



Urgences médicales somatiques et psychiatriques : pour une vision commune

Rev Med Suisse 2009; 5: 1595-9

M. Niquille
J. Hausser
G. Rubovszky

Drs Marc Niquille et Joëlle Hausser
Unité d'urgences préhospitalières
et de réanimation
Dr Grégoire Rubovszky
Unité d'accueil et d'urgences
psychiatriques
Service des urgences
Département de médecine
communautaire et de premier recours
HUG, 1211 Genève 14
marc.niquille@hcuge.ch
Joelle.Hausser@hcuge.ch
Gregoire.Rubovszky@hcuge.ch

Somatic and psychiatric emergencies : building a mutual view

The prevalence of behavioural disorders is high among patients admitted to urban Accident and Emergency Departments. These disorders are not necessarily related to the reason for consultation and emergency physicians (EP) should be able to detect these patients and refer them to a psychiatrist when required. On the other hand, the frequent comorbid somatic disorders among patients attending an emergency psychiatric unit should raise concern from psychiatrists and prompt the need for EP advice.

Due to the complex relationship between somatic and psychiatric disorders, a close collaboration between psychiatrists and EPs is crucial for efficient and patient care, as well as developing teaching and research.

Les troubles psychiatriques sont fréquents chez les patients des services d'urgence adultes. Il ne s'agit pas toujours du motif de consultation principal et les médecins urgentistes doivent être capables de détecter et de référer ces cas de manière adéquate. Réciproquement, la prévalence élevée des comorbidités somatiques parmi les patients consultant en urgence pour un motif psychiatrique nécessite le recours fréquent à une consultation de médecine somatique.

Du fait des interactions entre les pathologies somatiques et psychiatriques, il est essentiel que les services spécialisés développent des modèles de collaboration autour de la prise en charge des urgences. Cette collaboration vise à améliorer l'efficacité et la sécurité des soins prodigués aux patients mais aussi à offrir des opportunités de formation et de recherche.

VIGNETTE CLINIQUE

A 22 heures, un homme de 62 ans est amené menotté au service des urgences (SU) par le SMUR, une ambulance et une équipe de gendarmerie.

Durant la journée, un conflit a éclaté avec sa fille de 21 ans et il s'est retranché chez lui avec une arme à feu en annonçant «vouloir en finir». A l'ouverture de l'appartement, le patient était endormi et a été maîtrisé sans difficultés par la gendarmerie. Aucune sédation n'a été nécessaire.

A l'arrivée au SU, il est somnolent mais facilement réveilla-ble et refuse de donner la moindre information anamnesticque. Selon sa fille, il est déprimé depuis deux ans suite au décès de sa femme. Sa consommation d'alcool a augmenté massivement au cours des six derniers mois. Il n'a aucun suivi médical actuel.

Au status, le patient est opposant et insultant à l'égard de l'infirmière d'accueil et du médecin de garde. En raison de son état d'intoxication, il est impossible de savoir s'il est orienté, en rupture avec la réalité ou s'il présente un risque auto- ou hétéro-agressif. On relève un foëtor alcoolique marqué. Le patient est en mauvais état général. Il présente une mauvaise hygiène corporelle et une atrophie musculaire sévère.

TA 90/60 mmHg; FC 100/minute; SpO2 91% à l'air ambiant; glycémie capillaire: 14,2 mmol/l.

INTRODUCTION

La coexistence de pathologies somatiques et psychiatriques est courante chez les patients consultant les services des urgences (SU).¹ En 2008, le SU des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a recensé 6,6% des patients présentant un motif d'admission lié à un trouble comportemental et 10% de l'ensemble des patients ont requis une consultation psychiatrique. On retrouve des valeurs similaires dans la littérature mais une étude française suggère que la prévalen-



ce réelle des troubles psychiatriques chez les patients des SU s'approche de 40%.¹⁻³

Le patient décrit ci-dessus nécessite une évaluation médicale globale dont certains éléments doivent être effectués en urgence. Il est nécessaire d'apprécier la capacité de discernement, de pratiquer un examen clinique soigneux qui permettra d'orienter un bilan paraclinique et radiologique à la recherche d'une menace vitale à court terme. Une surveillance fréquente des paramètres vitaux et de l'état de conscience est indiquée jusqu'au retour à une situation permettant au psychiatre de procéder à une évaluation fiable du risque auto- ou hétéro-agressif et de décider du suivi nécessaire. Le transfert d'emblée dans une institution psychiatrique ou, à l'opposé, une observation médicale précédant un retour à domicile sans évaluation psychiatrique ne sauraient constituer des solutions satisfaisantes.^{2,4}

Les problèmes posés par de tels cas mixtes sont complexes et sont d'autant plus aigus que le staff médical des services d'urgence est souvent restreint, en particulier la nuit et le week-end. Dans ces tranches horaires, la psychiatrie de liaison n'est pas toujours disponible pour une évaluation sur site. D'autre part, les hôpitaux psychiatriques ont peu de ressources dédiées à la prise en charge de patients souffrant de comorbidités somatiques sévères. Dans les deux situations, les médecins de garde peuvent se trouver très démunis face à des cas qui dépassent leurs ressources locales.

Pour ce qui concerne l'accueil urgent primaire dans les hôpitaux psychiatriques, il faut ajouter que, pour des raisons logistiques, la réalisation d'examens de laboratoire de routine peut devenir un vrai casse-tête en dehors des heures ouvrables. En outre, une évaluation clinique adéquate ne peut se passer d'un examen physique consciencieux et détaillé. Pour le médecin psychiatre cette nécessité peut poser des problèmes éthiques non négligeables et constituer une confusion des rôles très mal ressentie par le patient. Probablement pour les mêmes raisons, la nécessité d'une surveillance serrée des paramètres vitaux, telle qu'elle pourrait être pratiquée dans un service d'urgence, n'est pas toujours comprise et acceptée par le personnel infirmier de psychiatrie. Avant de transférer un patient d'un SU vers une institution psychiatrique, les médecins devront partir du principe que l'investigation et le traitement de comorbidités somatiques aiguës sont difficiles en institution psychiatrique, a fortiori durant les heures de garde.

OBJECTIFS

Cet article a pour but de rappeler la complexité des interactions entre les pathologies somatiques et les troubles psychiatriques, de présenter le modèle de collaboration développé au SU adultes des HUG et d'envisager, en perspective de ce modèle, les possibilités de collaboration à développer dans des structures d'accueil régionales.

INTERACTIONS COMPLEXES

Les interactions complexes entre pathologies psychiatriques et somatiques sont bien documentées dans la litté-

rature médicale et les barrières dressées historiquement entre ces domaines d'activité n'ont pas de justification. Globalement, nous pouvons distinguer trois types de situations.

Syndromes psychiatriques d'origine organique ou toxique

En 2008, les abus d'alcool, de médicaments et de substances illicites représentaient la dixième cause primaire de consultations au SU des HUG, soit 3% de l'activité globale. Ces intoxications sont la cause la plus commune de troubles du comportement et elles doivent être évoquées devant tout cas de delirium ou d'agitation admis dans un SU. A l'opposé, les syndromes de sevrage doivent également être considérés comme une cause organique grevée d'une mortalité potentielle.

D'autre part, de nombreux médicaments et pathologies peuvent mimer des syndromes psychiatriques.⁴ Outre le delirium, des cas aigus de psychose, de dépression ou d'accès maniaque, survenant chez des patients aux antécédents vierges ou inconnus, doivent faire l'objet d'un bilan somatique avant un transfert vers une institution psychiatrique.¹

Comorbidités médicales des syndromes psychiatriques

Les troubles psychiatriques majeurs sont associés à une surmortalité qui n'est pas expliquée par les seuls suicides ou comportements à risque.⁵⁻⁷

Parmi les troubles affectifs, la dépression est associée à de nombreux désordres systémiques grevant la mortalité tels que l'obésité, le diabète, les affections respiratoires et cardiovasculaires.^{5,6,8,9} Réciproquement, ces affections somatiques contribuent à la persistance du trouble dépressif, lequel peut à son tour altérer la compliance au traitement.¹⁰

Les troubles anxieux sont une comorbidité fréquente tant des troubles affectifs que de la maladie somatique. L'hypertension artérielle, du tabagisme et de l'abus de substances ont une prévalence élevée chez ces patients.⁶

Finalement, plus de 50% des patients présentant un trouble schizophrénique souffrent également de comorbidités et en particulier de pathologies accroissant le risque cardiovasculaire.⁶

Effets indésirables des traitements psychiatriques

Au cours des trente dernières années, la psychopharmacologie a beaucoup évolué. Les effets secondaires restent nombreux et certains d'entre eux représentent des urgences médicales comme le syndrome sérotoninergique lié aux inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou le syndrome malin des neuroleptiques. En situation de crise majeure (par exemple: agitation, crise clastique), lorsque des traitements anxiolytiques et/ou antipsychotiques sont administrés en urgence, les complications cardiorespiratoires constituent un risque vital. Ce risque impose une surveillance très attentive des paramètres vitaux aussitôt que l'effet sédatif souhaité a été obtenu et que la sécurité des soignants est assurée.



PRISES EN CHARGE INCOMPLÈTES

Dans le cas de la dépression, diagnostic psychiatrique le plus fréquent en médecine de premier recours, il a été démontré qu'elle n'est pas diagnostiquée dans 30 à 50% des cas.¹¹⁻¹⁵ En ce qui concerne les centres d'urgence, des études ont montré que les actes auto-agressifs non fatals ne conduisaient pas systématiquement à une évaluation psychiatrique alors même qu'ils sont prédictifs d'un suicide.^{16,17}

De son côté, le psychiatre est régulièrement confronté à des comorbidités somatiques graves dont la prise en charge ne doit pas être différée. L'hypertension, les maladies cardiaques ischémiques et les maladies vasculaires périphériques sont présentes chez près de 50% des patients demandant au prime abord une consultation psychiatrique dans une structure de premier recours.¹⁸

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE

Raisons d'être d'une collaboration rapprochée

L'intégration d'une unité de psychiatrie au Service des urgences adultes des HUG (SU) vise à permettre la prise en charge coordonnée des cas mixtes. La nécessité d'une telle unité est apparue pour plusieurs raisons :

1. dans les années 90, dans un contexte de densification du milieu urbain, de rupture des liens sociaux traditionnels, un besoin croissant de consultations psychiatriques s'est fait sentir, conjointement aux prises en charge somatiques.^{2,3} La seule interface de liaison psychiatrique n'était plus suffisante pour gérer tant le volume d'activités quotidiennes que les problèmes complexes posés par la mixité des affections;
2. la volonté politique, apparue dans plusieurs pays, de développer des alternatives aux hospitalisations psychiatriques, a révélé la nécessité de développer des compétences psychiatriques spécifiques pour l'évaluation, le triage et l'orientation des patients parmi les différentes filières disponibles;¹⁹⁻²²
3. les exigences accrues pour la validation des formations postgrades ne permettent plus le maintien d'un «savoir universel» garantissant des compétences suffisantes dans toutes les spécialités. Le recours à la collaboration entre spécialités devient donc essentiel.

Organisation et modèle de collaboration

L'équipe du SU des HUG est composée de cinq unités couvrant les différents champs d'activité. Chaque unité est hiérarchiquement subordonnée au chef de service du SU mais garde un lien fort avec sa discipline de référence. L'unité de psychiatrie est pleinement intégrée au fonctionnement du service et se situe sur le même pied d'égalité avec les autres disciplines (figure 1). Ce modèle simplifie l'échange d'informations au quotidien, facilite l'élaboration de protocoles transversaux et permet de disposer d'un point d'admission pour les patients psychiatriques nécessitant un diagnostic différentiel pluridisciplinaire.

Processus de triage

Le processus de triage et d'orientation est résumé par la figure 2. Sur requête de l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) ou préannonce de l'équipe préhospitalière, le

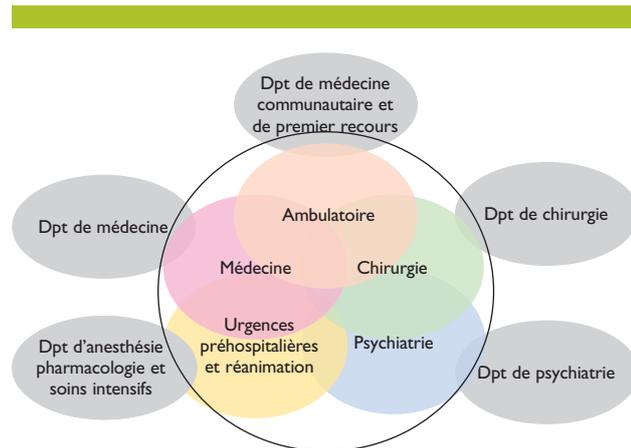


Figure 1. Structure du Service des urgences adultes des HUG

Chaque unité garde un lien «métier» avec son département de référence. HUG: Hôpitaux universitaires de Genève.

patient est accueilli conjointement par les équipes de médecine et de psychiatrie. Le team d'accueil fixe un plan d'action pour les premières heures de prise en charge et cherche à utiliser les ressources disponibles de manière adéquate en préservant les meilleures conditions de sécurité du patient et de l'équipe soignante. La phase d'évaluation et de soins urgents peut se dérouler dans l'une des quatre structures développées ci-après.

Salle de déchoquage

Pour les patients présentant des atteintes somatiques sévères nécessitant des mesures de réanimation ou une

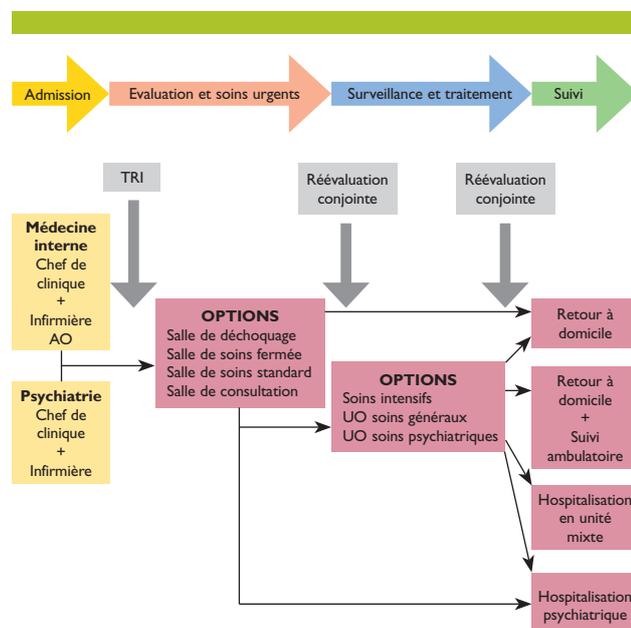


Figure 2. Processus d'orientation des patients au Service des urgences des HUG

HUG: Hôpitaux universitaires de Genève; UO: unité d'observation; infirmière AO: accueil et orientation.



surveillance permanente. Les soins sont placés sous la conduite de l'interniste ou du chirurgien.

Salle de soins fermée

En cas d'agitation non contrôlée lors de la phase de prise en charge préhospitalière et en l'absence d'une pathologie somatique évidente à l'admission. Ce séjour doit être le plus court possible et fait l'objet d'un protocole de surveillance clinique stricte. La prise en charge y est placée sous la conduite de l'équipe de psychiatrie qui peut requérir à tout moment l'avis d'un interniste.

Salle de soins standards

Il s'agit d'un lieu de soins pour patient couché ne nécessitant pas de mesure de réanimation mais permettant d'assurer une surveillance rapprochée.

Salle de consultation psychiatrique

Pour les patients valides et dont l'évaluation initiale permet d'exclure d'emblée une pathologie menaçante. Ces salles sont situées dans le SU. Un examen médical peut y être requis. Il est exigé si la consultation se solde par une décision d'hospitalisation psychiatrique. Le bilan doit alors être complété avant le transfert du patient.

Suivi

A l'issue de cette phase de stabilisation, le patient peut être orienté directement vers le domicile ou l'hospitalisation psychiatrique. Entre ces deux extrêmes, différentes solutions peuvent être proposées au patient. Ce choix peut nécessiter un peu de temps et une unité d'observation et d'intervention de crise psychiatrique, à proximité immédiate du SU, permet de recevoir le patient pour approfondir le bilan et organiser un suivi. En outre, une unité d'hospitalisation mixte permet la prise en charge médicale ou chirurgicale de patients présentant un trouble psychiatrique

majeur empêchant une hospitalisation en unité de soins généraux.

EXEMPLE DE PRISE EN CHARGE CONJOINTE

Un exemple concerne la mise en place d'un protocole traitant de l'intoxication alcoolique aiguë, sans état d'agitation. Cette démarche vise à permettre une prise en charge intégrée qui ne se limite pas au séjour aux urgences mais tente de proposer une filière de soins postcrise en cas de dépendance identifiée.

Une caractéristique des troubles liés aux dépendances est l'intérêt limité, voire le rejet, des équipes à l'égard de patients qui recourent chroniquement au SU tout en restant souvent opposants aux soins. La complexité de la collaboration entre psychiatres et somaticiens est très bien illustrée par la réalité clinique de ce type de patients chez qui les problèmes comportementaux se superposent à des pathologies médicales parfois sévères. Il faut donc unir les compétences plutôt que de les diviser.

Dans ce but, un protocole de prise en charge clinique permet de standardiser les pratiques et de garantir la sécurité pendant le traitement. Il permet également de poser des garde-fous pour lutter contre le rejet du patient et d'éloigner le risque d'abstention thérapeutique.

Nous avons pu échelonner les différentes phases de collaboration. Le médecin interniste ou le chirurgien sont prioritaires pour diagnostiquer et traiter les troubles médicaux ou traumatiques. Une fois cette phase de traitement et de surveillance réalisée et dès que le patient peut entrer dans une relation interpersonnelle, une intervention psychiatrique est entreprise. Elle est capitale pour offrir au patient une opportunité de sortir de la récurrence des abus du toxique.

L'élaboration de protocoles conjoints de prise en charge clinique n'est pas fondamentalement complexe mais prend

Tableau 1. Elaboration des protocoles conjoints de prise en charge

<p>• 1^{re} étape (décembre 2007): constat Lors d'un colloque de service, il apparaît que les patients qui se présentent avec une intoxication alcoolique aiguë ne sont pas pris en charge et surveillés de manière adéquate. Ils repartent fréquemment sans consultation médicale après plusieurs heures dans le service en secteur d'attente. De plus, l'orientation de ces patients pose problème, les internistes et les psychiatres se renvoyant la responsabilité de la prise en charge, l'intoxication alcoolique aiguë étant considérée comme un problème somatique et l'abus de substance comme un problème psychiatrique</p> <p>Le constat étant unanimement partagé, un groupe de travail est alors constitué. Il est composé du médecin responsable de l'unité de psychiatrie, d'un chef de clinique de médecine interne, d'infirmiers des urgences de psychiatrie, d'infirmières de la voie somatique ainsi que d'une infirmière spécialiste clinique en soins d'urgence</p>	<p>• 4^e étape (mai-octobre 2008): synthèse Mise en commun des deux protocoles en définissant les lieux et la chronologie des interventions de chacun</p>
<p>• 2^e étape (février 2008): références existantes Travail préparatoire et recherche de littérature</p>	<p>• 5^e étape (décembre 2008): validation Présentation du protocole aux cadres du service pour corrections et validation</p>
<p>• 3^e étape (mars-avril 2008): élaboration des protocoles de soins Elaboration d'un protocole de prise en charge somatique par l'équipe médico-infirmière du domaine somatique. Démarche similaire du côté psychiatrique</p>	<p>• 6^e étape (décembre 2008): formation des collaborateurs Présentation du protocole au personnel du service, distribution du protocole sous forme de plaquette «format poche» et mise en application du protocole</p> <p>• 7^e étape (dès février 2009): retour d'expérience et ajustements Après environ deux mois, évaluation de l'application du protocole et corrections en fonction des problèmes rencontrés par le même groupe de travail</p>



du temps et demande un effort de dialogue et de compréhension réciproque. Il s'agit d'un investissement de nature à améliorer la qualité des soins. Notre démarche est résumée dans le [tableau 1](#).

LE MODÈLE EST-IL TRANSPOSABLE?

Le modèle d'organisation présenté ici est à placer dans le contexte «privilegié» d'un service d'urgence urbain disposant d'une large palette de ressources. Le modèle ne peut pas être transposé tel quel dans les hôpitaux régionaux. En revanche, nous pensons que les problèmes qui ont conduit à sa mise en place sont communs à toutes les structures d'accueil urgent.

Lors de la phase d'accueil et de bilan, l'itinéraire des patients dans les structures régionales devrait donc tenir compte de ces contraintes et l'hébergement ne devrait se faire que sur le site capable de traiter, sans délai, la pathologie la plus menaçante pour la survie du patient.

Le soutien des médecins cadres est essentiel au développement de projets de collaboration forts entre les services des urgences, de médecine interne et de psychiatrie. La mise en commun permanente de compétences, basée sur des accords de collaboration formels peut constituer

un modèle alternatif permettant la prise en charge sûre et efficiente des cas mixtes ainsi qu'une référence en cas de litige pénal ou civil. Ces cas posent en effet des défis multiples qui ne sauraient être banalisés. ■

Implications pratiques

- > Une collaboration étroite des urgentistes et des psychiatres permet de gérer les interactions complexes entre les affections psychiatriques et somatiques chez les patients des services des urgences (SU)
- > Le renforcement des liens entre la médecine somatique et la psychiatrie lors des activités cliniques, de la formation et de la recherche a pour but d'améliorer la prise en charge globale des patients
- > Lors d'admission par le SU, le médecin urgentiste devrait investiguer et traiter les comorbidités somatiques aiguës avant de transférer le patient vers un service psychiatrique
- > Lors d'admission urgente et directe dans une institution psychiatrique, le psychiatre doit porter une attention particulière aux comorbidités somatiques

Bibliographie

- 1 * Lukens TW, Wolf SJ, Edlow JA, et al. Clinical policy: Critical issues in the diagnosis and management of the adult psychiatric patient in the emergency department. *Ann Emerg Med* 2006;47:79-99.
- 2 Larkin GL, Claassen CA, Emond JA, et al. Trends in U.S. emergency department visits for mental health conditions, 1992 to 2001. *Psychiatr Serv* 2005;56:671-7.
- 3 Saliou V, Fichelle A, McLoughlin M, et al. Psychiatric disorders among patients admitted to a French medical emergency service. *Gen Hosp Psychiatry* 2005;27:263-8.
- 4 ** Lagomasino I, Daly R, Stoudemire A. Medical assessment of patients presenting with psychiatric symptoms in the emergency setting. *Psychiatr Clin North Am* 1999;22:819-50.
- 5 Mykletun A, Bjerkeset O, Dewey M, et al. Anxiety, depression, and cause-specific mortality: The HUNT study. *Psychosom Med* 2007;69:323-31.
- 6 * Iacovides A, Siamouli M. Comorbid mental and somatic disorders: An epidemiological perspective. *Curr Opin Psychiatry* 2008;21:417-21.
- 7 Testuz A. Depression and myocardial infarction. *Rev Med Suisse* 2009;5:515-9.
- 8 Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A, et al. Depression-anxiety relationships with chronic physical conditions: Results from the World Mental Health Surveys. *J Affect Disord* 2007;103:113-20.
- 9 Howard PB, El-Mallakh P, Rayens MK, et al. Comorbid medical illnesses and perceived general health among adult recipients of Medicaid Mental Health Services. *Issues Ment Health Nurs* 2007;28:255-74.
- 10 DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Arch Intern Med* 2000;160:2101-7.
- 11 * Docherty JP. Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J Clin Psychiatry* 1997;58 (Suppl. 1): 5-10.
- 12 Ferrari S, Galeazzi GM, Mackinnon A, et al. Frequent attenders in primary care: Impact of medical, psychiatric and psychosomatic diagnoses. *Psychother Psychosom* 2008;77:306-14.
- 13 Simon GE, Fleck M, Lucas R, et al. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry* 2004;161:1626-34.
- 14 Williams JW, Mulrow CD, Kroenke K, et al. Case-finding for depression in primary care: A randomized trial. *Am J Med* 1999;106:36-43.
- 15 Staab JP, Datto CJ, Weinrieb RM, et al. Detection and diagnosis of psychiatric disorders in primary medical care settings. *Med Clin North Am* 2001;85:579-96.
- 16 ** Gairin I, House A, Owens D. Attendance at the accident and emergency department in the year before suicide: Retrospective study. *Br J Psychiatry* 2003;183: 28-33.
- 17 Bennewith O, Peters TJ, Hawton K, et al. Factors associated with the non-assessment of self-harm patients attending an accident and emergency department: Results of a national study. *J Affect Disord* 2005;89:91-7.
- 18 Lebedeva VF, Semke VY. Clinical-epidemiological characteristics of mental disturbances comorbid with somatic pathology in patients attending a regional polyclinic. *Neurosci Behav Physiol* 2008;38:507-10.
- 19 Breslow RE, Klinger BI, Erickson BJ. Crisis hospitalization in a psychiatric emergency service. *New Dir Ment Health Serv* 1995;67:5-12.
- 20 Breslow RE, Erickson BJ, Cavanaugh KC. The psychiatric emergency service: Where we've been and where we're going. *Psychiatr Q*, 2000;71:101-21.
- 21 McD Taylor D, Bennett DM, Cameron PA. A paradigm shift in the nature of care provision in emergency departments. *Emerg Med J* 2004;21:681-4.
- 22 Cottencin O, Versavel C, Goudemand M. In favour of a systemic vision of liaison psychiatry. *Encephale* 2006;32:305-14.

* à lire

** à lire absolument