

Liste des abréviations

AINS	Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens
CESAME	Centre de Santé Mentale Angevin
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, 10 ^e édition
DIM	Département d'Information Médicale
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
ECG	Électrocardiogramme
EEG	Électroencéphalogramme
HTA	Hypertension Artérielle
IRM	Imagerie à Résonance Magnétique
MMS	Mini-Mental State
RAU	Rétention Aiguë d'Urine
TDM	Tomodensitométrie
TOC	Troubles Obsessionnels-Compulsifs
TSH	Thyréostimuline
UPAO	Unité Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

PLAN

RÉSUMÉ

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

- 1. Échantillon**
- 2. Étude du Groupe 1, dit « Faux Positif »**
 - 2.1. Description du Groupe 1A, dit « Faux Psychiatrique »
 - 2.2. Description du Groupe 1B, dit « Non Psychiatrique »
 - 2.3. Évaluation des investigations portant sur le Groupe 1
- 3. Étude du Groupe 2 dit « Vrai Positif »**

DISCUSSION

- 1. Limites**
- 2. Les troubles psychiques d'origine iatrogénique**
- 3. Les troubles organiques à expression psychiatrique**
- 4. Profil des patients concernés**
- 5. Place du médecin somaticien**
- 6. Place du médecin psychiatre**
- 7. Place des investigations complémentaires**
- 8. Cas particuliers de la symptomatologie confusionnelle et de la personne âgée**
- 9. Participation organique aux décompensations psychiatriques**
- 10. Perspectives**

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

ANNEXES

RÉSUMÉ

Introduction : Les différentes intrications possibles entre trouble psychique et organique conduisent le praticien à ne plus penser de manière dichotomique. Particulièrement dans le cadre des troubles psychiatriques dus à une affection médicale générale. Repérer ces situations est un enjeu diagnostique, thérapeutique et pronostique. Nous proposons ainsi d'évaluer la proportion de ces patients en milieu psychiatrique et les investigations menées en amont de leur hospitalisation.

Matériel et méthode : 811 dossiers de patients hospitalisés en secteur psychiatrique ont été consultés sur une période de six ans. Ces derniers répondaient à au moins l'un des critères de recherche suivants : codage CIM 10 spécifique, transfert vers le milieu général (urgences ou service spécialisé) dans les 30 jours suivant l'admission, décès durant l'hospitalisation.

Résultats : Près de 10% de la population étudiée était concernée par une participation organique ou médicamenteuse dans la survenue de troubles psychiatriques. Parmi eux, 46.25% présentaient un trouble mental d'origine organique ou iatrogénique. Pour 37.5%, la symptomatologie dominante n'était pas psychiatrique et pour 16.25% le trouble psychiatrique aurait été précipité par un trouble organique.

Discussion : Le polymorphisme des situations tant dans le profil des patients concernés que dans les investigations réalisées en amont de l'hospitalisation rendent nécessaire une homogénéisation des prises en charge. Il s'agit de s'appuyer sur des éléments objectifs et de redéfinir la place du psychiatre et des examens complémentaires dans ce genre de cas.

Conclusion : Face à la diversité des symptômes et des étiologies rencontrés, nous devons acquérir des connaissances spécifiques et développer des outils décisionnels afin d'orienter nos prises en charge.

INTRODUCTION

Durant nos études de médecine, on nous enseigne que tout diagnostic psychiatrique ne peut être posé que lorsque toute autre pathologie organique a été éliminée. Le diagnostic psychiatrique est alors présenté comme un diagnostic d'exclusion ou d'élimination.

Cette réflexion pourrait induire l'idée que le psychiatre est exempt de cette recherche et sous-tendrait que l'éviction d'une autre origine aux troubles présentés a été faite en amont de toute hospitalisation en milieu psychiatrique.

En pratique, les intrications organiques et psychiques sont nombreuses. Il s'agit de dépasser une réflexion dichotomique pour une prise en charge globale et pertinente. Ainsi, le psychiatre sera confronté à la dimension organique dans sa pratique quotidienne, et ce, sous diverses modalités.

L'évaluation diagnostique est un enjeu crucial pour les sujets, tant sur le plan thérapeutique que pronostique. Dans ce contexte, le psychiatre doit être alerte sur un éventuel diagnostic différentiel. Les troubles psychiatriques secondaires à des affections médicales générales, induits par des substances ou des traitements médicamenteux sont nombreux et de présentations diverses (1,2). Il semble alors essentiel pour le médecin psychiatre de connaître ces troubles, de savoir les dépister et les diagnostiquer pour une prise en charge optimale.

Aussi, il n'est pas rare que soit évoquée une symptomatologie rattachée à une nature psychiatrique face à des troubles d'origine organique (3,4). Il convient pour le psychiatre de faire valoir son expertise dans ce genre de situation. Être sensibilisé à ces tableaux cliniques, repérer des signes inhabituels, pouvoir argumenter en faveur d'un diagnostic différentiel et

amener une réflexion collégiale et multidisciplinaire sont des atouts précieux tant les enjeux sont conséquents.

Enfin, nous ne pouvons nier les comorbidités organiques fréquentes présentées par les sujets souffrant de maladies psychiques, ou encore les effets secondaires généraux induits par les thérapeutiques utilisées dans notre pratique (5,6). Certains de ces troubles pourraient également être précipitants d'une décompensation du trouble psychiatrique. Avoir et conserver un bagage clinique global minimal est essentiel afin de pouvoir assurer la prise en charge de nos patients.

Ces situations nous poussent à ne pas penser de manière binaire organique *versus* psychiatrique. Elles concourent à mettre en avant une clinique psychiatrique s'appuyant sur une approche et des connaissances objectives sur lesquelles une étiologie organique peut se discuter. Il existe là un continuum autour duquel la collaboration entre praticiens est essentielle et à mettre en avant pour une prise en charge optimale.

Les implications organiques ou iatrogéniques dans les troubles psychiatriques posent divers enjeux (diagnostiques, thérapeutiques, pronostiques) qu'il est important d'évoquer. Il s'agit de mettre en avant la question du diagnostic différentiel d'origine organique et iatrogénique faisant partie courante de la pratique du médecin psychiatre et de l'y sensibiliser.

Ce travail a pour objet d'analyser les hospitalisations en milieu psychiatrique des sujets pour qui les troubles présentés sont liés à une composante organique ou iatrogénique et de décrire plus particulièrement les prises en charge en amont de l'hospitalisation. Il offre ainsi une évaluation de nos pratiques actuelles dans ce domaine afin de pouvoir proposer aux différents praticiens concernés des outils de réflexions et d'actions sur lesquels appuyer leurs démarches cliniques dans un souci de complémentarité.

MÉTHODES

Objectifs :

L'objectif principal de cette étude était de définir la proportion des troubles d'origine organique et iatrogénique en milieu psychiatrique.

Les objectifs secondaires étaient:

- De décrire la variation du nombre et de la durée de ces hospitalisations
- D'identifier les motifs de ces hospitalisations
- D'établir le profil des patients concernés
- D'évaluer les investigations cliniques et paracliniques effectuées en amont de l'hospitalisation

Lieu de l'étude

L'étude a porté sur les 7 secteurs de psychiatrie adulte ainsi que sur l'Unité Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation (UPAO) constituant les lieux d'admission du Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME) situé à Sainte Gemmes sur Loire (Maine et Loire). Ce Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) comprend 339 lits adultes dont 10 à l'UPAO et 19 lits enfants, pour un bassin de population estimé à près de 540 000 habitants. La file active est d'environ 11 000 adultes et 2200 enfants. Le nombre moyen d'hospitalisation par an est d'environ 3000 avec une durée moyenne de séjour de 46 jours.

Méthode de recrutement

Sur l'ensemble des patients hospitalisés entre le 1^{er} Janvier 2009 et le 31 Décembre 2015 en secteur adulte du CESAME, les sujets ont été recherchés parmi :

- Les patients dont le diagnostic (principal et/ou secondaire) correspondait à un codage CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10^e édition) F04 à F09, F54 et/ou tout autre codage que F, X et Z. Critère élargi aux codages F0 à F03 dans un second temps.
- Les patients transférés vers un hôpital général dans les 30 jours suivant leur admission, sans retour sur le CHS dans les trois mois suivant leur transfert.
- Les patients décédés durant leur hospitalisation

Cette étude a été réalisée après avis favorable du comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers en date du 09 Novembre 2016.

Sujets

Inclusion

Ont été inclus tous les patients dont l'hospitalisation était en lien avec une affection organique ou iatrogénique.

L'origine organique ou iatrogénique des troubles psychiatriques était retenue lorsqu'étaient remplis les critères d'imputabilité intrinsèque (chronologiques et sémiologiques) et extrinsèque (littérature) tels que définis dans la littérature dans le cadre des iatrogénies (7).

Ces critères ont été extrapolés pour établir le lien de causalité entre affection organique et symptomatologie psychiatrique.

Exclusion

Ont été exclus les patients dont l'hospitalisation était en lien avec une maladie neuro-dégénérative (les manifestations neuropsychiatriques s'inscrivant dans le cadre évolutif de la pathologie et pour lesquelles la prise en charge est avant tout symptomatique) ou liée à l'usage de substances (bien qu'exogènes, la nature et les soins de ces troubles sont d'ordre psychiatrique).

Les patients dont l'origine des troubles ne répondait pas aux critères d'imputabilité intrinsèque et extrinsèque ont également été exclus.

Répartition

Nous avons divisé l'échantillon en deux groupes :

Le Groupe 1, dit « faux positif » : regroupant les patients dont l'origine de leur symptomatologie était organique ou iatrogénique. Divisé lui-même en deux sous catégories :

- Groupe 1a, dit « faux psychiatrique » : regroupant les patients dont le motif d'admission correspondait à une symptomatologie psychiatrique d'origine organique ou iatrogénique.
- Groupe 1b, dit « non psychiatrique » : regroupant les patients pour lesquels une symptomatologie psychiatrique était évoquée avant l'hospitalisation, non objectivée lors de leur admission et dont les troubles étaient d'origine organique ou iatrogénique.

Le Groupe 2, dit « vrai positif » : correspondant aux patients dont la symptomatologie psychiatrique motivant leur admission était avérée et pour qui nous faisons l'hypothèse que celle-ci aurait été précipitée ou favorisée par un trouble organique ou iatrogénique.

Les données épidémiologiques de ces hospitalisations ont pu être mises à disposition par le Département d'Information Médicale (DIM). Les données cliniques essentielles de ces hospitalisations (motif d'admission, diagnostic final, présence d'antécédents somatiques et/ou psychiatriques, investigations cliniques et paracliniques en amont de l'hospitalisation) ont été étudiées à partir des comptes rendus d'hospitalisations disponibles dans le dossier informatisé des patients. Le but étant de définir des éléments caractéristiques de ces hospitalisations.

Outils

Cette étude épidémiologique avait pour objet d'établir des données quantitatives résumées à partir des effectifs, leurs moyennes et écart-types. La mise en avant de différences significatives a été réalisée par des calculs de probabilité pour lesquels les valeurs de $p < 0.05$ ont été considérées comme significatives. Les analyses statistiques ont été effectuées avec les tests du Chi2 et test-t de Student du logiciel R selon le type de variables.

RÉSULTATS

1. Échantillon

Sur les 811 dossiers répondant aux critères de recherche, les dossiers de 80 patients (9.9%) ont été étudiés. Ils étaient répartis en deux groupes principaux : 67 patients composaient le Groupe 1, dit « Faux Positif » et 13 patients constituaient le Groupe 2, dit « Vrai Positif ».

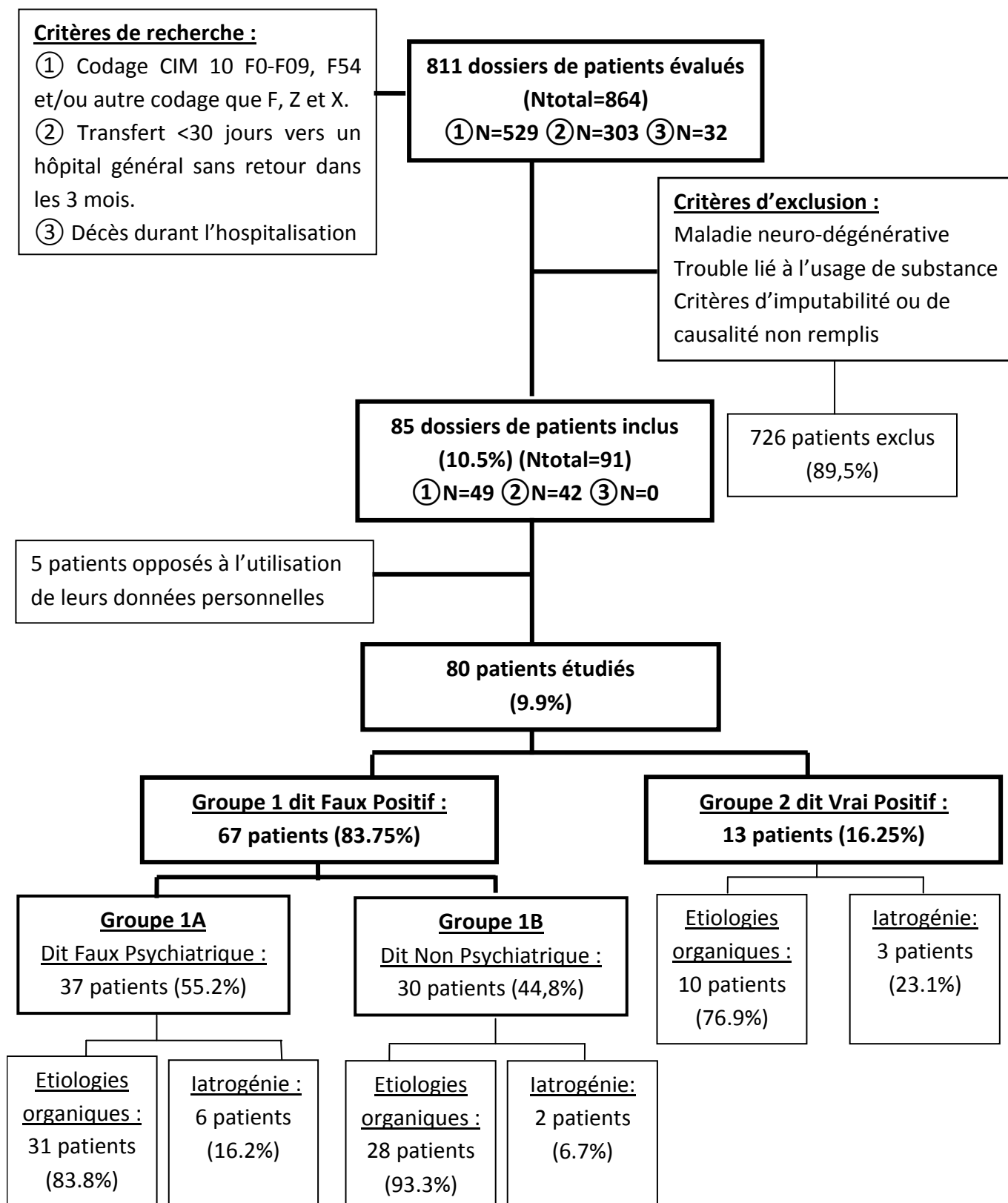
Le Groupe 1 était divisé en deux sous-populations. Un groupe 1A, dit « Faux Psychiatrique », composé de 37 patients et un groupe 1B, dit « Non Psychiatrique », qui était constitué de 30 patients. Parmi ces sous-groupes, nous retrouvions 31 patients dans le groupe 1A et 28 dans le groupe 1B dont l'étiologie des troubles était organique. Les iatrogénies concernaient respectivement 6 et 2 patients pour chacun de ces deux groupes.

Le Groupe 2 était constitué de 10 patients dont les troubles étaient d'origine organique et de 3 patients pour lesquels l'étiologie était iatrogénique.

La constitution de cet échantillon et la répartition dans les différents groupes sont synthétisées dans le diagramme de flux en figure 1.

Les caractéristiques principales recueillies pour chacun des groupes sont répertoriées dans le tableau I.

FIGURE 1. Diagramme de flux



(N : Valeur absolue)

Tableau I. Données caractéristiques des groupes étudiés

	Cohorte	Groupe 1A	Groupe 1B	Groupe 2
Nombre total	80	37	30	13
Hommes	43 (53,75%)	23 (62,2%)	13 (43,3%)	7 (53,8%)
Femmes	37 (46,25%)	14 (37,8%)	17 (56,7%)	6 (46,2%)
Age (années)				
Moyenne	67 ± 17,4	59 ± 16,8	75 ± 15	72 ± 14
Médiane	73 (23-100)	56 (26-92)	77 (23-100)	76 (43-85)
Durée d'hospitalisation (jours)				
Moyenne	13,7 ± 17,2	17,8 ± 21,6	9,97 ± 13	10,7 ± 4,6
Médiane	8 (0-96)	9 (0-96)	4 (0-56)	9 (5-18)
Mode d'adressage ¹				
Direct	23 (28,75%)	3 (8,1%)	15 (50%)	5 (38,5%)
Hospitalier	57 (71,25%)	34 (91,9%)	15 (50%)	8 (61,5%)
Antécédents connus ²				
Psychiatriques	47 (58,75%)	18 (48,6%)	19 (63,3%)	10 (76,9%)
Médicaux	41 (51,25%)	24 (64,9%)	12 (40%)	5 (38,5%)
Mode d'hospitalisation				
Soins libres	55 (68,75%)	21 (56,8%)	26 (86,7%)	8 (61,5%)
Soins sans consentement	25 (31,25%)	16 (43,2%)	4 (13,3%)	5 (38,5%)
Réalisation d'investigations ³				
Examen clinique	54 (67,5%)	32 (86,5%)	15 (50%)	7 (53,8%)
Examens complémentaires	40 (50%)	23 (62,2%)	12 (40%)	5 (38,5%)
Avis psychiatrique	40 (50%)	25 (67,6%)	8 (26,7%)	7 (53,8%)

¹ L'adressage était considéré comme direct lorsque le patient était admis en service spécialisé sans passage préalable par une autre structure de soins (adressage par médecin ou psychiatre traitant, structure médico-sociale, présentation spontanée...)

² Les antécédents médicaux retenus correspondaient à l'étiologie des troubles constatés

³ Les investigations répertoriées étaient celles réalisées en amont de l'hospitalisation en service spécialisé

Le nombre d'hospitalisations était en augmentation depuis 2012 sans qu'il n'existe de différence significative à la fois entre les populations mais également au fil des ans. Les durées moyennes de séjour restaient similaires selon l'année et la population. Il a été repéré que les hospitalisations étaient plus longues pour les patients les plus âgés (> 60 ans), particulièrement pour ceux appartenant au groupe 1. Ces données apparaissent dans les annexes I à III.

2. Étude du Groupe 1, dit « Faux Positif »

La population était constituée de 36 hommes et 31 femmes avec une moyenne d'âge de 66,2 ± 18 ans dont la durée moyenne d'hospitalisation était de 14,3 ± 18,1 jours.

2.1. Description du Groupe 1A, dit « Faux Psychiatrique »

Le groupe 1A était composé de 23 hommes pour 14 femmes. La moyenne d'âge était de 59 ± 16,8 ans et la durée moyenne d'hospitalisation était de 17,8 ± 21,6 jours.

Trois patients (8.1%) ont été hospitalisés via un adressage direct (médecin généraliste, structure médico-sociale) contre 34 (91.9%) adressés via un service hospitalier (service des urgences, réanimation, services spécialisés).

Dix-huit patients (48.6%) étaient adressés devant une symptomatologie délirante, 13 (35.1%) pour des troubles du comportement, 4 (10.8%) présentaient une symptomatologie thymique et 2 patients (5.4%) étaient admis après une tentative de suicide.

Il s'agissait de la première hospitalisation en milieu psychiatrique pour 22 patients (59.5%) dont 19 (86.4%) n'avaient aucun antécédent connu de troubles psychiques. Sur les 18

patients ayant des antécédents psychiatriques, le motif d'hospitalisation n'était pas en lien avec ceux-ci pour 10 d'entre eux (55.6%).

Seuls 5 patients (13.5%) n'ont pas bénéficié d'examen clinique avant leur admission en service de psychiatrie. Deux d'entre eux étaient adressés par un service hospitalier.

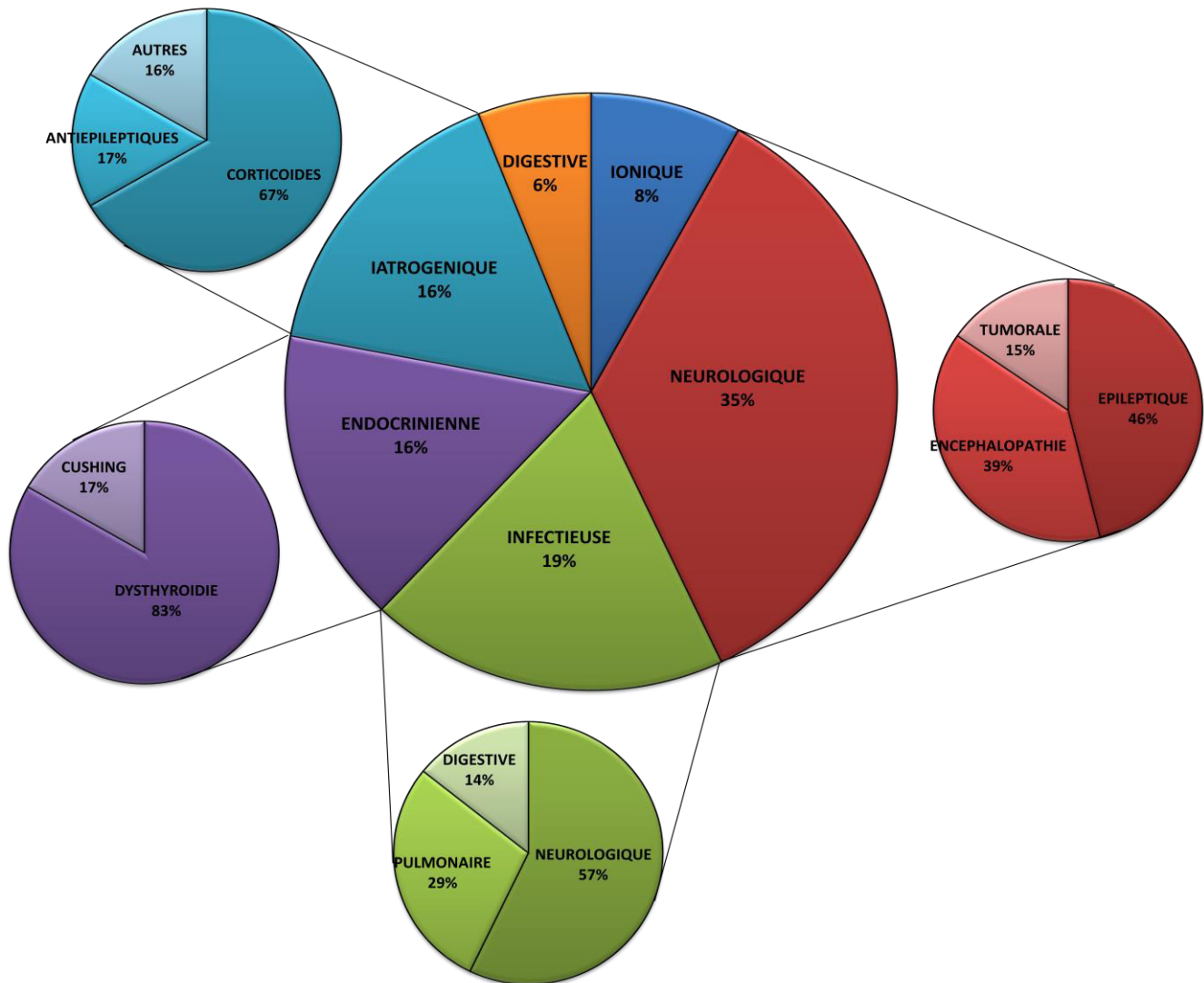
Plus de la moitié de cette population a fait l'objet d'investigations paracliniques, 14 patients (37.8%) n'en n'ont pas bénéficié, 11 (78.6%) venaient d'un service hospitalier.

Un avis psychiatrique préalable à l'hospitalisation a été donné pour deux tiers des patients.

Les diagnostics étiologiques à la sortie étaient dominés par des affections neurologiques (35% des patients), essentiellement épileptiques (46%), les encéphalopathies représentaient 39% de ces étiologies (majoritairement des encéphalites non infectieuses, un cas d'hydrocéphalie à pression normale). Les causes infectieuses étaient la deuxième étiologie retrouvée, représentant 19% des patients, avec 57% d'affections neurologiques (méningite, encéphalite, toxoplasmose cérébrale, neurosyphilis), 29% d'infections pulmonaires (légionellose, tuberculose) et 14% d'origine digestive. Les dysthyroïdies représentaient 83% des étiologies endocriniennes (16%). Les étiologies iatrogéniques constituaient la quatrième cause des troubles dans cette population avec 16% des patients. Les corticoïdes étaient largement imputés, 67% des cas, suivis par les traitements antiépileptiques, 17%. Enfin, les affections digestives et les troubles ioniques représentaient respectivement 6 et 8% des étiologies retrouvées. La répartition des étiologies est représentée en figure 2.

L'étiologie des troubles faisait partie des antécédents connus des patients pour 64.9% d'entre eux. Soixante-dix-neuf pour cent de ces antécédents n'ont pas été explorés avant l'hospitalisation en milieu psychiatrique.

Figure 2. Répartition des étiologies du groupe 1A dit « Faux Psychiatrique »



2.2. Description du Groupe 1B, dit « Non Psychiatrique »

Le groupe 1B était composé de 17 femmes et 13 hommes avec une moyenne d'âge de 75 ± 15 ans (significativement plus âgé que le groupe 1A, $p < 0.01$). La durée moyenne d'hospitalisation était de $9,97 \pm 13$ jours (pas de différence significative avec le groupe 1A, $p > 0.07$).

La moitié des patients était adressée par un service hospitalier, l'autre moitié via un adressage direct.

Il s'agissait de la première hospitalisation en milieu psychiatrique pour 14 patients (46.7%) dont 11 (78.6%) n'avaient aucun antécédent psychiatrique.

La moitié des patients n'ont pas bénéficié d'examen clinique avant leur admission en service de psychiatrie, essentiellement des patients hospitalisés sans passage par un service hospitalier. Soixante pour cent des patients de cette population ont fait l'objet d'investigations paracliniques, un tiers des patients adressés par un service hospitalier n'en a pas eu.

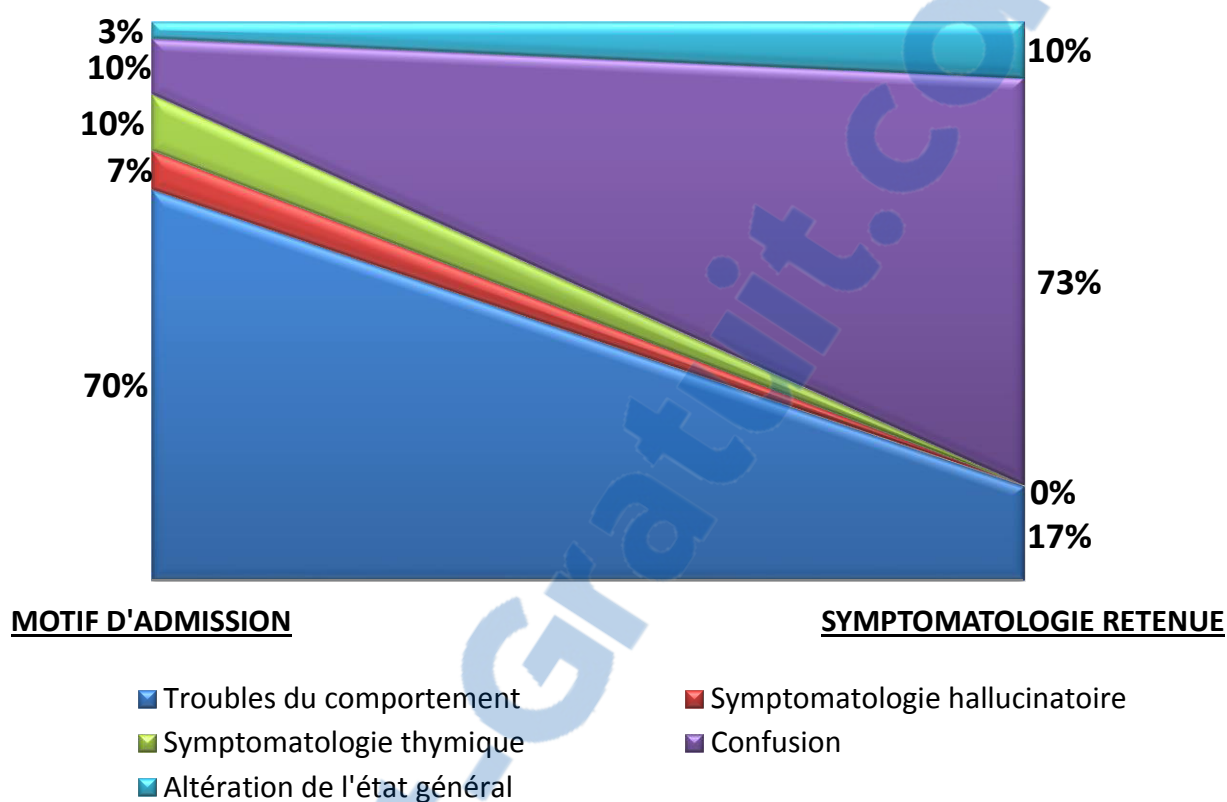
Un avis psychiatrique préalable à l'hospitalisation a été donné pour moins d'un tiers des patients (26.7%).

Les motifs d'admission annoncés lors de l'hospitalisation étaient essentiellement des troubles du comportement (70% des patients), puis une symptomatologie thymique et confusion (respectivement 10%). Sept pour cent des patients étaient adressés en raison d'une symptomatologie hallucinatoire.

La symptomatologie annoncée lors de l'admission et celle retenue lors de l'hospitalisation n'étaient pas similaires. En effet, 73% des patients étaient considérés comme confus lors de leur admission, 10% présentaient une altération de l'état général et 17% avaient des troubles du comportement isolés. Ces différences sont regroupées dans la figure 3.

Sur les 19 patients ayant des antécédents psychiatriques, le motif d'hospitalisation n'était pas en lien avec l'antécédent connu pour 8 (42.1%) d'entre eux.

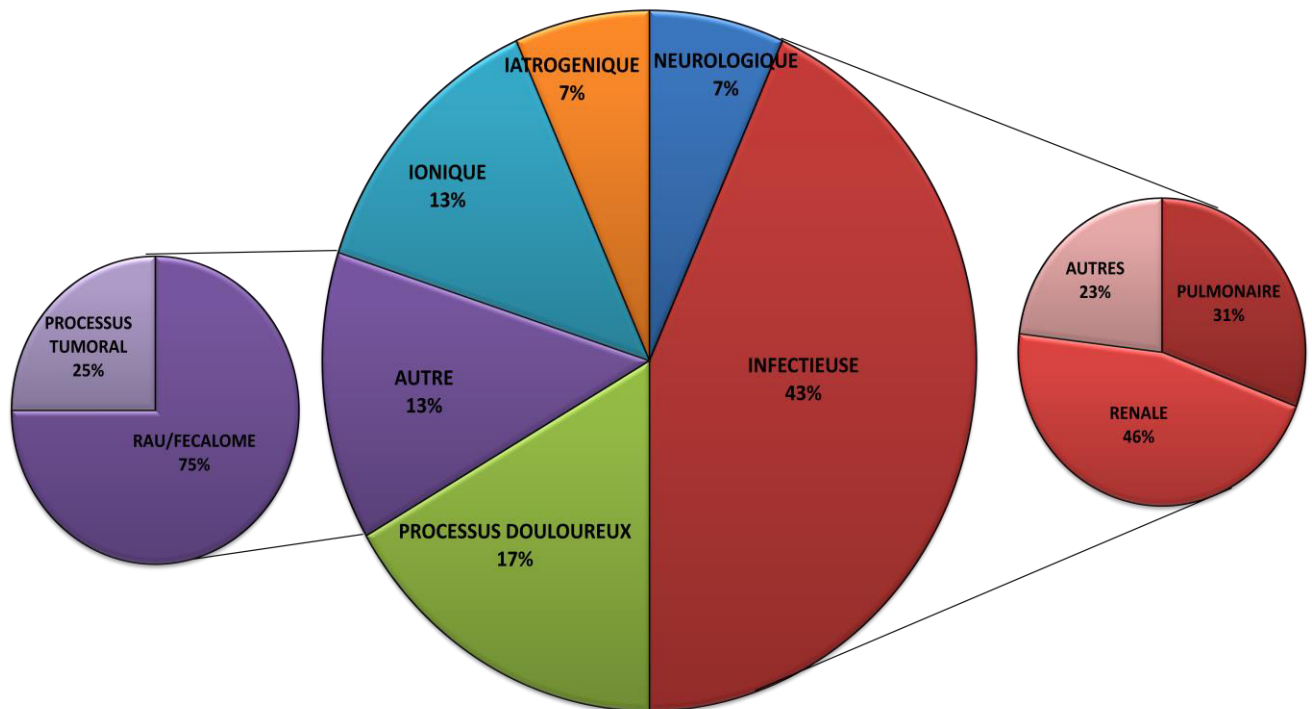
Figure 3. Motif d'admission et symptomatologie retenue lors des hospitalisations du groupe 1B



Les diagnostics étiologiques à la sortie étaient dominés par des maladies infectieuses (43% des patients), essentiellement rénales (46%), puis pulmonaires (31%). Un processus douloureux était à l'origine des symptômes pour 17% des patients (Fracture, Arthrose majeure, Discopathie) et 13% des symptomatologies observées étaient dues à des troubles ioniques. Les hémorragies cérébrales constituaient les 7% d'étiologies neurologiques retrouvées. Les résultats étaient similaires pour les surdosages médicamenteux source des iatrogénies. Enfin, les autres étiologies retrouvées correspondaient à des processus tumoraux et à des confusions dues à une rétention aiguë d'urine ou fécalome. La répartition des étiologies est représentée dans la figure 4.

Le diagnostic retenu faisait partie des antécédents connus pour 40% des patients, 58.3% de ces antécédents n'ont pas été explorés avant l'admission en milieu psychiatrique.

Figure 4. Répartition des étiologies du groupe 1B dit « Non Psychiatrique »



(RAU : Rétention aiguë d'urine)

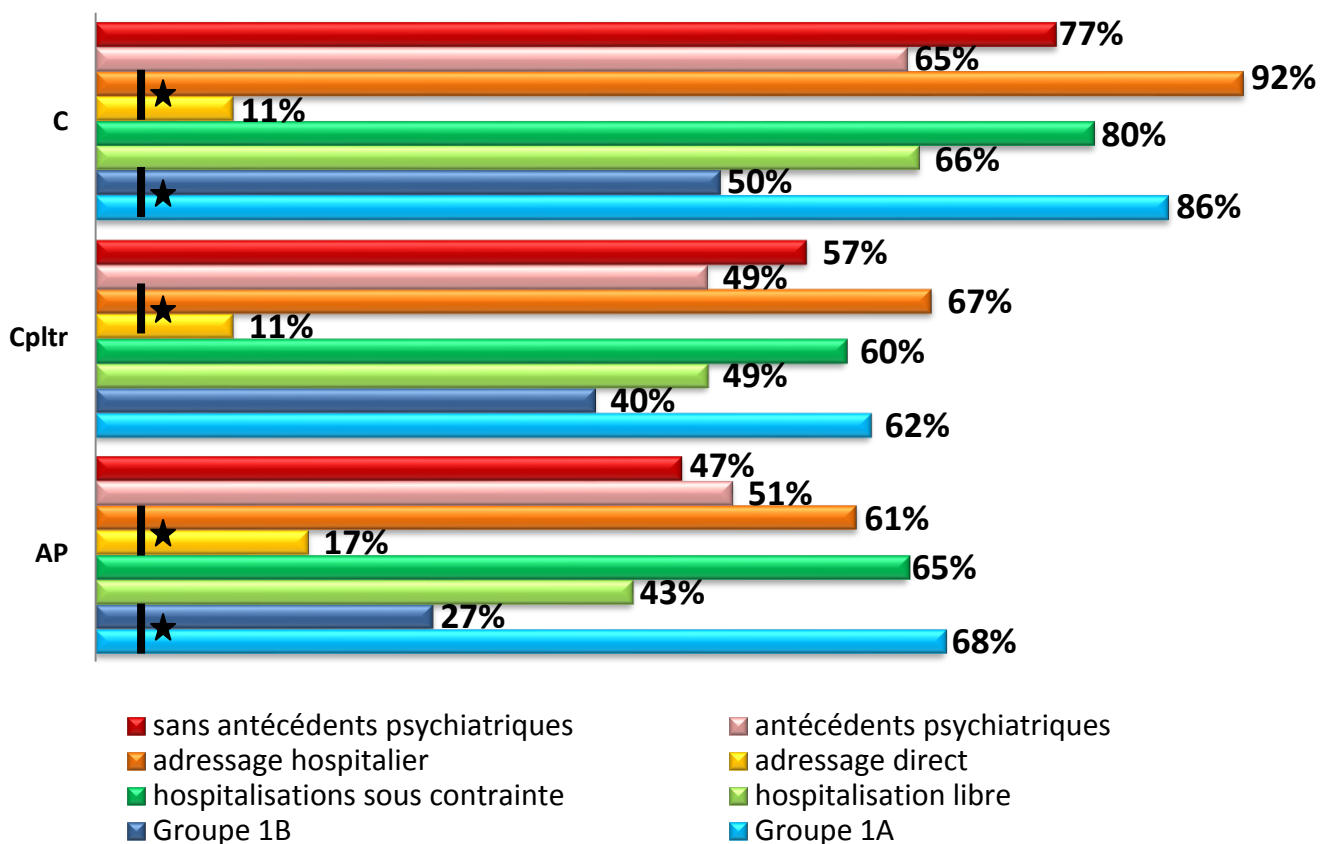
2.3. Évaluation des investigations portant sur le Groupe 1

Pour l'ensemble de la population du Groupe 1, les investigations cliniques et paracliniques ont été évaluées et sont répertoriées dans la figure 5.

Nous ne retrouvons pas de différence significative à la réalisation des investigations selon la présence ou non d'antécédents psychiatriques (respectivement : $p > 0.29$, $p > 0.51$, $p > 0.70$)

pour les examens cliniques, les examens complémentaires, l'avis psychiatrique). Les patients bénéficiaient davantage, et de manière significative, de ces investigations lorsqu'ils étaient adressés par un milieu hospitalier que lors d'un adressage direct (examen clinique : $p < 0.01$, examens complémentaires : $p < 0.01$, avis psychiatrique : $p < 0.01$). Il n'existait pas de différence significative selon le mode d'hospitalisation (soins libres ou sous contrainte). Le groupe 1A qui était majoritairement adressé par un milieu hospitalier a bénéficié de manière significative des investigations par rapport à la population du groupe 1B (Examen clinique : $p < 0.01$, Avis psychiatrique : $p < 0.01$), il n'y avait pas de différence significative concernant les examens complémentaires ($p > 0.07$).

Figure 5. Répartition des investigations selon: les antécédents, le mode d'adressage, le mode d'hospitalisation et la population.



(C: Examen clinique, Cpltr: Examens complémentaires, AP: Avis psychiatrique, ★ : $p < 0.05$)

Rapport-gratuit.com
 LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Parmi les patients ayant eu des examens complémentaires, 97.1% ont eu un bilan biologique standard, 31.4% une imagerie cérébrale, 11.4% un électro-encéphalogramme. D'autres examens complémentaires ont été réalisés pour 42.9% des patients. Dans ces investigations nous retrouvions : des ponctions lombaires, des sérologies et des imageries diverses.

Nous ne retrouvions pas de différence significative dans la réalisation ou l'évolution de ces investigations au fil du temps.

Les examens paracliniques réalisés en amont de l'hospitalisation exploraient le diagnostic étiologique dans 22.4% des cas.

Dans le groupe 1, 29.85% des patients étaient hospitalisés dans un contexte de symptomatologie délirante ou hallucinatoire. Ces symptômes ne faisaient pas partie des antécédents connus pour 95% d'entre eux. Il s'agissait de la première hospitalisation pour 65% des patients. La réalisation d'examens complémentaires concernait 85% des patients de cet échantillon et seulement 25% d'entre eux ont bénéficié d'une imagerie cérébrale. Cette investigation concernait 21% des patients sans antécédents connus soit 79% pour qui ce premier épisode n'était pas exploré par le biais d'une imagerie avant l'hospitalisation en milieu psychiatrique.

3. Étude du Groupe 2 dit « Vrai Positif »

Ce groupe était constitué de 6 femmes et de 7 hommes avec une moyenne d'âge de 72 ± 14 ans dont la durée moyenne d'hospitalisation était de $10,7 \pm 4,6$ jours.

L'orientation en milieu psychiatrique était directe pour 38.5% des patients, 61.5% des patients étaient adressés par un service hospitalier.

Il s'agissait de la première hospitalisation en milieu psychiatrique pour 7 patients dont 3 n'avaient aucun antécédent psychiatrique.

Deux patients (15.4%) étaient adressés devant une symptomatologie délirante, 4 (30.8%) pour des troubles du comportement, 7 (53.8%) présentaient un trouble de l'humeur.

L'origine iatrogénique concernait 3 patients (23.1%) présentant un virage maniaque sous antidépresseur. Aucun de ces patients n'avait un antécédent de trouble bipolaire connu. L'ensemble de ces patients a eu un avis psychiatrique avant leur admission, aucun n'a bénéficié d'examens complémentaires, deux tiers n'ont pas eu d'examen clinique.

Les dix autres patients (76.9%) présentaient une symptomatologie psychiatrique dont l'apparition coïncidait à la survenue d'un trouble infectieux dans les 48h entourant l'admission, sans autre facteur intercurrent connu.

Dans ce groupe, 50% des patients présentaient des troubles délirants et 50% un trouble de l'humeur. Parmi eux, 70% avait un antécédent psychiatrique similaire à l'épisode actuel, les 30% restant n'avaient pas d'antécédent connu.

L'état clinique des patients qui avaient un antécédent psychiatrique connu était stable avant leur admission. Ces derniers n'avaient pas été hospitalisés ou nécessité de modifications de traitements depuis plusieurs mois.

Plus de la moitié de cette population (60%) n'avait pas eu d'avis psychiatrique avant l'admission, la même proportion avait été examinée somatiquement. La moitié des patients avait fait l'objet d'investigations paracliniques (bilan biologique essentiellement) et la pathologie somatique intercurrente était connue pour 20% d'entre eux.

Les étiologies infectieuses en cause étaient d'origine rénale ou urinaire dans 50% des cas, digestive dans 20% des cas, et 10% étaient respectivement d'origine cutanée et osseuse.

L'ensemble de ces patients présentait un syndrome inflammatoire biologique avec une majoration de la CRP ($>40\text{mg/L}$) et une hyperleucocytose ($>13\ 000/\text{mm}$).

Un amendement de la symptomatologie psychiatrique était constaté pour l'ensemble des patients après le traitement de l'affection somatique. Il n'y a pas eu de modifications du traitement psychiatrique pour 70% des patients entre l'entrée et la sortie d'hospitalisation.

Aucun de ces patients n'a été hospitalisé en milieu psychiatrique à la suite cet épisode.

DISCUSSION

1. Limites

La principale limite de cette étude est sa faible puissance. La proportion de la population concernée est probablement sous évaluée à la fois par des données manquantes sur certains comptes rendus et par les outils de recrutement choisis. En effet, le codage CIM 10 des hospitalisations est un outil qui reste soumis à la subjectivité du praticien et s'avère souvent davantage symptomatique qu'étiologique, particulièrement lorsque le diagnostic final est établi dans un autre établissement suite à un transfert.

Les autres critères de recherche de notre étude ne permettaient pas d'évaluer les possibles retards diagnostiques, l'errance thérapeutique et les hospitalisations prolongées qui pourraient concerner certains patients.

Nos données sont toutefois en accord avec celles retrouvées dans la littérature selon laquelle, entre 5 à 42% des symptômes psychiatriques pourraient être rattachés à une étiologie organique ou médicamenteuse (8). La variabilité de ces chiffres s'explique par les différents critères d'inclusion choisis et les populations étudiées dans les différentes études. Il a été ainsi montré que pour 25% des patients se présentant aux urgences dans un contexte d'apparence psychiatrique l'origine serait organique et particulièrement liée à une consommation de toxique (9).

Hall et al. retrouvaient 9.1% d'origines organiques (10) dans une population de patients hospitalisés en service spécialisé. Johnstone et al. mettaient en évidence une étiologie organique pour 6% des sujets présentant un premier épisode délirant (11). Nous constatons ainsi que la présence en milieu psychiatrique de patients dont l'origine des troubles est organique n'a pas diminuée au fil du temps.

2. Les troubles psychiques d'origine iatrogénique

Les troubles iatrogènes se définissent par la survenue de symptômes en lien avec la prise d'un traitement médicamenteux. Ces effets secondaires peuvent être du fait de l'effet pharmacologique principal de la molécule utilisée, dus à des propriétés parallèles ou encore non liées à ces dernières. Ils sont classés dans la CIM 10 sous l'intitulé « Médicaments et substances biologiques ayant provoqué des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutiques » (12).

Le lien de causalité entre symptômes présentés et iatrogénie est établi selon les critères d'imputabilité intrinsèques et extrinsèques (7).

L'intérêt pour les effets indésirables aux traitements médicamenteux s'est tout d'abord porté sur les impacts organiques de ces derniers avant de se tourner vers les effets psychiques iatrogènes dans les années 1970-1980 (13-15). Si les études se sont intéressées aux répercussions des traitements psychotropes, les effets indésirables de nature psychiatrique concernent également les médicaments généraux (16,17).

Il a été estimé que les troubles psychiques liés à la prise d'un traitement représentaient environ 6% des effets indésirables déclarés à la Pharmacovigilance (18). Ce chiffre reste à interpréter avec précaution. L'imputabilité d'une origine iatrogénique est parfois discutable, particulièrement dans le cadre de polymédication. Il est également parfois difficile d'établir le lien entre traitement médicamenteux et symptomatologie psychique chez un sujet présentant un antécédent de maladie psychiatrique de même nature que le trouble constaté. Un large éventail de molécules est impliqué (1) (annexe VII), ces situations restent toutefois peu fréquentes et survenant dans des contextes spécifiques. Si une vigilance doit être

présente lors d'utilisation de traitements à fortes doses, en cas de surdosage, ou chez des sujets vulnérables (âges extrêmes de la vie), ces effets indésirables peuvent également survenir à posologie thérapeutique et à tout âge.

Dans les cas de iatrogénies retrouvés dans notre étude (annexe IV), les traitements impliqués sont bien connus pour avoir des effets psycho-comportementaux (majoritairement les corticoïdes et antiépileptiques) (19–21). Ces populations sont très largement sous évaluées car peu concernées par nos critères de recherche. Il est toutefois mis en avant, dans le cadre de ces situations, que les hospitalisations sont avant tout d'ordre symptomatique plus qu'étiologique (hors virage maniaque sous antidépresseur).

Les praticiens ne sauraient oublier cette composante possible à la survenue de troubles psychiques. Aussi, la recherche de l'instauration d'une nouvelle molécule devrait systématiquement faire partie de l'évaluation initiale du sujet, tant pour le médecin somaticien que pour le psychiatre. La restitution d'une chronologie précise de la survenue des troubles est un facteur essentiel afin de pouvoir soulever cette possibilité étiologique. Ainsi, une orientation en milieu général plutôt que psychiatrique est parfois plus pertinente (selon la présentation clinique) lorsqu'il est nécessaire de peser la balance bénéfice-risque d'un retrait ou changement de certains traitements.

Cette réflexion ne saurait avoir lieu sans concertations multidisciplinaires, particulièrement lors de pathologies chroniques (aussi bien psychiques que psychiatriques).

3. Les troubles organiques à expression psychiatrique

Les troubles mentaux organiques sont définis dans la CIM 10 comme des « troubles mentaux ayant en commun une étiologie organique démontrable, à type de maladie ou de lésions cérébrales, ou d'atteinte entraînant un dysfonctionnement du cerveau » (12). Cette définition, et particulièrement l'emploi du terme « organique » pourrait laisser penser que l'ensemble des autres troubles mentaux n'auraient pas de substratum organique ou cérébral. Aussi, dans le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^e édition), ces troubles sont regroupés sous l'appellation de « troubles mentaux dus à une affection médicale générale » et sont caractérisés par « la présence de symptômes psychiques considérés comme une conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale » (22). Cette appellation permet de saisir davantage que le syndrome psychique constaté est imputable à une affection diagnostiquée séparément.

Cette classification n'a pas connu de changements majeurs dans la cinquième édition du DSM. Les critères diagnostiques de ces troubles se trouvent rattachés à la symptomatologie présentée permettant au praticien d'avoir une attention particulière à ces étiologies (23).

Dans l'ensemble de ces classifications, les troubles psychiques induits par des substances sont regroupés séparément bien qu'ils appartiennent à cette catégorie dans la mesure où le symptôme psychique est causé par un facteur exogène.

Les affections médicales générales pouvant induire des troubles psychiatriques sont nombreuses et de natures diverses. Nous pouvons différencier ces troubles en deux catégories.

Les atteintes cérébrales primaires (maladies neuro-dégénératives) qui se manifestent essentiellement par une symptomatologie neuropsychiatrique (troubles cognitifs et de la conscience) et touchant préférentiellement la population âgée.

Les troubles secondaires impliquent une étiologie affectant d'autres organes et ayant une répercussion cérébrale, survenant à tout âge. Ces dernières sont multiples, tant dans leur origine que dans leurs manifestations, pouvant induire des troubles de la perception (hallucinations auditives ou visuelles), du contenu de la pensée (état délirant) ou encore des troubles de l'humeur si ce n'est du comportement (24).

Nous proposons en annexe V et VI une liste non limitative des affections médicales générales et des substances pouvant induire des troubles psychiques et les symptômes qui y sont rattachés.

L'ensemble de ces troubles a donné lieu à de multiples publications et réflexions dans la littérature (25-27) et sont particulièrement documentées depuis des années. Ainsi, l'élimination de certains de ces troubles en tant que diagnostics différentiels est devenue systématique dans notre pratique.

Néanmoins, les investigations et recherches de plus en plus avancées ont permis la mise en évidence de lien causal entre des affections générales encore peu connues (encéphalites dysimmunitaires par exemple) ou rares (maladies héréditaires du métabolisme) et des manifestations psychiatriques.

Les étiologies retrouvées dans notre étude sont connues et documentées dans la littérature (28-30). Elles sont répertoriées en annexe IV. Nous ne retrouvons pas de maladies dites rares.

Cette diversité étiologique et la mise en évidence d'une symptomatologie psychiatrique initiale variée nous alertent sur la vigilance à avoir dans notre évaluation initiale afin d'assurer une orientation et une prise en charge pertinente pour nos patients.

Dans ces situations où le symptôme se situe au carrefour de diverses spécialités, il convient de s'intéresser à la place de chacun et de pouvoir offrir des ressources sur lesquelles les praticiens pourraient appuyer leur réflexion clinique.

4. Profil des patients concernés

Nous constatons que la population constituant notre échantillon est hétérogène. Toute tranche d'âge est concernée et nous retrouvons aussi bien des patients avec des antécédents de maladie psychiatrique (avec ou sans hospitalisations en milieu spécialisé) tout comme certains étaient naïfs de toute symptomatologie psychique avant leur admission.

Ainsi, les résultats de notre étude montrent que nous ne pouvons isoler un profil spécifique de patients qui serait davantage soumis à une implication organique ou médicamenteuse. Nous notons toutefois la prévalence d'erreur d'interprétation symptomatologique conduisant à une hospitalisation en milieu psychiatrique pour la population âgée (groupe 1B).

Il semble aisé de pouvoir conclure à une origine psychiatrique des troubles présentés lorsque la demande émane d'un patient présentant des antécédents de cette même nature. Pour autant, cette population n'est pas exempte de manifestations psychiques induites par des troubles organiques ou liées à des prises médicamenteuses. De plus, les personnes souffrant de troubles psychiques sont davantage soumises à des comorbidités organiques que la population générale. Certaines études montrent que cette catégorie de patients se

présentant aux urgences est plus à risque d'être sous évaluée médicalement (31) et qu'un examen neurologique fin fait particulièrement défaut à ces prises en charge (32). Reeves montrait dans son étude sur 64 sujets adressés à tort en service psychiatrique que 43.8% des patients avaient eu un examen clinique inadéquat et notait l'absence d'une anamnèse pertinente et d'investigations indiquées pour 34.4% de son échantillon (33). Nous ne retrouvons pas dans notre travail de différence significative entre les populations présentant ou non un antécédent psychiatrique.

Nous mettons toutefois en avant que les sujets adressés sans passage préalable dans un service hospitalier général sont eux significativement sous évalués médicalement par rapport au reste de la population. Si le manque d'investigations complémentaires peut s'expliquer par l'absence d'accès direct à des examens complémentaires (laboratoire pour bilans biologiques, service d'imagerie...), l'absence d'examen clinique ou de transmissions sur celui-ci au service spécialisé recevant le patient ne saurait trouver une réponse satisfaisante.

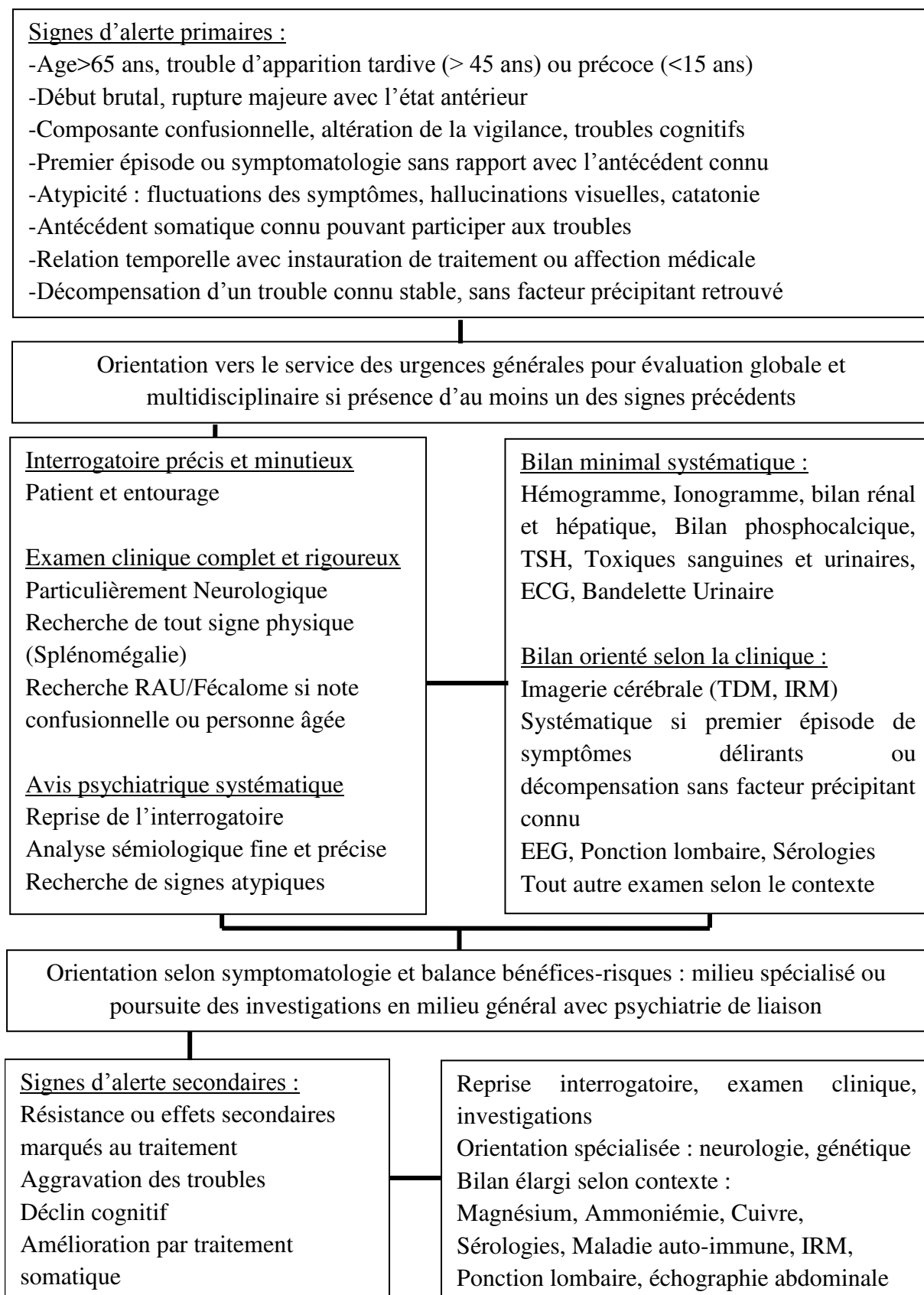
A contrario de cette catégorie de patient, la survenue d'un premier épisode chez un sujet naïf d'antécédent psychiatrique est à ce jour très encadrée par des recommandations dans la réalisation des investigations nécessaires. La recherche d'un diagnostic différentiel est, dans ce contexte particulier, très présente à l'esprit des praticiens (34). Notre étude montre que cette population n'est pas davantage exposée à une origine organique ou médicamenteuse aux troubles psychiatriques et n'est pas davantage investiguée que le reste des sujets constituant notre échantillon.

Dans ce contexte de polymorphisme, il nous semble important de pouvoir dégager des éléments objectifs permettant d'orienter les investigations et la prise en charge des patients concernés. Certains auteurs mettent ainsi en avant des signes d'alerte devant conduire à des



explorations complémentaires construisant des arbres décisionnels pour la prise en charge des patients. C'est le cas dans les manifestations des maladies du métabolisme (35,36) dans les contextes de catatonie (37), de symptômes délirants (38) et plus récemment dans les cas d'encéphalite dysimmunitaire (39). Ces recommandations devraient pouvoir être généralisées à l'ensemble des situations de survenue de troubles psychiques (Figure 6).

Figure 6. Tableau décisionnel (35, 37, 38)



(RAU : Rétention aiguë d'urine, TSH : Thyroïdostimuline, ECG : Electrocardiogramme, TDM : Tomodensitométrie, IRM : Imagerie à Résonance Magnétique, EEG : Electroencéphalogramme)

5. Place du médecin somaticien

Sur les 9 millions de passage annuel en service d'urgence, il est estimé qu'un avis psychiatrique est demandé pour 4 à 40% des sujets. En médecine générale, les demandes d'ordre psychique représenteraient environ 11% des consultations (40). Ces chiffres sont en augmentation au fil des années. Ces prises en charge sont chronophages et il est parfois difficile de reconstituer une anamnèse complète et précise. L'enjeu de l'évaluation clinique somatique de ces patients n'est pourtant pas anodin. De cet examen découlera l'indication d'investigations complémentaires, l'orientation du patient et sa prise en charge future. Le risque d'une sous-évaluation ou d'une erreur d'orientation peut alors se présenter et non sans impact pour le sujet.

S'il est difficile de se décaler de la temporalité inhérente au contexte d'urgence, il convient pour le praticien d'éviter certains écueils concernant la population psychiatrique (41). Il est aisé de s'orienter vers un diagnostic et une prise en charge psychiatrique lorsque le motif de recours est de nature psychique. De même, il n'est pas rare de constater que pour les sujets ayant des antécédents de maladies psychiatriques, le tableau symptomatique soit rattaché d'emblée à une présentation psychiatrique ou de faire un lien entre des constantes vitales anormales et l'état psychique du sujet.

Ces biais de jugement peuvent être favorisés dès l'arrivée en consultation, lors de l'évaluation par l'équipe d'accueil des services d'urgences. Le triage et l'étiquetage des patients est un exercice difficile non sans impact sur la prise en charge en aval. Ainsi, une jeune femme de 25 ans consultant pour « sentiment d'angoisse, sensation d'étouffement, antécédents d'attaque de panique » suggère une symptomatologie psychiatrique tandis que la même jeune femme annoncée pour « dyspnée, oppression thoracique, accouchement il y a

2 semaines » orientera vers une embolie pulmonaire (41). Une anamnèse exhaustive, une hiérarchisation des antécédents et des transmissions ciblées permettent de surseoir à cette suggestibilité.

Nous ne saurions insister sur l'importance de l'évaluation clinique pour les patients souffrant de troubles psychiatriques. Au-delà de la question étiologique, nous savons que ces sujets sont davantage soumis à des comorbidités somatiques par rapport à la population générale, et ce, non sans impact sur leur état psychique (5). Mais le trouble mental peut également être source de troubles organiques (hyponatrémie sévère dans le cadre d'une potomanie par exemple). Cette vigilance sur les intrications somato-psychiques, l'examen clinique complet et la hiérarchisation des troubles permettraient d'éviter des adressages en milieu spécialisé de sujets présentant des décompensations organiques qui ne pourraient être prises en charge de manière pertinente en milieu psychiatrique.

Nous pourrions appuyer cette réflexion sur l'exemple des intoxications médicamenteuses volontaires. Si le geste et la prise en charge ultérieure relèvent bien de la psychiatrie, il est nécessaire de s'assurer de l'absence de retentissement organique relevant d'une prise en charge spécifique. Cela nécessite parfois une surveillance et une orientation différée du contexte d'urgence (Intoxication aux benzodiazépines à demi-vie longue et/ou à métabolites actifs et risque de dépression respiratoire par exemple) (42). La possibilité d'assurer une prise en charge en hospitalisation de courte durée en milieu général couplée à une activité de psychiatrie de liaison serait à mettre en avant dans ce genre de situations.

Si les praticiens somaticiens doivent être sensibilisés aux troubles psychiques et à leurs manifestations, leur activité nécessite la mise en place de protocoles d'évaluation et de prise en charge rapides et efficaces, reposant sur des éléments objectifs (figure 6). Il s'agit de

pouvoir repérer les situations nécessitant une prise en charge particulière et de favoriser les échanges et les prises en charge conjointe avec le psychiatre.

6. Place du médecin psychiatre

Le rôle du psychiatre dans ces situations est multiple selon le contexte de son intervention.

Dans le cadre de l'urgence, l'intervention du psychiatre tient avant tout d'une mission d'évaluation diagnostique et d'orientation. Il s'agit alors de se décaler de l'immédiateté inhérente à ce contexte afin d'avoir un regard plus large sur la symptomatologie rencontrée. Il nous faut rappeler que la normalité d'un examen clinique ou d'investigations complémentaires ne sont pas pathognomoniques d'une étiologie psychiatrique et nous ne saurions cantonner notre discipline à une spécialité d'exclusion.

Aussi, le praticien s'attachera à une évaluation psychiatrique exhaustive, reprenant un interrogatoire précis et rigoureux aussi bien avec le patient qu'avec son entourage lorsque cela est possible. La détection d'atypicités symptomatologiques ou de signes d'alerte soulevant la question d'une origine organique invite à réévaluer avec le somaticien l'indication d'investigations et l'orientation du patient.

Le psychiatre doit faire valoir son évaluation comme un avis d'expert. L'utilisation d'un vocabulaire spécifique et universel, l'appui sur des éléments objectifs permet d'éviter certains clivages et d'agir en collaboration. Le praticien s'attachera à employer des termes choisis ne rattachant pas le symptôme à une émotion, permettant de se décaler d'une origine exclusivement psychiatrique. Par exemple, il conviendra de parler d'aphasie plutôt que de mutisme, d'akathisie et non d'impatiences ou encore de désinhibition à la place de

comportement sexualisé. Il convient de dépasser l'idée d'une clinique psychiatrique subjective issue de certaines particularités de notre discipline (39). Le psychiatre doit donc s'attacher à ne pas desservir son propre propos, rendant compte d'une sémiologie complexe sans pour autant cliver « corps » et « psychisme » mais en y faisant exister un continuum.

La synergie recherchée avec le praticien somaticien permettrait une prise en charge optimale, aussi bien symptomatique qu'étiologique. Aussi, la sollicitation d'un avis psychiatrique en urgence devrait devenir systématique dans certaines situations (figure 6).

Toutefois, notre étude démontre que la mise en évidence de troubles mentaux dus à une affection médicale générale se fait régulièrement depuis le milieu spécialisé. Il serait délétère de penser que le trouble est éminemment psychiatrique dès lors que l'hospitalisation est prononcée. Le psychiatre de secteur doit s'attacher à ne pas occulter la question du diagnostic différentiel. Il s'agit d'éviter l'écueil d'un retard diagnostic et d'une errance clinique tant les enjeux thérapeutiques et pronostiques peuvent être majeurs. Le lien entre les intervenants d'amont et d'aval à l'hospitalisation est essentiel et pourtant peu existant au regard de notre étude. Nous ne pouvons qu'encourager la transmission des diverses investigations menées, des signes questionnant les praticiens et de la soumission d'hypothèses diagnostiques ou d'examens à réaliser. Aussi, le psychiatre de secteur n'hésitera pas à renouveler les examens cliniques et paracliniques s'il persiste des signes d'alerte et à se mettre en lien avec les services somatiques et la psychiatrie de liaison si une orientation vers le milieu général est indiquée.

Cette dernière spécificité de notre discipline permet l'articulation entre soins psychiques et somatiques. L'évaluation sémiologique dans ce contexte permet d'accompagner l'établissement du lien causal entre affection organique et symptômes psychiatriques ou de

mesurer le retentissement de ces dimensions l'une sur l'autre dans d'autres situations. L'accompagnement symptomatique reste nécessaire même dans le cas d'une organicité démontrée. L'une des prises en charge ne doit pas occulter l'autre. L'accompagnement du vécu symptomatique, des soins, de la maladie et parfois l'aide à la réhabilitation est essentiel pour les patients. Le développement de cette discipline relativement récente (43) nous semble nécessaire et à valoriser (44).

Si le psychiatre doit devenir un véritable expert dans le domaine des troubles organiques à expression psychiatrique, nous ne pouvons qu'encourager le praticien à garder et enrichir un savoir clinique général. A la fois dans le cadre de ces situations spécifiques afin de pouvoir assurer l'orientation diagnostique et ses investigations, mais également dans la mesure où les patients sont soumis à des comorbidités organiques fréquentes qu'il convient de savoir prendre en charge. Nous ne saurions non plus nier les effets secondaires généraux aux traitements psychotropes (syndrome métabolique par exemple) (6) auxquels le psychiatre doit être vigilant et en assurer la surveillance, ce n'est la prise en charge. La collaboration avec les médecins généralistes prend ici tout son sens mais cette articulation semble encore trop rare en pratique (45).

7. Place des investigations complémentaires

Plusieurs problématiques se soulèvent quant à la réalisation d'investigations paracliniques systématiques. Quel bilan, large ou plus précis, doit être effectué avant d'orienter vers la psychiatrie, dans quelle temporalité et quel lieu doit-il se faire et comment en assurer la réalisation face à une symptomatologie bruyante ou en cas de refus ?

Si la réalisation d'un examen clinique est toujours recommandé quelque soit le contexte, le bilan complémentaire minimal est prescrit selon la présentation clinique. Des arbres décisionnels ont été proposés à ce sujet (46), pourtant la réalisation des investigations reste très différente pour des situations d'apparence similaire.

La réalisation d'un bilan biologique de base systématique chez des sujets aux antécédents psychiatriques connus, consultant pour une plainte y étant rattachée, sans autres facteurs intercurrents retrouvés à l'anamnèse et dont l'examen clinique est sans particularités, s'avère peu pertinente (47). Pour autant, certaines études montrent l'intérêt d'un recours systématique à la recherche de toxiques urinaires dans le cadre de troubles psychotiques (11% de patients positifs). S'il s'agit d'éliminer une symptomatologie liée à la prise de substance, les dosages médicamenteux sont un moyen fiable d'attester de la prise d'un traitement psychotrope (48). Ces dosages devraient alors être utilisés plus fréquemment (49).

Il conviendrait alors de pouvoir objectiver les situations cliniques nécessitant ces explorations et de statuer sur la mise en place d'examens systématiques dans le contexte d'urgence et de hiérarchiser les priorités lorsque d'autres investigations sont nécessaires. Il s'agirait de limiter les orientations de patients non explorés vers un milieu spécialisé où les ressources sont limitées et où des transports itératifs seraient nécessaires à leur réalisation, non sans coût financier et temporel.

Nous pourrions envisager, dès lors qu'un doute étiologique subsiste, des courts séjours en milieu général avec une prise en charge par la psychiatrie de liaison permettant de se décaler de la notion d'urgence et de réaliser l'ensemble des investigations nécessaires avant une hospitalisation en psychiatrie palliant ainsi à ces différents écueils. Cette proposition reste

soumise à l'état clinique du patient, particulièrement dans le cadre d'une agitation ou d'un refus des soins.

A ce titre, nous pourrions considérer que les patients hospitalisés en milieu spécialisé sans leur consentement présenteraient une symptomatologie ne permettant pas la réalisation d'explorations. Notre étude démontre qu'il n'existe pas de différence significative avec la population hospitalisée en soins libres (figure 5). Dans ces situations spécifiques où il n'existe pas de stratégie validée (50), il convient de mettre en parallèle la dangerosité potentielle du patient envers lui-même et les autres et les risques d'une absence d'investigation. Les moyens thérapeutiques à notre disposition en termes de sédation et d'apaisement devraient venir surseoir à la question de la faisabilité des dites investigations.

La situation du refus d'examens complémentaires par le patient vient avant tout poser une question d'ordre éthique. Il s'agit de différencier un refus tenant du libre choix éclairé du patient d'un défaut de consentement par une atteinte de la capacité à consentir. Dans le contexte de l'urgence, il revient au praticien d'évaluer la balance bénéfice-risque à la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques selon les données actuelles de la science, en assurant une prise en charge de l'état aigu et évitant l'aggravation ou les risques pour le patient (50,51).

Homogénéiser la réalisation d'un ensemble d'investigation face à des tableaux cliniques différents reste complexe. Nous proposons néanmoins en figure 6 la réalisation d'un bilan minimal et un arbre décisionnel aiguillant les conduites à tenir selon les situations.

8. Cas particuliers de la symptomatologie confusionnelle et de la personne âgée

Le syndrome confusionnel se trouve à la frontière entre une symptomatologie psychique et organique et s'avère être un motif majeur d'orientation vers le milieu psychiatrique (groupe 1B). Le syndrome confusionnel passe parfois au second plan derrière une symptomatologie comportementale bruyante pouvant orienter à tort vers une origine psychiatrique. Une évaluation rigoureuse permet de surseoir à cet écueil et d'éviter l'assimilation des troubles à une symptomatologie délirante.

Il est rare de retrouver l'ensemble des symptômes constituant le syndrome confusionnel, mais certains signes spécifiques permettent d'orienter l'évaluation sémiologique. Un délire sera évoqué face à des propos en désaccord avec la réalité, un mécanisme et un contenu particulier sont retrouvés et ce dernier est plus ou moins systématisé. Le syndrome confusionnel se manifeste de manière fluctuante par des propos décousus, répétitifs, sans logique, une désorientation temporo-spatiale et avec une altération de la vigilance possible. Cette composante confusionnelle doit en premier lieu conduire les praticiens à rechercher une étiologie organique ou iatrogénique (52,53).

Aussi, certains auteurs préconisent une évaluation cognitive fine des sujets rencontrés, et particulièrement de la population âgée. L'utilisation d'outils quantitatifs tels que le MMS (Mini Mental State) a également été suggérée (54). Pour autant, ces outils ne sauraient remplacer une évaluation clinique exhaustive de part des différences dans leurs critères de validité et dans les domaines cognitifs explorés (31). Nous ne pouvons également en nier les difficultés de faisabilité selon le tableau clinique présenté par le sujet rencontré. Leur utilisation reste



néanmoins intéressante dans l'évaluation des troubles psychiques survenant dans un contexte de maladies neuro-dégénératives (55), particulièrement pour les sujets âgés.

Ces dernières constituent une population pour laquelle l'évaluation initiale, qu'elle soit somatique ou psychiatrique, devrait être encore plus minutieuse. D'une part parce qu'il est difficile de faire la part des choses entre ce qui tient du vieillissement normal et du pathologique (56) et d'autre part du fait des manifestations aspécifiques de différentes pathologies (aussi bien organiques que psychiatriques) à cet âge (57). Un processus douloureux pourra par exemple s'exprimer par des troubles du comportement ou une athymhormie, orientant à tort vers une étiologie psychiatrique. Aussi, il n'est pas rare qu'une étiologie psychiatrique soit attribuée à tort à cette catégorie de la population (24).

Les contextes de comorbidités multiples et de polymédication (associée à un risque accru de survenue d'effets indésirables iatrogéniques) se surajoutent à des terrains déjà fragiles et vulnérables. Il est ainsi parfois difficile d'établir un lien causal entre un symptôme présenté et une étiologie précise. Un interrogatoire et une évaluation clinique rigoureuse reprenant chacun des systèmes organiques et des antécédents connus permettraient de surseoir à des conclusions parfois hâtives sources d'erreurs d'orientation et de prise en charge thérapeutique.

La survenue de tout symptôme inhabituel ou de modification de comportement pour cette catégorie de patient nécessite alors une prise en charge bien plus spécifique et systématique par rapport au reste de la population.

9. Participation organique aux décompensations psychiatriques

Au travers de la population du groupe 2, nous émettons l'hypothèse d'une participation organique, et plus particulièrement inflammatoire dans la précipitation de troubles psychiques.

Celle-ci s'appuie sur les théories récentes l'implication de mécanismes inflammatoires dans la genèse des troubles psychiatriques (58,59).

Essentiellement explorée dans le cadre de la dépression, l'hypothèse d'une participation d'une neuro-inflammation dans les troubles psychiques s'est étendue à l'ensemble des troubles psychiatriques (60). Bien que le lien causal ne puisse encore être établi avec certitude, l'utilisation de traitements anti-inflammatoires efficaces dans la prise en charge d'épisodes dépressifs majeurs constitue une piste thérapeutique venant étayer cette théorie (61).

Notre hypothèse résulte du constat d'une amélioration clinique d'une symptomatologie psychiatrique décompensée survenant de manière concomitante à un trouble organique de nature infectieuse après résolution de ce dernier sans modification des traitements psychotropes. Elle reste néanmoins à prendre avec précaution de part la faible puissance de notre étude et plus particulièrement de ce groupe.

Si l'ensemble des patients présentaient effectivement un syndrome inflammatoire lors de leur admission, nos données sont trop généralistes pour avoir un niveau de preuve permettant d'attester un lien de causalité.

En effet, la physiopathologie des processus inflammatoires, la participation et le retentissement sur différentes cascades moléculaires, constituent un champ d'investigation trop vaste et complexe pour le cantonner à un simple dosage biologique de routine.

Il existe également pour les patients concernés des facteurs confondants non évalués pouvant avoir un impact sur la symptomatologie psychiatrique. Ainsi l'absence de données sur des éléments cliniques tels que la fièvre, d'éventuels désordres hydro-électrolytiques ou encore l'observance au traitement durant cette période, constituent des biais non négligeables ne permettant pas d'élaborer une conclusion pertinente à notre hypothèse.

Ces situations cliniques viennent poser la question de la comorbidité, de la cooccurrence ou d'un réel lien de causalité entre pathologies ou mécanismes physiopathologiques.

Ce point précis nécessiterait un travail plus approfondi, mais ne peut qu'attirer la vigilance des psychiatres sur l'état somatique de leur patient et son éventuel retentissement possible sur leur pathologie psychiatrique.

Les situations cliniques concernées suggèrent toutefois que le traitement étiologique de l'affection organique présentée serait à prioriser sur le traitement de la symptomatologie psychiatrique rencontrée, sans pour autant remettre en question une prise en charge symptomatique.

10. Perspectives

Bien que sous évaluées dans notre étude, les situations cliniques évoquées sont peu nombreuses. Nous pourrions ainsi penser que ces hospitalisations sont des cas isolés et que la majorité des patients concernés ne sont pas hospitalisés au CHS. Le diagnostic étiologique organique ou iatrogénique aurait ainsi pu être évoqué en amont d'une admission en milieu spécialisé. La réplication de ce travail au niveau du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) permettrait de répondre à ces hypothèses. Aussi, il s'agirait de pointer les éléments ayant conduit l'orientation vers le milieu hospitalier général et à l'élaboration du diagnostic étiologique. Une étude comparative de notre échantillon avec les patients hospitalisés au CHU pourrait ainsi mettre en évidence des différences dans les investigations menées. Cela permettrait à la fois d'étayer nos propositions d'homogénéisation des prises en charge et de mettre en avant le travail collaboratif entre les spécialistes réunis autour de ses situations.

Il serait également intéressant de reproduire cette étude au sein de la population pédiatrique, à la fois en service spécialisé et au sein du CHU. Cette population est spécifiquement concernée par la survenue d'un premier épisode psychiatrique et pose, dans ce contexte, la question du diagnostic différentiel. Il s'agirait alors d'évaluer l'application des recommandations en vigueur dans la réalisation d'investigations complémentaires. Une étude comparative avec la population adulte permettrait d'évaluer s'il existe une différence dans le recours à ces examens entre ces groupes. Nous pourrions effectivement penser qu'il existe une plus grande sensibilisation au diagnostic différentiel en pédiatrie avec un recours plus aisé à des bilans complémentaires, tant les enjeux pronostiques peuvent être importants pour cette population.

Les recherches de plus en plus avancées dans la mise en évidence de troubles organiques à expression psychiatrique nous conduisent également à nous intéresser aux patients hospitalisés au long cours en CHS ou dits résistants aux traitements. Nous pourrions proposer une étude rétrospective sur les bilans menés pendant leur prise en charge et discuter de l'intérêt de la réalisation d'investigations complémentaires en accord avec les recommandations et la littérature actuelle.

Dans ce travail, nous émettons l'hypothèse d'une participation de la cascade inflammatoire dans les décompensations de pathologies psychiatriques. Le faible échantillon concerné ainsi que le peu de données spécifiques, ne permettent pas d'établir un lien de causalité ou de participation directe. Pour se faire, il faudrait mener une étude plus conséquente et ciblée sur le sujet.

CONCLUSION

Les différentes interactions entre troubles organiques et psychiatriques, qu'elles soient de l'ordre de la comorbidité, de l'association, de la cooccurrence ou de la causalité, nous conduisent à ne plus penser de manière binaire corps *versus* psyché.

Dans le cadre des troubles mentaux d'origine organique ou iatrogénique, l'ensemble du tableau clinique prend souvent sens rétrospectivement. La diversité des symptômes et des étiologies rencontrés rend difficile la généralisation et l'homogénéisation des prises en charge qui restent à l'heure actuelle dépourvus de consensus globaux.

Nous devons acquérir des connaissances spécifiques sur le sujet pour un meilleur repérage de ces troubles dans notre pratique courante. Le développement d'outils décisionnels et leur mise en pratique permettrait d'établir une collaboration multidisciplinaire nécessaire dans les situations auxquelles nous faisons référence afin d'œuvrer à une prise en charge optimale.

Si ces tableaux cliniques restent peu fréquents, ce travail met en avant tous les enjeux du diagnostic différentiel dans la prise en charge globale des patients souffrant de troubles psychiatriques. Ainsi, l'ensemble des praticiens doit être sensibilisé aux tableaux cliniques d'allure psychiatrique sans perdre de vue une possible étiologie organique. Tout comme les médecins psychiatres doivent maintenir un niveau de connaissance minimal en médecine générale.

Assurer ces enseignements, l'acquisition de compétences dans ces domaines et favoriser les liens interdisciplinaires doivent devenir les pierres angulaires de notre pratique quotidienne.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gourevitch R, Blanchet B, El-Kissi Y, Baup N, Deguillaume A-M, Gury C, et al. Effets secondaires psychiatriques des médicaments non psychotropes. *EMC-Psychiatr.* 2005;2(4):340–365.
2. Carpentier F, Paquier C, Luche B, Musiedlak G. Urgences médicales et psychiatrie. *Urgences Psychiatr.* 2008;46.
3. Lee MB. Organic brain syndromes seen in psychiatric consultation in a general hospital (NTUH)(author's transl). *Taiwan Yi Xue Hui Za Zhi.* 1981;80(1):119–128.
4. Levine PM, Silberfarb PM, Lipowski ZJ. A Study of 100 Psychiatric Referrals. *Cancer.* 1978;42:1385–1391.
5. Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-bakmas M, Cohen Dan, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry.* 2011;10(1):52–77.
6. Mackin P, Watkinson HM, Young AH. Prevalence of obesity, glucose homeostasis disorders and metabolic syndrome in psychiatric patients taking typical or atypical antipsychotic drugs: a cross-sectional study. *Diabetologia.* 2005;48(2):215–221.
7. Bannwarth B. Critères d'imputabilité des effets indésirables des médicaments. *Rev Rhum Monogr.* 2010;77(2):173–175.
8. Hall RC. Psychiatric presentations of medical illness: Somatopsychic disorders. Springer Science & Business Media; 2012.
9. Curran GM, Sullivan G, Williams K, Han X, Collins K, Keys J, et al. Emergency department use of persons with comorbid psychiatric and substance abuse disorders. *Ann Emerg Med.* 2003;41(5):659–667.
10. Hall RC, Popkin MK, Devaul RA, Faillace LA, Stickney SK. Physical illness presenting as psychiatric disease. *Arch Gen Psychiatry.* 1978;35(11):1315–1320.
11. Johnstone EC, MacMillan JF, Crow TJ. The occurrence of organic disease of possible or probable aetiological significance in a population of 268 cases of first episode schizophrenia. *Psychol Med.* 1987;17(02):371–379.
12. Organisation Mondiale De La Santé. CIM 10–Classification Internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement: descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris: Masson; 1993.
13. Hollister LE. Psychiatric syndromes due to drugs. *Drug-Induc Dis.* 1972;4:561–570.
14. Johnson DAW. Drug-induced psychiatric disorders. *Drugs.* 1981;22(1):57–69.
15. Whitlock FA. Adverse psychiatric reactions to modern medication. *Aust N Z J Psychiatry.* 1981;15(2):87–103.

16. Flaherty JA. Psychiatric complications of medical drugs. J Fam Pract. 1979;9(2):243–251.
17. Holvey C, Connolly A, Taylor D. Psychiatric side effects of non-psychiatric drugs. Br J Hosp Med Lond Engl 2005. 2010;71(8):432–436.
18. Hollister LE. Drug-induced psychiatric disorders and their management. Med Toxicol. 1986;1(6):428–448.
19. Airagnes G, Rouge-Maillart C, Garre J-B, Gohier B. Homicide et épisode psychotique aigu cortico-induit : à propos d'un cas. L'Encéphale. oct 2012;38(5):440–4.
20. Barrimi M. Les troubles psychiatriques iatrogènes aux corticoïdes (Etude longitudinale prospective sur 12 mois). 2010 [cité 16 juill 2016]; Disponible sur: <http://toubkal.imist.ma/handle/123456789/8105>
21. Ricoux A, Guitteny-Collas M, Sauvaget A, Delvot P, Pottier P, Hamidou M, et al. Troubles psychiatriques induits par la corticothérapie orale: mise au point sur la nature, l'incidence, les facteurs de risque et le traitement. Rev Médecine Interne. 2013;34(5):293–302.
22. American Psychiatric Association A. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. American Psychiatric Association; 1994.
23. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013. 1679 p.
24. Trzepacz PT, Teague GB, Lipowski ZJ. Delirium and other organic mental disorders in a general hospital. Gen Hosp Psychiatry. avril 1985;7(2):101–6.
25. Castro J, Billick S. Psychiatric presentations/manifestations of medical illnesses. Psychiatr Q. 2013;84(3):351–362.
26. Marsh CM. Psychiatric presentations of medical illness. Psychiatr Clin North Am. 1 mars 1997;20(1):181–204.
27. Talbot-Stern JK, Green T, Royle TJ. Psychiatric manifestations of systemic illness. Emerg Med Clin North Am. 2000;18(2):199–209.
28. El Omari F, Belkacem A, Ktiouet J, Paes M. Les faux psychiatriques. Espérance Médicale. 1999;6(54):462–465.
29. Samuelian JC Dir, Benazet MH, Blin O et al. Les « faux » psychiatriques en questions. 1994. (regards d'aujourd'hui).
30. Verdoux H, Bourgeois M. Manies secondaires a des pathologies organiques cerebrales. In: Annales médico-psychologiques. Elsevier; 1995 p. 161–168.
31. Lagomasino I, Daly R, Stoudemire A. Medical assessment of patients presenting with psychiatric symptoms in the emergency setting. Psychiatr Clin North Am. 1999;22(4):819–850.

32. Tintinalli JE, Peacock FW, Wright MA. Emergency medical evaluation of psychiatric patients. *Ann Emerg Med.* 1994;23(4):859–862.
33. Reeves RR, Pendarvis EJ, Kimble R. Unrecognized medical emergencies admitted to psychiatric units. *Am J Emerg Med.* 2000;18(4):390–393.
34. Guedj-Bourdiau M. Cas particulier de l'épisode psychotique aigu et du premier épisode. *Urgences Psychiatr.* 2008;421.
35. Bonnot O, Klünemann HH, Sedel F, Tordjman S, Cohen D, Walterfang M. Diagnostic and treatment implications of psychosis secondary to treatable metabolic disorders in adults: a systematic review. *Orphanet J Rare Dis.* 2014;9(1):65.
36. Demily C, Sedel F. Manifestations psychiatriques des maladies héréditaires du métabolisme traitables chez l'adulte. *EMC-Psychiatrie* 2014;11(3):1-8[Article 37-640-C-10]
37. Cohen D, Ferrafiat V, Freri E, Zibordi F, Granata T, Bodeau N, et al. 6.157 A new causality algorithm to enhance diagnosis and treatment of catatonia due to autoimmune conditions in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55(10):S254.
38. Danion C, Domenech P, Demily C, Franck N. Symptômes psychotiques dans les affections médicales générales de l'adulte. *EMC-Psychiatr.* 2007;37–297.
39. Ozelle R, Doudard A, Bodin A-L, Gueden S, Duverger P, Riquin E. Troubles organiques à expression psychiatrique, quel soin pédopsychiatrique? Réflexions autour de cas d'encéphalites dysimmunitaires. *Arch Pédiatrie.* 2017;24(5):483–491.
40. Walter M, Genest P. Réalités des urgences en psychiatrie. *Inf Psychiatr.* 2006;82(7):565–570.
41. Dorsey ST, Roth T. Medical conditions that mimic psychiatric disease: A systematic approach for evaluation of patients who present with psychiatric symptomatology. *Emerg Med Rep.* 2002;23(20):233–245.
42. Mégarbane B, Donetti L, Blanc T, Chéron G, Jacobs F, others. Intoxications graves par médicaments et substances illicites en réanimation. *Réanimation.* 2006;15(5):332–342.
43. Zumbrunnen R, Fauchère P-A. Psychiatrie de liaison: consultation psychiatrique à l'hôpital général. Masson; 1992.
44. Saoud M. Comment mieux valoriser notre activité en psychiatrie de liaison? *Eur Psychiatry.* 2014;29(8):587.
45. Cohidon C, Duchet N, Cao MM, Benmebarek M, Sibertin-Blanc D, Demogeot C, et al. La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale. *Santé Publique.* 1999;11(3):357–362.
46. Thienhaus OJ. Rational physical evaluation in the emergency room. *Hosp Community Psychiatry.* 1992

47. Amin M, Wang J. Routine laboratory testing to evaluate for medical illness in psychiatric patients in the emergency department is largely unrevealing. *West J Emerg Med.* 2009;10(2):97.
48. Claassen CA, Gilfillan S, Orsulak P. Substance use among patients with a psychotic disorder in a psychiatric emergency room (vol 48, pg 353, 1997). Vol. 48. *Amer Psychiatric Association* 1400 K ST NW, WASHINGTON, DC 20005; 1997. 1570–1570 p.
49. Aquatias S, Arditti J, Bailly I, Biecheler M-B, Bouaboula M, Coqus J-C, et al. Cannabis: quels effets sur le comportement et la santé? 2001; Disponible sur: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1324>
50. HAS. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Avril 2005.
51. Loi N 200.-303. du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *J Off.* 2002;5.
52. Boddaert J., Verny M. Evaluation du syndrome confusionnel chez le sujet âgé. *Urgences Gériatriques Protoc.* 36-8 2004;
53. HAS. Confusion aiguë chez la personne âgée: prise en charge initiale de l'agitation. *Recomm Bonne Prat.* 2009;
54. Pancrazi M-P, Metais P. Délires non schizophréniques du sujet âgé. *NPG Neurol-Psychiatr-Gériatrie.* 2004;4(20):13–19.
55. Jeste DV, Finkel SI. Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias: diagnostic criteria for a distinct syndrome. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2000;8(1):29–34.
56. Darcourt G. Vieillesse normale et vieillissement pathologique. *EMC Psychiatr.* 2000;
57. Monfort JC. quand le mal être du sujet âgé révèle une maladie invisible du corps. *Santé Ment.* décembre 2015;203.
58. Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci.* 2008;9(1):46–56.
59. Fond G. Inflammation in psychiatric disorders. *Eur Psychiatry.* 2014;29(8):551–552.
60. Najjar S, Pearlman DM, Alper K, Najjar A, Devinsky O. Neuroinflammation and psychiatric illness. *J Neuroinflammation.* 2013;10(1):816.
61. Köhler O, Benros ME, Nordentoft M, Farkouh ME, Iyengar RL, Mors O, et al. Effect of anti-inflammatory treatment on depression, depressive symptoms, and adverse effects: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(12):1381–1391.
62. Airagnes G, Consoli Silla M. Etats délirants organiques. *Rev Prat.* 2015;65(2):241–3.

63. Llorca P-M, Chereau I, Brousse G, Schawn R. Troubles psychiatriques d'origine toxique ou alimentaire. EMC-Psychiatr. 2004;1(3):188-200.

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de Flux	9
Figure 2. Répartition des étiologies du Groupe 1A, dit "Faux Psychiatrique"	13
Figure 3. Motif d'admission et symptomatologie retenue lors des hospitalisations du groupe 1B	15
Figure 4. Répartition des étiologies du Groupe 1B, dit "Non Psychiatrique".....	16
Figure 5. Répartition des investigations selon: les antécédents, le mode d'adressage, le mode d'hospitalisation et la population	17
Figure 6. Tableau décisionnel	29

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Données caractéristiques des groupes étudiés10

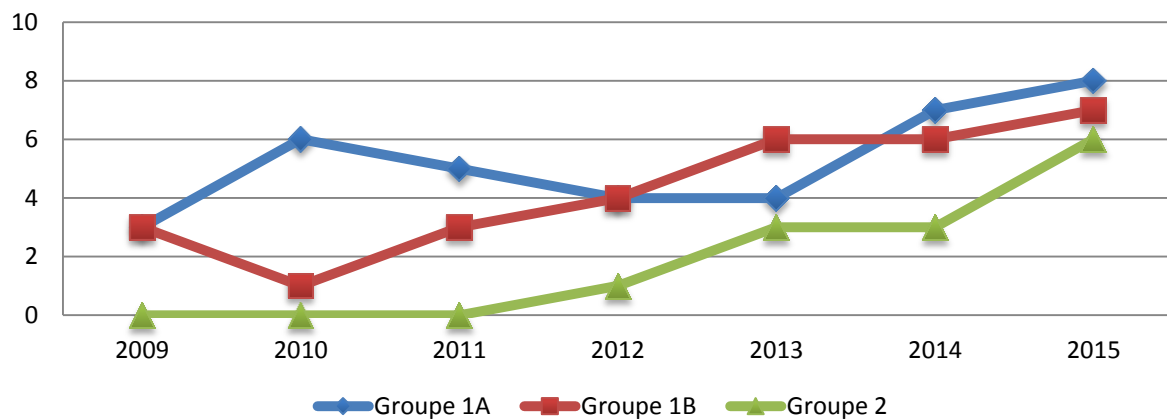
TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	1
INTRODUCTION.....	2
MÉTHODES	4
RÉSULTATS.....	8
1. Échantillon	8
2. Étude du Groupe 1, dit « Faux Positif »	11
2.1. Description du Groupe 1A, dit « Faux Psychiatrique »	11
2.2. Description du Groupe 1B, dit « Non Psychiatrique »	13
2.3. Évaluation des investigations portant sur le Groupe 1	16
3. Étude du Groupe 2 dit « Vrai Positif »	18
DISCUSSION	21
1. Limites.....	21
2. Les troubles psychiques d'origine iatrogénique	22
3. Les troubles organiques à expression psychiatrique.....	24
4. Profil des patients concernés	26
5. Place du médecin somaticien	30
6. Place du médecin psychiatre	32
7. Place des investigations complémentaires	34
8. Cas particuliers de la symptomatologie confusionnelle et de la personne âgée	37
9. Participation organique aux décompensations psychiatriques.....	39
10. Perspectives	41
CONCLUSION.....	43
BIBLIOGRAPHIE	44
LISTE DES FIGURES.....	49
LISTE DES TABLEAUX	50
TABLE DES MATIÈRES.....	51
ANNEXES.....	I

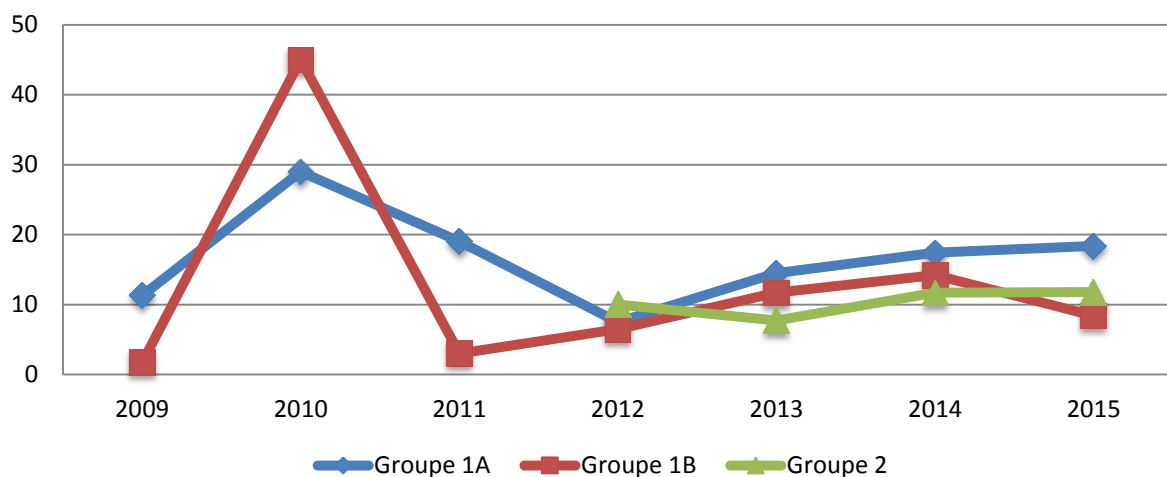
ANNEXES

Annexe I. Répartition des hospitalisations selon la population et l'année	II
Annexe II. Durée moyenne d'hospitalisation (en jours) selon l'année et la population.....	II
Annexe III. Durée moyenne d'hospitalisation (en jours) selon l'âge et la population	II
Annexe IV. Étiologies organiques et médicamenteuses retrouvées dans le Groupe 1	III
Annexe V. Liste (non limitative) de troubles organiques à expression psychiatrique	IV
Annexe VI. Liste (non limitative) des substances toxiques et alimentaires impliquées dans des manifestations psychiatriques	IX
Annexe VII. Liste (non limitative) des médicaments non psychotropes à effets indésirables psychiatriques	XI
Annexe VIII. Formulaire d'opposition à l'utilisation des données personnelles.....	XVI

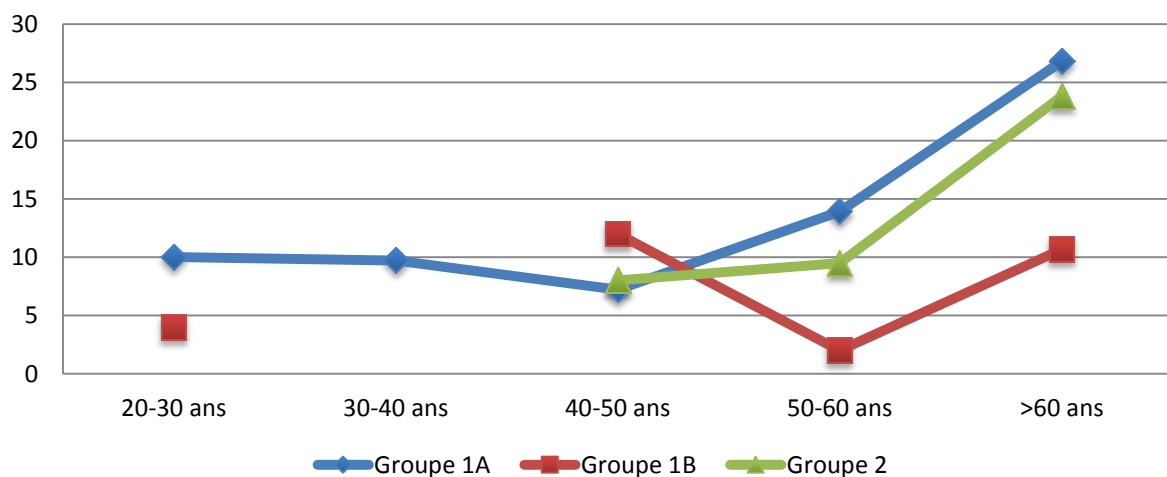
Annexe I. Répartition des hospitalisations selon la population et l'année



Annexe II. Durée moyenne d'hospitalisation (en jours) selon l'année et la population



Annexe III. Durée moyenne d'hospitalisation (en jours) selon l'âge et la population



ANNEXE IV. Étiologies organiques et médicamenteuses retrouvées dans le Groupe 1

Processus étiologique	Nombre de cas
Antiépileptiques	1
Cancer digestif	1
Chimiothérapie	1
Cirrhose	1
Corticoïdes	4
Encéphalite	3
Encéphalite herpétique	1
Encéphalopathie hépatique	1
Encéphalopathie hypertensive	1
Épilepsie	6
Hématome cérébral	2
Hémorragie méningée sur méningite	1
Hydrocéphalie à Pression Normale	1
Hyperthyroïdie	4
Hypothyroïdie	1
Infections diverses	13
Légionellose	1
Neurosyphilis	1
Pancréatite	1
Processus douloureux	5
RAU/Fécalome	3
Surdosage médicamenteux	2
Syndrome de Cushing	1
Toxoplasmose cérébrale compliquant un VIH	1
Troubles ioniques	7
Tuberculose	1
Tumeur cérébrale	2

(RAU : Rétention Aiguë d'Urine, VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine)

ANNEXE V. Liste (non limitative) de troubles organiques à expression psychiatrique
(28, 35, 37)

ÉTIOLOGIES	MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES	AUTRES MANIFESTATIONS CLINIQUES
<u>ANOMALIES CHROMOSOMIQUES</u>		
Délétion 22q11 (Syndrome de DiGeorge)	Tableau schizophrénique	Syndrome vélo-cardio-facial, Retard mental
Dysgénésies gonadiques		
Syndrome XXY (Klinefelter)	Troubles délirants pseudo schizophréniques Troubles du comportement sexuel	Gynécomastie, Hypogonadisme Taurodontisme
Syndrome de Turner	Troubles d'allure schizophréniques	Petite taille, Retard pubertaire, Dysmorphie Atteinte d'autres organes
Syndrome XYY	Troubles psychopathiques	Retard de développement
Syndrome de Prader-Willy	Troubles du comportement, Hyperphagie, Troubles psychotiques	Dysmorphie, Hypogonadisme
<u>CARDIAQUES</u>		
Encéphalopathie Hypertensive	Etat d'agitation, Angoisse massive	Confusion, Troubles visuels Nausées, Vomissements
Embolie pulmonaire/Infarctus du myocarde	Etat d'agitation, Troubles anxieux	Douleur thoracique, Dyspnée, Tachycardie, Signes de Homans...
Insuffisance cardiaque	Troubles du comportement ou anxieux Symptômes psychotiques	Souffle cardiaque, Dyspnée, Confusion, Douleurs abdominales
<u>DIGESTIVES</u>		
Cancer du pancréas/Pancréatite aigue	Anxiété, Dépression Troubles du comportement	Douleurs abdominales, Confusion Altération de l'état général
Cirrhose-Hépatite	Troubles du comportement, Agitation, Irritabilité	Troubles de la conscience, Syndrome extrapyramidal
Maladie Coeliaque	Irritabilité, Anorexie, Troubles du sommeil, Symptômes psychotiques	Diarrhée, Amaigrissement, Signes d'anémie, Douleurs, Ostéoporose
Maladie de Whipple	Troubles du comportement	Signes articulaires et neurologiques Confusion
Rétention Aigue d'Urine/Fécalome	Troubles du comportement, agitation	Globe vésical, Constipation Envies impérieuses

ENDOCRINIENNES

Dysthyroïdies

Hyperthyroïdie	Irritabilité, Elation de l'humeur, Agitation	Hypercatabolisme, Goitre, Exophtalmie Hyperexcitabilité neuromusculaire
Hypothyroïdie	Syndrome dépressif Symptômes psychotiques variés	Anomalies des phanères, Constipation, Bradycardie
Hyperparathyroïdie	Troubles de l'humeur, Irritabilité Tableau délirant	Complications de l'hypercalcémie Ostéoporose
Hypoparathyroïdie	Troubles de l'humeur, TOC Syndrome délirant	Epilepsie, Syndrome Parkinsonien
Hypercorticisme (Syndrome de Cushing)	Labilité émotionnelle, Troubles délirants Troubles anxieux généralisés	Obésité facio-tronculaire, Hypertension, Fragilité cutanée, Intolérance au glucose, amyotrophie
Insuffisance Hypophysaire	Syndrome anxiodépressif avec asthénie	Aménorrhée, Dépilation, Pâleur, Hypotension
Insuffisance Surrénalienne (maladie d'Addison)	Syndrome dépressif Etat euphorique ou délirant	Mélanodermie, Myalgies, Amaigrissement, Hypotension
Phéochromocytome	Syndrome anxiodépressif	Céphalées, Palpitations, Sueurs

INFECTIEUSES

Creutzfeld-Jacob	Hallucinations visuelles	Démence, Myoclonies, Ataxie cérébelleuse
Herpes Virus	Tableau délirant, Trouble des conduites Hallucinations gustatives et olfactives	Syndrome pseudo-grippal, Epilepsie
Légionellose	Tableau délirant, Hallucinations	Altération de l'état général, Fièvre Symptômes pulmonaires et neurologiques
Lyme	Tableau délirant	Atteinte neurologique
Neurocysticercose	Etat dépressif Tableau pseudo schizophrénique	Céphalées, Epilepsie, Altérations cognitives
Neuopaludisme	Symptômes psychotiques	Céphalées, Fièvre, Arthralgies, Tremblements Convulsion, Atteinte multiviscérale
Syphilis	Troubles de l'humeur Syndrome schizophrénique	Atteinte neurologique, Dyspraxies Troubles cognitifs
Tuberculose	Troubles thymiques, Troubles délirants	Amaigrissement, Sueurs nocturnes, Fièvre, Symptômes respiratoires
VIH	Syndrome délirant Hallucinations auditives et visuelles	Atteinte neurologique Signes d'infections opportunistes

INFLAMMATOIRES ET AUTOIMMUNES

Lupus	Symptômes dépressifs et psychotiques	Signes articulaires et cutanés Atteinte multiviscérale
Maladie de Horton	Symptômes psychotiques	Signes généraux d'inflammation Céphalées, Troubles visuels
Periartérite noueuse	Symptômes dépressifs	Altération de l'état général, Fièvre Atteinte multiviscérale
Sarcoïdose	Symptômes psychotiques	Signes pulmonaires, visuels, articulaires, Erythèmes noueux, Syndrome de Löfgren
Sclérodermie	Symptômes dépressifs	Syndrome de CREST
Sclérose en plaques	Symptômes dépressifs et psychotiques	Signes neurologiques, Syndrome pyramidal Névrite optique rétrobulbaire, Troubles sensitifs

METABOLIQUES ET IONIQUES

Avitaminoses		
Acide Folique	Syndrome dépressif, Apathie	Diarrhées, Neuropathie périphérique Confusion
B1	Troubles psychotiques	Syndrome de Wernicke-Korsakoff
B6	Syndrome dépressif	Céphalées, Troubles cognitifs
B12 (maladie de Biermer)	Syndrome dépressif, Apathie Troubles délirants paranoïdes	Symptomatologie digestive Atteinte cognitive
C	Symptômes dépressifs, Asthénie, Anorexie	Perte de poids, Infections à répétition Scorbut (dans les formes sévères)
PP	Syndrome anxiodépressif Tableau mélancolique "Folie Pellagreuse"	Pellagre
Diabète et hypoglycémie organique	Agitation, Trouble du comportement	Signes glucopéniques, Signes neurologiques Confusion, Syndrome polyuro-polydipsique
Encéphalopathies métaboliques acquises (respiratoire, hépatique, pancréatique, urémique)	Symptômes psychotiques	Signes neurologiques, Confusion, Asterix

Encéphalopathies métaboliques congénitales

Maladie de Wilson	Troubles du comportement Troubles de l'humeur	Troubles hépatiques et neurologiques Anneau de Kayser-Fleischer
Porphyrie	Troubles de l'humeur, Impulsivité Délire paranoïde	Symptômes digestifs, Urines porto Neuropathie périphérique

Homocystéinurie	Troubles de l'humeur et de la personnalité Troubles d'allure schizophréniques	Dysmorphie, Arachnodactylie, Ostéoporose Rash malaire, Livedo reticularis
Hypercalcémie	Etat dépressif, Tableau délirant Hallucinations	Douleurs abdominales, Troubles de conscience Syndrome polyuro-polydipsique
Maladie de Niemann Pick de Type C	Troubles psychotiques	Paralysie supranucléaire verticale du regard, Ataxie, Dystonie
Maladies de surcharge lysosomiale (Tay Sachs, Leucodystrophie, Adrenoleucodystrophie)	Tableau pseudo-schizophrénique	Signes neurologiques (Ataxie, Confusion, Para et Tétraplégie)
Syndromes de déficit en créatinine	Troubles du comportement, Agressivité	Syndrome extrapyramidal, Epilepsie Retard mental
Troubles du cycle de l'urée	Irritabilité, Déficit attentionnel idées délirantes, désorganisation psychique	Confusion, Vomissements, Céphalées Modifications alimentaires
Troubles de la natrémie	Agitation, Troubles du comportement	Confusion, Symptômes digestifs, Céphalées Convulsions
Troubles de la reméthylation	Symptômes délirants	Troubles neurologiques périphériques Troubles de la conscience
Xanthomatose cérébrotendineuse	Troubles du comportement, Agressivité Hallucinations, troubles de l'humeur	Diarrhées, Cataracte, Xanthomes Syndrome cérébelleux, Dystonie, Neuropathie

NEUROLOGIQUES

Accidents vasculaires cérébraux	Troubles de l'humeur	Troubles neurologiques, Confusion
Encéphalite/Méningite	Troubles de l'humeur et du comportement Episode délirant atypique	Céphalées, Troubles neurologiques
Épilepsie	Troubles du comportement Syndrome délirant, Hallucinations visuelles	Symptômes neurologiques, Myoclonies Confusion postcritique
Hydrocéphalie à Pression Normale	Syndrome pseudo dépressif	Troubles de la marche et sphinctériens
Lésions pédonculaires	Troubles du sommeil, Hallucinations visuelles	Syndrome pédonculaire
Maladies dégénératives		
Alzheimer	Troubles délirants (persécutifs sur le quotidien) Hallucinations visuelles	Troubles mnésiques et exécutifs
Lewy	Etat délirant paranoïde (vespéral) Hallucinations visuelles	Syndrome parkinsonien et démentiel
Huntington	Irritabilité, Agressivité, Trouble dépressif Délire paranoïde, Hallucinations	Mouvements anormaux Rigidité Parkinsonienne
Parkinson	Troubles délirants et de l'humeur Hallucinations visuelles	Syndrome Parkinsonien

Myotonie de Steinert	Syndrome anxio-dépressif Troubles du comportement	Cataracte, Myotonie, Atrophie musculaire
Neurofibromatoses	Troubles de l'humeur	Atteinte cutanée, ophtalmologique, osseuse
Processus expansif intracrânien	Tableau délirant, Troubles du comportement Hallucinations visuelles et auditives Symptômes d'allure dépressive	Céphalées, Altération de la vigilance Troubles neurologiques, Signes de localisation
Scléroses tubéreuses	Troubles du comportement Troubles d'allure schizophréniques	Atteinte cutanée, ophtalmologique, neurologique, rénale
Syndrome de MELAS	Tableau d'allure schizophrénique	Myopathie, Encéphalopathie Accidents vasculaires cérébraux ischémiques
Traumatisme crânien	Tableaux psychotiques Syndrome de stress post-traumatique	Signes neurologiques

(TOC : Troubles Obsessionnels Compulsifs)

ANNEXE VI. Liste (non limitative) des substances toxiques et alimentaires impliquées dans des manifestations psychiatriques (62,63)

SUBSTANCE	MANIFESTATIONS PSYCHIATRIQUES	AUTRES MANIFESTATIONS CLINIQUES
ARSENIC	Troubles du comportement	Confusion, Signes digestifs
ALUMINUM	Troubles dépressifs	Troubles de l'équilibre, Incoordination motrice
MANGANÈSE	Syndrome dépressif	Troubles neurologiques, "Parkinson Manganique"
MERCURE	Troubles dépressifs Modifications de personnalité	Confusion, Troubles Visuels, Atteinte respiratoire, cutanée, digestive
MONOXYDE DE CARBONE	Troubles du comportement Troubles délirants Manifestations thymiques	Vertiges, Nausées, Vomissements
ORGANOCHLORÉS	Troubles du comportement Agitation anxieuse	Malaises, Céphalées, Vertiges Paresthésies du visage Symptômes digestifs
ORGANOPHOSPHORÉS	Troubles dépressifs	Confusion, Symptômes digestifs
PESTICIDES	Troubles du comportement Troubles dépressifs, Irritabilité	Myalgies diffuses, Ataxie cérébelleuse Neuropathie périphérique, Névrite optique
PLOMB	Episode délirant, hallucinations Anxiété	Encéphalopathie saturnine: céphalées, convulsions, œdème cérébral
THALLIUM	Episode délirant, Hallucinations Agitation, Troubles dépressifs	Alopécie Atteinte multi viscérale
AMPHÉTAMINES	Etat délirant	Soif intense, Hypersudation Contraction des mâchoires Mydriase, HTA, Palpitations
CANNABIS	Etat délirant ± Hallucinations	Mydriase inconstante Ralentissement idéo-moteur Trouble de la coordination
COCAINE	Etat délirant interprétatif Agressivité, Irritabilité	Hyperthermie, HTA, Tachycardie Mydriase, Rhinite Vasodilatation périphérique
ECSTASY	Etat délirant paranoïaque	Soif intense, Hypersudation Contraction des mâchoires Mydriase, HTA, Palpitations
OPACIÉS	Hallucinations visuelles	Myosis, Bradypnée, Bradycardie Hypotension, Ataxie cérébelleuse Ralentissement, Confusion
TABAC ET NICOTINE	Au sevrage: symptômes dépressifs	

ALCOOL	Bouffée délirante aiguë Syndrome confuso-onirique (Délirium Tremens)	Incoordination motrice Signes de sevrage dans la consommation chronique
CAFÉINE	Aigue: Anxiété modérée, Nervosité Chronique: Attaque de panique, Agitation (à fortes doses)	
CHAMPIGNONS	Euphorie, hallucinations Perturbations sensorielles	Syndromes gyromitrien, coprinien, phalloïdien, résinoïdien, orellanien
PLANTES	Episode délirant	

(HTA : Hypertension Artérielle)

ANNEXE VII. Liste (non limitative) des médicaments non psychotropes à effets indésirables psychiatriques (1,15)

Pour la plupart des effets indésirables listés ci-dessous, leur survenue est rare, concernant des sujets vulnérables (jeunes enfants, sujets âgés) ou à risque (polymédication). Il s'agit parfois de tableaux isolés dont l'imputabilité est parfois discutable.

Il est à noter que tout traitement médicamenteux peut être source d'une confusion, particulièrement lors de surdosage.

MEDICAMENTS	EFFETS SECONDAIRES
Anesthésiques locaux (Lidocaïne)	Nervosité, Agitation, Anxiété (Passage intraveineux)
Acide acétylsalicylique	Dépression, Irritabilité (intoxication chronique)
Acide valproïque	Hyperactivité, Insomnie, Etat délirant
AINS et dérivés	Troubles de l'humeur, insomnie troubles du comportement et délirants
Alkylants	Anxiété, Dépression
Alphabloquants	Nervosité, Agitation, Etat délirant Hallucinations auditives
Amantadine	Nervosité, Insomnie, Dépression, Hallucinations
Aminosides	Etat délirant
Amiodarone	Cauchemars, Dépression, Délire
Amphotéricine B	Tableau délirant
Analogues de la GnRH	Dépression, Labilité émotionnelle Délire de persécution
Androgènes	Troubles de l'humeur, Agitation, Anxiété
Anorexigènes	Instabilité psychomotrice, Etat délirant
Antagonistes angiotensine	Dépression, Anxiété
Antagonistes des récepteurs 5HT3	Hallucinations (forte dose)
Antalgiques opioïdes mixtes	Hallucinations, Effets psychomimétiques Troubles de l'humeur, Agitation, Cauchemars
Antiandrogènes	Syndrome dépressif
Antiarythmique I	Troubles du sommeil, Agitation, Nervosité Dépression, Tableau délirant
Anticholinergiques	Excitabilité, Irritabilité, Réaction paradoxale (enfant)
Anticorps antilymphocytaires	Asthénie, Anorexie
Anticortisoliques	Troubles du sommeil
Antiépileptiques	Troubles de l'humeur, Troubles du comportement Irritabilité, Agressivité
Antifibrinolytiques	Etat délirant, Hallucinations
Antiglaucomeux	Troubles de l'humeur, Troubles du sommeil
Antiherpétiques (Aciclovir, Valaciclovir)	Hallucinations

Antihistaminiques H1	Agitation psychomotrice, Hallucinations Etat délirant
Antihistaminiques H2	Hallucinations, Troubles de l'humeur, Troubles du sommeil
Antihypertenseurs centraux	Dépression, Trouble du sommeil Tableau délirant
Antihypotenseurs	Anxiété, Troubles de l'humeur
Antilépreux	Troubles de l'humeur, Etats délirants
Antileucotriènes	Insomnie, Asthénie
Antimigraineux	Nervosité, Etat délirant, Troubles du sommeil
Antiparkinsonien	Troubles de l'humeur, Etat délirant, Hallucinations
Antiprurigineux locaux	Agitation, Hallucinations, Hyperactivité
Antirétroviraux (VIH)	Troubles de l'humeur, Etat délirant, Hallucinations
Antiseptiques locaux	Irritabilité, Dépression
Antispasmodiques	Irritabilité, Excitabilité, Agitation Hallucinations, Troubles psychotiques
Atropine	Agitation, Excitation, Irritabilité Hallucinations, Tableau délirant
Baclofène	Trouble de l'humeur, Agitation, Etat délirant Hallucinations
Barbituriques	Excitation, Agitation
Benzamides	Dépression, Anxiété, Insomnie
Benzodiazépines	Troubles du comportement, Agitation Agressivité, Irritabilité (enfant et sujet âgé)
Betabloquants	Troubles de l'humeur, Anxiété Troubles délirants
β-2 Stimulants	Agitation, Nervosité, Hallucinations
β-Lactamines diverses	Hallucinations
Biphosphonates	Troubles de l'humeur, Agitation, Hallucinations
Bronchodilatateurs	Agitation, Hallucinations
Céphalosporines	Etat délirant, Hallucinations
Chlorambucil	Agitation
Chloroquine	Troubles de l'humeur, Etat délirant, Hallucinations Instabilité psychomotrice, Anxiété
Chlorure de sodium	Agitation, Irritabilité
Choloroquine	Agitation, Anxiété, Agressivité Hallucinations, Episodes psychotiques
Ciclosporine	Troubles de l'humeur, Hallucinations visuelles Etat délirant
Cisapride	Irritabilité, Hyperactivité, Agressivité
Clomifene	Troubles de l'humeur, Etat délirant
Codéine	Dépression, Anxiété, Attaque de panique
Colchicine	Excitabilité, Irritabilité
Contraceptifs hormonaux	Troubles de l'humeur
Corticotropes	Troubles de l'humeur, Aggravation d'un état délirant
Cyclobenzaprine	Hallucinations, Décompensation de manie délirante
cypotérone+ethinylestradiol	Irritabilité
Cystéamine	Dépression, Hallucinations

Danazol	Troubles de l'humeur
Dapsone	Irritabilité, Etat maniaque, Etat délirant
Déféroxamine	Troubles du comportement, Hallucinations
Dérivés nitrés	Hallucinations visuelles
Dérivés terpéniques	Agitation (sujet âgé)
Dermocorticoïdes	Symptômes psychiatriques sans précision
Desflurane	Agitation et excitation
Dextropropoxyphène	Troubles de l'humeur, Euphorie
Diflusal	Dépression, Nervosité, Hallucinations
Digitaliques	Nervosité, Agitation, Tableau délirant, Hallucinations
Diurétiques (association)	Trouble de l'humeur, Nervosité
Dobutamine	Anxiété
Dompéridone	Troubles de l'humeur
Donézépil	Agitation, Agressivité, Troubles du sommeil Hallucinations
Dropéridol	Anxiété, Troubles de l'humeur
Érythropoïétine	Hallucinations visuelles
Éthambutol	Hallucinations
Felbamate	Etat délirant, Anxiété, Dépression
Fluconazole	Etat délirant
Flucystosine	Hallucinations
Flumazénil	Anxiété, Angoisse, Attaque de panique, Etat délirant
Fluoroquinolones	Dépression, Hallucinations, Etat délirant, Agitation
Gabapentine	Troubles du comportement, Troubles de l'humeur
Ganciclovir	Etats délirants, Hallucinations, Anxiété
Gingko biloba	Labilité émotionnelle, Anxiété
Glucocorticoïdes	Troubles de l'humeur, Etat délirant, Hallucinations Agitation psychomotrice, Troubles anxieux
Gonadotrophines	Irritabilité, Anxiété
Griséofulvine	Dépression, Irritabilité, Insomnie
Halothane	Dépression
Hormones thyroïdiennes	Agitation psychomotrice, Nervosité
Hydantoïne	Troubles de l'humeur
Hydroxybutyrate de sodium	Agitation
Hydroxyzine	Excitation, Confusion (sujet âgé)
Hypolipémiants	Dépression, Insomnie
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion	Troubles de l'humeur, Anxiété, Troubles délirants
Infliximab	Troubles de l'humeur, Agitation
Inhibiteurs calciques	Dépression, Hallucinations visuelles, Tableau délirant
Inhibiteurs de la pompe à protons	Agitation, Hallucinations, Troubles de l'humeur
Inhibiteurs de la Prolactine	Troubles de l'humeur, Hallucinations Etat délirant aigu, Agitation psychomotrice
Inhibiteurs de la synthèse d'ADN	Anxiété, Agitation, Dépression, Hallucinations
inhibiteurs des phosphodiesterase	Anxiété, insomnie
Interferons	Troubles de l'humeur, Anxiété Etat délirant, Hallucinations
Isoniazide	Hallucinations, Troubles de l'humeur, Etat délirant

Isotrétinoïne	Irritabilité, Troubles du comportement Eléments délirants, Trouble dépressif
Itraconazole	Troubles de l'humeur, Hallucinations
Kératolytiques	Hallucinations, Stupeur, Agitation Troubles délirants, Dépression
Kétamine	Hallucinations, Tableau délirant, Agitation
Ketoconazole	Nervosité
Macrolides	Troubles de l'humeur, Etat délirant, Hallucinations
Mefloquine	Etat délirant, Hallucinations, Attaque de panique Troubles de l'humeur et du sommeil
Méprobamate	Excitation
Methotrexate	Troubles de l'humeur
Metoclopramide	Troubles de l'humeur
Miconazole	Hallucinations, Etat Délirant, Troubles de l'humeur
Morphiniques	Excitation, Trouble du sommeil Troubles de l'humeur, Délire, Hallucinations
Mydriatiques sympathomimétiques	Troubles du comportement
Nalorphine	Troubles de l'humeur, Hallucinations visuelles
Naloxone	Troubles du comportement
Nefopam	Irritabilité, Hallucinations
Nitrofurantoïne	Trouble de l'humeur, Etat délirant
Noradrénaline	Anxiété
Ocytociques	Hallucinations
Oestrogènes	Troubles de l'humeur
Oxybutynine	Agitation, Anxiété, Hallucinations, Etat délirant
Pénicillines	Troubles du comportement, Etat délirant Hallucinations
Pentamidine	Etat dépressif, Hallucinations
Pentoxifylline	Hallucinations
Phénothiazines	Anxiété, Troubles de l'humeur
Phénylbutyrate de sodium	Dépression
Piribédil	Agitation
Podophyllotoxine	Agitation, Trouble délirant
Produits de contraste iodés	Angoisse, Agitation, Hallucinations
Progestatifs	Insomnie, Dépression
Propofol	Troubles du comportement, Agressivité Désinhibition, Hallucinations
Quinine	Dépression, Hallucinations, Etat délirant
Rétinoïde	Irritabilité, Troubles du sommeil
Ribavirine	Dépression, Troubles du sommeil
Rifampicine	Etat délirant, Hallucinations, Agitation
Scopolamine	Agitation, Etat délirant, Hallucinations
Sevoflurane	Agitation, Trouble délirant
Somatotrophine	Troubles de l'humeur
Sulfamides	Etat délirant aigu
Tacrolimus	Troubles de l'humeur, Agitation, Délire
Tamoxifène	Troubles de l'humeur
Tetrazépam	Irritabilité, Agressivité, Troubles du comportement

Théophylline	Excitation, Agitation, Etat délirant
Thiocolchicoside	Excitation
Thrombolytiques	Troubles de l'humeur, Etat délirant
Tiagabine	Dépression, Labilité émotionnelle, Etat délirant
Topiramate	Dépression, Etat délirant, Troubles du comportement
Tramadol	Hallucinations, Troubles de l'humeur, Agitation Anxiété
Vaccins	Pleurs inconsolables, Irritabilité
Vasoconstricteurs	Agitation psychomotrice, Troubles de l'humeur
Vigabatrin	Etat délirant, Troubles de l'humeur
Vitamine A	Irritabilité, Etat délirant
Vitamine D	Stupeur, Etat dépressif
Yohimbine	Nervosité, Agitation, Insomnie
Zonisamide	Hallucinations visuelles

(AINS : Anti-inflammatoires non stéroïdiens)

ANNEXE VIII. Formulaire d'opposition à l'utilisation des données personnelles

A Angers, le jj/mm/2016

Objet : Formulaire d'opposition à l'utilisation de données à caractère personnel.

Madame, Monsieur,

Vous êtes contacté(e) dans le cadre de la réalisation d'une étude au sein du Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME). Celle-ci vise à évaluer les implications organiques et médicamenteuses lors d'hospitalisations en milieu psychiatrique.

Le but de ce projet est de définir le rôle des traitements médicamenteux et des pathologies organiques dans le déclenchement ou l'expression des maladies psychiatriques et de définir la proportion des patients concernés afin d'en améliorer la prise en charge et nos pratiques de soins. Il s'agit essentiellement de déterminer quelles ont été les investigations cliniques et paracliniques réalisées avant l'hospitalisation afin de pouvoir émettre des recommandations pratiques sur celles-ci.

Pour ce faire, un recueil de données portant sur votre dossier d'hospitalisation est nécessaire.

L'ensemble des données collectées sera **anonymisé** et traité selon les lois en vigueur et uniquement destiné à des fins statistiques. Celles-ci pourront faire l'objet de publications scientifiques ou de communications dans des congrès et ne seront pas utilisées dans un autre cadre que celui précédemment décrit.

Ce projet ne suscite pas de questionnement éthique après avis du Comité d'Ethique du CHU d'Angers en date du 09.11.2016.

L'investigateur de ce projet, Monsieur OZELLE Rudy, se tient disponible pour répondre à toutes demandes d'informations complémentaires. Vous pouvez le joindre via le département de psychiatrie du CHU d'Angers (02.41.35.32.43)

Dans le cas d'une opposition de votre part à l'utilisation de vos données merci de retourner le bordereau ci-dessous à l'adresse suivante **dans un délai de un mois** suivant la réception de ce courrier : A l'attention de M. OZELLE Rudy, Service de Psychiatrie et d'Addictologie CHU ANGERS 4 rue Larrey 49933 ANGERS CEDEX 9.

Vous remerciant par avance,
Bien cordialement.
M. Ozelle Rudy

Madame, Monsieur..... (Nom, Prénom), né(e) le / /

S'oppose à l'utilisation de ses données à caractère personnel dans le cadre de l'étude visant à évaluer les implications organiques et médicamenteuses lors d'hospitalisations en milieu psychiatrique.

Fait à , le / /

Rapport-gratuit.com 
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Implications organiques et iatrogéniques dans les troubles mentaux. Etude en milieu psychiatrique.

RÉSUMÉ

Introduction : Les différentes intrications possibles entre trouble psychique et organique conduisent le praticien à ne plus penser de manière dichotomique. Particulièrement dans le cadre des troubles psychiatriques dus à une affection médicale générale. Repérer ces situations est un enjeu diagnostique, thérapeutique et pronostique. Nous proposons ainsi d'évaluer la proportion de ces patients en milieu psychiatrique et les investigations menées en amont de leur hospitalisation.

Matériel et méthode : 811 dossiers de patients hospitalisés en secteur psychiatrique ont été consultés sur une période de six ans. Ces derniers répondaient à au moins l'un des critères de recherche suivants : codage CIM 10 spécifique, transfert vers le milieu général (urgences ou service spécialisé) dans les 30 jours suivant l'admission, décès durant l'hospitalisation.

Résultats : Près de 10% de la population étudiée était concernée par une participation organique ou médicamenteuse dans la survenue de troubles psychiatriques. Parmi eux, 46.25% présentaient un trouble mental d'origine organique ou iatrogénique. Pour 37.5%, la symptomatologie dominante n'était pas psychiatrique et pour 16.25%, le trouble psychiatrique aurait été précipité par un trouble organique.

Discussion : Le polymorphisme des situations tant dans le profil des patients concernés que dans les investigations réalisées en amont de l'hospitalisation rendent nécessaire une homogénéisation des prises en charge. Il s'agit de s'appuyer sur des éléments objectifs et de redéfinir la place du psychiatre et des examens complémentaires dans ce genre de cas.

Conclusion : Face à la diversité des symptômes et des étiologies rencontrés nous devons acquérir des connaissances spécifiques et développer des outils décisionnels afin d'orienter nos prises en charge.

Mots-clés : trouble mental organique ; iatrogénie ; trouble mental secondaire ; manifestations psychiatriques ; troubles organiques.

Organic and iatrogenic implications in mental troubles. Study in a psychiatric department.

ABSTRACT

Background: Many interactions between psychic disorder and physical illness are possible. We shouldn't think binary, organic versus psychiatric, anymore. Practitioners have to be aware because organic troubles with psychiatric symptoms are not rare and further revealed. Identifying these situations is a diagnostic, therapeutic and prognostic issue but it doesn't exist any consensus. We propose to evaluate the proportion of patients hospitalized in a psychiatric department presenting an organic or iatrogenic origin to their trouble.

Materials and Methods: Between January 2009 and December 2015, 811 files were consulted, responding to a specific CIM 10 coding, transferred to a medical department in the 30 days after the hospitalization, or death during it.

Results: Nearly 10% of the population was concerned with an organic or iatrogenic involvement in the development of their psychiatric disorders. That was similar to the results in others studies. 46.25% had an organic or iatrogenic mental disease (group 1a). The etiology found were not rare and well described in the literature, as dysthyroidy, epilepsy or corticoid side effects for example. 37.5% had a dominant symptomatology that wasn't psychiatric (group 1b). This population was older and particularly concerned by a confusional syndrome with an organic origin. The last 16.25% presenting a psychiatric disorder that could be precipitated by an organic disorder, particularly by an inflammatory process (group 2).

Discussion: The polymorphism of the situations met, in the profile of the patients concerned as the investigations made before the hospitalization, lead us to think of a homogenization of care. We need to identify some objective elements to alarm about a possible physical origin of the psychiatric trouble. That will help us to argue the realisation of complementary examinations and avoid misdiagnosis in such cases.

Conclusion: Faced with the diversity of symptoms and etiologies encountered, we need to acquire specific knowledge on this subject and develop guidelines for our cares.

Keywords : Organic mental disorders ; Iatrogeny ; Secondary mental disorders ; Psychiatric symptoms ; Physical illness

