de l'hippocampe), cancer du pancréas, syndrome paranéoplasique ;

- neurologiques : épilepsie partielle complexe et temporale, troubles démyélinisant, sclérose en plaque, maladie de Huntington, de Parkinson, de Wilson et d'Alzheimer ;
 - nutritionnelles : déficience en vitamines B1 et B12, déshydratation.
- ☐ Eliminer un autre trouble psychiatrique :
- Schizophrénie
 - Trouble bipolaire
 - Dépression à caractéristiques psychotiques
 - Trouble délirant
 - Etat de stress aigu : hallucinations et symptômes dissociatifs
 - Trouble schizo-affectif

F. CONDUITE A TENIR DEVANT UN ACCES PSYCHOTIQUE

- ☐ Accueil du patient
- Accueil calme, si possible l'isoler de l'effervescence du service.
 - Isolement thérapeutique, voire contention physique uniquement si risque important de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif.
 - Accompagnement indispensable du patient : le médecin doit être un point de réassurance dans la traversée de l'épreuve délirante
 - Information du patient sur la démarche thérapeutique
 - Hospitalisation en service de psychiatrie est quasiment systématique
 - Ne pas oublier que l'expérience est probablement terrifiante pour le patient lui-même.
- ☐ THÉRAPEUTIQUE MÉDICAMENTEUSE EN PHASE AIGUË :
- Action sur l'agitation/ délire et anxiété +++
 - Par voie orale si possible avec évaluation de l'efficacité à 30 min (renouvelable si besoin) ainsi que la tolérance hémodynamique et neurologique.
 - Les posologies utilisées doivent être suffisantes pour une efficacité rapide, mais il faut éviter une escalade prématurée des doses et respecter certains délais (nécessité d'un ECG au préalable).
 - **Règles de base de prescription : BAP 2020 :**

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

- ☐ Il est recommandé de commencer par une faible dose et de l'augmenter progressivement jusqu'à un niveau efficace (dose minimale efficace)
- ☐ Les agents antipsychotiques de deuxième génération sont recommandés de préférence aux agents antipsychotiques de première génération en raison de leur meilleure tolérance et de leur profil d'effets secondaires
- ☐ Pour les personnes présentant un TPA, comme pour toutes les personnes souffrant d'une maladie psychotique, les médicaments ne constituent qu'une partie du traitement nécessaire.
- ☐ La psychothérapie (telle que la TCC ou la thérapie familiale) peut être proposée
 - Si besoin d'une sédation importante et rapide, privilégier des antipsychotiques de 1^{re} génération :
- ☐ Ex. : loxapine (Loxapac®) : 50 à 150 mg.
 - Débuter rapidement un antipsychotique de 2^e génération :
- ☐ Ex. : rispéridone (Risperdal®) : 4 à 8 mg par jour ; olanzapine (Zyprexa ®) : 5 à 20 mg par jour ou aripiprazole (Abilify®) : 10 à 20 mg par jour
 - Anxiolytiques: Pour conjuguer chez le patient sédation, anxiolyse et myorelaxation, la prescription d'une benzodiazépine en association aux antipsychotiques atypiques peut s'avérer utile.
 - Par voie injectable si besoin :
- ☐ Antipsychotiques de 1^{re} génération : par ex., loxapine (Loxapac®) 50 à 150 mg IM
- ☐ Benzodiazépine : par ex., diazépam (Valium®) 10 à 20 mg IM ou IV lente •
- ☐ Antipsychotiques de 2^e génération : olanzapine (Zyprexa®)

NB : les délais nécessaires pour juger correctement de l'efficacité d'une médication sont de :

- ☐ 8 à 10 jours pour l'agitation et l'angoisse
- ☐ 4 à 6 semaines pour les symptômes positifs
- ☐ 12 semaines pour les symptômes négatifs
- ☐ Durée du traitement :

- L'une des principales lacunes des recommandations était la durée pendant laquelle les patients devaient rester sous traitement antipsychotique après un premier épisode psychotique
 - BAP /SIGN /NICE pour un premier épisode fournissaient un délai recommandé : variant de 1 à 2 ans
 - APA recommande de poursuivre les antipsychotiques après la résolution du premier épisode et les symptômes épisodiques mais n'a pas recommandé une durée spécifique de traitement
 - WFSBP , RANZCP , CPA : 2 à 5 ans pour un première épisode psychotique
- Evolution et pronostic :
 - Évolution à court terme : la brièveté est la règle (de quelques jours à quelques semaines).

Tableau 14: Evolution à long terme de l'accès psychotique aigu

25%		25%		50%	
Résolution complète Épisode unique	Récidives à ± long terme	Evolution après un ou plusieurs épisodes vers une pathologie psychiatrique constituée			
		1/3	1/3	1/3	
		Schizophr enie	Psychose chronique non schizophrénique	Trouble bipolaire	

Tableau 15: Pronostic de l'accès psychotique aigu

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

del'angoisse et persistance du délire

Critique du délire.

Critique imparfaite du délire.

Hérédité maniaco-dépressive.

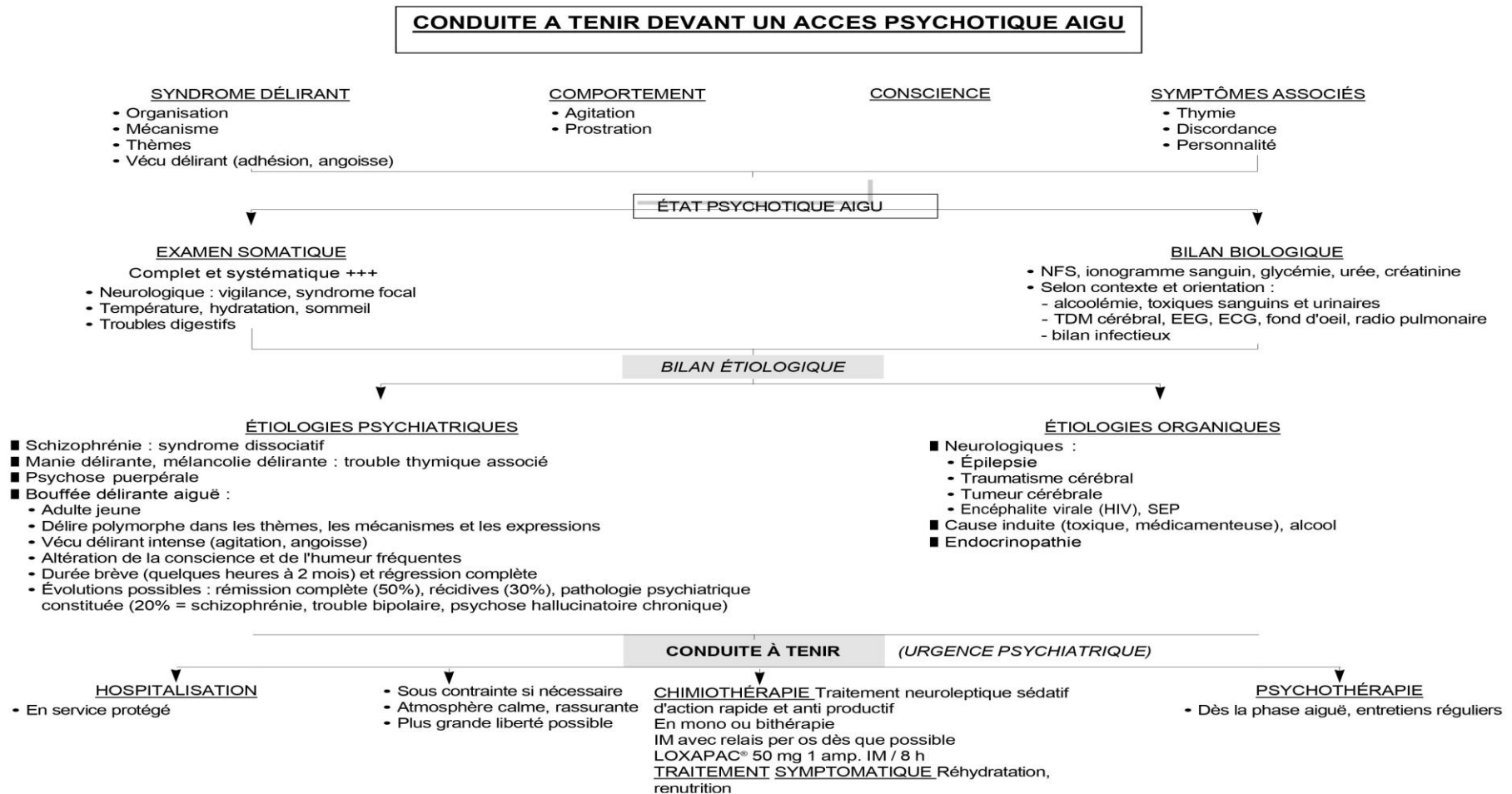


Figure 9: Conduite à tenir devant un accès psychotique aigu

7. SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES

A. INTRODUCTION

- En 1960, Delay, Deniker et al. ont rapporté le premier cas de Syndrome Malin des Neuroleptiques (SMN), alors appelé « Syndrome akinétique hypertonique », associé à l'utilisation de l'halopéridol.
- Cette réaction idiosyncrasique rare est devenue moins fréquente grâce à une utilisation plus raisonnable et prudente des neuroleptiques.
- Le SMN, considéré comme une urgence médicale, met en jeu le pronostic vital, avec une mortalité estimée à 10%.
- Sa fréquence varie entre 0,02% et 3% chez les personnes recevant des neuroleptiques. Il se manifeste progressivement dans les jours suivant l'introduction d'un neuroleptique, bien que dans certains cas plus rares, les symptômes puissent apparaître en quelques heures ou semaines.
- Le mécanisme précis du SMN demeure inconnu. Toutefois, il est important de le suspecter en présence d'une hyperthermie grave inexpliquée chez un patient sous traitement neuroleptique. Bien que tous les neuroleptiques puissent déclencher le SMN, il est plus fréquent avec les neuroleptiques incisifs et les neuroleptiques retard, bien que d'autres agents actifs puissent également contribuer.
- Les symptômes du SMN englobent une rigidité musculaire, une hyperthermie, des sueurs, une instabilité de la tension artérielle, une hyperleucocytose et une élévation de la créatine phosphokinase (CPK). Le diagnostic repose souvent sur l'élimination d'autres causes possibles.
- Le traitement du SMN inclut l'utilisation de benzodiazépines et de bromocriptine, avec des résultats favorables rapportés pour l'électroconvulsivothérapie.
- Les défis associés au SMN résident dans le diagnostic, le traitement, et la décision de réintroduire ou non un traitement antipsychotique, étant donné la gravité potentielle pouvant mettre en péril le pronostic vital des patients.

B. COMMENT RECONNAITRE LE SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES?

Le Syndrome Malin des Neuroleptiques est une urgence diagnostique et thérapeutique

1. Signes cliniques : le SMN est un diagnostic clinique et d'élimination

- ☐ Début progressif
- ☐ Manifestations végétatives :
 - Hyperthermie > 39° d'installation rapide
 - Tachycardie sinusale/ arythmie/hypo ou hypertension artérielle ;
 - Nausées, vomissements et diarrhées
 - Tachypnée et dyspnée
 - Hypersudation /sueurs
 - Tremblements
 - Incontinence
 - Hypersialorrhée
 - Dysphagie
 - Déshydratation aiguë.
- ☐ Signes neuromusculaires :
 - Rigidité musculaire généralisée « tuyau de plomb », « roue dentée »
 - Troubles de la coordination, tremor, bradykinesie
- ☐ Syndrome neuropsychiatrique :
 - Anxiété, impatience, agitation et nervosité ;
 - Insomnie
 - Confusion, désorientation, troubles du comportement
 - Convulsions
 - Troubles de la conscience – coma

Rappel :

- Pas de liste uniforme de critères
- Toute hyperthermie inexpliquée chez un patient traité par neuroleptiques doit faire penser au SMN et faire suspendre immédiatement le traitement.

2. Explorations en urgence : pas de test spécifique du SMN :

- NFS : (leucocytose, thrombopénie) Une hyperleucocytose supérieure à 15 000 leucocytes par mm³, avec augmentation des PNN
- Gaz du sang artériel : Acidose métabolique
- Ionogramme (hypernatrémie, hyperkaliémie...) ;
- Bilan de Coagulation ;
- Fonction rénale
- Myoglobine
- Rhabdomyolyse - CPK élevées
- ASAT ALAT LDH élevés

3. Les critères diagnostiques :

Le diagnostic est hautement probable si 3 critères majeurs ou 2 critères majeurs + 4 critères mineurs sont présents:

- Critères majeurs : fièvre, rigidité, augmentation des CPK ;
- Critères mineurs : tachycardie, anomalies tensionnelles, tachypnée, altération de la conscience sueurs profuses, hyperleucocytose

4. Les caractéristiques DSM 5 :

4.1. Prise de NLP dans les 72 heures précédant la survenue des symptômes.

4.2. Hyperthermie ($> 100,4^{\circ}\text{F}$ ou $> 38,0^{\circ}\text{C}$ sur au moins deux occasions, mesurée par voie orale), associée à des sueurs profuses, ce critère permet la distinction du SMN des autres EII neurologiques des ATP.

4.3. Rigidité musculaire «tuyau de plomb » dans sa forme la plus sévère et généralement insensible aux agents antiparkinsoniens, est une caractéristique cardinale de la maladie

4.4. Deux ou plus des symptômes suivants :

- Tremblements, sialorrhée, akinésie, dystonie, trismus, myoclonies, dysarthrie, dysphagie,
- CPK : élévation d'au moins quatre fois la limite supérieure de la normale est souvent observée
- Altération de la conscience allant de stupeur au coma
- Tachycardie,
- TA élevée ou fluctuante
- Incontinence urinaire
- Pâleur
- Tachypnée (taux $> 50\%$ au-dessus de base)

5. Quels sont les facteurs de risque ?

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

Tableau 16: Facteurs de risque de syndrome malin des neuroleptiques

Facteurs de risque liés au traitement	– usage d’antipsychotiques quelle que soit la dose ou la voie d’administration – début du traitement – augmentation rapide ou changement de dose – forte dose d’antipsychotique – voie parentérale d’administration de l’antipsychotique – usage d’antipsychotiques de première génération – arrêt soudain de médication prodopaminergique ou antipsychotique – usage d’antidépresseurs, de stabilisateurs d’humeur, particulièrement le lithium, ou de médicaments antiparkinsoniens.
Facteurs de risque liés à l’environnement :	– température élevée – exposition prolongée à la chaleur.
Facteurs de risque liés au patient :	– antécédents familiaux de syndrome catatonique – antécédents de SMN – catatonie récente – postpartum (à cause du risque d’usage de psychotropes) – sexe masculin (50 % plus à risque que les femmes) – âge (jeunes adultes âgés entre 20-25 ans)
Facteurs de risque liés à la	– Déshydratation

biochimie :	– Hyponatrémie – Hypocalcémie – diminution de l'absorption de lévodopa.
Autres facteurs de risque :	– diminution du fer sérique – anomalie génétique au niveau des récepteurs D2

C. QUELS SONT LES DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS ?

Les complications potentiellement mortelles du Syndrome Malin des Neuroleptiques (SMN) soulignent l'importance cruciale d'un diagnostic précoce. Étant donné que d'autres problèmes de santé présentent des symptômes similaires, il est impératif de les exclure pour parvenir à un diagnostic définitif :

- Origine infectieuse (abcès cérébral, encéphalite, méningite, rage, choc septique et tétanos);
- Origine neuropsychiatrique (délirium, catatonie létale et état épileptique non convulsif);
- Origine toxique (métaux lourds tels plomb et arsenic, lithium, salicylates et substances illicites) ;
- Origine endocrine (phéochromocytome et thyrotoxicose);
- Origine environnementale (insolation et envenimation d'araignées)

□ Le Syndrome Malin des Neuroleptiques doit également être différencié de syndromes similaires résultant de l'utilisation d'autres substances ou traitements, tels que :

- **Le syndrome sérotoninergique** est dû à l'utilisation de substances qui augmentent la transmission sérotoninergique. La venlafaxine est l'antidépresseur le plus souvent impliqué, Ce syndrome est difficile à distinguer du syndrome malin des neuroleptiques car leur symptomatologie se superpose. La présence de myoclonies et d'hyperréflexie d'apparition

rapide, dose-dépendante, sans rigidité généralisée sont des signes parlant en faveur d'un syndrome sérotoninergique.

- **L'hyperthermie maligne** : . Les patients manifestent de façon fulminante une hyperthermie et une contraction musculaire généralisée lors d'exposition à un gaz anesthésiant halogéné ou à la succinylcholine.

- **La catatonie maligne** est le diagnostic différentiel le plus difficile à faire. C'est une psychose délirante caractérisée par les mêmes symptômes que le syndrome malin des neuroleptiques, mais les changements comportementaux, qui sont au premier plan, s'installent sur plusieurs semaines.

- Pseudo-syndrome malin dans la maladie de Parkinson

D. LES COMPLICATIONS

Les complications les plus sévères comprennent l'insuffisance rénale aiguë associée à la coagulation intravasculaire disséminée et la rhabdomyolyse.

Elles sont suivies de près par l'insuffisance respiratoire et les arythmies cardiaques. Des manifestations telles que des thromboses veineuses profondes, des embolies pulmonaires, ainsi que des infarctus myocardiques ont été documentées.

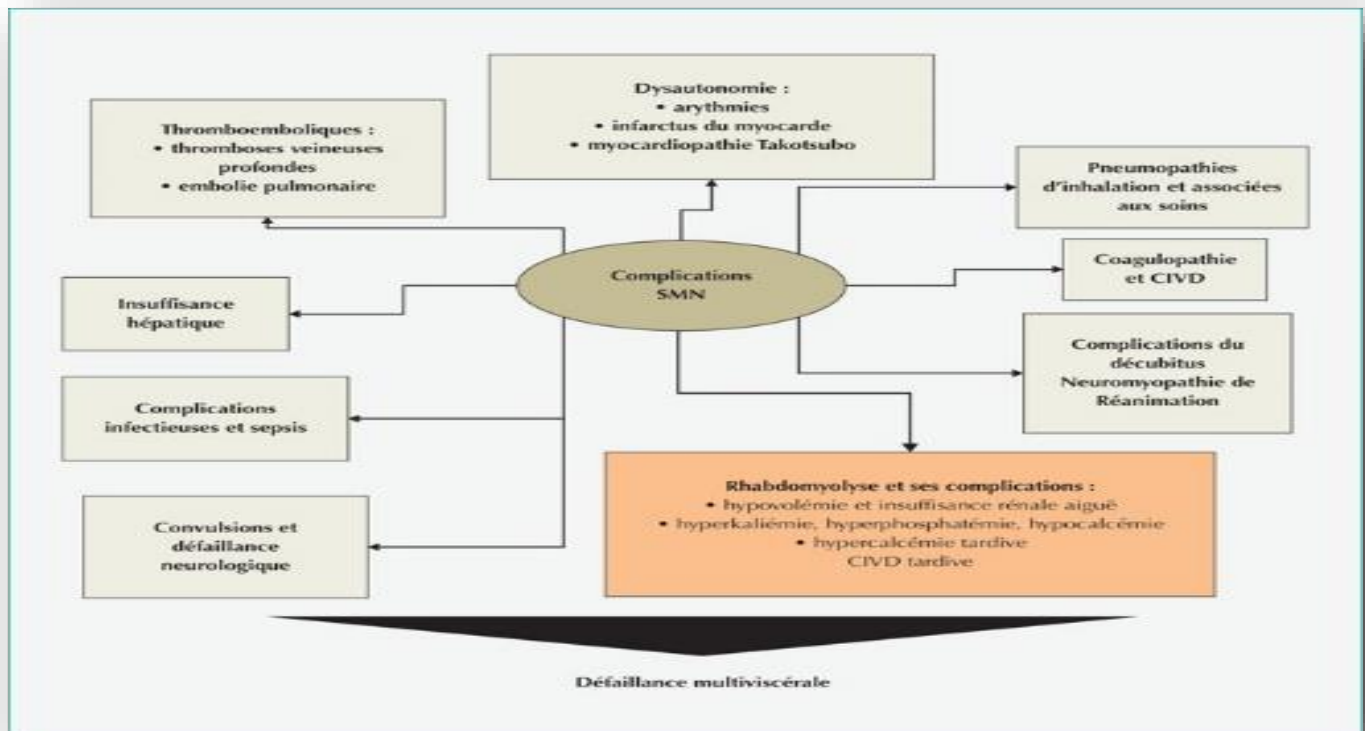


Figure 10: Les complications de syndrome malin des neuroleptiques

E. CONDUITE A TENIR DEVANT UN SYNDROME MALIN DES NEUROLEPTIQUES

La prise en charge du syndrome malin des neuroleptiques est multidisciplinaire, et consiste à :

- Un arrêt immédiat ET IMPERATIF des neuroleptiques +++
- Une hospitalisation dans un milieu de réanimation ++
- Un traitement symptomatique :
 - ☐ Hydratation intraveineuse « généreuse » NaCl 9 ‰ 1000cc/8h
 - ☐ Prise en charge de l'hyperthermie : Refroidir le corps – compresses de froid sec (« Cold packs » refroidis, non congelés, et enveloppés dans un tissu), draps froids.

Rappel : limiter à 38 pour éviter l'hypothermie secondaire

- ☐ Éviter la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, particulièrement néphrotoxiques
- ☐ Éviter aussi la prescription de paracétamol en raison de son inefficacité et d'une possible aggravation de l'atteinte hépatique souvent présente
- ☐ Corriger les troubles électrolytiques, maintenir une stabilité cardiovasculaire - ventilation mécanique et traitements anti-arythmiques si nécessaire
- ☐ Sédation : Diazépam 10mg/4h.
- ☐ Benzodiazépines Les benzodiazépines sont indiquées pour lutter contre l'hypertonie.
- ☐ Prévenir les thromboses veineuses profondes par héparinothérapie

1. 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.

Son effet non spécifique de lutte contre les hyperthermies graves par myorelaxation périphérique peut justifier son utilisation dans les hyperthermies graves ($> 39^{\circ}\text{C}$) persistantes.. Le patient doit alors être intubé et ventilé.

- Bromocriptine : 2,5mg/j par voie orale ou sonde nasogastrique jusqu'à régression des symptômes.

Tableau 17: Traitement pharmacologique du syndrome malin des neuroleptiques

CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES	MÉDICAMENTS ET DOSAGES
Légère rigidité; catatonie ou confusion; hyperthermie (38°C); tachycardie (≥ 100 bpm)	• Lorazépam 1-2 mg IM ou IV q 4-6 h
Rigidité modérée, mutisme, catatonie; confusion, stupeur, hyperthermie (38-40 °C), tachycardie (100-120 bpm)	• Lorazépam 1-2 mg IM ou IV q 4-6 h • Bromocriptine 2,5-5 mg PO ou par tube NG toutes les 8 h • Amantadine 100 mg PO ou par tube nasogastrique toutes les 8 h
Rigidité sévère, catatonie ou coma; hyperthermie (40 °C), tachycardie (≥ 120 bpm)	• Dantrolène 1-2,5 mg/kg de poids corporel, IV q 6 h pour 48 h, doses progressivement décroissantes • Bromocriptine 2,5-5 mg PO ou par tube nasogastrique q 8 h • Amantadine 100 mg PO ou par tube nasogastrique q 8 h • Thérapie par électrochocs, ou électroconvulsivothérapie (ECT), 6-10 sessions avec électrodes bilatérales

Légende : IM : par la voie intramusculaire; IV: par la voie intraveineuse; PO : par la bouche; q : chaque; bpm : battements par minute.
Source : Rajan et al., 2019.

2. La **surveillance** : peut durer plusieurs jours selon la demi-vie de neuroleptique

- Surveillance des fonctions et signes vitaux (TA/ FC /FR/ SPO2)
- Surveillance de l'état de conscience (coma, stupeur)
- Surveillance si présence de rigidité musculaire, diaphorèse, incontinence urinaire, pâleur
- Suivi des analyses sanguines (CPK Répéter à 0-6-12-24h, puis jusqu'à normalisation)

3. **Quand peut-on reprendre le traitement neuroleptique ?**

Le risque de refaire un nouveau syndrome malin des neuroleptiques lors de la reprise du traitement peut aller jusqu'à 30% selon les populations étudiées

- Le traitement peut être administré en toute sécurité en prenant les précautions suivantes :
Reprise des antipsychotiques (Maudsley 2021)
 1. Un traitement antipsychotique sera nécessaire dans la plupart des cas
 2. Arrêtez les antipsychotiques pendant au moins 5-15 jours, de préférence plus longtemps.
 3. Laissez le temps aux symptômes et aux signes du SMN de disparaître complètement
 4. Commencez par une très petite dose et augmentez très lentement avec une surveillance étroite T°, TA, le pouls).
 5. La surveillance des CPK peut être utilisée mais elle est controversée.
 6. Envisagez d'utiliser un antipsychotique à faible affinité pour la dopamine (quétiapine ou clozapine).
 7. L'aripiprazole peut également être envisagé, mais il a une longue demi-vie plasmatique et il a été associé à un risque accru de SMN
 8. Éviter les NAP et les AP de 1ère G

4. La prévention :

◆ Prévention primaire :

- La polymédication par les antipsychotiques augmente le risque du SMN et l'éviter est toujours recommandé.
- Éviter les doses élevées des antipsychotiques
- Les antipsychotiques moins fréquemment associés à un SMN, en particulier ceux avec faible blocage D2 doivent être choisis chaque fois que cela est cliniquement possible.

◆ Prévention secondaire

- Détection rapide grâce à la surveillance des signes vitaux, de l'état mental et des signes extrapyramidaux, en particulier chez les patients nécessitant des doses élevées, une titration rapide ou une voie parentérale des antipsychotiques.
- De plus, éduquer les patients et leurs familles sur les signes qui peuvent faire évoquer un SMN pourrait aider.

◆ Prévention tertiaire :

GUIDE PRATIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

- La prévention tertiaire peut impliquer l'arrêt immédiat de tous les antipsychotiques en cas de la moindre suspicion d'un SMN.

F. CONCLUSION

- Le syndrome malin des neuroleptiques (SMN) représente une réaction rare aux antipsychotiques, associée à une morbidité et une mortalité élevées
- En cas de suspicion de SMN, l'arrêt immédiat des antipsychotiques est impératif.
- La reprise des antipsychotiques après un épisode de SMN doit être envisagée avec prudence. Il est recommandé de le faire après un intervalle de deux semaines, en utilisant des doses faibles et en optant pour une molécule réputée plus sécurisée
- La prévention demeure cruciale pour minimiser l'incidence du SMN et améliorer la prise en charge de cette réaction potentiellement grave.

Tableau 18: Classification du syndrome malin des neuroleptiques

BAP 2023 reprend cette classification avec les mêmes guidelines dans sa publication la plus récente sur la prise en charge de la catatonie

Stade	Présentation clinique	Traitement proposé	Lieux de prise en charge
SMN léger et précoce	Légère rigidité; confusion; Température $\leq 38^{\circ}\text{C}$ ($100,4^{\circ}\text{F}$); fréquence cardiaque ≤ 100 bpm	- Arrêt des antipsychotiques +/- - <u>Lorazepam</u> (8mg/j)	Service d'évaluation médicale
SMN modéré	Rigidité modérée; confusion; Température 38 à 40°C ($100,4$ à 104°F); fréquence cardiaque 100 – 120 bpm	- Arrêter les antipsychotiques - Soins intensifs - <u>Lorazepam</u> (jusqu'à 8 mg/jour), - <u>Bromocriptine</u> (jusqu'à 15 mg/jour) ou <u>amantadine</u> (jusqu'à 300 mg/jour); - ECT comme thérapie de deuxième ligne	Unité des soins intensifs
SMN sévère	Rigidité sévère; Catatonie ou coma; température $\geq 40^{\circ}\text{C}$ (104°F); fréquence cardiaque ≥ 120 bpm	- Arrêter les antipsychotiques - Soins intensifs - <u>Dantrolène</u> (jusqu'à 10 mg/jour), - <u>Bromocriptine</u> (jusqu'à 15 mg/jour) ou <u>amantadine</u> (jusqu'à 300 mg/jour); - ECT comme thérapie de deuxième ligne	Unité des soins intensifs

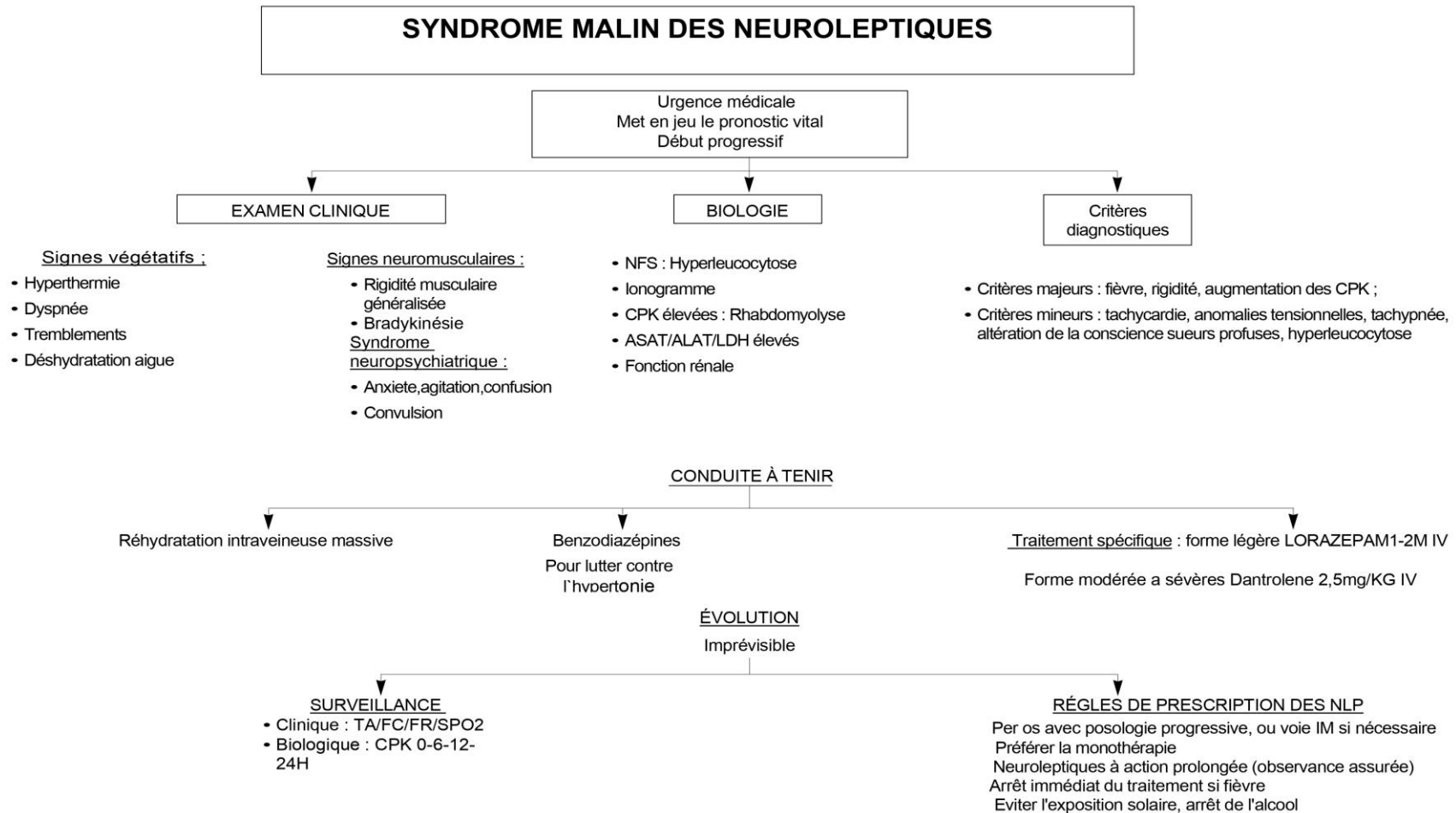


Figure 11: Conduite à tenir devant syndrome malin des neuroleptiques

CONCLUSION

Dans le contexte actuel de notre société, le domaine de la psychiatrie se trouve de plus en plus souvent confronté à des situations d'urgence qui exigent des réponses rapides et efficaces. Ces urgences psychiatriques, par leur fréquence et leur diversité, représentent un défi majeur pour les professionnels de santé. Elles peuvent survenir sous différentes formes, telles que des crises de panique aiguës, des épisodes psychotiques, des tentatives de suicide, ou encore des troubles sévères du comportement liés à diverses pathologies mentales. La gestion de ces crises est donc devenue un enjeu central dans l'élaboration des stratégies de santé mentale, soulignant l'importance d'une approche spécialisée et bien coordonnée.

Face à cette réalité, l'objectif de ce guide est de centraliser et de simplifier l'accès aux informations essentielles concernant les urgences psychiatriques. Il vise à fournir aux professionnels de santé, un manuel pratique contenant des connaissances actualisées et des directives claires pour une prise en charge adéquate des patients en crise. Cela implique non seulement de savoir comment intervenir efficacement en situation d'urgence, mais aussi de comprendre les protocoles à suivre pour assurer la sécurité du patient et celle de l'entourage, ainsi que pour préparer une éventuelle hospitalisation ou un suivi en ambulatoire.

Par ailleurs, ce guide propose d'encourager les étudiants en médecine et les jeunes professionnels à intégrer le traitement des urgences psychiatriques comme un aspect fondamental de leur formation. En effet, la capacité à gérer efficacement ces situations d'urgence est indispensable pour tout médecin, quel que soit son domaine de spécialisation, étant donné que ces crises peuvent se présenter dans n'importe quel contexte clinique.

En résumé, cette conclusion met en lumière l'importance croissante des urgences psychiatriques dans la société actuelle et souligne la nécessité d'une réponse coordonnée, éducative et structurée pour y faire face efficacement. Le guide proposé apparaît comme un outil essentiel dans cette démarche, visant à améliorer la prise en charge des patients et à former adéquatement les professionnels et futurs professionnels de santé.

RESUME

Introduction : Cette étude vise à évaluer la capacité des médecins généralistes marocains à gérer les urgences psychiatriques, en identifiant les lacunes diagnostiques et thérapeutiques dans ce domaine. Au Maroc, face à une pénurie de psychiatres, il est proposé de collaborer étroitement avec les médecins généralistes. L'objectif principal est d'évaluer la perception des médecins généralistes sur leur capacité à gérer les urgences psychiatriques, d'identifier les obstacles rencontrés dans cette prise en charge, et de développer un guide pratique pour améliorer la gestion des crises psychiatriques.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une enquête transversale auprès des médecins généralistes, internes, résidents et externes confrontés à des situations d'urgence psychiatrique dans le cadre de leur pratique l'échelle nationale du royaume du Maroc.

Résultats majorité des répondants participent activement aux gardes aux urgences, avec une grande partie rapportant une fréquence élevée de consultations d'urgence, y compris pour des cas psychiatriques. Les résultats démontrent une variété de réactions émotionnelles face aux urgences psychiatriques, avec une prévalence notable de stress et d'exposition à divers états psychiatriques aigus. Les participants ont montré une compétence variable dans la gestion de ces urgences, avec certaines lacunes particulières dans la détection de la confusion, la gestion des états délirants, et les interventions en cas de crises suicidaires ou de panique.

L'étude met en évidence une formation insuffisante en gestion des urgences psychiatriques, soulignant le besoin d'améliorer l'enseignement et la formation continue dans ce domaine. La grande majorité des répondants voient l'utilité d'un guide pratique sur les urgences psychiatriques, ce qui reflète la reconnaissance de la psychiatrie comme une priorité de santé publique et l'importance d'une collaboration renforcée entre les professionnels de santé pour une prise en charge optimale.

En conclusion, l'étude révèle des défis importants dans la gestion des urgences psychiatriques au Maroc, notamment en termes de formation et de collaboration

interprofessionnelle. Elle souligne la nécessité d'efforts accrus dans la formation médicale et continue pour préparer les praticiens à répondre efficacement aux besoins psychiatriques urgents de la population

ملخص

مقدمة: تهدف هذه الدراسة إلى تقييم قدرة الأطباء العامين المغاربة على التعامل مع حالات الطوارئ النفسية، من خلال تحديد الثغرات التشخيصية والعلاجية في هذا المجال. المغرب، يعاني من نقص في الأطباء النفسيين، ولذلك يُقترح العمل عن كثب مع الأطباء العامين. والهدف الرئيسي هو تقييم مدارك الأطباء العامين بشأن قدرتهم على إدارة حالات الطوارئ النفسية، وتحديد العقبات التي تواجههم في هذا المجال، ووضع دليل عملي لتحسين القدرة على إدارة الأزمات النفسية

المواد والطرق: كانت هذه دراسة مستعرضة شملت الأطباء العامين والداخليين والمقيمين والأطباء الخارجيين الذين يواجهون حالات طوارئ نفسية في سياق ممارستهم في جميع أنحاء المملكة المغربية.

أظهرت النتائج أن غالبية المشاركين في الاستطلاع يشاركون بفعالية في مهام المناوبة في أقسام الطوارئ، حيث أفادت نسبة كبيرة منهم عن ارتفاع وتيرة الاستشارات العاجلة بما في ذلك الحالات النفسية. تظهر النتائج مجموعة متنوعة من ردود الفعل الشعورية تجاه حالات الطوارئ النفسية، مع انتشار ملحوظ للتوتر والتعرض لمختلف الحالات النفسية الحادة. وأظهر المشاركون درجات متفاوتة من الكفاءة في إدارة هذه الحالات الطارئة، مع وجود أوجه قصور خاصة في اكتشاف الارتباك وإدارة حالات الوهم والاستجابة للنوبات الانتحارية أو نوبات الهلع

وتسلط الدراسة الضوء على عدم كفاية التكوين في مجال إدارة حالات الطوارئ النفسية، مما يؤكد الحاجة إلى تحسين التكوين والتعليم المستمر في هذا المجال. وترى الغالبية العظمى من المشاركين في الدراسة أهمية وجود دليل عملي لحالات الطوارئ النفسية، مما يعكس الاعتراف بالطب النفسي كأولوية للصحة العامة وأهمية زيادة التعاون بين المتخصصين في الرعاية الصحية لضمان الرعاية المثلى.

وفي الختام، تكشف الدراسة عن تحديات كبيرة في إدارة حالات الطوارئ النفسية في المغرب، لا سيما فيما يتعلق بالتدريب والتعاون بين المهنيين. وتسلط الدراسة الضوء على الحاجة إلى بذل المزيد من الجهود في مجال التعليم الطبي والتعليم المستمر لإعداد الممارسين للاستجابة بفعالية للاحتياجات النفسية العاجلة للمجتمع.

ABSTRACT

Introduction: This study aims to assess the capacity of Moroccan general practitioners to manage psychiatric emergencies, identifying diagnostic and therapeutic gaps in this area. In Morocco, due to a shortage of psychiatrists, a closer collaboration with general practitioners is proposed. The main objective is to evaluate general practitioners' perceptions of their ability to manage psychiatric emergencies, identify the challenges faced in this care, and develop a practical guide to improve the management of psychiatric crises.

Materials and Methods: This is a cross-sectional survey of general practitioners, interns, residents, and externs facing psychiatric emergency situations in their practice across the Kingdom of Morocco.

Results: The majority of respondents actively participate in emergency duty, with a large portion reporting a high frequency of emergency consultations, including for psychiatric cases. The results show a variety of emotional reactions to psychiatric emergencies, with a notable prevalence of stress and exposure to various acute psychiatric states. Participants demonstrated variable competence in managing these emergencies, with particular gaps in detecting confusion, managing delirious states, and interventions in cases of suicidal crises or panic.

The study highlights insufficient training in managing psychiatric emergencies, underscoring the need to improve education and continuous training in this field. The vast majority of respondents see the usefulness of a practical guide on psychiatric emergencies, reflecting the recognition of psychiatry as a public health priority and the importance of strengthened collaboration among health professionals for optimal care.

In conclusion, the study reveals significant challenges in managing psychiatric emergencies in Morocco, particularly in terms of training and interprofessional collaboration. It emphasizes the need for increased efforts in medical education and continuous training to prepare practitioners to effectively respond to the urgent psychiatric needs of the population.

BIBLIOGRAPHIE

- ❖ [1] Rapport-santé-mentale.pdf n.d.
- ❖ [2] Gerson S, Bassuk E. Psychiatric emergencies: an overview. *Am J Psychiatry*. 1980;137(1):1–11. n.d.
- ❖ [3] Hajji K, Marrag I, Zarrouk L, Younes S, Hadj Ammar M, Nasr M. Caractéristiques générales des urgences psychiatriques à l’hôpital de Mahdia. *L’Encéphale* 2016;42:289–91. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.018>.
- ❖ [4] S. Pasquier de Francieu. Urgences psychiatriques - EM consulte 2012. <https://www.em-consulte.com/article/762674/urgences-psychiatriques> (accessed February 8, 2024).
- ❖ [5] Troubles mentaux <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (accessed January 31, 2024).
- ❖ [6] Spitzer RL, Endicott J. Troubles médicaux et mentaux : proposition d’une définition et de critères. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2018;176:666–77. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.07.005>.
- ❖ [7] Grand Larousse Illustré 2020 2022. <https://www.editions-larousse.fr/livre/grand-larousse-illustre-2020-9782035938527> (accessed February 6, 2024).
- ❖ [8] Walter M, Genest P. Réalités des urgences en psychiatrie. *L’information psychiatrique* 2006;82:565. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8207.0565>.
- ❖ [9] Baillon G. BG. Accueil, urgence, crise, que choisir? *Inf Psychiatr*. 1988;64:1087–101.
- ❖ [10] GBD Results. Institute for Health Metrics and Evaluation n.d. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results> (accessed February 6, 2024).
- ❖ [11] Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic’s impact: Scientific brief, 2 March 2022 n.d. https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1 (accessed February 6, 2024).
- ❖ [12] Government of Canada SC. Le Quotidien — Étude : Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale 2023. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230922/dq230922b-fra.htm> (accessed January 31, 2024).
- ❖ [13] Synthèse du bilan de la feuille de route — Santé mentale et psychiatrie 2023.

- ❖ [14] LesEco.ma. Santé mentale : Alerte, secteur en dépression. LesEco.ma 2023. <https://leseco.ma/maroc/sante-mentale-alerte-secteur-en-depression.html> (accessed January 31, 2024).
- ❖ [15] Suicide worldwide in 2020: Global health estimates
- ❖ [16] De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Bruxelles: De Boeck et Lancier; 1997
- ❖ [17] A. Steg,. Rapport A. Steg, 1989 1989.
- ❖ [18] rbpc-psychiatrie_sfm2021.pdf
- ❖ [19] harrel C-L, Plancke L, Genin M, et al (2015) Mortality of people suffering from mental illness: a study of a cohort of patients hospitalised in psychiatry in the north of France. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 50:269–277.
- ❖ [20] Boury D. Boury D. Le rapport Cordier : un grand chantier pour l'éthique biomédicale. Éthique et Santé 2004;1:110-3.
- ❖ [21] encadrementpedagogiquebarrimi2016.pdf
- ❖ [22] Karara A, Chaara A, Laboudi F, Ouanass A. Médecin généraliste et urgences psychiatriques
- ❖ [23] Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. Inf Psychiatr. 2014;90(5):323.
- ❖ [24] Dubret G, Trémine T. Quel avenir pour la psychiatrie à l'hôpital général ? Inf Psychiatr. 2009;85(6):559.
- ❖ [25] Alarcon Manchego P, Knott J, Gaudins A, Bartley B, Mitra B. Management of mental health patients in Victorian emergency departments: A 10 year follow-up study: Management of Mental Health Patients in Emergency. Emerg Med Australas. 2015 Dec;27(6):529–36..
- ❖ [26] Vaiva G, Plancke L, Ducrocq F, Wiel E, Goldstein P. Les appels au Samu pour tentative de suicide peuvent-ils être utilisés pour apprécier le nombre de tentatives de suicide dans une population ? Presse Médicale. 2011 Jul 1;40(7):770–2. n.d.
- ❖ [27] Godeau P, Herson S, Piette J-C. Traité de médecine. 4e ed. Paris: Flammarion Médecine; 2004. 3300 p.
- ❖ [28] Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. /data/revues/00137006/v35i4/S0013700609000992/

[Internet]. 16 sept 2009 [cité 8 sept 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/225885> n.d.

- ❖ [29] Makdassi S. Urgences psychiatriques aux urgences générales: dispositifs nationaux et régionaux n
- ❖ [30] OMS. La santé mentale: renforcer notre action [Internet]. WHO. 2014 [cité 26 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>
- ❖ [31] ibaud S. Collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres dans la prise en charge de la dépression - Opinion de médecins généralistes au travers d'une enquête qualitative [Internet]. Nancy-Université Henri Poincaré; 2011. Disponible sur: http://docnum.univlorraine.fr/public/SCDMED_T_2011_RIBAUD_STEPHANIE.pdf n.d.
- ❖ [32] Craven MA, Bland R. Shared mental health care: a bibliography and overview. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* avr 2002;47(2 Suppl 1):iS-viiiS, 1S-103S n.d.
- ❖ [33] Reboul G. De la relation entre médecins généralistes et psychiatres: Enquête auprès des médecins généralistes du dixième arrondissement de Marseille [Thèse d'exercice]. [1969-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II; 2008 n.d.
- ❖ [34] Von Korff M, Katon W, Bush T, Lin EH, Simon GE, Saunders K, et al. Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression. *Psychosom Med.* avr 1998;60(2):143 9. n.d.
- ❖ [35] Ouirini L. Prise en charge des patients présentant des troubles psychiques: étude descriptive des pratiques et des besoins des médecins généralistes marseillais 2018.
- ❖ [36] Macfarlane D, Canadian Collaborative Mental Health Initiative. État actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration [Internet]. Mississauga, Ont.: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; 2005 [cité 17 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.deslibris.ca/ID/204322> n.d.
- ❖ [37] Fleury M-J, Imboua A, Aubé D, Farand L. Collaboration between general practitioners (GPs) and mental healthcare professionals within the context of reforms in Quebec. *Ment Health Fam Med.* juin 2012;9(2):77 90. n.d.
- ❖ [38] OMS | Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/ n.d.

- ❖ [39] Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ?, How to Improve Co-operation between General Practitioners and Psychiatrists ? Inf Psychiatr. 12 juin 2014;me 90(5):359 71.]
- ❖ [40] HARDY-BAYLE MC, Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. (C.N.Q.S.P.). Pacé. FRA. Recommandation de bonne pratique sur le thème de la coopération psychiatres - médecins généralistes : Améliorer les échanges d'informations. Quelles sont les informations utiles au MG que le psychiatre doit lui transmettre après un premier adressage d'un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique (lorsque les professionnels ne travaillent pas dans un dispositif dédié à la coopération médecin généraliste - psychiatre ?). Pacé: CNQSP; 2011 mai p. 53p.
- ❖ [41] Haute Autorité de Santé - Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux - Note de cadrage [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2032142/fr/ameliorer-la-coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-troubles-mentaux-note-de-cadrage
- ❖ [42] Santé mentale: près d'un Marocain sur deux souffre de troubles mentaux n.d. <https://laquotidienne.ma/article/infos-societe/sante-mentale-pres-d-un-marocain-sur-deux-souffre-de-troubles-mentaux> (accessed February 26, 2024).
- ❖ [43] Demographie-Medicale.pdf n.d.
- ❖ [44] L'état déprimant de la santé mentale : Seuls 343 psychiatres exercent au Maroc n.d. <https://www.maroc-hebdo.press.ma/sante-mentale-343-psychiatres-maroc> (accessed February 21, 2024).
- ❖ [45] SOPHIE MARTOS. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes. Le Quotidien du Médecin 2017. <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes> (accessed February 21, 2024).
- ❖ [46] Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques. n.d.

- ❖ [47] Steg A. C nationale de restructuration des urgences. Rapport sur la médicalisation des urgences. 1998 n.d.
- ❖ [48] Mental Health, United States, 2010 [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2012 [cited 2019 Aug 27]. (Behavioral Health, United States). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK174658/> n.d.
- ❖ [49] Alarcon Manchego P, Knott J, Graudins A, Bartley B, Mitra B. Management of mental health patients in Victorian emergency departments: A 10 year follow-up study: Management of Mental Health Patients in Emergency. *Emerg Med Australas*. 2015 Dec;27(6):529–36. n.d.
- ❖ [50] Thibaudeau C. Quels sont les ressentis des médecins en charge d’initier une procédure de soins psychiatriques sous contrainte ? Vécu des urgentistes de SOS Médecins en Ile-et-Vilaine, exploré par une enquête qualitative 2018:76.
- ❖ [51] Robin M, Pochard (D) F, Ampélas J-F, Kannas S, Bronchard M, Mauriac F, et al. Les dispositifs d’urgence psychiatrique et de crise en France. *Thérapie Fam*. 2001;22(2):133-51 n.d.
- ❖ [52] San L, Marksteiner J, Zwanzger P, Figuero MA, Romero FT, Kyropoulos G, et al. State of Acute Agitation at Psychiatric Emergencies in Europe: The STAGE Study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH*. 27 oct 2016;12:75-86. n.d.
- ❖ [53] MENET GACEBE .YLS Demande de soins psychiatrique: Donnée épidémiologiques en milieu hospitalier au C.H.U du Point-G. Thèse de médecine .Bamako, 2005.N° 05-M-116: 29-54p n.d.
- ❖ [54] TEDONGMO TIAYO LH Epilepsie et trouble mentaux : Etude épidémioclinique dans le service de psychiatrie de l’hôpital du Point-G à propos de 342 cas. Thèse de médecine, Bamako Mali N° 03-M-04: 61p n.d.
- ❖ [55] ORSOT-DESSI .M et col les états aigus: réponses ambulatoires et hospitalières à l’hôpital de Benjerville. *Revue médicale de cote d’Ivoire*, 1983 n°63, 29 - 44p n.d.
- ❖ [56] Bulletin de Santé Publique - Conduites suicidaires. 2019. n.d.
- ❖ [57] Bez C, Lepetit A. Formation à la psychiatrie des internes de médecine générale en France : résultats d’une enquête nationale. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique* 2018;176:48–54. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2017.05.010>.

- ❖ [58] Fleur M-J, Farand L, Aubé D, Imboua A. La prise en charge des troubles de santé mentale par les omnipraticiens du Québec. *Can Fam Physician* 2012;58(12):725-31 n.d.
- ❖ [59] Belkacem , F. El Omari , J.E. Khadri , M. Paes , J.E. Ktiouet. Profil de prescription des psychotropes dans un organisme de Sécurité sociale marocain Profile of prescription of psychotropic drugs in a National Fund of Social Foresight Organisation in Morocco Author links open overlay panelA. n.d.
- ❖ [60] Le Moigne P. Entre maladie et mal-être : la prescription des médicaments psychotropes en médecine générale. *Revue Sociologie Santé - RSS* 2009:243–63.
- ❖ [61] Cohidon C, Duchet N, Cao M, Benmebarek M, Sibertin-Blanc D, Demogeot C, et al. La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale. *Santé Publique*. 1999;11(3):357-62. n.d.
- ❖ [62] Hernu C-H. Prise en charge psychiatrique en médecine générale et coopération entre médecins généralistes et psychiatres. Étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes du secteur de Saint-Quentin n.d.
- ❖ [63] Installation du comité de pilotage national sur la psychiatrie [Internet]. janv 23, 2017. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-47-communiqués-de-presse/article/installation-du-comité-de-pilotage-national-sur-la-psychiatrie> n.d.
- ❖ [64] Armand A, Mauchamp V. Formation à la psychiatrie des internes de médecine générale de Grenoble: expériences vécues et attentes
- ❖ [65] Ydema A, Valli A. Étude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes de Haute-Savoie face à leur rôle et à leur place dans le parcours de soins en santé mentale n.d.
- ❖ [66] San L, Marksteiner J, Zwanzger P, Figuero MA, Romero FT, Kyropoulos G, et al. State of Acute Agitation at Psychiatric Emergencies in Europe: The STAGE Study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH*. 27 oct 2016;12:75 86. n.d.
- ❖ [67] APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2013 n.d.
- ❖ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé. JEUR, 2003. n.d.
- ❖ [68] OMS | Données et statistiques sur le suicide. n.d.

- ❖ [69] Cousin G, Schmid Mast M. Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper ? Rev Med Suisse 2010;257:1444-7.
- ❖ [70] Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication : A meta-analytic review. JAMA 2002;288:756-64. n.d.
- ❖ [71] Hall JA, Irish JT, Roter DL, et al. Gender in medical encounters : An analysis of physician and patient communication in a primary care setting. Health Psychol 1994;13:384-92.
- ❖ [72] T. Tabril a, *, A. Chekira a, Y.O. Housni Touhami a, L. El Allani a, I. Najid a, Z. Hammani b, G. Lamgari a, F. Qassimi a, A. Boukniter a, A. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies psychiatriques 2020.
- ❖ [73] Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. L'Encéphale. 1 juin 2010;36:D73 82 .
- ❖ [74] Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale », National Action Research "The Place of Mental Health in General Practice". L'information psychiatrique. 12 juin 2014;me 90(5):311 7
- ❖ [75] Laforcade M. Rapport relatif à la santé mentale. Ministère des affaires sociales et de la santé. 2016.
- ❖ [76] Fovet T, Amad A, Geoffroy, PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. Inf Psychiatr. 2014;90(5):319.
- ❖ [77] Britt H, et al. General practice activity in Australia 2015-2016; 2016;40.
- ❖ [78] Amara G, et al. Perception par les médecins du rôle du généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux ? Importance, difficultés et perspectives. Aren Primaria2005;36(2):85-92 [training necessities of primary care physicians].
- ❖ [79] Kates N, Craven M, Webb S, Low J. Perry K. Case reviews in the family physician's office. Can J Psychiatry 1992;37(1):2-6. .
- ❖ [80] Grembowski DE, et al. Managed care, access to mental health specialists, and outcomes among primary care patients with depressive symptoms. J Gen Intern Med 2002;17(4):2588-669.

ANNEXES

Évaluation des difficultés de prise en charge des urgences psychiatriques dans la pratique des médecins du Maroc en vue de l'élaboration d'un guide pratique des urgences psychiatriques

Ce formulaire a pour objectif d'évaluer les états de lieux de la prise en charge des urgences psychiatriques en mettant en évidence les lacunes, les défis et les opportunités d'amélioration de soins. Les résultats aideront à créer un guide des urgences psychiatriques adapté aux besoins des médecins en formation.

Nous vous remercions d'avance de votre participation, vos réponses seront d'une grande importance pour la réalisation de cette étude. Nous vous rappelons aussi que les données recueillies sont anonymes.

* Indique une question obligatoire

1. 1-Ville de résidence

2. 2-Sexe : *

Une seule réponse possible.

☐ Homme

☐ Femme

3. 3-Age : *

4. 4-Statut médical : *

Une seule réponse possible.

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Médecin résident
- ☐ Médecin interne du CHU
- ☐ Médecin interne du CHP
- ☐ Etudiant en médecine

5. 5-Si vous êtes médecin résident , quelle est votre spécialité ?

Une seule réponse possible.

- ☐ psychiatrie
- ☐ autre specialité

6. 6-Si vous êtes étudiant en médecine , quelle est votre année d'études :

Une seule réponse possible.

- ☐ 3ème année
- ☐ 4ème année
- ☐ 5ème année
- ☐ 6ème année

7. 7-Faites vous des gardes aux urgences ?

Une seule réponse possible.

- ☐ oui
- ☐ non

8. 8-Nombre de consultation urgente par jour :

Une seule réponse possible.

- ☐ moins de 10
- ☐ 10-20
- ☐ plus de 20

9. 9-Nombre de consultation pour une urgence psychiatrique par jour :

Une seule réponse possible.

- ☐ moins de 5
- ☐ 5-10
- ☐ plus de 10

10. 10-Devant une situation d'urgence psychiatrique , êtes-vous stressé ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Beaucoup
- ☐ Quelque fois
- ☐ Un peu
- ☐ Pas du tout

11. 11-Durant votre pratique, avez-vous déjà été confronté aux situations suivantes? *

Une seule réponse possible par ligne.

	oui	non
Etat d'agitation	☐	☐
Confusion	☐	☐
Crise suicidaire	☐	☐
Etat delirant aigu	☐	☐
Attaque de panique	☐	☐
L'accès maniaque	☐	☐
Addictions et troubles liés à l'abus ou la consommation de substances	☐	☐
Le syndrome malin des neuroleptiques.	☐	☐
autres	☐	☐

12. 12-si autres , lesquelles :

13. 13-Comment estimez-vous connaître la prise en charge de ces situations d'urgence psychiatrique ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Parfaitement	Plutôt bien	Un peu	Pas du tout
Etat d'agitation	☐	☐	☐	☐
Confusion	☐	☐	☐	☐
Crise suicidaire	☐	☐	☐	☐
Etat delirant aigu	☐	☐	☐	☐
Attaque de panique	☐	☐	☐	☐
L'accès maniaque	☐	☐	☐	☐
Addictions et troubles liés à l'abus ou la consommation de substances	☐	☐	☐	☐
Le syndrome malin des neuroleptiques.	☐	☐	☐	☐

14. 14-Durant votre cursus, avez-vous été formés à la gestion de ces situations d'urgences psychiatriques ? *

Une seule réponse possible par ligne.

	Parfaitement	Plutôt bien	Un peu	Pas du tout
Etat dagitation	☐	☐	☐	☐
Confusion	☐	☐	☐	☐
Crise suicidaire	☐	☐	☐	☐
Etat delirant aigu	☐	☐	☐	☐
Attaque de panique	☐	☐	☐	☐
L'accès maniaque	☐	☐	☐	☐
Addictions et troubles liés à l'abus ou la consommation de substances	☐	☐	☐	☐
Le syndrome malin des neuroleptiques	☐	☐	☐	☐

15. 15-Devant l'une de ces situations ci-dessus , vous faites quoi ?

Une seule réponse possible.

- ☐ Initier la prise en charge
☐ adresser le malade pour avis psychiatrique
☐ les deux

16. 16-Quels sont les médicaments que vous utilisez le plus en urgences psychiatriques ?

Une seule réponse possible par ligne.

	oui	non
les anxiolytiques(diazepam , lorazepam, alprazolam ..)	☐	☐
les neuroleptiques (chlorpromazine, levomépromazine...)	☐	☐
les antidépresseurs	☐	☐
les thymoregulateurs	☐	☐

17. 17-Connaissez-vous les posologies exactes des principaux médicaments utilisés aux urgences psychiatriques ?

Une seule réponse possible par ligne.

	oui	non
les anxiolytiques (diazepam , lorazepam, alprazolam ..)	☐	☐
les neuroleptiques (chlorpromazine, levomépromazine...)	☐	☐
les antidépresseurs	☐	☐
les thymoregulateurs	☐	☐

18. 18-Êtes-vous satisfait de votre formation en matière de gestion des urgences psychiatriques ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ oui
☐ non

19. 19- Si non ,pensez vous qu'un guide des principales situations psychiatriques que rencontre un médecin vous aidera dans votre pratique ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui énormément
☐ Peut être
☐ Non

20. 20-Avez-vous des commentaires ou des suggestions d'amélioration à faire ?

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

SERMENT D'HIPPOCRATE



Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale,

Je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم أقسم بالله العظيم

فهذه اللعنة التي يتم فيها قبولو عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية :
بل أن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريضه في الأول .
وألا أفشي الأسرار المعهولة إلي .
وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل علو الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة النصب .
وأن أعتبر مائر الأصباء إخوة لي .
وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي يكون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
وأن أحافظ بكل حزم علو احترام العيلة الإنسانية منذ نشأتها .
وألا أستعمل معلوماتي الطبية بضرر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله .

والله علوما أقول شهيدا

أطروحة رقم: TM 05/24

سنة: 2024

دليل عملي لحالات الطوارئ النفسية

الأطروحة
قدمت ونوقشت علانية يوم: 08/03/2024

من طرف
السيدة أعراب هبة

لنيل دبلوم
دكتور في الطب

الكلمات الأساسية: دليل، حالات الطوارئ، الطب النفسي، طبيب عام

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس لجنة التحكيم

السيد خلوق عبد الحق

استاذ في جراحة المسالك البولية

مدير الأطروحة

السيد العموري عادل

أستاذ في الطب النفسي

عضو

السيد النجدي عادل

استاذ في طب المجتمع

عضو

السيد بلعقيش رشيد

استاذ في طب الاعصاب

عضو

السيد بن حدوش ياسين

أستاذ في الطب النفسي