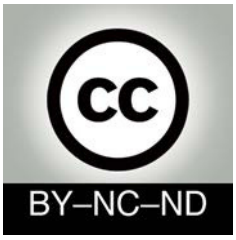
http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Faculté de Médecine et de Maïeutique
Lyon Sud - Charles Mérieux

ANNÉE 2023 **N°136**

OBSTACLES ET CONSEQUENCES A LA PRISE EN CHARGE, PAR LES URGENTISTES SOMATICIENS, DES PATIENTS A MOTIF PSYCHIATRIQUE AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DE LYON

THESE D'EXERCICE EN MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le **03 octobre 2023**

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par **Coline VEYRON**

Née le 07/08/1995 à Le Puy-en-Velay

Sous la direction du Docteur Julia MORERE et du Docteur Rania JEBRI

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

LISTE DES DIRECTEURS DE L'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE
Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

LISTE DES PROFESSEURS DE L'U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle 1ère classe)

BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophtalmologie,
CHAPET Olivier	Cancérologie, radiothérapie,
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie,
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale,
LINA Gérard	Bactériologie,
MION François	Physiologie,
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale,
RUFFION Alain	Urologie,
SALLE Bruno	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction,
SAURIN Jean-Christophe	Hépato gastroentérologie,
THOMAS Luc	Dermato –Vénérologie,
TRILLET-LENOIR Véronique	Cancérologie ; Radiothérapie,
TRONC François	Chirurgie thoracique et cardio,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle 2ème classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive,
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales,
FOUQUE Denis	Néphrologie,
GILLY François-Noël	Chirurgie générale,
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale,
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence,
LAFRASSE RODRIGUEZ- Claire	Biochimie et Biologie moléculaire,

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie,
NICOLAS Jean-François	Immunologie,
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion,
THIVOLET Charles	Endocrinologie et Maladies métaboliques,
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ALLAOUCHICHE Bernard	Anesthésie-Réanimation Urgence,
BARREY Cédric	Neurochirurgie,
BERARD Frédéric	Immunologie,
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie,
BOULETREAU Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie,
CERUSE Philippe	O.R.L,
CHOTEL Franck	Chirurgie Infantile,
COTTE Eddy	Chirurgie générale
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie,
DEVOUASSOUX Gilles	Pneumologie
DISSE Emmanuel	Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DORET Muriel	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
FESSY Michel-Henri	Anatomie – Chirurgie Ortho,
FEUGIER Patrick	Chirurgie Vasculaire,
FRANCK Nicolas	Psychiatrie Adultes,
FRANCO Patricia	Physiologie – Pédiatrie,
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie,
GILLET Pierre-Germain	Biologie Cellulaire,
JOUANNEAU Emmanuel	Neurochirurgie,
KASSAI KOUPAI Behrouz	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,
LANTELME Pierre	Cardiologie,

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire,
LIFANTE Jean-Christophe	Chirurgie Générale,
LEGER FALANDRY Claire	Médecine interne, gériatrie,
LONG Anne	Médecine vasculaire,
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation,
LUSTIG Sébastien	Chirurgie. Orthopédique,
MOJALLAL Alain-Ali	Chirurgie. Plastique,
NANCEY Stéphane	Gastro Entérologie
PAPAREL Philippe	Urologie,
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie,
REIX Philippe	Pédiatrie,
RIOUFOL Gilles	Cardiologie,
SANLAVILLE Damien	Génétique,
SERVIEN Elvire	Chirurgie Orthopédique,
SEVE Pascal	Médecine Interne, Gériatrique,
TAZAROURTE Karim	Médecine Urgence,
THAI-VAN Hung	Physiologies – ORL,
THOBOIS Stéphane	Neurologie,
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra	Anatomie et cytologies pathologiques,
TRINGALI Stéphane	O.R.L.
WALLON Martine	Parasitologie mycologie,
WALTER Thomas	Gastroentérologie – Hépatologie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BACHY Emmanuel	Hématologie,
BELOT Alexandre	Pédiatrie,
BOHE Julien	Réanimation urgence,
BOSCHETTI Gilles	Gastro-entérologie Hépat.
CHO Tae-hee	Neurologie,

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

COURAND Pierre-Yves	Cardiologie,
COURAUD Sébastien	Pneumologie,
DALLE Stéphane	Dermatologie,
DEMILY Caroline	Psy-Adultes,
DESESTRET Virginie	Histo.Embryo.Cytogénétique,
DUPUIS Olivier	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale,
FASSIER Jean-Baptiste	Méd. Santé au travail,
FRIGGERI Arnaud	Anesthésie Réa.Méd.
GHESQUIERES Hervé	Hématologie,
HAUMONT Thierry	Chirurgie Infantile,
KOPPE Laetitia	Néphrologie
LASSET Christine	Epidémiologie., éco. Santé,
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique – Médecine Interne,
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire,
MARIGNIER Romain	Neurologie,
MAUCORT BOULCH Delphine	Biostat.Inf. Méd.
MILOT Laurent	Radiologie Imagerie Médicale
PASSOT Guillaume	Chirurgie Générale,
PIALAT Jean-Baptiste	Radiologie et Imagerie médicale,
PINKELE CAUSSY Cyrielle	Nutrition
RASIGADE J. Philippe	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
ROLLAND Benjamin	Addictologie
ROSSIGNOL Audrey	Immunologie
ROUSSET Pascal	Radiologie imagerie médicale,
SUJOBERT Pierre	Hématologie – Transfusion
VISTE Anthony	Anatomie
VOLA Marco	Chirurgie thoracique cardiologie vasculaire,
VUILLEROT Carole	Médecine Physique Réadaptation.
YOU Benoît	Cancérologie,

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

PROFESSEUR ASSOCIE – Autre Discipline

Pr PERCEAU-CHAMBARD,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE (1ère Classe)

ERPELDINGER Sylvie,

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE (2ème Classe)

BOUSSAGEON Rémy,

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian,
PERDRIX Corinne,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire,
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction,
RABODONIRINA Meja	Parasitologie et Mycologie,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion,
DIJOUD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques,
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction,

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique,

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hygiène hospitalière,
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie,
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques,
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie,
HAFLON DOMENECH Pierre-Yves	Pédiatrie,
JAMILLOUX Yvan	Médecine Interne Gériatrie et Addictologie
MAUDUIT Claire	Cytologie – Histologie,
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire,
PERROT Xavier	Physiologie – Neurologie,
PETER DEREX Laure	Physiologie,
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie cellulaire,
PUTOUX DETRE Audrey	Génétique
SKANJETI Andréa	Biophysique. Médecine nucléaire,
SUBTIL Fabien	Bio statistiques,
VALOUR Florent	Mal infect.

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

AUFFRET Marine	Pharm.fond.pharm clinique,
BOLZE Pierre-Adrien	Gynécologie Obstétrique,
CHATRON Nicolas	Génétique,
DANANCHE Cédric	Epidémiologie. Économie de la santé,
KEPENEKIAN Vahan	Chirurgie Viscérale et Digestive,
LE BOSSE Fanny	Gastro-Hépatologie
PERON Julien	Cancérologie ; radiothérapie,
RAMIERE Christophe	Bactériologie-virologie,

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

WOZNY Anne-Sophie	Biochimie biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

BENEDINI Elise,

DEPLACE Sylvie,

HERSAT DE LA VILLEMARQUE Anne

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeurs émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie,
ANNAT Guy	Physiologie,
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
ECOCHARD René	Bio-statistiques,
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière,
LAVILLE Martine	Nutrition – Endocrinologie,
LAVILLE Maurice	Thérapeutique – Néphrologie,
LLORCA Guy	Thérapeutique,
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé,
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention,
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile,
MOYEN Bernard	Orthopédiste,
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire,
SIMON Chantal	Nutrition
TEBIB Jacques	Rhumatologie,

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

COMPOSITION DU JURY

PRESIDENT DU JURY :

Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE

UFR Lyon SUD

MEMBRES ASSESSEURS :

Monsieur le Professeur Alain CALENDER

Monsieur le Professeur Arnaud HOT

Monsieur le Professeur Laurent LETRILLIART

Monsieur le Docteur Louis SIMON

DIRECTRICES DE THESE:

Madame le Docteur Rania JEBRI

Madame le Docteur Julia MORERE

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE, je vous remercie d'avoir accepté sans hésiter de présider le jury de cette thèse. J'ai la chance d'être formée via le DES de médecine d'urgence de Lyon dont vous êtes le coordinateur et d'apprendre ainsi de nombreuses compétences qui me seront précieuses par la suite. Veuillez recevoir, Monsieur le Professeur, l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Alain CALENDER, je vous remercie d'avoir accepté la participation au jury de cette thèse. Soyez assuré de mon respect le plus sincère.

A Monsieur le Professeur Arnaud HOT, vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je vous remercie de la formation dont j'ai pu bénéficier grâce à vous lors de mon passage aux urgences de l'hôpital Edouard Herriot. Veuillez trouver ici l'expression de mes sentiments respectueux.

A Monsieur le Professeur LETRILLIART, vous m'avez fait l'honneur de participer à mon jury. Recevez toute ma reconnaissance et mon respect.

A Monsieur le Docteur Louis SIMON, je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Votre expertise en psychiatrie est un véritable atout pour ce travail. Soyez assuré de mon respect le plus sincère.

A mes directrices de thèse, Madame le Docteur Julia MORERE et Madame le Docteur Rania JEBRI, je vous remercie de m'avoir encadrée et guidée avec patience et bienveillance tout au long de ce travail.

Aux participants de l'étude, je tiens à remercier tous les externes, internes et séniors qui ont accepté de répondre aux questionnaires, j'ai été agréablement surprise d'avoir autant de réponses aussi rapidement.

Aux services qui m'ont accueillie, et à toutes leurs équipes médicales et paramédicales. Que ce soit en gynécologie-obstétrique et en réanimation à Poissy, en pédiatrie et chirurgie orthopédique à Versailles, au SMUR à Garches et Valence, en gériatrie et aux urgences d'HEH, en réanimation à la Croix-Rousse, en cardio à SJSL ou en pédiatrie à l'HFME, chacun de vos stages m'a permis de grandir dans ma pratique médicale.

A mes amis,

Tout d'abord celles de plus longue date, bien avant cette histoire de post-bac :

- A Pauline et Alex, mes fidèles amies depuis bien plus de 20 ans maintenant, nos chemins se sont croisés puis séparés mais le lien reste intact et je sais que je peux compter sur vous à tout moment.
- Aux filles de la gym, Marion, Lulu, Leïla, Rachel, Camille, Mag, Paulette, merci pour ces moments gymniques qui ont su faire tomber la pression de la médecine.
- Aux amies du lycée, qui ont su m'accompagner dans ces études, Julie, Manon, Salomé et Alix.

Au sein de ma famille d'ingénieurs, je n'étais pas complètement préparée à ces longues études de médecine, aussi difficiles que plaisantes, avec un ratio variable en fonction des années. C'est pourquoi je tiens à remercier tous les carabins qui m'ont accompagnée dans cette aventure :

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

- Bastien, Edouard et Romualde, trois destins différents mais pourtant une seule (ah non deux !) P1. Merci de m'avoir supportée en amphi malgré ma capacité attentionnelle de la taille d'une petite cuillère, d'avoir partagé les séquences BU et les très courtes pauses.

- Mes copains de la Calcutteam, Laure, Victor, Alexis, Vincent, Pierre, Hugo, Adèle, Charlotte, Juliette. Cette aventure débordante d'énergie mais certainement pas d'organisation. Je retiens quelques chiffres de notre projet : 11 le nombre de participants mais 0 le nombre de réunions que l'on a réussi à faire tous ensemble, 10 le nombre de voyageurs mais 9 à être revenus ensemble, et 30 le nombre de jours galères pendant ce voyage mémorable.

- Ma famille de WEI, tout aussi désorganisée et déjantée. Rémi, merci d'avoir mené notre famille vers un destin brillant. Antoine, mon fillot toujours à l'affût d'une nouvelle aventure, tu es l'homme le plus gentil que je connaisse et ta compagnie est toujours un plaisir, que ce soit dans une cabane en Norvège ou sur un pont himalayen dans les Alpes. Prochaine étape les volcans de la Réunion ! Juliette, ma petite fillote préférée, ma petite Barbie, merci de m'avoir accompagnée avec tes vocaux et tes belles photos. Les deux plus petits, Alban et Faustine, vous venez parfaire cette belle famille, mais n'hésitez pas à apprendre à conduire.

- Victor, ce néo-P2 complètement fou mais devenu rapidement un ami fidèle. Merci pour ta folie, ta gentillesse et ta clairvoyance. Aussi bazardé que brillant, il est certain que je n'aurais pas aussi bien réussi sans toi tant pour m'expliquer les items compliqués de l'ECN que pour m'emmener en soirée. Par contre désolée mais Booba à fond dans la voiture ce n'est pas possible !

- Alexis, une amitié venue sur le tard. De nos sous-colles aux vins bourguignons, en passant par les soirées prolongées à discuter, je suis ravie d'avoir pu découvrir ta personne que l'on m'a longtemps décrite.

- Jennyne, ou cachalot parce que le correcteur orthographique ne connait pas ton prénom. Il a suffi d'un voyage en Norvège improvisé pour que je passe mon temps dans ta voiture puis qu'on se confine ensemble. Merci d'avoir été présente dans tous les moments importants de ma vie carabine et personnelle, merci de comprendre parfaitement mon état d'esprit à chaque moment et merci pour tous ces moments de commérage intensif. Je pense que l'on peut aussi remercier Snapchat qui nous a permis de partager les moments les plus inintéressants de nos vies.

- Marcel, merci de toujours m'accompagner dans les projets débiles que ce soit à vélo, en yourte, en tente ou en grand 8, tu es toujours plein de ressources ! Je ne vous remercie cependant pas pour toutes vos discussions de cardiologues que je ne comprends pas !

- Merci à tous mes copains de l'externat, Titiane pour toujours m'encourager dans les idées folles, Alexia pour me faire manger des bonbons à tout bout de champ et pour ragoter un peu, Flo pour ta fidélité depuis la P2 et nos discussions sans fin, Pierre pour tes erlenmeyers historiques et les soirées endiablées, Vincent mon fidèle acolyte pour ta compagnie lors de la casse d'un joint de culasse ou pour faire des scoubidous sur l'autoroute, mais aussi Hugo, Juliette, Anna, Perrine, Flo SM, Fanny, Cindy, Gabrielle et Tristan.

- Maurane, mon externe préférée, merci pour ta bonne humeur et ton optimisme à toute épreuve. Nos rendez-vous très spontanés sont toujours un plaisir que ce soit pour se raconter nos misères de stages, des ragots, organiser un pot de thèse ou pour faire des puzzles. J'attends la suite sur des sentiers de randonnée !

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

- A mes colocs, Marie, Agathe, Souf et Anatole, merci d'avoir été là dans les premiers instants de la vraie vie d'adulte ou plutôt d'interne, d'avoir partagé les moments et les semaines difficiles, mais surtout d'avoir fait vivre cette coloc avec des séances de cuisine-karaoké, des soirées déguisées et des papouilles de canapé. Et au fait, il est où Souf ?

- A Chloé et Emma pour votre soutien sans faille depuis déjà plus d'un an, merci d'être aussi dingos et de rester optimistes même dans le froid ou sous la pluie (de toutes façons Emma a son poncho de pluie au cas où).

- A Val, pour tes idées loufoques mais en très grande quantité, qui font de toi quelqu'un d'unique.

- A tous les copains de l'internat de Valence, Thib, Val, Emma, Chloé, Mathilde, Etienne, Jérémy, Lisa, Lorna, Anne-K, Emma, Sarah, Marine, Paul, Camille, merci pour ces 6 mois de folie vers le pays du Diois.

A tous mes co-internes,

Alice, ta douceur et ta gentillesse m'ont fait commencer l'internat paisiblement. Merci pour ces moments de fou rire et ton aide précieuse tout au long du semestre.

Aux bébés urgentistes d'HEH, Christelle, Adrien, Alfred, Anaëlle, Joséphine, Julie, Maëlle, Marion, Mutasem, Olivier, Paul, Romain, Sophie, Tristan et Val, tous témoins de la fin de « N » comme on dit à Lyon.

Clem, merci pour ce semestre chill à Valence où on a pu autant profiter du stage que de la région. On se rappellera notre première montée dans l'hélico et nos nombreux vols au-dessus de paysages magnifiques. On n'oublie pas évidemment les petites sorties en voiture à Die, toujours très agréables !

Aux réanimateurs chevronnés de la Croix-Rousse, Axel, Solène, Audrey et Anouck, ce fut un plaisir de partager nos galères, nos pleurs et nos rires pendant ce semestre si particulier. On se rappellera du plaisir de devoir ranger notre chambre puis de ne plus en avoir et de nos sorties à 20h, quel bonheur !

A la crème de la crème des cardiologues, Alexandre, Ali, Alexandra et Audrey, merci pour cette belle ambiance, cette culture du café en terrasse et les cocktails made by Alex !

A mes co-internes de pédiatrie, Alexia, Geoffroy, Souf, Léo, Marion, Myrtille, Valentine, Leslie, Paul, Julien, Mahault, Tossavi, Emilie, Annie, Andréa et Aude, un semestre bien mouvementé avec des gardes imprévues mais toujours aussi agréables. Mention spéciale pour le CNP qui fait vibrer nos journées et qui nous rappelle pourquoi on n'aurait pas dû faire médecine.

Un grand merci aussi aux externes que j'ai pu croiser à Lyon qui ont bien animé mes journées et mes gardes, notamment Mathilde, Anne, Clémence, Floriane et Antoine.

A ma promo de DESMU, Auriane, Anne-Marie, Antoine, Clem, Paul, Camille, Julien, Thib, Paul, Nav, Marie, Victor, Lucile, Leslie, Hortense, Geoffroy, Elo, Christelle, Caro, Delphine, Axelle, merci d'être aussi turbulents et désorganisés, chaque cours est une occasion de plus pour aller rigoler, hâte de vous croiser plus tard en SMUR pour en remettre une couche !

A ces individualités,

Christophe Schmit, merci d'avoir éclairé ma route en me montrant toutes les facettes que la médecine avait à m'offrir et que rien n'était figé. Tu as été un véritable mentor et j'ai bien plus appris des quelques heures passées

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

avec toi que pendant certains stages. J'espère que tu pourras m'accompagner pendant encore plusieurs années dans ma vie de médecin.

Isabelle Gillet, merci d'avoir rendu notre externat un peu plus doux au milieu des chats. Ton aide nous aura fait gagner un temps précieux .

Françoise Sanchis, merci pour les réponses toujours plus rapides les unes que les autres alors que les deadlines approchent, tu m'as permis de bien faire redescendre la pression.

Et enfin à ma famille :

A mes parents, merci de m'avoir toujours soutenue dans mes études même quand je ne croyais pas en ma réussite. Merci pour l'éducation que vous m'avez offerte et pour les valeurs que vous m'avez inculquées, elles ont probablement grandement participé à l'épanouissement que je retrouve dans mon travail mais aussi dans mes loisirs. Merci de m'avoir laissé le champ libre pour explorer le monde à ma manière, tant en montagne qu'à l'étranger, malgré les quelques frayeurs que j'ai pu vous procurer. Et merci d'être toujours aussi bons en maths et physique, c'était quand même très pratique, je laisse maintenant mon petit frère en profiter, tout comme des allers-retours en voiture du dimanche soir.

A mon papy, je te remercie pour tout ce que tu m'as appris par tes anecdotes de voyage, tes récits de montagne, tes poèmes, ton histoire, ta façon d'aimer la vie. Je ne sais pas si c'est toi qui m'as transmis ta passion pour la montagne, mais ce qui est certain, c'est que je suis fière de porter cet héritage.

A ma mamy, pour ta joie de vivre, tes chansons et tous les trésors historiques que tu aimais partager.

A mon grand-père, pour l'initiation précoce aux comptes-rendus d'hospitalisation et au monde hospitalier.

A mes frères et sœurs, Aymeric, pour m'avoir montré en premier le chemin de la réussite et pour mes premières ordonnances de pédiatrie. Mathilde, pour m'avoir initiée à la vie lyonnaise avec prêt de voiture inclus. Pas merci pour avoir eu le titre de Docteur en première. Eloi, pour m'avoir fait récupérer un gong à l'autre bout de Lyon en plein mois d'août caniculaire.

A Benoît, merci de me permettre chaque soir de décrocher de la médecine, de créer cet équilibre qui me fait garder les pieds sur terre et de m'écouter sans comprendre quand le métier attaque trop le sentimental. Merci pour ton soutien sans faille, pour ta confiance que ce soit dans la vie courante, sur un vélo, une paroi, des skis ou peut-être bientôt sur un catamaran. J'espère vivre encore de nombreuses aventures à tes côtés, pour qu'on puisse être des vieux intéressants.

Et bien-sûr, merci à Medicopter 117, pour m'avoir donné l'idée de devenir un médecin accroché au bout d'un treuil d'hélicoptère.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

ABREVIATIONS

AFERUP : Association Francophone pour l'Etude et la Recherche sur les Urgences Psychiatriques

AIHW : Australian Institute of Health and Welfare

BPCO : Broncho-pneumopathie chronique obstructive

BREF : Batterie Rapide d'Efficience Frontale

CIM10 : Classification internationale des maladies, 10ème révision

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

COVID : Coronavirus disease 2019

CRRA : Centre de réception et de régulation des appels

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ECG : Electrocardiogramme

FRENCH: French Emergency Nurses Classification in Hospital

HEH: Hôpital Édouard Herriot

IDE : Infirmier(ère) diplômé(e) d'état

IOA : Infirmier(ère) d'accueil et d'orientation

MEAH : Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers

OAP : Œdème aigu du poumon

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPOSSUM : Observatoire des épisodes Psychiatriques et de leur Organicité Sous-jacente dans des Services d'Urgences Médicales

PCR : Polymerase chain reaction

PMP : Patients à motif psychiatrique

PMS : Patients à motif somatique

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAU : Service d'accueil des urgences

SFMU : Société française de médecine d'urgence

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

TOC : Trouble obsessionnel compulsif

UPC : Unité psychiatrique de crise

UPRM : Urgences Psychiatriques Rhône Métropole

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Table des matières

LISTE DES DIRECTEURS DE L'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I 2
LISTE DES PROFESSEURS DE L'U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD-CHARLES MERIEUX 4
LE SERMENT D'HIPPOCRATE 11
COMPOSITION DU JURY 12
REMERCIEMENTS 13
ABREVIATIONS 17
I. INTRODUCTION 20
I.1. Définitions 20
I.1.1. Concepts de santé 20
I.1.2. Troubles mentaux 20
I.1.3. Définition de la psychiatrie 21
I.1.4. Définition des motifs : somatique et psychiatrique 21
I.2. Organisation des soins psychiatriques en France 22
I.2.1. Organisation globale 22
I.2.2. Organisation en cas d'urgence psychiatrique 23
I.2.3. Organisation des soins psychiatriques d'urgence à Lyon 26
I.3. Triage au service d'accueil des urgences 27
I.3.1. Principes du triage 27
I.3.2. L'échelle FRENCH 27
I.4. Particularités des admissions pour motif psychiatrique 29
I.4.1. Durée de séjour aux urgences majorée en cas de motif psychiatrique 29
I.4.2. Pourquoi la durée de séjour des patients à motif psychiatrique est-elle majorée ? 30
I.5. Objectifs du travail de thèse 30
II. MATERIELS ET METHODES 32
II.1. Matériels 32
II.1.1. Etude quantitative 32
II.1.2. Etude qualitative 34
II.2. Méthodes 35
II.2.1. Tests statistiques utilisés 35
II.2.2. Aspect réglementaire 36
III. RESULTATS 37

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

III.1. Etude réalisée sur HEH 37
III.1.1. Flowchart 37
III.1.2. Description des patients à l'inclusion 37
III.1.3. Durées de passage aux urgences 40
III.2. Questionnaire auprès des urgentistes lyonnais 42
III.2.1. Description des participants au questionnaire 42
III.2.2. Dotation des services d'urgence en équipe psychiatrique 42
III.2.3. Impressions des participants sur la durée de séjour aux urgences des patients à motif psychiatrique 43
III.2.4. Opinion générale des participants sur la prise en charge des patients à motif psychiatrique 43
III.2.5. Autres explications à l'augmentation de la durée de séjour aux urgences 45
III.2.6. Opinion sur les motifs d'admission et l'orientation des patients 46
III.2.7. Difficultés à la prise en charge des patients admis pour motif psychiatrique 46
III.2.8. Habitudes de prise en charge des soignants 49
IV. DISCUSSION 52
IV.1. Durée de séjour aux urgences 52
IV.1.1. Délai de premier contact médical 52
IV.1.2. Durée de première évaluation psychiatrique 53
IV.2. Obstacles à l'évaluation et à la gestion optimale, par des urgentistes somaticiens, des patients admis pour motif psychiatrique aux urgences de Lyon 53
IV.2.1. Obstacles liés à l'environnement et aux ressources matérielles et logistiques 54
IV.2.2. Liés aux soignants 57
IV.2.3. Liés aux patients 59
IV.3. Forces et faiblesses de ce travail 60
IV.3.1. Forces du travail de thèse 60
IV.3.2. Limites de ce travail 60
IV.4. Ouverture 61
V. CONCLUSION 63
BIBLIOGRAPHIE 64
ANNEXES 68

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

I. INTRODUCTION

I.1. Définitions

I.1.1. Concepts de santé

D'après la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (1).

La santé mentale est quant à elle définie par l'OMS comme « *un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* » (2). L'OMS note par ailleurs quatre éléments importants :

- La santé mentale fait partie intégrante de la santé, il n'y a donc pas de santé sans santé mentale ;
- La santé mentale ne se définit pas seulement par l'absence de trouble mental ;
- La santé mentale est déterminée par des facteurs socioéconomiques, biologiques et environnementaux ;
- La santé mentale peut bénéficier de stratégies et d'interventions d'un bon rapport coût/efficacité pour la promouvoir, la protéger et la recouvrer. (3)

Par sa définition, on comprend que la santé mentale est intriquée dans tous les aspects de la vie d'une personne et que les conséquences d'une mauvaise santé mentale peuvent influer, à la fois sur l'individu dans sa vie personnelle et professionnelle, mais aussi plus largement sur la société.

I.1.2. Troubles mentaux

Les problèmes de santé mentale, appelés troubles mentaux, se définissent par une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu (4).

La prévalence des troubles mentaux dans le monde en 2019 est estimée à 22% d'après la dernière étude de Charlson et al. (5). Parmi cette proportion, la prévalence des troubles dépressifs légers, de l'anxiété et des stress post-traumatiques s'élevait à 13%, elle était de 4% pour les troubles dépressifs moyens et de 5% pour les troubles mentaux sévères.

La prévalence vie-entière des troubles mentaux dans le monde est quant à elle estimée à 30% (6).

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

A l'échelle française, on estime que près d'un individu sur cinq souffre d'au moins un trouble mental, soit 12 millions de personnes (3). Selon une étude de Lépine et al., la prévalence vie-entière de l'épisode dépressif caractérisé serait de 21,4%, celle des dysthymies de 7,9%, et celle des troubles anxieux de 21% (7).

Par ailleurs, selon le référentiel du collège national de psychiatrie, les pathologies relevant de la psychiatrie sont au 3e rang des maladies les plus fréquentes, après le cancer et les maladies cardiovasculaires. Elles sont bien souvent sources de handicap et altèrent la qualité de vie des individus ainsi que celle de leurs proches (3,8).

Elles représentent la 1ère cause d'invalidité et sont associées à une mortalité élevée. Les répercussions socio-économiques qui en découlent en font un enjeu majeur de santé publique (9).

I.1.3. Définition de la psychiatrie

La psychiatrie est une discipline médicale qui étudie et traite les maladies mentales et les troubles de la vie psychique (10).

Les maladies mentales sont classiquement classées en deux catégories :

- Les troubles mentaux sévères que sont la schizophrénie, les troubles de l'humeur sévères et les troubles anxieux sévères (TOC, stress post-traumatique sévère) ;
- Les troubles mentaux fréquents comme la dépression légère à modérée, le syndrome de stress post-traumatique, les troubles anxieux (phobies, somatisation) ou les troubles de la personnalité.

La psychiatrie est une discipline médicale dont le périmètre est très étendu, du fait d'une part de la forte prévalence des troubles mentaux, et du fait d'autre part de la multitude de pathologies de sévérité variable.

L'objectif de l'organisation des soins psychiatriques en France est de répondre à ces besoins pour améliorer la prise en charge globale de la santé mentale.

I.1.4. Définition des motifs : somatique et psychiatrique

Il existe deux types de motifs de recours aux services d'urgence : les motifs somatiques et les motifs psychiatriques.
Un motif somatique concerne les affections liées à une dysfonction d'organe, qu'elle soit objectivée ou ressentie par le patient. Par exemple, sont intégrées dans cette catégorie les affections cardiovasculaires, gastro-entérologiques, ophtalmologiques, dermatologiques ou encore celles liées à l'environnement telles que la gelure ou l'hyperthermie (11).

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Un motif psychiatrique concerne toute affection ou symptomatologie liée à une maladie mentale. On retrouve parmi celles-ci la dépression, la tentative de suicide, les manifestations anxieuses, les troubles du sommeil, les hallucinations, les comportements étranges ou encore l'agitation (11).

I.2. Organisation des soins psychiatriques en France

I.2.1. Organisation globale

L'organisation de l'offre de soins psychiatriques en France est un élément clé à prendre en compte lors de la prise en charge en urgence, que ce soit en pré-hospitalier (régulation) ou en hospitalier (SAU). Cette organisation est intimement liée à l'histoire de la spécialité.

Dans les années 1970, faisant suite à la Circulaire du 15 mars 1960 (12), la psychiatrie s'est organisée en secteurs psychiatriques au sein des départements.

Le secteur est défini comme une aire géographique, pour laquelle une équipe soignante en santé mentale pluridisciplinaire (psychiatres, assistantes sociales, infirmiers, psychologues, ergothérapeutes, etc.) a la charge d'assurer la prise en charge de l'ensemble des besoins psychiatriques des patients, sans limitation de durée, avec une totale gratuité. L'objectif de l'organisation en secteurs est de désinstitutionnaliser les prises en charges psychiatriques en assurant une continuité des soins entre l'hôpital et la ville, et de garantir la prévention et l'accompagnement des patients.

Cette organisation a permis une avancée majeure dans les soins psychiatriques mais est devenue insuffisante dans les années 90 à cause d'une inégalité de soins entre chaque secteur et d'une augmentation continue de la demande. De plus, la représentation des troubles mentaux et de la psychiatrie dans l'opinion publique impactait l'accès aux soins, la prévention et la réinsertion sociale.

Cette gestion a saturé rapidement (13,14) avec pour conséquence une sollicitation de la médecine générale et le développement parallèle d'une psychiatrie privée.

Ainsi, la Circulaire du 14 mars 1990 (15) a redéfini certains points pratiques. Pour une meilleure accessibilité aux soins, les médecins généralistes et les services d'urgences générales ont été placés au premier rang, pour prendre en charge ou orienter les patients en demande de soins psychiatriques. Les secteurs surchargés ont été dédoublés, ce qui a permis une meilleure distribution des ressources humaines et matérielles. Enfin, les services de psychiatrie ont été rapprochés des services de médecine pour améliorer les soins somatiques des patients.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Ainsi, l'accès aux soins psychiatriques d'urgence a été réorganisé avec l'introduction d'un point d'accueil spécifiquement psychiatrique situé à proximité immédiate d'une unité d'hospitalisation psychiatrique. Il pouvait être associé au service d'urgences générales ou être un centre d'accueil 24h/24 indépendant.

Dans les années qui ont suivi, la conception médicale de la psychiatrie a évolué, passant du concept de trouble mental à celui de la santé mentale. L'Ordonnance du 4 septembre 2003 (16) a alors simplifié l'organisation des soins psychiatriques en associant plusieurs secteurs pour créer les territoires de santé.

Afin de décloisonner l'offre de soins, la loi du 4 mars 2002 (17) a introduit le concept de réseaux pour tous les secteurs médicaux.

Les réseaux interviennent dans les territoires de santé, et améliorent la coordination entre les différents acteurs du système en favorisant l'accès aux soins, la continuité, et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires (3).

Ainsi, un patient qui nécessite des soins psychiatriques aura recours à son secteur de soins, déterminé par son lieu de résidence. Celui-ci mettra en place une coordination en réseau entre les professionnels de santé (médecins généralistes, psychiatres, psychologues, assistantes sociales, infirmières, etc.) et les structures d'accueil (Centres médico-psychologiques, hôpitaux, etc.).

On note donc la place centrale de la médecine générale et des services d'urgences qui permettent une coordination des soins psychiatriques, à la fois dans la prise en charge initiale, et lors des manifestations aiguës des maladies mentales. La coordination entre ces deux spécialités est nécessaire et améliore l'efficacité de la prise en charge (18).

I.2.2. Organisation en cas d'urgence psychiatrique

I.2.2.1. Définitions de l'urgence psychiatrique et de la crise

L'urgence psychiatrique est définie dans la circulaire du 30 juillet 1992 (19) comme « une demande dont la réponse ne peut être différée : il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin : elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique ».

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Cette Circulaire intègre :

- l'urgence psychiatrique pure ; par décompensation d'une affection psychiatrique lourde (troubles dépressifs, troubles anxieux, agitation);

D'autres situations d'urgence qui sont pas strictement psychiatriques :

- les urgences psychiatriques mixtes ; qui correspondent aux patients qui présentent des manifestations organiques et psychiatriques simultanées : toxicologiques (ivresse, intoxication médicamenteuse), traumatologiques (tentatives de suicide, etc.) ;
- les états aigus transitoires ; c'est-à-dire les réactions émotionnelles intenses survenant sur un terrain psychologique vulnérable à la suite d'événements, conflits et détresses.

La crise est une « situation interactive conflictuelle impliquant le malade et son environnement (famille, voisins, milieu professionnel, médecin traitant, services sociaux ou municipaux...) ; c'est un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, se résout exceptionnellement de manière positive et évolue au contraire vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte » (19).

D'après les études de la DREES et de l'AIHW, on estime que les urgences en psychiatrie représentent entre 3,9 et 6% des motifs de consultation aux urgences (20–22).

I.2.2.2. Particularités du parcours du patient à motif psychiatrique aux urgences

En cas d'urgence psychiatrique, les patients ont recours au service d'urgences de leur secteur.

S'ils font appel au centre de réception et de régulation des appels (CRRA 15/ SAMU), leur parcours de soins doit s'organiser en réseau entre la régulation médicale, les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), les services d'urgences et les services de psychiatrie, afin d'optimiser le temps et la qualité de leur prise en charge médicale (23).

Les patients peuvent également se présenter spontanément ou à la suite de l'adressage par leur médecin traitant.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Deux types de services d'urgences peuvent les accueillir :

- Les services d'urgences générales, cas le plus fréquent, avec la présence d'un professionnel de la psychiatrie (IDE ou psychiatre) en présentiel ou, à défaut, disponible par téléphone 24h/24 (23). Ces services sont en lien avec l'hôpital de psychiatrie de secteur.
- Les centres d'urgences psychiatriques indépendants et fonctionnant 24h/24 avec des médecins psychiatres. Ces structures ne sont présentes que dans certains territoires de santé et selon certaines conditions définies au préalable. Ces urgences permettent d'accueillir des patients ayant une pathologie psychiatrique connue ou des patients adressés par des médecins extérieurs, généralistes ou psychiatres, devant des antécédents particuliers (24).

En réalité, et comme vu précédemment, un patient adressé pour un motif psychiatrique nécessite dans la plupart des cas une évaluation somatique :

- Les patients admis pour un intoxication médicamenteuse volontaire nécessitent en premier lieu une prise en charge par un médecin urgentiste afin d'éliminer l'urgence somatique. La prise en charge psychiatrique n'a lieu que quand l'état du patient le permet, parfois après plusieurs heures (24,25) ;
- Les patients admis pour un état délirant aigu doivent être évalués par un urgentiste pour éliminer une cause somatique : toxique, métabolique, neurologique ou infectieuse, avant d'être confiés au psychiatre;

Par ailleurs, au sein du service d'accueil des urgences, la prise en charge psychiatrique peut aussi entraîner des conséquences somatiques. Par exemple, la contention a de nombreuses conséquences somatiques (26) :

- Contention chimique non adaptée : dose insuffisante ou surdosage avec des risques d'inhalation et de coma;
- Risque cutané ;
- Risque thromboembolique ;
- Risque de chute si les locaux sont inadaptés ;
- Risque de décompensation d'une pathologie sous-jacente si le traitement de fond n'est pas administré ;
- Risque de complications mécaniques au niveau des articulations (contention trop serrée).

De plus, les patients admis pour motif psychiatrique sont parfois atteints de maladies chroniques à risque de décompensation, soit par mauvaise observance thérapeutique dans le service, soit par un changement des habitudes de vie (OAP, BPCO).

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Ainsi, le parcours du patient admis pour motif psychiatrique aux urgences est mixte et requiert une prise en charge multidisciplinaire.

I.2.3. Organisation des soins psychiatriques d'urgence à Lyon

L'agglomération de Lyon possède une structure d'urgences psychiatriques, il s'agit des Urgences Psychiatriques Rhône Métropole (UPRM), du centre hospitalier du Vinatier. Ce service reçoit les urgences psychiatriques pures et prend en charge environ 6000 patients par an (24).

Il existe également quatre structures d'accueil des urgences générales entièrement publiques ou en partie : l'hôpital Édouard Herriot, l'hôpital Saint-Joseph Saint-Luc (Hôpital privé à but non lucratif), l'hôpital de Lyon-Sud et l'hôpital de la Croix Rousse.

Les 3 dernières structures ne possèdent pas de lit d'hospitalisation en psychiatrie et font appel à des psychiatres de liaison en heures ouvrables pour évaluer les patients nécessitant une prise en charge spécialisée.

L'hôpital Édouard Herriot (HEH) se distingue par la présence d'une unité psychiatrique de crise (UPC) et d'un psychiatre de garde 24 h/24 sur la structure, accompagné d'un infirmier en psychiatrie et d'un interne. Lors de leur passage aux urgences générales de l'établissement (pavillon G), les patients se présentant pour un motif psychiatrique sont reçus par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) qui en réfère secondairement à l'équipe de psychiatrie présente sur place. Les patients seront, dans la plupart des cas, examinés par des urgentistes somaticiens afin d'éliminer toute urgence somatique pouvant se surajouter ou mimer une pathologie psychiatrique.

Les urgences d'HEH (pavillon G) se composent de trois secteurs :

- Le secteur A, pour les urgences vitales ;
- Le secteur B, ou secteur couché, pour les urgences relatives des patients nécessitant un brancard ;
- Le secteur C, ou secteur assis, pour les urgences relatives des patients ne nécessitant pas de brancard.

Selon des statistiques internes à l'établissement, durant l'année 2021, 9,9% des patients des urgences de l'hôpital Edouard Herriot se sont présentés pour un motif psychiatrique. En 2022, cela concernait 9,8% des motifs.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

I.3. Triage au service d'accueil des urgences

I.3.1. Principes du triage

Le triage est un acte permettant le classement des malades en différentes catégories selon la gravité et les priorités de traitement. En pratique, il permet d'identifier les patients nécessitant une attention immédiate, mais aussi de reconnaître ceux qui peuvent attendre sans conséquence sur leur pathologie (27).

Pour cela, une Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) est présente 24h/24 dans les services d'urgences français, permettant au triage d'être réalisé le plus tôt possible après l'arrivée du patient à l'accueil (< 30 minutes après son arrivée aux urgences). A l'aide d'une échelle à 3 ou 5 niveaux, elle classe les patients en fonction de leur gravité et ainsi, détermine un délai maximal avant la prise en charge médicale (23).

I.3.2. L'échelle FRENCH

Au service des urgences de l'Hôpital Edouard Herriot, l'échelle de triage utilisée est la FRench Emergency Nurses Classification in Hospital (FRENCH) (28)(Figure 1

FRench Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

DESCRIPTION GENERALE DES TRIS

Tri	Situation	Risque d'agravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prévisibles	Hospitalisation prévisible	Actions	Délais d'intervention	Installation
1	Détresse vitale majeure	Dans les min	++++	≥ 5	≥ 90%	Support d'une ou des fonctions vitales	Sans délai (IDE et Médecin)	SAUV
2	Atteinte patente d'un organe ou lésion traumatique sévère*	Dans l'heure	+++	≥ 5	≥ 80%	Traitement de l'organe ou lésion traumatique	Infirmière < 10 min Médecin < 20 min	SAUV ou Box
3A	Atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable Comorbidité(s) en rapport avec le motif de recours ou patient adressé**	Dans les 24 h	++	≥ 3	≥ 50%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 60 min, puis IDE si besoin	Box ou SAUV ou salle d'attente
3B	Idem Tri 3A Patient sans comorbidité en rapport avec le motif de recours	Dans les 24 h	+	≥ 3	≥ 30%	Evaluation diagnostique et pronostique en complément du traitement	Médecin < 90 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	0	1 ou 2	≥ 10%	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limitée	Médecin < 120 min, puis IDE si besoin	Box ou salle d'attente
5	pas d'atteinte fonctionnel ou lésionnelle évidente	Non	0	0		pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin <240 min	Box ou salle d'attente ou maison médicale de garde

* ou symptôme sévère qui justifie une action thérapeutique dans les 20 minutes maximum

** patient adressé par médecin le jour même aux urgences

MODULATION DES CONSTANTES POUR LES ADULTES

ADULTE	Tri 1	Tri 2	Tri 3
PAS (mmHg)	< 70	70 - 90 ou 90-100 + FC > 100	> 90
FC /min	> 180 ou < 40	130 - 180	< 130
SpO2 %	< 86	86 - 90	> 90
FR /min	> 40	30 - 40	
Glycémie		≤ 20 et cétose > 2mmol/l	> 20 mmol/l et cétose + ou nulle
GCS	≤ 8	9 à 13	14

Figure 1 Echelle de tri FRENCH

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Celle-ci présente 5 niveaux de tri (de 5 à 1 du moins urgent au plus urgent) correspondant à des motifs de recours aux soins de sévérité croissante :

- Le tri 1 correspond à des patients présentant une détresse vitale majeure, à prendre en charge immédiatement.
- Le tri 2 correspond à une atteinte patente d'un organe ou une lésion traumatique sévère avec un risque d'aggravation dans l'heure donc nécessitant une consultation médicale rapide.
- Le tri 3 correspond à une atteinte potentielle d'un organe ou lésion traumatique instable. Les patients doivent être vus dans l'heure par un médecin. Le tri 3 a été divisé en deux pour distinguer les patients adressés par le médecin traitant ou ayant une comorbidité liée au motif de venue (3A), des autres patients (3B), créant ainsi un 6ème niveau de tri en réalité.
- Le tri 4 correspond à une atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable, le patient peut être vu dans les 2 heures.
- Le tri 5 correspond à l'absence d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente.

En pratique, le motif de recours du patient permet de le classer dans un "tri moyen", qui correspond au niveau habituel de complexité/sévérité d'un motif de recours aux soins et à l'organisation prévisible des soins (29). Par la suite, ce tri est modulé par la prise des constantes. Finalement, le patient bénéficie d'une évaluation rapide de ses besoins en fonction de sa symptomatologie et d'éléments cliniques objectifs.

Il existe 3 motifs purement psychiatriques de recours aux urgences :

- Idée ou comportement suicidaire (tri 2) ;
- Troubles du comportement/psychiatrie (tri 3B) ;
- Anxiété, dépression ou consultation psychiatrique (tri 4).

On dénombre 4 motifs mixtes psychiatrique et somatiques, liés aux intoxications :

- Intoxication médicamenteuse (tri 3B) ;
- Intoxication non médicamenteuse (tri 3B) ;
- Demande de sevrage ou toxicomanie (tri 4) ;
- Comportement ébrieux ou ivresse (tri 4).

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Comme dit précédemment, ces tris sont donnés à titre indicatif par l'IAO et seront modulés par les données cliniques recueillies à l'arrivée du patient

I.4. Particularités des admissions pour motif psychiatrique

I.4.1. Durée de séjour aux urgences majorée en cas de motif psychiatrique

De nombreuses études internationales ont montré que la durée moyenne de séjour au SAU pour des personnes en demande de soins en santé mentale était 40% plus élevée que pour les patients consultant pour un autre motif (30–32). Ces délais étaient d'autant plus longs pour les patients nécessitant une hospitalisation sur site ou un transfert (35% plus long), et ceux ayant un diagnostic de trouble mental sévère ou d'intoxication.

Baia Medeiros et al. (32) montrent dans leur étude réalisée à Toronto (Canada) que la durée de séjour aux urgences est plus longue de 3,3 heures chez les patients admis pour un motif psychiatrique que pour ceux admis pour un motif somatique. Cet écart était d'autant plus important si les patients étaient hospitalisés, que ce soit sur le même hôpital (52,6h vs 29,3h) ou transférés dans un autre hôpital (21,9h vs 10h). Cette étude montre aussi que le délai de premier contact médical était similaire dans les deux groupes et que les patients admis pour un motif psychiatrique étaient plus rapidement transférés dans le service d'aval une fois le lit d'hospitalisation trouvé.

L'augmentation de la durée de séjour entre les patients admis pour un motif psychiatrique et ceux admis pour un motif somatique entraîne de nombreuses conséquences délétères.

En effet, plusieurs études mettent en évidence que, parmi les patients admis pour un motif psychiatrique, une durée de séjour aux urgences élevée était associée à un retard thérapeutique, une augmentation de l'anxiété des patients, une agressivité envers le personnel et une augmentation du nombre de patients partis sans être vus (31,33). De plus, l'exposition prolongée à un environnement bruyant peut majorer leurs symptômes ou entraîner des comportements d'agitation pouvant impacter leur prise en charge.

Par ailleurs, l'augmentation de la durée de séjour est un facteur clé dans le phénomène d'encombrement des urgences. Ce phénomène est responsable de retards diagnostics, d'échec de prise en charge psychologique ou médicamenteuse en temps voulu, et d'une augmentation du risque d'effets indésirables. Quand la durée de séjour aux urgences excède 8 heures (phénomène « d'access block »), la mortalité et la morbidité augmentent significativement (34–36).

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

I.4.2. Pourquoi la durée de séjour des patients à motif psychiatrique est-elle majorée ?

Ces observations motivent à penser qu'il existe des obstacles à la prise en charge des patients admis pour motif psychiatrique aux urgences par rapport à leurs homologues somatiques. De nombreuses hypothèses ont été émises pour les identifier (31,37,38):

- Un nombre limité de lit d'hospitalisation en psychiatrie d'aval ;
- La réticence des professionnels à prendre en charge ces patients, majorée pour les patients ayant des problématiques sévères avec souvent des dossiers complexes ;
- La nécessité d'accueillir en hospitalisation seulement les patients dont la pathologie a été relativement stabilisée en amont, donc au SAU ;
- Des liens avec la psychiatrie de ville plus longs que pour d'autre spécialités ;
- Le manque de formation des professionnels de santé pour prendre en charge ces patients ;
- Des locaux inadaptés aux prises en charge psychiatriques.

Weiland et al. (38) ont rassemblé ces différents obstacles à la prise en charge optimale des patients présentant un motif de consultation psychiatrique en trois groupes (Tableau 10) :

- Les ressources matérielles et logistiques ou l'environnement ;
- Le personnel soignant ;
- Les facteurs liés aux patients.

S'agissant de notions plus subjectives, ces éléments restent des hypothèses et très peu d'études ont recherché spécifiquement les obstacles à la prise en charge des patients à motif psychiatrique.

I.5. Objectifs du travail de thèse

Devant cet état de l'art avec peu d'études françaises, nous avons cherché à étudier la prise en charge des patients admis pour un motif psychiatrique en France, plus précisément sur la ville de Lyon. Deux aspects de cette prise en charge ont retenu notre attention : la notion de la durée de séjour aux urgences et les obstacles à cette prise en charge à travers le ressenti des médecins somaticiens aux urgences.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Les questions soulevées au début de notre travail de thèse étaient alors de savoir quels étaient les obstacles à la prise en charge, par les urgentistes somaticiens, des patients admis pour motif psychiatrique au service d'accueil des urgences et quelles en étaient les conséquences en termes de durée de séjour.
L'hypothèse de notre travail était que le médecin somaticien prend en charge de la même façon tous les patients admis aux urgences et ayant le même tri à leur arrivée.

L'objectif principal de notre travail était de comparer le délai de premier contact médical et la durée totale de séjour aux urgences entre les patients admis pour un motif psychiatrique par rapport à ceux admis pour un motif somatique.
L'objectif secondaire était d'identifier les obstacles à l'évaluation et à la gestion optimale, par les urgentistes somaticiens, des patients admis pour motif psychiatrique aux urgences de Lyon.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

II. MATERIELS ET METHODES

II.1. Matériels

Afin de répondre à l'objectif du travail, nous nous sommes basés sur deux sources de données :

- Quantitative : Une étude clinique avec des patients issus des urgences d'HEH ;
- Qualitative : Un questionnaire destiné aux professionnels médicaux.

II.1.1. Etude quantitative

Nous avons mené une étude observationnelle monocentrique rétrospective. Notre projet de recherche est inclus dans une étude à plus grande échelle nommée OPOSSUM : Observatoire des épisodes Psychiatriques et de leur Organicité Sous-jacente dans des Services d'Urgences Médicales. Cette étude permettra de créer une base de données pour décrire cliniquement et épidémiologiquement les patients orientés pour un motif psychiatrique aux urgences[1] de l'hôpital Édouard Herriot à Lyon.

L'investigateur coordonnateur de l'étude est de le Pr Karim TAZAROURTE, chef de service SAMU-Urgences de l'Hôpital Edouard Herriot à Lyon.

II.1.1.1. Population incluse

La population étudiée concerne tous les patients à motifs psychiatriques décrits par l'IAO, respectant les critères d'inclusions :

- Age supérieur à 18 ans ;
- Bénéficiant d'une consultation avec un psychiatre aux urgences ;
- Affilié à un régime de sécurité sociale.

Les critères d'exclusion sont :

- Patients faisant l'objet d'une mesure de protection légale ;
- Femmes enceintes ou allaitantes ;

[1] Selon l'article de la société française de médecine d'urgence (SFMU) entre 5,5 et 12,5% des patients orientés aux urgences pour un problème psychiatrique ont en fait une pathologie somatique sous-jacente (39). L'étude OPOSSUM veut comparer les caractéristiques cliniques lors du passage aux urgences des patients ayant un diagnostic final psychiatrique versus ceux ayant un diagnostic somatique. Celle-ci repose sur un examen clinique standardisé ainsi que deux tests psychométriques : Batterie Rapide d'Efficience Frontale (BREF) et Test de l'Horloge.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

- Patients présentant des troubles moteurs empêchant la réalisation des tests nécessitant un crayon ;
- Patients sous sédation avant la prise en charge au SAU ;
- Patients présentant des troubles visuels ;
- Patient s'opposant à la conduite de cette étude et à la collecte des données de santé.

II.1.1.2. Recueil des données

L'inclusion des patients a débuté le 11 mai 2021 au sein du service d'accueil des urgences, Pavillon G, de l'hôpital Édouard Herriot de Lyon, 8 place d'Arsonval, 69003 LYON.

A noter que cette période d'inclusion comprend certaines vagues de pandémie au Coronavirus, à l'origine de certaines adaptations de prise en charge des patients, dont principalement la réalisation d'un test PCR avant hospitalisation.

Les données recueillies dans notre étude pour les patients à motif psychiatrique sont issues de données préliminaires de l'étude OPOSSUM. Les données ont été extraites du dossier informatique Easily® des Hospices Civils de Lyon puis analysées sur Excel®, de façon anonyme.

Ces données concernent :

- Le sexe, l'âge ;
- La date et l'heure de l'arrivée aux urgences ;
- Le tri donné par l'IAO et le secteur d'orientation ;
- Le motif d'admission IAO ;
- L'heure d'installation en box ;
- L'heure de la prise en charge médicale par l'externe, l'interne et le sénior ;
- L'heure de la prise en charge psychiatrique par l'interne et le sénior ;
- La date et l'heure de la sortie des urgences.

Les données utiles aux objectifs secondaires sont présentées en annexe (Tableau 11)

Les patients étaient répartis en deux groupes : les patients admis pour un motif psychiatrique et les patients admis pour un motif somatique. Ces derniers ont été sélectionnés sur Easily® dans la liste des patients admis aux urgences de l'Hôpital Edouard Herriot les mêmes jours que les patients à motif psychiatrique. Leur sélection s'est

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

faite par un appariement avec les patients à motif psychiatrique sur la date et l'heure d'arrivée aux urgences en priorité puis le tri, l'âge et le sexe.

II.1.2. Etude qualitative

Nous avons réalisé un questionnaire à plusieurs variantes à l'attention des professionnels médicaux des urgences de Lyon afin de récolter des données qualitatives à la fois binaires, nominales et ordinales sur leurs habitudes et leur opinion sur la prise en charge des patients admis pour un motif psychiatrique aux urgences (Tableau 12)

II.1.2.1. Population incluse

Le questionnaire était adressé aux médecins, internes et externes travaillant ou ayant travaillé dans les services d'urgences de l'Hôpital Edouard Herriot, de l'Hôpital de la Croix-Rousse, de l'Hôpital Saint Luc Saint Joseph à Lyon ou de l'Hôpital de Lyon Sud à Saint Genis Laval. Ces professionnels devaient y avoir travaillé entre janvier 2021 et janvier 2023.

Le questionnaire a été diffusé par mail auprès de cette population. Les mails ont été préalablement récupérés via les secrétariats de chaque service.

Quatre variantes du questionnaire ont été réalisées :

- Un questionnaire à destination des internes et des externes ayant été en stage dans les services d'urgences générales des Hôpitaux de la Croix Rousse, de Lyon Sud ou de Saint Luc Saint Joseph ;
- Un questionnaire à destination des internes et des externes ayant été en stage dans les services d'urgences générales de l'Hôpital Edouard Herriot ;
- Un questionnaire à destination des médecins séniors exerçant dans les services d'urgences générales des Hôpitaux de la Croix Rousse, de Lyon Sud ou de Saint Luc Saint Joseph ;
- Un questionnaire à destination des médecins séniors exerçant dans les services d'urgences générales de l'Hôpital Edouard Herriot.

II.1.2.2. Contenu du questionnaire

Le questionnaire était constitué de 11 à 16 questions dont 6 à 10 questions à choix multiples, 2 questions à réponse libre et 3 à 4 questions démographiques. La raison des quelques différences entre les questionnaires était que seul l'hôpital Edouard Herriot dispose de la présence d'un psychiatre 24h/24 au sein du service d'accueil des urgences.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

La première question se referait au ressenti des soignants par rapport au délai d'attente des patients ayant un motif psychiatrique d'admission.

La deuxième question n'était posée qu'en cas de réponse positive à la précédente question. Elle évoquait les raisons potentielles de cette augmentation de délai.

La troisième question évoquait la possibilité d'avoir des motifs de consultation mixtes.

Deux questions recensaient les difficultés des soignants à la prise en charge des patients admis pour motif psychiatrique.

La dernière question était relative aux habitudes de prise en charge des soignants.

Pour les médecins séniors n'exerçant pas à HEH, deux questions supplémentaires relatives aux moyens psychiatriques disponibles dans leurs urgences respectives étaient posées.

Quelques données démographiques des répondants étaient recueillies en fin de questionnaire : le sexe, la catégorie d'âge et le lieu d'exercice le cas échéant.

II.2. Méthodes

II.2.1. Tests statistiques utilisés

Une analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Excel® de Microsoft Office ® 16 et de son extension XLStat®.

La probabilité d'erreur au risque alpha a été fixée à 5%, avec des analyses exprimées comme significatives pour une p-value inférieure à 0,05.

II.2.1.1. Statistiques sur les données issues de l'étude OPOSSUM :

Un test de Shapiro a été utilisé initialement afin de déterminer si la distribution des données était normale ou non, ce qui nous a permis de conclure que nous devions utiliser un test non paramétrique.

Pour l'analyse bivariée, nos données étant quantitatives discrètes (discontinues), nous avons utilisé un test de Mann-Whitney afin de tester leur indépendance.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

II.2.1.2. Statistiques sur les données du questionnaire :

En analyse bivariée, les tests statistiques utilisés afin de tester l'indépendance de nos variables sont non paramétriques et ont été choisis en fonction des spécificités des variables :

1. Pour la comparaison de variables qualitatives nominales, nous avons utilisé un test exact de Fisher.
2. Pour la comparaison de variables qualitatives ordinales, nous avons utilisé :
   2.1. Un test de Kruskal Wallis pour la comparaison des 3 groupes supposés indépendants (séniors vs internes vs externes)
   2.2. Un test de tendance de Cochran-Armitage pour la comparaison de 2 groupes supposés indépendants (séniors/internes vs externes et séniors/internes d'HEH vs séniors/internes non HEH).

II.2.2. Aspect réglementaire

L'étude OPOSSUM est du type Recherche Impliquant la Personne Humaine : « RIPH3, non interventionnelle, hors produit de santé (HPS) ». Le promoteur est représenté par les Hospices Civils de Lyon dont l'adresse postale est la suivante : BP 2251 3 quai des Célestins, 69229 LYON cedex 02.

L'étude a fait l'objet d'une déclaration CNIL et au comité de protection des personnes Sud-Est référencé sous la référence « Protocole 16-2021 ». L'étude a été enregistrée sur ClinicalTrials.gov avec l'identifiant NCT04726449.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

III. RESULTATS

III.1. Etude réalisée sur HEH

III.1.1. Flowchart

Du 11 mai 2021 au 30 novembre 2022, 266 patients ont été inclus et analysés dans notre étude dont 133 patients à motif psychiatrique (groupe PMP) et 133 patients à motif somatique (groupe PMS) (Figure 2).

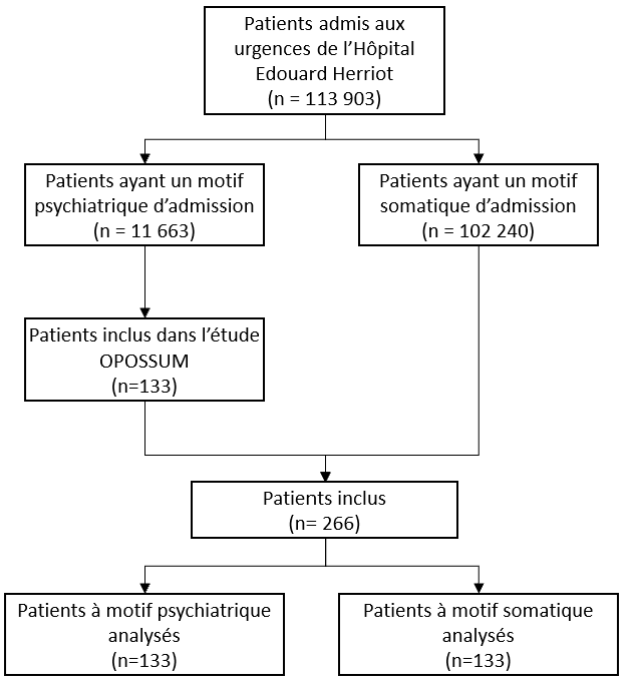


Figure 2 Flowchart de l'étude

III.1.2. Description des patients à l'inclusion

Les caractéristiques des patients inclus sont présentées dans le Tableau 1.

L'âge moyen était de 35,2 années dans le groupe PMP et de 45,7 années dans le groupe PMS. La majorité des patients étaient des femmes (65% dans le groupe PMP vs 57% dans le groupe PMS).

La majorité des patients du groupe PMP étaient triés 4 (47%) alors que le majorité des patients du groupe PMS étaient triés 3B (38%). Les patients étaient majoritairement orientés dans les secteurs B (36%) et C (51%).

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

	Patients à motif psychiatrique N = 133	Patients à motif somatique N = 133
Age (années)*	35,2 ± 17,5	45,7 ± 20,8
Genre**		
Féminin	86 (64,7)	76 (57,1)
Masculin	47 (35,3)	57 (42,9)
Tri par l'IAO**		
2	16 (12,0)	14 (10,5)
3A	24 (18,0)	27 (20,3)
3B	30 (22,6)	50 (37,6)
4	63 (47,4)	42 (31,6)
Secteur**		
A	17 (12,8)	18 (13,5)
B	48 (36,1)	47 (35,3)
C	68 (51,1)	68 (51,2)

Tableau 1 Caractéristiques des populations incluses dans notre étude
** moy ± écart-type*
*** n(%)*

Les examens complémentaires et prises en charge des patients inclus dans notre étude, détaillés dans le Tableau 2, montrent que 78% des patients du groupe PMS ont bénéficié d'un examen de biologie contre 15% des patients du groupe PMP.

73% des patients du groupe PMP avaient une PCR Covid contre 31% des patients du groupe PMS.

Un ECG était réalisé chez 50% des patients du groupe PMP vs 33% des patients du groupe PMS et 13% de ces derniers avaient une radiographie. Un scanner était réalisé chez 8,3% des patients à motif psychiatrique contre 23,3% des patients à motif somatique.

Une consultation spécialisée hors psychiatrie était nécessaire chez 8,3% des patients à motif psychiatrique contre 18% des patients à motif somatique.

Dans le groupe PMP, 21% nécessitaient avant tout une prise en charge somatique et 58,6% présentaient une intoxication (alcool ou autres substances) dont 44% nécessitaient un sevrage de cette intoxication avant l'évaluation psychiatrique. 8,3% des patients du groupe PMP ont été contenus physiquement.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

	Patients à motif psychiatrique N = 133	Patients à motif somatique N = 133
Examen de biologie*	10 (14,7)	104 (78,2)
PCR Covid*	73 (54,9)	41 (31,0)
ECG*	67 (50,4)	44 (33,1)
Radiographie*	2 (1,5)	17 (12,8)
Scanner*	11 (8,3)	31 (23,3)
Consultation spécialisée*	11 (8,3)	24 (18,0)
Besoin de contentions physiques*	11 (8,3)	1 (0,7)
Présence d'une intoxication*	78 (58,6)	3 (2,2)
Nécessité d'un sevrage de l'intoxication au SAU*	58 (43,6)	1 (0,7)
Prise en charge somatique au premier plan*	28 (21,0)	N/A

Tableau 2 Examens complémentaires et prises en charge des patients inclus dans notre étude
N/A = groupe non concerné par ce résultat
** n(%)*

Dans le Tableau 3, on retrouve que 7,5% des patients à motif psychiatrique ont été hospitalisés sous contrainte.

Un diagnostic psychiatrique, addictologique ou toxique a été prononcé pour 95,5% des patients à motif psychiatrique contre 1,5% des patients à motif somatique.

Les patients à motif psychiatrique étaient deux fois plus hospitalisés que ceux à motif somatique (40% vs 24%).

	Patients à motif psychiatrique N = 133	Patients à motif somatique N = 133
Hospitalisation sous contrainte*	10 (7,5)	0 (0,0)
Diagnostic psychiatrique, addictologique ou toxique*	127 (95,5)	2 (1,5)
Sortie*		
Hospitalisation	54 (40,6)	33 (24,8)
Retour à domicile	79 (59,4)	100 (75,2)

Tableau 3 Orientations des patients inclus dans notre étude
** n(%)*

Les motifs psychiatriques de venue aux urgences par les patients sont rapportés dans la Figure 3.

On retrouve majoritairement des intoxications médicamenteuses volontaires (39%), suivies de symptômes anxieux ou dépressifs (26%), puis d'idées et de comportements suicidaires (19%).

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

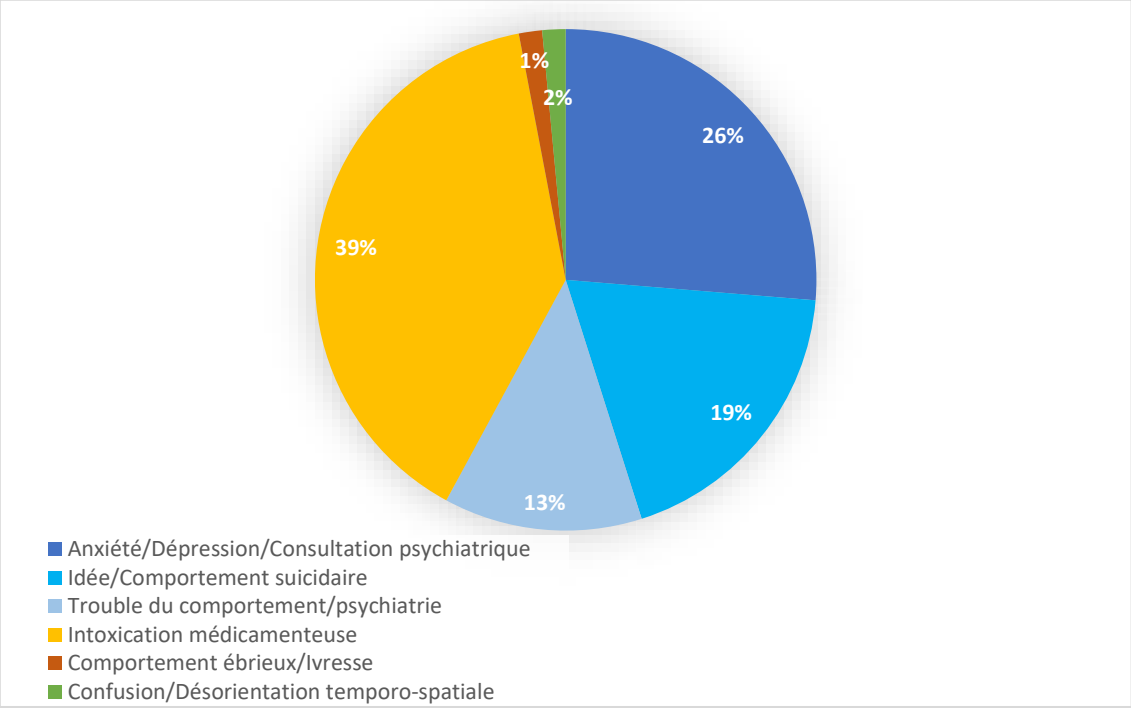


Figure 3 Répartition des différents motifs psychiatriques des patients pris en charge aux urgences

Les diagnostics de sortie des patients à motif psychiatrique sont rapportés dans le Tableau 13 en annexe. Les plus fréquemment retrouvés sont les épisodes dépressifs (19%) et les autres symptômes et signes relatifs à l'humeur (16,5%). La part des intoxications est également prédominante (alcool 11% et benzodiazépines 13% principalement).

III.1.3. Durées de passage aux urgences

Le Tableau 4 présente les différentes durées de passage entre les patients admis pour motif psychiatrique et ceux admis pour motif somatique.

La durée totale de séjour aux urgences était en moyenne significativement plus longue chez les patients à motif psychiatrique (13h09 ± 07h02) que chez les patients à motif somatique (7h03 ± 03h57, $p < 0,0001$).

La durée avant la prise en charge médicale somatique par un externe ou un interne était significativement plus longue chez les patients à motif psychiatrique ($p < 0,01$), cependant la durée avant la prise en charge par le sénior ne différait pas significativement ($p = 0,347$).

La durée avant l'installation en box était significativement plus longue d'une heure pour les patients à motif somatique ($p = 0,022$).

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Les durées d'attente avant les résultats de la PCR Covid ou le scanner ne différaient pas significativement entre les deux groupes (p = 0,061 et p = 0,083 respectivement).

La durée avant la première évaluation psychiatrique par l'interne était en moyenne de 6h30 contre 9h12 pour le sénior.

	Patients à motif psychiatrique N = 133	Patients à motif somatique N = 133	P value*
Durée avant installation en box**	01:27 ± 01:16	01:37 ± 01:16	**0,022**
Durée avant prise en charge par l'externe de médecine**	02:35 ± 01:51	02:00 ± 01:21	**<0,001**
Durée avant prise en charge par l'interne de médecine**	03:11 ± 02:21	02:27 ± 01:36	**<0,001**
Durée avant prise en charge par le sénior de médecine**	04:13 ± 03:02	03:50 ± 02:15	0,347
Durée totale de séjour aux urgences **	13:09 ± 07:02	07:03 ± 03:57	**<0,0001**
Durée avant résultats de la PCR Covid**	04:11 ± 04:23	04:46 ± 03:47	N/A
Durée avant résultats du scanner**	04:42 ± 04:04	02:40 ± 01:43	N/A
Durée avant prise en charge par l'interne de psychiatrie**	06:30 ± 05:33	N/A	N/A
Temps avant prise en charge par le sénior de psychiatrie**	09:12 ± 6:06	N/A	N/A

Tableau 4 Durées de passage des patients inclus dans l'étude
N/A = groupe non concerné par ce résultat
** P value calculé par un test de Mann-Whitney*
*** Heure ± écart-type en HH :mm*

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

III.2. Questionnaire auprès des urgentistes lyonnais

Le questionnaire destiné aux professionnels est présenté en annexe (Tableau 12).

III.2.1. Description des participants au questionnaire

Nous avons reçu les réponses de 123 professionnels sur la période du 1er décembre 2022 au 31 mars 2023. Parmi eux, 77 travaillaient à HEH et 45 dans les autres centres.

Les caractéristiques descriptives des participants sont présentées dans le Tableau 5.

La majorité des participants avaient entre 15 et 35 ans (88%) et étaient de genre féminin (67,5%). 44,7% des réponses provenaient d'externes, 27,6% d'internes et 27,6% de séniors. L'Hôpital Edouard Herriot était le plus représenté (62,6%) devant l'Hôpital de Lyon Sud (28,5%), de Saint Joseph Saint Luc (6,5%) et de la Croix Rousse (2,4%). Seuls des externes représentaient l'Hôpital de la Croix-Rousse.

	N = 123
Age (années)*	
15-25 ans	57 (46,3)
26-35 ans	51 (41,5)
36-45 ans	10 (8,1)
46-55 ans	2 (1,6)
> 55 ans	3 (2,4)
Genre*	
Féminin	83 (67,5)
Masculin	40 (32,5)
Titre de poste*	
Externe	55 (44,7)
Interne	34 (27,6)
Sénior	34 (27,6)
Centre hospitalier*	
Centre Hospitalier de Lyon Sud	35 (28,5)
Hôpital de Croix Rousse	3 (2,4)
Hôpital Edouard Herriot	77 (62,6)
Hôpital Saint Joseph Saint Luc	8 (6,5)

Tableau 5 Caractéristiques descriptives des participants au questionnaire
** n(%)*

III.2.2. Dotation des services d'urgence en équipe psychiatrique

Tous les centres en dehors d'HEH disposent d'une équipe psychiatrique, cependant celle-ci n'est pas disponible 24h/24 et 7j/7.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

III.2.3. Impressions des participants sur la durée de séjour aux urgences des patients à motif psychiatrique

A la question « Avez-vous l'impression que le temps de présence aux urgences de vos patients admis pour un motif psychiatrique est plus long que celui de vos patients admis pour un motif somatique ? », 73% des sujets ont répondu positivement (Tableau 6). Il n'y a pas de différence significative entre les différentes catégories de poste (p = 0,36).

	Total N = 123	Séniors N = 34	Internes N = 34	Externes N = 55
Avez- vous l'impression que le temps de présence aux urgences de vos patients admis pour un motif psychiatrique est plus long que celui de vos patients admis pour un motif somatique ?*				
NON	33 (26,8)	10 (29,4)	6 (17,6)	17 (30,9)
OUI	90 (73,2)	24 (70,6)	28 (82,4)	38 (61,1)
Car il n'y a pas d'équipe de psychiatrie à temps plein? **	(n=30)	(n=7)	(n=10)	(n=13)
NON	3 (10,0)	2 (28,6)	0 (0,0)	1 (7,7)
OUI	27 (90,0)	5 (71,4)	10 (100,00)	12 (92,3)
Car le degré de leur tri réalisé par l'IOA est souvent moins urgent (ex: 3-4 sur l'échelle FRENCH)?***	(n=90)	(n=24)	(n=28)	(n=38)
NON	27 (30,0)	6 (25,0)	9 (21,4)	12 (15,8)
OUI	63 (70,0)	18 (75,0)	19 (67,9)	26 (68,4)

Tableau 6 Réponses aux questions n°4 et 5 du questionnaire
** n(%)*
*** Valeurs retenues sur les professionnels ne travaillant pas à l'Hôpital Edouard Herriot et parmi ceux qui ont répondu « OUI » à la question précédente.*
**** Valeurs retenues parmi ceux qui ont répondu « OUI » à la première question.*

III.2.4. Opinion générale des participants sur la prise en charge des patients à motif psychiatrique

Le Tableau 14 en annexe fournit les réponses à la question n°6 du questionnaire, relative aux opinions des professionnels interrogés. Ces réponses, séparées pour l'hôpital HEH et les autres centres, sont représentées graphiquement dans les Figure 4, Figure 5 et Figure 6 ci-dessous.

90% du groupe des externes estiment que la charge administrative, en cas d'hospitalisation sous contrainte, allonge le temps de prise en charge contre 81% du groupe séniors/internes. Cette différence est significative (p = 0,001). Par ailleurs, 94% des séniors/internes jugent que le motif psychiatrique associé à une intoxication (alcool, médicaments, drogues) augmente le temps de prise en charge contre 85% des externes (p < 0,0001).

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

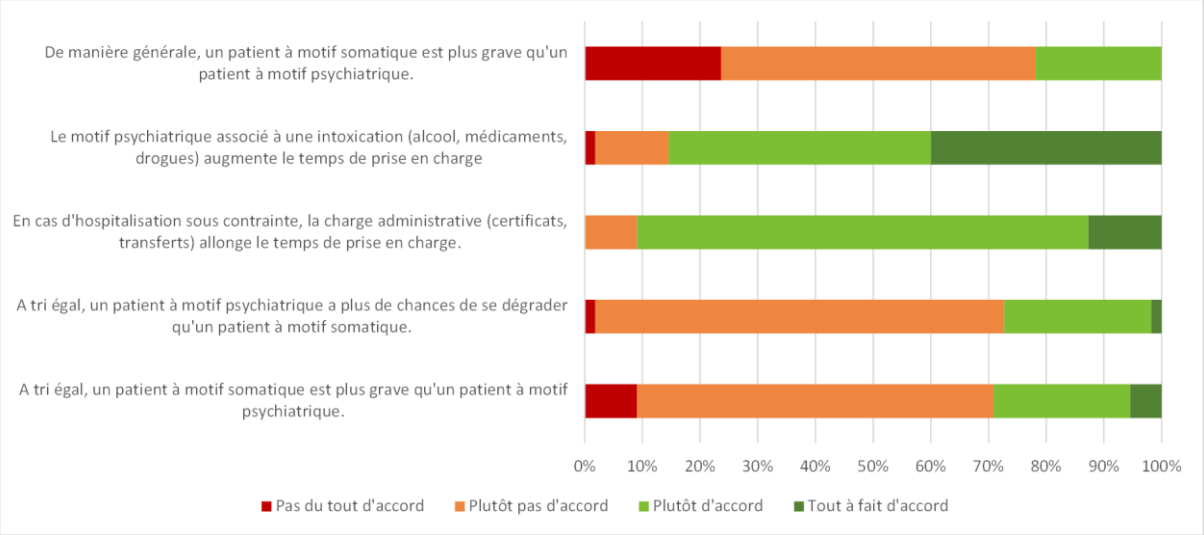


Figure 4 Réponses à la question n°6 du questionnaire par les externes de tous les centres hospitaliers

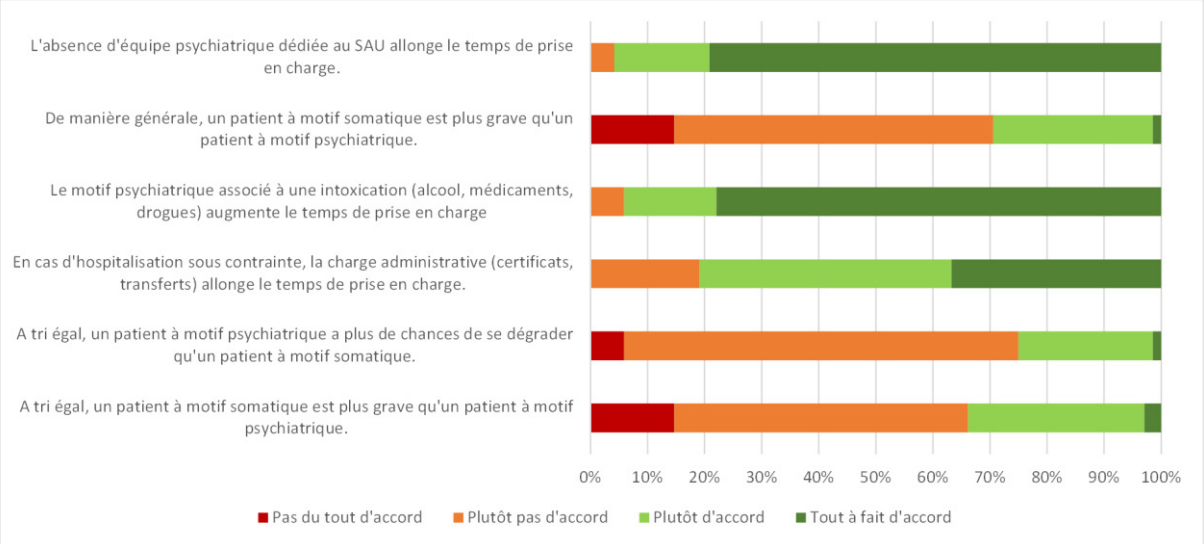


Figure 5 Réponses à la question n°6 du questionnaire par les séniors et internes de l'hôpital HEH

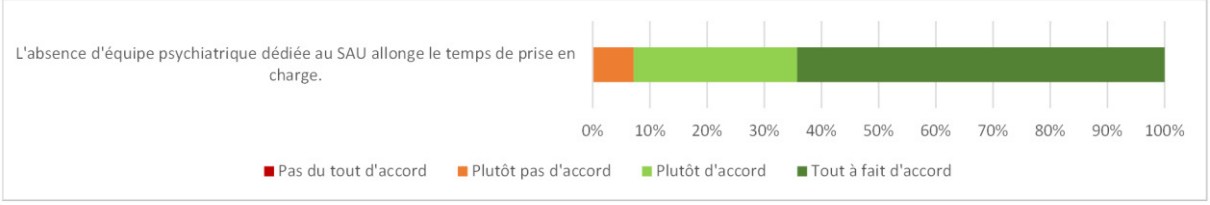


Figure 6 Réponses à la question n°6 du questionnaire par les séniors hors HEH

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

III.2.5. Autres explications à l'augmentation de la durée de séjour aux urgences

La question n°7 proposait aux professionnels d'évoquer d'autres explications à l'augmentation de la durée de séjour aux urgences des patients à motif psychiatrique. Les réponses libres sont retranscrites dans le Tableau 7.

Réponses des séniors	**Liées à l'environnement ou aux ressources matérielles et logistiques:** – « Bilan somatique et biologie quasi systématiques » – « Patient souvent intoxiqué ce qui retarde l'évaluation psychiatrique et impose une surveillance somatique » – « Temps pour éliminer une cause somatique avant la prise en charge psychiatrique» – « On combine deux prises en charge, l'une somatique, l'autre psychiatrique » – « Association de 2 prises en charge consécutives, la plupart du temps la PEC somatique doit être terminée pour débuter la prise en charge psychiatrique. Du coup là où un patient somatique sortirait, le patient psychiatrique reste pour débuter sa prise en charge psychiatrique » – « Délai pour obtenir l'ensemble des éléments permettant de bien comprendre le parcours du patient, son suivi, l'histoire de la maladie etc » – « Entretiens plus chronophages » – « L'absence de structure d'aval peut donc à mon sens augmenter de manière significative les délais de prise en charge » – « Manque de lit en psychiatrie » – « Absence de lieu dédié à la prise en charge des patients psychiatriques »
	Liées aux soignants : – « Moindre connaissance des possibilités de prises en charge ambulatoires » – « Moindre connaissance des pathologies psychiatriques et de la façon de les gérer, gestion de l'agitation, contention etc » – « Stigmatisation des patients psychiatriques » – « Impression que c'est moins notre travail de s'occuper des motifs psy, ne pas se sentir forcément légitime sur la prise en charge »
	Liées aux patients : – « Parfois plus facilement évaluable après attente »
Réponses des internes	**Liées à l'environnement ou aux ressources matérielles et logistiques:** – « Les contraintes liées à la présence des forces de l'ordre » – « Le délai d'attente pour voir un psychiatre » – « Pas assez de psychiatres sur place » – « Urgences psy quasi toutes envoyées sur HEH donc surcharge»
	Liées aux soignants : – « Entretien mal mené par les urgentistes » – « Mauvaise formation » – « Préjugés des soignants » – « Négligence de l'équipe soignante » – « Moins urgent que le somatique dans la croyance générale » – « Moins de motivation à aller voir un patient pour une problématique que l'on sait moins bien gérer et pour laquelle on est moins à l'aise » – « L'examen somatique systématique qui ne donne pas envie de s'investir »
	Liées aux patients : – « Patients contenus (chimique et/ou physique) » – « Les difficultés d'interrogatoire avec nécessité plus fréquente de contact des tiers » – « Examen clinique somatique souvent plus long du fait de difficultés communicationnelles ou d'opposition aux soins »
Réponses des externes	**Liées à l'environnement ou aux ressources matérielles et logistiques :** – « Obligation d'attendre le matin si patient arrivé de nuit pour voir un psychiatre » – « La séparation totale des urgences psychiatriques et somatiques pour les SAU comme Lyon Sud » – « Pas assez de personnel soignant et de box »

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

	Liées aux soignants : – « Ils sont souvent en dernière priorité à tri égal pour l'examen somatique complémentaire » – « Mauvaise formation (notamment méthodes de communication) donc développement de barrières psychologiques, stage en service psy non obligatoire à Lyon Sud » – « Psychophobie » – « Manque d'intérêt/envie de la part des soignants »
	Liées aux patients : – « Agressivité des patients, refus de coopération » – « Le patient psychiatrique a souvent plus de mal à exprimer son motif de venue que le patient somatique»

Tableau 7 Réponses rédigées par les participants à la question n°7 du questionnaire

III.2.6. Opinion sur les motifs d'admission et l'orientation des patients

73% des participants (Tableau 15 en annexe) estiment que pour la plupart des patients se présentant pour un motif psychiatrique, un motif somatique est associé (ex : intoxication, traumatisme).

III.2.7. Difficultés à la prise en charge des patients admis pour motif psychiatrique

III.2.7.1. Evaluation globale

La Figure 7 représente les réponses de chaque groupe à la question n°9 du questionnaire (Tableau 16).

Ces différences entre les trois groupes sont significatives (p = 0,002).

Cependant, les réponses ne sont pas statistiquement différentes entre le groupe séniors/internes d'HEH et le groupe séniors/internes hors HEH.

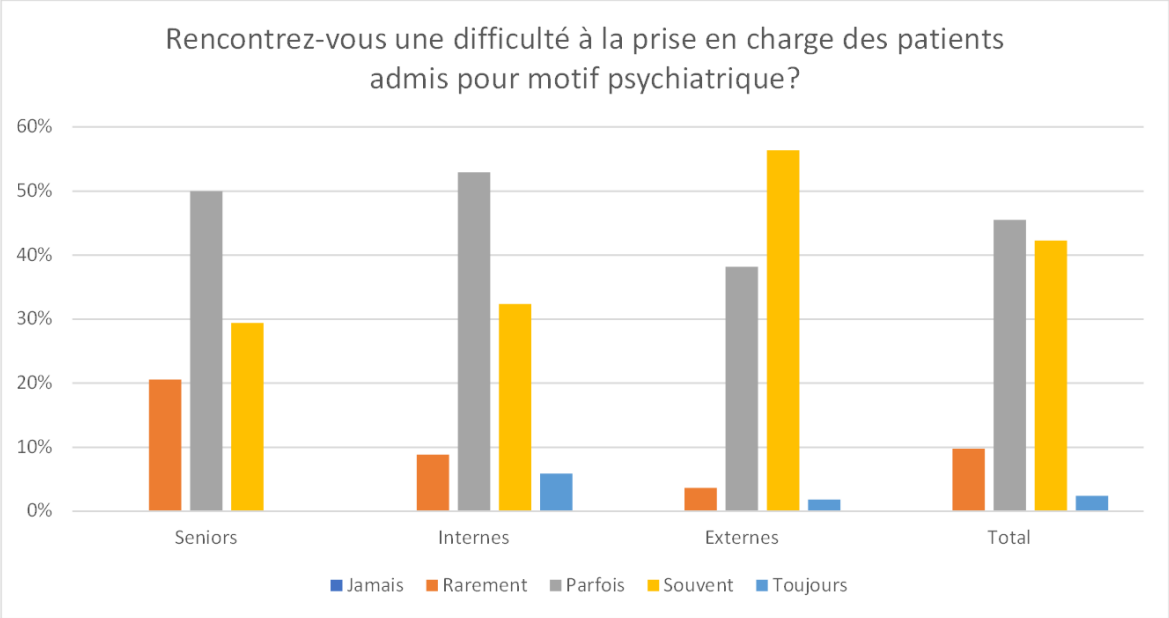


Figure 7 Réponses à la question n°9 du questionnaire

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

III.2.7.2. Obstacles à la prise en charge des patients admis pour motif psychiatrique

La Figure 8 présente une partie des réponses à la question n°10 du questionnaire, qui sont toutes répertoriées sur le Tableau 17 et les Figure 14, Figure 15 et Figure 16 en annexe.

82% des externes estiment que leur formation en psychiatrie est insuffisante contre 91% des internes et 76% des séniors.

La majorité des internes (59%) craignent les patients psychiatriques, du fait de leur impulsivité, leur discours, leurs antécédents judiciaires, etc. contrairement aux externes (40%) et aux séniors (17%).

Une grande partie des internes et séniors admettent ne pas avoir d'affinité avec la spécialité psychiatrique (respectivement 59% et 55%) alors que les externes ne sont que 36%.

Les séniors, internes et externes sont une majorité à penser que la prise en charge des patients psychiatriques peut être frustrante : motif non urgent, prise en charge non aboutie au SAU, etc. (respectivement 82%, 88% et 82%). Ils jugent aussi que cette prise en charge est chronophage et donc difficile à réaliser correctement au SAU, du fait de l'activité soutenue (79% pour les internes et séniors, 69% pour les externes). Cette observation ne diffère pas significativement entre HEH et les autres centres étudiés.

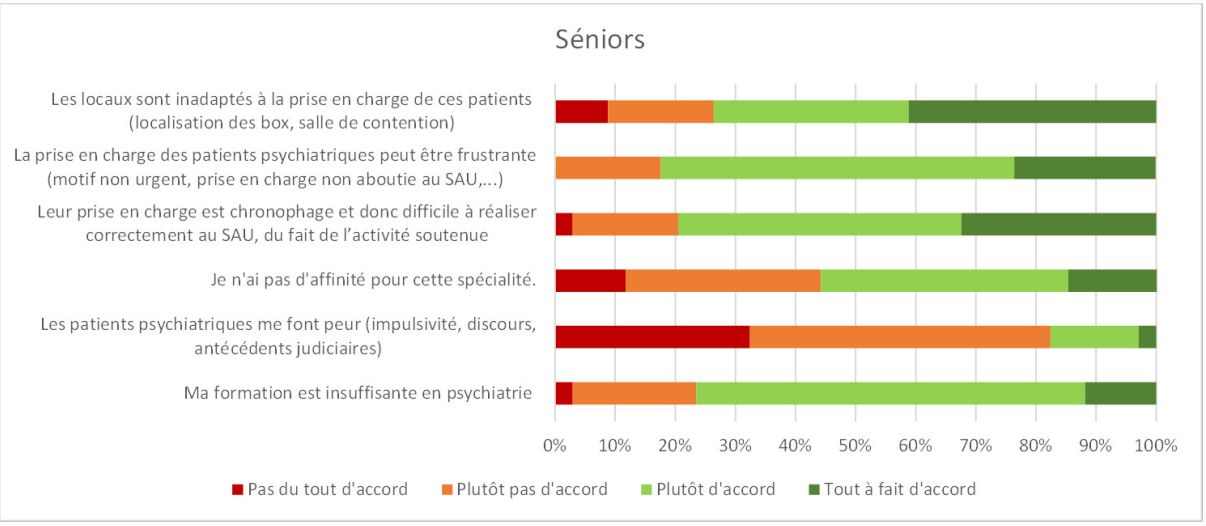


Figure 8 Réponses à la question n°10 du questionnaire par les séniors

Concernant les locaux, 73% des séniors estiment que ceux-ci sont inadaptés à la prise en charge de ces patients contre 82% des internes et 67% des externes. Ces résultats sont significativement différents (p = 0,039). Plus

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

précisément, l'avis sur les locaux des urgences diffère significativement en fonction des hôpitaux : 68% des séniors et internes d'HEH pensent que les locaux sont inadaptés contre 96% du même groupe dans les autres centres étudiés (p = 0,002). Ces réponses sont présentées graphiquement dans la Figure 9 ci-dessous.

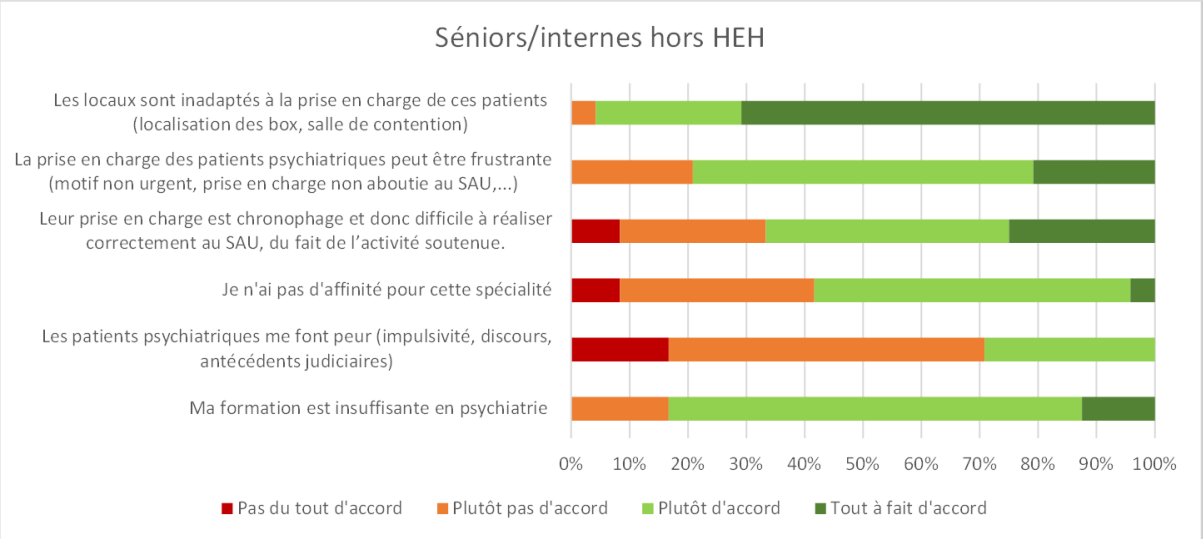


Figure 9 Réponses à la question n°10 du questionnaire par les séniors et internes des autres centres

Le Tableau 8 présente les réponses à la question n°11 du questionnaire qui permettait aux professionnels d'évoquer librement d'autres difficultés à la prise en charge de ces patients.

Réponses des séniors	**Liées à l'environnement ou aux ressources matérielles et logistiques:** – « Nécessité d'une surveillance somatique dans un contexte de tension majeure sur l'activité » – « Manque de personnel paramédical et médical psychiatrique pour répondre aux interrogations de ces patients qui nous interrompent en permanence »
	Liées aux soignants : – « Difficultés pour guider une prise en charge adaptée par certains soignants paramédicaux »
	Liées aux patients : – « Interruption de taches constante liée à la sollicitation constante des patients en attente d'entretien psy (délai d'attente, téléphone, fumer, RAD…) » – « Typologie de malades (psychiatriques) qui interrompt la tâche en cours » – « Très souvent problème social intriqué. Patient avec multiples passages entrainant lassitude et risque d'erreur »
Réponses des internes	**Liées aux patients :** – « Difficultés à les surveiller »
Réponses des externes	**Liées aux soignants :** – « Contention généralement un peu rapide (physique surtout) » – « Nécessité d'une implication vraie ("honnête"), voire émotionnelle » – « Peur liée à l'impulsivité, de passer à côté d'une pulsion et laisser le patient fuguer/passer à l'acte dans le cadre d'une tentative de suicide, etc... »

Tableau 8 Réponses libres à la question n°11 du questionnaire, relative aux difficultés à la prise en charge des patients à motif psychiatrique

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

III.2.8. Habitudes de prise en charge des soignants

Le Tableau 18 en annexe présente les réponses à la question n°12 du questionnaire. Les principales sont aussi représentées sur les Figure 10, Figure 11, Figure 12 et Figure 13 ci-dessous.

Une grande majorité des externes se rend sans attendre dans le box du patient pris en charge, qu'il s'agisse d'un motif psychiatrique ou somatique, en fonction du tri IAO. Comme les internes, ils n'attendent pas d'être accompagnées par leur sénior pour réaliser un examen des patients. Les externes n'attendent pas forcément non plus une prise en charge psychiatrique préalable.

Les séniors, eux, réévaluent cliniquement le patient dans environ les 2/3 des cas après les externes et la moitié des cas après les internes.

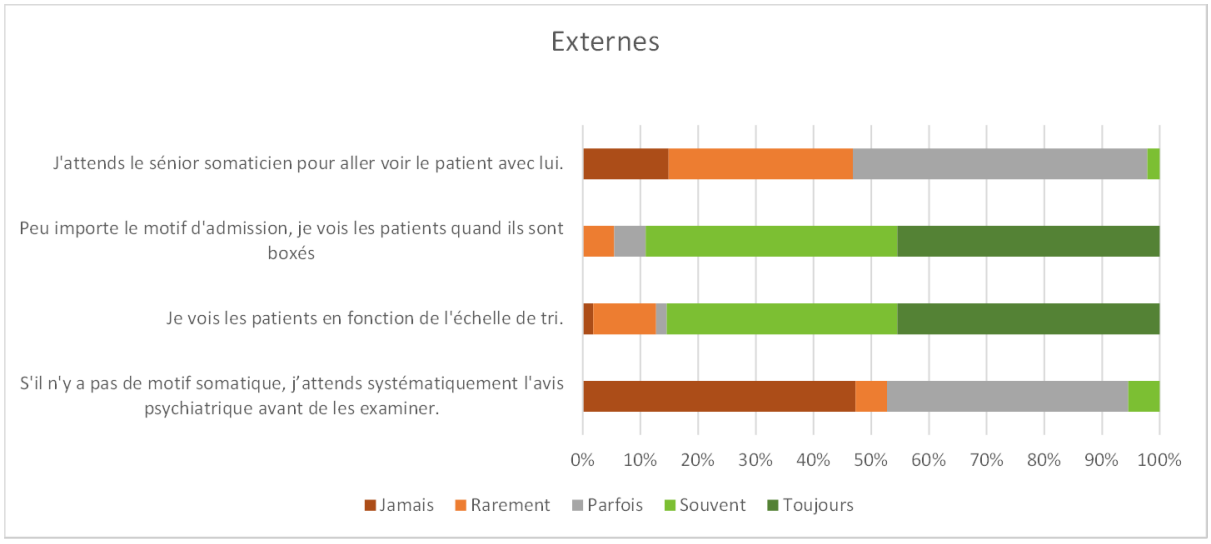


Figure 10 Réponses à la question n°12 du questionnaire par les externes

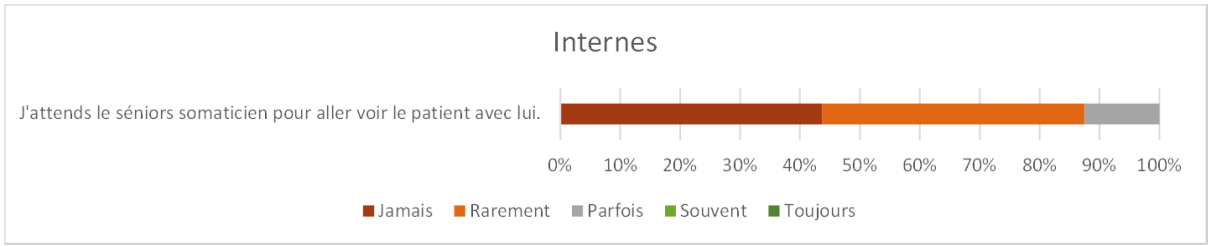


Figure 11 Réponses à la question n°12 du questionnaire par les internes

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

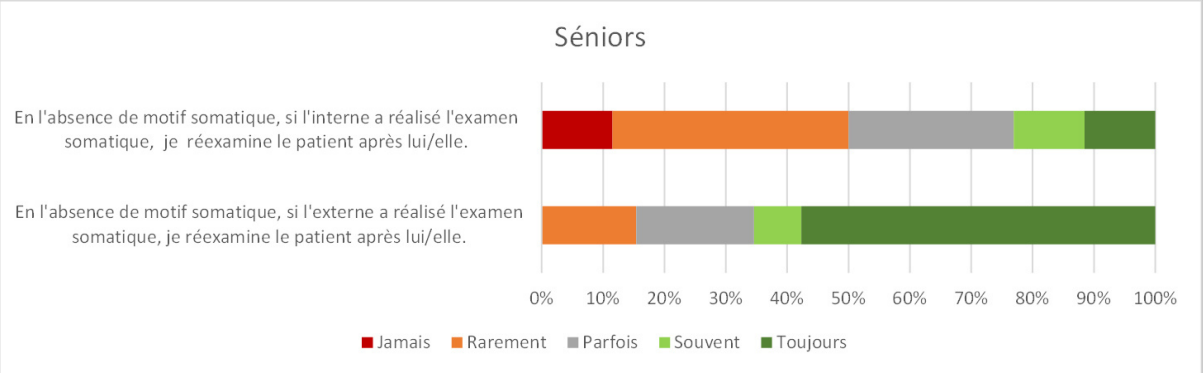


Figure 12 Réponses à la question n°12 du questionnaire par les séniors

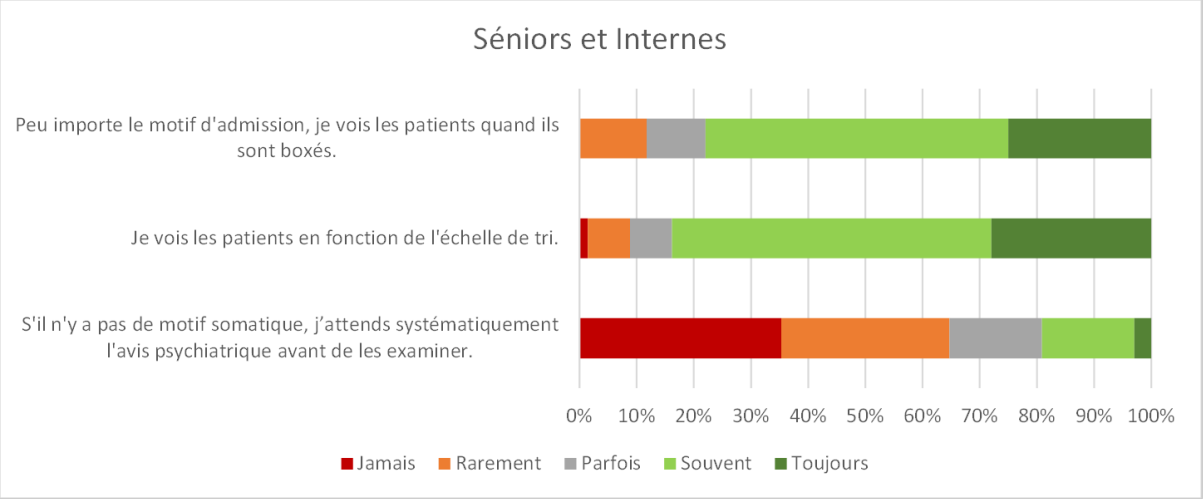


Figure 13 Réponses à la question n°12 du questionnaire par les p value obtenue par un test de tendance Cochran-Armitage entre les catégories « séniors et internes"*

Le Tableau 9 montrent ces mêmes résultats en fonction des centres hospitaliers.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

	Total					HEH			Hors HEH		
	Total N = 123	Séniors et Internes N = 68	Séniors N = 34	Internes N = 34	Externes N = 55	Total N = 77	Séniors et Internes N = 44	Externes N= 33	Total N = 45	Séniors et Internes N = 24	Externes N = 21
S'il n'y a pas de motif somatique, j'attends systématiquement l'avis psychiatrique avant de les examiner.:*						**					
Jamais	50 (40,7)	24 (35,3)	10 (29,4)	14 (41,2)	26 (47,3)	26 (29,9%	12 (27,3)	14 (32,6)	24 (53,3)	12 (50,0)	12 (57,1)
Rarement	43 (35,0)	20 (29,4	9 (26,5)	11 (32,4)	23 (41,8)	37 (42,5%	14 (31,8)	23 (53,5)	13 (28,9)	6 (25,0)	7 (33,3)
Parfois	14 (11,4)	11 (16,2%)	6 (17,6)	5 (14,7)	3 (5,5)	12 (13,8%	9 (20,5)	3 (7,0)	4 (8,9)	2 (8,3)	2 (9,5)
Souvent	14 (11,4)	11 (16,2)	7 (20,6)	4 (11,8)	3 (5,5)	10 (11,5%	7 (15,9)	3 (7,0)	4 (8,9)	4 (16,7)	0 (0,0)
Toujours	2 (1,6)	2 (2,9)	2 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,3%	2 (4,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Tableau 9 Réponses à l'un des items de la question n°12 du questionnaire
** n(%)*
*** p value entre les « Séniors et internes » d'HEH et les « Séniors et internes » hors HEH calculée à 0,121 avec un risqua α de 5% (test de tendance Cochran-Armitage)*

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

IV. DISCUSSION

IV.1. Durée de séjour aux urgences

Au sein de notre échantillon, la durée de séjour aux urgences chez les patients à motif psychiatrique était deux fois plus longue que chez les patients à motif somatique, cette différence était statistiquement significative. Ce résultat confirme les conclusions de l'étude de Pascoe et al (31) qui montraient une durée de séjour 53% plus longue chez les patients à motif psychiatrique, et celles de Slade et al (30) qui retrouvaient une augmentation de 42% dans ce même groupe. 73% des professionnels interrogés ressentent cette augmentation.

La durée de séjour aux urgences se décompose en plusieurs temps dont le délai de premier contact médical et la durée de première évaluation psychiatrique chez les patients concernés, une augmentation de l'un de ces derniers impacte donc la durée de séjour aux urgences. D'autres hypothèses liées à l'environnement et au patient lui-même existent et peuvent expliquer cette augmentation, elles seront évoquées dans une autre partie (IV.2).

IV.1.1. Délai de premier contact médical

La durée de premier contact médical par le sénior de médecine est plus longue chez les patients à motif psychiatrique que chez les patients à motif somatique (4h13 vs 3h50), cependant, cette différence n'est pas significative dans notre étude (p = 0,347). Ces résultats vont dans le sens de ceux de l'étude de Pascoe et al (31) qui avaient trouvé une différence significative entre ces deux groupes (0h48 ± 0h30 pour les patients à motif psychiatrique vs 0h36 ± 0h41 pour les patients à motif somatique) sur un total de 38 674 patients dont 1607 à motif psychiatrique. Il est à noter que les deux groupes de leur étude avaient été séparés en « motif psychiatrique » et « motif somatique » selon la CIM10, alors que notre étude se basait sur l'échelle FRENCH.

On remarque que les durées de premier contact médical par l'externe ou l'interne somaticiens sont significativement plus longues chez les patients à motif psychiatrique. Les données issues de notre questionnaire témoignent pourtant que ces professionnels ont tendance à prendre en charge les patients en fonction du moment où ils sont installés en box de consultation et en fonction du tri donné à l'arrivée, et non en fonction du motif de consultation.

L'augmentation du délai de premier contact médical peut être expliqué par plusieurs facteurs :

- Nos groupes ne sont pas strictement comparables au niveau de la répartition des tris 3B et 4. En effet, le tri 3B concernait 22% du groupe PMP contre 36% du groupe PMS, le tri 4 concernait 47% du groupe PMP

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

contre 31% du groupe PMS. Comme les patients dont le tri est le plus grave sont vus plus tôt, il n'est pas étonnant d'observer cette différence.

- On peut aussi supposer que les internes et externes ont préféré choisir, par affinité, un patient à motif somatique plutôt qu'un patient à motif psychiatrique installés en box de consultation dans le même temps.
- Enfin, dans l'échelle FRENCH, il existe plus de 100 motifs somatiques contre seulement 8 motifs psychiatriques ou toxicologiques (40). Les externes et les internes étant en stage pour acquérir de l'expérience et se former, on peut supposer qu'ils seraient plus attirés par la diversité des motifs somatiques aux dépens des motifs psychiatriques, afin d'acquérir les compétences les plus larges possibles.

IV.1.2. Durée de première évaluation psychiatrique

Dans notre étude, on remarque que la durée de première évaluation psychiatrique par l'interne ou le sénior est bien supérieure à la durée du premier contact médical (6h30 vs 3h11 pour les internes ; 9h12 vs 4h13 pour les séniors). Cette différence peut être expliquée, au moins en partie, par la nécessité quasi-systématique de l'examen somatique pour les patients admis pour un motif psychiatrique. Ceci engendre donc deux consultations (l'une somatique, l'autre psychiatrique) lors du même séjour aux urgences pour ces patients. Il n'est donc pas étonnant de voir une nette majoration de la durée de première évaluation psychiatrique, et ce d'autant plus que l'examen psychiatrique survient, du fait de l'organisation des urgences d'HEH, le plus souvent après l'examen somatique.

IV.2. Obstacles à l'évaluation et à la gestion optimale, par des urgentistes somaticiens, des patients admis pour motif psychiatrique aux urgences de Lyon

D'après notre questionnaire, 87% des professionnels interrogés présentent au moins régulièrement des difficultés à la prise en charge des patients admis pour un motif psychiatrique. En observant les caractéristiques initiales des deux groupes, les différentes durées mesurées et les résultats du questionnaire, nous pouvons essayer d'expliquer ces résultats. Par souci de cohérence, nous avons trié les différents obstacles de la même façon que dans l'étude de Weiland et al (38).

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

IV.2.1. Obstacles liés à l'environnement et aux ressources matérielles et logistiques

IV.2.1.1. Durée des différents examens complémentaires

Nous avons analysé les délais avant résultat de certains examens complémentaires, car ils peuvent allonger considérablement les durées de séjour aux urgences (41). En effet, d'après le rapport du MEAH sur le « Temps d'attente et de passage aux urgences », les étapes les plus longues sont la réalisation des examens complémentaires et l'hospitalisation (42). Pour rappel, l'étude ayant été réalisée pendant la pandémie liée à la Covid 19, les places d'hospitalisation étaient conditionnées par les résultats de la PCR Covid. Nous avons donc choisi de nous intéresser spécifiquement à trois examens : la PCR Covid, le scanner et les examens de biologie.

La PCR Covid et le scanner sont fréquemment réalisés aux urgences et les délais avant résultats peuvent être très différents en fonction de l'heure (jour/nuit) et de la disponibilité du personnel d'où l'intérêt de les analyser.

PCR Covid

Les délais avant résultat de la PCR Covid étaient de 4h11 chez les patients à motif psychiatrique et de 4h46 chez les patients à motif somatique. Cette différence n'est toutefois pas significative.

Par ailleurs, on remarque que 55% des patients à motif psychiatrique ont eu une PCR Covid contre 31% des patients à motif somatique. Dans notre cohorte, le nombre de patients hospitalisés était plus important chez les patients à motif psychiatrique que chez les patients à motif somatique (41% vs 25%). Il n'est donc pas surprenant d'observer une différence dans la prévalence de la PCR Covid entre les deux groupes. Cela peut en revanche expliquer un allongement de la durée de séjour aux urgences pour les patients à motif psychiatrique.

Scanner

Les délais avant résultat du scanner variaient entre 4h42 chez les patients à motif psychiatrique et 2h40 chez les patients à motif somatique, soit 2h d'intervalle. Cette différence peut être expliquée par plusieurs éléments. D'une part, le brancardage d'un patient contenu physiquement nécessite la présence d'un soignant en plus du brancardier, le transport n'est donc pas réalisable tant que ce soignant ne se rend pas disponible. De plus, les missions de brancardage sont régulées en fonction de la gravité, de l'urgence et de la disponibilité des transports intra hospitaliers tout comme l'ordre de passage au scanner (42). Comme vu précédemment (IV.1.1), la majorité des patients à motif psychiatrique avaient une faible gravité, ils n'étaient donc pas prioritaires. La différence de deux heures entre les deux groupes peut donc s'expliquer par ces éléments.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Dans notre étude, un scanner a été réalisé pour 23% des patients à motif somatique contre 8% des patients à motif psychiatrique. Les patients à motif psychiatrique ont donc eu moins de scanners mais la durée d'attente pour les patients chez qui le scanner était prescrit était plus longue que les patients à motif somatique.

Examens de biologie

Les données de la littérature montrent que le délai de rendu des résultats de biologie varie entre 1h40 (43) et 2h10 (42). Nous avons donc noté la prescription ou non d'examens de biologie (hors PCR Covid) en estimant le délai de rendu des résultats entre 1h40 et 2h10 mais sans le mesurer dans notre étude.

Ainsi, 78% des patients à motif somatique ont eu un examen de biologie (hors PCR) contre 15% des patients à motif psychiatrique. Comme vu ci-dessus (IV.2.1.1), cette différence est importante à noter car cela allonge considérablement la durée de séjour au SAU. Ainsi, contrairement à plusieurs avis recueillis dans le questionnaire, les patients à motif psychiatrique semblent moins dépendants de ce délai d'attente.

IV.2.1.2. Limitation de l'accès aux services de psychiatrie

Lits d'hospitalisation

Dans notre étude, l'hospitalisation des patients était plus importante dans le groupe à motif psychiatrique que celui à motif somatique. Or, dans le contexte actuel et plus spécifiquement de psychiatrie, l'offre de lits d'hospitalisation est bien inférieure à la demande. Lorsqu'un patient doit être hospitalisé, l'attente d'un lit d'aval peut être allongée alors même que les prises en charge initiales, médicale et psychiatrique, sont terminées rapidement. Ce phénomène est rapporté plusieurs fois dans le questionnaire (III.2.5) et dans certaines études (42) et est jugé comme un facteur majeur de l'augmentation de la durée de séjour de ces patients (42) Il engendre par ailleurs une surpopulation de patients aux urgences et donc une augmentation de la charge de travail du personnel paramédical mais aussi de la mortalité (44). De plus, l'observance thérapeutique ne peut pas toujours être assurée car l'organisation du service ne le permet pas (médicaments spécifiques non stockés aux urgences, pas de prise systématique à horaires fixes) et le risque d'effets indésirables est majoré (45). Ainsi, les patients en attente de lit d'hospitalisation sont moins bien pris en charge.

Transport des patients

A l'Hôpital Edouard Herriot, il existe 12 lits d'hospitalisation dite « de crise » (hospitalisation de courte durée). Une partie des patients est donc transférée vers les hôpitaux psychiatriques du secteur : le Centre Hospitalier du Vinatier, celui de Saint Jean-de-Dieu et celui de St Cyr-au-Mont-d'Or. Ainsi, une fois la place d'hospitalisation

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

trouvée, un transport par des ambulanciers est nécessaire pour transférer le patient. Il s'agit donc de trouver systématiquement un lit d'hospitalisation et une équipe d'ambulanciers disponibles, ce qui majore les durées d'attente. Il serait intéressant de développer l'utilisation d'ambulances appartenant aux hôpitaux psychiatriques, comme il en existe déjà au sein de l'Hôpital du Vinatier notamment, qui permettraient d'effectuer ces transferts plus facilement (24).

Législation et soins sous contrainte

Dans notre échantillon, une faible partie des patients admis pour motif psychiatrique sont hospitalisés sous contrainte (7,5%). Ces hospitalisations prennent toutefois plus de temps que les hospitalisations libres pour différentes raisons. D'une part les patients sont souvent plus graves d'un point de vue psychiatrique, et nécessitent donc une évaluation et une prise en charge au SAU plus chronophage. D'autre part, la logistique pour l'hospitalisation de ces patients est plus compliquée, car requiert la rédaction de certificats et le transport du patient par une équipe formée avec un matériel adapté (contentions si nécessaire). Les données du questionnaire mettent en cause le caractère chronophage de ces prises en charge dans l'augmentation de la durée de prise en charge (81% des séniors valident cette hypothèse).

IV.2.1.3. Locaux des urgences inadaptés

Les réponses au questionnaire nous montrent que 73% des séniors estiment que les locaux sont inadaptés à la prise en charge des patients à motif psychiatrique. Plus précisément, 68% des séniors et internes d'HEH pensent que les locaux sont inadaptés contre 96% du même groupe dans les autres centres étudiés ($p = 0,002$). Ceci peut être expliqué par le fait que les urgences actuelles d'HEH (pavillon G), bien que temporaires, sont très récentes et leur aménagement est adapté à la population psychiatrique, ce qui n'est pas le cas dans les autres hôpitaux interrogés. En effet, il existe aux urgences d'HEH deux box de contentions, plusieurs bureaux d'entretien et des box de consultation spacieux et calmes. D'après les recommandations de la SFMU (25), cette description peut correspondre à un environnement adapté à l'accueil des patients à motif psychiatrique, malgré les contraintes architecturales qui en font un espace limité. Dans le futur bâtiment des urgences d'HEH qui est actuellement en construction, des box de contention répondant aux normes internationales sont prévus (46).

Les autres urgences de Lyon n'ayant pas la même organisation de leur structure d'urgence, il est cohérent de voir une telle différence dans le ressenti des soignants.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Cependant, l'organisation pavillonnaire de l'hôpital Edouard Herriot engendre des contraintes liées au transport intra-hospitalier. En effet pour les transferts entre les pavillons et notamment l'imagerie, seul le réseau sous-terrain peut être utilisé, majorant ainsi la durée de transport et donc la durée de séjour aux urgences.

Ainsi, la mauvaise organisation architecturale des structures d'urgences peut être un obstacle à la prise en charge optimale des patients admis pour un motif psychiatrique.

IV.2.2. Liés aux soignants

IV.2.2.1. Manque de personnel psychiatrique

Le questionnaire montre que 96% du personnel médical ne disposant pas d'équipe de psychiatrie à temps plein estime que l'absence d'équipe psychiatrique dédiée au SAU allonge le temps de prise en charge. De nombreuses réponses libres vont aussi dans ce sens.

La limitation du nombre de professionnels de psychiatrie semble être un obstacle majeur à la bonne prise en charge des patients à motif psychiatrique. L'absence de psychiatre la nuit impose aux somaticiens de garder les patients aux urgences pour qu'ils bénéficient d'un avis psychiatrique le lendemain. En heures ouvrées, le fait de n'avoir qu'un seul psychiatre dans certains centres diminue considérablement le nombre de patients évalués. La présence d'une équipe psychiatrique à temps plein permettrait de diminuer la durée de séjour des patients à motif psychiatrique.

Par ailleurs, la SFMU encourage la présence d'IDE psychiatriques aux urgences ce qui accélérerait le parcours de ces patients (25).

IV.2.2.2. Attitude des soignants

Stigmatisation

L'étude de Weiland et al (38) montre que la stigmatisation des patients à motif psychiatrique existe au service d'accueil des urgences. Dans notre questionnaire, certains soignants évoquent, dans leurs réponses libres, une « psychophobie », d'autres expriment une « négligence de l'équipe soignante » basée sur des préjugés.

Pour étayer cet aspect, nous avons interrogé les professionnels à propos des croyances vis-à-vis de la gravité des motifs psychiatriques. Nous remarquons qu'indépendamment de l'expérience (externe, interne ou sénior), 27% des professionnels considèrent qu'à tri égal, un patient à motif somatique est plus grave qu'un patient à motif psychiatrique et 26% pensent que les patients somatiques ont plus de risque de se dégrader.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

De nombreuses réponses aux questionnaires mentionnent « la sollicitation constante des patients en attente d'entretien psychiatrique » et « l'interruption permanente des somaticiens » qui entraînent des « interruptions de tâches » et ont tendance à perturber les médecins somaticiens.

Même si cela ne concerne pas la majorité des professionnels, il semble exister, d'une part des croyances qui considèrent qu'un patient à motif psychiatrique est moins grave qu'un patient à motif somatique, et d'autre part des difficultés dans les soins accordés à ces patients.

Impressions personnelles des soignants

Dans le questionnaire, plusieurs réponses évoquent une lassitude dans la prise en charge des patients qui consultent régulièrement aux urgences pour des motifs psychiatriques souvent similaires. Environ 85% des soignants interrogés trouvent que la prise en charge des patients admis pour motif psychiatrique est frustrante avec des prises en charge qui ne sont pas abouties au SAU.

Près de 60% des professionnels interrogés admettent ne pas avoir d'affinité avec cette spécialité ce qui entraîne des difficultés à la prise en charge de ces patients.

Les professionnels interrogés ayant le moins d'expérience (internes et externes) expriment volontiers un sentiment de peur vis-à-vis des patients à motif psychiatrique du fait de l'impulsivité de certains patients, de leur discours ou de leurs antécédents judiciaires. Les séniors ont tendance à ne pas exprimer cette peur, ce qui peut être lié à leur expérience acquise.

IV.2.2.3. Insuffisance de la formation

Weiland et al (38) ont montré que le manque de formation psychiatrique est une difficulté importante dans la prise en charge des patients à motif psychiatrique. Ce postulat est corroboré dans notre questionnaire car 82% des externes estiment que leur formation en psychiatrie est insuffisante contre 91% des internes et 76% des séniors. D'après les réponses libres du questionnaire, ce manque de formation se rapporte plutôt à la « gestion de l'agitation » et à la « connaissance des pathologies psychiatriques » chez les séniors, alors qu'elle concerne plutôt les « méthodes de communication » chez les externes.

De plus, dans les centres où il n'y a pas de psychiatre de garde, certains séniors déplorent le manque de « connaissance sur les possibilités de prise en charge ambulatoire ».

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

IV.2.3. Liés aux patients

IV.2.3.1. Intoxications

Au SAU, l'intoxication via des médicaments, des drogues ou de l'alcool est souvent retrouvée chez les patients admis pour un motif psychiatrique (59% d'entre eux dans notre étude) nécessitant un sevrage de ces substances avant toute évaluation psychiatrique (44% dans notre étude). Ces résultats sont cohérents avec les avis des soignants interrogés dont 94% pensent que le motif psychiatrique associé à une intoxication (alcool, médicaments, drogues) augmente la durée de prise en charge. Ils corroborent les résultats de l'étude de Marzola et al (47) qui montrent une augmentation significative de la durée de séjour aux urgences en cas d'intoxication éthylique ou médicamenteuses (OR = 5,02).

Certains professionnels interrogés notent que pendant ce temps incompressible, le personnel paramédical les surveille cliniquement et gère les éventuels épisodes d'agitation (déambulation, cris, violence, etc.). Ceci entraine aussi une surcharge de travail importante.

IV.2.3.2. Mise en place de contentions

Dans cette étude, 8,3% des patients admis pour un motif psychiatrique ont nécessité la mise en place d'une contention physique. Or, d'après l'article L. 3222-5-1 du code de la Santé Publique, « leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin » (48). De plus, selon les protocoles utilisés à HEH, la contention physique nécessite un minimum de 10 personnes pour l'initier. La prescription d'une contention physique impacte donc fortement le fonctionnement du service et la disponibilité du personnel, mais aussi sur la durée de séjour aux urgences car l'évaluation psychiatrique sera retardée.

On note aussi l'impact important de la contention sur le patient car elle est souvent mal vécue, c'est pourquoi elle est utilisée en dernier recours.

IV.2.3.3. Participation des patients

Plusieurs réponses libres évoquent la nécessité d'un temps de clinique plus long avec les patients admis pour motif psychiatrique que pour les patients admis pour motif somatiques. En effet, ils estiment que « le patient psychiatrique a souvent plus de mal à exprimer son motif de venue que le patient somatique » ce qui nécessite parfois de « contacter les tiers » pour obtenir tous les éléments nécessaires à sa bonne prise en charge. Certains évoquent des « difficultés de communication ou d'opposition aux soins » qui limite une prise en charge adaptée.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Il est donc d'autant plus important de réaliser un examen somatique rigoureux chez ces patients devant le risque d'erreurs diagnostiques induites par une anamnèse difficile et par l'existence potentielle de comorbidités, chez des patients souvent tabagiques ou ayant des conduites addictives. En effet, le risque est de manquer un diagnostic somatique et de ne pas réaliser les thérapeutiques qui en découlent. D'après l'étude de Combelles (49), 5% des patients admis pour un motif psychiatrique ont un diagnostic somatique à leur sortie des urgences. Nous retrouvons dans notre étude le même ordre de grandeur avec 4,5% de diagnostics somatiques chez les patients à motif psychiatrique.

IV.3. Forces et faiblesses de ce travail

IV.3.1. Forces du travail de thèse

Le principal intérêt de notre travail est d'avoir réalisé pour la première fois en France une étude qui porte à la fois sur les délais de prise en charge médicale et la durée de séjour aux urgences des patients à motif psychiatrique par rapport aux patients à motif somatique, mais qui identifie aussi les obstacles à la prise en charge optimale des patients à motif psychiatrique. Ce double apport est une force majeure de ce travail.

De plus, nous avons choisi d'apparier principalement les groupes sur la date et l'heure d'arrivée aux urgences car nous savons que la prise en charge est différente en fonction du moment de la journée (matin/après-midi/nuit) et de l'expérience des praticiens. En faisant ce choix, nous avons priorisé la reproductibilité des prises en charge.

Enfin, nous avons choisi de décliner certaines questions sous forme ordinale afin de recueillir une information puis une analyse plus fines. Pour cela, nous avons utilisé l'échelle de Likert sans réponse neutre avec 4 à 5 points.

IV.3.2. Limites de ce travail

IV.3.2.1. Concernant l'étude clinique

En premier lieu, il existe un biais de sélection lié au fait que notre recherche monocentrique s'établisse au sein des urgences d'un centre hospitalo-universitaire qui a tendance à recevoir plus de patients à motif psychiatrique et qui est doté d'une équipe de psychiatrie présente 7j/7 et 24h/24. Le délai de premier contact psychiatrique peut donc être biaisé par rapport à d'autres centres. Cette étude n'est donc pas représentative de toutes les structures d'urgences en France.

Par ailleurs, le faible effectif de notre échantillon a un impact sur la significativité de nos résultats, et notamment sur le délai de premier contact médical.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Pour pouvoir établir une différence significative sur le délai de premier contact médical entre nos deux groupes, il aurait fallu inclure un nombre plus important au sein de notre recherche. Si l'on applique la formule du nombre de sujet nécessaire (NSN) avec un écart type commun de 2,7, il aurait fallu inclure 1183 patients dans chaque groupe soit 2366 patients en tout (calcul réalisé en ligne sur BiostaTGV).

Pour chaque patient, les différents horaires ont été recueillis manuellement dans son dossier Easily rétrospectivement par rapport à son passage aux urgences. Les horaires de prise en charge médicale et psychiatrique ont été saisis à partir des mots de synthèse écrits par les soignants. Cependant, nous savons par expérience que chaque soignant ne commence pas systématiquement son mot de synthèse au moment où il voit le patient. Il existe alors un biais d'information qui a tendance à augmenter le délai des prises en charge médicale et psychiatrique.

En faisant le choix d'apparier les groupes sur certaines variables comme vu plus haut (IV.3.1), nous avons créé des groupes qui ne sont pas strictement comparables. Du fait qu'aucune analyse multivariée n'ait été réalisée par la suite, il existe des biais de confusion dans notre étude.

Enfin, notre étude est observationnelle et rétrospective, le niveau de preuve est donc faible.

IV.3.2.2. Concernant le questionnaire

Nous avons fait le choix de proposer majoritairement des questions à choix multiples. En effet, la majorité des choix disponibles étaient issue des données de la littérature citées préalablement. Nous voulions recueillir les pensées et habitudes des soignants sur ces données. Quelques autres choix de réponse étaient inspirés de notre pratique. Les questions à réponses libres nous permettaient d'évoquer d'autres solutions à notre question de thèse. Ainsi, la liste des obstacles à la prise en charge de ces patients n'est pas exhaustive et plusieurs obstacles ont pu ne pas être étudiés dans ce travail.

Il peut aussi exister des biais de sélection car les professionnels s'intéressant à la santé mentale ont pu être plus enclins à répondre au questionnaire. De plus, la majorité des répondants des autres centres qu'HEH étaient des externes, ces résultats ne sont donc pas généralisables.

IV.4. Ouverture

La santé mentale étant un sujet de plus en plus reconnu dans notre société, de nombreuses études s'y intéressent et notamment dans les services d'urgences qui sont un lieu d'accueil privilégié pour les patients concernés.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

L'étude OPOSSUM réalisée sur HEH cherche à détecter dans le lot de patients se présentant pour motif psychiatrique ceux qui ont une pathologie somatique sous-jacente. Elle se base en partie sur la réalisation de deux tests neurocognitifs : le test de l'horloge et la BREF (Figure 17 et Figure 18 en annexe).

Dans un objectif d'améliorer le parcours de soin, un autre axe de cette étude a recherché si l'orientation d'un patient par le médecin traitant aux urgences générales pour avis psychiatrique, avait une influence sur la durée de son hospitalisation et sur son temps de passage aux urgences (18).

Il serait intéressant dans un autre travail de rechercher les interventions ciblées qui pourraient être mises en place dans les services d'urgences afin d'améliorer la prise en charge des patients admis pour motif psychiatrique. Une étude interventionnelle avant/après semble être la plus appropriée.

Par ailleurs, il semble intéressant de développer des sessions de formation psychiatrique sous forme de tables rondes permettant des échanges entre les somaticiens et les psychiatres, comme celles prévues début décembre à Lyon au sujet de la stigmatisation des urgences psychiatriques (30èmes journées de l'AFERUP).

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

V. CONCLUSION

Notre étude s'inscrit dans la lignée d'autres travaux nationaux et internationaux qui étudient la santé mentale aux urgences et ses problématiques. Bien que souffrant de certaines limites, nos résultats sont cohérents avec les précédentes études. La durée de séjour aux urgences était significativement plus longue chez les patients à motif psychiatrique (13h09) que chez les patients à motif somatique (7h03, $p < 0,0001$). Cependant, nous n'avons pas trouvé de différence significative sur le délai de premier contact médical dans ces deux groupes.

Notre questionnaire a permis de mettre en lumière que les difficultés liées à la prise en charge des patients admis pour motif psychiatrique sont plurifactorielles : les locaux sont souvent inadaptés, les dossiers sont chronophages et il existe un manque d'affinité et des lacunes au niveau de la formation en psychiatrie. En outre, 80% des professionnels ne travaillant pas à HEH estiment que l'absence d'équipe de psychiatrie à temps plein allonge les durées de prise en charge.

Cette étude montre qu'il existe de nombreux obstacles à la prise en charge des patients admis pour motif psychiatrique. Alors qu'on estime en France que près d'un individu sur cinq souffre d'au moins un trouble mental, et que 5% des motifs de consultation sont psychiatriques, l'identification de ces obstacles peut nous permettre de rechercher des axes d'amélioration. L'implémentation d'une équipe psychiatrique dédiée aux différents services des urgences, la construction de locaux adaptés lors des réhabilitations des SAU ou la simplification administrative pour les soignants peuvent en être des ébauches. Il faudrait envisager une étude de plus grande ampleur afin de mieux préciser ces besoins.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

BIBLIOGRAPHIE

1. Constitution [Internet]. [cité 26 juin 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/about/governance/constitution

2. Santé mentale : renforcer notre action [Internet]. [cité 21 juill 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

3. Référenciel de psychiatrie ECN, 3ème édition [Internet]. [cité 23 juill 2023]. Disponible sur: http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf

4. Troubles mentaux [Internet]. [cité 23 juill 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

5. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 20 juill 2019;394(10194):240-8.

6. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. Int J Epidemiol. avr 2014;43(2):476-93.

7. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. [Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population]. Encephale. 2005;31(2):182-94.

8. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. Annu Rev Clin Psychol. 2014;10:425-48.

9. Chevreul K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental disorders in France. Eur Neuropsychopharmacol. août 2013;23(8):879-86.

10. psychiatrie - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Disponible sur: https://dictionnaire.lerobert.com/definition/psychiatrie

11. Référentiels SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 29 juin 2023]. Disponible sur: https://www.sfmu.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/referentiels-sfmu/le-thesaurus-des-motifs-de-recours/ref_id/22

12. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales [Internet]. [cité 23 juill 2023]. Disponible sur: https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=21540

13. Bouget J, David C, Jouannic I, Quinquenel ML, Cahagne V, Loiselet G. Le taux d'occupation ponctuel (TOP) : outil d'évaluation aux urgences. Réanimation Urgences. 1 nov 1997;6(5):621-7.

14. Bulletin Officiel n°2003-20 [Internet]. [cité 25 août 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

15. Circulaire du 14 mars 1990 RELATIVE AUX ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE LA SANTE MENTALE - Légifrance [Internet]. [cité 27 juin 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000295864

16. Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation - Légifrance [Internet]. [cité 27 juin 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000429878/

17. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002-303 mars 4, 2002.

18. Renaud R. Thèse d'exercice en médecine du Dr Romain Renaud « Orientation des patients avec troubles psychiatriques aux urgences par le médecin traitant, influence sur les durées d'hospitalisation et de passage aux urgences. Données préliminaires de l'étude OPOSSUM » soutenue le 28 juin 2023. 2023.

19. Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques. - APHP DAJDP [Internet]. [cité 28 juill 2023]. Disponible sur: http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-39-92-dh-pedgs-3-c-du-30-juillet-1992-relative-a-la-prise-en-charge-des-urgences-psychiatriques/

20. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 28 juill 2023]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-usagers-des-urgences-premiers-resultats-dune-enquete-0

21. L'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières [Internet]. [cité 28 juill 2023]. Disponible sur: https://drees2-sgsocialgouv.opendatasoft.com/explore/dataset/507_l-enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres/information/

22. Australian Institute of Health and Welfare [Internet]. 2015 [cité 28 juill 2023]. Emergency department care 2014–15: Australian hospital statistics, Summary. Disponible sur: https://www.aihw.gov.au/reports/hospitals/ahs-2014-15-emergency-department-care/summary

23. Recommandations de la SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 27 juin 2023]. Disponible sur: https://www.sfmu.org/fr/publications/recommandations-de-la-sfmu/prise-en-charge-du-patient-adulte-a-presentation-psychiatrique-dans-les-structures-d-urgences-/con_id/540

24. Urgences 2014 - 8e Congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence [Internet]. [cité 28 juill 2023]. Disponible sur: https://www.sfmu.org/upload/70_formation/02_eformation/02_congres/Urgences/urgences2014/donnees/fs_tout_art.htm

25. Consensus - Recommandations / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU [Internet]. [cité 28 juin 2023]. Disponible sur: https://www.sfmu.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/consensus/prise-en-charge-du-patient-adulte-a-presentation-psychiatrique-dans-les-structures-d-urgences-/con_id/540

26. Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. Am J Psychiatry. nov 1994;151(11):1584-91.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

27. Iserson KV, Moskop JC. Triage in medicine, part I: Concept, history, and types. Ann Emerg Med. mars 2007;49(3):275-81.

28. Taboulet P, Maillard-Acker C, Ranchon G, Goddet S, Dufau R, Vincent-Cassy C, et al. Triage des patients à l'accueil d'une structure d'urgences. Présentation de l'échelle de tri élaborée par la Société française de médecine d'urgence : la FRench Emergency Nurses Classification in Hospital (FRENCH). Ann Fr Med Urgence. janv 2019;9(1):51-9.

29. Five-level emergency triage systems: variation in assessment of validity - PubMed [Internet]. [cité 27 juin 2023]. Disponible sur: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28751363/

30. Slade EP, Dixon LB, Semmel S. Trends in the Duration of Emergency Department Visits, 2001–2006. PS. sept 2010;61(9):878-84.

31. Pascoe SE, Aggar C, Penman O. Wait times in an Australian emergency department: A comparison of mental health and non-mental health patients in a regional emergency department. Int J Mental Health Nurs. juin 2022;31(3):544-52.

32. Baia Medeiros DT, Hahn-Goldberg S, O'Connor E, Aleman DM. Analysis of emergency department length of stay for mental health visits: A case study of a Canadian academic hospital. CJEM. mai 2019;21(3):374-83.

33. Zeitz K, Watson D, Zeitz K, Watson D. Principles of capacity management, applied in the mental health context. Aust Health Review. 22 juin 2017;42(4):438-44.

34. Byrne D, Browne JG, Conway R, Cournane S, O'Riordan D, Silke B. Mortality outcomes and emergency department wait times - the paradox in the capacity limited sytem. Acute Med. 2018;17(3):130-6.

35. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. Medical Journal of Australia. mars 2006;184(5):213-6.

36. Fordyce J, Blank FS j, Pekow P, Smithline HA, Ritter G, Gehlbach S, et al. Errors in a busy emergency department. Ann Emerg Med. sept 2003;42(3):324-33.

37. Jelinek G, Mackinlay C, Weiland T, Hill N, Gerdtz M. Barriers to the operation of mental health legislation in Australian emergency departments: a qualitative analysis. J Law Med. juin 2011;18(4):716-23.

38. Weiland TJ, Mackinlay C, Hill N, Gerdtz MF, Jelinek GA. Optimal management of mental health patients in Australian emergency departments: Barriers and solutions: ED mental health: Barriers and solutions. Emergency Medicine Australasia. déc 2011;23(6):677-88.

39. Valdenaire G. Examen somatique du patient psychiatrique aux Urgences.

40. Motifs_de_recours_SFMU_2010.pdf [Internet]. [cité 27 juin 2023]. Disponible sur: https://www.sfmu.org/upload/referentielsSFMU/Motifs_de_recours_SFMU_2010.pdf

41. Holland LL, Smith LL, Blick KE. Reducing Laboratory Turnaround Time Outliers Can Reduce Emergency Department Patient Length of Stay: An 11-Hospital Study. Am J Clin Pathol. nov 2005;124(5):672-4.

42. Temps d'attente aux Urgences - Mission Meah 2005.pdf [Internet]. [cité 18 sept 2023]. Disponible sur: http://urgentologue.free.fr/dmdocuments/organisation/sau/MeaH/2005-06%20-%20temps%20d'attente%20aux%20Urgences%20-%20fin%20mission.pdf

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

43. Aloird J. Évaluation du délai de rendu des résultats d'examens biologiques: audit clinique au sein de la structure de médecine d'urgence et du laboratoire de biologie médicale de l'Hôpital d'Instruction des Armées Robert Picqué entre 2012 et 2013.

44. Carter EJ, Pouch SM, Larson EL. The Relationship Between Emergency Department Crowding and Patient Outcomes: A Systematic Review: Emergency Department Crowding and Patient Outcomes. Journal of Nursing Scholarship. mars 2014;46(2):106-15.

45. Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, MacKinnon NJ, Kovacs G. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. BMJ Quality & Safety. 1 juill 2011;20(7):564-9.

46. Bleichner G, Bleichner G, Braun F, Burnouf JM, Cerfontaine C, Delaire L, et al. Architecture des services d'urgence. Journal Européen des Urgences. juin 2005;18(2):102-26.

47. Marzola E, Duranti E, De-Bacco C, Lupia E, Villari V, Abbate-Daga G. Psychiatric patients at the emergency department: factors associated with length of stay and likelihood of hospitalization. Intern Emerg Med. avr 2022;17(3):845-55.

48. Article L3222-5-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 18 sept 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031918948

49. Combelles M, Vaniet F, Jardon V, Debien C, Bonfils C, Wiel E, et al. Fréquence des troubles organiques chez les patients admis pour un motif psychiatrique aux urgences. Journal Européen des Urgences. juin 2009;22:A115.

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

ANNEXES

Table 2. Barriers to effective assessment and management of mental health presentations in EDs as perceived by clinicians

Core theme	*n*	Sub-theme
Environment or resources	D = 19 N = 11	Limited time (11 D, 7 N) Limited appropriate physical space (7 D, 7 N) Access block or ED overcrowing (7 D, 5 N) Concern for security and safety (5 D, 3 N) Lack of access to drug an alcohol services (1 D, 8 N)† Limited access to mental health services (6 D, 2 N) Lack of 24 h access to mental health services (2 D, 1 N) Limited space in general (2 D) Limited resources for training (2 N) Legislation issues (1 N)
Staff factors	D = 20 N = 10	Staff attitudes (5 D, 1 N) Lack of knowledge and experience (7 D, 7 N) Language and jargon barriers between staffing groups (1 D) Interdisciplinary rejection of care responsibilities (8 D, 2 N) Avoidance of patient presentation types (5 D, 2 N) Cultural understanding (2 D) Human resource supply and skill mix (1 N)
Patient factors	D = 12 N = 7	Impact of comorbidities on assessment/management (4 D, 3 N). Effects of dual diagnosis (3 D, 1 N) Stereotypes (1 D, 1 N) Aggression (2 D, 2 N) Presentation issues complicating an accurate history or diagnosis (4 D) Frequent attenders (2 D) Difficulties differentiating between mental health issues and social disorganization (2 D, 1 N) Intoxication (1 D, 1 N)

†*Issue raised in response to other open-ended questions. D, doctor; N, nurse.*

Tableau 10 Tableau issu de l'étude de Weiland et al. 2017 sur la classification des obstacles à la prise en charge optimale des patients à motif psychiatrique aux urgences

Données
– La prescription d'une biologie ; – L'heure de la demande et de la réception des résultats de la PCR Covid le cas échéant ; – L'heure de la demande et de la réception des résultats du scanner le cas échéant ; – Le diagnostic final aux urgences; – Les modalités de sortie : hospitalisation ou retour à domicile ; – La nécessité d'un avis spécialisé autre que psychiatrique ; – La prescription d'une contention physique ; – L'existence d'une intoxication associée et la nécessité d'un sevrage avant l'évaluation médicale le cas échéant ; – La nécessité d'une prise en charge somatique rapide au premier plan ; – Le consentement de l'hospitalisation le cas échéant.

Tableau 11 Données recueillies dans les dossiers informatiques Easily® pour les patients à motif psychiatrique servant aux objectifs secondaires de l'étude

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Prise en charge somatique des patients à motif psychiatrique aux urgences

Etude des pratiques

Question n°1 : Disposez-vous d'une équipe de liaison psychiatrique au SAU? *(Uniquement pour les séniors en dehors d'HEH)*

- ☐ *Oui*
- ☐ *Non*

Question n°2 : Cette équipe est disponible: *(Uniquement pour les séniors en dehors d'HEH)*

	Oui	*Non*
24h/24	☐	☐
7j/7	☐	☐

Question n°3 : Cette équipe est constituée: *(Uniquement pour les séniors en dehors d'HEH)*

- ☐ *D'un psychiatre et d'une IDE psychiatrique*
- ☐ *D'un psychiatre seul*
- ☐ *D'une IDE seule*
- ☐ *Autre*

Question n°4 : Avez- vous l'impression que le temps de présence aux urgences de vos patients admis pour un motif psychiatrique est plus long que celui de vos patients admis pour un motif somatique ?

- ☐ *Oui*
- ☐ *Non*

Question n°5 : Pour quelle(s) raison(s) ?

	Oui	*Non*
Car il n'y a pas d'équipe de psychiatrie à temps plein?	☐	☐
Car le degré de leur tri réalisé par l'IOA est souvent moins urgent (ex: 3-4 sur l'échelle FRENCH)?	☐	☐

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Question n°6 : A quel point êtes-vous en accord avec les propositions suivantes?

	Pas du tout d'accord	*Plutôt pas d'accord*	*Plutôt d'accord*	*Tout à fait d'accord*
A tri égal, un patient à motif somatique est plus grave qu'un patient à motif psychiatrique.	☐	☐	☐	☐
A tri égal, un patient à motif psychiatrique a plus de chances de se dégrader qu'un patient à motif somatique.	☐	☐	☐	☐
En cas d'hospitalisation sous contrainte, la charge administrative (certificats, transferts) allonge le temps de prise en charge.	☐	☐	☐	☐
Le motif psychiatrique associé à une intoxication (alcool, médicaments, drogues) augmente le temps de prise en charge.	☐	☐	☐	☐
De manière générale, un patient à motif somatique est plus grave qu'un patient à motif psychiatrique.	☐	☐	☐	☐
L'absence d'équipe psychiatrique dédiée au SAU allonge le temps de prise en charge. (Uniquement pour les professionnels en dehors d'HEH)	☐	☐	☐	☐

Question n°7 : Autre explication sur l'augmentation du délai de prise en charge?

Réponse libre

Question n°8 : Est-ce que, le plus souvent, vos patients venus pour un motif psychiatrique ont aussi un motif somatique en parallèle (ex: intoxication, traumatisme)?

☐ *Non*
☐ *Oui*

Question n°9 : Rencontrez-vous une difficulté à la prise en charge des patients admis pour motif psychiatrique ?

Jamais	*Rarement*	*Parfois*	*Souvent*	*Toujours*
☐	☐	☐	☐	☐

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Question n°10 : Parmi les propositions suivantes, indiquez à quel point chaque affirmation est une difficulté pour vous lors de votre prise en charge des patients admis pour motif psychiatrique :

	Pas du tout d'accord	*Plutôt pas d'accord*	*Plutôt d'accord*	*Tout à fait d'accord*
Ma formation est insuffisante en psychiatrie.	☐	☐	☐	☐
Les patients psychiatriques me font peur (impulsivité, discours, antécédents judiciaires).	☐	☐	☐	☐
Je n'ai pas d'affinité pour cette spécialité.	☐	☐	☐	☐
Leur prise en charge est chronophage et donc difficile à réaliser correctement au SAU, du fait de l'activité soutenue.	☐	☐	☐	☐
La prise en charge des patients psychiatriques peut être frustrante (motif non urgent, prise en charge non aboutie au SAU).	☐	☐	☐	☐
Les locaux sont inadaptés à la prise en charge de ces patients (localisation des box, salle de contention).	☐	☐	☐	☐

Question n°11 : Autre difficulté ?

Réponse libre.

Question n°12 : Parmi les propositions suivantes relatives à la prise en charge médicale des patients admis pour motif psychiatrique, indiquez à quelle fréquence vous adoptez chaque comportement :

	Jamais	*Rarement*	*Parfois*	*Souvent*	*Toujours*
S'il n'y a pas de motif somatique, j'attends systématiquement l'avis psychiatrique avant de les examiner.					
Je vois les patients en fonction de l'échelle de tri.					
Peu importe le motif d'admission, je vois les patients quand ils sont boxés.					
En l'absence de motif somatique, si l'externe a réalisé l'examen somatique, je réexamine le patient après lui/elle. (Uniquement pour les séniors)					
En l'absence de motif somatique, si l'interne a réalisé l'examen somatique, je réexamine le patient après lui/elle. (Uniquement pour les séniors)					
J'attends le séniors somaticien pour aller voir le patient avec lui. (Uniquement pour les internes/externes)					

Informations démographiques

Question n°13 : Quel est votre sexe?

- ☐ *Homme*
- ☐ *Femme*
- ☐ *Non binaire*

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

☐ *Ne souhaite pas répondre*

Question n°15 : Quel est votre âge?

☐ *15-25 ans*
☐ *26-35 ans*
☐ *36-45 ans*
☐ *46-55 ans*
☐ *> 55 ans*
☐ *Ne souhaite pas répondre*

Question n°16 : Quel est votre titre de poste?

☐ *Externe*
☐ *Interne ou Faisant Fonction d'Interne (FFI)*
☐ *Médecin thésé*

Question n°17 : Dans quel centre hospitalier travaillez-vous? *(Uniquement pour les séniors en dehors d'HEH)*

☐ *Centre Hospitalier de Lyon Sud*
☐ *Hôpital de Croix Rousse*
☐ *Hôpital Saint Joseph Saint Luc*

Tableau 12 Questionnaire à destination des professionnels de santé

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

	Diagnostic de sortie des patients à motif psychiatrique
Psychiatrie*	
Anxiété généralisée	*9 (6,9)*
Symptômes et signes relatifs à l'apparence et au comportement	*6 (4,5)*
Trouble affectif bipolaire	*1 (0,7)*
Episode dépressif*	*25 (18,9)*
Autres symptômes et signes relatifs à l'humeur	*22 (16,5)*
Trouble de la personnalité**	*7 (5,4)*
Schizophrénie	*3 (2,3)*
Trouble délirant	*2 (1,5)*
Etat de stress post-traumatique	*2 (1,5)*
Réaction aiguë à un facteur de stress	*4 (3,0)*
Trouble panique	*2 (1,5)*
Toxicologie*	
Effet toxique d'une substance	*2 (1,5)*
Effet toxique de l'éthanol	*15 (11,3)*
Intoxication par benzodiazépines	*17 (12,8)*
Intoxication par cocaïne	*2 (1,5)*
Intoxication par dérivés du 4-aminophénol*****	*5 (3,7)*
Intoxication par médicament psychotrope	*3 (2,3)*
Neurologie*	
Altération de l'état général	*1 (0,7)*
Désorientation	*1 (0,7)*
Endocrinologie*	
Diabète sucré de type 1, avec acidocétose	*1 (0,7)*
Rhumatologie*	
Douleur au niveau d'un membre	*1 (0,7)*
Néphrologie*	
Hypoosmolarités et hyponatrémies	*1 (0,7)*
Cardiologie*	
Syncope et collapsus	*1 (0,7)*

Tableau 13 Diagnostic de sortie des patients à motif psychiatrique

** n(%)*

*** Episode dépressif léger, modéré ou sévère*

**** Personnalité dyssociale, émotionnelle labile type bordeline, émotionnelle labile type impulsif*

***** Métabolites du Paracétamol*

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

	Total N = 123	Séniors et Internes N = 68	Séniors N = 34	Internes N = 34	Externes N = 55	P value*
A tri égal, un patient à motif somatique est plus grave qu'un patient à motif psychiatrique :*						
Pas du tout d'accord	*15 (12,2)*	*10 (14,7)*	*7 (20,6)*	*3 (8,8)*	*5 (9,1)*	*0,506*
Plutôt pas d'accord	*69 (56,1)*	*35 (51,5)*	*17 (50,0)*	*18 (52,9)*	*34 (61,8)*	
Plutôt d'accord	*34 (27,6)*	*21 (30,9)*	*10 (29,4)*	*11 (32,4)*	*13 (23,6)*	
Tout à fait d'accord	*5 (4,1)*	*2 (2,9)*	*0 (0,0)*	*2 (5,9)*	*3 (5,5)*	
A tri égal, un patient à motif psychiatrique a plus de chances de se dégrader qu'un patient à motif somatique :						
Pas du tout d'accord	*5 (4,1)*	*4 (5,9)*	*1 (2,9)*	*3 (8,8)*	*1 (1,8)*	*0,830*
Plutôt pas d'accord	*86 (69,9)*	*47 (69,1)*	*26 (76,5)*	*21 (61,8)*	*39 (70,9)*	
Plutôt d'accord	*30 (24,4)*	*16 (23,5)*	*6 (17,6)*	*10 (29,4)*	*14 (25,5)*	
Tout à fait d'accord	*2 (1,6)*	*1 (1,5)*	*1 (2,9)*	*0 (0,0)*	*1 (1,8)*	
En cas d'hospitalisation sous contrainte, la charge administrative (certificats, transferts) allonge le temps de prise en charge :						
Pas du tout d'accord	*0 (0,0)*	*0 (0,0)*	*0 (0,0)*	*0 (0,0)*	*0 (0,0)*	***0,001***
Plutôt pas d'accord	*18 (14,6)*	*13 (19,1)*	*7 (20,6)*	*6 (17,6)*	*5 (9,1)*	
Plutôt d'accord	*73 (59,3)*	*30 (44,1)*	*15 (44,1)*	*15 (44,1)*	*43 (78,2)*	
Tout à fait d'accord	*32 (26,0)*	*25 (36,8)*	*12 (35,3)*	*13 (38,2)*	*7 (12,7)*	
Le motif psychiatrique associé à une intoxication (alcool, médicaments, drogues) augmente le temps de prise en charge :						
Pas du tout d'accord	*1 (0,8)*	*0 (0,0)*	*0 (0,0)*	*0 (0,0)*	*1 (1,8)*	***<0,0001***
Plutôt pas d'accord	*11 (8,9)*	*4 (5,9)*	*2 (5,9)*	*(2)5,9*	*7 (12,7)*	
Plutôt d'accord	*36 (29,3)*	*11 (16,2)*	*3 (8,8)*	*8 (23,5)*	*25 (45,5)*	
Tout à fait d'accord	*75 (61,0)*	*53 (77,9)*	*29 (85,3)*	*24 (70,6)*	*22 (40,0)*	
De manière générale, un patient à motif somatique est plus grave qu'un patient à motif psychiatrique :						
Pas du tout d'accord	*23 (18,7)*	*10 (14,7)*	*6 (17,6)*	*13 (23,6)*	*23 (18,7)*	*0,465*
Plutôt pas d'accord	*68 (55,3)*	*38 (55,9)*	*17 (50,0)*	*30 (54,5)*	*68 (55,3)*	
Plutôt d'accord	*31 (25,2)*	*19 (27,9)*	*11 (32,4)*	*12 (21,8)*	*31 (25,2)*	
Tout à fait d'accord	*1 (0,8)*	*1 (1,5)*	*0 (0,0)*	*0 (0,0)*	*1 (0,8)*	
L'absence d'équipe psychiatrique dédiée au SAU allonge le temps de prise en charge :***	*(n=44)*	*(n=44)*	*(n=34)*	*(n=10)*	*N/A*	*N/A*
Pas du tout d'accord	*0 (0,0)*	*0 (0,0)*	*0 (0,0)*	*0 (0,0)*	*N/A*	
Plutôt pas d'accord	*1 (4,2)*	*1 (4,2)*	*1 (7,1)*	*0 (0,0)*	*N/A*	
Plutôt d'accord	*4 (16,7)*	*4 (16,7)*	*4 (28,6)*	*0 (0,0)*	*N/A*	
Tout à fait d'accord	*19 (79,2)*	*19 (79,2)*	*9 (64,3)*	*10 (100,0)*	*N/A*	

Tableau 14 Réponses à la question n°6 du questionnaire
N/A = groupe non concerné par ce résultat
** p value obtenue par un test exact de Fisher entre les catégories « séniors et internes » et « externes », avec risqua α de 5%*
*** n(%)*
**** Valeurs retenues sur les séniors et internes ne travaillant pas à l'Hôpital Edouard Herriot*

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

	Total N = 123	Séniors et Internes N = 68	Séniors N = 34	Internes N = 34	Externes N = 55
Est-ce que, le plus souvent, vos patients venus pour un motif psychiatrique ont aussi un motif somatique en parallèle (ex: intoxication, traumatisme)? *					
NON	*33 (26,8)*	*21 (30,9)*	*11 (32,4)*	*10 (29,4)*	*12 (21,8)*
OUI	*90 (73,2)*	*47 (69,1)*	*23 (67,6)*	*24 (70,6)*	*43 (78,2)*

Tableau 15 Réponses à la question n°8 du questionnaire

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

	Total						HEH			Hors HEH		
	Total N = 123	Séniors et Internes N = 68	Séniors N = 34	Internes N = 34	Externes N = 55	P value*	Total N = 77	Séniors et Internes N = 44	Externes N= 33	Total N = 45	Séniors et Internes N = 24	Externes N = 21
Rencontrez-vous une difficulté à la prise en charge des patients admis pour motif psychiatrique? **										***		
Jamais	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	**0,002**	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Rarement	12 (9,8)	10 (14,7)	7 (20,6)	3 (8,8)	2 (3,6)		10 (13,0)	8 (18,2)	2 (6,1)	2 (4,3)	2 (8,3)	0 (0,0)
Parfois	56 (45,5)	35 (51,5)	17 (50,0)	18 (52,9)	21 (38,2)		37 (48,1)	22 (50,0)	15 (45,5)	19 (41,3)	13 (54,2)	6 (28,6)
Souvent	52 (42,3)	21 (30,9)	10 (29,4)	11 (32,4)	31 (56,4)		28 (36,4)	12 (27,3)	16 (48,5)	24 (52,2)	9 (37,5)	14 (66,7)
Toujours	3 (2,4)	2 (2,9)	0 (0,0)	2 (5,9)	1 (1,8)		2 (2,6)	2 (4,5)	0 (0,0)	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (4,5)

Tableau 16 Réponses à la question n°9 du questionnaire
** p value obtenue par un test de Kruskal-Wallis entre les catégories « séniors », « internes » et « externes », avec risqua α de 5%.*
*** n(%)*
**** p value entre les « Séniors et internes » d'HEH et les « Séniors et internes » hors HEH calculée à 0,550 avec un risqua α de 5% (test de tendance Cochran-Armitage).*

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

	Total						HEH			Hors HEH		
	Total N = 123	Séniors et Internes N = 68	Séniors N = 34	Internes N = 34	Externes N = 55	P value*	Total N = 77	Séniors et Internes N = 44	Externes N= 33	Total N = 45	Séniors et Internes N = 24	Externes N = 21
Ma formation est insuffisante en psychiatrie :**												
Pas du tout d'accord	1 (0,8)	1 (1,5)	1 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,892	1 (1,3)	1 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Plutôt pas d'accord	20 (16,3)	10 (14,7)	7 (20,6)	3 (8,8)	10 (18,2)		14 (17,9)	6 (13,6)	8 (23,5)	6 (13,3)	4 (16,7)	2 (9,5)
Plutôt d'accord	79 (64,2)	45 (66,2)	22 (64,7)	23 (67,6)	34 (61,8)		46 (59,0)	28 (63,6)	18 (52,9)	33 (73,3)	17 (70,8)	16 (76,2)
Tout à fait d'accord	23 (18,7)	12 (17,6)	4 (11,8)	8 (23,5)	11 (20,0)		17 (21,8)	9 (20,5)	8 (23,5)	6 (13,3)	3 (12,5)	3 (14,3)
Les patients psychiatriques me font peur (impulsivité, discours, antécédents judiciaires) :												
Pas du tout d'accord	17 (13,8)	12 (17,6)	11 (32,4)	1 (2,9)	5 (9,1)	0,569	11 (14,1)	8 (18,2)	3 (8,8)	6 (13,3)	4 (16,7)	2 (9,5)
Plutôt pas d'accord	58 (47,2)	30 (44,1)	17 (50,0)	13 (38,2)	28 (50,9)		35 (44,9)	17 (38,6)	18 (52,9)	23 (51,1)	13 (54,2)	10 (47,6)
Plutôt d'accord	38 (30,9)	21 (30,9)	5 (14,7)	16 (47,1)	17 (30,9)		24 (30,8)	14 (31,8)	10 (29,4)	14 (31,1)	7 (29,2)	7 (33,3)
Tout à fait d'accord	10 (8,1)	5 (7,4)	1 (2,9)	4 (11,8)	5 (9,1)		8 (10,3)	5 (11,4)	3 (8,8)	2 (4,4)	0 (0,0)	2 (9,5)
Je n'ai pas d'affinité pour cette spécialité :												
Pas du tout d'accord	23 (18,7)	8 (11,8)	4 (11,8)	4 (1,8)	15 (27,3)	0,063	13 (16,7)	6 (13,6)	7 (20,6)	10 (22,2)	2 (8,3)	8 (38,1)
Plutôt pas d'accord	41 (33,3)	21 (30,9)	11 (32,4)	10 (29,4)	20 (36,4)		25 (32,1)	13 (29,5)	12 (35,3)	16 (35,6)	8 (33,3)	8 (38,1)
Plutôt d'accord	44 (35,8)	30 (44,1)	14 (41,2)	16 (47,1)	14 (25,5)		28 (35,9)	17 (38,6)	11 (32,4)	16 (35,6)	13 (54,2)	3 (14,3)
Tout à fait d'accord	15 (12,2)	9 (13,2)	5 (14,7)	4 (11,8)	6 (10,9)		12 (15,4)	8 (18,2)	4 (11,8)	3 (6,7)	1 (4,2)	2 (9,5)
Leur prise en charge est chronophage et donc difficile à réaliser correctement au SAU, du fait de l'activité soutenue : ***						0,058						
Pas du tout d'accord	5 (4,1)	2 (2,9)	1 (2,9)	1 (2,9)	3 (5,5)		2 (2,6)	0 (0,0)	2 (5,9)	3 (6,7)	2 (8,3)	1 (4,8)
Plutôt pas d'accord	26 (21,1)	12 (17,6)	6 (17,6)	6 (17,6)	14 (25,5)		18 (23,1)	6 (13,6)	12 (35,3)	8 (17,8)	6 (25,0)	2 (9,5)
Plutôt d'accord	60 (48,8)	30 (44,1)	16 (47,1)	14 (41,2)	30 (54,5)		37 (47,4)	20 (45,5)	17 (50,0)	23 (51,1)	10 (41,7)	13 (61,9)
Tout à fait d'accord	32 (26,0)	24 (35,3)	11 (32,4)	13 (38,2)	8 (14,5)		21 (26,9)	18 (40,9)	3 (8,8)	11 (24,4)	6 (25,0)	5 (23,8)
La prise en charge des patients psychiatriques peut être frustrante (motif non urgent, prise en charge non aboutie au SAU....) :						0,454						
Pas du tout d'accord	2 (1,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (3,6)		1 (1,3)	0 (0,0)	1 (2,9)	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (,8)
Plutôt pas d'accord	18 (14,6)	10 (14,7)	6 (17,6)	4 (11,8)	8 (14,5)		13 (16,7)	5 (11,4)	8 (23,5)	5 (11,1)	5 (20,8)	0 (0,0)
Plutôt d'accord	74 (60,2)	40 (58,8)	20 (58,8)	20 (58,8)	34 (61,8)		44 (56,4)	26 (59,1)	18 (52,9)	30 (66,7)	14 (58,3)	16 (76,2)
Tout à fait d'accord	29 (23,6)	18 (26,5)	8 (23,5)	10 (29,4)	11 (20,0)		20 (25,6)	13 (29,5)	7 (20,6)	9 (20,0)	5 (20,8)	4 (19,0)
Les locaux sont inadaptés à la prise en charge de ces patients (localisation des box, salle de contention):******						**0,039**						
Pas du tout d'accord	5 (4,1)	4 (5,9)	3 (8,8)	1 (2,9)	1 (1,8)		5 (6,4)	4 (9,1)	1 (2,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Plutôt pas d'accord	28 (22,8)	11 (16,2)	6 (17,6)	5 (14,7)	17 (30,9)		26 (33,3)	10 (22,7)	16 (47,1)	2 (4,4)	1 (4,2)	1 (4,8)
Plutôt d'accord	50 (40,7)	25 (36,8)	11 (32,4)	14 (41,2)	25 (45,5)		32 (41,0)	19 (43,2)	13 (38,2)	18 (40,0)	6 (25,0)	12 (57,1)
Tout à fait d'accord	40 (32,5)	28 (41,2)	14 (41,2)	14 (41,2)	12 (21,8)		15 (19,2)	11 (25,0)	4 (11,8)	25 (55,6)	17 (70,8)	8 (38,1)

Tableau 17 Réponses à la question n°10 du questionnaire

*p value obtenue par un test exact de Fisher entre les catégories « séniors et internes » et « externes », avec risqua α de 5%

** n(%)

*** p value entre les « Séniors et internes » d'HEH et les « Séniors et internes » hors HEH calculée à 0,428 avec un risqua α de 5% (test exact de Fisher)

**** p value entre les « Séniors et internes » d'HEH et les « Séniors et internes » hors HEH calculée à 0,002 avec un risqua α de 5% (test exact de Fisher

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

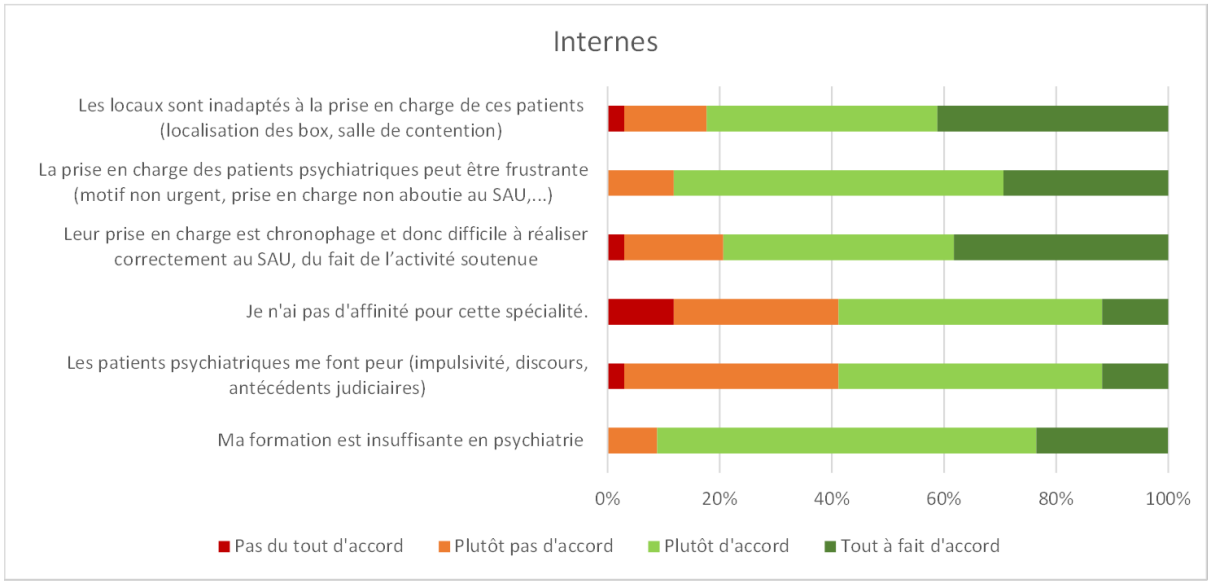


Figure 14 Réponses à la question n°10 du questionnaire par les internes

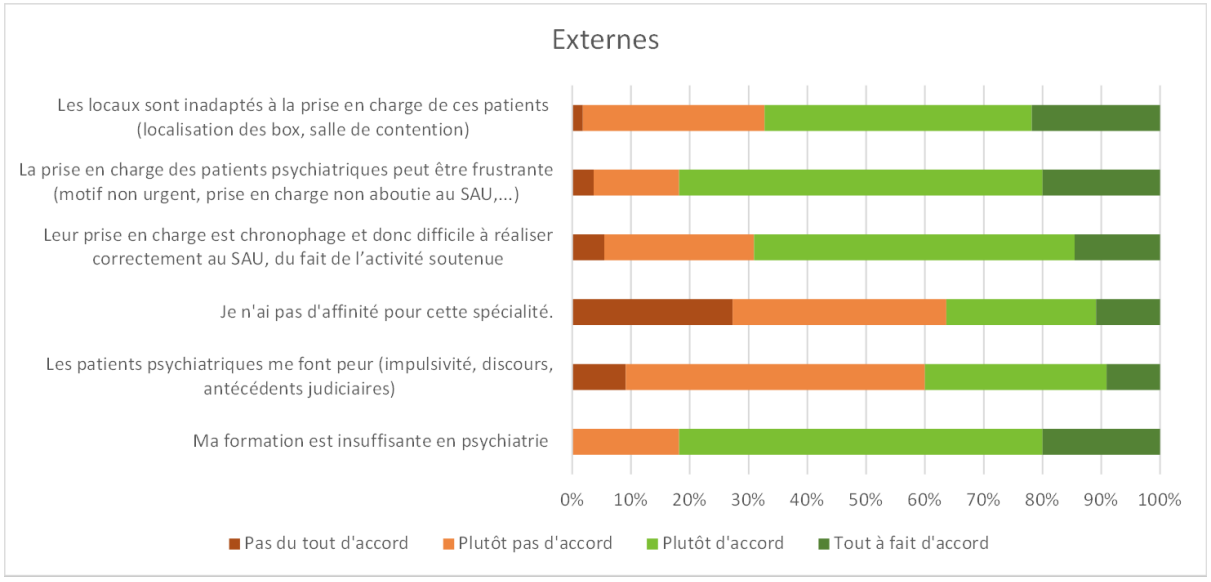


Figure 15 Réponses à la question n°10 du questionnaire par les externe

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

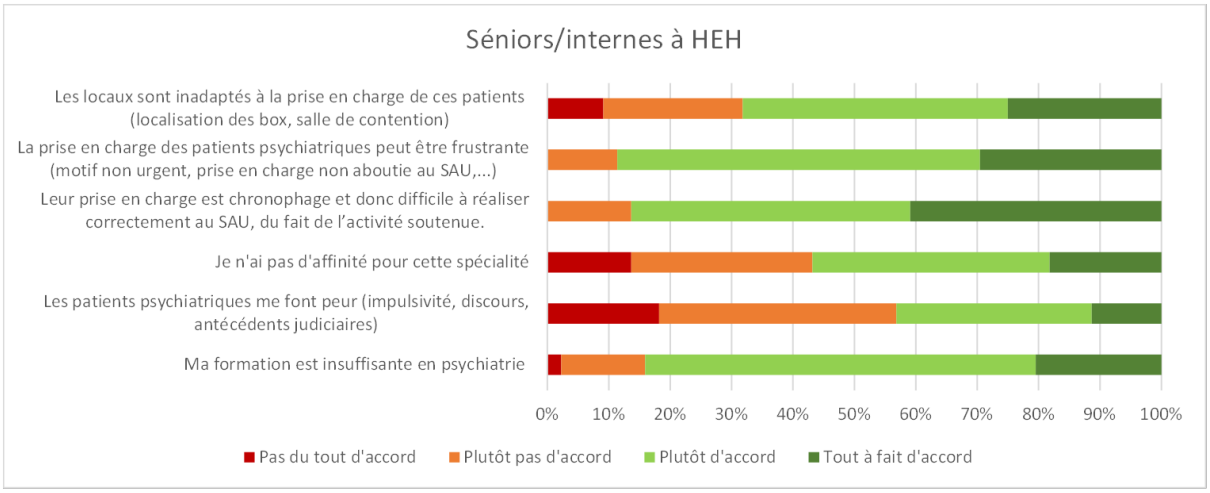


Figure 16 Réponses à la question n°10 du questionnaire par les séniors et internes d'HEH

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

–	Total N = 123	Séniors et Internes N = 68	Séniors N = 34	Internes N = 34	Externes N = 55	P value
S'il n'y a pas de motif somatique, j'attends systématiquement l'avis psychiatrique avant de les examiner :**						
Jamais	50 (40,7)	24 (35,3)	10 (29,4)	14 (41,2)	26 (47,3)	**0,005**
Rarement	43 (35,0)	20 (29,4)	9 (26,5)	11 (32,4)	23 (41,8)	
Parfois	14 (11,4)	11 (16,2)	6 (17,6)	5 (14,7)	3 (5,5)	
Souvent	14 (11,4)	11 (16,2)	7 (20,6)	4 (11,8)	3 (5,5)	
Toujours	2 (1,6)	2 (2,9)	2 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Je vois les patients en fonction de l'échelle de tri :						
Jamais	2 (1,6)	1 (1,5)	1 (2,9)	0 (0,0)	1 (1,8)	
Rarement	6 (4,9)	5 (7,4)	0 (0,0)	5 (14,7)	1 (1,8)	0,153
Parfois	11 (8,9)	5 (7,4)	3 (8,8)	2 (5,9)	6 (10,9)	
Souvent	60 (48,8)	38 (55,9)	19 (55,9)	19 (55,9)	22 (40,0)	
Toujours	44 (35,8)	19 (27,9)	11 (32,4)	8 (23,5)	25 (45,5)	
Peu importe le motif d'admission, je vois les patients quand ils sont boxés :						
Jamais	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	**0,021**
Rarement	11 (8,9)	8 (11,8)	2 (5,9)	6 (17,6)	3 (5,5)	
Parfois	10 (8,1)	7 (10,3)	3 (8,8)	4 (11,8)	3 (5,5)	
Souvent	60 (48,8)	36 (52,9)	16 (47,1)	20 (58,8)	24 (43,6)	
Toujours	42 (34,1)	17 (25,0)	13 (38,2)	4 (11,8)	25 (45,5)	
En l'absence de motif somatique, si l'externe a réalisé l'examen somatique, je réexamine le patient après lui/elle :***	(n=26)		(n=26)			
Jamais	0 (0,0)	N/A	0 (0,0)	N/A	N/A	N/A
Rarement	4 (15,4)	N/A	4 (15,4)	N/A	N/A	
Parfois	5 (19,2)	N/A	5 (19,2)	N/A	N/A	
Souvent	2 (7,7)	N/A	2 (7,7)	N/A	N/A	
Toujours	15 (57,7)	N/A	15 (57,7)	N/A	N/A	
En l'absence de motif somatique, si l'interne a réalisé l'examen somatique, je réexamine le patient après lui/elle :***	(n=26)		(n=26)			
Jamais	3 (11,5)	N/A	3 (11,5)	N/A	N/A	N/A
Rarement	10 (38,5)	N/A	10 (38,5)	N/A	N/A	
Parfois	7 (26,9)	N/A	7 (26,9)	N/A	N/A	
Souvent	3 (11,5)	N/A	3 (11,5)	N/A	N/A	
Toujours	3 (11,5)	N/A	3 (11,5)	N/A	N/A	
J'attends le sénior somaticien pour aller voir le patient avec lui:******	(n=81)				(n=47)	
Jamais	21 (25,9)	N/A	N/A	14 (41,2)	7 (14,9)	
Rarement	40 (49,4)	N/A	N/A	16 (47,1)	24 (51,1)	N/A
Parfois	19 (23,5)	N/A	N/A	4 (11,8)	15 (31,9)	
Souvent	1 (1,2)	N/A	N/A	0 (0,0)	1 (2,1)	
Toujours	0 (0,0)	N/A	N/A	0 (0,0)	0 (0,0)	

Tableau 18 Réponses à la question n°12 du questionnaire

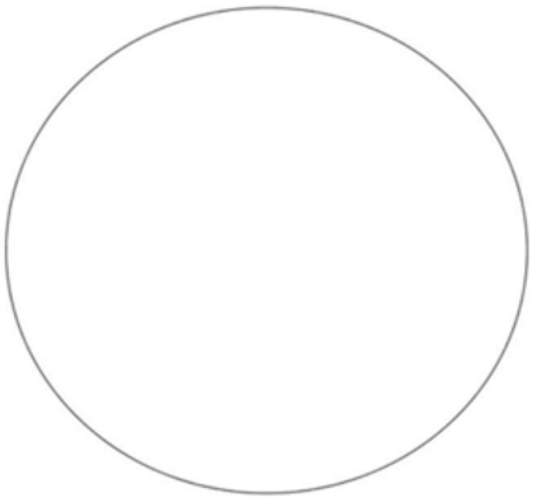
** p value obtenue par un test de tendance Cochran-Armitage entre les catégories « séniors et internes » et « externes », avec risqua α de 5%*

*** n(%)*

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Test de l'horloge

Ceci étant le centre du cadrant, dessinez-moi les aiguilles de sorte à lire 11h10.



.

Le test de l'horloge consiste à présenter au patient une feuille avec un cadran d'horloge pré-dessiné, sur lequel il doit alors ajouter les nombres et dessiner les aiguilles correspondant à l'heure « dix-sept heure moins vingt ».
La durée de ce test est variable mais n'excède habituellement pas les cinq minutes.
Résultats à l'aide d'une cotation sur 7 :

- *Les chiffres de 1 à 12 sont présents /1*
- *Les chiffres sont placés dans le bon ordre /1*
- *Les chiffres sont bien positionnés /1*
- *Les deux aiguilles sont dessinées /1*
- *L'aiguille indiquant l'heure est bien positionnée /1*
- *L'aiguille indiquant les minutes est bien positionnée /1*
- *Les tailles différentes des deux aiguilles sont respectées et exactes /1*

Le score normal est 7/7
Tout point perdu est pathologique.
Une ou plusieurs erreurs lors du dessin spontané indiquent la présence d'un trouble de fonctions exécutives et/ou une praxie visuelle et constructive, pouvant faire évoquer un syndrome démentiel.
Selon les études : Sensibilité 67% à 97,9% et Spécificité 69% à 94,2%.

**(cette heure est particulièrement utile pour dépister subtilement un déficit cognitif, en particulier un trouble du champ visuel)*

Figure 17 Test de l'horloge

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON



Batterie rapide d'efficience frontale

Dubois et al. (2000) Neurology 55

Nom: _____
Date: _____ Résultat:
Examinateur _____

Domaine	Instruction	Score
1. Similitudes (conceptualisation)	"De quelle façon sont-ils semblables?" "Une banane et une orange…" (en cas d'échec, dire au patient: "Une banane et une orange sont des…", ne pas comptabiliser, ne pas aider le patient pour les deux autres items) "Une table et une chaise…" "Une tulipe, une rose et une marguerite…"	3 réussies: 3 points 2 réussies: 2 points 1 réussie: 1 point Aucune: 0 point
2. Fluidité lexicale (flexibilité mentale)	"Dites le plus grand nombre de mots commençant par la lettre "S", n'importe quel mot sauf des noms propres ou des prénoms" Si le patient ne dit aucun mot durant les 5 premières secondes, dire "Par exemple, serpent…". S'il arrête durant 10 secondes, le stimuler en disant "n'importe quel mot commençant pas S…" Temps alloué: 60 secondes Correction: les mots répétés ou équivalents (sable et sable-mouvant) ainsi que les prénoms ou les noms propres ne sont pas comptés	10 mots et plus: 3 points 6 à 9 mots: 2 points 3 à 5 mots: 1 point 2 mots ou moins: 0 point
3. Séquences motrices (programmation)	"Regardez attentivement ce que je fais." L'examinateur, assis en face du patient, exécute trois fois avec sa main gauche la série de Luria (poing – tranche – plat de la main). "Maintenant, avec votre maindroite, faites la même chose, d'abord avec moi et ensuite seul." L'examinateur exécute la série trois fois avec le patient et dit ensuite: "Maintenant, faites-le seul.)	6 séries réussies seul: 3 points 3 séries réussies seul: 2 points 3 séries réussies avec l'examinateur: 1 point Moins de 3 séries avec l'examinateur: 0 point.
4. Consignes contradictoires (sensibilité à l'interférence)	"Tapez deux coups quand j'en tape un." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 1-1-1. "Tapez un coup quand j'en tape deux." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 2-2-2. Ensuite l'examinateur tape 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.	Aucune erreur: 3 points Une ou deux erreurs: 2 points Plus de deux erreurs: 1 point 4 erreurs consécutives: 0 point
5. Go – No Go (contrôle inhibiteur)	"Tapez un coup quand je tape un coup." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 1-1-1. "Ne tapez pas quand je tape deux fois." Pour s'assurer que le patient a compris, une série de trois est exécutée: 2-2-2. Ensuite l'examinateur tape 1-1-2-1-2-2-2-1-1-2.	Aucune erreur: 3 points Une ou deux erreurs: 2 points Plus de deux erreurs: 1 point 4 erreurs consécutives: 0 point
6. Comportement de préhension (autonomie environnementale)	"Ne prenez pas mes mains" L'examinateur est assis en face du patient. Placez les mains du patient sur ses genoux, paume vers le haut. Sans dire un mot et sans regarder le patient, l'examinateur place ses mains près de celles du patient et touche les paumes des deux mains pour vérifier s'il les prend spontanément. Si le patient les prend spontanément, l'examinateur refait un essai après avoir dit: "Maintenant, ne prenez pas mes mains."	Ne prend pas les mains de l'examinateur: 3 points Hésite et demande ce qu'il doit faire: 2 points Prend les mains sans hésitations: 1 point Prend les mains même au deuxième essai: 0 point

Figure 18 BREF (Batterie rapide d'efficience frontale)

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Faculté de Médecine et de Maïeutique
Lyon Sud - Charles Mérieux

Nom, prénom du candidat : VEYRON Coline

CONCLUSIONS

Nous avons réalisé une enquête épidémiologique observationnelle monocentrique rétrospective avec les données issues de l'étude OPOSSUM (Observatoire des épisodes Psychiatriques et de leur Organicité Sous-jacente dans des Services d'Urgences Médicales) sur l'hôpital Edouard Herriot (Lyon). Nous avons en parallèle distribué un questionnaire à l'attention des professionnels médicaux des urgences de la région lyonnaise afin de récolter des données sur leurs habitudes et leur opinion sur la prise en charge des patients admis pour un motif psychiatrique aux urgences.
266 patients des urgences de l'hôpital Edouard Herriot (HEH) ont été inclus et analysés dont 133 patients à motif psychiatrique et 133 patients à motif somatique. La durée de séjour aux urgences était significativement plus longue chez les patients à motif psychiatrique (13h09) que chez les patients à motif somatique (7h03, $p < 0,0001$). Cependant, il n'existe pas de différence sur le délai de premier contact médical dans ces deux groupes. Notre questionnaire a permis de mettre en lumière que les difficultés liées à la prise en charge des patients admis pour motif psychiatrique sont plurifactorielles : les locaux sont souvent inadaptés, les dossiers sont chronophages et il existe un manque d'affinité et des lacunes au niveau de la formation en psychiatrie. En outre, 80% des professionnels ne travaillant pas à HEH estiment que l'absence d'équipe de psychiatrie à temps plein allonge les durées de prise en charge.

Le Président de jury,
Nom et Prénom
Signature
Professeur Karim TAZAROURTE

VU,
Le Doyen de la Faculté de Médecine
et de Maïeutique Lyon-Sud Charles Mérieux

Professeur Philippe PAPAREL

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 29/08/2023

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON

Faculté de Médecine et de Maïeutique
Lyon Sud - Charles Mérieux

VEYRON Coline

Obstacles et conséquences à la prise en charge, par les urgentistes somaticiens, des patients à motif psychiatrique au Service d'Accueil des Urgences

Thèse Médecine d'Urgence : Lyon 2023 ; n°136

Résumé : En France, on estime que près d'un individu sur cinq souffre d'au moins un trouble mental, soit 12 millions de personnes. Les urgences psychiatriques concernent environ 5% des motifs de consultation aux urgences. La littérature internationale montre que la durée moyenne de séjour aux urgences pour des patients en demande de soins en santé mentale est 40% plus élevée que pour les patients consultant pour un autre motif. Ceci entraîne des conséquences délétères pour les patients telles qu'un retard thérapeutique, une agressivité envers le personnel ou une augmentation de la mortalité. Ainsi, une compréhension approfondie des causes de cette augmentation de la durée de séjour est nécessaire afin de pouvoir donner une réponse adaptée et d'améliorer les soins. Cependant, peu d'études se sont concentrées sur ce sujet. Les objectifs de notre travail étaient de comparer le délai de premier contact médical et la durée totale de séjour aux urgences entre les patients admis pour un motif psychiatrique par rapport à ceux admis pour un motif somatique. L'objectif secondaire est d'identifier les obstacles à l'évaluation et à la gestion optimale, par les urgentistes somaticiens, des patients admis pour motif psychiatrique aux urgences de Lyon.

Nous avons réalisé une enquête épidémiologique observationnelle monocentrique rétrospective avec les données issues de l'étude OPOSSUM (Observatoire des épisodes Psychiatriques et de leur Organicité Sous-jacente dans des Services d'Urgences Médicales) sur l'hôpital Edouard Herriot (Lyon). Nous avons en parallèle distribué un questionnaire à l'attention des professionnels médicaux des urgences de la région lyonnaise afin de récolter des données sur leurs habitudes et leur opinion sur la prise en charge des patients admis pour un motif psychiatrique aux urgences.

266 patients des urgences de l'hôpital Edouard Herriot (HEH) ont été inclus et analysés dont 133 patients à motif psychiatrique et 133 patients à motif somatique. La durée de séjour aux urgences était significativement plus longue chez les patients à motif psychiatrique (13h09) que chez les patients à motif somatique (7h03, $p < 0,0001$). Cependant, il n'existe pas de différence sur le délai de premier contact médical dans ces deux groupes. Notre questionnaire a permis de mettre en lumière que les difficultés liées à la prise en charge des patients admis pour motif psychiatrique sont plurifactorielles : les locaux sont souvent inadaptés, les dossiers sont chronophages et il existe un manque d'affinité et des lacunes au niveau de la formation en psychiatrie. En outre, 80% des professionnels ne travaillant pas à HEH estiment que l'absence d'équipe de psychiatrie à temps plein allonge les durées de prise en charge.

Cette étude montre qu'il existe de nombreux obstacles à la prise en charge des patients admis pour motif psychiatrique. L'identification de ces obstacles peut nous permettre de rechercher des axes d'amélioration tels que l'implémentation d'une équipe psychiatrique dédiée aux différents services des urgences, la construction de locaux adaptés lors des réhabilitations des SAU ou la simplification administrative pour les soignants. Il faudrait envisager une étude de plus grande ampleur afin de mieux préciser ces besoins.

Mots clés : Service d'accueil des urgences, troubles mentaux, motif psychiatrique, durée de séjour, obstacles

JURY :
Président : Monsieur le Professeur Karim TAZAROURTE
Membres : Monsieur le Professeur Alain CALENDER
Monsieur le Professeur Arnaud HOT
Monsieur le Professeur Laurent LETRILLIART
Monsieur le Docteur Louis SIMON

DATE DE SOUTENANCE : 03/10/2023

(CC BY-NC-ND 2.0) VEYRON