



HAL
open science

Bilan somatique des patients transférés d'un service d'urgences adulte vers un service d'accueil psychiatrique : état des lieux

Toufik Bendjazia

► **To cite this version:**

Toufik Bendjazia. Bilan somatique des patients transférés d'un service d'urgences adulte vers un service d'accueil psychiatrique : état des lieux. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03183100

HAL Id: dumas-03183100

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03183100>

Submitted on 26 Mar 2021

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.

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES
Année : 2020 N°7

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MÉDECINE
Spécialité: Médecine Générale.

Présentée et soutenue publiquement
Le 2020

Par : Toufik BENDJAZIA
Né le 16 février 1989, à Soissons (02)

Bilan somatique des patients transférés d'un service d'urgences adulte
vers un service d'accueil psychiatrique : état des lieux.

Directeur : Monsieur le Docteur Renaud JACQUEMIN
Rapporteur : Monsieur le Professeur AURIACOMBE

Jury :

Président : Monsieur Le Professeur LAURENT
Monsieur Le Professeur GALINSKI
Monsieur Le Professeur AURIACOMBE
Monsieur Le Docteur VALDENAIRE
Monsieur Le Docteur GLIZE

RÉSUMÉ

Objectif

Notre étude a pour but d'évaluer le bilan somatique des patients orientés en pré-hospitalier vers des soins psychiatriques, d'abord admis aux urgences générales au sein de l'Hôpital Pellegrin de Bordeaux, avant leur transfert au Service d'évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP) pour une potentielle hospitalisation.

Méthodes

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive de cohorte rétrospective monocentrique sur 6 mois. Les patients inclus sont les adultes admis au service des urgences adultes de l'Hôpital Pellegrin, Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Bordeaux, de janvier à juin 2017. Le bilan somatique était considéré complet s'il comprenait : pression artérielle, fréquence cardiaque, température, fréquence respiratoire, glycémie capillaire, saturation en oxygène, alcoolémie, électrocardiogramme, scanner cérébral. Les critères de non inclusion sont : âge inférieur à 18 ans et les femmes enceintes. Les critères d'exclusion : provenance direct de l'Hôpital Charles Perrens pour bilan somatique, et fugues de l'Hôpital Charles Perrens.

Résultats

Nous avons une cohorte de 319 admissions avant le traitement des exclusions. Il en résulte un échantillon de 220 admissions sur une durée de 6 mois. Sur 220 patients inclus, aucun dossier n'est complet. La médiane est à 4 éléments manquants sur 9 éléments évalués. Cependant, des éléments clés dans la recherche de diagnostic différentiel tel que la glycémie ou l'alcoolémie sont souvent omis.

Conclusion

Les patients des urgences polyvalentes de l'hôpital Pellegrin orientés en pré-hospitalier vers l'hôpital Charles Perrens n'ont pas reçu un bilan somatique complet bien que des investigations soient réalisées dans ce sens. Une démarche praticiens-dépendant est à évoquer mais pourrait s'inverser par une protocolisation des investigations s'appuyant sur des recommandations exhaustives dans les services d'urgences, fruit d'une collaboration étroite entre urgentistes et psychiatres.

Mots-clés : urgences, bilan somatique, psychiatrie, hospitalisation psychiatrique, protocolisation

ABSTRACT

Object

Our study aims to assess the somatic assessment of patients referred pre-hospital to psychiatric care, first admitted to general emergencies in the Pellegrin Hospital in Bordeaux, before their transfer to the Crisis Assessment Service. and Psychiatric Orientation (SECOP) for potential hospitalization.

Methods

This is a 6-month, single-center, retrospective, descriptive observational cohort study. The patients included are adults admitted to the adult emergency department of Hospital of Pellegrin, Bordeaux University Hospital Center (CHU), from January to June 2017. The somatic assessment was considered complete if it included: blood pressure, heart rate, temperature, respiratory rate, capillary blood glucose, oxygen saturation, alcohol level, electrocardiogram, brain scan. The non-inclusion criteria are: age under 18 and pregnant women . Exclusion criteria: direct origin from Charles Perrens Hospital for somatic assessment, and runaways from Charles Perrens Hospital.

Results

We have a cohort of 319 admissions before exclusion processing. The result is a sample of 220 admissions over a period of 6 months. Out of 220 patients included, no file is complete. The median is 4 missing items, out of 9 items assessed. However, key elements in the search for differential diagnosis such as blood sugar or alcohol levels are often overlooked.

Conclusions

Pellegrin hospital multipurpose emergency patients referred pre-hospital to Charles Perrens hospital did not receive a complete somatic assessment although investigations were carried out in this direction. A practitioner-dependent approach should be mentioned but could be reversed by a protocolization of investigations based on exhaustive recommendations in emergency departments, the result of close collaboration between emergency physicians and psychiatrists.

Keywords: emergencies, somatic assessment, psychiatry, psychiatric hospitalization, protocolisation

REMERCIEMENTS

J'aimerais tout d'abord remercier mes parents qui m'ont permis de devenir l'homme que je suis et qui m'ont apporté toute leur aide quand j'en ai eu besoin. Je remercie mon frère Nabil pour sa loyauté et tout le reste. Je remercie également toute ma famille qui a contribué de près ou de loin à ce que je suis devenu.

Je tiens à remercier mon directeur de thèse, Renaud Jacquemin, pour m'avoir encadré tout au long de ce travail de recherche.

À tous les internes et médecins rencontrés au fil des stages avec qui nous avons affronté tous types de situations. Aux excellents moments passés ensemble.

À Jordi, pour tout ce que tu sais.

À Raoul, à nos premières années ensemble à la découverte de la médecine.

À Sarah, à notre amitié. Pour ta détermination et ton intelligence; ta personnalité indocile et ton humilité.

À Joël, à notre amitié. Pour ce que tu m'as appris de la médecine, du cheval, et de la vie. Et pour ce que l'on a encore à partager ensemble. Aussi à nos échanges, où l'on se comprend plus que l'on ne se parle.

Je souhaite également remercier tous mes amis de grande date mais aussi les autres, qui ont su m'apporter à un moment ou à un autre, ici ou là, confiance et écoute à tous les moments.

Bien entendu, cette liste n'est pas exhaustive et je remercie tous ceux et celles qui me connaissent et qui me permettent de me sentir exister.

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

Résumé.....	2
Abstract.....	3
Remerciements.....	4
Serment d’Hippocrate.....	5
Table des matières.....	6
1) Introduction.....	7
2) Méthodologie.....	8
2-1) Modalités de l’étude.....	8
2-2) Population concernée.....	8
2-3) Données.....	8
2-3-1) Critère de jugement principal.....	8
2-3-2) Statistiques.....	9
2-3-3) Aspect éthique et réglementaire.....	9
3) Résultats.....	9
3-1) Échantillon de la population.....	9
3-2) Données socio-démographiques	11
3.3) Consentement au transfert et surveillance.....	16
4) Discussion.....	17
6) Conclusion.....	20
7) Bibliographie.....	21
8) Liste des abréviations.....	23
9) Table des illustrations.....	24

1. INTRODUCTION

La prise en charge des patients suspects de troubles psychiatriques aigus est une problématique récurrente des structures d'urgences en France. Chaque année, les services d'urgence des hôpitaux généraux accueillent près de 9 millions de personnes ; l'augmentation est de 4% par an. Selon les sources, 4 à 40% nécessitent un avis psychiatrique (1,2).

L'enjeu dans les services d'urgences pour les patients naïfs de tout antécédent psychiatrique, arrivant souvent pour des troubles aigus n'est pas nécessairement de poser un diagnostic précis mais plutôt de ne pas méconnaître une pathologie somatique pouvant mettre en jeu le pronostic vital immédiat du patient.

Les patients se présentant aux urgences pour des pathologies d'allure psychiatrique peuvent parfois masquer des lésions organiques ou des causes toxiques. Ces entités peuvent parfois être très intriquées (3).

À notre connaissance, la législation relative aux droits des personnes hospitalisées pour des soins psychiatriques ne fait mention d'aucun examen somatique exhaustif devant être réalisé (4,5).

Cependant, un article de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) de Guillaume Valdenaire, mentionne un bilan somatique et biologique détaillant ce qu'il faut cliniquement et biologiquement rechercher chez ces patients (6). Aussi, il n'est pas rare que soit évoquée une symptomatologie rattachée à une nature psychiatrique face à des troubles d'origine organique (7,8).

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, devant tout patient souffrant de troubles mentaux, il est essentiel de rechercher un éventuel syndrome confusionnel aigu ainsi que d'évaluer les fonctions cognitives (5).

Cette évaluation est importante car certaines études ont retrouvé de 5,5 à 12,5 % de patients adressés pour problèmes psychiatriques qui présentaient finalement un problème organique. L'exemple le plus typique est le trouble de l'humeur atypique d'apparition tardive pouvant faire évoquer un processus expansif intracrânien (9,10) .

L'examen somatique des patients consultants pour des troubles psychiatriques aux urgences polyvalente d'une part, et en début d'hospitalisation d'autre part, faisant l'objet d'une recommandation de la Société Française de Médecine d'Urgence, ainsi que de recommandations par la Haute Autorité de Santé, nous chercherons dans quelle mesure cette prise en charge aux urgences de l'hôpital Pellegrin de Bordeaux est en adéquation avec les recommandations actuelles, avant leur transfert au SECOP (Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique) de Bordeaux, afin d'améliorer leur prise en charge.

Notre objectif est donc de déterminer si le bilan somatique et complémentaire réalisé est jugé complet chez les patients transférés des urgences adultes de Pellegrin vers un service d'urgences psychiatrique (en l'occurrence des urgences Pellegrin au SECOP de Bordeaux).

2. MÉTHODOLOGIE

2.1. MODALITÉS DE L'ÉTUDE

Nous avons étudié la prise en charge somatique des patients orientés en pré-hospitalier vers des soins psychiatriques, d'abord admis aux urgences générales au sein de l'Hôpital Pellegrin de Bordeaux, avant leur transfert au SECOP pour une potentielle hospitalisation. Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive de cohorte rétrospective monocentrique sur 6 mois.

2.2. POPULATION CONCERNÉE :

Les patients inclus ont été des adultes admis de janvier 2017 à juin 2017. Le recueil de données a été effectué sur recrutement des dossiers médicaux de la base de données informatique de l'Hôpital Pellegrin (Centre Hospitalo-Universitaire de Bordeaux).

L'inclusion des patients a été réalisée en interrogeant la base de données des transferts ambulanciers, transferts allant du service des urgences générales de l'Hôpital Pellegrin ; puis transférés au Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique (SECOP) de l'Hôpital psychiatrique Charles Perrens, également à Bordeaux.

Les critères de non-inclusion ont été : un âge strictement inférieur à 18 ans, grossesse connue chez les femmes majeures, antécédents connus de troubles psychiatriques.

Les critères d'exclusion ont été : d'une part la provenance direct de l'Hôpital Charles Perrens pour bilan somatique, et d'autre part les fugues de l'Hôpital Charles Perrens.

2.3. DONNÉES

2.3.1. - Critère de jugement principal :

Les critères nécessaires au bilan somatique ont été retenus en partie en se basant sur les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé) et de la SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) (5,6).

À notre connaissance, il n'existe pas dans la littérature de liste précise et exhaustive des examens à réaliser, nous avons donc cherché à protocoliser la démarche clinique en choisissant des paramètres cliniques les plus complets possibles, afin de pouvoir répondre à l'obligation de moyens dans le dépistage des problématiques somatiques ou toxiques. L'ensemble des données suivantes doivent être présentes lors de la prise en charge du patient afin de considérer que la prise en charge est optimale avant l'envoi du patient au SECOP :

- Pression artérielle - Fréquence cardiaque - Température - Fréquence respiratoire - Glycémie capillaire - Saturation en oxygène - Alcoolémie - ECG - Scanner cérébral -

Un seul élément manquant suffira à considérer la prise en charge d'un patient comme étant « non optimale ».

Il sera par ailleurs également étudié indépendamment les deux autres critères suivant :

- Surveillance (Certains patients ont été de facto mis sous surveillance pour deux raisons différentes : la décision de mise sous surveillance peut avoir été directement documentée pour raison médicale mais certains peuvent être restés sous surveillance pour des raisons logistiques (c'est-à-dire qu'en raison de l'attente de la disponibilité des lits en unité psychiatrique ou encore de l'arrivée des ambulances pour le transfert, le patient peut être gardé parfois plusieurs heures aux urgences, et de ce fait, reste en surveillance). Le « oui » dans cette donnée-là comprend donc ces deux réalités)
- Consentement au transfert vers le SECOP (Certains dossiers comportent la notation expresse du consentement ou du refus. Ceux qui n'ont pas été spécifiés ont été considérés comme équivalent à un non-consentement).

2.3.2 Statistiques

Toutes les variables ont été étudiées dans une analyse univariée.

Les variables qualitatives ont été décrites sous formes d'effectifs et de fréquences.

Les variables quantitatives étaient représentées sous forme de médianes avec leur étendue interquartile.

Nous disposons de deux types de variables :

- (a) Les variables quantitatives issues des résultats des examens réalisés.
- (b) Le nombre d'examens effectués ou non (qualitatif, booléen), sans précision du détail du type d'examen.

2.3.3 Aspects éthiques et réglementaires

Le protocole de notre étude impliquait de conserver des données nominatives le temps de l'inclusion, afin de pouvoir consulter a posteriori les dossiers médicaux des patients.

Il s'agit ici d'une étude rétrospective monocentrique hors loi Jardet, donc non soumise à déclaration.

3. RÉSULTATS

3.1. ÉCHANTILLON DE LA POPULATION :

Nous disposons d'une cohorte de 319 admissions avant le traitement des exclusions. Il en résulte un échantillon de 220 admissions sur une durée de 6 mois, parmi lesquelles 17 d'entre elles sont des admissions multiples concernant en tout 7 patients, les autres étant uniques (Figure 1).

Sur les 319 admissions ayant fait l'objet du recueil des données que nous avons étudiées, 99 ont donc fait l'objet d'une exclusion :

- 58 envoyés par l'Hôpital psychiatrique Charles Perrens de Bordeaux pour bilan somatique
- 2 fugues de CP (Charles Perrens) - 26 mineurs - 13 non-transferts à Charles Perrens

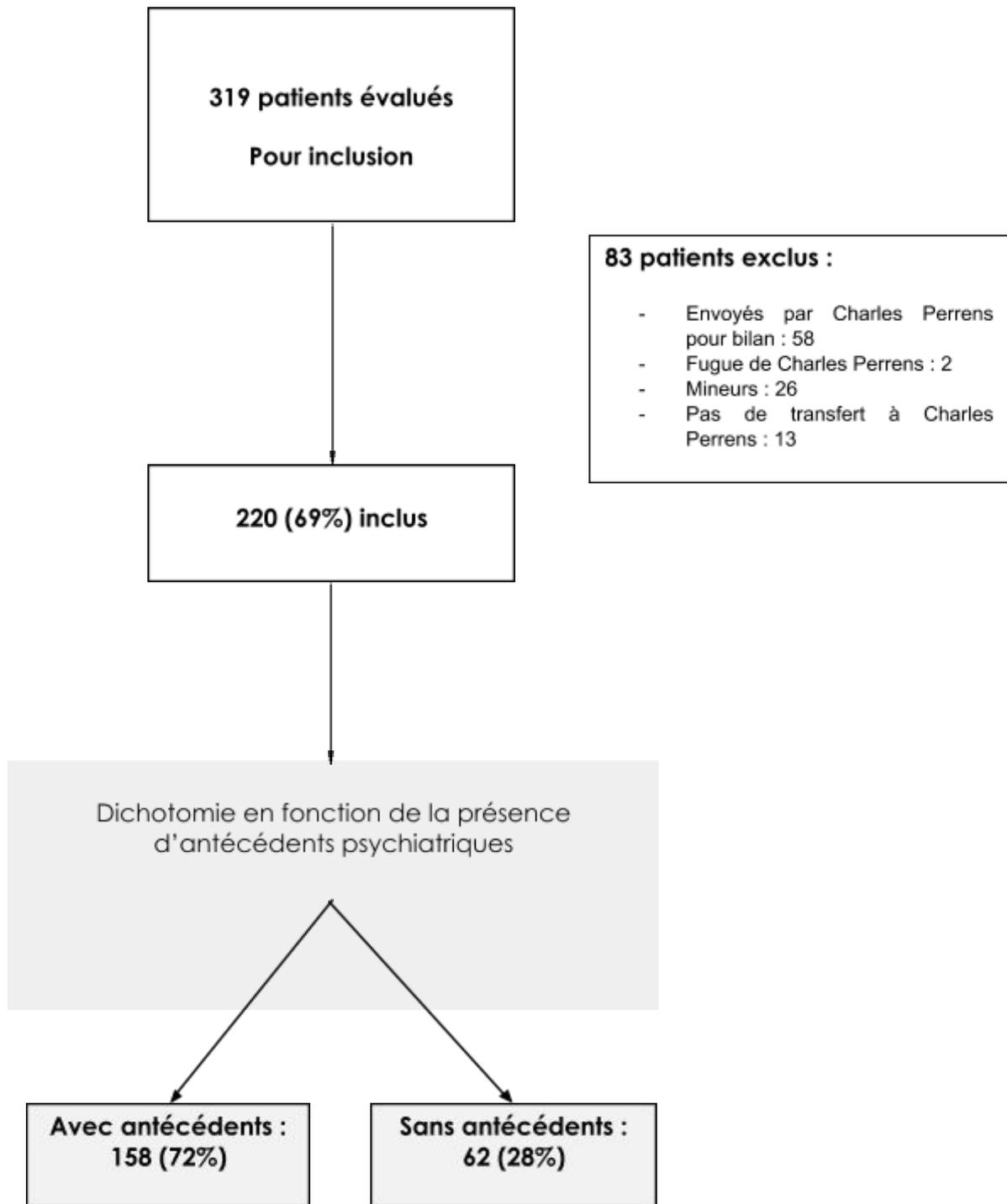


Figure 1: Diagramme de flux

3.2. DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES ET PARAMÈTRES CLINIQUES

Tableau 1. Caractéristiques des patients admis aux urgences de Pellegrin, suspects de troubles psychiatriques, sur la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2017.

	Echantillon global n=220	APO n= 62	APO-TS0 n = 37
<u>Données socio-démographiques</u>			
Sexe féminin, n (%)	115 (52)	27 (44)	14 (38)
Age, années, med (EIQ)	38 (26 ; 49)	34 (24 ; 50)	35 (26 ; 50)
<u>Paramètres cliniques</u>			
PAS, mmHg, med (EIQ)	126 (114 ; 139)	130 (117;144)	130 (119 ; 147)
PAD, mmHg, med (EIQ)	78 (69 ; 85)	77 (42 ; 85,5)	78 (46 ; 87)
FC, min ⁻¹ , med (EIQ)	88 (76 ; 102)	88 (55 ; 105)	89 (55 ; 104)
Température, °C, med (EIQ)	36,7 (36,4 ; 37,0)	36,8(35,3;37,1)	36,8 (35,8 ; 37,2)
FR, min ⁻¹ , med (EIQ)	16 (15 ; 18)	17,5 (14 ; 19,5)	16 (14 ; 17)
Glycémie, g.L ⁻¹ , med (EIQ)	1,00 (0,90 ; 1,17)	1,01(0,69;1,18)	1,05 (0,69 ; 1,16)
SpO ₂ , %, med (EIQ)	99 (98 ; 100)	99 (94 ; 100)	99 (94 ; 100)
Alcoolémie, g.L ⁻¹ , med (EIQ)	0 (0 ; 0)	0 (0 ; 0)	0 (0 ; 0,65)

APO = Groupe de patients sans antécédent psychiatrique connu ; APO-TS0 = Groupe de patients sans antécédent psychiatrique connu non admis pour tentative de suicide ; EIQ = étendue interquartile ; FC = fréquence cardiaque ; FR = fréquence respiratoire ; med = médiane ; PAD = pression artérielle diastolique ; PAS = pression artérielle systolique ; SpO₂ = saturation pulsée en oxygène ; T° = température corporelle

La répartition en fonction du sexe est homogène. (TABLEAU 1)

Tableau 2. Motifs d'admission des patients admis aux urgences de Pellegrin, suspects de troubles psychiatriques, sur la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2017.

	Echantillon Global = 220	APO n = 62	APO-TSO n = 37
Crise convulsive, n (%)	6 (3)	1 (2)	1 (3)
Confusion, n (%)	8 (4)	3 (5)	3 (8)
Hallucinations, n (%)	11 (5)	6 (10)	6 (16)
Intoxication médicamenteuse volontaire, n (%)	78 (35)	17 (27)	NC
Alcoolisation, n (%)	10 (5)	3 (5)	3 (8)
Pendaison, n (%)	4 (2)	2 (3)	NC
Syndrome de stress post-traumatique, n (%)	1 (0,5)	1 (2)	1 (3)
Trouble comportemental, n (%)	30 (14)	14 (23)	14 (38)
Trouble de l'élocution, n (%)	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)
Trouble de l'humeur, n (%)	40 (18)	9 (15)	9 (24)
Tentative de suicide autre, n (%)	31 (14)	6 (10)	NC

APO = Groupe de patients sans antécédent psychiatrique connu ; APO-TSO = Groupe de patients sans antécédent psychiatrique connu non admis pour tentative de suicide

En raison d'une trop grande hétérogénéité sémantique des motifs d'admission des urgences retrouvés dans les dossiers, nous avons préféré énoncer parfois le diagnostic final au et parfois le motif d'admission, au regard de tout le dossier médical. Les motifs d'admission ne représentent donc pas exclusivement les motifs d'entrée indiquant une plainte ou un symptôme constaté initialement, mais ont été étiquetés en fonction de tout le dossier. (TABLEAU 2)

Tableau 3. Renseignements des paramètres cliniques à l'admission des patients aux urgences de Pellegrin, suspects de troubles psychiatriques, sur la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2017.

	Echantillon global n = 220	Echantillon APO n = 62	Echantillon APO-TSO n = 37
	Renseigné n (%)	Renseigné n (%)	Renseigné n (%)
PAS	215 (98)	61 (98)	37 (100)
PAD	215 (98)	61 (98)	37 (100)
FC	216 (98)	61 (98)	37 (100)
T°	61 (28)	59 (94)	36 (97)
FR	62 (28)	15 (24)	4 (11)
Glycémie	130 (59)	33 (53)	19 (51)
SpO ₂	213 (97)	60 (97)	36 (97)
Alcoolémie	66 (30)	27 (44)	15 (41)

APO = Groupe de patients sans antécédent psychiatrique connu ; APO-TSO = Groupe de patients sans antécédent psychiatrique connu non admis pour tentative de suicide ; FC = fréquence cardiaque ; FR = fréquence respiratoire ; PAD = pression artérielle diastolique ; PAS = pression artérielle systolique ; SpO₂ = saturation pulsée en oxygène ; T° = température corporelle

La fréquence cardiaque, la pression artérielle et la saturation en oxygène sont des paramètres quasiment toujours enregistrés pour les patients. A l'inverse, moins d'un tiers des patients de l'échantillon global voient enregistrées une fréquence respiratoire, une température, une alcoolémie. Environ la moitié de l'échantillon a eu une glycémie capillaire. On peut aussi noter la tendance évolutive de la prise de température : le taux est nettement meilleur quand les patients n'ont pas d'antécédents psychiatriques, et il s'améliore encore quand le motif de recours n'est pas une tentative de suicide. La tendance est inverse pour la fréquence respiratoire. (TABLEAU 3)

Tableau 4. Réalisation des examens complémentaires des patients aux urgences de Pellegrin, suspects de troubles psychiatriques, sur la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2017.

	Echantillon global n = 220	Echantillon APO n = 62	Echantillon APO-TSO n = 37
	Réalisé, n (%)	Réalisé, n (%)	Réalisé, n (%)
ECG	88 (40)	14 (23)	3 (8)
Scanner cérébral	39 (18)	17 (27)	13 (35)
NFS	122 (55)	35 (56)	19 (51)
Ionogramme sanguin	128 (58)	36 (58)	19 (51)

APO = Groupe de patients sans antécédent psychiatrique connu ; APO-TSO = Groupe de patients sans antécédent psychiatrique connu non admis pour tentative de suicide ; ECG = électrocardiogramme ; NFS = numération-formule sanguine

Les examens complémentaires sont globalement moins réalisés que les examens cliniques mais ils ne sont pas totalement négligés. On note pour la Numération Formule Sanguine (NFS) et le ionogramme sanguin que les taux sont sensiblement les mêmes pour les patients avec ou sans antécédents psychiatriques connus ou pour ceux dont le motif de recours est une tentative de suicide. À l'inverse, il existe une tendance évolutive pour la réalisation de l'électrocardiogramme et du scanner cérébral en fonction de la présence ou non d'antécédents psychiatriques ou que le motif d'admission soit une tentative de suicide. (TABLEAU 4)

Tableau 5. Renseignement de la surveillance et du consentement au transfert vers le SECOP des patients initialement admis aux urgences de Pellegrin, suspects de troubles psychiatriques, sur la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2017.

	Echantillon global n = 220	Echantillon APO n = 62	Echantillon APO-TSO n = 37
	Réalisé, n (%)	Renseigné, n (%)	Renseigné n (%)
Surveillance	78 (35)	21 (34)	10 (27)
Consentement	33 (15)	8 (13)	2 (5)

APO = Groupe de patients sans antécédent psychiatrique connu ; APO-TSO = Groupe de patients sans antécédent psychiatrique connu non admis pour tentative de suicide

La surveillance et le consentement sont globalement peu tracés dans les dossiers médicaux en comparaison avec les autres éléments. La surveillance est tracée de manière homogène en fonction de la présence ou non d'antécédents psychiatriques ou lorsque le motif de recours est une tentative de suicide avec néanmoins une légère baisse pour les patients naïfs de tout antécédent. Le consentement quant à lui est rarement tracé et l'est encore moins chez les patients cumulant antécédents psychiatriques et venant pour une tentative de suicide. (TABLEAU 5)

Tableau 6. Complétude du bilan somatique des patients aux urgences de Pellegrin, suspects de troubles psychiatriques, sur la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2017.

	Echantillon global n = 220	Echantillon APO n = 62	Echantillon APO-TSO n = 37
Dossier complet, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
1 élément manquant, n (%)	6 (3)	1 (2)	0 (0)
2 éléments manquants, n (%)	33 (15)	10 (16)	3 (8)
3 éléments manquants, n (%)	38 (17)	8 (13)	6 (16)
4 éléments manquants, n (%)	55 (25)	15 (24)	9 (24)
5 éléments manquants, n (%)	49 (22)	14 (23)	9 (24)
6 éléments manquants, n (%)	35 (16)	13 (21)	10 (27)
7 éléments manquants, n (%)	3 (1)	1 (2)	0 (0)
8 éléments manquants, n (%)	1 (0,5)	0 (0)	0 (0)
9 éléments manquants, n (%)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Critères retenus comme essentiels à la complétude du dossier médical : pression artérielle, fréquence cardiaque, température, fréquence respiratoire, glycémie capillaire, saturation sanguine en oxygène, alcoolémie, réalisation d'un électrocardiogramme, réalisation d'un scanner cérébral.

APO = Groupe de patients sans antécédent psychiatrique connu ; APO-TSO = Groupe de patients sans antécédent psychiatrique connu non admis pour tentative de suicide

Sur les 9 éléments étudiés, la médiane est à 4 éléments manquants. Aucun dossier n'est complet et aucun dossier n'est vide de tous les éléments. La fréquence du traçage de recherche des éléments se concentre autour de la médiane. (TABLEAU 6 et Figure 2)

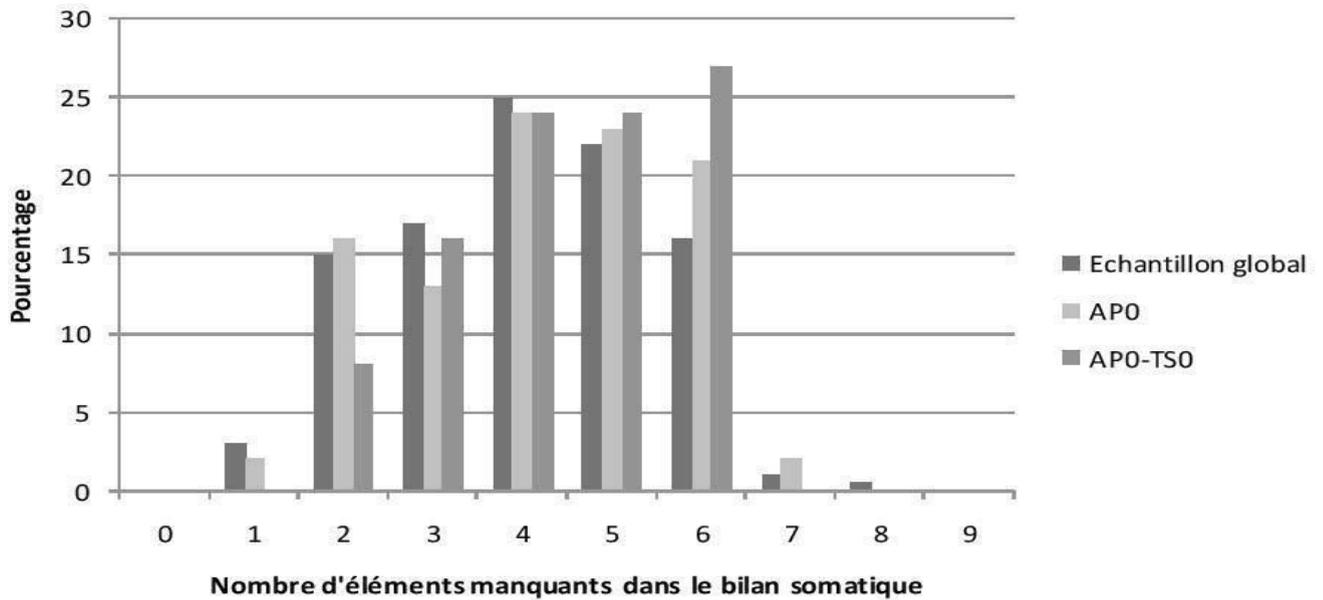


Figure 2: Diagramme en barre de la complétude du bilan somatique des patients aux urgences de Pellegrin, suspect de troubles psychiatriques, sur la période du 01 au 30 juin 2017.

3.3. CONSENTEMENT AU TRANSFERT ET SURVEILLANCE

En ce qui concerne le consentement au transfert, (TABLEAU 5) il ne figurait pas toujours dans le dossier. Cette donnée se répartissait en consentement (15%), refus et indéterminé. Ces données ont donc été révisées en considérant que le consentement exprimé et noté équivalait à un oui, et que ceux qui n'ont pas été spécifiés ont été considérés comme équivalents à un non-consentement, comme explicité précédemment.

En ce qui concerne la surveillance ; les mises sous surveillance collectées, de 35% (TABLEAU 5) correspondent à deux cas de figure : la surveillance proprement dite et le maintien du patient dans l'hôpital en attendant la libération d'un lit.

4 - DISCUSSION

- Principaux résultats

Comme attendu, les paramètres les mieux enregistrés sont la fréquence cardiaque et la pression artérielle. La fréquence respiratoire représente la donnée la moins relevée ; étonnamment, cette donnée s'effondre lorsque nous étudions les sous groupes sans antécédents psychiatriques, et sans antécédents psychiatriques ne venant pas pour une tentative de suicide.

Avec une médiane à quatre éléments recherchés et tracés dans les dossiers médicaux, néanmoins aucun dossier n'est complet, ce qui interroge.

- Choix des critères essentiels du bilan somatique minimal

Les examens cliniques du bilan minimal ont été choisis d'abord en s'inspirant des recommandations de l'article de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) de Guillaume Valdenaire mentionnant la nécessité d'évaluer les fonctions vitales (3).

Cependant, la recherche de la présence ou non d'examen neurologique spécifique ou encore de complications tels que la rétention urinaire, le fécalome, etc, comme préconisée par l'article de Guillaume Valdenaire, n'a pas été recherché ici parce qu'il n'est pas toujours mentionné dans les dossiers et lorsqu'il l'est, les éléments recherchés ne sont pas détaillés et diffèrent donc beaucoup d'un dossier à l'autre.

De plus, nous avons estimé que la présence de complications tel qu'un fécalome ou 'une rétention aiguë d'urine ne devait pas être recherchée de manière systématique mais selon des éléments d'orientation clinique (11,12).

À l'inverse, l'évaluation du relevé des fonctions vitales (pression artérielle, température...) ou encore la réalisation d'un électrocardiogramme ou d'un scanner, semblait plus appropriée et allant dans le sens de la nécessité d'un protocole systématique, réalisable et pertinent. Par exemple, l'électrocardiogramme nous semblait pertinent dans le cadre d'une pré-hospitalisation en psychiatrie compte-tenu du bilan initial à réaliser en vue d'un potentiel traitement par psychotrope, afin de rechercher une contre-indication.

- Une prise en charge somatique incomplète

D'après notre étude, aucun dossier avec un bilan minimal n'est complet. On note que pour le seul dossier presque complet (donc avec un seul élément manquant) des patients sans antécédent psychiatrique, il manque la température, et on note que l'alcoolémie n'est pas réalisé de manière systématique. Globalement, on peut penser que ces examens sont souvent réalisés pour éliminer une urgence commune, sans recherche d'éventuelles problématiques latentes pouvant pourtant elles aussi interférer dans la symptomatologie.

La fréquence respiratoire représente la donnée clinique la moins relevée avec 28% des dossiers renseignés. À noter que les causes non organiques de dyspnée sont essentiellement l'hyperventilation psychogène et dyskinésie des cordes vocales. D'un point de vue psychiatrique, il ne s'agit donc pas d'une donnée clinique clé pour un patient pré-orienté en psychiatrie. Or il s'agit en théorie d'un paramètre à renseigner systématiquement par l'Infirmière Organisatrice de l'Accueil (IOA) et qui a toute son importance dans d'autres situations cliniques d'urgences (13). En effet, de nombreux articles montrent que la fréquence respiratoire est corrélée à la gravité des patients dans diverses situations : sepsis, traumatologie, pathologies cardiaques et respiratoires. En 1993, Fieselmann rapportait qu'une fréquence respiratoire supérieure à 27 par minute était le facteur prédictif d'arrêt cardiaque intra hospitalier le plus pertinent (13).

Dans une étude incluant des patients hospitalisés dans un service de médecine, plus de la moitié des patients ayant présenté un événement indésirable grave (arrêt cardiaque, décès inattendu ou transfert en unité de soins intensif) avaient une fréquence respiratoire supérieure à 25 par minutes. Ces patients auraient pu être identifiés en tant que groupe à haut risque jusqu'à 24 heures avant la survenue de l'événement, avec une spécificité de 95% (14). Ces résultats sont également confirmés dans d'autres études dont celle de Buist en 2004 (15).

- Comment améliorer la réalisation de ce bilan ? Des points encourageants.

D'après notre étude, la médiane est à 4 éléments manquants. Et certains patients ont bien un bilan somatique, incluant un scanner cérébral et un électrocardiogramme. Donc il existe bien une prise en charge allant dans le sens de l'élimination d'une cause somatique face à des symptômes d'allure psychiatrique. Mais cette recherche diagnostique varie en fonction des situations et des praticiens.

En l'absence de recommandations précisément détaillées, notre évaluation des pratiques professionnelles ne pouvait être que très générale même si nous avons découvert que les critères consensuels les plus simples n'étaient pas toujours respectés. Il conviendrait donc d'établir une base référentielle précise et formalisée détaillant les principes de la prise en charge somatique des patients pré-orientés en hospitalisation en psychiatrie.

On peut évoquer une démarche praticiens-dépendant mais qui pourrait s'inverser, s'appuyant sur des recommandations claires et exhaustives, par une protocolisation des investigations pour des patients avec ou sans antécédents psychiatriques connus, dans les services d'urgences. Il s'agirait donc de pouvoir objectiver les situations cliniques nécessitant ces explorations et de statuer sur la mise en place d'examen systématiques dans le contexte d'urgence.

D'autres causes peuvent être évoquées comme influant cette démarche praticiens-dépendant et expliquant en partie des différences de prise en charge, tel que l'augmentation de recours aux urgences de la population, indépendamment du degré de gravité (16,17).

Toutes ces raisons font évoquer à la fois une augmentation du taux de recours aux urgences et une diminution des ressources humaines, débouchant sur une augmentation du nombre de patient par jour pour chaque praticien, et un manque de temps des praticiens. Le choix d'une protocolisation des investigations permettrait d'établir une collaboration multidisciplinaire nécessaire dans les situations auxquelles nous faisons référence, afin de tendre vers une prise en charge optimale.

En terme de perspective, la réalisation de cette étude sur plusieurs centres hospitaliers pourrait mettre en évidence des différences de prises en charge dans les différents centres au niveau national, et ainsi rechercher quelle pourrait être la meilleure protocolisation de prise en charge pré-hospitalière. Ce qui permettrait également de renforcer la collaboration déjà existante entre médecins urgentistes et psychiatres.

- Forces

À notre connaissance, le sujet de notre étude est rarement la source de recherches scientifiques. Cette étude, a atteint son objectif principal : explorer sous différents aspects le lien étroit entre la psychiatrie et la "médecine somatique".

En confrontant nos résultats à la littérature, nous avons soulevés différentes autres problématiques pertinentes. Nous avons ainsi pu proposer des pistes pour d'autres projets de recherche. La force principale de cette étude est son exhaustivité. Le nombre d'hospitalisation à Charles Perrrens est exhaustif et a été collecté de façon standardisée pendant une période donnée (de janvier à juin 2017). Notre travail a une implication pratique. Nous avons soulevé la question de l'intérêt d'une protocolisation à travers un travail d'équipe entre médecins somaticiens et psychiatres.

- Limites

La principale limite de notre étude est l'existence d'un biais de sélection : en effet, nous nous sommes intéressés seulement aux patients dont on pouvait suspecter un diagnostic psychiatrique et qui ont été effectivement transférés en psychiatrie. En revanche, nous ne voyons pas les patients pour lesquels il était possible de suspecter un diagnostic psychiatrique et qui ne sont finalement pas transférés en psychiatrie. Ces patients ont peut-être eu un bilan somatique plus complet, et on peut-être eu un diagnostic somatique établi. Nous minorons donc peut-être les résultats sur la complétude du dossier des patients.

Cependant notre question de recherche initiale était : le bilan somatique est-il complet chez les patients pré-orientés en hospitalisation en psychiatrie ? Et malgré le biais de sélection pré-cité, nos résultats montrent bien que le bilan n'est pas toujours complètement réalisé.

Une autre limite de notre étude est qu'elle soit monocentrique, ne permettant pas l'étude d'un réseau régional multi-centrique.

D'autre part, notre étude s'est cantonnée aux informations formalisées dans les dossiers médicaux informatisés : les données que nous avons recueillies ne reflètent donc pas strictement les prises en charge mais la manière dont celles-ci étaient tracées.

Un biais de classement existe également dû à l'imprécision des données telles que le consentement et la surveillance. Considérer l'absence de données comme une absence de consentement éclairé fait évoquer le possible décalage entre prise en charge et traçage de cette prise en charge. La considération de cette donnée à elle seule permet néanmoins de poser la question de la systématisation de sa recherche dans les cas d'hospitalisation pour les patients orientés en pré-hospitaliers vers des soins psychiatriques.

Pour la surveillance, il aurait été judicieux de pouvoir clairement distinguer les deux cas de figure expliquée dans la partie résultats, afin d'affiner l'analyse.

6. CONCLUSION

Les patients des urgences polyvalentes de l'hôpital Pellegrin orientés en hospitalier vers l'hôpital Charles Perrens n'ont pas reçu un bilan somatique complet.

D'abord aucun dossiers n'est complet, et il manque souvent des données essentiels. Les résultats traduisent une grande disparité dans la réalisation du bilan somatique. Des protocoles de service clairs qui s'appuient sur des recommandations précises applicables aux urgences permettraient peut-être un mieux.

La mise en place d'un protocole systématisé pour les patients pré orienté en hospitalisations psychiatriques pourrait pallier cette grande disparité, et les résultats d'une étude obtenue après mise en place de ce protocole pourrait être comparé aux résultats de notre étude.

La collaboration entre psychiatres et médecins urgentistes pourrait être sollicitée pour le développement d'outils décisionnels et leur mise en pratique permettrait d'établir une collaboration multidisciplinaire afin de tendre vers une prise en charge optimale.

Cette étude mériterait d'être approfondie en analysant précisément les causes des choix effectués et l'existence d'éléments de diagnostic préalables.

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Grivois H, et al. Urgences psychiatriques. Paris : Masson, 1987.
2. Steg A, Commission nationale de restructuration des urgences. Rapport sur la médicalisation des urgences. 1998.
3. Loi N 200.-303. du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. J Off. 2002;5.
4. Loi n°2011-803 du 05 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
5. Haute Autorité de santé. Manuel de certification des établissements de santé, V2010.
6. Valdenaire G. Examen somatique du patient psychiatrique aux Urgences.
7. Lee MB. Organic brain syndromes seen in psychiatric consultation in a general hospital (NTUH)(author's transl). Taiwan Yi Xue Hui Za Zhi. 1981;80(1):119-128.
8. Levine PM, Silberfarb PM, Lipowski ZJ. A Study of 100 Psychiatric Referrals. Cancer. 1978;42:1385-1391.
9. Rockville M.D. Mental Disorders and/or Substance Abuse Related to One of Every Eight Emergency Department Cases. AHRQ News and Numbers, July 8, 2010. Agency for Healthcare Research and Quality. 6. Hazlett, et al. Epidemiology of adult psychiatric visits to US emergency departments. Acad Emerg Med. 2004 Feb ; 11(2) : 193-5.
10. Trzepacz PT, Teague GB, Lipowski ZJ. Delirium and other organic mental disorders in a general hospital. Gen Hosp Psychiatry. avril 1985;7(2):101-6.
11. Boddaert J., Verny M. Evaluation du syndrome confusionnel chez le sujet âgé. Urgences Gériatriques Protoc. 36-8 2004;
12. HAS. Confusion aiguë chez la personne âgée: prise en charge initiale de l'agitation. Recomm Bonne Prat. 2009;
13. Fieselmann JF, Hendryx MS, Helms CM, Wakefield DS. Respiratory rate predicts cardiopulmonary arrest for internal medicine inpatients. J Gen Intern Med. juill 1993;8(7):354-60.
14. Cretikos M, Chen J, Hillman K, Bellomo R, Finfer S, Flabouris A, et al. The objective medical emergency team activation criteria: a case-control study. Resuscitation. avr 2007;73(1):62-72.
15. Buist M, Bernard S, Nguyen TV, Moore G, Anderson J. Association between clinically abnormal observations and subsequent in-hospital mortality: a prospective study. Resuscitation. août 2004;62(2):137-41.

16. Steg, A., Rapport sur la médicalisation des urgences., Technical Report, Paris : Commission Nationale de Restructuration des Urgences. (C.N.R.U.), 1993, 105p.
17. Grall, J.-Y., Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences., Technical Report, Paris : Ministère des Affaires sociales de la Santé et des Droits des femmes, 2015, 30p.
18. Thienhaus OJ. Rational physical evaluation in the emergency room. Hosp Community Psychiatry. 1992
19. Amin M, Wang J. Routine laboratory testing to evaluate for medical illness in psychiatric patients in the emergency department is largely unrevealing. West J Emerg Med. 2009;10(2):97.
20. HAS. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Avril 2005.
21. Loi N 200.-303. du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. J Off. 2002;5.
22. Curran GM, Sullivan G, Williams K, Han X, Collins K, Keys J, et al. Emergency department use of persons with comorbid psychiatric and substance abuse disorders. Ann Emerg Med. 2003;41(5):659-667.
23. Najjar S, Pearlman DM, Alper K, Najjar A, Devinsky O. Neuroinflammation and psychiatric illness. J Neuroinflammation. 2013;10(1):816.
24. Talbot-Stern JK, Green T, Royle TJ. Psychiatric manifestations of systemic illness. Emerg Med Clin North Am. 2000;18(2):199-209
25. Dorsey ST, Roth T. Medical conditions that mimic psychiatric disease: A systematic approach for evaluation of patients who present with psychiatric symptomatology. Emerg Med Rep. 2002;23(20):233-245.
26. Carpentier F, Paquier C, Luche B, Musiedlak G. Urgences médicales et psychiatrie. Urgences Psychiatre. 2008;46.
27. Lagomasino I, Daly R, Stoudemire A. Medical assessment of patients presenting with psychiatric symptoms in the emergency setting. Psychiatr Clin North Am. 1999;22(4):819-850
28. El Omari F, Belkacem A, Ktiouet J, Paes M. Les faux psychiatriques. Espérance Médicale. 1999;6(54):462-465.

8. TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1: Diagramme de flux

Figure 2 : Diagramme en barre de la complétude du bilan somatique des patients aux urgences de Pellegrin, suspects de troubles psychiatriques, sur la période du 01 au 30 juin 2017.

Tableau 1. Caractéristiques des patients admis aux urgences de Pellegrin, suspects de troubles psychiatriques, sur la période du 1er janvier au 30 juin 2017.

Tableau 2. Motifs d'admission des patients admis aux urgences de Pellegrin, suspects de troubles psychiatriques, sur la période du 1 er janvier au 30 juin 2017.

Tableau 3. Renseignements des paramètres cliniques à l'admission des patients aux urgences de Pellegrin, suspects de troubles psychiatriques, sur la période du 1 er janvier au 30 juin 2017.

Tableau 4. Réalisation des examens complémentaires des patients aux urgences de Pellegrin, suspects de troubles psychiatriques, sur la période du 1 er janvier au 30 juin 2017.

Tableau 5. Renseignement de la surveillance et du consentement au transfert vers le SECOP des patients initialement admis aux urgences de Pellegrin, suspects de troubles psychiatriques, sur la période du 1er janvier au 30 juin 2017.

Tableau 6. Complétude du bilan somatique des patients aux urgences de Pellegrin, suspects de troubles psychiatriques, sur la période du 1er janvier au 30 juin 2017.

9. LISTE DES ABRÉVIATIONS

SECOP : Service d'Évaluation de Crise et d'Orientation Psychiatrique

HAS : Haute Autorité de Santé

ECG : électrocardiogramme

SU : Service d'Urgence

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

PDS : Permanence Des Soins

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologiques

NFS (Numération Formule sanguine)

CP (Charles Perrens)

Na : Sodium

K : Potassium

Ca : Calcium

Cl : Chlore

TDM : Tomodensitométrie

CO : Monoxyde de Carbone