

### Les points essentiels

- Ne pas valider ou banaliser des idées délirantes.
- Interroger sur le contenu des hallucinations accoustico-verbales pour repérer s'il y a des injonctions menaçantes.
- Les hallucinations visuelles sont le plus souvent d'origine organique.
- Rechercher une pathologie organique même pour un patient ayant une pathologie psychiatrique connue.
- L'hospitalisation en urgence face à une crise psychotique aiguë permet souvent d'introduire le patient dans un réseau de soins ou de le réactiver.
- Une hospitalisation sur demande de tiers doit systématiquement être envisagée.
- Il est important d'identifier au plus vite un tiers qui peut venir auprès du patient ou aider à une procédure d'hospitalisation.
- Une hospitalisation sur demande de tiers ne pourra se faire contre l'avis de la famille.
- L'évaluation d'un geste auto ou hétéro-agressif doit être systématique.

*Correspondance* : Dr Louis Jehel, Urgence-Psychotraumatisme & Souffrance au Travail - Addictologie, Hôpital Tenon, Centre Hospitalier Universitaire AP-HP, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France.  
Fax : +33 1 56 01 75 62. Tél. : + 33 1 56 01 71 82. E-mail : louis.jehel@orange.fr



prioritairement vers une cause organique, toxique ou neurologique ou d'une affection médicale générale. Les comorbidités psychiatriques et somatiques avec les troubles psychotiques sont d'ailleurs fréquentes. La consommation d'alcool, de tabac et de cannabis est importante. L'augmentation de la consommation actuellement de cannabis avec des concentrations élevées de THC expose à une augmentation des troubles psychotiques (3). On ne peut cependant pas affirmer que le cannabis provoque la schizophrénie, mais des études récentes renseignent qu'il constitue un facteur de risque indépendant (4, 5).

D'autre part les comorbidités somatiques de la schizophrénie ont une prévalence élevée et ont un impact majeur sur la qualité et la durée de vie des patients schizophrènes, notamment par le risque cardiovasculaire qu'elles engendrent. La schizophrénie elle-même, les conduites addictives ainsi que les effets indésirables des antipsychotiques favorisent leur apparition. Elles sont représentées essentiellement par l'obésité, les troubles cardiovasculaires iatrogènes, les effets extrapyramidaux et endocriniens (diabète, hyperprolactinémie et dyslipidémies) liés aux neuroleptiques. Leur caractère réversible a conduit à l'élaboration de recommandations (6). Cela souligne combien il est important de repérer une pathologie organique pour un patient identifié comme porteur d'une maladie psychotique.

D'autre part parmi ces troubles délirants, il faut aussi distinguer les accès maniaques des personnes qui présentent des troubles bipolaires (ou psychose maniaco-dépressive). Ces troubles sont fréquents, ils concernent 1 % de la population générale. Ils se distinguent par une alternance d'épisodes dépressifs et de symptômes maniaques d'intensité variable. L'état maniaque est caractérisé par une excitation psychomotrice avec une exaltation psychique. On repère la présence d'une humeur « élevée », euphorique, mais aussi une irritabilité et une propension à se mettre en colère. Sur le plan moteur une agitation improductive (la personne commence plusieurs choses et ne les termine pas) associée à une désinhibition parfois sexuelle et une accélération de la pensée. Même si le discours a une certaine logique, il est difficile de le suivre car il y a incessamment de nouvelles pensées qui traversent la tête de la personne. On note souvent un besoin important de parler (logorrhée), avec une parole abondante, accélérée, impossible à arrêter. Il s'agit du reflet de l'accélération des pensées. La réduction du besoin de dormir, sans que la personne ne se sente aussi fatiguée est souvent un des premiers signes d'un épisode maniaque. La fréquence des cycles est variable avec des formes lentes et d'autres rapides. Le début des symptômes d'un épisode maniaque peut être soudain. Le suicide est un risque plus élevé pour une personne souffrant d'un trouble bipolaire.

## 2. Les signes de gravité à identifier

L'évaluation attentive de marqueurs de gravité est orientée d'une part sur les marqueurs de sévérité de la crise psychotique et d'autre part sur ceux du risque



rapportés par des tiers. La notion d'une prise de toxique ou de situation de sevrage augmente le risque de passage à l'acte, de même l'expression d'une situation de détresse, même si cette réaction apparaît disproportionnée par rapport aux circonstances actuelles (9).

### 3. Les éléments rassurants à connaître

Au cours de l'interrogatoire le PARM et le médecin régulateur peuvent recueillir ces points qui constitueront des éléments rassurants qui pourront faciliter aussi l'intervention d'une équipe :

- le degré de prise de conscience des troubles ;
- la capacité de demande d'aide et d'accès aux soins ;
- l'évolution progressive des troubles ;
- la résolution spontanée d'épisode similaire ;
- l'absence d'antécédents suicidaires et d'intention suicidaire ;
- l'absence d'arme ou de projet dangereux dans l'immédiat ;
- la prise en charge par un psychiatre dont on demandera les coordonnées et la date de dernière consultation ;
- le niveau d'insertion socioprofessionnelle ;
- la qualité du soutien de l'entourage proche et son accessibilité en urgence ;
- les coordonnées de tiers accessibles, qui pourront apaiser le patient et informer le centre de régulation de la chronologie des événements récents ;
- un terrain d'alliance avec l'appelant, notamment sur une anxiété importante, des troubles du sommeil ou de l'appétit, un sentiment de menace, pour lui proposer une aide et en faciliter l'acceptation.

### 4. Les conseils médicaux dans l'attente de l'arrivée des moyens

- insister sur le fait que sa demande (voire sa détresse ou son angoisse) a été entendue et qu'une aide est organisée pour lui, dans les meilleurs délais ;
- recommander de prendre un traitement qui a été prescrit par un médecin pour une situation analogue en particulier un sédatif neuroleptique ou anxiolytique ;
- lui demander ce qu'il fait habituellement pour se protéger lors de situations analogues si c'est une rechute ;
- rappeler le 15 si un changement de la situation apparaît et surtout la perception d'une aggravation ou d'un nouveau danger ;



2. Acute cardiovascular fatalities following cannabis use, L Bachs et H Morland, For. Science Int. (2001) 124 : 200-3.
3. Welch KA, McIntosh AM, Job DE, Whalley HC, Moorhead TW, Hall J, Owens DG, Lawrie SM, Johnstone EC. The Impact of Substance Use on Brain Structure in People at High Risk of Developing Schizophrenia, Schizophr Bull 2010 Mar 11. [Epub ahead of print].
4. Mazzoncini R, Donoghue K, Hart J, Morgan C, Doody GA, Dazzan P, Jones PB, Morgan K, Murray RM, Fearon P. Illicit substance use and its correlates in first episode psychosis. Acta Psychiatr Scand. 2009 Oct 13.
5. Le Bec PY, Fatséas M, Denis C, Lavie E, Auriacombe M. Cannabis and psychosis: search of a causal link through a critical and systematic review Encephale. 2009 Sep ; 35(4) : 377-85.
6. Lefebvre N, Chéreau I, Schmitt A, Llorca P-M. Comorbidités somatiques chez les patients souffrant de schizophrénie traitée. Recommandations actuelles, Annales médico-psychologiques 2006 ; 164(2) : 159-64.
7. Jehel L, Ampélas J-F. Évaluation et conduite à tenir devant une agitation aiguë, in K. SAMU, la 3<sup>e</sup> édition du Traité d'Anesthésie et Réanimation Chirurgicale, Flammarion, 2003.
8. Mazet P, Darcourt G. La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge, ed John Libbey, 448 p., 2002.
9. Jehel L. « Quels sont les éléments essentiels de l'évaluation clinique de la crise suicidaire et de son intensité ? » Rapport d'expertise pour la Conférence de Consensus « La Crise Suicidaire : reconnaître et prendre en charge », recommandations longues, Fédération Française de Psychiatrie et l'ANAES, Paris, les 18 et 19 octobre 2000.
10. Jehel L, Bertrand C, Kannas, S, Bagou G, « Delire, hallucination » in Le guide d'aide à la régulation au samu-centre 15, 128-129, SFEM 2<sup>e</sup> édition, 2009.
11. Guide HAS. Affection de Longue Durée, Schizophrénies, juin 2007.

