



*En collaboration avec PASTRES Martin*

# PSYCHIATRIE - PSYCHOTROPES -

IFSI CRIP 2024 – 2025

**Dr. ESBERARD Jason**

# A) GÉNÉRALITÉS

# AUX URGENCES

## TRIADE CLE EN PSYCHIATRIE

- 1) Evaluation **somatique** +/- prise en charge somatique
- 2) Eliminer les intoxications (prises de **toxiques + iatrogénie**)
- 3) Toujours évaluer le risque hétéro-agressif et **suicidaire**

# DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

L'entretien du patient et entourage pour préciser :

- **les antécédents psychiatriques et médicaux**, personnels et familiaux du patient
  - Hospitalisations en psychiatrie, diagnostics éventuels, les ATCD de TS, le suivi spécialisé, le(s) traitement(s) actuel(s)
  - Les **circonstances** de survenue du trouble, les **facteurs déclenchants** (traumatisme physique, psychique, intoxication) et la **chronologie** d'installation (acuité, discontinuité)
- L'existence d'une prise de **toxiques, d'alcool** ou de **médicaments**, aiguë ou chronique
- Le **contexte socio-professionnel** (quantité et qualité de l'entourage, situation professionnelle)

Examen somatique systématique (notamment neurologique)



# LES PRINCIPES DE L'ENTRETIEN

Choisir un lieu calme et rassurant

Assurer sa sécurité (si patient agité ou délirant, ne pas voir seul)

Se présenter, commencer par des questions ouvertes et peu intrusives

Si le patient refuse d'aborder un sujet, ne pas insister et y revenir ultérieurement

Evaluer systématiquement le risque suicidaire

# EXAMEN PSYCHIATRIQUE

L'état de conscience du patient : vigilance, orientation temporo-spatiale, score de Glasgow

Troubles du contenu et du cours de la pensée : idées délirantes, hallucinations, propos incohérents

Humeur : euphorie/exaltation, tristesse

Troubles des affects : anxiété, peur

... (cf intro)

# EXAMENS PARACLINIQUES

Examens complémentaires simples

- NFS, ionogramme, fonctions rénale et hépatique...

Quelques examens à résultat immédiat

- Glycémie capillaire
- Mesure de l'éthanol dans l'air expiré
- ECG
- Oxymétrie de pouls

Dosage des toxiques

Examens plus spécialisés (atypie, atcd, +/- premier épisode)

- TDM cérébral
- EEG

# LES PRINCIPALES SITUATIONS CLINIQUES (2)

## **Les urgences intriquées, médico-psychiatriques**

Confusion mentale, agitation ou angoisse dans une affection organique sous-jacente

Intoxication alcoolique aiguë, d'une prise de toxiques

Trouble métabolique, syndrome infectieux, pathologie du SNC, encéphalopathie alcoolique...

L'agitation et la confusion ne sont pas des pathologies psychiatriques ! (même si elles peuvent en être la conséquence)

De plus, le psychiatre n'est pas le gardien de l'ordre public ! (attention aux passages à l'acte délictueux sans pathologie psychiatrique sous-jacente)

# LES PRINCIPALES SITUATIONS CLINIQUES (1)

## Les motifs psychiatriques purs

- Episode dépressif majeur, épisode maniaque
- Tentative de suicide ou verbalisation d'idées suicidaires
- Décompensation de schizophrénie, épisode psychotique
- Crise d'angoisse aiguë
- Troubles émotionnels ou du comportement dans le cadre d'un trouble de la personnalité

# LES PRINCIPALES SITUATIONS CLINIQUES (3)

## **Les situations de crise ou de détresse psycho-sociale:**

Il s'agit d'un trouble de l'adaptation

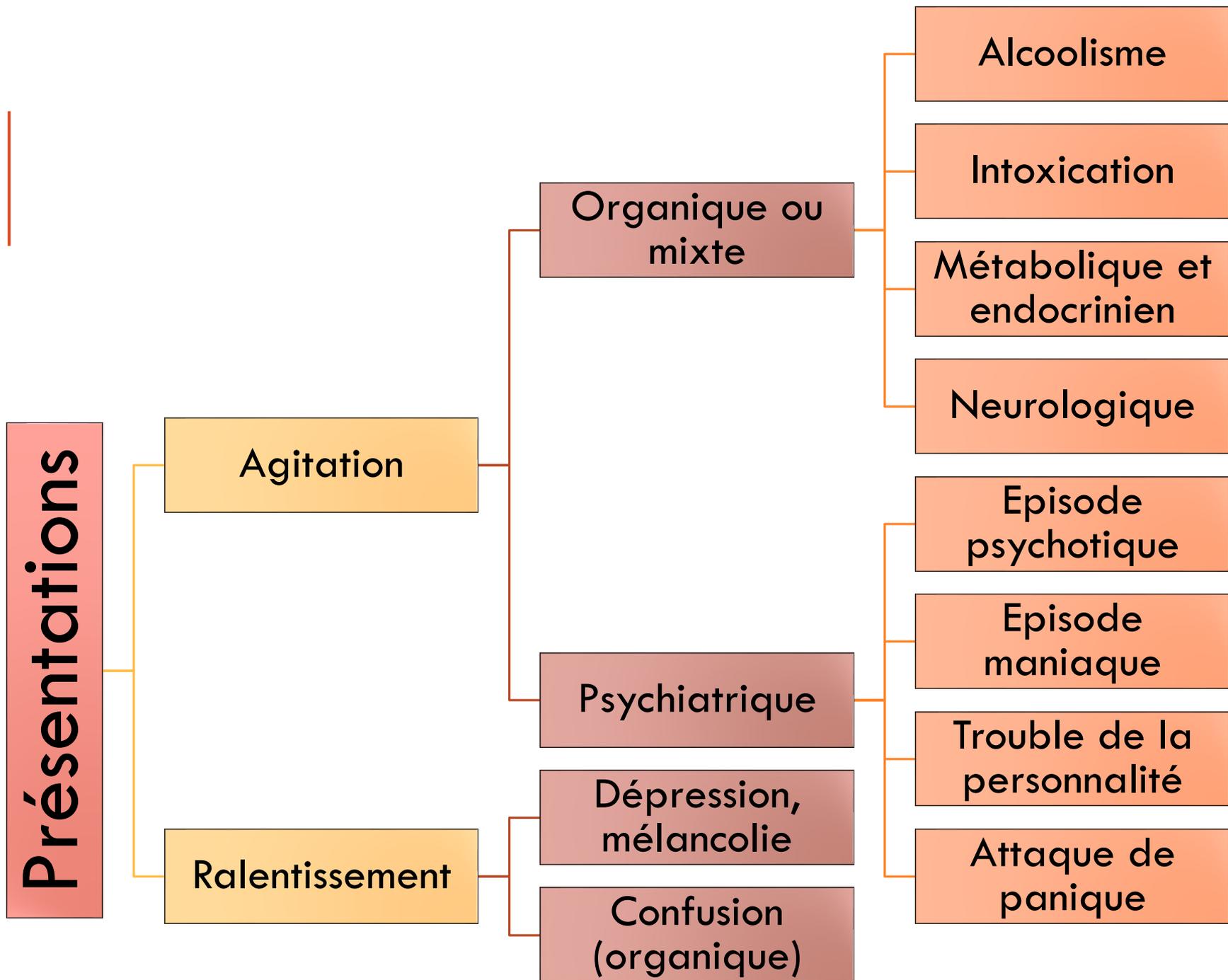
- d'ordre réactionnel: deuil, une perte, des problèmes financiers, professionnels ou familiaux,
- d'ordre relationnel (conflit conjugal, familial) : ivresse et trouble du comportement sur la voie publique, tentative de suicide sans trouble organique ni psychiatrique constitué,

-Situations le plus souvent transitoires aiguës

-À expression émotionnelle intense

-Posant parfois la question de savoir si toute souffrance psychique relève exclusivement du champ sanitaire

→ Attitude empathique (deuil, maladie grave)



# POINT SUR LA « CONFUSION »

Motif fréquent à savoir distinguer d'une origine psychiatrique

Désorganisation aigüe de l'ensemble des fonctions cognitives et du comportement **sans** lésion structurelle cérébrale

Réversible, apparaît sur quelques heures à jours, la plupart du temps troubles métaboliques, toxiques et médicaments, infections (éventuellement psychiatrique mais diagnostic d'élimination ! )

Sujets âgés à risque ++ (médicaments, infections, globe urinaire, fécalome)

(Se distingue de la démence qui apparaît progressivement et est irréversible, ex. Alzheimer)

# LA CONFUSION - SIGNES

Malade « perdu », désorienté sur le plan temporo-spatial

Tient des propos incohérents

Troubles de la mémoire et de l'attention

Troubles de la vigilance (sommolence)

Efficiences intellectuelle globalement atteinte (raisonnement, jugement..)

Comportement anormal (hagard, agressivité, déambulation, perplexité anxieuse)

Troubles fluctuants, s'aggravant le soir et la nuit

Hallucinations possibles

# CONFUSION - ETIOLOGIES

## Exogènes

- **Médicamenteuses** : psychotropes / anti-épileptiques / anti-parkinsoniens..
- **Toxiques alcool / CO ++ / syndromes de sevrage / drogues (toutes)**

## Neurologiques

- **Traumatiques**: toujours rechercher: HSD / HED
- Vasculaires: **AVC ischémique / hémorragique** / TV cérébrale
- **Infectieuses**: méningite / méningo-encéphalite (herpétique) ++
- **Epilepsie**: confusion post-critique / état de mal épileptique
- **Processus expansif intra-crânien**: tumeur / abcès / HSD chronique

## Toute pathologie algique

- Rechercher **RAU (globe vésical) et fécalome (TR)**

## Toute pathologie fébrile

- **Infection** quelle qu'elle soit: pneumopathie / infection urinaire

# CONFUSION – ETIOLOGIES (2)

## Métaboliques

- Troubles glycémiques: **hypoglycémie** / coma diabétique (acidocétose)
- **Troubles hydro-électrolytiques** déshydratation / hypoNa / hypo-hyperCa / hypoK
- Troubles acido-basiques acidose ou alcalose métabolique
- Troubles ventilatoires encéphalopathie hypoxique / hypercapnique
- Insuffisance hépatique encéphalopathie hépatique (hyperammoniémie)
- **Insuffisance rénale** = encéphalopathie urémique
- **Encéphalopathie de Gayet-Wernicke** = carence en Vitamine B1 / à évoquer chez alcoolique ou dénutri ++, triade confusion/syndrome cérébelleux/troubles oculomoteurs)

→ BILAN SOMATIQUE APPRONFONDI AVANT D'EN IMPUTER L'ORIGINE A UNE PATHO PSY !!

**B)AGITATION,  
DELIRE AIGUS**

# AGITATION AIGUË

La demande de soins émane de l'entourage/des forces de l'ordre  
10 à 15% des consultations psychiatriques aux urgences

DSM « Activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure »

Toute agitation est de cause toxique ou organique jusqu'à preuve du contraire

Peut être associée à un délire aigu, mais 2 syndromes indépendants!

# AGITATION AIGUË: ETIOLOGIES

## Etiologies organiques

- Intoxication et sevrage (alcool, drogues, médicaments...) ++
- Hypoglycémie, AVC, épilepsie, méningite...
- Douleur aiguë, rétention d'urines ou de selles

## Etiologies psychiatriques

- (Décompensation de )troubles psychotiques: épisode psychotique +++
- (Décompensation de) troubles de l'humeur: accès maniaque +++
- Attaque de panique
- Troubles de la personnalité antisociale ou borderline

# AGITATION AIGUË: SIGNES D'ORIENTATION

## **Etiologies organiques**

- Syndrome confusionnel
- Signes de sepsis, de choc, de DRA
- Signes neuro (mydriase, localisation neurologique...)
- Hyperthermie, déshydratation

## **Etiologies psychiatriques**

- Symptômes thymiques associés (élation de l'humeur, idées mégalomaniaques...)
- Symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations...)

# BILAN D'UNE AGITATION AIGUE

**Systematiquement au moins (éliminer étiologies à risque vital):**

-Bilan comprenant glycémie, ionogramme, calcémie, hémogramme, CRP, hémostase (cf NL)

-ECG (cf NL)

+/- alcoolémie, imagerie cérébrale et PL, ECBU, radio de thorax

## Observations générales :

- présentation.
- état de conscience.
- intensité de l'agitation et sa variabilité dans le temps

**Agitation avec dialogue possible**

**Agitation majeure sans dialogue possible**

**Symptômes  
psychiatrique ?**

**Interrogatoire** du patient et de l'entourage  
- antécédents, circonstances, toxiques

**Examen somatique** indispensable  
(étiologie organique?):  
- signes généraux  
- signes neurologiques  
- signes d'alcoolisme ou de prise de toxiques.

**Sédation immédiate\***  
**+ /contention**  
(\*Injection intramusculaire)

**Bilan paraclinique**  
- Bilan minimal systématique : NFS, glycémie, ionogramme sanguin, fonction rénale (urémie, créatininémie), bilan hépatique ( $\gamma$ GT, ASAT, ALAT, phosphatases alcalines).  
- A compléter en fonction de la clinique : bilan infectieux, gazométrie artérielle, radiographie, recherche de toxiques...

**Diagnostic étiologique**



# DÉLIRE AIGU

Altération du contenu de la pensée entraînant une perte du contact avec la réalité, faisant l'objet d'une conviction inébranlable, inaccessible au raisonnement ou à la contestation par les faits.

<1 mois

# DÉLIRE AIGU : ETIOLOGIES (1)

En cas de symptôme psychotique d'apparition aigue:

Idem agitation aigue globalement

Ne pas oublier le « delirium », a fortiori chez le sujet âgé: syndrome confusionnel avec délire, causé par une infection ou autre trouble organique sous-jacent.

# DÉLIRE AIGU : ETIOLOGIES (2)

**Si association au syndrome délirant** d'un syndrome de désorganisation et d'un syndrome négatif >6 mois = schizophrénie

**Si symptômes thymiques associés:**

-Idées délirantes à thème de culpabilité, de ruine, d'hypocondrie... avec ralentissement psychomoteur et tristesse = dépression

-Thème mégalomaniacal, avec excitation, logorrhée, diminution du besoin de sommeil = manie

→ Décompensation d'un trouble chronique? Entrée dans la maladie?  
Episode isolé (trouble psychotique bref)? Observer l'évolution !

# AGITATION/DELIRE AIGUS: TRAITEMENTS

**Traitement symptomatique = sédation**

Si agitation/anxiété intenses:

-Benzodiazépine à demi-vie courte (oxazépam per os)

Si agitation très sévère:

-Antipsychotique sédatif (cyamémazine, loxapine, olanzapine)

Prise en charge relationnelle, environnement sécurisant

Si échec, peut nécessiter la contention physique (IDE/AS!) en dernier recours

**Puis traitement étiologique (antipsychotique)**

# LES CONTENTIONS PHYSIQUES

**Contention** physique et/ou chambre d'isolement

- C'est une prescription médicale / doit être la plus courte possible
- Doit être réévaluée médicalement toutes les 6h
- Surveillance très rapprochée IDE dans l'intervalle
- Seulement si agitation persistante avec risque auto ou hétéro-agressif
- Danger important et imminent pour le patient ou pour autrui
- Uniquement après avoir tenté toutes les mesures alternatives
- Personnel qualifié / suffisant ( $\geq 4$ ) / matériel homologué
- Sédation obligatoirement associée

## HAS 2017 – ISOLEMENT ET CONTENTION

### INDICATIONS

- Prévention d'une violence imminente du patient ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui.
- Uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.
- En dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient.
- Mesure pleinement justifiée par des arguments cliniques.

### CONTRE-INDICATIONS

- Jamais pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination.
- En aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels.
- État clinique ne nécessitant pas un isolement.
- Réflexion bénéfices-risques à mener lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave.

# **C)AUTRES SITUATIONS**

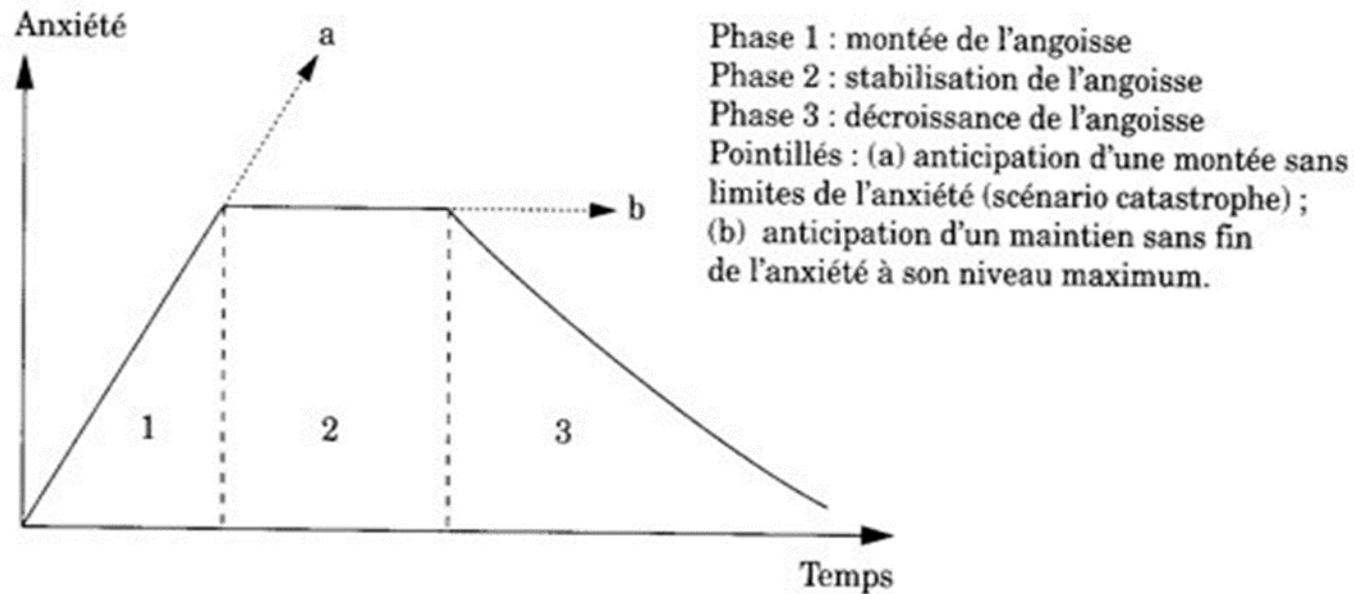
# ATTAQUE DE PANIQUE

= crise d'angoisse aigue

= épisode aigu d'anxiété à début brutal (intensité max des symptômes en quelques secondes à minutes), durée de 20 à 30 minutes en moyenne

Fréquente aux urgences car les symptômes physiques font évoquer une cause médicale ou chirurgicale urgente

# ATTAQUE DE PANIQUE (2)



**Figure 1.1.** Intensité de l'anxiété lors d'une séance d'exposition (schéma à présenter et à commenter aux patients).

# ATTAQUE DE PANIQUE: SÉMIOLOGIE

## **Symptômes physiques:**

- Respiratoires (dyspnée, blocage respiratoire, hyperventilation)
- Cardiovasculaires (douleur thoracique)
- Neurovégétatifs (sueurs, tremblements)
- Digestifs... etc

## **Symptômes psychiques:**

- Peur intense, sensation de perte de contrôle, de catastrophe immédiate.
- Cognitions catastrophistes (peur de mourir, peur de devenir fou)
- +/- symptômes dissociatifs (dépersonnalisation, déréalisation)

## **Symptômes comportementaux (de la prostration à l'agitation)**

Diagnostic différentiel : somatique (infarctus du myocarde, embolie pulmonaire...) ou intoxication aiguë/sevrage en substances ++

# QUELLES ETIOLOGIES ?

**Isolée** ou **répétée** (trouble panique entre autres)

**Attendue** (phobie spécifique) ou **inattendue** (trouble panique)

**Objet** de l'AP =

- sans objet (*trouble panique*)
- idée délirante (*trouble psychotique*)
- situation phobogène (*phobie spécifique, phobie sociale*)
- peur de mourir (*trouble panique*)
- ruminations anxieuses (*trouble anxieux généralisé, dépression*)
- traumatisme ou indice rappelant un événement traumatique (*état de stress aigu et stress post-traumatique*)
- « pour tout et pour rien »/petits soucis de la vie (*trouble anxieux généralisé*)

# CONDUITE A TENIR

- Isolement dans un lieu calme
- Entretien, attitude empathique et sereine
- Réassurance du patient sur l'absence de danger grave
- Explication sur l'AP, dédramatisation
- Information sur les possibilités de prise en charge en cas de récidence
- Exercices de respiration
- Ttt médicamenteux ponctuel (anxiolytique) PO: Hydroxyzine 25mg ou Benzodiazépine type Oxazépam 10mg ou Alprazolam 0,25mg

# LE SUICIDE

Peut-être la dimension la plus importante en psychiatrie

Entre 150 et 200 000 TS médicalisées par an en France

L'une des premières causes de mortalité évitable

Un motif majeur aux urgences psychiatriques

**Question à poser systématiquement à l'occasion de tout entretien psychiatrique quel qu'il soit** (il a été prouvé que cela n'induit pas des IDS chez des patients n'en ayant pas au préalable...)

# LE SUICIDE - DEFINITIONS

Conduites suicidaires = suicides et tentatives de suicide

Suicide ayant entraîné la mort = suicide abouti

A différencier des conduites d'auto-mutilation (scarifications)

Suicidant = ayant survécu à une TS

Suicidaire = qui exprime des idées suicidaires

TS arrêtée/avortée

IDS actives = « je pense à mettre fin à mes jours » +/- moyen

IDS passives = « il vaudrait mieux pour tout le monde que je sois mort »

Idées noires ou morbides = plus vague

# SUICIDE = RISQUE + URGENCE + DANGEROUSITE

Les éléments suivants et leur intrication permettent l'évaluation du risque suicidaire :

\* facteurs personnels :

- **antécédents personnels de TS** ;
- diagnostic de **trouble psychiatrique** (troubles de l'humeur, troubles des conduites alimentaires, troubles de la personnalité, schizophrénie, trouble lié à l'usage de substances, troubles anxieux, etc.) ;
- **traits de personnalité : faible estime de soi**, impulsivité-agressivité, rigidité de la pensée, colère, propension au désespoir ;
- **expression d'idées suicidaires** ;
- **santé générale** : pathologie affectant la qualité de vie ;

\* facteurs familiaux :

- **antécédents familiaux de TS et de suicide** ;

\* événements de vie et facteurs psychosociaux :

- **antécédent de maltraitance dans l'enfance** (violences, abus physique, émotionnel ou sexuel) ; et perte d'un parent pendant l'enfance ;
- **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 ;
- phénomène de « **contagion** » suite à un suicide : la personne est affectée par le suicide récent d'un proche ;
- **élément déclencheur** : élément récent entraînant un état de crise chez un sujet.

• **Urgence =**

- ✓ *scénario?*
- ✓ *Délai de mise en œuvre?*

• **Dangerosité =**

- ✓ *Accessibilité d'un moyen?*
- ✓ *Sa létalité potentielle?*

# TRAITER LA CRISE SUICIDAIRE EN PRATIQUE

- Mettre en sécurité/retrait des moyens létaux :
  - ✓ inventaire des affaires
  - ✓ retrait des objets potentiellement dangereux
  - ✓ mise à distance de moyens létaux (médicaments...) à domicile
- Surveillance rapprochée : IDE si en hospitalisation, reconsultation rapide si ambulatoire.
- Traitement médicamenteux : de l'affection psychiatrique sous-jacente
  - ✓ traitement d'un épisode de l'humeur : EDC +++
  - ✓ traitement symptomatique de crise (BZD, neuroleptique sédatif type CYAMEMAZINE ou OLANZAPINE)
- Si crise suicidaire grave sur pathologie décompensée, avec urgence et dangerosité élevées, refus de soins : soins sous contrainte.

<b>Nom de la question</b>	1
<b><u>Enoncé</u></b>	Vous êtes de garde au pôle psychiatrie du CHU. Le SMUR intervient sur la voie publique pour Mr H. 28 ans, agité et hostile, qui tient des propos délirants et insulte les passants. L'urgentiste vous appelle pour un avis.
<b>Question</b>	A ce stade, et avec les informations dont vous disposez, quelle(s) est (sont) l'(les) hypothèse(s) étiologique(s) envisageable(s) pour cet état d'agitation?

	Texte proposition
A	Une prise de toxiques
B	Une infection du système nerveux central
C	Un épisode d'excitation dans le cadre d'un trouble bipolaire
D	Une décompensation de schizophrénie
E	Une hypoglycémie

<b>Nom de la question</b>	1
<b><u>Enoncé</u></b>	Vous êtes de garde au pôle psychiatrie du CHU. Le SMUR intervient sur la voie publique pour Mr H. 28 ans, agité et hostile, qui tient des propos délirants et insulte les passants. L'urgentiste vous appelle pour un avis.
<b>Question</b>	A ce stade, et avec les informations dont vous disposez, quelle(s) est (sont) l'(les) hypothèse(s) étiologique(s) envisageable(s) pour cet état d'agitation?

	Texte proposition	correct	Commentaire proposition
A	Une prise de toxiques	PMZ	A toujours éliminer devant une agitation et/ou un délire aigu en général.
B	Une infection du système nerveux central	PMZ	De même, sans plus d'information, toujours évoquer une cause neurologique (symptômes psychiatriques des encéphalites par ex).
C	Un épisode d'excitation dans le cadre d'un trouble bipolaire	X	Oui mais il faut d'abord éliminer les causes évidentes (toxiques, neuro...).
D	Une décompensation de schizophrénie	X	De même
E	Une hypoglycémie	PMZ	

Au téléphone, la famille vous signale des troubles du comportement à domicile, d'apparition brutale il y a 8 jours. Vous faites l'entretien d'entrée dans votre bureau, accompagné de plusieurs infirmiers. Il a du mal à tenir en place, parle vite en passant d'un sujet à l'autre. Il explique avoir eu le sentiment d'une « révélation » récente, qui lui permet de trouver la vérité sur le monde et de mieux percevoir les pensées des autres. Vous constatez qu'il peine à se concentrer, avec labilité émotionnelle majeure. Il est très familier, fait des blagues et rit beaucoup.

<b>Nom de la question</b>	7
<b><u>Enoncé</u></b>	Vous souhaitez faire un bilan à la recherche de diagnostics différentiels ainsi que pré-thérapeutique.
<b>Question</b>	Quel(s) est(sont) le(s) examen(s) que vous réalisez dans les premières heures ?

	Texte proposition
A	ECG
B	IRM cérébrale
C	TDM cérébral
D	Dosage des toxiques sur échantillon d'urine
E	Bilan sanguin à la recherche de diagnostics différentiels

Au téléphone, la famille vous signale des troubles du comportement à domicile, d'apparition brutale il y a 8 jours. Vous faites l'entretien d'entrée dans votre bureau, accompagné de plusieurs infirmiers. Il a du mal à tenir en place, parle vite en passant d'un sujet à l'autre. Il explique avoir eu le sentiment d'une « révélation » récente, qui lui permet de trouver la vérité sur le monde et de mieux percevoir les pensées des autres. Vous constatez qu'il peine à se concentrer, avec labilité émotionnelle majeure. Il est très familier, fait des blagues et rit beaucoup.

<b>Nom de la question</b>	7
<b><u>Enoncé</u></b>	Vous souhaitez faire un bilan à la recherche de diagnostics différentiels ainsi que pré-thérapeutique.
<b>Question</b>	Quel(s) est(sont) le(s) examen(s) que vous réalisez dans les premières heures ?

	Texte proposition	correct	Commentaire proposition
A	ECG	PMZ	Pré-thérapeutique pour les neuroleptiques (allongement du QT)
B	IRM cérébrale		Pas en urgence, mais nécessaire pour tout premier épisode ou si n'a jamais été réalisé.
C	TDM cérébral		Pas en urgence si pas de signe d'appel neurologique.
D	Dosage des toxiques sur échantillon d'urine	PMZ	Diagnostic différentiel important
E	Bilan sanguin à la recherche de diagnostics différentiels	X	

<b>Nom de la question</b>	8
<b>Enoncé</b>	Vous vérifiez le certificat initial d'admission en soins à la demande d'un tiers selon la procédure d'urgence réalisé par le médecin du SMUR.
<b>Question</b>	Que doit figurer dans un certificat initial d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers? (une ou plusieurs réponses possibles)

	Texte proposition
A	L'existence d'un état mental nécessitant des soins immédiats assortis d'une surveillance constante ou régulière en milieu spécialisé
B	Le nom du trouble mental en question

C	Le fait que ces troubles menacent la sûreté des personnes
D	L'identité du tiers
E	La date et l'heure

<b>Nom de la question</b>	8
<b>Enoncé</b>	Vous vérifiez le certificat initial d'admission en soins à la demande d'un tiers selon la procédure d'urgence réalisé par le médecin du SMUR.
<b>Question</b>	Que doit figurer dans un certificat initial d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers? (une ou plusieurs réponses possibles)

	Texte proposition	correct	Commentaire proposition
A	L'existence d'un état mental nécessitant des soins immédiats assortis d'une surveillance constante ou régulière en milieu spécialisé	PMZ	Condition indispensable avec l'absence de capacité à donner son consentement.
B	Le nom du trouble mental en question		Pas de diagnostic, uniquement les éléments sémiologiques d'observation et d'interrogatoire.
C	Le fait que ces troubles menacent la sûreté des personnes		Dans le cas du SDRE.
D	L'identité du tiers		L'identité du patient et du médecin (la lettre de tiers est un document à part).
E	La date et l'heure	X	

<b>Nom de la question</b>	9
<b>Énoncé</b>	Le patient est peu compliant, vous obtenez un ECG mais il refuse la PCR SARS-CoV-2. Vous souhaitez introduire un traitement de phase aiguë mais le patient est vociférant sans pour autant avoir de geste violent, refuse la prise des comprimés que vous lui tendez.
<b>Question</b>	Quelle est votre conduite à tenir dans ce cas ? (une ou plusieurs réponses possibles)

	Texte proposition
A	Contentions quatre membres en chambre d'isolement
B	Benzodiazépine type Valium 10mg en intramusculaire
C	Neuroleptique injectable intramusculaire type Olanzapine, 10mg
D	Intramusculaire d'Halopéridol <u>Decanoas</u> , quatre ampoules
E	Nouvel essai per os avec une association Zopiclone et Hydroxyzine

<b>Nom de la question</b>	9
<b>Énoncé</b>	Le patient est peu compliant, vous obtenez un ECG mais il refuse la PCR SARS-CoV-2. Vous souhaitez introduire un traitement de phase aiguë mais le patient est vociférant sans pour autant avoir de geste violent, refuse la prise des comprimés que vous lui tendez.
<b>Question</b>	Quelle est votre conduite à tenir dans ce cas ? (une ou plusieurs réponses possibles)

	Texte proposition	correct	Commentaire proposition
A	Contentions quatre membres en chambre d'isolement	MZ	Pratique de dernier recours, pas de danger important et imminent pour le patient (pas de <u>vélléité</u> auto-agressive) ou pour autrui. La sédation en environnement contenant type chambre d'isolement peut suffire.
B	Benzodiazépine type Valium 10mg en intramusculaire	X	Oui, benzodiazépine utilisable en association synergique avec un neuroleptique, en IM en cas d'agitation et refus PO.
C	Neuroleptique injectable intramusculaire type Olanzapine, 10mg	X	Oui, neuroleptique sédatif et anti-maniaque utilisable en IM si refus PO.
D	Intramusculaire d'Halopéridol <u>Decanoas</u> , quatre ampoules		Il s'agit d'un traitement retard, non adapté à la phase aiguë.
E	Nouvel essai per os avec une association Zopiclone et Hydroxyzine		On peut réessayer de donner per os après répétition de l'information, mais ces molécules ne sont pas adaptées dans ce cas.

<b>Nom de la question</b>	1
<b>Énoncé</b>	<p>Vous êtes médecin aux urgences psychiatriques.</p> <p>Vous voyez en consultation Mr V., 53ans, vendeur dans un magasin de bricolage qui consulte pour une tristesse avec des idées de suicide. Cela fait trois semaines qu'il va « particulièrement mal » : il se sent triste presque toute la journée, s'endort seulement vers 3h du matin, a perdu 5kg et n'a plus goût à rien. Sa productivité a nettement baissé au travail (il se sent épuisé), si bien que son employeur lui a fait des remarques.</p> <p>Vous trouvez le patient ralenti, il a du mal à se concentrer sur l'entretien.</p> <p>Il a souvent eu des idées noires passagères depuis son divorce il y a deux ans, mais elles n'étaient pas aussi présentes qu'à ce jour.</p> <p>Par ailleurs, il explique n'avoir jamais fait de dépression ou de tentative de suicide auparavant, et n'avoir pas d'antécédent somatique particulier.</p>
<b>Énoncé</b>	A propos de l'épidémiologie du suicide en général.
<b>Question</b>	Quelle(s) est(sont) la(les) réponse(s) vraie(s) ?

	Texte proposition
A	Il y a 150 000 tentatives de suicides par an en France
B	La fréquence de récurrence après une TS est de 20%
C	C'est la première cause de mortalité chez les 25-34ans
D	90% des TS sont motivées par un trouble psychiatrique au moment du passage à l'acte
E	10% des TS sont motivées par un trouble psychiatrique au moment du passage à l'acte

<b>Nom de la question</b>	1
<b>Énoncé</b>	<p>Vous êtes médecin aux urgences psychiatriques.</p> <p>Vous voyez en consultation Mr V., 53ans, vendeur dans un magasin de bricolage qui consulte pour une tristesse avec des idées de suicide. Cela fait trois semaines qu'il va « particulièrement mal » : il se sent triste presque toute la journée, s'endort seulement vers 3h du matin, a perdu 5kg et n'a plus goût à rien. Sa productivité a nettement baissé au travail (il se sent épuisé), si bien que son employeur lui a fait des remarques.</p> <p>Vous trouvez le patient ralenti, il a du mal à se concentrer sur l'entretien.</p> <p>Il a souvent eu des idées noires passagères depuis son divorce il y a deux ans, mais elles n'étaient pas aussi présentes qu'à ce jour.</p> <p>Par ailleurs, il explique n'avoir jamais fait de dépression ou de tentative de suicide auparavant, et n'avoir pas d'antécédent somatique particulier.</p>
<b>Énoncé</b>	A propos de l'épidémiologie du suicide en général.
<b>Question</b>	Quelle(s) est(sont) la(les) réponse(s) vraie(s) ?

	Texte proposition	correct	Commentaire proposition
A	Il y a 150 000 tentatives de suicides par an en France	X	
B	La fréquence de récurrence après une TS est de 20%		40%.
C	C'est la première cause de mortalité chez les 25-34ans	X	
D	90% des TS sont motivées par un trouble psychiatrique au moment du passage à l'acte	X	
E	10% des TS sont motivées par un trouble psychiatrique au moment du passage à l'acte		

<b>Nom de la question</b>	3
<b>Énoncé</b>	Vous recherchez des facteurs de risque de suicide.
<b>Question</b>	Parmi ces réponses, lesquelles correspondent à des facteurs de risque de suicide en général ? (une ou plusieurs réponses vraies)

	Texte proposition	
A	Avoir une faible estime de soi	
B	Le fait d'avoir une croyance religieuse	
C	Le fait d'avoir un trouble de la personnalité	
D	Le fait d'avoir perdu un parent jeune	
E	Le fait d'avoir des enfants	

<b>Nom de la question</b>	3
<b>Énoncé</b>	Vous recherchez des facteurs de risque de suicide.
<b>Question</b>	Parmi ces réponses, lesquelles correspondent à des facteurs de risque de suicide en général ? (une ou plusieurs réponses vraies)

	Texte proposition	correct	Commentaire proposition
A	Avoir une faible estime de soi	X	
B	Le fait d'avoir une croyance religieuse		Protecteur.
C	Le fait d'avoir un trouble de la personnalité	X	Tout trouble psychiatrique (trouble bipolaire, anorexie mentale ++)
D	Le fait d'avoir perdu un parent jeune	X	
E	Le fait d'avoir des enfants		Protecteur.

<b>Nom de la question</b>	4
<b>Énoncé</b>	Vous explorez plus en détail le risque suicidaire. Il vous explique qu'il possède chez lui un vieux fusil de chasse, qu'il a déjà imaginé s'en servir par le passé, mais qu'il n'a pas prévu de le faire pour l'instant. Il est en demande d'aide.
<b>Question</b>	A propos du tableau de Mr. V., quelle est(ont) la(les) réponse(s) vraie(s) ?

	Texte proposition
A	Ce patient présente des facteurs de risque de suicide abouti
B	La dangerosité est importante
C	L'urgence est faible
D	L'urgence est élevée
E	La dangerosité est faible

<b>Nom de la question</b>	4
<b>Énoncé</b>	Vous explorez plus en détail le risque suicidaire. Il vous explique qu'il possède chez lui un vieux fusil de chasse, qu'il a déjà imaginé s'en servir par le passé, mais qu'il n'a pas prévu de le faire pour l'instant. Il est en demande d'aide.
<b>Question</b>	A propos du tableau de Mr. V., quelle est(ont) la(les) réponse(s) vraie(s) ?

	Texte proposition	correct	Commentaire proposition
A	Ce patient présente des facteurs de risque de suicide abouti	X	Homme, âge.
B	La dangerosité est importante	X	Dangerosité = létalité + accessibilité (ici arme à feu chez lui).
C	L'urgence est faible	X	En demande d'aide, pense au suicide sans scénario précis.
D	L'urgence est élevée		
E	La dangerosité est faible		