

# Urgences psychiatriques et addictions

DESC addictologie

R. GOUREVITCH, CPOA, GHU Paris - hôp. Sainte-Anne

10 mars 2021

# Préambule: la situation d'urgence psychiatrique

2

- « *Il n'y a pas d'urgence, il n'y a que des gens pressés* »: c'est dépassé!
- Nécessité d'une réponse urgente (mais souple et graduée), à défaut risque d'aggravation
- Qui demande, pour quel motif, dans quel contexte?
- Pourquoi aujourd'hui? Pourquoi ici?
- L'urgence psy est situationnelle plus que diagnostique
- L'urgence est ressentie par l'un des protagonistes: est urgente toute demande dont la réponse ne peut être différée sous peine d'aggravation
- Crise : notion plus psychologique ou interactionnelle



# Une proposition de classification

3

1. Crises situationnelles
  2. Moments aigus d'une pathologie, connue ou inaugurale
  3. Pathologies mixtes ou intriquées (somato-psychiatriques)
  4. Demandes urgentes de l'entourage pour une situation ancienne (urgences surajoutées)
- ... en tout cas entre un amont et un aval!

# Étapes de l'orientation en urgence

4

- Accueil (par qui?), priorisation plus ou moins formalisée
- Formulation de la demande
- Reconstitution de l'anamnèse
- Observation clinique (de quel temps dispose-t-on?)
- Contact avec l'entourage (limiter le nombre)
- Histoire reconstituée auprès de tiers professionnels
- Investigations médicales
- Investigations légales, conflits d'intérêts, libre choix
- Synthèse, concertation
- Orientation et faisabilité de celle-ci à vérifier auprès des correspondants et services d'aval

# L'urgence échappe-t-elle à la règle?

5

## Une conduite à tenir médicale

- Mais quid de l'urgence survenant hors des lieux ad hoc?
- Non pas une évaluation exhaustive mais le recueil des éléments nécessaires à la prise de décision
- Tenant compte du contexte +++

## Des principes légaux

- À contrebalancer par la primauté donnée aux soins et la nécessité d'assistance
- Obligation de moyens vs négligence ou défaut de surveillance

## Quelques dérogations liées à l'urgence

- Comportements violents
- Conduites suicidaires

# La question de la sortie contre avis médical

6

En l'absence de péril imminent

Tout en facilitant l'accès aux soins ultérieurs

Et sans exclure l'introduction d'un traitement

La CPU est presque toujours une bonne idée



# Ne pas se laisser hypnotiser par le médicolégal

7

## Mais

- Protocoliser
- Collégialiser
- Synthétiser
- Argumenter
- Remplir l'obligation de moyens
- Tracer



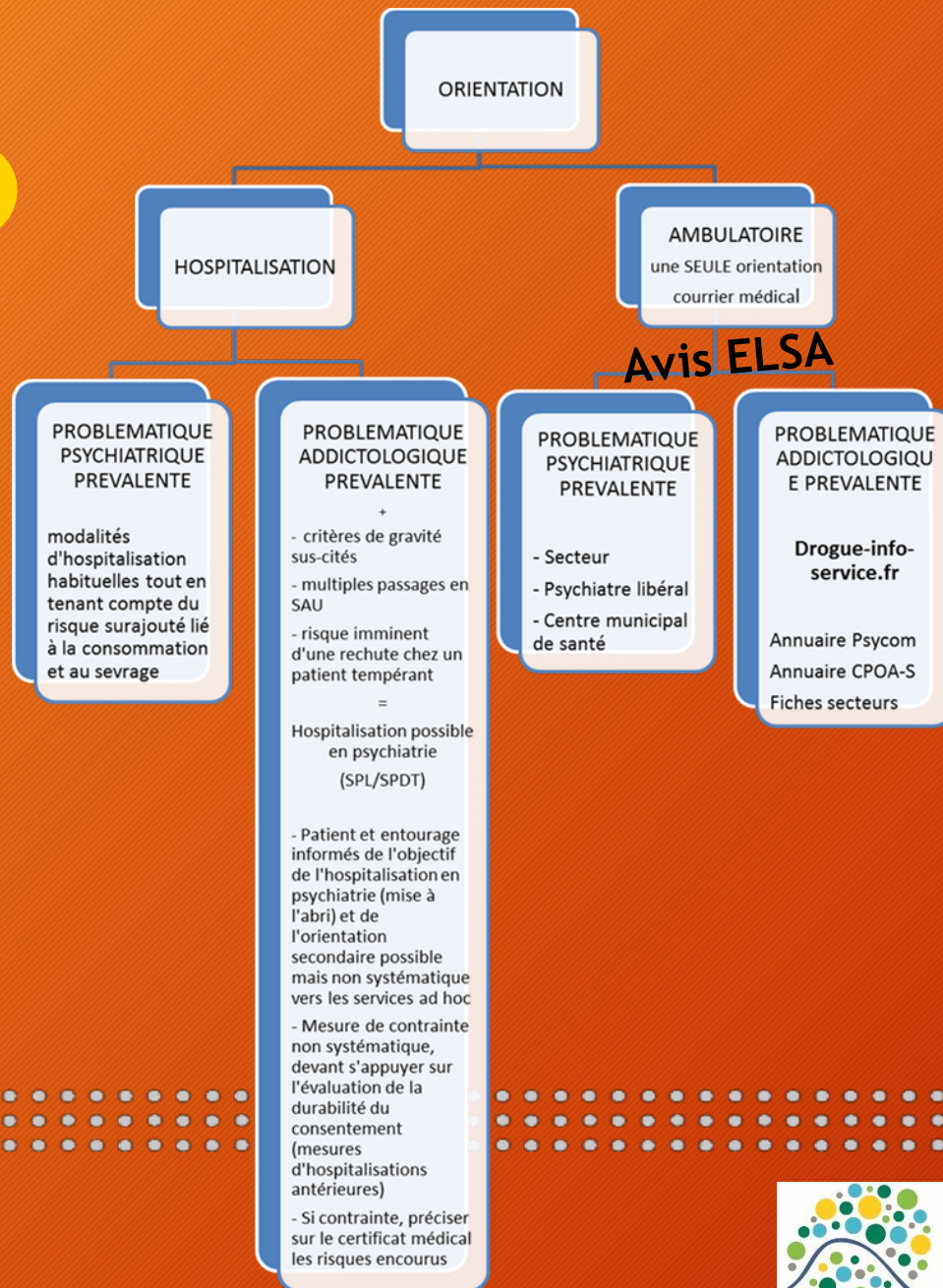
## Position psychiatrique traditionnelle relative aux substances psychoactives et à l'alcool : exemple au CPOA

1. Evaluer l'état somatique et l'éventuelle nécessité de soins immédiats en service de Médecine.
2. En cas d'ivresse aiguë, adresser en service de médecine ou garder en observation prolongée au CPOA
3. En cas de demande de sevrage en urgence, l'hospitalisation est contre-indiquée. L'hospitalisation pour sevrage doit se faire après un suivi ambulatoire avec projet de postcure.
4. Bien évaluer l'état psychiatrique. Abus du diagnostic de dépression sous l'emprise du produit.
4. Le contact avec la famille, s'il est nécessaire, doit se faire séparément. En effet, l'entretien avec tout le groupe familial, en urgence, est alors contre-indiqué.
5. Si l'hospitalisation est incontournable du fait du débordement familial : hospitalisation en S.P.D.T.
6. En cas d'angoisse, de sthénicité, l'isolement du patient dans une chambre, y compris avec une sédation médicamenteuse apporte de bons résultats, et n'est pas contradictoire avec la non-hospitalisation.



# Position psychiatrique traditionnelle relative aux substances psychoactives et à l'alcool : exemple au CPOA

1. Evaluer l'état somatique et l'éventuelle nécessité de soins immédiats en service de Médecine.
2. En cas d'ivresse aiguë, adresser en service de médecine ou garder en observation prolongée au CPOA
3. **En cas de demande de sevrage en urgence, l'hospitalisation est contre-indiquée.** L'hospitalisation pour sevrage doit se faire après un suivi ambulatoire avec projet de postcure.
4. Bien évaluer l'état psychiatrique. Abus du diagnostic de dépression sous l'emprise du produit.
4. Le contact avec la famille, s'il est nécessaire, doit se faire séparément. En effet, l'entretien avec tout le groupe familial, en urgence, est alors contre-indiqué.
5. **Si l'hospitalisation est incontournable du fait du débordement familial : hospitalisation en S.P.D.T.**
6. En cas d'angoisse, de sthénicité, l'isolement du patient dans une chambre, y compris avec une sédation médicamenteuse apporte de bons résultats, et n'est pas contradictoire avec la non-hospitalisation.



**Aujourd'hui une position plus nuancée... donc moins reproductible**

# Des demandes d'hospitalisation parfois inappropriées

11

Monsieur A est accompagné au CSAPA par sa famille excédée. Il prend tellement de toxiques que son entourage ne peut les énumérer, du reste lorsque vous le voyez il vocifère, alcoolisé. Son entourage, très nombreux, exige une hospitalisation immédiate et parle de non-assistance à personne en danger.

Monsieur C vient de lui-même voir son généraliste. Il sanglote, demande à être aidé: s'il n'arrête pas la cocaïne c'est fini avec sa petite amie, elle le lui a signifié aujourd'hui même. Il demande à être hospitalisé, faute de quoi il ne lui reste plus qu'à mourir.

Monsieur D a anticipé son deuxième rendez-vous en addictologie. Lors du premier contact il avait été question d'hospitalisation parmi les moyens à envisager pour traiter son problème d'alcool, et cette fois il est décidé : il demande une admission aussi rapide que possible en service spécialisé.

*Place de l'entourage*

## Place de l'hospitalisation dans la prise en charge en addictologie

# En urgence en cas de complications, programmée dans un objectif de sevrage ou de post-cure

La prise en charge des addictions, avec ou sans produit, s'inscrit dans un cadre de soins au long cours. L'objectif est l'arrêt du comportement addictif avec interruption de l'intoxication et maintien de l'abstinence par la prévention des rechutes à long terme. La phase de sevrage ne représente qu'une étape dans une démarche globale, multidisciplinaire, et associant des approches médicamenteuse, psychothérapeutique et socio-éducative.<sup>1</sup>

Trois cadres de traitements sont possibles selon le type d'addiction, les caractéristiques cliniques du patient, sa motivation et son environnement : les soins ambulatoires (médecine et pharmacie de ville, centres spécialisés et microstructures), l'hospitalisation (complète ou partielle) et les centres résidentiels.<sup>2,3</sup>

Le suivi est généralement réalisé en ambulatoire, accompagnant le patient dans une démarche de changement qui modifie profondément les différents champs de sa vie quotidienne et de sa personnalité. De nombreuses études ont montré qu'il existait peu de différences en termes d'efficacité mais des avantages en termes de coûts si l'on compare les soins ambulatoires aux soins en hospitalisation.<sup>3,4</sup>

L'hospitalisation occupe ainsi une place particulière dans les prises en charge addictologiques. Parfois réclamée en urgence et pas toujours à bon escient (v. encadré), elle est souvent attendue par les familles comme le traitement idéal et définitif du problème. Autrefois considérée comme étant la référence, notamment pour le sevrage, l'hospitalisation reste une modalité utile dont les indications vont être discutées dans cet article. Deux situations sont distinguées : l'hospitalisation en urgence et les hospitalisations programmées (v. figure et encadré, p. 684).

En amont, il faut retenir que l'évaluation, tant addictologique que psychiatrique, d'un patient ayant une intoxication aiguë, est impossible en raison des troubles de tous ordres induits par les substances consommées. Dans un tel cas, c'est une prise en charge dans un service d'accueil des urgences qui est préconisée. S'il est parfois possible dès lors de prendre contact avec l'entourage afin d'évaluer la situation dans sa globalité, c'est à distance que se fera l'orientation.

### Hospitalisation en urgence

La demande de sevrage en urgence, qu'elle soit exprimée par le patient ou par son entourage, répond le plus souvent à une crise. La majorité des services d'addictologie n'hospitalisent pas dans ces situations ; les hospitalisations étant alors vouées à l'échec, la confusion entre situation de crise et soins addictologiques conduisant régulièrement à l'arrêt prématuré des soins.<sup>5</sup> L'urgence éventuelle de l'hospitalisation n'est pas liée au soin addictologique en soi mais bien au retentissement immédiat somatique ou psychiatrique de la conduite addictive, ou à ses comorbidités.

### DES HOSPITALISATIONS RÉCLAMÉES

- Monsieur A. est accompagné au centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) par sa famille excédée. Il prend tellement de toxiques que son entourage ne peut les énumérer, du reste lorsque vous le voyez il vocifère, alcoolisé. Son entourage, très nombreux, exige une hospitalisation immédiate et parle de non-assistance à personne en danger.
- Monsieur C. vient de lui-même voir son médecin généraliste. Il sanglote, demande à être aidé : s'il n'arrête pas la cocaïne c'est fini avec sa petite amie, elle le lui a signifié aujourd'hui même. Il demande à être hospitalisé, faute de quoi il ne lui reste plus qu'à mourir.
- Monsieur D. a anticipé son deuxième rendez-vous en addictologie. Lors du premier contact, il avait été question d'hospitalisation parmi les moyens à envisager pour traiter son problème d'alcool, et cette fois il est décidé : il demande une admission aussi rapide que possible en service spécialisé.

ANNE-KRISTELLE  
TREBALAG\*,  
CHLOÉ LUCET\*\*,  
NATHALIE DANON\*,  
RAPHAËL  
GOUREVITCH\*\*

\* Centre psychiatrique  
d'orientation  
& d'accueil  
(Dr R. Gourevitch)

\*\* Service  
d'addictologie  
(Dr X. Laquellie),  
centre hospitalier  
Sainte-Anne, Paris,  
France

[r.gourevitch@ch-sainte-anne.fr](mailto:r.gourevitch@ch-sainte-anne.fr)

A.-K. Trebalag,  
N. Danon  
et R. Gourevitch  
déclarent n'avoir  
aucun lien d'intérêts.  
C. Lucet déclare  
avoir participé à des  
colloques pour Indivior  
et avoir été prise en  
charge lors de congrès  
par Lundbeck.

TREBALAG A.K. & al.  
La revue du Prat 2018; 68: 683-6

# En cas d'intoxication aiguë: pas d'évaluation possible au plan psychiatrique ni addictologique... ce qui n'interdit pas l'investigation

Etiquette patient	Dossier de prescription et de surveillance des patients en état d'ivresse éthylique aiguë au CPOA	Heure d'arrivée
-------------------	---	-----------------

Ce document est une aide à la prise de décision mais celle-ci dépend essentiellement de la clinique, tenant compte également de l'état du service.

En cas de doute, ne pas hésiter à prendre avis téléphonique auprès : (A TRACER DANS LE DOSSIER)

- de la permanence de soins somatiques du GHU (82 20 en journée, 06 82 28 09 55 en garde)
- du SAU (Cochin 01 58 41 27 21)
- des réanimateurs en cas d'urgence vitale (poste 4848)

Si décision de garder le patient au CPOA, prévenir l'entourage qu'un transfert ultérieur en SAU reste toujours possible selon les réévaluations régulières.

Quelques repères néanmoins pouvant argumenter le transfert en urgence en SAU :

CLINIQUE	PARACLINIQUE
<ul style="list-style-type: none"> <li>score de Cushman &gt;14</li> <li>Hypoglycémie &lt; 3,3 mmol/L</li> <li>Hypothermie &lt; 35°C</li> <li>Baisse de SaO2 &lt;95%</li> <li>Glasgow 8-13</li> <li>Glasgow - 2 points en une heure</li> <li><b>Glasgow &lt; 8 : appel du réanimateur</b></li> </ul>	<p>Si bilan sanguin réalisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Alcoolémie &gt;3g/l selon la tolérance et les autres arguments cliniques associés (notamment chez le mineur et le non alcoolique chronique)</li> <li>TP &lt; 50%</li> <li>Signes d'hépatite aiguë</li> <li>Signes de pancréatite aiguë</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Convulsions</li> <li>Signes de localisation neurologique</li> <li>Traumatisme crânien</li> <li>Lésions traumatiques</li> </ul>	<p>Si ECG réalisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anomalies à l'ECG</li> </ul>
<p>Autres éléments à discuter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Age : mineur ou personne âgée</li> <li>Instabilité hémodynamique</li> <li>Comorbidités somatiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prise concomitante toxiques ou médicaments</li> <li>ATCD de sevrage compliqué</li> <li>ATCD d'ivresse éthylique compliquée</li> <li>Autres perturbations du bilan biologique</li> </ul>

## Recommandations thérapeutiques

Ivresse Ethylique Aigüe

- **Ethylomètre et prise des constantes avec DEXTRO**
- Installer le patient en box et privilégier la position semi-assise
- Hydratation per os +/- vitamine B1 (1g/j) per os.
- Si agitation : traitement par benzodiazépines à demi-vie longue de préférence type DIAZEPAM 10mg (SERESTA 50mg si contre-indication au DIAZEPAM)
- Si agitation persistante : discuter contentions mécaniques +/- Neuroleptiques sédatifs après ECG (éviter TECIAN au vu du risque d'hypotension artérielle, privilégier LOXAPAC 50mg)

Syndrôme de sevrage (signes apparaissant normalement dans les 8 heures après dernière ingestion)

- **Ethylomètre et prise des constantes avec DEXTRO**
- Installer le patient en box et privilégier la position semi-assise
- Hydratation per os +/- vitamine B1 (1g/j) per os
- Benzodiazépines à demi-vie longue type DIAZEPAM 10mg toutes les 4 heures (SERESTA 50mg si contre-indication au DIAZEPAM) jusqu'à disparition des tremblements et selon Cushman
- Si agitation/troubles sensoriels : privilégier neuroleptiques type TIAPRIDAL 100mg après ECG

Dossier de prescription et de surveillance des patients en état d'ivresse éthylique aiguë au CPOA

RECUEIL DONNEES MEDICALES (Nom du médecin : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_)

Signes de localisation neurologique :	oui	non	non documenté
Traumatisme crânien :	oui	non	non documenté
Lésions traumatiques :	oui	non	non documenté
ATCD de sevrage compliqué :	oui	non	non documenté
Prise de toxiques ou médicaments concomitants :	oui	non	non documenté
Comorbidités/ ATCD médico-chirurgicaux et psychiatriques :	oui	non	non documenté

SCORE DE GLASGOW [ à noter par le médecin]

	Réponse oculaire Y (ouverture des yeux)	Réponse verbale V	Réponse motrice M (aux ordres, à la douleur)
1	Aucune	Aucune	Aucune
2	Doit être	Sons	Extension
3	Appel	Mots	Flexion stéréotypée
4	Normale	Confuse	Flexion simple
5		Normale	Dirigée vers douleur
6			Normale

SCORE DE CUSHMANN [à indiquer sur la feuille de surveillance IDE]

	0	1	2	3
Pouls*	< 80	81-100	101-120	> 120
PA systolique**	< 135	136-145	146-155	> 155
Fréquence respiratoire*	< 16	16-25	26-35	> 36
Tremblement	0	De la main en extension	Tout le membre supérieur	Généralisé
Sueur*	0	Paumes	Paumes et front	Profuse
Agitation	0	Discrète	Généralisée, contrôlable	Généralisée, incontrôlable
Troubles sensoriels	0	Généralisés	Hallucination critiquée	Hallucination non critiquée

\* Critères valables en l'absence de fièvre (température < 38 °C).

\*\* Critères valables entre 31 et 50 ans. Ajouter 10 mm de Hg au-delà de 50 ans.

0-7 minime      Score et intensité      15-21 sévère  
8-14 moyenne

# Quelle pertinence de l'hospitalisation en urgence?

14

Plus souvent en raison des complications ou des comorbidités

...

qu'elles soient somatiques ou psychiatriques

...

que pour un motif strictement addictologique



# Hospitalisations urgentes en psychiatrie en contexte addictologique

15

- À distance de l'intoxication aiguë
- Recherche des troubles mentaux secondaires, comorbides, ou à l'origine des consommations
- Et exploration addictologique: dépendance? Demande?...
- Urgences psychiatriques « classiques » fréquentes dans ce contexte.
- Attention aux rationalisations et au sous-diagnostic!
- Parfois simple mise à l'abri: le signifier explicitement

- “ Pour apprécier la sévérité des troubles mentaux et la nécessité de soins immédiats, il est proposé de rechercher :
- un risque suicidaire ;
  - un risque d'atteinte potentielle à autrui ;
  - une prise d'alcool ou de toxiques associée ;
  - un délire ou des hallucinations ;
  - des troubles de l'humeur ;
  - le degré d'incurie.
- ”

HAS 2005

## Hospitalisations contraintes

16



- “ Pour apprécier la sévérité des troubles mentaux et la nécessité de soins immédiats, il est proposé de rechercher :
- un risque suicidaire ;
  - un risque d'atteinte potentielle à autrui ;
  - **une prise d'alcool ou de toxiques associée ;**
  - un délire ou des hallucinations ;
  - des troubles de l'humeur ;
  - le degré d'incurie.
- ”

HAS 2005

## Hospitalisations contraintes

17

## INTOXICATION AIGÜE → PRISE EN CHARGE INITIALE EN SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES (SAU)

- Évaluation somatique générale et spécifique selon le ou les produits
- Prévention des complications de sevrage
- Évaluation de l'indication d'hospitalisation à distance de l'intoxication selon :
  - ✓ le trouble addictif : nature du produit, rapport au produit et caractéristiques de l'usage
  - ✓ les comorbidités somatiques et psychiatriques ✓ l'environnement du patient ✓ la demande de soins

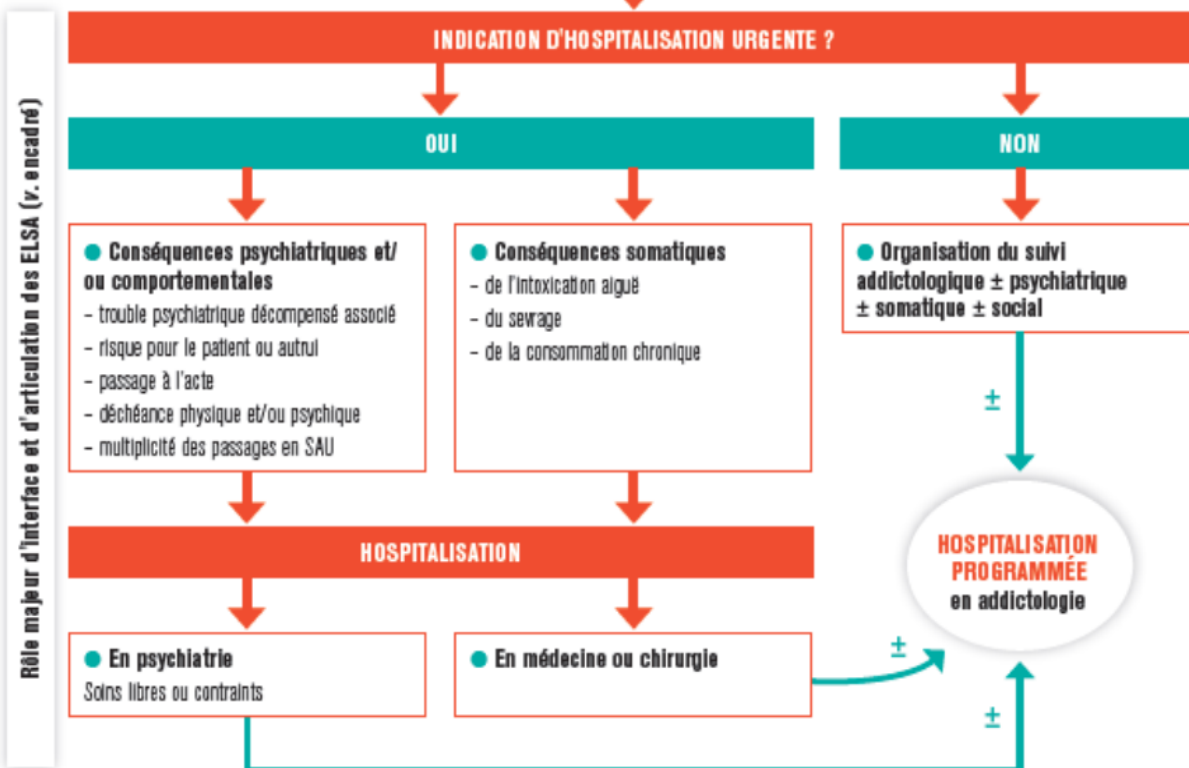


Figure. Orientation du patient intoxiqué, place de l'hospitalisation. ELSA : équipe de liaison de soins en addictologie.

# Pour l'anecdote, devenir de la population consultant au CPOA pour motif addicto ...

## En 2014

- >60% d'hospitalisations en psychiatrie en urgence
- Dont >60% en ASPDT

## En 2019

- 30% d'hospitalisations en urgence en psychiatrie
- Dont <30% en ASPDT

# Conclusion: la prise en charge aux urgences

20

- **L'hospitalisation en psychiatrie en urgence autrefois « contre-indiquée »... était pourtant très fréquente**
- **Les hospitalisations sont devenues plus rares mais plus souvent consenties**
- **Importance de l'entourage**
- **La durabilité du consentement est un des paramètres à prendre en compte**
- **En cas d'orientation ambulatoire privilégier une orientation unique**
- **Les psychiatres doivent tenir compte de l'avis des addictologues, en amont comme en aval**

***Merci de votre attention***