

Le Scope N° **44**
 Le bulletin de l'urgence SpO2 **99** %
 P.N.I. **06**
2024

Coordination et publication : **Pierrick TRUPIN**
 Supervision médicale : **Dr Nicolas NODET**

Verifié par

La Bouffée Délirante Aigüe

La prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques fait également partie du quotidien des services d'urgences. Les urgences psychiatriques représentent environ 10 % des motifs de consultation aux urgences. Bien différentes dans leurs gestions par rapport aux urgences somatiques, elles demandent une approche particulière, trop peu abordée... Ce bulletin propose d'aborder une pathologie fréquemment rencontrée lors des épisodes délirants aux urgences : la bouffée délirante aigüe (B.D.A.).

« C'est bien la pire folie que de vouloir être sage dans un monde de fous » Erasme



Coup de couteau lors d'un repas familial



Source image : <https://www.notretemps.com>

Samedi, 15h10. Les secours sont appelés pour une «Plaie par arme blanche». L'intervention se passe au domicile d'un homme d'une vingtaine d'années qui vient de porter un coup de couteau au niveau du thorax de sa tante, en plein milieu du repas de famille. Les proches sont autant horrifiés que surpris de cet acte de la part d'un membre de la famille, pourtant si calme et discret d'habitude. Sont au départ : un VSAV, un SMUR, un chef de groupe et les forces de l'ordre.

A l'arrivée sur les lieux, les secours trouvent une femme de 43 ans en arrêt-cardio respiratoire. A l'arrivée de l'équipe médicale, des gestes de réanimation sont immédiatement entrepris. La victime est intubée, et une thoracostomie de décharge est entreprise. La perte sanguine, massive, diminue les chances de réussite. Le médecin prononce le décès après 30 minutes de réanimation. L'auteur des faits est interpellé par les forces de l'ordre. Il est calme et affecté par la par la situation. Il explique «qu'une voix» lui a ordonné «de faire quelque chose» parce

que «le diable se cachait dans le corps de sa tante et qu'un drame allait arriver». Il dit ne pas regretter son geste. Plutôt bon élève et joueur de tennis, il n'est pas connu des forces de l'ordre. D'un naturel discret, il a très peu d'amis car il «ne partage pas toujours leurs idées». Pendant son audition en garde à vue, il explique que la veille il a fumé du T.H.C. avec un ami, à la sortie de la séance de sport. Il a été transféré en service de psychiatrie à la suite de son expertise.



Le Scope : Le bulletin de l'urgence - <https://www.le-scope.com>

Suivez-nous sur les réseaux sociaux : Le Scope - le_scope_ - Contact : lescope.contact@gmail.com

Un ciel serein... ou nuageux ?

LA BOUFFÉE DELIRANTE AIGÛE EST UN ETAT PSYCHOTIQUE AIGU ET TRANSITOIRE SE CARACTERISANT PAR UN EPISODE DE CRISE AVEC UN IMPORTANT TROUBLE DU COMPORTEMENT

Le phénomène de Bouffée Délirante Aigüe (B.D.A.) est généralement décrit, à cause de sa soudaineté, comme un «coup de tonnerre dans un ciel serein». Cette image permet d'illustrer la rapidité, voire la brutalité avec laquelle un évènement délirant peut se produire.

Les facteurs de risques de B.D.A. sont connus. Les troubles de la personnalité se retrouvent fréquemment chez les personnes en crise. Une adaptation socio-professionnelle difficile ou la déficience mentale sont également des facteurs favorisant d'un épisode délirant.

Par ailleurs, il existe aussi des facteurs déclenchants, qui peuvent être à l'origine d'un état de crise :

- La consommation de substances toxiques (cannabis, drogues...) ou toute autre substance psychoactives...
- Le surmenage, le manque de sommeil ou l'insomnie
- Un état de stress aigu, un deuil ou une rupture sentimentale
- Un confinement, un enfermement...
- Les décompensations survenant après un accouchement sont de nos jours beaucoup plus rares (psychoses puerpérales)



LA UN CONSOMMATEUR DE CANNABIS, MEME OCCASIONNEL, PRESENTE 29 FOIS PLUS DE RISQUES DE FAIRE UNE B.D.A. QU'UN NON-CONSOMMATEUR

LA BOUFFÉE DELIRANTE AIGUE SURVIENT GÉNÉRALEMENT CHEZ L'ADOLESCENT OU LE JEUNE ADULTE

Un évènement majeur : la crise

Mécanisme physiopathologique : L'expérience délirante commence brutalement, lorsque les mécanismes de défense psychiques sont dépassés. Les mécanismes de défenses sont des phénomènes mentaux inconscients, présents chez tout le monde (déné, rationalisation, refoulement...). Ils servent de protection contre les émotions et idées négatives qui arriveraient à notre conscience, afin d'éviter un effondrement psychique. Lors d'un épisode de B.D.A., cette brutale **désorganisation psychique, souvent accompagnée d'un délire fondé sur de fausses croyances**, altère le comportement de la personne aboutissant ainsi à un état de crise psychologique.

Le tableau clinique : Le tableau clinique est fluctuant et non systématique. Toutefois, des similitudes se retrouvent chez les patients pris en charge :

- **Un grave trouble du comportement** : Le malade est agité. Il vit pleinement son délire. Lorsque la personne est violente, on parle de crise clastique. Cette agitation passe rarement inaperçue, favorisant le déclenchement des secours.
- **Présence d'un discours délirant** : le patient n'est ni crédible, ni cohérent. Le discours est désordonné. Les idées délirantes sont très présentes rendant le dialogue difficile.
- **Un sentiment de dépersonnalisation ou de dédoublement de personnalité** : La personne à l'impression de ne plus être elle-même (parfois décrite comme « en transe »).
- **Présence d'une anxiété majeure** avec troubles de l'humeur mais rarement de troubles de la conscience (même si certains troubles confusionnels peuvent se rencontrer).



Source image : <https://www.calameo.com>

Une réalité personnelle : le délire

Le délire peut se définir comme une croyance irréductible et inébranlable à une conception fautive de la réalité. Elle se différencie de l'erreur par le caractère systématique, incorrigible, inattaquable par le témoignage d'autrui et d'autres expériences vécues par le sujet. Dans la B.D.A., le délire **apparaît rapidement**, de quelques heures en quelques jours. Il est **riche et intense**. L'ensemble des signes extérieurs permettant d'évaluer un phénomène délirant peut se regrouper en 6 caractéristiques, mémorisables facilement grâce à l'acronyme T.O.M.A.T.E. :



Source image : <https://www.lanouvellerepublique.fr>

THEME

De quoi parle son délire ? Quel est le sujet ?

Ils sont variables et peuvent se cumuler, les principaux thèmes sont :
Persécution (conviction d'être la victime de préjudices) **Revendication**
Mégalomane (idées fausses de grandeur ou de puissance)
Passionnel (jalousie ou érotomaniaque), **hypochondriaque**...

ADHESION

Partielle ou totale ?

A quel point le sujet adhère-t-il à son délire ?
Est-il dans une croyance inébranlable ou tient-t-il encore
compte de la réalité ?

ORGANISATION

Le délire est-il organisé ?

Le délire est-il bien organisé et structuré ou reste-t-il flou sur certains
points ?

TYPE

Aigu ou chronique ?

S'agit-il d'un épisode nouveau ou d'une recrudescence
d'un épisode délirant déjà rencontré ?

MECANISME

Par quels mécanismes se manifeste le délire ?

Interprétation (fausse interprétation de la réalité), **imagination** (idée
extraordinaire), **intuition**, **hallucinations** (auditive, visuelle, sensitive...)

ÉTENDUE

Quelle est l'étendue du délire ?

Le délire envahit-il toute la vie du sujet ou ne concerne-t-il
qu'une partie (travail, voisinage, famille) ?



Principe de l'action de secours

Compte-tenu de l'importance des troubles du comportement et de l'état d'agitation psychomotrice, la bouffée délirante aiguë est une urgence psychiatrique. Dans ce contexte, l'appel aux services de secours (sapeurs-pompiers, équipe médicale) et/ou aux forces de l'ordre est en général rapide. Le principe de l'action de secours se déroule selon plusieurs objectifs :

- **Mettre en sécurité les personnes** : L'état d'agitation de la personne en crise peut générer une agressivité et un climat violent pouvant nécessiter une mise en sécurité de la victime elle-même, mais aussi de son entourage ou des témoins éventuels. Le recours aux forces de l'ordre s'avère très précieux dans ce contexte. Comme dans toute action de secours, la sécurité des intervenants est primordiale. En ultime recours, la contention physique peut être indiquée, pour limiter les dommages que la personne agressive peut infliger aux autres ou à elle-même.
- **Apaiser les troubles** : L'idée de manœuvre consiste à (tenter) établir une relation de confiance avec la victime permettant le dialogue afin de prendre en charge la souffrance du malade (anxiété intense)... Le recours aux neuroleptiques s'impose quasi inévitablement. L'administration se fait *per os*, si la personne accepte le traitement ou par injection intramusculaire. De plus en plus, l'administration par voie intra-nasale facilite l'administration des thérapeutiques. Le traitement médicamenteux peut être complété par des anxiolytiques ou des hypnotiques, en fonction de la situation.
- **Négocier ou organiser une hospitalisation** : Face à de graves troubles du comportement, l'hospitalisation en service spécialisé s'impose. Le recours à la négociation (pour l'adhésion aux soins) peut s'avérer nécessaire. Devant le refus quasi systématique du patient, une mise en placement est nécessaire.



Le passage par les urgences

Le début de la prise en charge commence souvent aux urgences. Service d'accueil pour ces patients, son passage doit permettre un examen préalable du patient pour écarter les autres causes somatiques (examen neurologique, scanner cérébral, dosage des substances toxiques...) pouvant expliquer l'apparition ou l'exacerbation des troubles du comportement. Les personnes âgées sont très sujettes aux troubles du comportement. Les personnes âgées en cas de dysfonctionnement somatique (fièvre, constipation, rétention d'urines...). Les urgences doivent également s'assurer que l'état du patient est compatible avec une prise en charge psychiatrique et que les éventuelles intoxications ne causeront plus d'effets secondaires (alcool, drogues, intoxication médicamenteuses...). Un E.C.G. est généralement réalisé pour écarter les contre-indications aux neuroleptiques. C'est également aux urgences que le patient pourra être évalué par l'équipe pluridisciplinaire de la psychiatrie de liaison (infirmière et psychiatre), pour déterminer le besoin d'une hospitalisation.

Source image : <https://www.science-et-vie.com>



Les différents modes de placement et la privation de liberté

Si au quotidien, la réalisation des soins repose sur un consentement libre et éclairé du patient, lors d'une prise en charge psychiatrique, celui-ci est difficile voire impossible à obtenir. Afin de protéger les personnes, la loi encadre la manière dont il est possible de les prendre en charge contre leur grès. Cette disposition législative s'appelle «placement». Il en existe plusieurs formes en fonction de la situation. Le mode d'hospitalisation le moins contraignant est le Soins Psychiatriques Libres.

Dans ce cas de figure, le patient reste toutefois sous l'autorité du médecin et une démarche administrative est à respecter en cas de volonté d'arrêt des soins. C'est sous ce mode administratif que sont accueillis les patients dans les établissements de soins psychiatriques privés. En revanche, les services de soins intensifs psychiatriques (U.S.I.P.) ou les unités pour malades difficiles ne prennent en charge que des patients en placement...

Soins Psychiatriques Libres

- Patient qui se place librement sous l'autorité du médecin

Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers : Procédure Normale

- Remplissage de **2** certificats médicaux **circonscanciés** + 1 demande de tiers

Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers : Procédure d'Urgence

- Remplissage de **1** certificat médical **circonscancié** + 1 demande de tiers

Soins Psychiatriques en situation de Péril Imminent

- Pas de recours aux tiers possible (une recherche doit être entreprise et justifiée)
- 1 certificat médical **circonscancié** et **justifiant des troubles constatés** et des **risques immédiats** pour le patient (*Loi L 3212-1 du Code de Santé Publique*)

Soins Psychiatriques sur Demande du Représentant de l'Etat

- Notion de **danger immédiat** pour autrui et la **sécurité publique**
- 1 certificat médical **circonscancié** + **1 certificat du représentant de l'état** (maire, adjoints...)
- Mode de placement **des détenus** devant être hospitalisés en dehors d'un établissement pénitentiaire (Article D 398 du code pénal)

>> La rédaction des certificats : La rédaction des certificats initiaux se fait généralement par les médecins urgentistes/S.M.U.R. ayant constaté les troubles. En revanche, les certificats initiaux en cas de péril imminent ne peuvent pas être rédigés par un médecin exerçant dans l'établissement où le patient sera hospitalisé. Les autres certificats constitutifs du dossier seront faits selon ce schéma :

- Un médecin psychiatre évaluera le patient après 24h d'hospitalisation pour maintenir ou non le placement.
- Un troisième médecin psychiatre examinera le patient au bout de 72h
- Un examen médical tous les mois les six premiers mois puis une fois tous les six mois (si nécessaire).

>> L'audience par le Juge des Libertés et de la Détention : Toute personne qui a été contrainte par une mesure de placement doit être présentée dans les 12 jours qui suivent sa mise en placement initiale à un juge des libertés et de la détention (J.L.D.). Les soins sous contraintes étant assimilés à une privation de liberté, la procédure doit être examinée pour attester de la conformité de la démarche administrative. L'examen strict des pièces constitutives du dossier (présence des circonstances des certificats, conformité des données fournies, documents remplis intégralement...) permet de repérer les éventuels vices de forme, qui rendraient la procédure caduque. Au cours de cette audience, le patient est présent et souvent assisté d'un avocat. Le patient dispose à cette occasion d'un temps d'écoute, qui lui permet de formuler d'éventuelles revendications.

Exemple de certificat médical de placement

MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL

Admission en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers¹
(Article L 3212-1 II.1 du Code de la santé publique)

Je soussigné Docteur.....
(adresse).....
certifie avoir examiné ce jour, Mme/M.....
Né (e) le.....

Et avoir constaté (description de l'état mental et du comportement) :
.....
..... Il faut mentionner les symptômes recueillis (sans le diagnostic) et éventuellement les propos significatifs du patient à mettre entre guillemets.
.....

Les troubles mentaux dont souffre l'intéressé (e) rendent impossible son consentement et nécessitent des soins psychiatriques immédiats, assortis d'une surveillance médicale justifiant une hospitalisation.

Fait à.....
le.....

Signature

¹ Le 1^{er} certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade. Le 2^e certificat peut être établi par un médecin extérieur ou exerçant dans l'établissement accueillant le malade.
Les deux médecins ne doivent pas être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins.



Prendre en charge l'entourage de la personne

La prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques aigus demande également une prise en charge de l'entourage du patient. Chez les patients chroniques, la recrudescence des crises d'agitation ou d'épisodes délirants sont connus des proches, qui mettent en place des stratégies de défense. Parfois, le diagnostic de la personne en crise est même établi et connu. Dans le cadre d'une bouffée délirante aiguë, il s'agit d'un épisode inaugural, bouleversant parfois de manière importante la dynamique familiale. Premier épisode délirant. Première modification de son comportement au point de ne plus reconnaître la personne. Peut-être la première fois que la personne nous a fait peur. Premier contact avec la psychiatrie et ses représentations (asile, camisole...). Les raisons sont nombreuses et ne doivent pas être négligées par l'équipe intervenante. De la même manière que certaines doctrines prévoient l'intervention de deux équipes dans le cadre de la pédiatrie (une équipe pour l'enfant, une équipe pour les parents), il faut parfois considérer les proches comme victimes à part entière dans certaines situations.

Le devenir et l'évolution

En général, la Bouffée Délirante Aiguë guérie en quelques semaines, voire quelques jours. Le délai s'est considérablement raccourci depuis l'arrivée des neuroleptiques. Peu à peu, les productions délirantes cessent et la personne s'inscrit progressivement à nouveau dans la réalité. Elle commence alors à prendre conscience de l'expérience qu'elle a vécu, et du caractère pathologique de celle-ci, elle a la capacité de la critiquer. Dans le meilleur des cas, la guérison est complète, sans séquelle ni complication. Dans d'autres situations, un résidu psychotique peut persister. Le patient admet qu'il a été malade, mais reste persuadé que ce qui lui est arrivé est vrai. Des cas de récives sont possibles. Celles-ci vont permettre l'orientation vers un autre diagnostic. L'entrée dans la schizophrénie ou une autre forme de psychose chronique se produit dans environ 25 % des cas de B.D.A.

Dans ce cas, un traitement de fond par neuroleptiques (par comprimés ou injection retard en I.M.) permet de limiter le risque de rechute. Après la survenue de telles crises, certaines personnes s'isolent de leur entourage. Il faut alors un étayage et un suivi solide pour leur permettre de continuer à rester insérés dans la société et poursuivre leur traitement.

Les *Take Home Messages* :

- **La bouffée délirante aiguë est un état psychotique aigu et transitoire se caractérisant par un épisode de crise avec un important trouble du comportement**
- **Toute première B.D.A. est un trouble somatique jusqu'à preuve du contraire (globe urinaire, fécalome, tumeurs cérébrales...). Ces diagnostics doivent être éliminés avant d'évoquer une pathologie psychiatrique. Ainsi, tout premier épisode de B.D.A. nécessitera une imagerie cérébrale dès que possible.**
- **Si l'arrivée est décrite comme brutale, elle est parfois prévisible et comporte même des facteurs déclenchants**
- **Le délire est une croyance irréductible et inébranlable à une conception fausse de la réalité.**
- **La contention physique ne doit être mise en place qu'en dernier recours mais, elle est bien souvent nécessaire. L'équipe doit être formée à cette pratique qui comporte de nombreux risques pour les soignants et pour le patient.**
- **La violence de certaines crises dans ce type de pathologie doit être anticipée. La prise en charge de ces patients nécessite plusieurs soignants pour garantir leur sécurité.**