



Retour sur l'étude vignettes

Urgentistes et psychiatres, comment évaluons-nous nos patients?

Dr Mathieu OBERLIN, CH Sélestat

Dr Audrey MARTIAL, CH Châlons-en-Champagne



Etude vignettes : méthode

- Réalisée en Grand Est en 2025
- « Vignettes » conçues par des médecins urgentistes et des psychiatres en accord avec les recommandations actuelles
- Réponses définies comme « conformes » ou non (plusieurs bonnes réponses possibles)
- Comparaison des réponses entre urgentistes et psychiatres



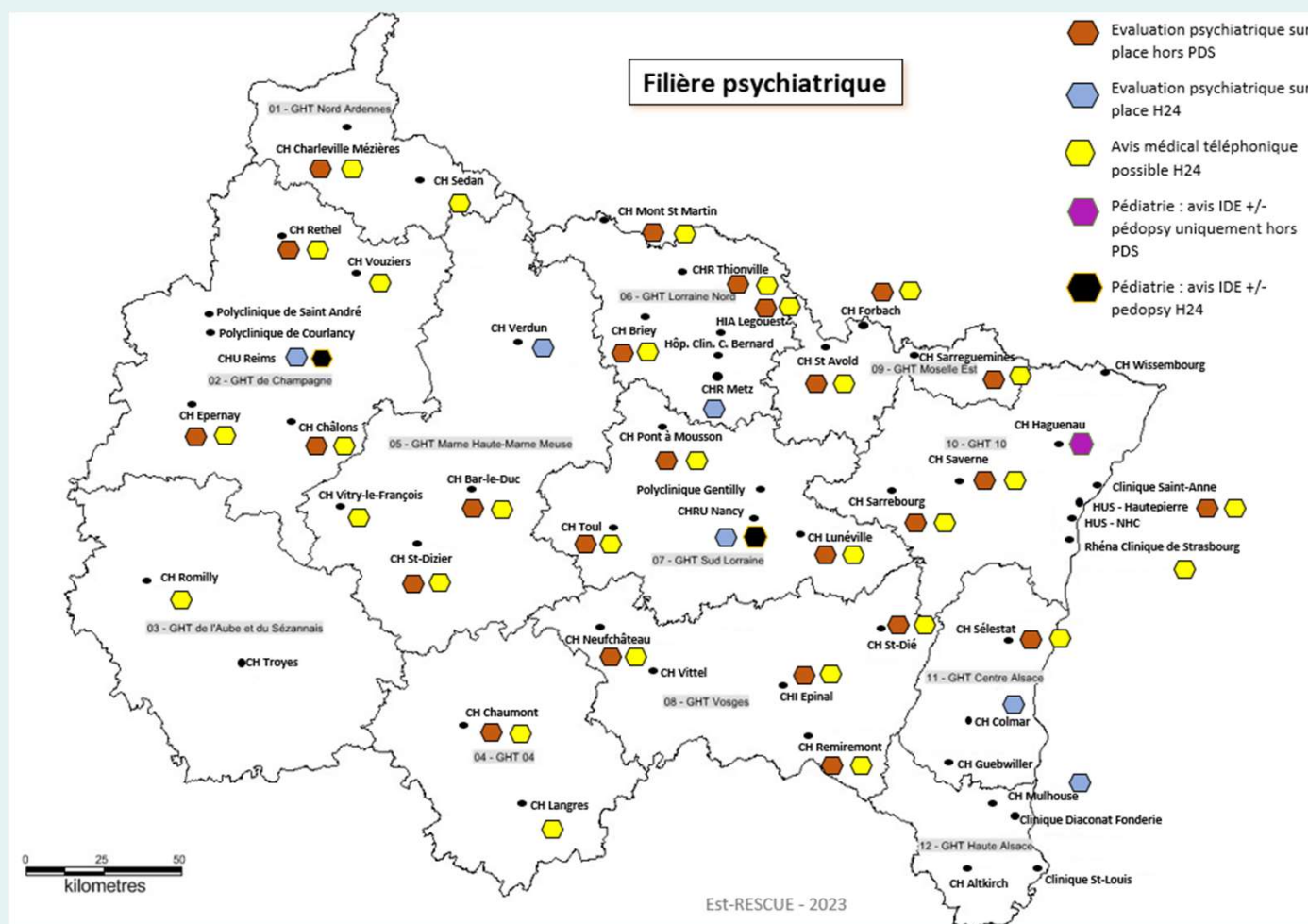
Recommandations de Bonne Pratique Clinique

**Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique
dans les structures d'urgences**

Société Française de Médecine d'Urgence



Etat des lieux de la filière psychiatrique en GE en 2023





Cas clinique 1 : Syndrome dépressif et alcoolisation

- Un homme de 55 ans, antécédent de cardiopathie ischémique sous clopidogrel, beta bloquant et statine est amené aux urgences par sa famille en raison d'un syndrome dépressif. Il exprime des velléités suicidaires suite à des problèmes au travail. Sur un terrain d'alcoolisme chronique vraisemblable, il est alcoolisé et son alcoolémie interprétée à partir de l'air expiré est évaluée à 1,8g/l.
Le reste de son examen clinique est normal en dehors d'une voix pâteuse et d'un ralentissement
- → Moment de l'orientation vers le psychiatre
- → Indication à un bilan biologique et quoi?
- → Refus de prise en charge, quelle CAT?



Cas clinique 2 : Menace suicidaire d'un pont

- Un homme d'une trentaine d'années a été interrompu par des passants dans sa tentative d'enjamber un pont en menaçant de sauter.
A la prise en charge en SMUR, il est réticent à se faire examiner et demande à ce qu'on le laisse tranquille. Il dit ne pas avoir de problèmes de santé.
Les passants témoignent qu'avant d'enjamber le pont il tenait des propos incohérents et fumait probablement un joint.
- → Evaluation du risque suicidaire?
- → Orientation si instable psychologiquement?
- → Bilan nécessaire?



Cas clinique 3 : Patiente psychotique en rupture de traitement

- Des parents se présentent aux urgences avec leur fille de 25 ans, schizophrène suivie en hôpital de jour depuis plusieurs années qui se plaint d'avoir des nano robots qui bougent sous sa peau sur l'ensemble du corps depuis plusieurs jours et que ce sont des extraterrestres qui lui injectent la nuit.

D'après les parents, leur fille aurait refusé depuis au moins une semaine de prendre son traitement antipsychotique prescrit depuis plus d'un an

- Orientation initiale?
- Traitement neuroleptique
- Mode d'hospitalisation?



Cas clinique 4 : Pédopsychiatrie

- Un adolescent de 16 ans est amené par ses parents pour des idées noires. Son examen clinique est normal mais vous notez des marques de scarifications anciennes sur les avant bras.
- Il n'est pas suivi. Il ne parle quasiment pas et ne se prononce pas sur la réalité de ses intentions.
-
- → Quelle évaluation par qui et où?
- → Si refus d'hospitalisation par parents, que faire?



Cas clinique 5 : Gériatopsychiatrie

- Un homme de 90 ans est amené par ambulance suite à l'appel de son fils pour hétéroagressivité envers son épouse. Il est suivi pour un trouble bipolaire et une démence à corps de Lewy. Il est traité par lithium et clozapine.
- Son traitement par clozapine a été augmenté il y a 1 semaine devant l'aggravation de troubles du comportement sans hétéro-agressivité. Il s'agit du 1er épisode de violences.
-
- → Quelle orientation initiale?
- → Indication à bilan somatique?
- → Quelle orientation si refus d'hospitalisation?
- → Quelle alternative à la gériatopsychiatrie?

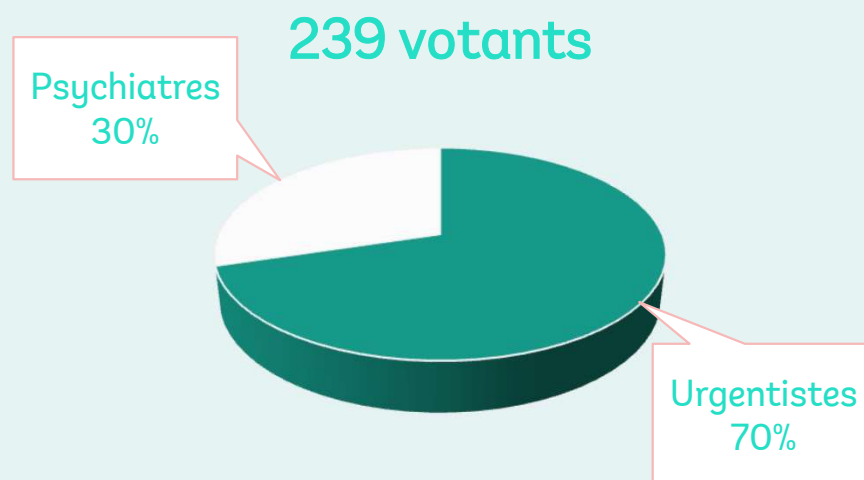


Cas clinique 6 : Intoxications aux benzodiazépines

- Une patiente de 18 ans, suivie par un psychiatre privé, se présente un dimanche soir, vers 20h, pour idées noires depuis le début du weekend. Devant vos yeux, elle consomme 3 cp d'escitalopram et 7 cp d'alprazolam 0,25 mg.
- Elle vous dit en avoir déjà consommé la veille. Son traitement habituel comporte 1 cp d'escitalopram /j et 1 cp d'alprazolam 0,25 3x / jour.
- → Quelle orientation initiale?
- → Moment de l'évaluation psychiatrique?



Etude vignettes : les répondants



- 120 disposent d'une présence psychiatrique sur place H24 (IDE et/ou médecin)
- 94 disposent d'un box de psychiatrie dédié
- 120 disposent d'une unité de psychiatrie sur place

Département	Effectif
08	2
10	1
51	24
52	3
54	39
55	21
57	25
67	81
68	28
88	12



Comparaison avec ou sans avis psychiatrique sur place

PAS DE DIFFÉRENCE SIGNIFICATIVE

*A l'exception de la vignette 3 : patiente psychotique en rupture de traitement
= prise en charge plus conforme aux recommandations quand avis psychiatrique
sur place*

Modalité de l'hospitalisation sous contrainte



Comparaison urgentistes et psychiatres : le mariage parfait!

VIGNETTE 2

« tentative d'autolyse et intoxication au cannabis »

- Evaluation du risque suicidaire après résolution de l'imprégnation toxique et par une équipe de psychiatrie
- Si refus de transport et agitation : sédation chimique et contention, transport aux urgences somatiques
- Bilan aux urgences sachant que le patient a des propos incohérents, agité et instable sur le plan de l'humeur : TDM cérébral, toxiques urinaires et surveillance clinique avant évaluation psychiatrique



Comparaison urgentistes et psychiatres : le mariage parfait!

VIGNETTE 4

« adolescent de 16ans avec idées noires et scarifications»

- Evaluation psychiatrique en urgence même si le psychiatre de garde n'est pas pédopsychiatre
- Refus de l'hospitalisation par les parents : sortie avec décharge et/ou signalement au procureur

NB : 18% des sondés hospitalisent contre l'avis des parents (?)



Comparaison urgentistes et psychiatres : le mariage parfait!

VIGNETTE 6

« intoxications aux benzodiazepines »

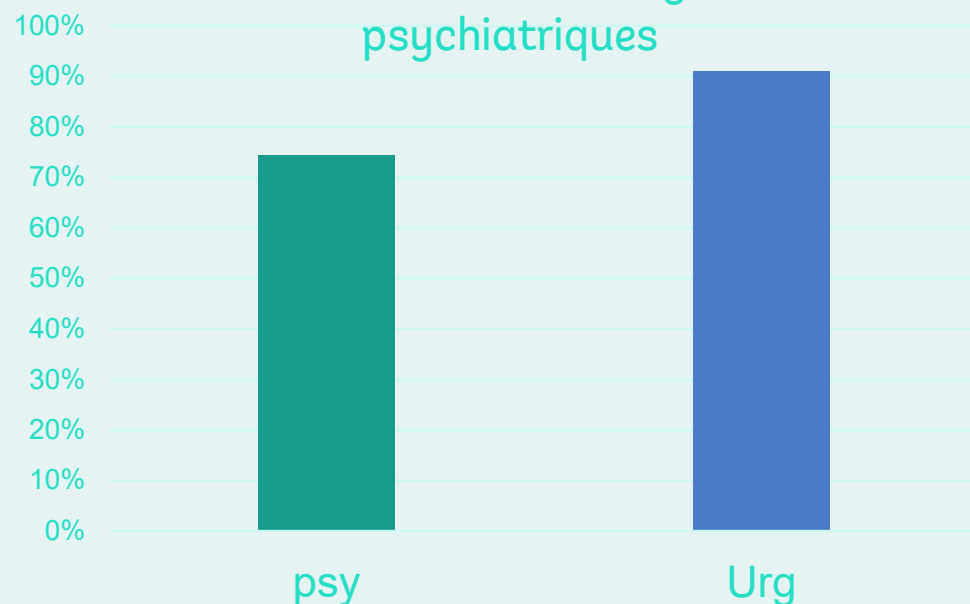
- Evaluation et surveillance aux urgences avant avis psychiatrique
- Si réveillée et refuse de rester = avis psychiatrique en urgence, même la nuit



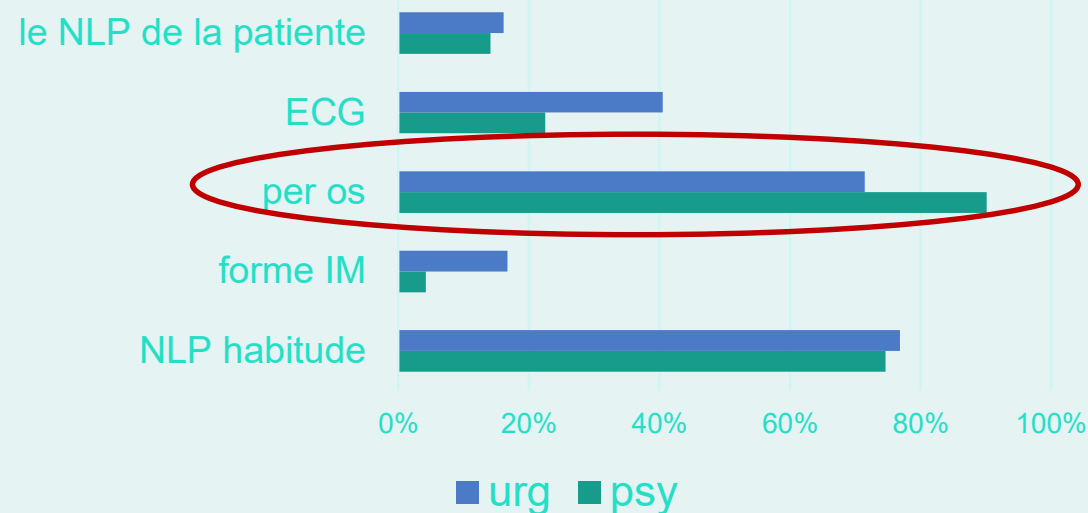
Comparaison urgentistes et psychiatres : là où le divorce n'est pas loin!

VIGNETTE 3

Orientation vers les urgences
psychiatriques



Traitement neuroleptique d'urgence

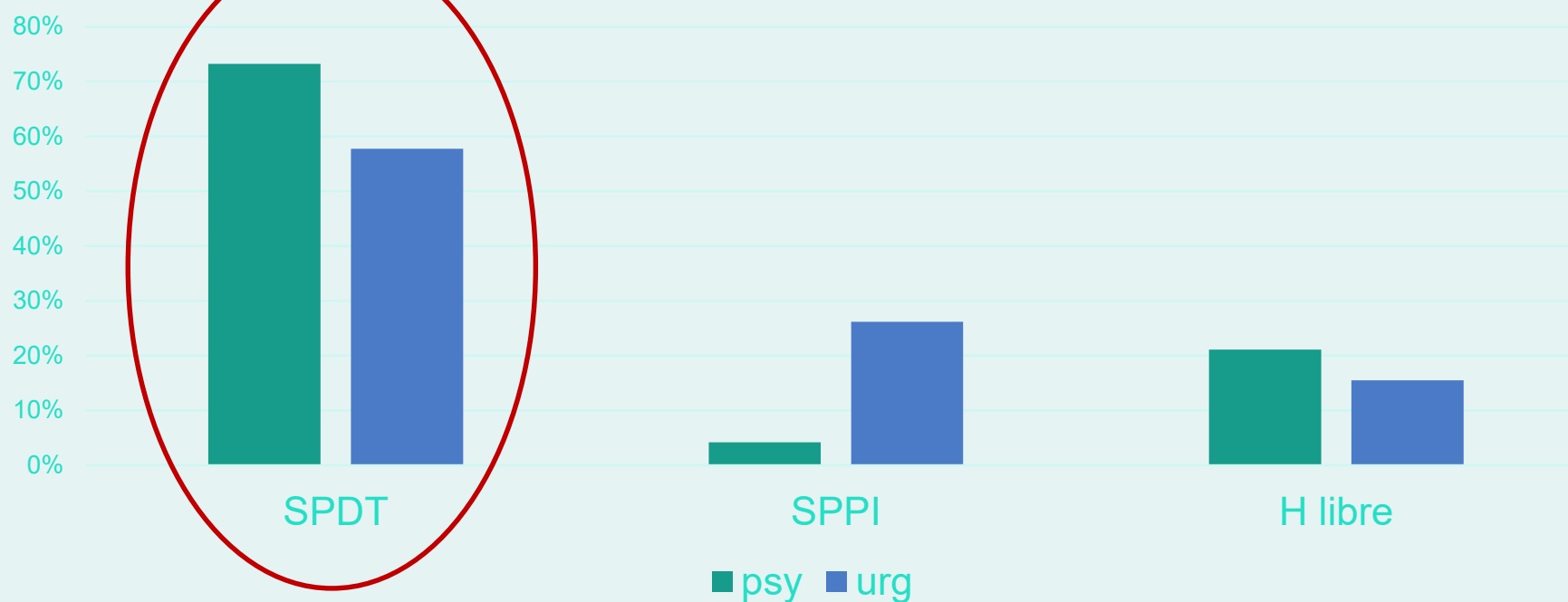




Comparaison urgentistes et psychiatres : là où le divorce n'est pas loin!

VIGNETTE 3

Mode d'hospitalisation



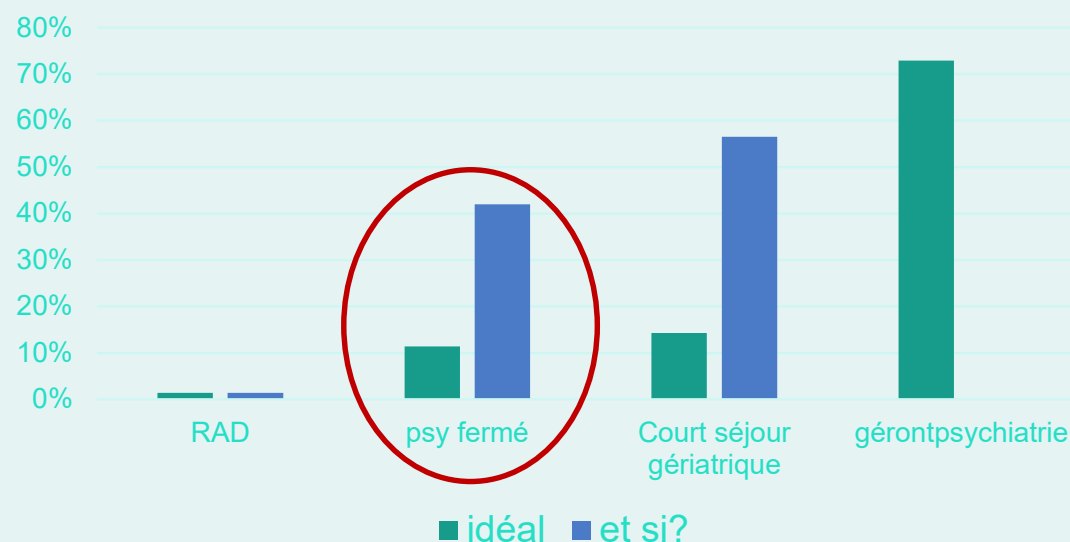


Comparaison urgentistes et psychiatres : là où le divorce n'est pas loin!

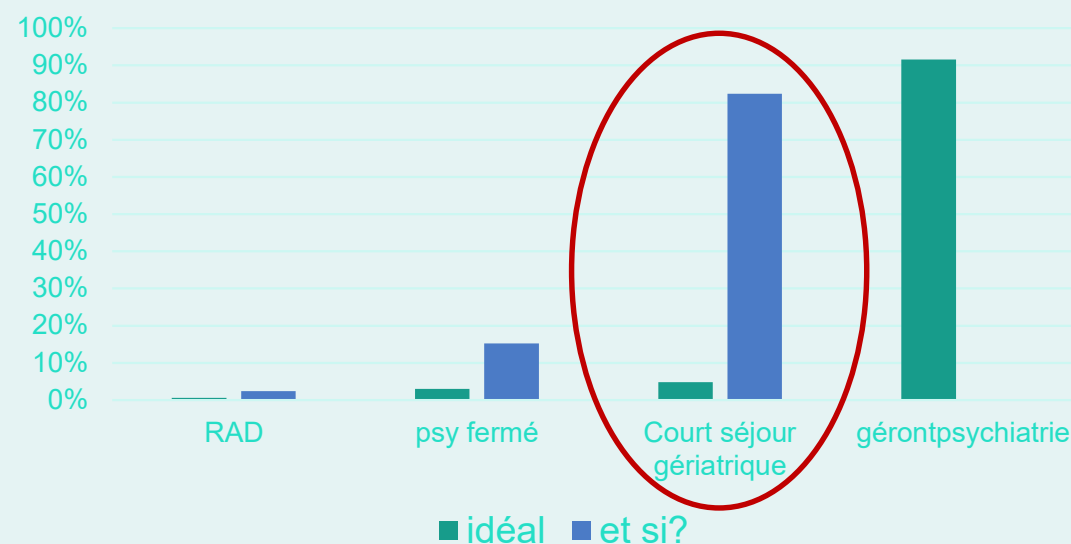
VIGNETTE 5

Majorité pour une évaluation somatique aux urgences avec psychiatre
+ bilan somatique

Orientation selon psychiatre



Orientation selon urgentiste

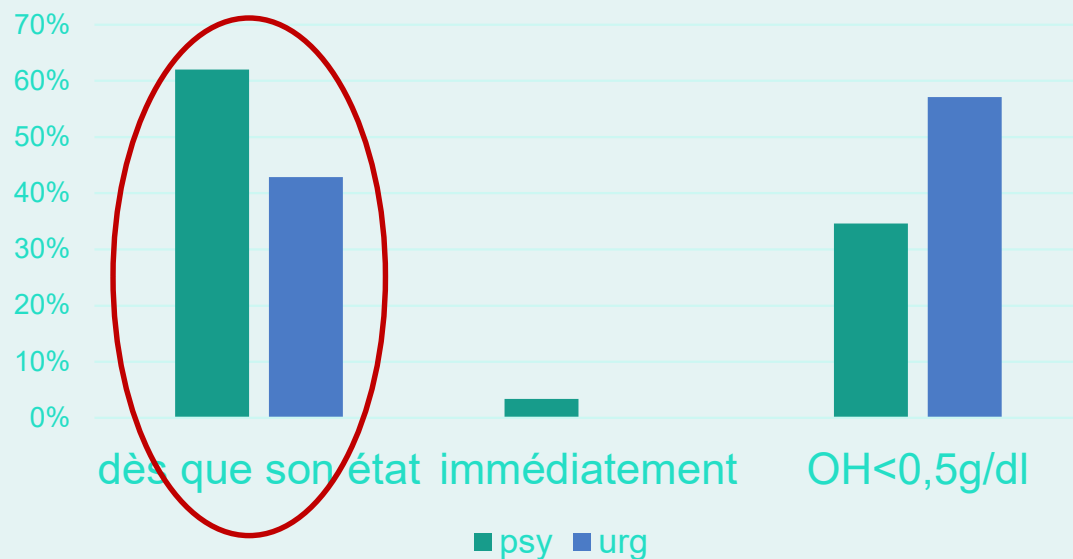




Comparaison urgentistes et psychiatres : là où le divorce est assez proche...

VIGNETTE 1

Evaluation psychiatrique du patient alcoolisé



Bilan bio non indiqué : 93% vs 56%

Toxiques urinaires non indiqués: 55% vs 34%

Sédation physique et chimique si fugue:

59% des MU, 39% des psy (30% autre stratégie)



Conclusion

Pas de différence de prise en charge selon présence psychiatre sur place ou non

Homogénéité d'évaluation globale à l'exception de

- Patient alcoolisé et état clinique
- Bilan bio systématique en dehors cas indiqués
- Screening urinaire
- Privilégier SPDT à la SPPI

Difficile question de la gériopsychiatrie