



**HAL**  
open science

# Évaluation de l'examen somatique des 24h obligatoire chez les patients hospitalisés sous contrainte au Centre Hospitalier des Pyrénées de Pau

Julien Sebis

► **To cite this version:**

Julien Sebis. Évaluation de l'examen somatique des 24h obligatoire chez les patients hospitalisés sous contrainte au Centre Hospitalier des Pyrénées de Pau. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01491761

**HAL Id: dumas-01491761**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01491761>**

Submitted on 17 Mar 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Thèse pour l'obtention du  
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 10 Mars 2017

Par **SEBIS Julien**

Né le 25 septembre 1986 à l'Union

**Évaluation de l'examen somatique des 24h obligatoire  
chez les patients hospitalisés sous contrainte  
au Centre Hospitalier des Pyrénées de Pau**

Directeur de thèse : Dr. AZORBLY Bartholomé Komivi

JURY :

Monsieur le Professeur AOUIZERATE Bruno  
Madame le Professeur TOURNIER Marie  
Monsieur le Docteur MONTARIOL Yves  
Monsieur le Docteur LOUET Christophe  
Monsieur le Docteur AZORBLY Bartholomé Komivi

Président  
Rapporteur  
Juge  
Juge  
Juge

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Président du Jury :

A Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être président de mon jury. Votre disponibilité et la rapidité de vos réponses sont impressionnantes. Je vous prie de trouver ici l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le directeur de Thèse :

A Monsieur le Docteur Komivi AZORBLY, je vous remercie pour votre disponibilité et vos conseils avisés tout au long de cette année de travail. Parfois les engagements les plus sincères se font dans des lieux insolites.

A Messieurs et Mesdames les membres du Jury :

A Madame le Docteur Marie TOURNIER, je vous remercie d'avoir accepté d'être rapporteur de cette thèse, et membre de mon jury, merci d'encadrer les étudiants.

A Monsieur le Docteur Yves MONTARIOL, je vous remercie d'avoir accepté d'être membre de mon jury, merci d'encadrer les étudiants.

A Monsieur le Docteur Christophe LOUET, je vous remercie de m'avoir proposé d'être membre de mon jury, merci pour votre encadrement au cours de mon stage d'interne au CHP, merci d'avoir partagé votre expérience de médecin généraliste et médecin hospitalier.

A mes maîtres de stage :

Au service de pédiatrie de l'hôpital de Mont-de-Marsan (novembre 2011 - mai 2012), au Dr. Priqueler et ses consœurs, aux infirmières (oups, aux PUÉRICULTRICES), et à l'ensemble du personnel qui m'a appris à donner le biberon, le bain, etc...cela me sert bien aujourd'hui.

Au service de médecine interne et soins palliatifs de Mont-de-Marsan (mai 2012 – novembre 2012), au Dr. De Witte, Dr. Courtault, Dr. Roux, et à l'ensemble du personnel ; ce stage a été l'un des plus formateurs pour moi sur le plan scientifique et humain.

Au service des urgences de l'hôpital Saint-André de Bordeaux (novembre 2012 – mai 2013), aux radiologues qui ont pris le temps de m'initier à la lecture des imageries.

Aux maîtres de stage médecins généralistes Dr. Boige à la Teste, Dr. Bladou à la Hume, Dr. Pouchet au Teich (ras dos-coeur, cet aprèm je vois les apparts à Mios) (mai 2013 – novembre 2013) ; merci de m'avoir fait découvrir la médecine générale et le ski nautique.

Au service du département de médecine polyvalente du CHP de Pau (novembre 2013 – mai 2014), au Dr. Lassalle-Laplace, au Dr. Louet, au Dr. Lavantes ; merci de m'avoir appris à prendre en charge les patients atteints de pathologie psychiatrique.

Au service de médecine interne et gastro-entérologie d'Arcachon (mai 2014 – novembre 2014), au Dr. Dupont, au Dr. Videcoq, à l'ensemble du personnel ; merci de nous avoir supporté dans notre fin de cursus, je sais que notre plaisir fut partagé.

A tous les services d'urgences, j'ai aimé faire des gardes auprès de vous, merci pour ces belles nuits de travail.

A l'hôpital psychiatrique de Pau :

A tous les médecins passionnés qui nous font partager leur savoir, merci d'avoir accepté un interne de médecine générale dans vos cours de psychiatrie.

Aux infirmiers et infirmières, aux secrétaires, à l'EAT, à la bibliothécaire, merci pour votre gentillesse.

A Anne-Laure Massal, nous étions internes, maintenant tu es psychiatre de l'USIP, merci de m'avoir initié à la psychiatrie, merci d'avoir eu l'idée de ce sujet, merci pour ta relecture et tes corrections, je te souhaite le bonheur que tu mérites, il doit arriver bientôt...

A Chrystel Baigts de la bibliothèque de l'hôpital François Mitterrand de Pau, une énorme pensée pour vous, merci pour votre patience et votre aide, merci de m'avoir aidé à dompter PubMed, Zotero et tous ces autres dragons. A Valérie Martineau du CHP.

Aux médecins que j'ai remplacé :

Au Dr. Debelhoir, Dr. Cazal, et Dr. Connil de Jurançon, vous savez mon amitié pour vous et votre cabinet médical, merci de m'avoir fait une place à part entière en tant que « remplaçant titulaire », que notre collaboration continue ainsi.

Mathieu, j'apprécie ta façon d'exercer la médecine, nos regards croisés sur les prises en charge des patients, une bise à toute ta famille.

Laurent, j'apprécie ta façon d'exercer la médecine, tes incursions dans mon bureau pour boire un café, tes délires, et tes chemises à fleurs.

Michel, j'apprécie ta façon d'exercer la médecine, ton sourire et tes angoisses, tu es l'illustration de la gentillesse et de la dévotion.

Fabienne, tu apportes la touche féminité de ce cabinet, tu es d'ailleurs plus femme que jamais en ce moment, félicitations pour l'événement à venir.

Corinne, tu es unique, la secrétaire parfaite, intelligente et souriante, merci de faciliter notre travail.

A l'ensemble des médecins que j'ai remplacé lors de mes nombreuses gardes de nuit et week-ends, j'ai aimé toutes ces aventures, cette partie de mon travail me manque.

A tous les patients passés, présents et futurs.

A ma famille,

Papa, ma jambe droite, c'est une journée bizarre, plus le temps passe plus je me rapproche de toi, j'espère que je serai un mari, un père et un médecin à ta hauteur. Merci pour ton soutien tout au long de ces études, merci d'être venu manger avec moi tous les mardis soirs lors de la première année. Merci pour ton amour. Je te dédie cette thèse.

Maman, ma jambe gauche, je pense qu'on peut dire que ton rôle de "coach" s'arrête aujourd'hui, enfin ton fils est diplômé à 30 ans, tu vas pouvoir prendre ta retraite. Merci pour ton soutien tout au long de ces études, de m'avoir poussé pour mettre des coups de collier dans les moments difficiles. Merci pour ton amour. Je te dédie cette thèse.

Ma soeur, Pauline, toi aussi tu as ta part dans cette réussite, tu me faisais réciter les planches d'anatomie en P1, tu m'as appris à utiliser Powerpoint pour mes topos d'externes. Merci pour ta bonne humeur inconstante. A toutes nos rigolades, répliques de films et ton endurance en soirée.

A ma grand-mère Jeanine, j'aurais aimé que tu vois toute cette vie que je construis, j'espère que tu es fière de moi, tu es là tous les jours.

A mon grand-père Bernard, tu m'as transmis ton intelligence et ton goût du savoir, la maladie fut ton quotidien, je me rends compte aujourd'hui que c'est peut-être la raison de ma présence ici.

A ma femme,

Clémence, mon amour, le jour de notre rencontre restera gravé dans ma mémoire à jamais, comme quoi on peut remplacer le samedi matin et tomber amoureux le samedi après-midi, merci de nous avoir laissé une chance, merci de t'occuper si bien de moi. Notre histoire est un rêve, merci de m'avoir donné une si jolie petite fille. Je t'aime.

A ma fille,

Gabrielle, il suffit de te regarder pour comprendre, tu es le bébé-catalogue dont tout le monde rêve, je te souhaite d'avoir une vie sans encombre. Je t'aime.

A mes copaings Toulousaings,

Constant, mon ami, nous avons choisi de partir ensemble à Bordeaux, et partagé l'internat avec toi a été une immense joie ; que de souvenirs ensemble, nous sommes liés à vie. Tu résumes la médecine à toi seul, tu as toujours préféré valider tes examens en septembre, alors on se voit à ta thèse. Longue et bonne vie avec Mélanie.

Yoann, malgré que tu sois resté à Toulouse on ne s'est jamais perdu de vue, tu serais mon référent orthopédie si tu répondais à ton téléphone avant 22h, du coup tu es mon pass pour l'Ubu.

Benjamin, l'homme qui fonce et qui arrose tout sur son passage, c'est toujours un bon moment quand tu es là, continuons à créer des souvenirs. Ménage toi dans ton travail quand même.

Thomas, tu es celui que j'ai connu en premier dans ton cuir marron, on ne s'est jamais lâché ensuite. Toi tu as vraiment participé à cette thèse donc merci pour les stats (les autres ne sont là que pour boire), promis on va venir te voir dans ton ch'nord pour la remise de ton Nobel.

Gryn, je ne sais pas si on arrivera un jour à autopsier ce bouvard, mais d'où te viens tout ce talent, je n'ai pas oublié le plaquage-cathédrale que tu m'as mis, tu vas payer.

Pey, nous étions voisins, tu m'as sauvé en venant me réveiller le matin de l'ECN, merci pour tes tisanes à Bruxelles, j'espère que tu trouveras ce travail rigoureux.

Samy, avant nous c'était playstation et TFC, maintenant on est rangé avec femme et enfant, vivement qu'elles grandissent pour tenir une manette et chanter dans les virages.

Casin, tu es un phénomène, j'ai appris avec le temps à t'apprécier, j'aime tes chansons, mais pas ton mode replay en boucle.

Jérem, mon radiologue nantais, quand redescendras-tu ?

Arnaud, le plus sage d'entre nous, continue à mener ta barque paisiblement.

Jonah, franchement c'était un beau mariage, merci d'avoir mis la barre aussi haut, je vais rester Pacser toute ma vie.

Les Femmes De..., je sais que ça vous plaira..., Marie, Julie, Justine, Pépé, Chachou, Cathy, Sophie, Sarah, Victoria, Marine comment on ferait sans vous ? Non je déconne. Avant on vous sortez pour pas payer l'entrée en boîte mais maintenant vous nous coûtez plus cher en alcool. A tous ces souvenirs avec vous à Minorque, Arcachon, Le Bettex, Hossegor, La Grande Motte, Barcelone, Pointe-à-Pitre...

A mes copains d'internat,

Rémychou, tu as trouvé ta voie dans la médecine esthétique, nous avons beaucoup partagé à Mont-de-Marsan et Arcachon, même si on s'appelle pas souvent, tu comptes pour moi.

Caroline, ma petite girouette, tu as toujours un plan B, tu n'as pas changé de travail depuis longtemps. Félicitations pour ta nouvelle vie avec Sébastien. On fait du bateau ?

Jean-Bastien, merci de m'avoir accueilli en coloc chez toi, 6 mois de riches expériences, merci pour tes conseils pour remplacer, tu en as fais une thèse. Je te souhaite une belle vie avec Camille et votre bébé.

Sylvestre, trop content que tu sois enfin Palois avec Nathalie et Roman qui te rejoignent bientôt, ça va envoyer du squash et des matchs de la Section.

Benoît, toi aussi tu es un sacré numéro, tu as embelli nos soirées au rythme de tes frasques, quel plaisir de discuter jusque tard dans la nuit, merci pour ton rôle dans le dépistage du cancer du sein et ton humour juif.

A la famille Tachon de Maurrin, merci pour votre accueil lors de ce Noël où j'étais loin des miens, en cas de reconversion professionnel je viens m'installer à la ferme.

A Monsieur et Madame Duranti, merci de m'avoir logé pendant 6 mois dans ce cabanon que j'adore ; votre gentillesse, vos fromages, vos fleurs et la piscine resteront dans ma mémoire.

A mes amis cavaliers et aux chevaux qui m'ont gentiment portés, vous m'avez fait connaître mes plus belles émotions et appris l'humilité, deux choses que je retrouve quotidiennement en médecine.

A toutes les personnes présentes dans la salle en ce jour si singulier, de s'être déplacées pour assister à la soutenance de cette thèse.



## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'Humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

## TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations.....	11
<b>Introduction.....</b>	<b>12</b>
<b>I.Généralités.....</b>	<b>13</b>
1. Historique et présentation de l'établissement.....	13
2. Le consentement.....	14
3. Les soins psychiatriques sans consentement.....	16
4. Indications et pathologies des soins sans consentement.....	21
5. L'examen somatique.....	22
6. Définitions.....	26
7. État des lieux européens.....	29
<b>II. Matériel et méthode.....</b>	<b>31</b>
1. Objectif de l'étude.....	31
2. Type de l'étude.....	31
3. Recueil de données.....	31
4. Critères d'analyse.....	31
5. Analyse statistique.....	32
<b>III. Résultats.....</b>	<b>33</b>
1. Caractéristiques des patients.....	33
1. 1. Selon le sexe.....	33
1. 2. Selon l'âge.....	33
2. Provenance et adressage des patients.....	34
3. Médecin traitant déclaré.....	34
4. Antécédents des patients.....	35
4. 1. Antécédents psychiatriques.....	35
4. 2. Antécédents d'hospitalisations en psychiatrie.....	35
4. 3. Antécédents d'hospitalisation sous contrainte.....	36
5. Motifs d'hospitalisation sous contrainte.....	37
6. Types de soins psychiatriques sous contrainte.....	38

7. Professionnel qui réalise l'examen somatique.....	39
7. 1. Types de professionnel réalisant l'examen somatique.....	39
7. 2. Exhaustivité de l'examen somatique selon le type de professionnel.....	40
8. L'examen somatique : données relevées et données anormales.....	41
8. 1. Par rapport à la vigilance.....	41
8. 2. Par rapport à la pression artérielle.....	41
8. 3. Par rapport à la fréquence cardiaque.....	41
8. 4. Par rapport à la température.....	41
8. 5. Par rapport à la fréquence respiratoire.....	41
8. 6. Par rapport à la glycémie capillaire.....	41
8. 7. Par rapport à la saturation.....	42
8. 8. Par rapport à la douleur.....	42
8. 9. L'examen somatique selon les critères HAS.....	43
9. Les examens complémentaires, consultation spécialisée et transfert.....	45
10. Les problèmes somatiques associés et interventions somatiques.....	47
10. 1. Les problèmes somatiques associés.....	47
10. 2. Les interventions somatiques.....	48
<b>IV. Discussion.....</b>	<b>51</b>
1. Place et intérêt de l'étude.....	51
2. Les biais.....	53
3. Analyse des résultats.....	54
4. Axes d'amélioration.....	62
<b>V. Conclusion.....</b>	<b>63</b>
<b>VI. Références bibliographiques.....</b>	<b>64</b>
<b>VII. Annexes.....</b>	<b>66</b>
1. Fiche : examen somatique des 24h.....	66
2. Table des illustrations.....	67
<b>VIII. Résumé.....</b>	<b>68</b>

## Liste des abréviations

BPCO : Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive  
CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel  
CHP : Centre hospitalier des Pyrénées  
CIM-10 : Classification internationale des maladies 10<sup>ème</sup> révision  
CMP : Centre médico-psychologique  
CSP : Code de la Santé publique  
EVA : Échelle visuelle analogique  
JLD : Juge des libertés et de la détention  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HDT : Hospitalisation à la demande d'un tiers  
HO : Hospitalisation d'office  
HTA : Hypertension artérielle  
PDS : Programme de soins  
RIM-Psy : Recueil des informations médicalisées en psychiatrie  
SAAU : Service d'accueil et d'admission des urgences  
SAMU : Service d'aide médicale urgente  
SDDE : Soins sur décision du directeur de l'établissement  
SDRE : Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État  
SPDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers  
SPPI : Soins psychiatriques en cas de péril imminent  
SPU : Soins psychiatriques d'urgence

## Introduction

La psychiatrie est la spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales, cette discipline a beaucoup évolué ces dernières décennies pour aboutir aujourd'hui à une offre de soins diversifiée afin de prendre en charge de manière adaptée les pathologies mentales qui sont fréquentes, invalidantes et parfois à l'origine d'une stigmatisation et d'un isolement. La tendance actuelle est de réduire la fréquence et la durée des hospitalisations à temps complet en milieu spécialisé et de développer les prises en charges en CMP, hôpitaux de jour et CATTP. Toutefois l'hospitalisation complète reste parfois indispensable en cas de crise.

En France, il existe deux types d'hospitalisation en psychiatrie : l'hospitalisation libre et l'hospitalisation sans consentement, cette dernière est régie par la loi du 5 Juillet 2011 relative aux soins des patients hospitalisés sous contrainte. Cette loi stipule l'obligation d'effectuer un examen somatique dans un délai de vingt-quatre heures pour tous les patients admis en soins psychiatriques sous contrainte.

Au cours de mon internat de médecine générale, j'ai effectué un stage au centre hospitalier des Pyrénées (C.H.P.) de Pau, hôpital psychiatrique doté d'un service d'urgences psychiatriques qui accueille quotidiennement des patients hospitalisés sous contrainte où une de mes fonctions était de réaliser ces examens somatiques. A travers ce travail de thèse j'ai cherché à m'intéresser à l'examen somatique des 24 heures en évaluant les pratiques du Centre Hospitalier des Pyrénées de septembre à décembre 2015.

Pour répondre à cet objectif, dans la première partie nous aborderons les généralités concernant l'établissement du C.H.P., le consentement, les soins psychiatriques sans consentement, les indications et pathologies de ces soins, l'examen somatique, les définitions et l'état des lieux européens. Dans la deuxième partie nous détaillerons la méthode de ce travail avec ses objectifs, ses modalités, son type et le recueil de données. Dans la troisième partie nous présenterons les résultats dont les caractéristiques des patients, leurs provenances, leurs antécédents, leurs motifs de soins, le type de soins psychiatriques sous contrainte, le professionnel réalisant l'examen somatique, les données de l'examen somatique, les examens complémentaires, les problèmes somatiques et leurs interventions associées. Enfin dans la quatrième partie nous discuterons de cette étude, son intérêt, ses biais éventuels, l'analyse des résultats et les axes d'amélioration.

# **I. Généralités**

## **I. 1. Historique et présentation de l'établissement.**

Les missions de l'hôpital public ont été définies de manière réglementaire par la loi du 31 décembre 1970 créant le service public hospitalier. Le centre hospitalier des Pyrénées en tant qu'établissement public de santé assure ces missions dans le champ de compétence qui est le sien : la psychiatrie auprès de la population du département des Pyrénées Atlantiques (64). La population desservie est de 391 178 habitants sur 5 369 km<sup>2</sup>.

En France, les services publics de psychiatrie sont sectorisés, le secteur constitue la base du service public destiné à répondre à la demande de soins de la population qui y réside.

Le C.H.P. est organisé en pôles d'activité ; un pôle est un regroupement de secteurs, services et unités fonctionnelles ayant des activités de soins complémentaires ; le C.H.P. est composé de 4 pôles médicaux, 3 pôles de psychiatrie adultes et 1 pôle de psychiatrie infanto-juvénile.

Le pôle 3 s'organise autour de 11 structures intra- et extra-hospitalières dont le service d'accueil et d'admission des urgences (S.A.A.U.) qui accueille tout patient (adulte ou adolescent) en état de détresse psychologique 24h/24h et le département de médecine polyvalente qui propose aux patients des soins de médecine générale (4 médecins généralistes présents sur la structure, 1 interne de médecine générale), ainsi que des soins de médecins spécialistes (cardiologue, neurologue, gynécologue, ophtalmologue...). Il y a également 2 gériatres détachés au service de géronto-psychiatrie pour les patients de plus de 75 ans.

Les dates clés : en 1868 s'ouvre l'asile Saint-Luc, en 1973 définition de 8 secteurs de psychiatrie générale (3 sur Bayonne et 5 sur Pau), en 1993 ouverture du S.A.A.U., en 1995 on donne le nom de C.H.P., en 2003 création de l'antenne de liaison psychiatrique.

Les chiffres clés de l'année 2015 : 1 service de médecine polyvalente dans le même pôle que le service d'accueil et d'admission des urgences (S.A.A.U.), 345 lits d'hospitalisations, 14 415 patients (6973 de sexe masculin + 7442 de sexe féminin) pris en charge dont 79 % pris en charge exclusivement en ambulatoire.

Concernant l'application de la loi du 5 juillet 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013, 764 mesures de soins psychiatriques sous contrainte ont été traitées en 2015 au centre hospitalier des Pyrénées.

## **I. 2. Le consentement.**

Pour aborder le sujet de l'hospitalisation sous contrainte, il faut avant tout définir la notion de consentement. Cette notion complexe a évolué au fil des textes de lois et jurisprudences successives.

Les textes les plus anciens sont cités pour mémoire : les articles 1382 et 1383 du Code Civil ; l'arrêt de la cour de cassation du 20 Mai 1936, dit arrêt Mercier ; l'arrêt de la cour de cassation de 1942, dit arrêt Teyssier ; la déclaration d'Helsinki de 1964 ; la loi Huriet-Sérusclat de 1988 ; les lois de bioéthiques de 1994(1).

Le code de déontologie médicale de 1995 :

Selon l'article 35 le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose.

Selon l'article 36 « le consentement doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade en état d'exprimer sa volonté refuse des investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences »(2).

Selon la charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 (titre IV) : « Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement du patient, hors le cas où son état rend nécessaire cet acte auquel il n'est pas à même de consentir. Ce consentement doit être libre et renouvelé pour tout acte ultérieur ».

La convention des Droits de l'Homme et de la biomédecine de 1997 : « Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé... La personne concernée peut à tout moment librement retirer son consentement. » (article 2) « La personne qui souffre d'un trouble mental grave ne peut être soumise, sans son consentement, à une intervention (article 7) ayant pour objet de traiter ce trouble que lorsque l'absence d'un tel traitement risque d'être gravement préjudiciable à sa santé et sous réserve des conditions de protection prévues par la loi comprenant des procédures de surveillance et de contrôle ainsi que des voies de recours ».

La loi n°2002-303 du 4 Mars 2002, dite « loi Kouchner » relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé(3).

Elle est intégrée dans le Code de la santé publique (CSP) aux articles L. 1110-1 et suivants. Elle s'applique à tout patient dans le système de soins, et donc aussi à ceux qui bénéficient de soins sans consentement, sauf si un texte spécial en dispose autrement (il faut alors appliquer ce dernier, en l'occurrence la loi du 5 Juillet 2011 lorsqu'elle limite la liberté pour des motifs de sécurité, par exemple)(4).

On retient surtout :

- droit à la dignité
- droit à la confidentialité
- droit à l'information
- nécessité du consentement
- nécessité de constitution d'un dossier
- libre choix du médecin

La loi du 4 Mars 2002 pose le consentement aux soins comme l'indispensable condition à toute prise en charge thérapeutique. Le consentement aux soins s'inscrit de façon dynamique dans le développement d'une relation thérapeutique. Il n'a pas de caractère définitif et peut varier dans des intervalles de temps très courts chez les patients atteints de troubles mentaux, car leur conscience des troubles peut fluctuer au cours du temps, en particulier s'ils sont psychotiques(2).

Évaluation de la capacité à consentir : il est recommandé d'évaluer la capacité à consentir à partir des 5 dimensions suivantes :

- capacité à recevoir une information adaptée (caractère pathologique des troubles qu'il présente, de leur retentissement possible, des modalités et des conditions d'application du traitement nécessaire)
- capacité à comprendre et à écouter
- capacité à raisonner
- capacité à exprimer librement sa décision
- capacité à maintenir sa décision dans le temps

« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment... Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté ».



### **I. 3. Les soins psychiatriques sans consentement.**

Historiquement les soins sous contrainte ont toujours été encadrés par des lois, voici les quatre lois majeures qui ont permis d'aboutir à la législation actuelle :

#### **Loi Esquirol de 1838 :**

La loi n°7443 du 30 Juin 1838, dite « loi Esquirol », consacre deux modalités d'entrée en soins : le régime du placement dit « volontaire » des aliénés, et le régime du placement dit « d'office », décidé par arrêté préfectoral lorsqu' « est menacé l'ordre public ou la sûreté des personnes ».

#### **Loi Sécurité et Liberté de 1981 :**

La loi n°81-82 du 2 Février 1981, dite « Sécurité et liberté » contribue à renforcer les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement en imposant au président du tribunal de grande instance, saisi d'une demande de mainlevée d'une décision d'hospitalisation, d'organiser un débat contradictoire et de motiver sa décision, l'autorisant par là même à assurer un contrôle rigoureux de l'action de l'administration.

#### **Loi Evin de 1990 :**

La loi n°90-527 du 27 Juin 1990, dite « loi Evin », consacre les droits des personnes hospitalisées contre leur gré mais conserve toutefois les deux modes d'hospitalisation sans consentement prévus par la loi de 1838 : le placement d'office est remplacé par l'hospitalisation d'office et le placement volontaire cède la place à l'hospitalisation à la demande d'un tiers.

« L'internement » devient « hospitalisation à temps plein »(4).

La loi du 27 Juin 1990 considère que c'est l'absence de soins qui crée préjudice au patient remplissant les conditions prévues par cette loi et non pas leur mise en œuvre autoritaire. Son préambule rappelle que le consentement aux soins demeure la règle et que le recours à la contrainte doit rester l'exception(2).

#### **Loi du 5 Juillet 2011 :**

Actuellement, les personnes hospitalisées sous contrainte sont régies par les dispositions de la loi du 5 juillet 2011(5), complétée par celle du 27 septembre 2013(6).

Les principes posés par ces deux lois sont les suivants : les soins libres demeurent la règle ; la notion d'hospitalisation est remplacée par celle de soins sans consentement ; lors de l'hospitalisation l'examen somatique complet doit être fait dans les 24 heures suivant

l'admission (en vue d'écarter le risque d'erreur dans les diagnostics psychiatriques) ; l'examen systématique par le juge des libertés et de la détention à l'issue de douze jours ; la possibilité pour les patients ou leur famille de saisir le juge des libertés et de la détention ; le droit d'accès aux pièces du dossier, l'information et le recueil de l'avis du patient tout au long du déroulement de la mesure.

Les hospitalisations sous contrainte sont régies en France par : la loi n°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. Le titre Ier aborde les droits des personnes, les titres II, III et IV abordent les différents modes d'admission en soins psychiatriques(5).

Titre Ier - Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques (art L. 3211-1 à L. 3211-13).

« Art. L. 3211-2-1. - Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est prise en charge :

« 1° Sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du présent code ;

« 2° Sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile, dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le cas échéant, des séjours effectués dans un établissement de ce type.

« Art. L. 3211-2-2. - Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques en application des chapitres II ou III du présent titre, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète.

« Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission définies aux articles L. 3212-1 ou L. 3213-1. Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée.

Titre II – Suivi des patients, admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers et en cas de péril imminent (art L. 3212-1 à L. 3212-12).

« Art. L. 3212-1. - I. - Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

« 1° Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;

« 2° Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° de l'article L. 3211-2-1.

Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ancienne Hospitalisation à la demande d'un tiers) ou plutôt soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE)(7) :

→ Procédure « normale » : applicable que si figure au dossier une demande manuscrite d'un tiers n'appartenant pas au personnel du centre hospitalier spécialisé qui va accueillir le patient. Six certificats médicaux sont exigés par la loi : deux certificats médicaux initiaux, un certificat de 24 heures où il est joint une attestation confirmant qu'un examen somatique a été réalisé, un certificat de 72 heures, après le cinquième jour et avant le huitième jour un avis conjoint de deux psychiatres est rédigé et transmis au plus tard le douzième jour au JLD, un certificat mensuel, un certificat réalisé huit jours avant le 6e mois, avis d'un collègue au-delà d'un an.

→ Procédure de soins psychiatriques sans tiers en cas de péril imminent : applicable quand des troubles mentaux nécessitent des soins, quand il est impossible de recueillir le consentement du patient et en cas de péril imminent et si aucun tiers ne peut être sollicité.

→ Procédure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers en cas d'urgence : dans ce cas un seul certificat initial est requis, pouvant émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.

Titre III – Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (art L. 3213-1 à L. 3213-11).

Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (ancienne Hospitalisation d'Office) (SDRE)(7) :

→ Procédure « normale » : existence de troubles mentaux nécessitant des soins et un comportement compromettant la sûreté des personnes ou une atteinte à l'ordre public ; un arrêté préfectoral motivé est à l'origine de la mesure.

→ Soins psychiatriques sur décision du maire en cas de danger immédiat : mesure initiée par un arrêté du maire ordonnant les mesures provisoires de placement.

Titre IV – Admission en soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux (art L.3214-1 à L. 3214-5).

C'est également une admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état s'appliquant aux personnes détenues nécessitant des soins sous contrainte à l'hôpital

psychiatrique régie par l'article D398 du code pénal.

Titre Ier – Renforcement des droits et garanties accordés aux personnes en soins psychiatriques sans consentement(6).

« Art. L. 3211-2-1. - I. - Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est dite en soins psychiatriques sans consentement.

« La personne est prise en charge :

1° Soit sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du présent code ;

2° Soit sous toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement mentionné audit article L. 3222-1.

Les soins ambulatoires sous contrainte :

→ Proposition d'un PDS comportant les modalités des soins (hôpital de jour, CATTP, consultations en CMP, visites à domicile...) leur rythme et la modalité du traitement(7).

La loi du 5 Juillet 2011 introduit sept nouvelles mesures pour les soins sans consentement et encadre trois modalités pour ces soins(7).

A - Sept nouvelles mesures :

1/ Le contrôle du juge des libertés et de la détention (JLD) se fait au 15e jour et tous les six mois. Le JLD se prononce sur la mesure de soins sans consentement, quelle qu'en soit la modalité au plus tard après 15 jours d'hospitalisation complète continue. Le JLD reçoit le patient à une audience qui peut se dérouler soit au tribunal de grande instance (73%), soit en vidéoconférence (8%), soit dans une pièce spécialement aménagée à l'hôpital (27%).

2/ La création des soins ambulatoires sous contrainte : possibilité que les soins soient réalisés en dehors d'une hospitalisation complète. Le programme de soins (PDS) établit le type de soins, le lieu de soin et la périodicité de ceux-ci sans mentionner la nature des traitements.

3/ La mise en place d'une période initiale de soins et d'observation de 72h.

4/ Les soins pour péril imminent sans tiers : quand il est impossible de recueillir la demande d'un tiers et quand il existe un « péril imminent » pour le patient, le directeur de l'établissement de soins spécialisés peut prononcer une admission à des soins sous contrainte sans tiers.

5/ Non décrite ici car déclarée non constitutionnelle dans une question prioritaire de constitutionnalité du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012.

6/ Des dispositions nouvelles en cas de désaccord entre le psychiatre traitant et le préfet.

7/ Le renforcement des droits des patients : information des patients sur leurs droits et les voies de recours. Évaluation et rapport annuel des commissions départementales des soins psychiatriques.

B – Trois modalités :

1/ Soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou plutôt soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE).

2/ Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SDRE).

3/ Soins ambulatoires sous contrainte (PDS).

Concerne environ 30 000 patients par an, soit 23 % des hospitalisations complètes en psychiatrie(4).

## **I. 4. Indications et pathologies des soins sans consentement.**

Indications d'hospitalisation sans consentement : une hospitalisation sans consentement peut être indiquée devant les critères suivants si le patient refuse les soins(2) :

- un risque suicidaire
- un risque d'atteinte potentielle à autrui
- une prise d'alcool ou de toxiques associée
- un délire ou des hallucinations
- des troubles de l'humeur
- le degré d'incurie

Les pathologies justifiant les hospitalisations sans consentement sont indiqués dans l'étude d'impact présentée par le ministère de la Santé au parlement(7) :

- les pathologies psychotiques décompensées représentent en 2008 la plus grande part des malades : 17389 personnes malades présentant des troubles schizophréniques, 4846 des troubles délirants persistants, 2997 des troubles psychotiques aigus et transitoires, 2378 des troubles schizoaffectifs et 1288 des psychoses non organiques ;
- les troubles de l'humeur 12043 personnes malades présentant un épisode dépressif, maniaque ou mixte ;
- les troubles spécifiques de la personnalité 8675 personnes ;
- troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, alcool ou drogues.

Dans la plupart des départements, les troubles de l'humeur représentent une part importante des HDT alors que les décompensations psychotiques sont prépondérantes dans les HO.

## **I. 5. L'examen somatique.**

### **Que comporte l'examen somatique ?**

Dans le cadre de l'hospitalisation sous contrainte, durant la période initiale d'observation et de soins (L. 3211-2-2 CSP), dans les 24 heures suivant l'admission : un examen somatique complet du malade est réalisé, l'examen somatique est un élément essentiel permettant notamment d'écarter toute origine somatique aux troubles présentés par le patient. Sa réalisation ne donne pas lieu à la rédaction d'un certificat mais doit être mentionnée dans le dossier du patient(8).

Il n'est pas nécessaire d'établir un certificat : le médecin porte la mention de cet examen dans le dossier médical du patient afin que l'établissement puisse, par ce biais, faire la preuve de sa réalisation si besoin était(9).

Le contenu de l'examen somatique a quant à lui été précisé par le Ministère de la Santé en référence aux « Recommandations pour la pratique clinique : modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux » émises en 2005 par la HAS(10).

Dans l'évaluation clinique initiale (somatique et psychiatrique) du patient : l'examen somatique doit être réalisé dès que possible, celui-ci doit comporter au minimum la mesure des paramètres suivants :

- vigilance
- pression artérielle
- pouls
- température
- fréquence respiratoire
- glycémie capillaire

En cas d'agitation, la mesure de la SpO2 est recommandée dès que possible.

La moindre anomalie significative doit conduire à une exploration plus approfondie en milieu hospitalier. »

S'ils sont connus, le traitement habituel du patient et les coordonnées de son médecin traitant sont notés sur le dossier du patient.

Par ailleurs il est recommandé de compléter le cas échéant cet examen somatique sommaire par toute investigation complémentaire, nécessaire à la découverte et au traitement d'une pathologie susceptible d'être dissimulée par des troubles d'apparence psychiatrique.

Enfin si l'examen somatique réalisé dans les 24h de l'admission ne justifie pas la rédaction

d'un certificat médical (circulaire du 11 août 2011 précipitée), il doit en revanche être mentionné au dossier du patient. A ce titre, il semble également opportun de faire apparaître précisément le contenu de l'examen pratiqué et les résultats qui en ont découlé.

### **Pourquoi faire l'examen somatique ?**

L'examen somatique obligatoire lors de l'admission en soins psychiatriques sans consentement :

Pour pallier ce risque de négligence et exclure une origine somatique d'un trouble d'allure psychiatrique, la loi 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 a instauré un examen somatique obligatoire dans les 24h de l'admission en soins psychiatriques sans consentement (art. L 3211-2-2 du CSP)(5).

L'intention du législateur a été que cet examen somatique permette d'éviter un diagnostic de trouble mental erroné : il s'agit donc d'effectuer un examen qui permette d'écarter des causes somatiques aux manifestations qui ont conduit à préconiser des soins psychiatriques(9).

### **Par qui est réalisé l'examen somatique ?**

La circulaire du 11 août 2011 précise à cet effet que l'examen peut être réalisé par tout médecin, y compris un interne, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève conformément aux dispositions de l'article R6153-3 du CSP.

### **Quel intérêt de l'examen somatique ?**

Intérêt de l'examen somatique des patients admis en psychiatrie :

La particularité des circonstances des admissions sans consentement en psychiatrie conduit parfois à négliger les aspects somatiques de la pathologie dont peut souffrir le patient.

En effet, force est de constater que des symptômes psychiatriques a priori non équivoques et l'agitation extrême dont peuvent faire preuve certains patients amènent naturellement à privilégier une prise en charge psychiatrique en urgence(8).

Toutefois, ce type de comportement peut malheureusement engendrer des situations dramatiques faute de délivrance de soins somatiques en temps utile.

Par exemple, en l'absence totale d'examen somatique, une patiente amenée pour un examen psychiatrique, par les services de police après avoir troublé son voisinage et causé un début d'inondation, est décédée d'une hypothermie non diagnostiquée par le psychiatre ayant assuré sa prise en charge et décidé de sa réorientation vers un établissement spécialisé.

En l'espèce, si sur le plan pénal ces circonstances n'ont pu donner lieu à aucune condamnation, en l'absence de lien de causalité direct et certain entre la faute du psychiatre et



l'hypothermie qui a entraîné le décès, un défaut d'organisation du service au sein du centre hospitalier ayant assuré la prise en charge initiale de la malade a néanmoins été mis en évidence (cass. Crim 18 septembre 2007, n°07-80.037).

Dans une autre affaire, le médecin urgentiste qui considère comme hostile, un patient amené aux urgences par sa concubine, pour fortes fièvres depuis 3 jours, avec frissons et sueurs, vomissements, diarrhées, début de délire et qui ne tente ni de l'interroger, ni de l'examiner, mais le dirige vers un établissement psychiatrique au sein duquel il décédera le lendemain des suites d'une méningite purulente aiguë, est condamné à 3 mois d'emprisonnement avec sursis pour homicide involontaire.

En l'espèce, le médecin n'a procédé à aucun interrogatoire, n'a pas questionné plus précisément la concubine sur les antécédents et les traitements déjà pris par le malade et s'est arrêté au seul fait qu'il avait présenté dans le passé une bouffée délirante liée à un état dépressif. Ainsi, le praticien a simplement dirigé le malade vers un établissement psychiatrique, sans savoir si un bilan somatique et biologique y serait pratiqué immédiatement, ni prévenir qu'il n'avait procédé lui-même à aucun examen (cass. Crim 15 février 2000 n°98-87984).

### **Et après les vingt-quatre heures ?**

La surveillance somatique tout au long de la prise en charge : si le législateur impose un examen somatique complet à l'admission des patients, il va de soi que la particulière vulnérabilité des malades souffrant de troubles psychiatriques et l'importance des effets secondaires susceptibles de découler des traitements entrepris, rendent essentielle la réalisation d'un suivi somatique tout au long de la prise en charge.

La jurisprudence vient ainsi régulièrement rappeler cette exigence.

A titre d'illustration, la Cour administrative d'appel de Nancy a pu retenir la responsabilité civile d'un centre psychothérapique à la suite du décès d'un patient consécutif à une poly-intoxication médicamenteuse aux neuroleptiques. En effet, compte-tenu du contexte, la fausse route alimentaire dont avait été victime le patient, constituait un signe précurseur d'une difficulté neurologique, signe d'alerte qui aurait dû conduire le psychiatre à demander la consultation d'un médecin somaticien ou à envisager son transfert en CHG qui aurait réalisé une analyse toxicologique (Cour administrative d'appel Nancy 14 juin 2007 n°06NC01049 et 06NC01112).

Dans une autre affaire, le juge administratif a retenu la responsabilité civile d'un centre hospitalier spécialisé à raison des dysfonctionnements constatés au sein du service d'accueil et d'urgence psychiatrique ayant conduit au décès d'un patient imputable à la survenue d'une insuffisance rénale aiguë résultant d'une déshydratation et d'une rhabdomyolyse (Tribunal

Administratif Besançon 19 mars 2009 n°05020033).

En l'espèce, l'état somatique du patient s'était dégradé de manière patente dès le 2<sup>e</sup> jour d'hospitalisation en raison de ses troubles de déglutition, de son agitation ininterrompue empêchant de laisser de l'eau à sa disposition, de sa dénutrition, de la température élevée constatée dans la chambre d'isolement ne disposant ni d'aération, ni de système de ventilation. Pour autant, nonobstant la dégradation de son état de santé, le patient ne s'est vu prescrire aucun examen somatique par le médecin du service, et la décision de transfert vers le service des urgences 3 jours plus tard, alors que le malade était déjà dans un état semi-comateux est intervenue trop tardivement.

En outre, certains traitements imposent par eux-mêmes un suivi somatique renforcé. Tel est par exemple le cas de l'administration d'un traitement médicamenteux à base de lithium pendant une trentaine d'années, pour lequel l'absence de dosage régulier du taux de lithium dans le sang du patient engage la responsabilité civile de l'établissement en charge du suivi du malade (Tribunal Administratif Cergy Pontoise 18 novembre 2010 n°0703669).

Enfin, les mises en cause à raison du défaut d'examen somatique des patients psychiatriques peuvent également intervenir sur le plan pénal. Ainsi, dans une décision du 19 septembre 2000, la chambre criminelle de la cour de cassation rejette le pourvoi formé contre un arrêt de la Cour d'appel de Reims ayant condamné un médecin à 18 mois d'emprisonnement avec sursis à la suite du décès d'un patient consécutif à une occlusion.

La Haute cour relève en ce sens que « le prévenu, qui a administré à la malade des neuroleptiques à des doses massives de nature à provoquer une constipation avec risque d'occlusion, n'a donné aucune instruction ni prescrit aucun acte de surveillance approprié aux membres de l'équipe médicale placée sous sa direction ; le prévenu, qui avait pratiqué un examen clinique de la patiente, avait connaissance de cette constipation significative ; la carence du médecin, dans l'accomplissement des diligences qu'il devait faire effectuer par l'interne de garde et le personnel infirmier, a directement abouti à laisser se développer une constipation chronique ayant évolué en occlusion intestinale fatale » (Cass. Crim 19 septembre 2000 n°99-81067).

Au terme de ce qui précède, afin de s'assurer de la parfaite prise en charge des patients et de limiter le risque de complications, il convient de ne pas négliger les éventuels troubles somatiques dont ils pourraient être atteints quand bien même ceux-ci seraient dissimulés par la pathologie psychiatrique à l'origine de l'hospitalisation.

## **I. 6. Définitions.**

### **. Diagnostic principal :**

Le diagnostic principal ou motif principal de prise en charge, est celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant la durée de la séquence. Nous avons utilisé le code de la Classification internationale des maladies dans sa 10<sup>ème</sup> révision (CIM-10)(11). Le chapitre V de la CIM-10 comprends les troubles mentaux et du comportement classés de F00 à F99 tels que :

- F00 à F09 troubles mentaux organiques y compris les troubles symptomatiques
- F10 à F19 troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives
- F20 à F29 schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
- F30 à F39 troubles de l'humeur [affectifs]
- F40 à F48 troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes
- F50 à F59 syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques
- F60 à F69 troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte
- F70 à F79 retard mental
- F80 à F89 troubles du développement psychologique
- F90 à F98 troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence
- F99 trouble mental, sans précision

### **. Les antécédents :**

Dans notre étude, nous avons considéré que les patients ont un antécédent psychiatrique s'ils ont une pathologie psychiatrique diagnostiquée, s'ils ont déjà été suivis par un psychiatre ou s'ils ont un traitement médicamenteux à visée psychiatrique.

Nous avons considéré que les patients ont un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie, si on retrouve dans le dossier médical un séjour en hôpital psychiatrique au C.H.P. ou dans un autre établissement psychiatrique.

Nous avons considéré que les patients ont un antécédent d'hospitalisation sous contrainte, si on retrouve dans le dossier médical un séjour en hôpital psychiatrique avec une mesure de contrainte.

## **. L'examen somatique :**

La vigilance ou état de veille est définie comme l'état d'activation cérébrale physiologique permettant une parfaite adaptation des réponses aux sollicitations du monde extérieur ; elle résulte d'un équilibre entre systèmes de sommeil et d'éveil. En pathologie, tous les intermédiaires sont possibles entre conscience normale et coma. La vigilance est évaluée en appréciant la réactivité et le degré d'adaptation à des stimuli élémentaires sonores, visuels ou nociceptifs. Par exemple par l'échelle de Glasgow.

L'hypertension artérielle (HTA) correspond à une augmentation anormale de la pression du sang sur la paroi des artères, la pression artérielle est normale si elle est inférieure à 140/90 mmHg. On parle d'hypotension artérielle lorsque la pression artérielle est inférieure à 100/60 mmHg.

La fréquence cardiaque définit le nombre de battements du cœur par minute, au repos le rythme cardiaque est en moyenne de 70 battements/minute (bpm) chez l'homme ; la bradycardie se réfère à un ralentissement de la fréquence cardiaque inférieure à 60 bpm, et la tachycardie désigne une accélération de la fréquence cardiaque supérieure à 100 bpm.

La température corporelle correspond à la température interne du corps, chez l'être humain la température corporelle est constante autour de 37°C mais peut varier de façon physiologique de 36,1 à 37,8°C ; on parle de fièvre lorsque la température corporelle excède 38°C.

La fréquence respiratoire est la quantité de cycles respiratoires se déroulant chez un individu en une minute, un cycle respiratoire comprend une inspiration et une expiration ; on parle de bradypnée en dessous de 12 respirations/minute et de tachypnée au-dessus de 18 respirations/minute.

Le diabète selon l'organisation mondiale de la santé, est diagnostiqué lorsque deux glycémies à jeun sont supérieures à 7 mmol/L soit 1,26 g/L ; si la glycémie à jeun est comprise entre 1,10 et 1,26 g/L on parle d'hyperglycémie à jeun qui est un état pré-diabétique.

La saturation en oxygène désigne la norme concernant la concentration d'oxygène que l'on retrouve dans les globules rouges du sang, une saturation normale doit être supérieure ou égale à 96 %.

L'examen somatique complet\* : correspond à un examen somatique comprenant pour un même patient les mesures de la vigilance, de la pression artérielle, du pouls, de la température corporelle et de la saturation. C'est à dire que l'examen somatique complet\* ne comprend pas la mesure des paramètres fréquence respiratoire et glycémie capillaire.

**. Le médecin traitant :**

Le médecin traitant : tout patient a le libre choix de son médecin traitant, il peut être généraliste ou spécialiste, il n'y a pas de contrainte géographique, une fois choisi le patient doit déclarer son médecin traitant à sa caisse d'Assurance Maladie via le formulaire S3704 ou par déclaration en ligne. Le médecin traitant assure les soins habituels et de prévention, met en place le suivi médical personnalisé, oriente si besoin vers un spécialiste et coordonne le parcours de soins.

**. Les problèmes somatiques associés :**

Les problèmes somatiques associés sont toutes les anomalies cliniques ou paracliniques significativement parlantes qui sont présentes au moment de la réalisation de l'examen somatique tel que : une adénopathie du sein, une bronchopneumopathie obstructive chronique, un antécédent d'accident vasculaire cérébral ischémique bulbaire, un carcinome hépatocellulaire, une constipation, un diabète insulino-dépendant, une hypokaliémie...

**. Les interventions somatiques associées :**

Les interventions somatiques associées sont toutes les actions entreprises par le médecin réalisant l'examen somatique à l'issue de celui-ci, ce peut être un examen paraclinique, une consultation spécialisée, un transfert, une mise en route de traitement...

## I. 7. État des lieux européens.

La Suède et la Finlande incluent le traitement dans les hospitalisations sous contrainte, alors qu'au Danemark, une hospitalisation sous contrainte est une privation de liberté, qui n'implique pas le traitement du trouble psychiatrique ayant occasionné l'hospitalisation de la personne. Le Danemark ne permet par exemple pas l'utilisation des chambres d'isolement, alors que les autres pays scandinaves les utilisent(4).

Ces différences se retrouvent au sein de l'Europe. Un des débats actuels porte sur les critères d'admission, certains pays (Luxembourg, Pays-Bas, par exemple) exigent une dangerosité et un trouble mental pour une hospitalisation sans consentement, alors que pour d'autres pays comme le Danemark ou la Finlande, un besoin de soin associé naturellement à un trouble mental peut justifier une hospitalisation sous contrainte. Certains pensent qu'un critère de dangerosité est stigmatisant pour les personnes hospitalisées contre leur volonté et discriminant vis-à-vis des femmes, qui généralement présentent moins de conduites dangereuses ; elles auraient alors un accès plus restreint au traitement psychiatrique.

Sur un plan épidémiologique : une tendance globale à l'augmentation du nombre de mesures d'hospitalisation sans consentement ; une stabilisation de la part relative des hospitalisations sans consentement dans le nombre total des hospitalisations en service de psychiatrie 11% en 1992 et 13% en 2001 ; des inégalités départementales sans explication démographique ou épidémiologique(2).

En Europe, la France et le Portugal sont les pays qui recourent le moins à l'hospitalisation sans consentement. Le taux d'hospitalisations sans consentement en France est 2,4 fois inférieur à celui de la Suède.

Le nombre moyen d'hospitalisations sans consentement montre une grande variabilité selon les pays. Toutefois, la grande diversité des législations, du mode de recueil des données et des années étudiées ne permet pas de comparaisons directes.

Les chiffres vont de 6 hospitalisations sans consentement pour 100 000 habitants soit 3,2% du total des hospitalisations psychiatriques au Portugal à 218 pour 100 000 soit 21,6% du total des hospitalisations psychiatriques en Finlande. En France le taux est de 11 hospitalisations sans consentement pour 100 000 habitants, ce qui représente 12,5% des hospitalisations psychiatriques.

Dans les pays de la communauté européenne, il a été noté une prédominance masculine parmi les patients hospitalisés sans leur consentement (69% d'hommes en France, Belgique, Pays-Bas) ; sauf dans les pays nordiques et au Royaume-Uni où le sex-ratio est proche de 1.

Les diagnostics justifiant une hospitalisation sans consentement étaient les suivants :

- psychoses (30% en Belgique, Pays-Bas, Danemark, Irlande à 50% en France et Finlande) ;
- troubles de l'humeur (12% à 25%) et de la personnalité (7% à 10%) ;
- addictions (12% à 15%), sauf en Belgique où les toxicomanies sont au second rang (25%), et en Finlande où les troubles de l'humeur n'apparaissent pas et ceux de la personnalité sont très minoritaires (2,8%).

En 2001 en France : on dénombre 72 519 hospitalisations sans consentement dont 62 894 mesures d'HDT et 9 625 mesures d'HO. Pour les mesures d'HDT, les HDT effectuées selon la procédure d'urgence en raison d'un péril imminent représentaient 40% des HDT totales. Les HDT supérieures à 3 mois représentaient 16,6% des mesures d'HDT. Ces estimations ne soulignent pas les fortes disparités interdépartementales pour le nombre total de mesures d'hospitalisations sans consentement (1 à 4,7 pour les HDT, de 1 à 11,8 pour les HO) dont les raisons restent inexpliquées.

La part relative des hospitalisations sans consentement dans le nombre total des hospitalisations en psychiatrie (environ 13%) est stable alors que le nombre de mesures d'HDT et d'HO ne cesse de progresser, cette évolution signifie donc que la progression des hospitalisations sans consentement se situe également dans le contexte de croissance du nombre d'admissions en hospitalisation complète en psychiatrie.

En 2015 en France : on dénombre 79 000 patients hospitalisés sans consentement sur 419 000 patients hospitalisés en psychiatrie dans 569 structures(12).

Dans un autre rapport publié en 2005 par l'IGAS, mais élaboré conjointement avec l'Inspection générale des services judiciaires (IGSJ), en vue de la réforme de la loi de juin 1990 sur les hospitalisations sous la contrainte, les auteurs présentaient l'hospitalisation des patients admis avec leur consentement comme un problème de gestion des lits d'hospitalisation. Celui-ci découlerait de la réduction très importante du nombre de places en psychiatrie dans un contexte d'accroissement des admissions sous contrainte : « Deux phénomènes concomitants se sont produits ces quinze dernières années. Le nombre de lits psychiatriques a fortement diminué, conduisant les services à réduire le nombre de leurs unités d'hospitalisation, et le nombre des malades hospitalisés sans leur consentement s'est accru en valeur absolue et en proportion des malades hospitalisés en psychiatrie »(9).

## **II. Matériel et méthodes**

### **II. 1. Objectifs de l'étude.**

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'examen somatique obligatoire des vingt quatre heures chez les patients hospitalisés sous contrainte au Centre Hospitalier des Pyrénées de Pau, en le comparant aux recommandations de l'HAS.

Les objectifs secondaires de cette étude sont :

- évaluer l'utilisation des examens complémentaires à la suite de l'examen somatique.
- évaluer les problèmes somatiques des patients hospitalisés sous contraintes au CHP de Pau.
- évaluer les interventions somatiques qui en découlent.

### **II. 2. Type de l'étude.**

Il s'agit d'une étude descriptive, rétrospective et monocentrique qui utilise les données collectées dans le cadre de l'examen somatique obligatoire effectué sur un échantillon de patients hospitalisés sous contrainte au Centre Hospitalier des Pyrénées de Pau.

### **II. 3. Recueil de données.**

Le recueil de données a été réalisé par analyse des dossiers informatiques de tous les patients hospitalisés sous contrainte au CHP du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2015.

### **II. 4. Critères d'analyse.**

Les critères suivants ont été analysés :

- Critères intrinsèques des patients hospitalisés sous contrainte : âge, sexe, provenance, médecin traitant déclaré, antécédents psychiatriques, antécédents d'hospitalisation psychiatrique, antécédents d'hospitalisation à la demande d'un tiers (ou SPDT), antécédents d'hospitalisation d'office (ou SDRE), diagnostic principal, mode de placement.



- Critères en rapport avec l'examen somatique : réalisation dans les 24 heures, professionnel réalisant l'examen, vigilance, pression artérielle, fréquence cardiaque, température, fréquence respiratoire, glycémie par dextro, saturation, douleur.
- Critères en rapport avec les examens complémentaires : biologie sanguine, glycémie, électrocardiogramme, imagerie.
- Critères en rapport avec le devenir du patient : consultation spécialisée, transfert, problème somatique associé, intervention somatique.

## **II. 5. Analyse statistique.**

Les variables qualitatives sont exprimées en médiane et en interquartiles. Les variables quantitatives sont exprimées en nombre et en pourcentage.

Les patients ont été comparés selon leur provenance, leurs antécédents psychiatriques, leur diagnostic principal, leur mode de placement, leur examen somatique, leurs examens paracliniques, leurs problèmes somatiques et les interventions associées.

Un test non paramétrique de Mann Whitney a été utilisé pour comparer les variables qualitatives.

Un test du Chi-2 a été réalisé afin de comparer les variables quantitatives.

Une valeur de  $p < 0,05$  est considéré comme significatif. Toutes les analyses statistiques ont été réalisé à l'aide des logiciels Prism version 6.0 (GraphPad, La Jolla, CA, USA) et SPSS version 19.0 (IBM, NY, USA).

### III. Résultats

#### III. 1. Caractéristiques des patients.

##### III. 1. 1. Selon le sexe.

Les 139 patients inclus dans cette étude sont répartis en 76 (55%) hommes et 63 (45%) femmes.

##### III. 1. 2. Selon l'âge.

La répartition par âge est présentée sous forme de diagramme en boîte :

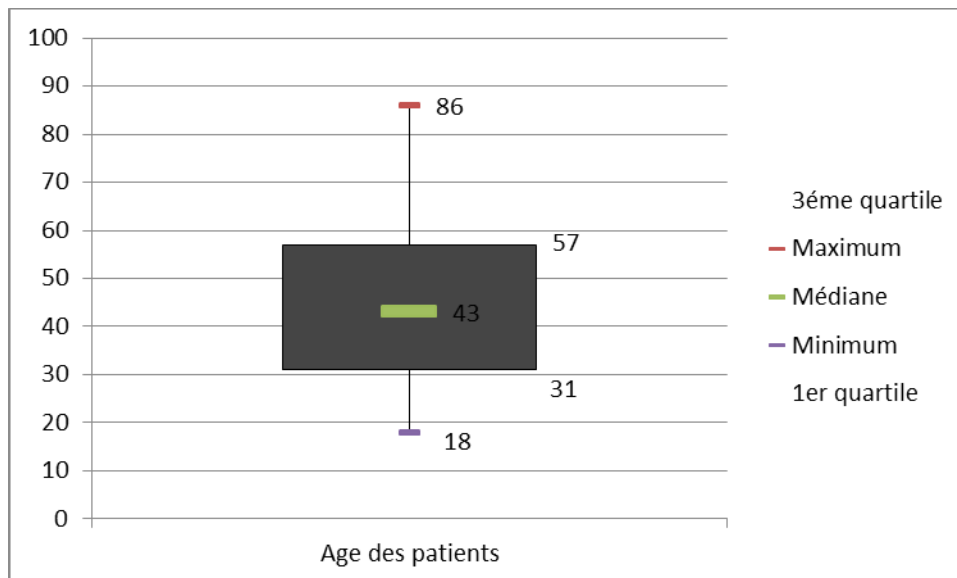


Illustration 1: Répartition des âges

### **III. 2. Provenance et adressage des patients.**

37 % des patients sont adressés par un service d'urgence c'est-à-dire via le Samu ou un service d'urgences médicales.

19 % des patients sont adressés par le CMP.

13 % des patients sont amenés par leur famille.

11 % des patients sont amenés au S.A.A.U. par la police.

6 % des patients hospitalisés sous contrainte se présentent d'eux-mêmes.

6 % des patients sont adressés par un service hospitalier.

5 % des patients sont adressés par le médecin traitant.

2 % des patients sont adressés par un foyer de vie.

1 % des patients sont transférés de la maison d'arrêt au service d'urgences psychiatriques.

### **III. 3. Médecin traitant déclaré.**

Dans notre étude 81 % des patients ont un médecin traitant déclaré.

Il n'y a pas d'association significative entre le fait d'avoir un médecin traitant déclaré et la survenue ou non d'un problème somatique associé.

### III. 4. Antécédents des patients.

#### III. 4. 1. Antécédents psychiatriques.

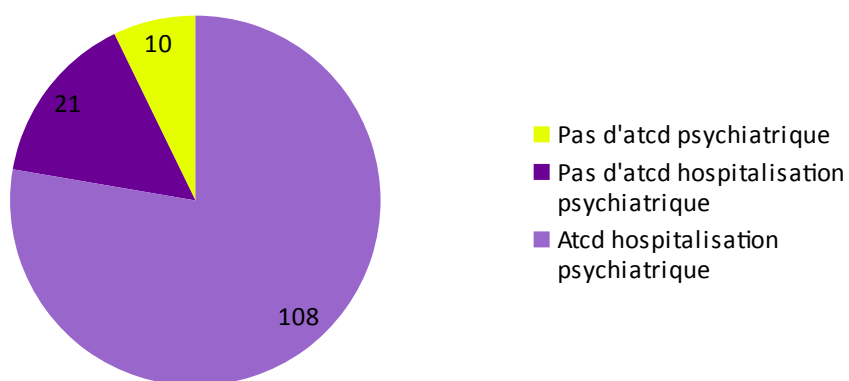
93 % des patients inclus ont des antécédents psychiatriques.



*Illustration 2: Antécédents psychiatriques*

#### III. 4. 2. Antécédents d'hospitalisations en psychiatrie.

78 % des patients inclus ont déjà été hospitalisés en psychiatrie.



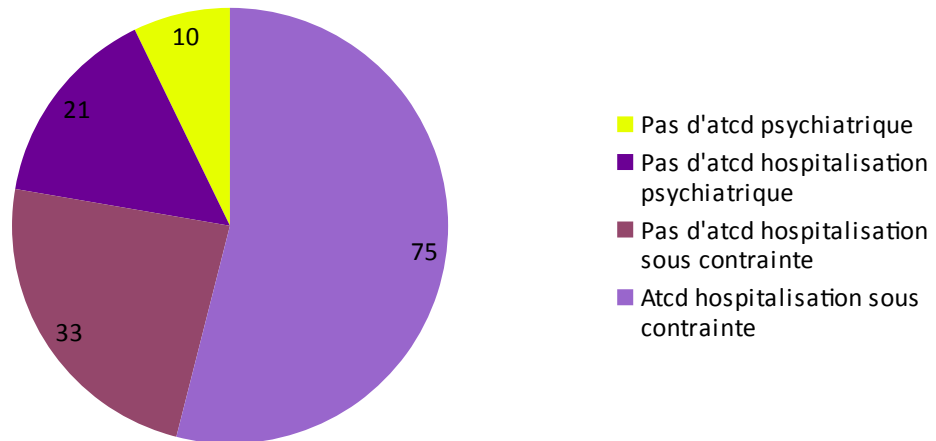
*Illustration 3: Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie*

### III. 4. 3. Antécédents d'hospitalisations sous contrainte.

53 % des patients ont déjà fait l'objet d'une HDT ou SPDT.

9 % des patients ont déjà fait l'objet d'une HO ou SDRE.

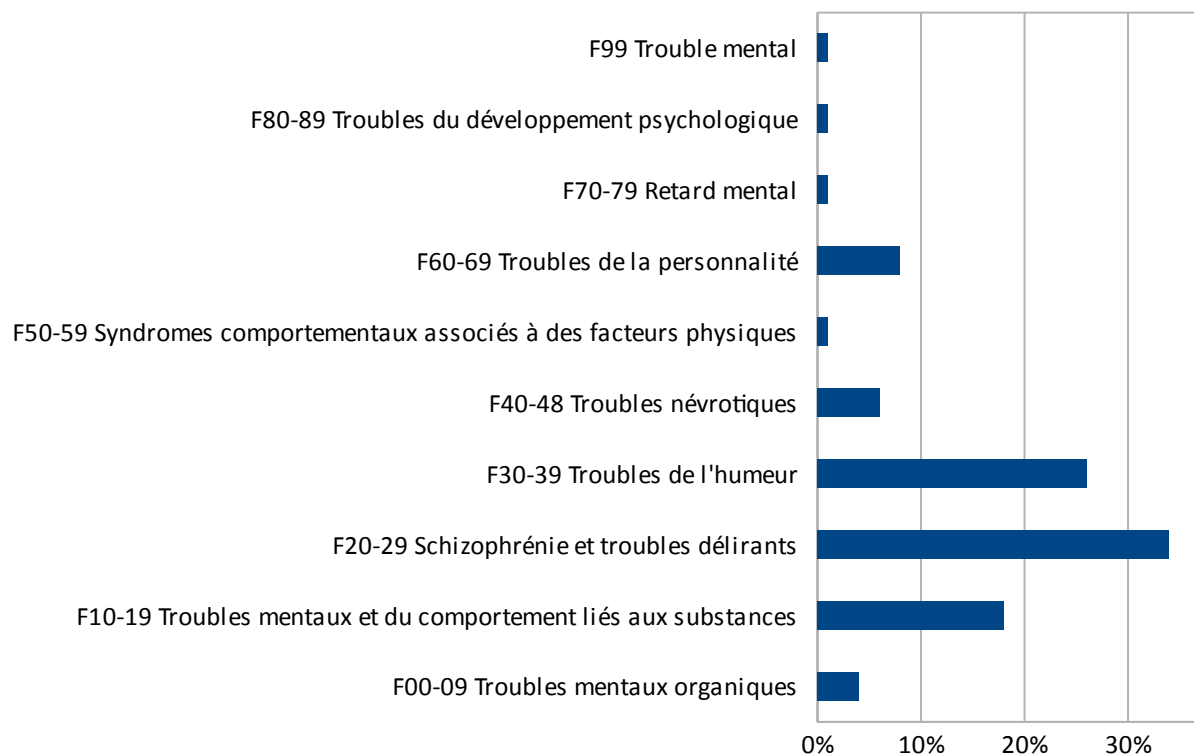
Au total 54 % des patients ont déjà fait l'objet de soins sous contrainte en SPDT ou SDRE.



*Illustration 4: Antécédents d'hospitalisation sous contrainte*

### III. 5. Motifs d'hospitalisation sous contrainte.

La répartition des pathologies à l'origine d'hospitalisation sous contrainte des patients de notre étude est présentée sous forme de graphique :



*Illustration 5: Motifs d'hospitalisation sous contrainte*

Dans notre étude il n'y a pas d'association significative entre la pathologie à l'origine de l'hospitalisation sous contrainte et la survenue d'un problème somatique associé.

### **III. 6. Types de soins psychiatriques sous contrainte.**

104 patients (75%) ont été admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, dont 25 interruptions de programmes de soins pour une hospitalisation complète.

17 patients (12%) ont été admis en soins à la demande d'un représentant de l'état, dont 8 interruptions de programmes de soins pour une hospitalisation complète.

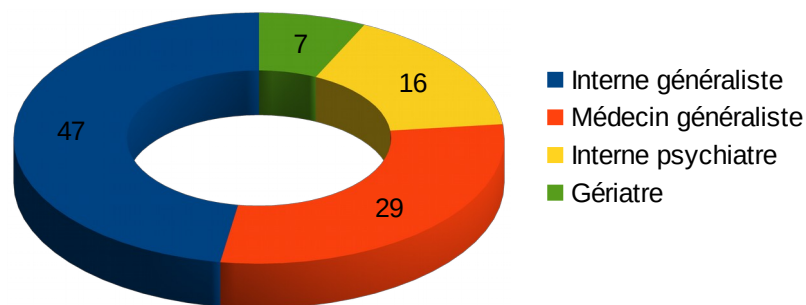
18 patients (13%) ont été admis en soins psychiatriques en cas de péril imminent, dont 2 interruptions de programmes de soins pour une hospitalisation complète.

Soit au total 104 nouvelles mesures de soins sous contrainte et 35 patients en interruptions de programmes de soins pour une hospitalisation complète.

### III. 7. Professionnel qui réalise l'examen somatique.

#### III. 7. 1. Types de professionnel réalisant l'examen somatique.

La répartition des professionnels du Centre Hospitalier des Pyrénées qui réalisent l'examen somatique obligatoire des 24 heures chez les patients hospitalisés sous contrainte est présentée sous forme de secteurs :



*Illustration 6: Professionnel qui réalise l'examen somatique obligatoire 24h*

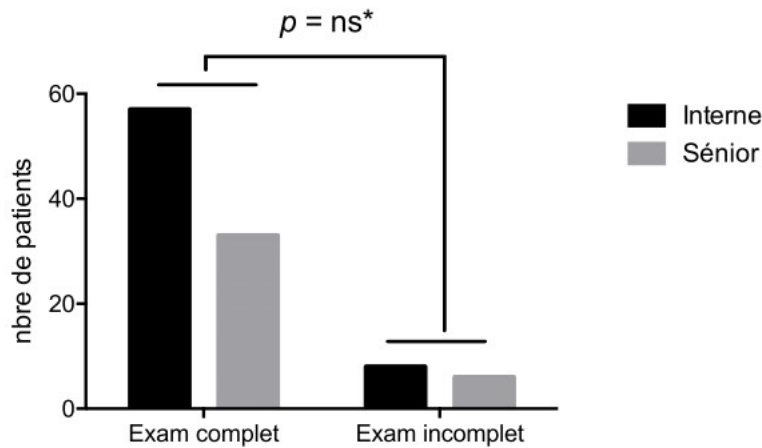
Dans notre étude sur les 139 patients inclus, ont été réalisés 99 examens somatiques des 24 heures obligatoires.

Les 40 patients n'ayant pas bénéficié de cet examen sont :

- 35 patients en réintégration de programme de soins.
- 4 patients dont la contrainte a été levée avant les 24 heures.
- 1 patient transféré d'un autre établissement psychiatrique qui a déjà procédé à l'examen somatique.



### III. 7. 2. Exhaustivité de l'examen somatique selon le type de professionnel.



*Illustration 7: Test du Chi2 entre exhaustivité de l'examen et type de professionnel*

Les données croisées de l'examen complet\* (excluant les paramètres fréquence respiratoire et glycémie capillaire) et du grade du professionnel réalisant l'examen somatique retrouve :

- pour les internes de médecine générale un  $p = 0,397$ .
- pour les internes de psychiatrie un  $p = 0,694$ .
- pour les senior médecins généralistes un  $p = 0,341$ .
- pour les gériatres un  $p = 0,589$ .

Dans notre étude il n'y a pas d'association significative entre l'exhaustivité de l'examen somatique et le type de professionnel qui le pratique.

### **III. 8. L'examen somatique : données relevées et données anormales.**

#### **III. 8. 1. Par rapport à la vigilance.**

La vigilance est normale chez les 99 (100%) patients.

#### **III. 8. 2. Par rapport à la pression artérielle.**

La mesure de pression artérielle n'est pas retrouvée chez 1 patient, elle est normale chez 87 patients et anormale chez 11 patients. Les valeurs anormales de tension artérielle se composent de 10 valeurs supérieures à 140/90 mmHg et de 1 valeur inférieure à 100/60 mmHg.

#### **III. 8. 3. Par rapport à la fréquence cardiaque.**

La mesure de fréquence cardiaque n'est pas retrouvée chez 3 patients, elle est normale chez 86 patients et anormale chez 10 patients. Les valeurs anormales de fréquence cardiaque se composent de 9 valeurs de tachycardie et 1 valeur de bradycardie.

#### **III. 8. 4. Par rapport à la température.**

La mesure de température n'est pas retrouvée chez 2 patients, elle est normale chez 97 patients.

#### **III. 8. 5. Par rapport à la fréquence respiratoire.**

La mesure de fréquence respiratoire est non connue chez l'ensemble des 99 (100%) patients.

#### **III. 8. 6. Par rapport à la glycémie capillaire.**

La glycémie capillaire n'est pas retrouvée chez 89 patients, pour les 10 mesures retrouvées elle est normale chez 6 patients et anormale chez 4 patients. Les quatre valeurs anormales sont : dextro=1,32 g/L (surveillance dextro+régime diabétique+ Hba1c=5,3%) ; dextro=1,40 g/L (contrôle glycémie sanguine normale) ; dextro=2,45 g/L (patient avec diabète insulino-

dépendant connu) ; dextro= 4,06 g/L (patient avec diabète insulino-dépendant connu).  
On note que 76 patients ont bénéficié d'une mesure de la glycémie sanguine par prise de sang.

### III. 8. 7. Par rapport à la saturation.

La mesure de saturation en oxygène n'est pas retrouvée chez 13 patients, elle est normale chez 84 patients et anormale chez 2 patients. Les deux valeurs anormales sont : SpO2=92 % sans retentissement clinique ; SpO2=93 % pour un patient pour lequel on découvrira plus tard un cancer pulmonaire métastatique au cours de l'hospitalisation.

### III. 8. 8. Par rapport à la douleur.

La douleur évaluée par l'échelle visuelle analogique (EVA) est égale à zéro chez 23 patients, supérieure à zéro chez 2 patients et non connue chez 74 patients.

Ces données sont présentées sous forme de pourcentage dans le graphique suivant :

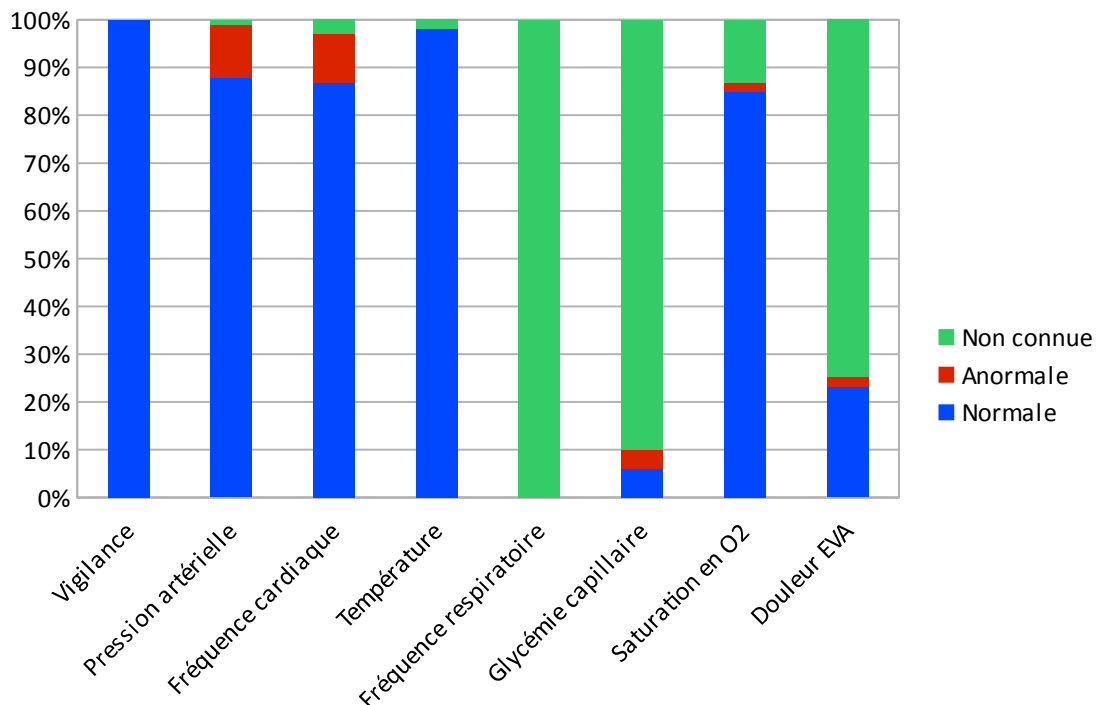


Illustration 8: Données relevées et anormales de l'examen clinique

### III. 8. 9. L'examen somatique selon les critères HAS.

Selon les critères HAS, l'examen somatique doit comporter au minimum la mesure de la vigilance, de la pression artérielle, du pouls, de la température, de la fréquence respiratoire, de la glycémie capillaire et de la saturation en oxygène.

Dans notre étude, aucun patient n'a bénéficié d'un examen somatique complet, c'est-à-dire de la mesure de l'ensemble de tous les paramètres recommandés par la HAS.

Si l'on exclut les paramètres de fréquence respiratoire et de glycémie capillaire, l'examen somatique comportait toutes les mesures des autres paramètres chez 85 (86%) patients.

Les données croisées entre examen complet\* (excluant les paramètres fréquence respiratoire et glycémie capillaire) et provenance des patients retrouve :

- pour une provenance des services d'urgence un  $p = 0,777$ .
- pour un adressage par le médecin traitant un  $p = 0,589$ .

Dans notre étude il n'y a pas d'association significative entre l'exhaustivité de l'examen somatique et la provenance des patients.

L'examen somatique n'a mis en évidence aucune mesure anormale chez 76 patients (n=99).

L'examen somatique a mis en évidence une mesure anormale chez 19 patients dont 7 concernant la pression artérielle, 6 la fréquence cardiaque, 4 la glycémie capillaire et 2 la saturation en oxygène.

L'examen somatique a mis en évidence deux mesures anormales pour 4 patients, concernant toutes la pression artérielle et fréquence cardiaque.

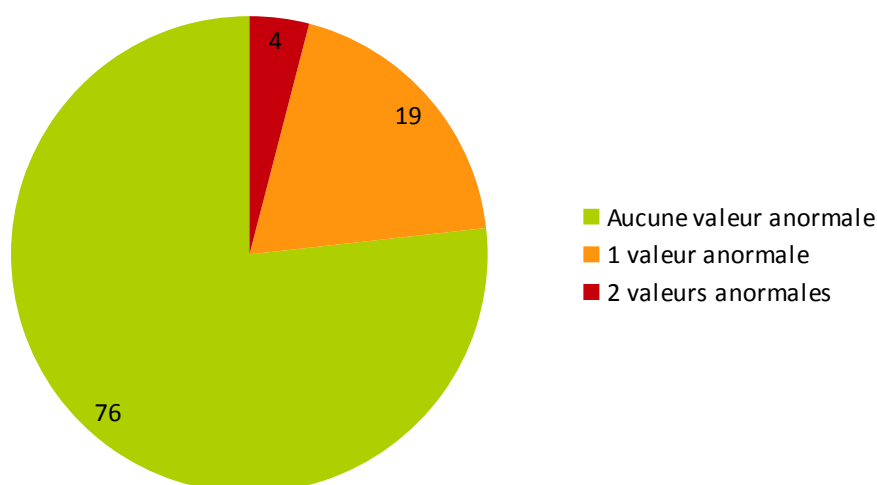


Illustration 9: Mesures anormales de l'examen clinique

Les données croisées entre examen somatique anormal et provenance des patients retrouve :

- pour une provenance des services d'urgence un  $p = 0,340$ .

- pour un adressage par le médecin traitant un  $p = 0,049$ .

Dans notre étude il existe une association significative entre le fait d'être adressé par son médecin traitant et le fait d'avoir un examen somatique anormal.

### III. 9. Les examens complémentaires, consultation spécialisée et transfert.

79 (80%) patients ont eu un examen biologique sanguin après examen somatique obligatoire des 24 heures.

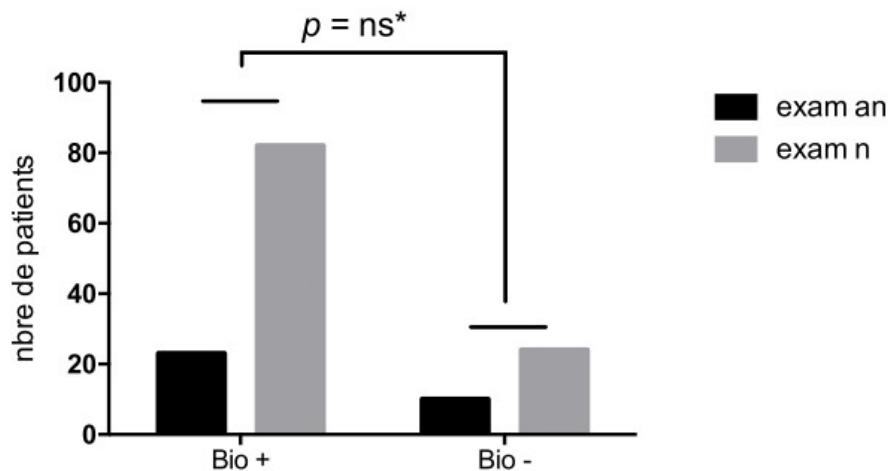


Illustration 10: Test du Chi2 entre normalité de l'examen et biologie

Il n'y a pas d'association significative entre le fait qu'un examen somatique soit anormal et la décision de réaliser une biologie sanguine.

76 (77%) patients ont eu une glycémie mesurée en laboratoire après examen somatique obligatoire des 24 heures.

62 (63%) patients ont eu un électrocardiogramme après examen somatique obligatoire des 24 heures, tous étaient normaux ; l'ECG n'a pas été réalisé chez 37 (37%) patients.

Les données croisées de l'examen somatique anormal et de la réalisation d'un ECG retrouve un  $p = 0,028$  donc dans notre étude il existe une association significative.

4 (4%) patients ont bénéficié d'un examen d'imagerie, il s'agit de :

- un scanner cérébral chez un patient de 80 ans dans un contexte de dégradation cognitive (pas d'anomalie significative retrouvée).
- un scanner cérébral chez un patient de 58 ans dans un contexte d'antécédent de néoplasie prostatique présentant des troubles du comportement (pas d'anomalie significative retrouvée).
- un scanner abdominal dans un contexte de constipation chez une patiente de 48 ans (pas d'anomalie significative retrouvée).
- un écho-Doppler veineux des membres inférieurs dans un contexte d'œdème bilatéral des membres inférieurs chez une patiente de 50 ans (absence de thrombose veineuse).

Il n'y a pas d'association significative entre examen somatique anormal et imagerie.

3 (3%) patients ont bénéficié d'une consultation spécialisée à la suite de l'examen somatique obligatoire des 24 heures, il s'agit de :

- une consultation spécialisée de gériatrie pour bilan d'encéphalopathie chez un patient de 58 ans.
- une consultation spécialisée de gastro-entérologie pour une poussée d'hépatite alcoolique aiguë sévère chez une patiente de 39 ans.
- une consultation spécialisée de néphrologie pour une patiente de 35 ans avec insuffisance rénale sur amylose rénale et possible fièvre méditerranéenne familiale.

Il n'y a pas d'association significative entre examen somatique anormal et consultation spécialisée.

Suite à l'examen somatique obligatoire des 24 heures, 4 (4%) patients ont dû être transférés, il s'agit de :

- trois transferts vers le service des urgences classiques pour un syndrome extra-pyramidal chez une patiente de 52 ans, une suspicion d'accident vasculaire cérébral chez une patiente de 48 ans, une hypokaliémie sévère chez une patiente de 58 ans.
- un transfert vers le service de neurologie pour un patient de 86 ans atteint de maladie d'Alzheimer.

Il n'y a pas d'association significative entre examen somatique anormal et transfert.

### **III. 10. Les problèmes somatiques associés et interventions somatiques.**

#### **III. 10. 1. Les problèmes somatiques associés.**

L'examen somatique obligatoire des 24 heures a permis de prendre en charge un problème somatique en plus de la pathologie psychiatrique chez 46 (46%) patients.

Il s'agit de problèmes somatiques anciens déjà pris en charge :

- élévation des transaminases hépatiques chez patient porteur d'une hépatite C chronique, paraplégie ancienne, poussée d'hépatite alcoolique, fièvre méditerranéenne familiale, démence Alzheimer, encéphalopathie, diabète insulino-dépendant, carcinome hépato-cellulaire connu, BPCO sévère, antécédents d'hépatite médicamenteuse, femme enceinte à 36 semaines d'aménorrhée + diabète gestationnel, néoplasie pulmonaire avec métastase cérébrale en cours de traitement, hypothyroïdie biologique suite à arrêt de traitements, chiffres tensionnels élevés chez patient en rupture de traitement anti-hypertenseur, points de sutures non enlevés...

Il s'agit de problèmes somatiques nouveaux jamais pris en charge :

- constipation, syndrome extra-pyramidal, infection urinaire, glycémie haute, suspicion d'accident vasculaire cérébral, hypokaliémie sans signe à l'électrocardiogramme due à diarrhées + vomissements + diurétiques, fracture de l'avant-bras en lien avec tentative de suicide par précipitation, plaies en lien avec accident de la voie publique volontaire, effets indésirables du Loxapac, découverte adénopathie du sein gauche, plaie de morsure de chat, crise de goutte, œdème du membre supérieur gauche, globe vésical sous neuroleptiques, luxation d'épaule suite à chute, confusion, découverte de cancer du pancréas, insuffisance rénale avec hypercalcémie, révélant une hyperparathyroïdie primaire, hypotension, grève de la faim, pneumopathie, dyspnée révélant un cancer pulmonaire métastatique, plaie tendineuse suite à phlébotomie, refus d'alimentation et d'hydratation, surdosage de corticothérapie pour traiter polyarthrite rhumatoïde à l'origine d'une décompensation maniaque, mycose sous mammaire, déshydratation avec insuffisance rénale aiguë, plaie de gorge suite à tentative de suicide par arme blanche, œdèmes des membres inférieurs bilatéraux, plaie du genou suite à interpellation par la police...



### **III. 10. 2. Les interventions somatiques.**

L'examen somatique obligatoire des 24 heures a engendré une intervention somatique chez 41 (41%) patients.

Il s'agit d'actes médicaux :

- ablation des points de sutures non enlevés à J20, prévention escarre, soins locaux + surveillance pour les plaies, sondage urinaire évacuateur, surveillance plâtre, surveillance hydratation...

Il s'agit de prescriptions médicamenteuses :

- colchimax, pose d'Implanon, DiffuK, arrêt Keppra, diminution posologie de corticothérapie, hydratation intra-veineuse, Movicol Normacol, Augmentin, Lepticur, reprise de traitement anti-hypertenseur, Pyostacine, initiation Ceris, régime diabétique, éconazole, reprise Levothyrox...

Il s'agit d'examens paracliniques :

- analyse génétique pour la fièvre méditerranéenne familiale, bilan d'adénopathie, scanner cérébral, radiographie de l'épaule, écho-Doppler veineux des membres inférieurs, échographie des voies urinaires, scanner pulmonaire, ponction de la thyroïde, échographie hépatique, scanner thoraco-abdomino-pelvien, écho-Doppler membre supérieur gauche, IRM du pancréas, suivi kaliémie sur plusieurs jours, suivi bilan hépatique sur plusieurs jours, HbA1c, surveillance dextro, scanner abdominal...

Il s'agit de demandes de consultations spécialisées :

- consultation néphrologique, neurologique, diabétologique, orthopédique, cardiologique, gynécologique, gastro-entérologique, urologique, ORL, pneumologique...

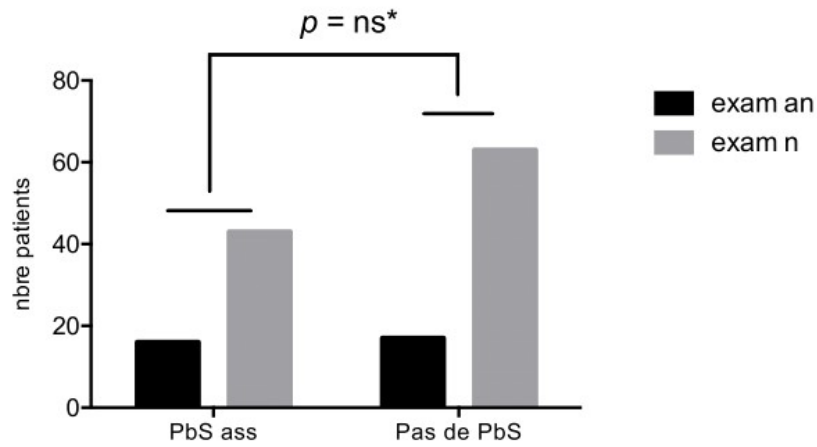


Illustration 11: Test du Chi2 entre normalité de l'examen et problème somatique associé

Il n'y a pas d'association significative entre la survenue ou non d'un problème somatique associé et le fait d'avoir un examen somatique normal ou anormal,  $p = 0,153$ .

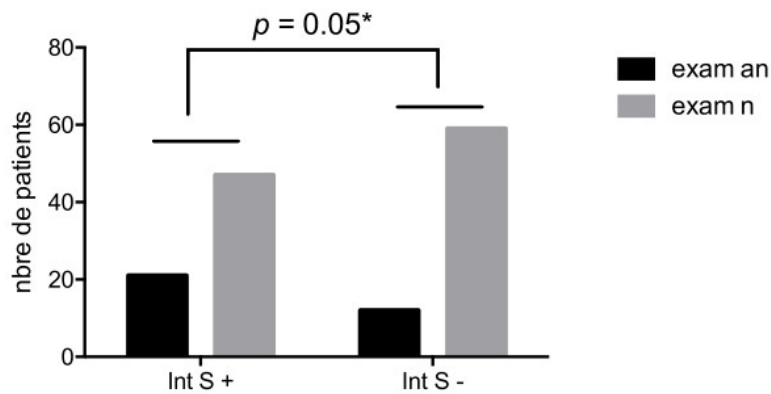
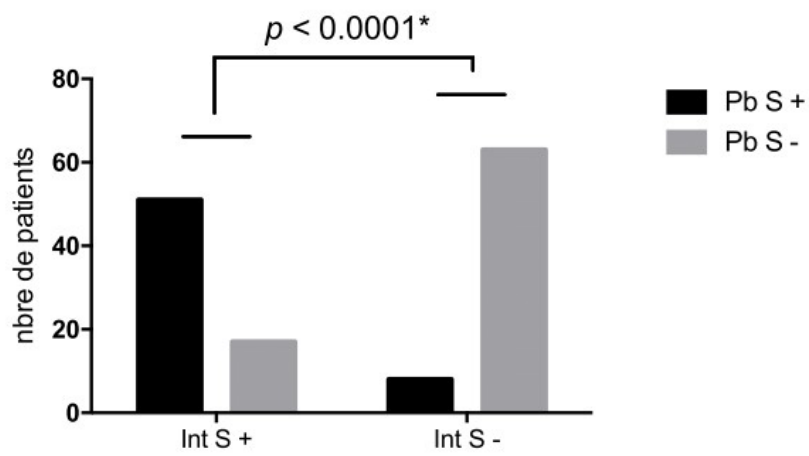


Illustration 12: Test du Chi2 entre normalité de l'examen et intervention somatique

En revanche il existe une association significative entre le fait d'avoir un examen somatique anormal et le fait d'avoir une intervention somatique,  $p = 0,05$ .



*Illustration 13: Test du Chi2 entre problème somatique associé et intervention somatique*

Il existe une association significative entre les problèmes somatiques associés et les interventions somatiques réalisées,  $p < 0,0001$ .

## IV. Discussion

### IV. 1. Place et intérêt de l'étude.

Nous savons aujourd'hui que les patients atteints de maladies psychiatriques sont victimes de surmortalité par causes dites naturelles, qui excluent les suicides et morts violentes, par rapport au reste de la population générale.

Le rapport *La Santé mentale et l'Avenir de la psychiatrie* rendu par le député Denys Robiliard, en décembre 2013, affirmait ainsi : « Le suivi des soins somatiques est très souvent déficient. Une des conséquences de cette absence de suivi somatique est un taux de mortalité des malades psychiatriques supérieur à la moyenne générale de la population. Ainsi, l'espérance de vie d'un schizophrène est écourtée de neuf ans à douze ans par rapport à la population générale »(9).

On constate que l'évaluation médicale des patients psychiatriques aux urgences est un problème qui fait l'objet d'étude depuis plus de vingt ans.(13,14)

Aujourd'hui dans la littérature il n'existe pas d'outil de dépistage gold-standard pour exclure les maladies organiques des patients avec présentation psychiatrique au service d'urgence, néanmoins un outil de dépistage comprenant 5 questions (constantes vitales, antécédent psychiatrique ou âge < 30 ans, patient orienté, absence de problème médical évident, absence d'hallucination visuelle) permettrait d'identifier les patients qui relèvent de la psychiatrie sans examen complémentaire aux urgences(15).

La loi du 5 Juillet 2011 relative aux soins des patients hospitalisés sous contrainte, mentionne l'obligation d'effectuer un examen somatique dans les vingt-quatre premières heures, ce qui prouve la prise de conscience de ce problème de santé publique par le législateur(5).

L'objet de ce travail est d'évaluer l'examen somatique obligatoire des 24 heures des patients hospitalisés sous contrainte au Centre Hospitalier des Pyrénées de septembre à décembre 2015.

L'intérêt de cette étude est multiple : les travaux abordant ce sujet sont rares et la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique est un enjeu actuel de santé publique ayant fait l'objet de recommandations récentes.

Dans notre étude, les deux principales pathologies à l'origine d'hospitalisations sous contrainte sont la schizophrénie et les troubles de l'humeur. Les maladies somatiques les plus fréquentes associées à ces deux pathologies sont : les maladies cardio-vasculaires « hypertension artérielle, dyslipidémie, tabac, syndrome métabolique, obésité, diabète », les maladies respiratoires « risque majoré de BPCO », les cancers, les infections sexuellement transmissibles, l'ostéoporose. Par ailleurs, une évaluation des facteurs de risques et des conduites préventives d'occlusion intestinale chez les patients traités par antipsychotiques est recommandée. Chez les patients bipolaires, une prévention des maladies endocriniennes doit être réalisée, un dosage régulier de la TSH est recommandé. La mortalité des patients souffrant de schizophrénie, tous âges, sexes et causes confondues (naturelles et non naturelles), est de 4,5 fois supérieure à celle de la population générale (16).

## **IV. 2. Les biais et limitations.**

En dehors de mon directeur de thèse le Dr. AZORBLY, aucun médecin ni interne n'a été informé de la teneur ou de la date de mon étude avant que celle-ci n'ait été effectuée, afin de ne pas modifier les habitudes de travail.

**Biais de sélection :** la population étudiée est celle de l'ensemble des patients majeurs admis en soins sous contrainte au Centre Hospitalier des Pyrénées de Pau du 1<sup>er</sup> septembre au 31 décembre 2015.

**Biais de technicité :** bien que les bonnes pratiques recommandent désormais l'usage exclusif du dossier patient informatisé, son utilisation diffère selon les personnes. Le dossier peut être rempli partiellement ou différemment d'un utilisateur à un autre. Au vu des éléments recueillis, la traçabilité dans le logiciel semble de bonne qualité.

**Biais inconscient :** les données ont été recueillies par une seule personne ce qui peut inclure un biais inconscient.

### **Limitations :**

- le caractère rétrospectif de l'étude.
- le caractère unicentrique de l'étude.
- l'absence d'évaluation à moyen et long terme des patients après l'examen somatique obligatoire.
- la seule mesure de substitution disponible c'est à dire ce qui est inscrit dans le dossier médical, pas de différence entre manque de documentation et manque d'évaluation.
- les éventuels problèmes médicaux non détectés.

### **IV. 3. Analyse des résultats.**

#### Concernant les caractéristiques des patients :

Dans notre étude, de septembre à décembre 2015, la répartition hommes/femmes est de 76 (55 %) versus 63 (45 %). La répartition par sexe des patients hospitalisés sous contrainte au CHP sur l'année 2015 est de 314 (59%) d'hommes et 222 (41%) de femmes.

Les patients de notre échantillon sont âgés de 18 à 86 ans, la médiane est de 43 ans et la moitié d'entre eux sont âgés de 31 à 57 ans. La répartition par âge des patients hospitalisés sous contrainte au CHP sur l'année 2015 est bornée de 18 à 95 ans, la médiane est de 42 ans. Notre échantillon de population est donc représentatif des patients hospitalisés sous contrainte au CHP concernant le sexe et l'âge.

Dans l'étude de Tintinalli, l'âge moyen est comparable et il met en évidence que les patients les plus jeunes (< 55 ans) ont 4 fois plus de risque que l'on passe à côté d'un diagnostic somatique que les patients plus âgés. Cette étude met aussi en évidence qu'une connaissance incomplète de l'histoire du patient et une réalisation partielle de son examen physique sont retrouvées dans la plupart des maladies somatiques non diagnostiquées(17).

#### Concernant la provenance et l'adressage des patients :

La majorité d'entre eux sont adressés via un service d'urgences (urgences générales et SAMU) ou le CMP ou leur famille ; par ailleurs, on peut souligner que 6 % des patients se sont présentés d'eux-mêmes au service d'accueil et d'admission des urgences psychiatriques et ont par la suite été hospitalisés en soins sous contrainte et non pas en soins libres.

Ceci peut s'expliquer par l'ambivalence de certains patients atteints de pathologies psychiatriques qui se présentent au SAAU avec une demande de prise en charge mais qui s'opposent ensuite à une hospitalisation.

#### Concernant la déclaration d'un médecin traitant :

Dans notre étude 81 % des patients ont déclaré un médecin traitant ce qui est inférieur au taux national puisqu'en 2011, 89,7 % des assurés ont désigné un médecin traitant.

Cette donnée souligne que le suivi des patients atteints de pathologies psychiatriques par les médecins généralistes reste inférieur à celui du reste de la population(18).

### Concernant les antécédents des patients :

Une large majorité des patients faisant l'objet de soins sous contrainte sont déjà connus des services de psychiatrie puisque 93 % ont des antécédents psychiatriques, 78 % ont déjà été hospitalisés en psychiatrie et plus de la moitié ont déjà fait l'objet de soins psychiatriques sous contrainte. Il s'agit donc de patients déjà connus, ce qui souligne l'importance de la traçabilité des dossiers médicaux afin d'optimiser leur prise en charge.

A l'inverse, l'étude de Henneman réalise une évaluation médicale de patients adultes consultant aux urgences avec des symptômes psychiatriques non connus : il conclut qu'une étiologie organique explique la plupart du temps ces symptômes psychiatriques(14).

Ces résultats montrent que la recherche d'antécédents psychiatriques est une donnée importante de l'examen d'entrée des patients consultant pour pathologie à expression psychiatrique.

### Concernant les pathologies à l'origine d'hospitalisation sous contrainte :

Notre étude retrouve trois pathologies principales à l'origine d'hospitalisations sous contrainte : 34 % pour schizophrénie et troubles délirants, 26 % pour troubles de l'humeur et 18 % pour troubles mentaux et du comportement liés aux substances psycho-actives.

Les données issues du Rim-P 2015 dénombrent 134 000 patients atteints de troubles de l'humeur, 94 000 patients schizophrènes et atteints de troubles délirants, et 48 000 patients atteints de troubles liés à l'utilisation de substance psycho-actives, pris en charge à temps complets ou partiels en France en 2015(12).

On retrouve donc les mêmes pathologies psychiatriques principales dans notre étude et dans la prise en charge au niveau national.

Par ailleurs, nous n'avons pas mis en évidence une association significative entre la pathologie à l'origine de l'hospitalisation sous contrainte et la survenue d'un problème somatique associé, ceci renforce l'idée que les praticiens réalisant les examens somatiques obligatoires doivent être attentifs devant toute pathologie psychiatrique.

### Concernant les types de soins psychiatriques sous contrainte :

Dans notre étude, les modes de placements sont répartis en 75 % de SPDT, 12 % de SDRE et 13 % de SPPI.

On rappelle que la loi du 5 Juillet 2011 introduit plusieurs nouveautés dont l'apparition d'une nouvelle modalité d'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent. Les SPPI sont mis en place pour les situations relevant de soins psychiatriques à la demande d'un tiers, donc si ses troubles mentaux rendent impossible le consentement du patient et que son état



mental impose des soins immédiats. Deux conditions supplémentaires sont nécessaires : l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers et l'existence à la date d'admission d'un péril imminent pour la santé de la personne(5).

L'étude menée par le Dr. Massal sur l'application de la loi du 5 Juillet 2011, retrouve que seulement 28 % des admissions en soins psychiatriques en cas de péril imminent étaient justifiés(19).

Cette étude comme celle de Mondoloni et celle de Gobillot montre que le caractère exceptionnel des SPPI n'est pas respecté(20,21).

Il est donc probable de trouver une répartition différente des modes de placement sous contrainte dans des études ultérieures.

#### Concernant les professionnels qui réalisent l'examen somatique :

La répartition des professionnels qui réalisent l'examen somatique est la suivante : 47 patients ont été vu par l'interne de médecine générale, 29 patients ont été vu par le médecin généraliste, 16 par l'interne de psychiatrie, et 7 par le gériatre.

On constate donc qu'aucun examen somatique n'a été réalisé par un psychiatre, pourtant la loi ne l'interdit pas. Il se peut que les psychiatres ne se sentent plus à l'aise pour effectuer un examen somatique, ou qu'ils préfèrent compartimenter les rôles de chaque praticien afin de ne pas perturber l'alliance thérapeutique avec le patient.

Dans l'étude de Szpakowicz de 2008, 32 % des psychiatres se déclarent non qualifiés pour faire un examen médical(22).

Dans notre étude, il n'y a pas d'association significative entre l'exhaustivité de l'examen somatique et le grade du médecin qui le pratique.

On retrouve cependant une tendance où l'examen est plus souvent complet lorsqu'un interne le réalise, ceci peut s'expliquer par le fait que les internes réalisent plus d'examens somatiques obligatoires des 24 h. D'autres explications possibles sont que les internes sont probablement plus formés à l'utilisation des dossiers informatiques, et qu'ils savent que leurs dossiers seront ensuite « séniorisés ».

On retrouve la même chose dans l'étude de Szpakowicz : aux urgences, les internes réalisent des examens plus complets, les médecins détaillent plus l'apparence et le comportement(22).

Les circonstances dans lesquelles 40 patients hospitalisés en soins sous contrainte n'ont pas bénéficié d'examen somatique des 24 heures sont les suivantes : SDRE levé avant 24 heures pour un patient, examen somatique réalisé dans un autre établissement psychiatrique avant son transfert au CHP pour un autre patient, trois patients non vus car restés moins de 24

heures en observation, interruptions de programme de soins pour une hospitalisation complète pour 35 patients.

Ces 35 patients (soit 25 % des patients inclus dans notre étude) avaient bénéficié d'un examen somatique obligatoire des 24 heures lors de l'initiation de soins sous contrainte hospitaliers qui ont par la suite débouché sur la mise en place d'un programme de soins. En effet, selon la loi, il n'est pas obligatoire de réaliser un nouvel examen somatique des 24 heures lors d'une interruption d'un programme de soins. Il se pose ici la question de répéter cet examen somatique à chaque réintégration, en effet l'examen somatique a pour but d'écarter une cause organique à une symptomatologie psychiatrique ; comment peut-on écarter une telle cause sur un examen somatique initial ayant eu lieu il y a plusieurs mois voire plusieurs années ? La loi du 5 Juillet 2011 impose un examen somatique pour les patients hospitalisés sous contrainte, pourquoi ne pas élargir l'examen somatique à tous patients hospitalisés en psychiatrie ?

#### Concernant les données de l'examen somatique :

L'analyse des données de l'examen somatique dans notre étude retrouve une vigilance normale chez tous les patients.

Ceci est un résultat attendu puisqu'en cas de vigilance anormale, le patient ne se retrouve normalement pas dans le service d'urgences psychiatriques mais dans un service d'urgences d'un hôpital général.

Dans l'étude de Kanich de 2002, qui a pour objectif de déterminer les étiologies responsables d'altération de l'état mental (qui comprend somnolence, comportement inhabituel, agitation, non réponse verbale) des patients consultants aux urgences ; les diagnostics de sortie retenus sont pour 28 % neurologique et pour 21% toxicologique, 14 % traumatologique, 14 % psychiatrique, 10 % infectieux, 5 % endocrine/métabolique, 3 % pulmonaire, 3 % oncologique, 1 % cardiovasculaire, 1 % gastro-intestinal et 1% rénale(23).

Cette étude rappelle la multiplicité des causes pouvant entraîner un trouble de la vigilance.

La pression artérielle est anormale chez 11 patients. Parmi ces patients, l'un deux ne prenait plus son traitement anti-hypertenseur, un autre présentait une hypotension orthostatique et les neuf autres patients avaient leur pression artérielle normalisée lors d'un contrôle ultérieur.

La fréquence cardiaque est retrouvée anormale chez 10 patients : neuf en tachycardie inférieure à 130 battements/minute de manière transitoire et un en bradycardie connue. La tension artérielle et la fréquence cardiaque sont des paramètres variables surtout en situation de stress telle que peut l'être une situation de soins sous contrainte.

La prise de température n'a mis en évidence aucune anomalie. Par contre, elle n'est pas connue pour deux de nos patients : c'est-à dire soit qu'elle n'a pas été prise, soit qu'elle n'a pas été notée dans le dossier médical.

La fréquence respiratoire n'est connue pour aucun de nos patients. Cela peut s'expliquer par le fait que les praticiens réalisant l'examen attribuent peu de valeur à ce paramètre. Ils peuvent peut-être l'estimer au cours de l'interrogatoire du patient, s'il le patient parle de manière fluctuante on peut considérer qu'il a une fréquence respiratoire normale.

La glycémie capillaire est faiblement utilisée : en effet, dans notre étude, ce paramètre a été retrouvé pour seulement 10 patients sur 99 (glycémie capillaire retrouvée dans les normes pour 6 des 10 patients). Ceci peut s'expliquer par le nombre important de patients qui ont une glycémie sanguine réalisée en laboratoire ; néanmoins il est dommage de sous utiliser cet outil de dépistage au cours de l'examen somatique d'une personne en soins sous contrainte qui se présente de manière agitée ou ralentie, ce qui peut être des expressions cliniques d'hyperglycémie ou d'hypoglycémie. Pour information, 66 (65%) patients ont eu un examen somatique complet\* ainsi qu'une glycémie sanguine en laboratoire.

La mesure de la saturation en oxygène est largement utilisée (87%) et on retrouve seulement 2 patients avec une mesure anormale. Il est intéressant de constater que la mesure de la fréquence respiratoire n'est jamais utilisée alors que la mesure de la saturation en oxygène est largement utilisée, ces deux paramètres sont pourtant essentiels à l'évaluation de la fonction respiratoire du patient.

Bien que la mesure de la douleur ne fait pas partie des recommandations de l'examen somatique, on remarque que l'EVA a été utilisé chez 25 % des patients ; on ne peut que regretter la sous-évaluation de la douleur chez ces patients qui présentent pour certains des plaies, des suites d'accident de la voie publique, des pathologies somatiques concomitantes à expression douloureuse (infection urinaire, crise de goutte...).

Dans notre étude, aucun patient n'a bénéficié d'un examen somatique complet : en effet, on ne retrouve la mesure de tous les paramètres définis par les recommandations de la HAS pour aucun patient.

Pour l'analyse statistique, nous avons donc considéré comme examens complets\* ceux qui comportaient tous les paramètres en dehors de la fréquence respiratoire et de glycémie capillaire afin de comparer ce qui est effectivement réalisé en pratique au CHP. En dehors de ces deux paramètres l'examen somatique a été complet\* c'est-à-dire que l'on retrouve pour un même patient les mesures de la vigilance, de la pression artérielle, du pouls, de la température corporelle et de la saturation chez 85 (86%) patients.

Pourtant, dans une étude de 2008, Szpakowicz rappelle que la morbi-mortalité accrue causée par maladie respiratoire ou diabète sucré chez les patients schizophréniques justifie l'inclusion de la SpO2 et du dextro dans l'examen somatique. Dans son étude, les signes vitaux complets sont présents chez 105 patients (52%), aucun signe vital chez 12 (6%), la SpO2 chez 27 % et

la glycémie capillaire chez 5,4 %(22).

Le fait qu'aucun patient n'ait bénéficié d'un examen somatique complet pose plusieurs questions :

- les praticiens ont-ils tous bien connaissance de ces recommandations HAS ?
- ces recommandations sont-elles adaptées à la pratique de l'examen d'un patient sous contrainte présentant des symptômes psychiatriques ?

L'examen somatique réalisé en pratique n'est pas seulement la mesure des paramètres vitaux mais contient un interrogatoire, une inspection, une auscultation, une palpation...éléments difficiles à apprécier dans cette thèse mais au combien riches dans la réflexion clinique et clés dans les décisions d'interventions somatiques.

D'ailleurs dans l'étude de Szpakowicz, 8 % des erreurs diagnostiques concernent des patients ayant des constantes vitales normales(22).

Dans l'étude de Olshaker, les problèmes médicaux ont été identifiés par l'histoire (94% 61/65), l'examen physique (51% 33/65), les signes vitaux (17% 11/65), les tests laboratoires (20% 13/65)(24).

Il est possible que les praticiens accordent plus de valeur au reste de l'examen somatique qu'à la mesure de l'ensemble des paramètres recommandés par la HAS.

#### Concernant les examens complémentaires :

Pour la biologie, l'ECG et le TDM cérébral par exemple, certains patients ont eu ces examens avant leur examen somatique obligatoire, notamment quand ils sont passés par les urgences avant d'être orientés en psychiatrie : ceux-ci ne sont alors pas comptabilisés dans notre étude ce qui peut entraîner une diminution du pourcentage de réalisation de ces examens suite à l'examen somatique obligatoire des 24 heures.

Les ECG et les examens biologiques peuvent être prescrits par le médecin réalisant l'examen somatique mais aussi par le psychiatre. C'est pourquoi nous ne les considérons pas dans notre étude comme des interventions somatiques.

Pour Korn, même s'il est difficile de distinguer une maladie organique avec expression psychiatrique d'une réelle pathologie psychiatrique, la présence d'un diagnostic psychiatrique déjà établi couplée à l'absence de plainte somatique, à un examen physique normal, et à des constantes vitales normales permettent d'identifier un sous-groupe de patients qui ne nécessiterait pas de test laboratoire(25).

Broderick, dans une étude de 2002, décrit les pratiques des urgentistes concernant les examens biologiques pour l'examen médical de dépistage des patients souffrant de pathologies psychiatriques. Pour lui, il est difficile de déterminer quels examens sont nécessaires. Il

précise que ces examens sont nécessaires pour peu des médecins interrogés(26).

Ceci est à nuancer : en effet, les pays anglo-saxons tiennent davantage compte de la balance du bénéfice en fonction du coût qu'en France. Cette notion d'une nécessaire évaluation du bénéfice d'un examen en tenant compte du coût fait partie des conclusions d' Olshaker dans un de ses articles de 1997 :

Les examens de laboratoire et dépistage toxique sont coûteux et peu rentables ; dépister tous les patients est une perte de temps et d'argent(24).

On remarque que la prescription d'examens complémentaires pour les patients atteints de pathologies avec symptômes psychiatriques reste un sujet difficile à trancher. Il semble préférable que cette prescription reste à l'appréciation du praticien qui réalise l'examen somatique(10).

Nous rappelons d'ailleurs l'obligation de moyens qui incombe à tous les médecins(3).

#### Concernant les problèmes somatiques associés :

L'examen somatique obligatoire des 24 heures a permis de prendre en charge un problème somatique en plus de la pathologie psychiatrique chez 46 (46%) patients et a engendré une intervention somatique chez 41 (41%) patients. Les 5 patients ayant un problème somatique associé sans intervention somatique associée sont : un patient avec fracture de l'avant-bras suite à une tentative de suicide par précipitation, le patient atteint de maladie d'Alzheimer, un patient ayant eu un accident de la voie publique volontaire, un patient autiste, un patient faisant une grève de la faim suite à une incarcération.

Notre étude retrouve donc des chiffres supérieurs à ceux de l'étude de Olshaker qui retrouve la coexistence d'un problème somatique dans 19 % des cas. D'autres études retrouvent quant à elles des chiffres allant de 24 à 50 % en ce qui concerne la coexistence d'un problème médical.

En 1997, Olshaker utilise déjà le terme de « medically clear » ou « medical clearance » signifiant l'évaluation médicale initiale des patients avec symptômes psychiatriques, destiné à repérer les patients ayant une plainte psychiatrique avec un problème médical sous-jacent(24,25).

Au final, peu d'examen somatique des 24 heures concluent à une contre-indication à la poursuite des soins en milieu psychiatrique sous contrainte, dans notre étude moins de 5 % des patients ont nécessité un examen d'imagerie, une consultation spécialisée ou un transfert. On en conclut qu'il est finalement rare de trouver une pathologie somatique qui explique les symptômes psychiatriques. Cependant l'examen somatique obligatoire permet de mettre en évidence un nombre important de pathologies associées et de mettre en place les interventions

somatiques adaptées. Même si les recommandations fournissent la base des actions à entreprendre pour les patients, il est impossible d'établir des protocoles pour toutes les étapes de la prise en charge.

D'ailleurs les résultats de l'étude de Happell en 2002 suggèrent que la formation à propos des maladies mentales est supérieure à l'utilisation d'un référentiel(27).

#### **IV. 4. Axes d'amélioration.**

A l'issue de notre travail, nous pouvons formuler ces quelques recommandations :

- 1/ Être vigilant à l'exhaustivité de l'examen somatique tel qu'il est défini dans la loi du 5 Juillet 2011, c'est-à-dire s'attacher au recueil des constantes vitales notamment de la fréquence respiratoire et de la glycémie capillaire.
- 2/ Améliorer la traçabilité des informations du dossier médical, notamment en ce qui concerne les antécédents médicaux et psychiatriques.
- 3/ Développer l'utilisation des échelles de douleur : échelle visuelle analogique, échelle numérique, et autres échelles adaptées aux cas spécifiques.
- 4/ Utiliser la fiche « examen somatique des 24h » voir annexe n°1, créée à l'issue de ce travail de thèse et validée par le médecin responsable du Département de Médecine Polyvalente Dr. Theillaud ; cette fiche sera distribuée en début de stage dans le livret d'accueil des internes de médecine générale et de psychiatrie. Elle sera également mise à disposition au SAAU et diffusée aux équipes paramédicales. Cette fiche peut servir de trame pour l'examen de tous les patients du Centre Hospitalier des Pyrénées.
- 5/ Répéter l'examen somatique à chaque interruptions de programme de soins pour une hospitalisation complète.
- 6/ Pratiquer un examen somatique à tous patients hospitalisés en psychiatrie en soins libres afin d'éliminer un éventuel diagnostic différentiel, dépister et surveiller les comorbidités...
- 7/ Favoriser l'approche pluridisciplinaire en faisant le lien avec le médecin traitant.
- 8/ Encourager la formation initiale et continue ainsi que la coordination entre les professionnels prenant en charge des patients souffrant de pathologies psychiatriques : médecins généralistes, psychiatres, urgentistes, infirmiers...

## V. Conclusion

Cette étude tente d'évaluer l'examen somatique des 24 heures obligatoire chez les patients hospitalisés sous contrainte au Centre Hospitalier des Pyrénées de Pau.

Notre étude montre qu'aucun patient ne bénéficie d'un examen somatique complet tel que défini dans les recommandations officielles de la Haute Autorité de Santé qui comprend la mesure des paramètres suivants : vigilance, pression artérielle, pouls, température, fréquence respiratoire, glycémie capillaire, saturation en oxygène.

Néanmoins si on exclut les paramètres de fréquence respiratoire et de glycémie capillaire, l'examen somatique comporte la mesure de tous les autres paramètres dans 86 % des cas.

Concernant les examens complémentaires, il n'y a pas d'association significative entre la réalisation de l'examen somatique obligatoire des 24 heures et la décision de prescrire un bilan biologique, une imagerie, une demande de consultation spécialisée et de transfert ; en revanche il existe une association significative entre l'examen somatique et la prescription de l'électrocardiogramme.

Les patients hospitalisés sous contrainte présentent un problème somatique en plus de la pathologie psychiatrique dans 46 % des cas, et ceci sans rapport significatif avec le fait d'avoir un examen somatique normal ou anormal ; en revanche il existe une association entre examen somatique anormal et intervention somatique.

A l'heure actuelle, il existe un consensus sur ce que doit comporter au minimum l'évaluation clinique initiale du patient, il s'agit du recueil de paramètres vitaux ; en attendant un consensus sur les détails de l'examen somatique, la mise en place d'une fiche « Examen somatique des 24h » doit permettre d'améliorer et de tracer l'examen somatique de tous patients hospitalisés en service de psychiatrie.



## VI. Références bibliographiques

1. Metz P-A. Evolution des soins sans consentement en psychiatrie : présentation des apports de la loi du 5 juillet 2011 et analyse épidémiologique au travers des données du Recueil des Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIM-Psy) de la région Centre pour les années 2009-2010 [Thèse d'exercice]. [Tours]: Faculté de Médecine de Tours; 2011.
2. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Saint-Denis-la-Plaine: HAS; 2005.
3. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
4. Pascal J-C, Hanon C. Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie. Montrouge; Rueil-Malmaison: J. Libbey Eurotext ; Doin; 2014.
5. LOI n° 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. 2011-803 juill 5, 2011.
6. LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 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. 2013-869 sept 27, 2013.
7. Senon J-L, Voyer M. Modalités et impact de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 : de l'impérieuse nécessité de placer le patient au centre de nos préoccupations. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2012;170(10):693-8.
8. UNAFAM, ADESM, SHAM, Centre Hospitalier Sainte-Anne. Guide psychiatrique des soins sans consentement [en ligne] [Internet]. 2013 [cité 16 mars 2016]. Disponible sur: <http://www.unafam.org/IMG/pdf/Guide-Psychiatrique-des-soins-sans-consentement-ADESM-SHAM-CH-STE-ANNE-decembre-2013.pdf>
9. Najman T, Delion P, Joxe P. Lieu d'asile: manifeste pour une autre psychiatrie. Paris: O. Jacob; 2015.
10. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux : Rapport final. Saint-Denis-la-Plaine: HAS; 2005.
11. Organisation Mondiale de la Santé, éditeur. Classification internationale des maladies, dixième révision, chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement. [...]: Critères diagnostiques pour la recherche. Paris: Masson; 1994. 226 p.
12. Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Chiffres clés de l'hospitalisation [en ligne] [Internet]. [cité 2 déc 2016]. Disponible sur: <http://www.atih.sante.fr/acces-aux-donnees/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>
13. Zun LS, Leikin JB, Stotland NL, Blade L, Marks RC. A tool for the emergency medicine evaluation of psychiatric patients. Am J Emerg Med. mai 1996;14(3):329-33.

14. Henneman PL, Mendoza R, Lewis RJ. Prospective evaluation of emergency department medical clearance. *Ann Emerg Med.* oct 1994;24(4):672-7.
15. Shah SJ, Fiorito M, McNamara RM. A Screening Tool to Medically Clear Psychiatric Patients in the Emergency Department. *J Emerg Med.* nov 2012;43(5):871-5.
16. Fédération française de psychiatrie. Recommandations de bonne pratique en psychiatrie : comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique [en ligne] [Internet]. Fédération Française de psychiatrie; 2015 [cité 2 déc 2016]. Disponible sur: [http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco\\_Soins\\_Soma\\_Psy.pdf](http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf)
17. Tintinalli JE, Peacock FW, Wright MA. Emergency medical evaluation of psychiatric patients. *Ann Emerg Med.* avr 1994;23(4):859-62.
18. Cours des comptes. 3. Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie. In: Rapport public annuel 2013. Paris: Cours des Comptes; 2013. p. 187-218.
19. Massal A-L. Soins psychiatriques sous contrainte en application de la loi du 5 juillet 2011 : nouveautés et réflexions critiques [Mémoire de DIU de psychiatrie criminelle et médicolégale]. Université de Poitiers, Angers, Tours; 2016.
20. Gobillot C, Claudel H. Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : une solution de facilité ? : Étude descriptive rétrospective réalisée aux urgences du Centre hospitalier Le Vinatier. *Inf Psychiatr.* 2015;91(4):339.
21. Mondoloni A, Buard M, Nargeot J, Vacheron M-N. Le péril imminent dans la loi du 5 juillet 2011 : quelles implications sur les soins ? *L'Encéphale.* déc 2014;40(6):468-73.
22. Szpakowicz M, Herd A. « Medically cleared »: how well are patients with psychiatric presentations examined by emergency physicians? *J Emerg Med.* nov 2008;35(4):369-72.
23. Kanich W, Brady WJ, Huff JS, Perron AD, Holstege C, Lindbeck G, et al. Altered mental status: Evaluation and etiology in the ED. *Am J Emerg Med.* nov 2002;20(7):613-7.
24. Olshaker JS, Browne B, Jerrard DA, Prendergast H, Stair TO. Medical clearance and screening of psychiatric patients in the emergency department. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* févr 1997;4(2):124-8.
25. Korn CS, Currier GW, Henderson SO. « Medical clearance » of psychiatric patients without medical complaints in the Emergency Department. *J Emerg Med.* févr 2000;18(2):173-6.
26. Broderick KB, Lerner EB, McCourt JD, Fraser E, Salerno K. Emergency physician practices and requirements regarding the medical screening examination of psychiatric patients. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med.* janv 2002;9(1):88-92.
27. Happell B, Summers M, Pinikahana J. The triage of psychiatric patients in the hospital emergency department: a comparison between emergency department nurses and psychiatric nurse consultants. *Accid Emerg Nurs.* avr 2002;10(2):65-71.

## VII. Annexes

### VII. 1. Fiche : examen somatique des 24h.

#### Fiche : EXAMEN SOMATIQUE DES 24H

##### Antécédents :

- médicaux :
- psychiatriques :
- chirurgicaux :
- allergies :

Médecin traitant : nom + ville

##### Traitement habituel :

- psychiatrique :
- autre :

##### Alcool + toxiques :

##### Motif d'hospitalisation :

##### Observation médicale / Appareils :

- neuro : **vigilance**, traumatisme crânien, glasgow, tient debout
- cardio : **pression artérielle** (min 10/6 – max 14/9 cmHg), **pouls** (60-100/min)
- pneumo : **fréquence respiratoire** (12-18/min), **saturation** (min 96%)
- digestif : transit, abdomen souple
- urologique : diurèse, globe
- **température** (36-38°C)
- **glycémie capillaire** (0,9-1,3 g/L)
- douleur par EVA

##### Examens complémentaires :

- biologie :
- ECG :

Avis spécialisé : par téléphone ou transfert aux urgences pour avis spécialisé en passant par le médecin coordinateur (05 59 72 78 10)

Mention : « l'examen somatique (n') est (pas) compatible avec la poursuite des soins sous contrainte en milieu psychiatrique »

\* Les 7 paramètres recommandés par l'HAS.

## VII. 2. Table des illustrations.

Illustration n°1 : répartition des âges.....	33
Illustration n°2 : antécédents psychiatriques.....	35
Illustration n°3 : antécédents d'hospitalisations en psychiatrie.....	35
Illustration n°4 : antécédents d'hospitalisation sous contrainte.....	36
Illustration n°5 : motifs d'hospitalisation sous contrainte.....	37
Illustration n°6 : professionnel qui réalise l'examen somatique obligatoire des 24 h.....	39
Illustration n°7 : test du Chi2 entre exhaustivité de l'examen et type de professionnel.....	40
Illustration n°8 : données relevées et anormales de l'examen clinique.....	42
Illustration n°9 : mesures anormales de l'examen clinique.....	43
Illustration n°10 : test du Chi2 entre normalité de l'examen et biologie.....	45
Illustration n°11 : test du Chi2 entre normalité de l'examen et problème somatique associé...49	
Illustration n°12 : test du Chi2 entre normalité de l'examen et intervention somatique.....	49
Illustration n°13 : test du Chi2 entre problème somatique associé et intervention somatique.....	50

## VIII. Résumé

**Objectif :** Évaluer l'examen somatique des 24 heures obligatoire chez les patients hospitalisés sous contrainte au Centre Hospitalier des Pyrénées de Pau.

**Matériel et Méthodes :** Étude descriptive, rétrospective et monocentrique par analyse des dossiers médicaux informatisés. Nous avons inclus tous les patients hospitalisés sous contrainte au C.H.P. de septembre à décembre 2015. Nous avons comparé la pratique de l'examen somatique par rapport aux recommandations HAS.

**Résultats :** 139 patients ont été inclus, 99 examens somatiques obligatoire des 24h ont été réalisés. Aucun patient n'a bénéficié d'un examen somatique complet c'est-à-dire de la mesure de l'ensemble des paramètres recommandés par la HAS. Les paramètres de fréquence respiratoire et de glycémie capillaire sont ceux qui font le plus souvent défauts. 46 % des patients présentent un problème somatique en plus de la pathologie psychiatrique. Il n'y a pas d'association significative entre le fait d'avoir un examen somatique normal ou anormal et la survenue ou non d'un problème somatique.

**Conclusion :** Actuellement l'examen somatique des 24h obligatoire chez les patients hospitalisés sous contrainte ne réponds pas aux critères de la HAS, la diffusion d'une fiche type et l'amélioration de la formation des professionnels doivent améliorer la prise en charge des patients souffrant de pathologies psychiatriques.