

Conduite à tenir devant un épisode psychotique aigu

L'appel au médecin et la demande de soins émanent en général de l'entourage du patient à la suite de modifications brutales de son comportement, de l'existence d'idées « bizarres » et d'hallucinations, générant souvent un état d'agitation ou de sub-agitation.

I. L'hospitalisation s'impose en urgence, si besoin en HDT ou en HO

- devant un tableau dont le diagnostic est facile :
 - apparition brutale de troubles du comportement
 - idées délirantes de thèmes et de mécanismes polymorphes
 - troubles du sommeil
 - variations de l'humeur
 - note subconfusionnelle
- mais il est indispensable d'effectuer d'emblée un examen somatique :
 - dont les gestes techniques permettent de calmer l'angoisse et d'établir une relation,
 - à la recherche d'une cause organique, métabolique ou toxique, à traiter pour son propre compte,
 - le bilan sera complété rapidement par des examens complémentaires.
- l'entretien avec le patient et son entourage permet de :
 - décrire l'évolution des troubles, l'existence d'antécédents
 - rechercher une prise de toxiques, un accouchement récent, ...
 - en sachant qu'un épisode psychotique aigu peut correspondre à une pathologie organique, une prise de toxiques, une B.D.A., une psychose puerpérale, un trouble de l'humeur (manie, mélancolie, état mixte), un moment fécond d'une psychose chronique, ou un état crépusculaire hystérique.

II. Le traitement est neuroleptique :

- Neuroleptique polyvalent, antidélirant et antihallucinoire, dont le choix est guidé par la symptomatologie et l'expérience du prescripteur
- par voie I.M. si nécessaire pendant deux à trois jours, puis per os, en gouttes si possible pour faciliter l'observance
- à une posologie importante, mais rapidement individualisée, par exemple Halopéridol (Haldol® : 15 à 30 mg/j), Loxapine (Loxapac® : 300 à 600 mg/j), rispéridone (Risperdal® : 2 à 4 mg/j), olanzapine (Ziprexa® 5 à 10 mg) Sultopride (Barnetil® : 800 à 1600 mg/j), Zuclopenthixol (Clopixol® : 100 à 200 mg/j) éventuellement sous forme ASP,
- en association éventuelle à :
 - un neuroleptique sédatif type Nozinan® ou Tercian® en cas d'anxiété importante et uniquement quand est prescrit un antipsychotique non sédatif
 - un correcteur des effets secondaires extrapyramidaux, prescrit uniquement s'ils apparaissent, un correcteur de l'hypotension ...
 - une BZD anxiolytique ou hypnotique.
- avec une surveillance pluriquotidienne de :
 - l'état d'hydratation et de vigilance,
 - le pouls, la tension, la température,
 - l'existence d'effets indésirables,
 - le comportement, le sommeil, l'alimentation,
 - l'activité délirante et l'état thymique.

III. La poursuite du traitement dépend de son efficacité et du cadre nosologique dans lequel s'inscrit l'épisode psychotique aigu :

- en cas d'efficacité, qui peut être évaluée dès les huit premiers jours :
 - poursuivre le traitement per os, en diminuant progressivement sa posologie, de façon adaptée à l'évolution de chaque patient,
 - dans le cadre d'une relation thérapeutique, avec des entretiens répétés, débouchant éventuellement après l'état aigu sur une approche psychothérapique,
 - n'envisager la sortie qu'en fonction de l'amélioration après quelques semaines, et poursuivre le traitement à posologie minimum efficace pendant trois à six mois,
 - la prise en charge ultérieure dépend du cadre nosologique.
- en cas d'inefficacité, voire d'aggravation sous neuroleptique :
 - adapter la posologie du traitement en fonction de la symptomatologie et de la tolérance,
 - changer de molécule pour un neuroleptique d'une autre classe clinique,
 - se reposer la question d'un trouble de l'humeur, notamment d'un état mixte, en fonction des thèmes délirants, des antécédents personnels et familiaux, et envisager la prescription d'un thymorégulateur,
 - discuter l'indication d'une électroconvulsivothérapie.