

## PSYCHIATRIE ET URGENCE

# Le patient à présentation psychiatrique

Beaucoup de patients se présentent avec pour antécédent une affection psychiatrique. Les effets de médicaments, la prise ou l'exposition à des toxiques, un traumatisme ou des perturbations métaboliques peuvent aussi être à l'origine d'un tableau clinique psychiatrique. Un nouveau référentiel apporte des réponses dans la prise en charge de telles situations.

Médecin en chef Hugues Lefort

**D**ans l'urgence, chronique et aigu viennent parfois s'entremêler, rendant plus complexe les justes soins à apporter dans un parcours à co-construire en interdisciplinarité, avec le patient et ses proches-aidants. Coordonné par la Société française de médecine d'urgence (SFMU), des recommandations de bonne pratique clinique ont été publiées en 2021 [1]. Elles apportent des réponses pragmatiques pour rendre plus pertinente notre expérience du soin dans de telles situations.

## DE QUI PARLONS-NOUS ?

Un adulte sur quatre présente une pathologie psychiatrique, dont une sur quatre va se révéler avant 25 ans. Les décompensations d'allure psychiatriques, non psychiatriques, ou pouvant les déclencher peuvent être de trois origines : organiques (métabolique, traumatique, etc.), toxicologique ou iatrogène.

Le référentiel ne traite pas de la pédopsychiatrie. Il est retenu qu'au-dessous strictement de 16 ans, les patients relèvent des services de pédiatrie et de pédopsychiatrie. Le référentiel s'organise selon neuf thématiques. Nous traiterons plus particulièrement l'évaluation initiale, préhospitalière ou hospitalière, avec

un aperçu transversal. Autant d'invitations pour le lecteur à aller plus loin dans la lecture de ce référentiel [1] et du dossier thématique publié fin 2021 dans la revue Soins Psychiatrie [2].

## L'APPROCHE PRÉHOSPITALIÈRE N'EST PAS UN DÉTAIL

Les soins de premiers recours initient pour le patient son chemin de soins. Si c'est une première décompensation, il y aura probablement un avant et un après dans son parcours de vie : entrée en schizophrénie, hétéro- ou auto-agressivité, suicidaire, etc. L'approche ajustée par les primo-intervenants du patient instable sur le plan psychologique, voire en décompensation psychiatrique, est ainsi un moment clé. Elle permet :

- ▶ d'aborder le patient dans une démarche qui le mette en sécurité de lui-même et d'autrui, et de faire éventuellement la demande d'un renfort de moyen, notamment médical ;
- ▶ de permettre un retour au calme, parfois avec le support d'une sédation appropriée, non intrusive, comprise et acceptée par le patient ;
- ▶ de remporter son adhésion aux soins immédiats et d'éviter ainsi l'usage de contentions physiques ou médicamenteuses, autant de violences pouvant majorer la décompensation d'allure psychiatrique et éloigner le patient d'un projet de soin à co-construire ;
- ▶ de récupérer des éléments circonstanciels, médicaux et sociaux. Les dossiers préhospitaliers sont trop

## Médecin en chef Hugues Lefort

Le Dr Lefort est médecin urgentiste du Service de santé des armées. Après les Forces, puis la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris, de la chefferie des urgences de l'Hôpital d'instruction des armées Legouest de Metz, il prend celle de l'HIA Laveran et de l'antenne Smur du Samu 13 en 2021. Ancré dans une pratique de terrain préhospitalière et hospitalière en milieu conventionnel ou plus atypique, nationale comme internationale, il soutient la diffusion et la valorisation de toutes dynamiques d'équipe visant à l'amélioration des parcours de soins aigus et en gestion des crises.



© DR

© Sylvain Ley



Remporter l'adhésion de la victime doit être la priorité de l'équipe de secours.

souvent pauvres sur ces ressources si fondamentales pour comprendre le patient et son environnement dans l'aigu, puis dans la qualité du parcours clinique à mettre en place : soignants libéraux médicaux ou para-médicaux, proches aidants, mais aussi forces de l'ordre, référent de structure hébergeant le patient, représentant du culte, enseignants.

L'organisation nationale pour les soins de patients présentant des troubles psychiatriques est sectorisée en France. La coordination se réalise le plus souvent par l'intermédiaire du centre de régulation des appels du Samu (centre 15) dont dépend le patient en fonction de l'adresse de son domicile. En lien avec les référents de services de psychiatrie, elle permet d'éviter de transporter des patients aux urgences, certains ne nécessitant pas de bilan physique.

## VOUS ME TROUVEZ AGITÉ ? CALMEZ-MOI ALORS !

Après sécurisation de l'intervention, l'approche étiologique du patient doit être tout sauf psychiatrique afin de ne

### Particularités de présentations d'allure psychiatriques (d'après [1]) :

1. **Confusion** : origine psychiatrique exceptionnelle. Recherche étiologique médicale ou toxique ;
2. **Présentations d'allure maniaques** : recherche une iatrogénie par corticothérapie par exemple, ou toxique (cocaïne, alcool) ;
3. **Dépression** : souvent psychiatrique ;
4. **Anxiété** : triage somatique, calmer, réévaluer pour révéler les signaux faibles (idées délirantes, hallucinations, confusion), ou forts (idées suicidaires, stupeur, syndrome dépressif, etc.).

pas faire l'impasse sur une cause neurologique, métabolique, infectieuse ou toxique. Une hypoglycémie ou une hyperthermie est facile à rechercher en étant systématique. La notion de convulsion, d'état anormal de courte durée, de perte d'urine ou de morsure de langue est en faveur d'une épilepsie. Une agitation avec un patient « frontal » dans les suites d'un traumatisme crânien doit faire écarter une commotion cérébrale et un saignement intracrânien. Une épilepsie peut être contrôlée par le traitement habituel ou prescrit selon un protocole d'urgence. Au moindre doute, l'avis médical s'impose via le régulateur du centre de

régulation et de réception des appels régionalement compétent, avec parfois intervention d'un moyen médicalisé en préhospitalier. Une hypoglycémie peut être contrôlée rapidement, et les conséquences d'une hyperthermie limitée avec des moyens simples, avant de penser à une sédation. Les benzodiazépines, les neuroleptiques et les anesthésiques permettent de sédaté un patient agité, avec toujours un risque surajouté. Cette balance bénéfice-risque est importante à évaluer en choisissant le médicament : que l'on connaît, au délai d'action court, facile à administrer (par voie orale le plus souvent), avec peu d'ef-

fets secondaires et d'interaction. C'est tout l'intérêt pour le primo-intervenant de trouver la pharmacopée habituelle du patient, permettant l'usage d'une molécule déjà utilisée. A défaut, l'usage d'une benzodiazépine, de type midazolam, semble être plus adaptée aux états d'agitation sévère.

## L'AIGU, LE CHRONIQUE : ENTRE PSYCHÉ ET SOMA

L'art de soigner comprend l'évaluation physique et psychique. Celle-ci est rendue parfois plus difficile par le contexte de prise en charge. C'est tout le bonheur de faire du préhospitalier, en immersion dans des écosystèmes polymorphes rendant chaque prise en charge originale. Au regard de l'intrahospitalier, plus sécurisé et contrôlé, c'est une situation bien différente avec des atouts et menaces (ou freins) aux soins. Pour autant, il est nécessaire de ne pas se faire aveugler par la présentation psychiatrique du patient : entre réalité et mise en résonance personnelle ou en équipe. C'est un enjeu majeur pour l'avenir des soins du patient, d'autant plus si ce dernier a des antécédents psychiatriques. Plus encore, cette posture, bienveillante et détachée, permet souvent de mieux accéder au patient et d'avoir son adhésion.

Une cause organique ou toxique doit être recherchée. L'entretien avec le patient, les proches, ou par l'enquête circonstancielle, permet de déceler des signaux faibles et rendre bien plus cohérent le tableau clinique, et d'autant le parcours de soins. L'enjeu de la prise en charge est bien d'éliminer en premier toute pathologie somatique pouvant augmenter la morbi-mortalité à court terme. Il est démontré qu'un antécédent psychiatrique augmente la mortalité, et dans la tranche des 35-54 ans quatre fois plus [3]. Un diabète peut être décompensé par une cause psychiatrique et inversement. La pathologie psychiatrique peut, par exemple, modifier les perceptions de la douleur, de la pensée avec des états délirants, de la gravité, des implications médico-sociales délétères, être



La pathologie psychiatrique modifie les perceptions de la victime.

**Il est nécessaire de ne pas se faire aveugler par la présentation psychiatrique du patient : entre réalité et mise en résonance personnelle ou en équipe. C'est un enjeu majeur pour l'avenir des soins du patient.**

source d'anxiété et de troubles du comportement.

Le bilan initial d'un tel patient doit être agile pour permettre l'évaluation psychiatrique, soulager le patient, autant que les soignants dans l'urgence. Ce sont des présentations à même de déstabiliser d'autant les équipes préhospitalières et hospitalières par la mobilisation qu'elles nécessitent souvent, au-delà de la souffrance psychique du patient et de ses proches. Le retour au calme est d'autant plus bénéfique et pertinent s'il est rapide. Les constantes sont systématiques, volontiers répétées, à l'instar de l'électrocardiogramme et du bilan sanguin à l'arrivée à l'hôpital,

## 10 trucs et astuces face à un patient à présentation psychiatrique :

1. Ne pas se faire aveugler par une présentation psychiatrique.
2. Adhésion du patient : prends ton temps... mais pas trop !
3. Enquête : évalue et écris toujours le circonstanciel avec précision.
4. Scribe : renseigne le dossier patient avec toute personne ressource.
5. Agité n'est pas être « psy » jusqu'à preuve du contraire.
6. Stuporeux ou calme n'est pas « aller bien » jusqu'à preuve du contraire.
7. Constantes : glycémie et température systématiques.
8. Sédation : ce que possède le patient, ce que tu connais.
9. Diagnostic différentiel : l'urgence de l'éliminer permet un retour au calme rapide.
10. Eco-système : Keep calm, et garde un regard global.

avec ou sans recherche ciblée de toxiques. L'imagerie cérébrale est réalisée en fonction du contexte. D'autres examens peuvent être faits, pas forcément dans le temps de l'urgence.

Si prendre soin d'un patient à la présentation psychiatrique est une expérience toujours originale, elle est une opportunité d'autant moins ordinaire à nous mobiliser fortement dans une considération globale du patient : physique, psychique et sociale. Toute ressource, détectée et tracée dans le dossier papier ou numérique du patient, est un levier pour avoir l'adhésion aux soins et permettre un parcours cohérent pour notre patient. ■

<sup>[1]</sup> Chauvin A, Massoubre C, Gil-Jardiné C, et al. Recommandations de pratique clinique sur la prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences. *Ann Fr Med Urgence* 2021;11(3):184-98.

<sup>[2]</sup> Chauvin A, Lefort H, et coll. L'urgence psychiatrique, une prise en charge pluridisciplinaire. *Soins Psy* 2021; 336:9-47

<sup>[3]</sup> Douglass AM, Luo J, Baraff LJ. Emergency medicine and psychiatry agreement on diagnosis and disposition of emergency department patients with behavioral emergencies. *Acad Emerg Med* 2011;18:368-73

# SECOURS expo

Le salon des professionnels  
du secours, des soins  
d'urgence et de la prévention

# 2022

## 7<sup>e</sup> édition

**Save  
the  
date !**

**Paris Expo,  
Porte  
de Versailles**

**10 au 12 mars  
2022**

**INSCRIPTION & PROGRAMME  
WWW.SECOURS-EXPO.COM**