Année 2018/2019 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Khris BERTOME

Né le 01/03/1989 à Fort de France (972)

Etat des lieux de la prise en charge des urgences psychiatriques aiguës dans les urgences de la région Centre

Présentée et soutenue publiquement le **24 avril 2019** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Saïd LARIBI, Médecine d'Urgence, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Jean-Philippe COTTIER, Radiologie et Imagerie Médicale, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Marc LAFFON, Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Docteur Julien PASSERIEUX, Médecine d'Urgence, PHC, Orléans

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Fanny BOBLETER

****

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – *1962-1966*
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - *1966-1972*
Pr André GOUAZE - *1972-1994*
Pr Jean-Claude ROLLAND – *1994-2004*
Pr Dominique PERROTIN – *2004-2014*

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Philippe ARBEILLE
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Christian BONNARD
Pr Philippe BOUGNOUX
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Pierre COSNAY
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr Alain GOUDEAU
Pr Noël HUTEN
Pr Olivier LE FLOCH
Pr Yvon LEBRANCHU
Pr Elisabeth LECA
Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ
Pr Gérard LORETTE
Pr Roland QUENTIN
Pr Alain ROBIER
Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P.BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET - J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – D. ROYERE - A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian ..... Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis ..... Cardiologie
AUPART Michel ..... Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique ..... Cardiologie
BALLON Nicolas ..... Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle ..... Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe ..... Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora ..... Pharmacologie clinique
BERNARD Anne ..... Cardiologie
BERNARD Louis ..... Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .... Biologie cellulaire
BLASCO Hélène ..... Biochimie et biologie moléculaire
BODY Gilles ..... Gynécologie et obstétrique
BONNET-BRILHAULT Frédérique ..... Physiologie
BRILHAULT Jean ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent ..... Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck ..... Urologie
BUCHLER Matthias ..... Néphrologie
CALAIS Gilles ..... Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent ..... Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques ..... Parasitologie, mycologie
COLOMBAT Philippe ..... Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe ..... Neurologie
COTTIER Jean-Philippe ..... Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand ..... Neurologie
DEQUIN Pierre-François..... Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume..... Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe ..... Anatomie
DIOT Patrice ..... Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague ..... Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri ..... Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal ..... Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam ..... Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan ..... Réanimation
FAUCHIER Laurent ..... Cardiologie
FAVARD Luc ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand ..... Gériatrie
FOUQUET Bernard ..... Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick ..... Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle ..... Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOGA Dominique ..... Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUPILLE Philippe ..... Rhumatologie
GRUEL Yves ..... Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice ..... Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge ..... Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel ..... Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier ..... Urologie
HALIMI Jean-Michel ..... Thérapeutique
HANKARD Régis..... Pédiatrie
HERAULT Olivier ..... Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis ..... Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe ..... Biologie cellulaire
LABARTHE François ..... Pédiatrie
LAFFON Marc ..... Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert ..... Chirurgie infantile
LARIBI Saïd ..... Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique ..... Bactériologie-virologie
LAURE Boris ..... Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry ..... Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel ..... Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude ..... Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent ..... Dermato-vénéréologie
MAILLOT François ..... Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain ..... Pneumologie

MARRET Henri ..... Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel ..... Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent ..... Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain ..... Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa ..... Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis ..... Rhumatologie
ODENT Thierry ..... Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi ..... Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna ..... Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe ..... Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric ..... Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique ..... Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck ..... Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean ..... Ophtalmologie
PLANTIER Laurent ..... Physiologie
REMERAND Francis ..... Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe ..... Biologie cellulaire
ROSSET Philippe ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline ..... Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem ..... Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab ..... Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria ..... Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre ..... Pédiatrie
TOUTAIN Annick ..... Génétique
VAILLANT Loïc ..... Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane ..... Anatomie
VOURC'H Patrick ..... Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé ..... Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien ..... Soins palliatifs
POTIER Alain ..... Médecine Générale
ROBERT Jean ..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David ..... Physiologie
BARBIER Louise..... Chirurgie digestive
BERHOUET Julien ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe ..... Biostat., informatique médical et technologies de communication
BRUNAULT Paul ..... Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès ..... Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas ..... Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane ..... Biophysique et médecine nucléaire
FAVRAIS Géraldine ..... Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie ..... Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe ..... Néphrologie
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
GUILLON Antoine ..... Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille ..... Immunologie
IVANES Fabrice ..... Physiologie
LE GUELLEC Chantal ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine ..... Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste ..... Radiologie pédiatrique
PIVER Éric ..... Biochimie et biologie moléculaire

REROLLE Camille ..... Médecine légale
ROUMY Jérôme ..... Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte ..... Néphrologie
TERNANT David ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess ..... Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia ..... Neurosciences
BOREL Stéphanie ..... Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse ..... Médecine Générale
MONJAUZE Cécile ..... Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald..... Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile ..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe ..... Médecine Générale
SAMKO Boris ..... Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves ..... Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe ..... Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric ..... Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
LE PAPE Alain ..... Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William ..... Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha ..... Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire ..... Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie
DELORE Claire ..... Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie ..... Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle ..... Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie
LALA Emmanuelle ..... Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel..... Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale
BIRMELE Béatrice ..... Praticien Hospitalier

REMERCIEMENTS

Au Professeur LARIBI, qui a bien voulu présider mon jury, je lui suis reconnaissant.

Aux Professeurs COTTIER et LAFFON qui ont accepté de juger mon travail de thèse.

A Julien PASSERIEUX mon directeur de thèse, pour sa patience, ses conseils et ses encouragements.

A ma petite sœur chérie, pour son soutien indéfectible.

A mes parents, toujours présents et qui ne cessent de me pousser malgré la distance.

A ma famille ANDRE et BERTOME,

A “ma belle“ Manon, pleine de tendresse et attentionnée au quotidien.

A la Merveilleuse, elle se reconnaitra, pour son amitié et son immense bienveillance depuis notre premier stage.

A ma seconde famille de Dreux, merci pour tous ces bons moments durant ces 3 années d’internat et ceux à venir.

A Jessica A.M.S., qui ne lira sûrement jamais ce travail mais sans qui je ne serais sûrement pas là, grâce au fameux ticket doré « 151 ».

TABLE DES MATIERES

RESUME…… 8

1.INTRODUCTION……. 10

2. MATERIEL ET METHODE…… 13

3. RESULTATS…….. 14

4. DISCUSSION……. 21

5. BIBLIOGRAPHIE……. 30

6. ANNEXES…… 33

ABREVIATIONS

ACEP	American college of emergency physicians
BZD	Benzodiazépine
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
HAS	Haute autorité de santé
IDE	Infirmier diplômé d'état
SAU	Service d'accueil des urgences
SFMU	Société française de médecine d'urgence
TS	Tentative de suicide

RESUME

Introduction. Les urgences psychiatriques concernaient 3 à 6 % des admissions dans les services d'accueil des urgences en France (SAU). Les patients présentant des urgences psychiatriques nécessitaient une attention importante. L'évaluation clinique initiale au SAU avait pour but de discriminer le patient cliniquement stable de celui pouvant s'aggraver. L'objectif de l'étude était d'obtenir une vision réaliste de la pratique quotidienne des médecins urgentistes de la région Centre lors de la prise en charge d'un patient se présentant avec une pathologie psychiatrique aigue.

Matériel et méthode. Notre étude était prospective, descriptive, multicentrique, non interventionnelle et s'est déroulée du 12 février au 18 Mars 2019. Un questionnaire médical a été envoyé à tous les médecins urgentistes exerçant dans la région Centre.

Résultats. 60 médecins thésés ont rempli le questionnaire. L'âge moyen était de 38 ans (écart-type 9 ans ; médiane 34 ans). Le nombre d'années d'exercice au sein d'un SAU était de 9 ans (écart-type 8 ans ; médiane 6 ans). 48% des participants disposeraient d'un triage et d'un protocole adaptés aux urgences psychiatriques dans leur SAU. Sur un score évaluant leurs connaissances, la moyenne était de 3,9 points sur 11 (médiane 4 points ; extrêmes 1 et 7 points).

Conclusion. Notre étude a montré une méconnaissance des recommandations dans la prise en charge des urgences psychiatriques. Une collaboration avec les psychiatres semble nécessaire pour l'élaboration de protocoles afin d'améliorer la prise en charge de ces patients.

RESUME

Introduction. Psychiatric emergencies accounted for 3 to 6% of admissions to the French Emergency Department (ED). Patients with psychiatric emergencies required significant attention. The initial clinical evaluation at the UAS was intended to discriminate between the clinically stable patient and the potentially aggravating patient. The objective of the study was to obtain a realistic vision of the practice of emergency physicians in the Center region when treating a patient presenting with an acute psychiatric pathology.

Material and method. Our study was prospective, descriptive, multicenter, non-interventional and was conducted from February 12 to March 18, 2019. A medical questionnaire was sent to all emergency physicians practicing in the Center region.

Results. 60 graduates doctors completed the questionnaire. The mean age was 38 years (standard deviation 9 years, median 34 years). The number of years of exercise in a ED was 9 years (standard deviation 8 years, median 6 years). 48% of participants would have a triage and protocol adapted to psychiatric emergencies in their ED. On a score evaluating their knowledge, the average was 3.9 points out of 11 (median 4 points, extremes 1 and 7 points).

Conclusion. Our study showed a lack of knowledge of the recommendations in the management of psychiatric emergencies. Collaboration with psychiatrists seems necessary for the development of protocols to improve the management of these patients.

INTRODUCTION

Les urgences psychiatriques concernaient 3% à 6% (1) des admissions quotidiennes dans les services d'accueil des urgences en France (DREES), soit 4 patients par jour dans le centre hospitalier régional d'Orléans. Six pour cents des patients admis dans les SAU étaient hospitalisés en psychiatrie, soit un nombre supérieur à celui des admissions pour étiologie psychiatrique. Les urgences psychiatriques étaient définies comme « toute demande dont la réponse ne peut être différée : il y a une urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin. Elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique » (2). Trois types d'urgences (3) étaient définis: les urgences psychiatriques pures où le patient relevait de la psychiatrie et, en l'absence de toute pathologie organique, pouvait être pris en charge par une équipe de soins en psychiatrie ; les urgences mixtes où le sujet présente des manifestations organiques et psychiatriques simultanées ; et les états aigus transitoires où le patient était en situation de crise et présentait des réactions émotionnelles intenses avec risque de passage à l'acte.

Bien que le pourcentage des admissions des urgences psychiatriques restait stable, le nombre total des admissions dans les SAU connaissait une croissance linéaire de 3,5% par an (4). Les urgences psychiatriques se retrouvaient noyées dans le flux incessant de toutes les urgences confondues malgré la présence fréquente d'un triage (5) des pathologies psychiatriques. Un article s'intéressant au vécu des patients présentant une urgence psychiatrique (6) soulignait

l'expérience négative de la salle d'attente et la mauvaise circulation de l'information augmentant le niveau d'angoisse et de stress. Carillo et al. insistaient sur la nécessité d'un triage ciblé par niveau d'urgence de la pathologie psychiatrique en fonction de l'état clinique du patient et non du motif d'admission « psychiatrique » (7). L'échelle de triage Royal Hobart mental health triage scales (Annexe 1 et 2) permettait de hiérarchiser cinq niveaux d'urgence, de non urgent chronique au patient réanimatoire.

Les patients présentant une urgence psychiatrique nécessitaient une attention importante sur le plan de la surveillance et de la vigilance notamment lors des intoxication aiguës (8) ou des états d'agitation aiguë nécessitant une sédation chimique et physique (9). L'évaluation clinique initiale au SAU avait pour but de discriminer le patient cliniquement stable de celui pouvant potentiellement s'aggraver. Dans un second temps, la prise des constantes et l'examen physique cherchaient à exclure l'organicité des symptômes dont pouvaient dépendre les examens complémentaires. La haute autorité de santé (HAS) avait émis un rapport préconisant la réalisation d'examens minimaux (constantes cliniques, glycémie capillaire et saturation en oxygène) avant l'orientation d'un patient en psychiatrie (30). Elle avançait que la présence d'un signe neurologique focal devait conduire à la réalisation d'examens complémentaires. Cette frontière entre l'aspect psychologique et somatique est abordée quotidiennement dans les SAU. Par exemple, pour la rédaction d'un certificat de soins psychiatriques sans consentement, il fallait déterminer si les symptômes étaient dus à une maladie et nécessitaient des examens complémentaires.

Depuis le décret du 9 mai 1995, redéfinissant les conditions pour les établissements de santé à posséder un SAU, la présence du psychiatre est requise vingt-quatre heures sur vingt-quatre, ainsi

que celle d'un personnel infirmier (IDE) possédant une expérience professionnelle adaptée en psychiatrie. Lorsque l'état clinique permet un entretien, le patient rencontre ensuite une infirmière de psychiatrie. L'évaluation psychiatrique déterminait la prise en charge et l'orientation du patient avec les décisions de surveillance pour la réévaluation, le retour à domicile et la prise en charge ambulatoire ou hospitalisation.

L'hospitalisation en psychiatrie pouvait être réalisée sans consentement, selon les modalités définies par la HAS qui a publié en Mars 2018 une fiche d'aide à la rédaction des certificats qui s'inscrit dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011 dont certaines dispositions ont été modifiées en septembre 2013 sur les soins psychiatriques sans consentement.

En 2015, en France, 92000 patients ont été soignés sans leurs consentements et près des deux tiers faisaient suite à un passage aux urgences. (10)

A notre connaissance aucune étude ne s'est intéressée à l'évaluation de la pratique des médecins urgentistes vis-à-vis des urgences psychiatriques.

L'objectif de l'étude était d'obtenir une vision réaliste de la pratique quotidienne des médecins urgentistes de la région Centre lors de la prise en charge d'un patient se présentant au SAU avec une pathologie psychiatrique aiguë. Notre hypothèse était de montrer que les recommandations concernant la prise en charge somatique des patients avec une pathologie psychiatrique aigüe étaient méconnues.

MATERIEL ET METHODE

Notre étude était prospective, descriptive, multicentrique, non interventionnelle et s'est déroulée du 12 février au 18 Mars 2019. Un questionnaire médical (Tableau 1, 2 et 3) a été élaboré à partir des recommandations françaises (8) (9) (11) et américaines (12) (41), sur le logiciel Google Form®. Il comportait 30 questions fermées et abordait quatre volets de la prise en charge : générale, l'état psychiatrique aigu, le patient agité et les tentatives d'autolyse. Ce mode de recueil a été privilégié afin de permettre la rapidité et une meilleure exploitabilité des données.

Le lien du questionnaire a été envoyé par mail le 12 février 2019 à tous les médecins urgentistes exerçant dans la région Centre et inscrits de façon régulière dans les plannings de leurs établissements respectifs. Un mail de rappel a été renvoyé 1 semaine après.

Les critères d'inclusion étaient : tous les médecins exerçant au sein des SAU de la région Centre.

Les critères de non-inclusion étaient : les étudiants ou médecins non thésés.

Une description des résultats selon les différents volets de la prise en charge a été effectuée dans le logiciel Excel. Le recueil des données quantitatives a été effectué sur le logiciel Excel 2007 (Microsoft, USA).

RESULTATS

Entre le 12 février et le 18 mars 2019, 60 médecins thésés ont rempli le questionnaire.

62% d'entre eux sont des praticiens hospitaliers (PH) et 26% des assistants ou chefs de clinique.

L'âge moyen était de 38 ans (écart-type 9 ans ; médiane 34 ans).

Le nombre d'années d'exercice au sein d'un SAU était de 9 ans (écart-type 8 ans ; médiane 6 ans).

Dans notre étude, 48% des participants disposeraient d'un triage et d'un protocole adaptés aux urgences psychiatriques dans leur SAU.

En cas de nécessité d'hospitalisation, plus de la moitié des praticiens proposaient une hospitalisation libre au patient qu'il s'agisse d'un premier passage ou de passages récurrents. Néanmoins, 66% d'entre eux ont déjà rédigé un certificat de soins psychiatriques sans consentement.

Sur un score évaluant leurs connaissances, la moyenne était de 3,9 points sur 11. (médiane 4 ; extrêmes 1 et 7). L'évaluation personnelle de chaque praticien sur sa connaissance des urgences psychiatriques était en moyenne de 4,95 sur 10 (écart-type 1,8 ; médiane 5). (Figure 1)

L'ensemble des résultats est repris dans les tableaux 1, 2 et 3.

Tableau 1. Prise en charge générale des urgences psychiatriques	
Q1. Quelle est votre fonction dans le SAU ?	
Praticien hospitalier (PH), PH contractuel	38 (62,3)
Assistant ou chef de clinique	16 (26,7)
Médecin intérimaire	4 (6,7)
Médecin appartenant à l'établissement	3 (5)
Q2. Votre SAU dispose-t-il d'un triage pour la prise en charge des urgences psychiatriques ?	
Oui	29 (48,3)
Non	27 (45)
Je ne sais pas	4 (6,7)
Q3. Votre service dispose-t-il d'un protocole pour la prise en charge de l'agitation ?	
Oui	29 (48,3)
Non	23 (38,3)
Je ne sais pas	8 (13,3)
Q4. Etes-vous confronté(e) à la nécessité de rédiger des certificats de soins psychiatriques sans consentement ?	
Oui	40 (66,7)
Non	20 (33,3)
Q5. En général, en cas de nécessité d'hospitalisation, proposez-vous au patient une hospitalisation libre (HL) s'il n'y est pas opposé ?	
Oui	54 (90)
Non, car s'il change d'avis, il ne pourra pas être hospitalisé	3 (5)
Non, j'hospitalise systématiquement sous contrainte si l'hospitalisation est nécessaire	3 (5)
Q6. Et si le patient a des antécédents psychiatriques connus et qu'on vous a déjà dit qu'il avait refusé une hospitalisation libre lors de son arrivée précédente en psychiatrie ; lui proposerez-vous une hospitalisation libre s'il n'est pas opposé ?	
Oui	42 (72,4)
Non, pour d'autres raisons	8 (13,8)
Non, je ne propose pas d'hospitalisation libre	5 (8,6)
Non, car s'il change d'avis, il ne pourra pas être hospitalisé	3 (5,2)
Q7. De façon générale, informez-vous le patient de votre décision d'hospitalisation sous contrainte ?	
Oui	50 (83,3)
Non, car il risquerait de s'opposer à la décision et pourrait s'agiter	8 (13,3)
Non, car cela ne me semble pas nécessaire ou par oubli de ma part	2 (3,3)
Q8. La décision d'hospitalisation sous contrainte est-elle ... ?	
Prise après concertation avec l'IDE de psychiatrie ou le psychiatre	35 (61,4)
Selon les cas, prise seule ou en concertation avec l'IDE de psychiatrie ou le psychiatre	19 (33,3)
Prise par vous-même uniquement sans concertation avec l'IDE de psychiatrie ou le psychiatre même s'il est présent	3 (5,3)
Prise par vous-même dans tous les cas, car pas d'IDE ou de psychiatre	0 (0)
Q9. Parmi les critères suivants, lesquels selon vous déterminent votre décision d'hospitalisation sans consentement chez des patients présentant des troubles psychiatriques aigus ? (plusieurs réponses possibles)	
L'auto ou hétéroagressivité *	55 (91,7)
Un risque suicidaire élevé *	56 (93,3)
Un délire avec forte adhésion *	55 (91,7)
L'incurie	4 (6,7)
L'alcoolisation ou l'abus de substance, sans dépendance	5 (8,3)
Taux de bonnes réponses = 72%	

Q10. Dans votre établissement, les patients ont-t-ils au décours de leur passage dans le SAU, une prise en charge psychiatrique en semaine (hors nuits, weekend et jours fériés).	
Oui	58 (96,7)
Non	2 (3,3)
Q11. Et en cas de nuit, weekend et jours fériés ?	
Oui	45 (75)
Non	12 (20)
Je ne sais pas	3 (5)

Les réponses entre parenthèses sont en pourcentage ; *correspond aux réponses conformes aux recommandations

Tableau 2. Prise en charge du patient agité

Q12. Avez-vous dans votre service un box dédié exclusivement aux patients agités ?	
Oui	28 (46,7)
Non	32 (53,3)
Q13. Quel est votre réel ressenti vis-à-vis de la gestion des patients agités ?	
Nécessite une prise en charge (sédation et/ou contention) à partir du moment qu'il devient agressif vis-à-vis du personnel ou des autres patients	34 (56,7)
C'est une urgence, je le prends en charge sans délai, dès son arrivée *	25 (41,7)
Aucune urgence, peut être vu dans l'ordre d'arrivée des patients	1 (1,7)
Taux de bonnes réponses = 42%	
Q14. Quelle est l'indication de la mise en place d'une contention physique ? (plusieurs réponses possibles) ?	
Protection du patient et/ou d'autrui *	56 (93,3)
L'agressivité et dangerosité imminente *	53 (88,3)
Déambulation du patient ne pouvant pas être surveillée	10 (16,7)
Rassurer les soignants	4 (6,7)
La punition	1 (1,7)
Taux de bonnes réponses = 70%	
Q15. Si nécessaire, quelle(s) contention(s) physique(s) privilégiez-vous ?	
Main + Pieds + Ventrale *	30 (50)
Ventrale	20 (33,3)
Mains	15 (25)
Pieds	7 (11,7)
Taux de bonnes réponses = 48%	
Q16. Concernant la surveillance de la contention ?	
J'oublie de la prescrire la plupart du temps	21 (35)
Je pense systématiquement à la prescrire (manuellement ou informatiquement)	16 (26,7)
Je la prescris oralement	13 (21,7)
Je prescris une surveillance selon l'évolution de l'état clinique décrit par mes collègues paramédicaux	10 (16,7)
Q17. Prescrivez-vous un traitement sédatif adapté à l'état d'agitation du patient après la contention physique (autre que la sédation initiale éventuellement réalisée) dans les cas du patient non intoxiqué ?	
Oui je la prescris de façon différée selon l'état de vigilance du patient	24 (41,4)
Oui, je la prescris systématiquement d'emblée	24 (41,4)
Non, car j'oublie et souvent on ne me rappelle pas pour la poursuivre	3 (5,2)
Oui, je la prescris oralement	3 (5,2)
Oui je la prescris de façon différée	2 (3,4)
Non, car j'ai d'autres patients à gérer	1 (1,7)
Non, car ma sédation initiale suffit	1 (1,7)
Q18. Quel traitement prescrivez-vous dans le cadre de la gestion de l'agitation toute cause confondue ? (1 réponse)	
Benzodiazépines + Neuroleptiques	24 (40,7)
Neuroleptiques seuls	19 (32,2)
Benzodiazépines *	15 (25,4)
Aucun	1 (1,7)
Taux de bonnes réponses = 25%	
Q19. Quelles molécules privilégiez-vous pour la sédation d'un patient agité dans le cas d'intoxication éthylique aiguë ? (1 réponse)	
Benzodiazépines *	38 (63,3)
Neuroleptiques	12 (20)
Benzodiazépines + Neuroleptiques	10 (16,7)
Taux de bonnes réponses = 63%	
Q20. Quelles molécules privilégiez-vous pour la sédation d'un patient âgé agité lié à une pathologie psychiatrique aiguë (ex : bouffée délirante aiguë) ?	

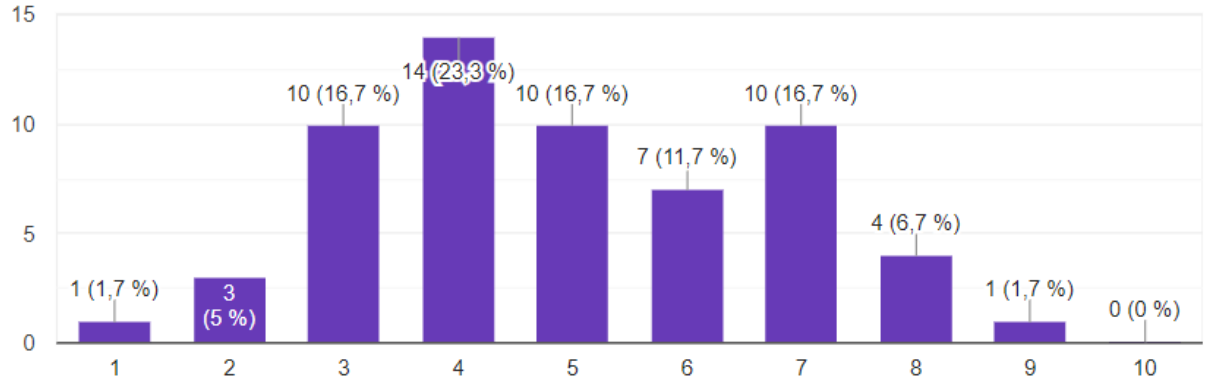
Neuroleptiques *	31 (51,7)
Benzodiazépines + Neuroleptiques	17 (28,3)
Benzodiazépines	13 (21,7)
Taux de bonnes réponses = 50%	
Q21. Quelle voie d'administration privilégiez-vous initialement ? (plusieurs réponses possibles)	
Orale *	38 (63,3)
Intramusculaire *	38 (63,3)
Nasale	26 (43,3)
Intraveineuse	21 (35)
Sous-cutanée	0 (0)
Taux de bonnes réponses = 12%	

Les réponses entre parenthèses sont en pourcentage
*correspond aux réponses considérées conformes aux recommandations

Tableau 3. Prise en charge du patient agité	
Q22. Dans votre établissement existe-t-il un outil permettant d'évaluer le risque suicidaire ?	
Non	23 (38,3)
Je ne sais pas	19 (31,7)
Oui	18 (30)
Q23. Quels éléments selon vous permettent d'évaluer le risque suicidaire ?	
Antécédents psychiatriques personnels et/ou familiaux*	48 (81,4)
Evènements de vie*	32 (54,2)
Isolement social*	36 (61)
Humeur triste	35 (59,3)
Idées envahissantes, idées suicidaires, rumination*	52 (88,1)
Scénario et planification élaborés*	56 (94,9)
Antécédents de tentative de suicide*	50 (84,7)
Antécédents d'abus physique, sexuel*	25 (42,4)
Difficultés scolaires ou professionnelles*	22 (37,3)
Taux de bonnes réponses = 72%	
Q24. Une évaluation psychiatrique vous semble-t-elle nécessaire avant un retour à domicile après un passage aux urgences dans le cas d'un patient ayant présenté plusieurs passages pour tentative d'autolyse ?	
Oui, dans tous les cas	56 (93,3)
Oui, si le patient le souhaite	3 (5)
Non, car cela ne va rien apporter au patient	1 (1,7)
Q25. Selon la HAS, quels examens clinicobiologiques sont nécessaires en urgence pour pouvoir hospitaliser sous contrainte un patient sans antécédents psychiatrique, avec un tableau psychiatrique aigu et un examen somatique normal ? (plusieurs réponses possibles) ?	
Tension artérielle / Fréquence cardiaque / Température*	52 (88,8)
Glycémie capillaire*	53 (89,8)
Saturation en oxygène*	36 (61)
Evaluation de la vigilance*	42 (71,2)
NFS / Iono / CRP / Bilan hépatique	29 (49,2)
ECG	37 (67,2)
ECBU	3 (5,1)
TDM cérébrale	20 (33,9)
Screening toxico / Alcoolémie	38 (64,4)
Radiographie pulmonaire	3 (5,1)
EEG	9 (15,3)
Taux de bonnes réponses = 1%	
Q26. Chez un patient, coopératif ayant un examen et une histoire peu contributifs, avec des signes vitaux normaux, quelles sont selon vous les indications à effectuer un bilan d'organicité ? (plusieurs réponses possibles) ?	
Sujets jeunes	23 (39)
Personnes âgées*	44 (74,6)
Premier épisode*	56 (94,9)
ATCD psychiatrique connu	7 (11,9)
ATCD de toxicomanie*	16 (27,1)
Milieu socio-économique défavorable*	9 (15,3)
Taux de bonnes réponses = 3%	

Les réponses entre parenthèses sont en pourcentage
*correspond aux réponses considérées conformes aux recommandations

Figure 1. Auto-évaluation des médecins urgentistes sur leur connaissance des urgences psychiatriques entre 1 et 10 points.



DISCUSSION

La population de notre étude était relativement jeune, 38 ans d'âge moyen, en comparaison à l'ensemble des médecins en activité, toutes spécialités et mode d'exercice confondus en France qui avait une moyenne d'âge de 50,7 ans dont 23% ont moins de 40 ans (13).

L'accueil et la prise en charge des patients présentant des urgences psychiatriques

Le triage est employé depuis des années d'abord en médecine de guerre puis transposé aux services des urgences hospitaliers. L'objectif premier était de faire face au flux de patients en optimisant les délais et les circuits de soins. La société française de médecine d'urgence (SFMU) préconisait en 2013 que ce triage soit réalisé par une IDE dédiée dès l'arrivée à l'accueil et pour tous les patients (5). En dehors des difficultés inhérentes au triage, les urgences psychiatriques présentaient quelques spécificités. Des études ont montré que le manque de formation et de sensibilisation à ce type d'urgence rendaient le risque de sous ou sur évaluation de l'urgence, élevé (14) (15) . Clarke et al. observaient que cinquante pour cent (50%) des patients considérés non urgent au triage avaient nécessité une hospitalisation.

L'emploi d'échelles fiables, valides, reproductibles et adaptées au motif d'admission était indispensable pour atteindre les objectifs de triage en milieu intra hospitalier comme le rappelle la SFMU. Dans les SAU, la Classification Infirmière des Malades aux Urgences CIMU (16), permettait un triage préconisant des délais de prise en charge dès l'accueil en fonction de la gravité des signes présentés. Concernant les urgences psychiatriques, la Royal Hobart mental health triage scales (Annexe 1, 2) définissait différents degrés d'urgence (de 1 : réanimatoire à 5 :

non urgent) et la conduite à tenir, et la behavioural activity rating scale (BARS) (Annexe 3) était employée dans le cadre de l'agitation.

Il aurait été intéressant de savoir quelle échelle était utilisée dans les SAU disposant d'un triage adapté, car l'évaluation de la gravité d'un patient peut être différente selon l'échelle employée (17). Une fois le triage et l'orientation réalisés, venait le temps de l'examen clinique qui comprenait classiquement l'anamnèse dépendant du comportement du patient (opposition, mutisme, agitation) avec nécessité d'interroger l'entourage, l'examen somatique et l'entretien psychiatrique avec le but de rétablir la communication ou d'initier la désescalade en cas d'agitation.

Le patient agité

L'état d'agitation aiguë était une situation fréquemment rencontrée dans les SAU. San et al. évaluaient que près de 5 patients sur 100 consultaient aux urgences psychiatriques pour état d'agitation aiguë (18). Les étiologies pouvaient être psychiatrique, organique, toxique ou intriquées. Il est défini dans le DSM 5 comme une activité motrice excessive associée à une sensation de tension interne (19). En 2002, la SFMU insistait sur le fait que cela constituait une urgence absolue au tri (9) et était considéré comme telle par 42% des praticiens de notre étude. La nécessité de disposer d'un espace calme où le patient pourrait être à l'écart avec un accès ouvert était recommandé et présent dans 46% de notre enquête. Lors de l'entretien s'il peut se dérouler, le praticien tentait une désescalade verbale avec un certain nombre de techniques décrites par Richmond et al. (20).

La contention physique avait pour but d'assurer la sécurité du patient, de l'entourage et la prévention de la violence imminente après l'échec des autres méthodes non coercitives. C'était une mesure d'exception et temporaire. Elle devait être systématiquement associée à une sédation médicamenteuse. Elle impliquait la mise en place d'une surveillance codifiée par l'établissement par une fiche (Annexe 4), peu réalisée par les urgentistes (26,7% dans notre étude). Le constat était le même dans une étude menée dans un CHU de France où pour 75% des patients ayant eu une contention physique, il n'y avait pas de fiche de surveillance (21).

Les recommandations de bonne pratique en psychiatrie générale de 2017 de l'HAS reprenaient les même principes à la différence que la contention ventrale sera mise en fonction du degré d'agitation (22) et devaient servir de piste de réflexion pour d'autre service que la psychiatrie. Seule la moitié des urgentistes privilégiait l'association des contentions des membres et ventrale.

De nombreuses molécules ont démontré leur efficacité dans la sédation des patients agités : les benzodiazépines et les neuroleptiques (antipsychotiques de première et de seconde génération). La SFMU (9) préconisait l'utilisation des benzodiazépines (BZD) en première intention lors de la prise en charge initiale en l'absence d'information sur la cause ou en cas d'intoxication éthylique aigue et les neuroleptiques chez les patients âgés ou en cas de suspicion d'étiologie psychiatrique. Dans notre étude, 40% des urgentistes prescrivaient une association BZD – neuroleptique lors de la prise en charge initiale toute cause confondue, 63% des benzodiazépines en cas d'intoxication éthylique aigue et 51% des neuroleptiques chez les patients âgés agités.

L'ACEP (12) suggérait l'utilisation d'une benzodiazépine ou d'un neuroleptique comme monothérapie efficace pour le traitement médicamenteux initial du patient indifférencié et l'emploi d'une association chez les patients coopérants.

Horn et al. (23) retrouvaient la préconisation de BZD en première intention mais les consensus d'experts conseillaient tout de même, une prise en charge médicamenteuse en fonction de l'étiologie supposée. Néanmoins, les recommandations en fonction des étiologies n'étaient pas unanimes. Comme dans le cas de l'intoxication éthylique aigue où certains recommandaient l'utilisation d'une BZD seule pour prévenir le syndrome de sevrage et d'autres l'utilisation d'un neuroleptique du fait du risque de dépression respiratoire (24). Ils font également une distinction entre une agitation liée au sevrage et une agitation associée à une intoxication alcoolique. Chez les patients coopérants la voie orale devait être privilégiée par rapport à la voie intramusculaire. Près de 60% des praticiens avaient recours à l'un de ces deux modes d'administration. La voie intraveineuse montrait une efficacité rapide mais elle était peu réalisable dans les situations d'agitation élevée.

Près de 40% privilégiait la voie nasale. Peu d'études ont été menées dans le cas de l'agitation, cependant elle pourrait constituer une alternative à d'autre voie plus invasive (25).

Garriga et al. dans un consensus d'experts en psychiatrie, proposaient pour les états d'agitation légère à modérée nécessitant une sédation rapide d'utiliser la voie inhalée (26) par neuroleptiques. Des études menées sur la prise en charge de l'agitation chez les patients schizophrènes ou bipolaires par inhalation de loxapine (antipsychotique de première génération qui partageait un certain degré d'atypicité avec la classe antipsychotique de deuxième génération) versus placebo démontrait une efficacité supérieure mais nécessitait une coopération du patient avec un risque de bronchospasme (27) (28).

Le risque suicidaire

Selon l'OMS, le suicide était la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans dans le monde en 2012 (29) et environ 800 000 décès pourraient lui être attribués. Dans une étude menée en France, en 2017, près de 5% des participants déclaraient avoir pensé à se suicider au cours de l'année écoulée et près de 7% déclaraient avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (30).

Sur le plan régional, près de 1900 recours aux urgences pour tentative de suicide ont été recensés du 1er janvier au 31 décembre 2017 dans les SAU de la région Centre (31).

Le passage pour crise suicidaire aigue peut être à la suite d'un passage à l'acte (TS à proprement parlé), à la suite de l'annonce faite aux proches ou au médecin traitant (idées suicidaires) ou à la propre initiative du patient.

La problématique des urgentistes est donc d'évaluer les patients et d'identifier les besoins de ces derniers (consultation psychiatrique, suivi psychiatrique ambulatoire ou hospitalisation) car il n'existe pas de moyen capable de prédire le suicide à la suite d'un passage au SAU (32). Néanmoins, il existe des outils pour l'évaluation du risque mais l'absence de consensus peut expliquer la variabilité de leur utilisation d'un service à l'autre. Dans une étude britannique, seul un tiers des hôpitaux étudiés utilisait une échelle d'évaluation (33), comme ce fut le cas dans notre étude.

Les comportements suicidaires renvoient à un modèle plurifactoriel impliquant à la fois des facteurs socioculturels, environnementaux et psychopathologiques.

La conférence de consensus de 2000 sur la crise suicidaire (11) évoquait la recherche, lors de l'évaluation, d'évènement de vie, de facteur protecteur et de facteur de risque qu'elle classait en 3 types :

- facteurs primaires : les troubles psychiatriques, les antécédents personnels et familiaux de suicide, la communication d'une intention suicidaire ou une impulsivité ;

- facteurs secondaires : les pertes parentales précoces, l'isolement social, le chômage, les difficultés financières et professionnelles, les événements de vie négatifs ;

- facteurs tertiaires : non modifiables comme le sexe ou l'âge.

De nombreux facteurs ont une corrélation avec le risque suicidaire. Dans notre enquête, nous avons limité ce choix et contrairement à l'idée reçue, l'humeur triste n'est pas un facteur de risque comme le pense près de 60% des praticiens mais de trouble dépressif.

Une étude canadienne a comparé les opinions des psychiatres et des urgentistes sur les facteurs de risque suicidaire, où les urgentistes omettaient des facteurs considérés comme importants par les psychiatres (34).

Ensuite, le praticien aura à juger du caractère imminent et de la dangerosité de l'individu en se basant sur le niveau de souffrance, le degré d'intentionnalité, les éléments d'impulsivité, un éventuel élément précipitant, la présence de moyens létaux à disposition et la qualité du soutien de l'entourage proche pour définir un niveau d'urgence de faible à élevé.

Dans le prolongement de la conférence de consensus, l'échelle R-U-D a été développée et permet une estimation de la potentialité suicidaire qui comprend l'évaluation de trois composantes :

- Le Risque (R) suicidaire concerne la recherche des principaux facteurs de risque de l'individu dans son contexte personnel, familial et social.

- L'Urgence (U) situe le patient dans le processus suicidaire en recherchant une intention suicidaire, un scénario, son éventuelle planification dans le temps et l'événement déclencheur.
- Le Danger (D) renvoie à l'accessibilité immédiate et à la létalité du moyen envisagé.

Après l'évaluation, un avis spécialisé est recommandé ce qui est fait par 93% des praticiens.

Soins psychiatriques sans consentement

Près de 40% des patients consultants au SAU pour un motif psychiatrique en France étaient hospitalisés dans une étude du DREES en 2014 (35). La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en régissait les modalités de prise en charge (36). L'HAS proposait en 2005 comme indications : patient présentant un risque suicidaire élevé, une auto ou hétéro-agressivité associée à des troubles psychiatriques, un délire avec forte adhésion ou une incurie dans une moindre mesure si associée à des troubles cognitifs (37). La prise d'alcool ou de toxiques, aiguë ou chronique ne constituait pas une indication seule à l'hospitalisation sans consentement. Ces indications étaient connues par plus de 90% des médecins participants. L'examen somatique selon la HAS devait comprendre au minimum la mesure des paramètres suivants : vigilance, pression artérielle, pouls, température, fréquence respiratoire, glycémie capillaire, avant d'envisager un transfert ou admission dans un autre service. Toute anomalie de l'examen clinique notamment neurologique nécessitait des examens complémentaires.

Quand la poursuite des soins était nécessaire, une hospitalisation libre devait être proposée et le consentement devait être recherché à tout moment, ce qui est fait par près de 90% des participants lors d'un premier passage ou par 72% lors de passages récurrents. En l'absence de

consentement, les demandes de soins psychiatriques pouvaient être réalisées soit à la demande d'un tiers soit en cas de péril imminent. Il s'agissait d'une décision collégiale dans 61% et seuls 66% avaient déjà rédigé un certificat de soins psychiatriques sans consentement.

Schmits et al. observaient que plus d'un tiers des hospitalisations sous contrainte étaient réalisées la nuit (38). Les patients admis pour abus de substance étaient en hospitalisation libre ou bénéficiaient d'un suivi ambulatoire.

Les examens complémentaires

Marjanovic et al. en 2016 démontraient dans certaines situations que la prescription d'examens complémentaires non justifiée en regard des recommandations dans un contexte d'urgence, avait des conséquences sur l'augmentation du temps de passage aux urgences et un surcout (39).

En 2006, l'ACEP reconnaissait le rendement faible des examens biologiques de « routine » (12), où ces derniers ne semblaient pas modifier la prise en charge. Cela était confirmé en 2017 notamment chez les patients asymptomatiques, coopératifs et alertes (40). Il insistait sur le fait que les examens devaient être basés sur l'histoire et l'examen physique des patients des urgences psychiatriques aiguës.

Wilson et al. (41), après une revue de la littérature, dégageaient un groupe de patients présentant des symptômes psychiatriques au SAU devant amener des explorations poussées : apparition récente après l'âge de 45 ans, âge avancé (65 ans et plus), déficits cognitifs ou délire, examen positif des systèmes indiquant une étiologie physique, constatations neurologiques focales ou signes de traumatisme crânien, intoxication, sevrage ou exposition à des toxines ou médicaments, niveau de conscience diminué, ou encore signes vitaux anormaux.

Dans le cas du patient agité : seules la glycémie capillaire et la saturation en oxygène étaient préconisées systématiquement. De plus, il n'y avait pas de nécessité à faire d'autres examens chez un patient aux antécédents psychiatriques connus et ayant un examen clinique normal avant un éventuel transfert dans une unité psychiatrique.

Dans leur auto évaluation, seul un quart des praticiens considérait avoir des connaissances suffisantes vis-à-vis des urgences psychiatriques (note égale ou supérieure à 7/10). Notre étude étant limitée à certains SAU de la région Centre et à certaines situations psychiatriques, il est difficile de généraliser, mais celle-ci apporte un éclaircissement sur le niveau de maitrise de ce sujet.

CONCLUSION

Les urgences psychiatriques représentaient des situations fréquemment rencontrées en SAU et pouvaient parfois être complexes. Bien qu'ici nous n'ayons pas traité toutes les urgences psychiatriques notamment les intoxications, notre étude a montré une méconnaissance des recommandations dans la prise en charge des urgences psychiatriques.

Dans l'optique d'améliorer la prise en charge de ces patients, une collaboration avec les psychiatres semblait nécessaire pour l'élaboration de protocoles.

L'ensemble des soignants devrait continuer d'approfondir leurs connaissances en matière de gestion des urgences psychiatriques. Cela pourrait être réalisé au travers de formations.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bénédicte BOISGUERIN, Hélène VALDELIEVRE. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation, Études et résultats, DREES, n° 889, juillet. 2014.

2. Circulaire no 39-92 DH PE/DGS 3C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

3. Grivois H, Dauchy S, Mathieu P. Urgences psychiatriques. Paris Masson « Abr ». 1997;

4. Panorama de la DREES santé. Les établissements de santé, édition 2018. 2018.

5. Société Française de Médecine d'Urgence. Le triage en structure des urgences. Recommandations formalisées d'experts. 2013.

6. Meriaux M, Denis J, Michel V, Hendrick S. Accueillir le patient en crise aux urgences psychiatriques : étude du vécu subjectif. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. juill 2018;

7. Pablo Carrillo, Thomas Fovet, Emmanuel Poulet. L'évaluation psychiatrique au service d'accueil des urgences : particularités sémiologiques. Annales Médico-Psychologiques. Elsevier Masson SAS. 2018;

8. L'ivresse éthylique aiguë dans les services d'accueil et d'urgence. 2e Conférence de consensus en médecine d'urgence de la Société Francophone d'Urgences Médicales. 1992.

9. L'agitation en urgence (petit enfant excepté), Consensus de conférence. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de la Santé. JEUR, 2003.

10. Magali Coldefy, Sarah Fernades, David Lapalus. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. IRDES Questions d'économie de la santé n°222; 2017.

11. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. 2000.

12. Lukens TW, Wolf SJ, Edlow JA, Shahabuddin S, Allen MH, Currier GW, et al. Clinical Policy: Critical Issues in the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency Department. Ann Emerg Med. janv 2006;47(1):79-99.

13. Dr Jean-Marcel MOURGUES. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2018.

14. Clarke DE, Brown A-M, Hughes L, Motluk L. Education to improve the triage of mental health patients in general hospital emergency departments. Accid Emerg Nurs. oct 2006;14(4):210-8.

15. Happell B, Summers M, Pinikahana J. Measuring the effectiveness of the national Mental Health Triage Scale in an emergency department. Int J Ment Health Nurs. déc 2003;12(4):288-92.

16. Fehre A, Chauvin A, Durand-Stocco C, Ouled N, Plaisance P, Segal N. Évaluation de l'application d'un triage par la Classification Infirmière des Malades aux Urgences par des infirmiers organisateurs de l'accueil en comparaison avec un triage réalisé par un médecin. Ann Fr Médecine Urgence. mai 2015;5(3):150-8.

17. Downey LVA, Zun LS, Burke T. Comparison of Canadian triage acuity scale to Australian Emergency Mental Health Scale triage system for psychiatric patients. Int Emerg Nurs. avr 2015;23(2):138-43.

18. San L, Marksteiner J, Zwanzger P, Figuero MA, Romero FT, Kyropoulos G, et al. State of Acute Agitation at Psychiatric Emergencies in Europe: The STAGE Study. Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH. 27 oct 2016;12:75-86.

19. APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2013.

20. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH, Zeller SL, Wilson MP, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. West J Emerg Med Integrating Emerg Care Popul Health. 2012;13(1).

21. Christine CHEVALIER. Les patients agités dans le service des urgences au CHU d'Angers : Analyse des pratiques sur une période de six mois. Thèse de médecine de générale. Faculté de médecine d'Angers; 2006.

22. HAS. Recommandation de bonne pratique - Isolement et contention en psychiatrie générale. 2017.

23. Horn M, Vaiva G, Dumais A. Prise en charge médicamenteuse des agitations aux urgences : recommandations théoriques et études des pratiques. Presse Médicale. janv 2015;44(1):20-6.

24. Wilson M, Pepper D, Currier G, Holloman G, Feifel D. The Psychopharmacology of Agitation: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Psychopharmacology Workgroup. West J Emerg Med. 1 févr 2012;13(1):26-34.

25. Corrigan M, Wilson SS, Hampton J. Safety and efficacy of intranasally administered medications in the emergency department and prehospital settings. Am J Health Syst Pharm. 15 sept 2015;72(18):1544-54.

26. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. World J Biol Psychiatry. 17 févr 2016;17(2):86-128.

27. Citrome L. Aerosolised antipsychotic assuages agitation: inhaled loxapine for agitation associated with schizophrenia or bipolar disorder. Int J Clin Pract. 2011;65(3):330-40.

28. Zeller SL, Citrome L. Managing Agitation Associated with Schizophrenia and Bipolar Disorder in the Emergency Setting. West J Emerg Med. mars 2016;17(2):165-72.

29. OMS | Données et statistiques sur le sucide.

30. Léon C. Baromètre de la Santé Publique France : Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans. SANTÉ PUBLIQUE Fr. :10.

31. Bullettin de Santé Publique - Conduites suicidaires. 2019.

32. Katz C, Randall JR, Sareen J, Chateau D, Walld R, Leslie WD, et al. Predicting suicide with the SAD PERSONS scale. Depress Anxiety. sept 2017;34(9):809-16.

33. Quinlivan L, Cooper J, Steeg S, Davies L, Hawton K, Gunnell D, et al. Scales for predicting risk following self-harm: an observational study in 32 hospitals in England. BMJ Open. avr 2014;4(5):e004732.

34. Alavi N, Reshetukha T, Prost E, Antoniak K, Groll D. Assessing Suicide Risk: What is Commonly Missed in the Emergency Room? J Psychiatr Pract. mars 2017;23(2):82-91.

35. Layla Ricroch et Albert Vuagnat (DREES), « Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé », Études et Résultats, n°997, Drees, février. 2017;

36. LOI no 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE. 2011;

37. HAS. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. 2005.

38. Schmits É, Evrard M, Valassopoulou E, Glowacz F. Évaluation psychiatrique et hospitalisation contrainte d'urgence. Analyse rétrospective de dossiers. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. janv 2019;

39. Marjanovic N, Mesrine M, Lardeur J-Y, Marchetti M, Favreau F, Guenezan J, et al. Respect des recommandations de prescription des examens biologiques et évaluation de leur impact sur le temps de passage aux urgences. Ann Fr Médecine Urgence. févr 2017;7(1):7-15.

40. Nazarian DJ, Broder JS, Thiessen MEW, Wilson MP, Zun LS, Brown MD, et al. Clinical Policy: Critical Issues in the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency Department. Ann Emerg Med. avr 2017;69(4):480-98.

41. Wilson M, Nordstrom K, Anderson E, Ng A, Zun L, Peltzer-Jones J, et al. American Association for Emergency Psychiatry Task Force on Medical Clearance of Adult Psychiatric Patients. Part II: Controversies over Medical Assessment, and Consensus Recommendations. West J Emerg Med. 1 juin 2017;18(4):640-6.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1. Echelle Royal Hobart mental health triage scales

Annexe 2. Echelle Royal Hobart mental health triage scales adapté de Smart et al.

Annexe 3. Behavioural activity rating scale (BARS)

Annexe 4. Fiche de traçabilité de la contention

Annexe 1. Echelle Royal Hobart mental health triage scales

TABLE 2: *Royal Hobart Mental Health Triage Scales*

Triage scale	Patient description	Treatment acuity†
2. Emergency	Patient is violent, aggressive, or suicidal, or is a danger to self or others, or requires police escort	Within 10 min
3. Urgent	Very distressed or acutely psychotic, likely to become aggressive, may be a danger to self or others. Experiencing a situational crisis	Within 30 min
4. Semi-urgent	Long-standing or semi-urgent mental health disorder and/or has supporting agency/escort present (e.g. community psychiatric nurse)	Within 1 hour
5. Non-urgent	Patient has long-standing or non-acute mental disorder/problem but has no supportive agency/escort. May require a referral to an appropriate community resource.	Within 2 hours

From Smart *et al*. (1999). †Treatment acuity is defined as the maximum time to the commencement of medical treatment.

Annexe 2. Echelle Royal Hobart mental health triage scale adapté de Smart et al.

Présentation d'un outil de triage : la Royal Hobart Mental Health Triage Scale. Adapté de Smart et al.

Volet A – Caractérisation clinique du grade d'urgence		
Échelle de tri	Description clinique en psychiatrie	Délai de prise en charge
1. Réanimation		Immédiate
2. Très urgent	Patient violent, agressif ou suicidaire ou est un danger pour lui ou les autres, nécessite une escorte policière	Dans les 10 minutes
3. Urgent	Très angoissé ou délire aigu, possible évolution vers l'agressivité, pourrait être un danger pour lui ou les autres	Dans les 30 minutes
4. Semi-urgent	Trouble psychiatrique chronique ou semi-urgent et/ou accompagné de personnel spécialisé (infirmière psychiatrique)	Dans l'heure
5. Non urgent	Trouble psychiatrique chronique ou non acutisé sans personnel accompagnant	Dans les deux heures

Volet B – Prise en charge immédiate					
Recommandations/Grade	1	2	3	4	5
Surveillance visuelle continue	X	X			
Recours possible à la contention mécanique	X				
Alerte immédiate de l'équipe médicale et du responsable en psychiatrie	X	X			
Mise à disposition d'un environnement sécurisé	X	X	X		
Désescalade verbale et/ou proposition de traitement oral		X			
Envisager escalade du grade en cas de modification de l'état mental		X	X	X	X

Annexe 3. Behavioural activity rating scale (BARS)

1 = Difficult or unable to rouse
2 = Asleep but responds normally to verbal or physical contact
3 = Drowsy, appears sedated
4 = Quiet and awake (normal level of activity)
5 = Signs of overt (physical or verbal) activity, calms down with instructions
6 = Extremely or continuously active, not requiring restraint
7 = Violent, requires restraint

Annexe 4. Fiche de traçabilité de la contention

FICHE DE TRACABILITE ET DE SURVEILLANCE DE LA CONTENTION

Identité du patient

Infirmier(ière) :

Médecin :

Début de la contention

Date et heure :

Diagnostic :

Indication de la contention :

Objectif(s) :

Type de contention : ☐ MSD ☐ MSG ☐ MID ☐ MIG ☐ C. ventrale

Contention manuelle préalable	☐ oui	☐ non	heure(s) :
Présence d'agent de sécurité	☐ oui	☐ non	heure(s) :
Type de médication :			heure(s) :
Information au patient	☐ oui	☐ non	heure(s) :
Information à la famille Ou au représentant légal	☐ oui	☐ non	heure(s) :
Examen médical	☐ oui	☐ non	heure(s) :

Signatures : infirmier(ière) : médecin :

Déroulement de la contention :

Surveillance prescription : paramètres vitaux ☐ 15 mn ☐ 30 mn ☐ autre

Fréquence / Signes Vitaux				
Glasgow				
Pouls				
TA				
Température				
Saturation				
Glycémie				

Soins de base et d'hygiène : .....
.....
.....
.....

Heures réévaluation médicale :

Médecin senior avisé : ☐ oui ☐ non

heure(s) :

Levée de la contention :

	MSD	MSG	Ceinture Ventrale	MID	MIG
Date et heure					
Observations					
Remarques					

Signatures : infirmier(ière) : médecin :

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

BERTOME Khris

X pages – 1 figure – 3 tableaux

RESUME

Introduction. Les urgences psychiatriques concernaient 3 à 6 % des admissions dans les services d'accueil des urgences en France (SAU). Les patients présentant des urgences psychiatriques nécessitaient une attention importante. L'évaluation clinique initiale au SAU avait pour but de discriminer le patient cliniquement stable de celui pouvant s'aggraver. L'objectif de l'étude était d'obtenir une vision réaliste de la pratique quotidienne des médecins urgentistes de la région Centre lors de la prise en charge d'un patient se présentant avec une pathologie psychiatrique aigue**.**
Matériel et méthode. Notre étude était prospective, descriptive, multicentrique, non interventionnelle et s'est déroulée du 12 février au 18 Mars 2019. Un questionnaire médical a été envoyé à tous les médecins urgentistes exerçant dans la région Centre.
Résultats. 60 médecins thésés ont rempli le questionnaire. L'âge moyen était de 38 ans (écart-type 9 ans ; médiane 34 ans). Le nombre d'années d'exercice au sein d'un SAU était de 9 ans (écart-type 8 ans ; médiane 6 ans). 48% des participants disposeraient d'un triage et d'un protocole adaptés aux urgences psychiatriques dans leur SAU. Sur un score évaluant leurs connaissances, la moyenne était de 3,9 points sur 11 (médiane 4 points ; extrêmes 1 et 7 points).
Conclusion. Notre étude a montré une méconnaissance des recommandations dans la prise en charge des urgences psychiatriques. Une collaboration avec les psychiatres semble nécessaire pour l'élaboration de protocoles afin d'améliorer la prise en charge de ces patients.

Mots clés : urgences psychiatriques,

Jury :

Président du Jury : Professeur Saïd LARIBI

Directeur de thèse : Docteur Julien PASSERIEUX
Membres du Jury : Professeur Jean-Philippe COTTIER
Professeur Marc LAFFON

Date de soutenance : 24 avril 2019