

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2024

2024 TOU3 1546

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Eva BRILLANT

le 24 MAI 2024

**IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUES DE PATHOLOGIE SOMATIQUE
NÉCESSITANT UNE PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE CHEZ LES PATIENTS
CONSULTANTS POUR DES SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES AUX URGENCES AU CHU
DE TOULOUSE EN 2022.**

Directeur de thèse : Dr Lola GRIOT

JURY

Madame la Professeure CHARPENTIER Sandrine	Présidente
Monsieur le Professeur HOUZE CERFON Charles-Henri	Assesseur
Madame Docteur MARION Anne-Laurence	Assesseur
Monsieur Docteur AUBOIROUX Paul-Henri	Assesseur
Madame Docteur GRIOT Lola	Suppléante

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine
2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOUET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MESTHE Pierre
Professeur CARON Philippe	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur CHAP Hugues	Professeur PARINI Angelo
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur PERRET Bertrand
Professeur LANG Thierry	Professeur ROQUES LATRILLE Christian
Professeur LAROCHE Michel	Professeur SERRE Guy
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur SIZUN Jacques
Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLE Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVALD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREUEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERS Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Martène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie
	Professeurs Associés de Médecine Générale
	M. ABITTEBOUL Yves
	M. BIREBENT Jordan
	M. BOYER Pierre
	Mme FREYENS Anne
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	Mme LATROUS Lela
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeurs Associés Honoraires
	Mme MALAUAUD Sandra
	Mme PAVY LE TRON Anne
	M. SIBAUD Vincent
	Mme WOISARD Virginie

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Amelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM François	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	M. MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibaut	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabele	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOUCAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

REMERCIEMENTS

Merci aux docteurs Frédéric Balen et Lola Griot de m'avoir guidée sur ce sujet de thèse. Merci particulièrement au Dr Lola Griot, ma directrice de thèse, de m'avoir encouragée et accompagnée.

Merci au jury : Professeur Sandrine Charpentier, Dr Charles Henri Houze-Cerfon, Dr Paul Henry Auboiron et Dr Marion Anne-Laurence pour leur lecture attentive. J'espère témoigner de mon grand respect et de ma profonde reconnaissance.

Je tiens à remercier le soutien infaillible de ma famille pendant ces longues années. À leur engagement au quotidien pour me permettre de faire le métier dont je rêvais. Je tiens à remercier ma mère pour ces longues discussions devant la cheminée. Merci à mon père pour chaque sortie course et pour la transmission de mon surnom. Merci à mes parents de m'avoir encouragée dans tous mes caprices, toutes mes envies. Merci d'avoir toujours plus insisté sur mon bonheur que sur ma réussite. Merci à Lucas et Maëly, un petit frère et une petite sœur avec qui je veux encore explorer le monde. À mes grands-mères, mes modèles que j'espère rendre fiers. À mes grands-pères et à ma tante qui ne pourra pas me voir diplômée.

À ces amis qui ont rempli ma mémoire de bons souvenirs pendant mes études. Particulièrement Rémi et Sophie avec qui je me suis reconstruite. À tous ces "kiwis" avec qui j'ai eu tous mes fous rires et mes folles soirées : Grégoire, Cindy, Benjamin et tous ceux que je ne peux pas citer. J'espère encore boire et rire à vos côtés pendant longtemps.

Au Tutorat Santé de Tours grâce à qui j'ai pu développer mon amour pour l'enseignement et l'amélioration de la formation des étudiants.

À cette incroyable promo de DESMU qui m'a vu m'épanouir et qui me donne envie de travailler à ses côtés tous les jours. Promo qui est devenue des amis avec qui je partage mes soirées, mes vacances, mes faiblesses et mes fiertés.

Je remercie enfin l'ensemble de mes professeurs et séniors qui ont construit le médecin que je suis.

SOMMAIRE	
Liste des abréviations	7
INTRODUCTION	8
MATÉRIEL	10
Organisation des urgences du CHU de Toulouse	10
Prise en charge des patients ne relevant pas d'un bilan somatique	10
Prise en charge des patients relevant de diagnostics différentiels	11
Spécificités du site de Rangueil.....	11
MÉTHODE.....	11
Type d'étude.....	11
Variables et modalités de recueil	12
Modalités de recueil	12
Variables recueillies.....	13
Critère de jugement principal	15
Critères d'inclusion et d'exclusion.....	16
Nombres de sujets nécessaires.....	17
Analyse statistique.....	17
RÉSULTATS	18
Flow chart.....	18
Étude épidémiologique	19
Étude du critère de jugement principal.....	23
Facteurs de risque identifiés	24
DISCUSSION	25
Prévalence des pathologies somatiques nécessitant une prise en charge urgente	25
Identification des patients à faible risque de prise en charge somatique urgente	26
Différences entre les groupes avec et sans prise en charge somatique urgente	26
Impact de la prise en charge des patients psychiatriques sur les urgences.....	27
Les biais de l'étude	28
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXES	32

I. LISTE DES ABREVIATIONS

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

SMFU : Société française de Médecine d'Urgence

NFS : Numération Formule sanguine

TSH : Thyroestimuline

CRP : Protéine C réactive

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

ORU Occitanie : Observatoire régional des Urgences d'Occitanie

SU : Service d'urgence

CMCT : Consultation médico-chirurgicale et traumatique

AMCT : Accueil médico-chirurgical et traumatique

AMT : Accueil Médico-Traumatique

UA : Unité ambulatoire

IAO : Infirmier.ère d'Accueil et d'Orientation

MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation

OMA : Observation médicale adulte

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

ECG : Électrocardiogramme

DFG : Débit de Filtration glomérulaire

TP : Taux de Prothrombine

TCA : Temps de Céphaline Activée

KDIGO : Kidney Disease Improving Global Outcomes

CPK : Créatine Phosphokinase

INR : International Normalized Ratio

IRM : Imagerie par résonance magnétique

EEG : Électroencéphalogramme

ECBU : Examen cyto bactériologique des urines

BU : Bandelette urinaire

PCR : Polymerase Chain reaction

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire

FRENCH : FRENch Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

THC : delta-9-tétrahydrocannabinol

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

IST : Infection sexuellement transmissible

VIH : Virus de l'Immunodéficience humaine

II. INTRODUCTION

Les troubles psychiatriques représentent une part non négligeable de la fréquentation des services d'urgence, avec une prévalence de 2,6% en Occitanie, se traduisant par plus de 10 000 passages annuels au Centre Hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse [1]. Parmi ces patients, beaucoup font l'objet d'un bilan de débrouillage somatique, également connu sous le nom de bilan de dé-somatization. L'évaluation médicale réalisée par l'urgentiste vise à identifier, chez les patients avec des symptômes psychiatriques, une étiologie médicale ou des comorbidités nécessitant une prise en charge médicale spécifique ou une situation somatique instable justifiant une orientation vers un service de soins adapté. Un patient avec des antécédents psychiatriques connus consultants pour un motif psychiatrique peut avoir des comorbidités associées qui auraient pu contribuer à la décompensation psychiatrique. Chez un patient sans antécédent psychiatrique, la maladie psychiatrique est un diagnostic d'élimination.

D'après la littérature, un bilan somatique serait justifié chez 20 à 60% des malades avec des symptômes psychiatriques aux urgences devant des comorbidités médicales [2][7]. Ce constat met en lumière une pratique potentiellement excessive, entraînant une surcharge de travail pour les services d'urgence et une utilisation discutable des ressources médicales.

Parallèlement, un nombre non négligeable de patients se présente aux urgences psychiatriques sans répondre aux critères stricts d'urgence [14]. Cette situation contribue également à l'engorgement des services et à l'allongement des délais de prise en charge pour les patients présentant des troubles psychiatriques avérés. Le bilan somatique implique souvent la prescription d'examens complémentaires. L'attente ou l'acquisition des résultats peut retarder la prise en charge psychiatrique effective, augmentant le risque de complications auto ou hétéroagressives et altérant la perception du patient vis-à-vis du système de soins [3]. En effet, une étude américaine a démontré que la durée moyenne d'une consultation aux urgences pour un motif psychiatrique est 3 fois plus longue que pour un motif médical, avec une moyenne de 11h30 [3]. L'optimisation des pratiques de bilan somatique, en limitant les examens complémentaires non indispensables, permettrait de réduire significativement les délais d'attente et d'améliorer la prise en charge des patients en souffrance psychique. Cela contribuerait également à limiter les risques de complications et à améliorer l'expérience des patients au sein du système de soins.

Il n'existe pas de bilan standardisé recommandé adapté aux différents troubles psychiatriques présentés fréquemment aux urgences. Il n'existe pas non plus de diagnostics différentiels clairs, mais une multitude de maladies pouvant avoir des symptômes psychiatriques [3]. D'après les recommandations officielles de la Société française de Médecine d'Urgence (SFMU) 2021, le bilan somatique se veut choisi au cas par cas en fonction de la présentation clinique et des antécédents du patient. La SFMU recommande particulièrement un bilan somatique en cas de premier épisode psychotique aigu après 40 ans, premier épisode thymique, clinique inhabituelle chez un patient avec une maladie psychiatrique, ou en cas d'intoxication médicamenteuse volontaire. Toutefois, il n'y a pas de preuve scientifique qui appuie ces recommandations ni de bilan défini [4][5]. Au CHU de Toulouse, comme dans la plupart des centres en France, on propose le même bilan standardisé aux patients consultant pour des symptômes psychiatriques. Il comprend un bilan biologique (NFS, ionogramme, TSH, CRP, ...), une recherche toxicologique urinaire et/ou sanguine et une imagerie cérébrale (souvent un scanner sans injection de produit de contraste devant son accessibilité) [8].

Certaines études ont démontré qu'un examen clinique approfondi et la prise des paramètres vitaux d'entrée peuvent suffire à déceler une pathologie médicale [2]. Cependant, les patients souffrant de troubles psychiatriques présentent une susceptibilité accrue aux comorbidités médicales, ce qui justifie une attention particulière lors de leur prise en charge aux urgences [10].

Une revue systématique américaine de mai 2018 retrouve entre 0% et 40% de résultats d'examens complémentaires anormaux pour seulement 0,4% d'anomalie modifiant la prise en charge ou le diagnostic [2]. Une des difficultés du bilan somatique est de déterminer si l'anomalie découverte explique la symptomatologie ou modifie la prise en charge du malade. Certaines études définissent un bilan somatique modifiant la prise en charge comme un bilan nécessitant une hospitalisation en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) somatique, dans un service médical non psychiatrique, en soins critiques ou bien la prescription d'un traitement spécifique non psychiatrique [12].

Les études françaises et américaines trouvent environ 6% à 10% de bilans somatiques anormaux changeant le diagnostic avec une majorité d'atteintes neurologiques, métaboliques ou toxiques [3][6][7][11][12][13]. Une étude réalisée à Lyon a identifié des facteurs corrélés avec ses anomalies : l'âge avancé (supérieur à 65 ans), la présence de troubles du comportement, des

antécédents médicaux et des paramètres vitaux d'entrée anormaux [11]. En complément, la SFMU attire l'attention sur la nécessité d'une vigilance accrue chez les patients âgés de plus de 35 ans présentant une confusion ou un épisode maniaque [4].

Au vu de la littérature, le bilan somatique réalisé aux urgences doit être dirigé par l'histoire de la maladie et l'examen clinique avec notamment la prise des paramètres vitaux. Les critères de qualité du bilan somatique sont donc un examen clinique, une anamnèse et des antécédents correctement recherchés et renseignés [13].

L'objectif est de rationaliser les pratiques médicales, de fluidifier les parcours de soins et de garantir une prise en charge efficiente et de qualité pour tous les patients présentant des troubles psychiatriques aux urgences. Dans ce cadre, une étude épidémiologique observationnelle et analytique rétrospective a été menée sur l'année 2022 au sein du service d'urgences du CHU de Toulouse. L'objectif principal de cette étude était d'identifier les patients nécessitant une prise en charge spécifique non psychiatrique et de rechercher les facteurs de risque associés à une prise en charge somatique urgente.

En parallèle, un objectif secondaire consistait à étudier les caractéristiques épidémiologiques des patients pris en charge aux urgences pour des motifs psychiatriques.

III. MATÉRIEL

A. Organisation des urgences du CHU de Toulouse

Le Service d'Urgence (SU) du CHU de Toulouse est réparti sur deux sites : Rangueil et Purpan. Chaque site dispose de deux filières distinctes : un circuit court pour les pathologies courantes et un circuit long pour les pathologies plus complexes. Les urgences psychiatriques, situées sur le site de Purpan, sont indépendantes des urgences médico-chirurgicales et comprennent une zone d'accueil ("zone froide") et une zone de sécurité ("zone chaude").

B. Prise en charge des patients ne relevant pas d'un bilan somatique

Le parcours du patient débute par une évaluation du motif de consultation par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO) avec prise des paramètres vitaux. Le triage par le degré d'urgence et l'orientation vers le secteur adéquat sont effectués en collaboration avec le Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO). Les patients présentant une symptomatologie psychiatrique sont dirigés vers les urgences psychiatriques où ils peuvent bénéficier d'une

consultation avec un infirmier et/ou un psychiatre. L'hospitalisation en psychiatrie est gérée par l'équipe médicale psychiatrique.

C. Prise en charge des patients relevant de diagnostics différentiels

Lorsqu'une pathologie psychiatrique ne peut être exclue, le patient est d'abord orienté vers le SU pour la réalisation d'examens complémentaires. L'équipe de psychiatrie d'avis peut ensuite être sollicitée pour une consultation ou une hospitalisation dans un second temps.

D. Spécificités du site de Rangueil

Le SU de Rangueil dispose d'une équipe d'avis psychiatrique (infirmier, psychiatre et psychologue) présente en journée, la semaine. Les patients se présentant avec une symptomatologie psychiatrique peuvent être redirigés vers les urgences psychiatriques de Purpan ou admis au SU Purpan selon leur besoin.

IV. MÉTHODE

A. Type d'étude

La présente étude épidémiologique observationnelle descriptive et analytique, monocentrique et rétrospective a porté sur l'ensemble des patients pris en charge aux urgences médico-chirurgicales des sites de Purpan et Rangueil du CHU de Toulouse pour un motif psychiatrique au cours de l'année 2022.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les pratiques actuelles de bilan somatique chez les patients pris en charge pour une symptomatologie psychiatrique aux urgences, qu'il soit réalisé à la demande des psychiatres ou non. Les affections psychiatriques incluses dans l'étude étaient les suivantes :

- Épisodes psychotiques aigus (bouffées délirantes aiguës),
- Psychoses chroniques en décompensation (schizophrénie, bipolarité, trouble de la personnalité ...),
- Patients en rupture de traitement,
- Épisodes d'agitation psychomotrice,
- Épisodes maniaques,
- Troubles anxieux,

- Épisodes dépressifs.

L'objectif primaire était d'identifier les patients nécessitant une prise en charge somatique urgente et de déterminer les facteurs de risque associés à une prise en charge spécifique non psychiatrique. La prise en charge spécifique ne comprenait pas les actes de médecine générale tels que la suture des plaies ou le dégrisement simple en cas de prise d'alcool ou de toxiques, ceux-ci ne nécessitant pas le plateau technique des urgences.

Le critère de jugement principal était la présence d'un diagnostic final nécessitant une prise en charge spécifique non psychiatrique du patient. Les objectifs secondaires étaient d'étudier les caractéristiques épidémiologiques des patients pris en charge aux urgences pour un motif psychiatrique.

B. Variables et modalités de recueil

1. Modalités de recueil

La base de données a été créée en utilisant les motifs de tri IAO renseignés dans la catégorie "psychiatrie" et "neurologie" du logiciel métier Orbis®.

Les motifs extraits étaient "agitation", "état dépressif", "épisode maniaque", "trouble du comportement", "trouble psychotique", "auto-agressivité", "demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)", "hallucination", "hétéro agressivité", "insomnie", "trouble du sommeil", "ralentissement psychomoteur", "rupture de traitement". Dans la catégorie "neurologie", les patients avec le motif "confusion" ont également été extraits.

L'ensemble des informations du dossier médical, l'examen clinique, les examens complémentaires toxicologiques, radiologiques et biologiques ont été enregistrés grâce au logiciel Microsoft Excel® : Numéro d'identification, sexe, âge, paramètres vitaux d'entrée (pression artérielle, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, température, glycémie capillaire, saturation en oxygène, taux d'alcool exsufflé, Glasgow, échelle de douleur, score CIMU), la filière IAO, lieu de prise en charge, l'examen clinique initial, le fait d'avoir été adressé par un psychiatre, l'antécédent de bilan somatique, les antécédents psychiatriques, les antécédents médicaux, la prise de toxique habituelle, les toxiques dépistés, l'analyse de l'Électrocardiogramme (ECG), les résultats des examens biologiques et scannographiques, les autres examens para cliniques réalisées, l'avis de psychiatre ou des autres spécialistes, l'utilisation de sédation pendant la prise en charge, la décision finale d'orientation, le diagnostic,

le mode de transport, le temps total de prise en charge aux urgences, le devenir du malade et enfin l'apparition pendant la prise en charge d'évènement indésirable graves.

L'ensemble des informations recueillies se trouvait dans la fiche IAO créée à l'arrivée du patient, l'Observation médicale adulte (OMA) écrite par l'urgentiste ou l'évaluation initiale psychiatrique rédigée par l'équipe psychiatrique. Devant la disparité du recueil d'information des antécédents psychiatriques et des addictions des patients, ce sont les informations présentes sur l'avis psychiatrique qui ont été récupérées. L'absence d'information sur les addictions du patient ou une information incomplète récupérée par l'urgentiste a été comptabilisée.

2. Variables recueillies.

La présence d'antécédents psychiatriques et médicaux a été comptabilisée puis détaillée en classe syndromique pour les pathologies psychiatriques et en spécialités médicales pour les antécédents médicaux. Pour les ces derniers n'ont été pris en compte que les pathologies chroniques ou les évènements ayant contribué à des séquelles permanentes. Les pathologies traumatiques, chirurgicales ou infectieuses résolues sans séquelles n'ont pas été prises en compte.

Les anomalies de l'examen clinique initial réalisé par l'urgentiste ont également été catégorisées en "anomalie neurologique", "traumatologie et plaie", "anomalie pneumologique", "anomalie abdominale" ou "autre anomalie". Néanmoins pour l'analyse statistique c'était la présence d'une anomalie de l'examen clinique quelle qu'elle soit qui a été prise en compte. Ce n'était pas uniquement les anomalies de l'examen neurologique.

Tous les résultats biologiques prescrits par l'urgentiste étaient regardés puisqu'en l'absence de prescription protocolisée les examens sont demandés en fonction de la clinique du patient. Pour faciliter l'interprétation un bilan biologique "standard" a été défini par un ionogramme sanguin (natrémie, kaliémie, calcémie, chlorémie, bicarbonates, protéinémie, glycémie), une fonction rénale (créatininémie, urémie, DFG), une CRP, un bilan d'hémostase avec TP et TCA, ainsi d'une NFS. Tout complément fait à ce bilan biologique standard a été comptabilisé.

Concernant l'interprétation des résultats biologiques, les anomalies ont été regroupées en grandes classes comme le syndrome inflammatoire biologique défini comme une CRP > 30 mg/L associée à une hyperleucocytose. L'insuffisance rénale aiguë est définie par une

insuffisance rénale supérieure ou égale au stade I KDIGO. L'anémie, la thrombopénie, l'anomalie de la TSH, l'anomalie des marqueurs cardiaques, les troubles ioniques, l'INR, la lithémie et l'anomalie des gaz du sang ont été définis par des valeurs inférieures aux normes de laboratoires. L'anomalie du bilan hépatique est définie par une cytolysé et/ou une cholestase supérieure à 3 fois la norme. La rhabdomyolyse est définie par des CPK > 1 000 UI/L.

Parmi les examens complémentaires en dehors de la biologie et du scanner cérébral ont été répertoriés les IRMs, les angioscanners cérébraux, les scanners abdomino-pelviens, les scanners thoraciques, les EEG, les examens échographiques et les radiographies. Une variable a également été créée pour les examens complémentaires cherchant une porte d'entrée infectieuse (hémocultures, ECBU, ponction lombaire, PCR virales, sérologies autres).

Il est souvent impossible pour les psychiatres de poser un diagnostic clair après une première évaluation aux urgences. La variable recueillant les diagnostics psychiatriques a donc été divisée en grandes classes syndromiques : "trouble de l'adaptation", "syndrome anxieux", "état de stress post-traumatique", "syndrome catatonique", "épisode dissociatif", "crise suicidaire", "épisode dépressif caractérisé", "épisode dépressif avec caractéristiques psychotiques", "crise clastique", "épisode mixte", "épisode maniaque", "épisode psychotique aiguë", "décompensation psychotique", "psychose chronique", "psychose puerpérale", "rupture de traitement", "demande d'aide", "fugue d'hospitalisation", "hallucinations", "somatisation", "trouble du comportement alimentaire", "trouble borderline", "trouble schizo affectif", "autre trouble de la personnalité" et "pharmacopsychose ou iatrogénie" à partir de la conclusion de l'évaluation initiale psychiatrique. Quand l'avis psychiatrique ne trouvait aucune anomalie la variable était notée "stable". Quand l'avis était manquant ou qu'aucun syndrome clair ne pouvait être identifié, la variable était classée comme "trouble du comportement". Si les patients ont été vus plusieurs fois par l'équipe psychiatrique au cours du passage aux urgences, c'est l'avis final qui était retenu. Les traitements des patients et notamment les changements de posologie après passage aux urgences n'ont pas été pris en compte. Cependant, les patients inclus pouvaient avoir une évaluation psychiatrique en faveur d'une rupture de l'état antérieur causée par un arrêt ou un changement des traitements.

De la même manière les diagnostics médicaux ont été regroupés en différents groupes : atteintes neurologiques, traumatologiques, maladies infectieuses, maladies d'organes, maladies métaboliques, problématiques addictologiques, intoxication éthylique, pharmacopsychose et

iatrogénie médicamenteuse. Ils ont été rapportés à partir de la conclusion rédigée par l'urgentiste.

Pour chaque patient le diagnostic somatique et/ou psychiatrique était recueilli. Après analyse des critères de jugement principal, deux groupes étaient créés : un groupe avec diagnostic somatique nécessitant une prise en charge spécifique et un groupe ne nécessitant pas de prise en charge aux urgences.

3. Critère de jugement principal

Un bilan somatique anormal était considéré comme nécessitant une prise en charge spécifique non psychiatrique si l'une des conditions suivantes était remplie :

- Hospitalisation en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) médicale. Cette décision était prise par l'urgentiste en cas de nécessité d'une surveillance rapprochée ou d'une intervention médicale spécifique.
- Hospitalisation dans un secteur médical non psychiatrique. L'orientation vers un service médical spécialisé était requise pour des pathologies nécessitant une prise en charge par une équipe médicale compétente.
- Traitement chirurgical. En cas de pathologie nécessitant une intervention chirurgicale imminente, le patient était dirigé vers le bloc opératoire.
- Traitement médical non psychiatrique pendant la prise en charge. L'administration de médicaments spécifiques ou la mise en place de mesures thérapeutiques étaient nécessaires pour stabiliser l'état du patient.

Certaines pathologies somatiques identifiées lors du bilan ne relevaient pas d'une prise en charge somatique urgente et relevaient de la médecine de ville ou d'une prise en charge hospitalière programmée. Elles peuvent être probablement prises en charge dans un secteur psychiatrique :

- Intoxications éthyliques ou pharmacopsychoses nécessitant un dégrisement simple : Ces cas ne nécessitaient qu'une surveillance et une hydratation pour permettre au patient de se rétablir de l'intoxication.
- Plaies à suturer ne relevant pas d'une prise en charge chirurgicale. Les plaies superficielles ou simples pouvaient être suturées par un médecin généraliste et ne nécessitaient pas de plateau technique spécialisé.

- Syndromes démentiels connus ne nécessitant pas d'hospitalisation. Dans le cas de syndromes démentiels connus et stabilisés, une hospitalisation n'était pas toujours requise. Une évaluation par le médecin généraliste ou une équipe spécialisée pouvait suffire.
- Intoxications médicamenteuses sans indication à l'administration d'un antidote. En cas d'effets secondaires médicamenteux bénins ne nécessitant pas d'antidote spécifique, une surveillance et des conseils médicaux pouvaient être suffisants.
- Hypothermie simple. Ces pathologies pouvaient être gérées par des mesures de réchauffement et une surveillance adéquate sans nécessiter une hospitalisation prolongée.

C. Critères d'inclusion et d'exclusion

Après extraction de la base de données ont été inclus tous les patients de moins de 65 ans, avec ou sans antécédents psychiatriques, avec ou sans antécédents médicaux ayant bénéficié d'un bilan dit de "dé-somatisation". Ont été inclus les malades adressés par les psychiatres selon l'observation IAO ou dans l'anamnèse de l'OMA. Étaient également inclus les malades avec la mention "dé-somatisation", "bilan somatique" ou "avis psychiatrique si examen normal" dans l'OMA. Même si les patients avaient déjà eu un bilan somatique dans leur histoire, s'ils sont admis aux urgences pour un nouveau bilan ils pouvaient être inclus.

Sont exclus, les patients de plus de plus de 65 ans afin d'exclure les troubles neurocognitifs précoces et les pathologies gériatriques ayant une symptomatologie psychiatrique (notamment les épisodes confusionnels). Sont également exclus les patients partis avant la prise en charge et les patients ayant été exclusivement pris en charge aux urgences psychiatriques.

Les patients consultant pour une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) relèvent toujours d'une prise en charge par l'urgentiste dans un premier temps pour évaluer la gravité de l'intoxication, la nécessité d'une surveillance rapprochée ou la nécessité d'un antidote. Ces patients sont donc exclus de l'étude. Il en va de même pour les patients avec le motif de recours "intoxication", "alcoolisation aiguë" et "état de manque". Les autres motifs de triages IAO exclus sont tous les motifs de triage orientant vers des pathologies médicales (autre que le motif "confusion") ainsi que les motifs "idées suicidaires", "crise d'angoisse". Ces motifs ont été exclus car concernent des patients ne relevant pas d'un bilan par un urgentiste.

Il existe des patients présentant de multiples passages aux urgences pour une seule présentation de symptomatologie psychiatrique. Pour ces patients seront pris en compte l'examen clinique initial et tous les examens complémentaires réalisés sur les différents passages dans les 15 jours suivants. Le diagnostic final sera celui du dernier passage aux urgences.

D. Nombres de sujets nécessaires

Nous avons supposé une prévalence de 10% de bilans nécessitant une prise en charge somatique urgente. Au risque pressenti de 5%, avec un intervalle de confiance bilatéral à 95% le nombre de sujets à inclure était de 1380 sachant que le nombre de passage annuel au SU pour trouble psychiatrique (en excluant les IMV) est d'environ 2200 aux urgences du CHU par an.

E. Analyse statistique

Les données des patients inclus une fois anonymisées ont été regroupées dans un tableau Microsoft Excel®. Un flow chart a été réalisé montrant les patients exclus car pris en charge aux urgences psychiatriques, fugueurs, réorientés à l'admission, présentant de multiples passages, présentant un motif médical non psychiatrique initial, exclus sur l'âge > 65 ans, n'ayant pas eu de bilan somatique, présentant une IMV, présentant intoxication éthylique aiguë simple ou autre consommation de toxique simple.

Les limites de normalité des paramètres vitaux ont été choisies à partir du News Score ou du score FRENCH. Une limite d'âge à 35 ans a été étudiée, âge limite identifié comme facteur de risque de maladie médicale non psychiatrique. Une limite d'échelle de douleur à trois a été définie comme pathologie, seuil à partir duquel un antalgique est proposé. L'alcoolémie anormale a été définie comme une alcoolémie supérieure à 0,4 mg par litre d'air expiré ou 0,8 g/L.

L'analyse statistique des données anonymisées est réalisée à l'aide du logiciel STATA version 17. Toutes les variables de l'étude sont analysées de façon individuelle avec vérification du nombre de données manquantes et de valeurs aberrantes. La normalité de chaque distribution pour les variables quantitatives a été analysée. Il n'a pas été utilisé de méthode d'imputation pour les valeurs manquantes. Les variables quantitatives sont représentées par leur moyenne suivie de l'écart type en cas de distribution normale (moyenne \pm écart type). Elles sont représentées par leur médiane suivie du 1er quartile et du 3ème quartile de distribution (médiane (p25% - p75%)) dans le cas contraire. L'analyse bivariée des variables quantitatives a

été réalisée par le t-test de Student si ces conditions d'application étaient rencontrées. Dans le cas contraire et notamment en l'absence de normalité de distribution des variables, le test de rang de Man-Whitney a été utilisé. Les variables qualitatives sont exprimées en effectif et pourcentage (n (%)). Le test du Chi² de Pearson a été utilisé pour leur comparaison, si possible. Dans le cas contraire, un test exact de Fisher a été réalisé. Le seuil de significativité statistique a été considéré atteint quand le risque d'erreur est inférieur à 5% ($p < 0,05$). Après analyse descriptive initiale de la population, il a été calculé la prévalence dans la population de prise en charge spécifique aux urgences, présentée avec son Odds Ratio et ses intervalles de confiance à 95%.

Une analyse multivariée a été conduite afin d'identifier les facteurs associés avec un bilan somatique nécessitant une prise en charge spécifique non psychiatrique. Une méthode de régression logistique par pas à pas descendant a été utilisée après sélection des variables associées avec un $p < 0,2$ lors de l'analyse bivariée préliminaire. Les résultats ont été présentés avec leur Odds Ratio et leur intervalle de confiance à 95%. Le modèle complet est présenté en Annexe 1 et nous ne présentons ici que le modèle final.

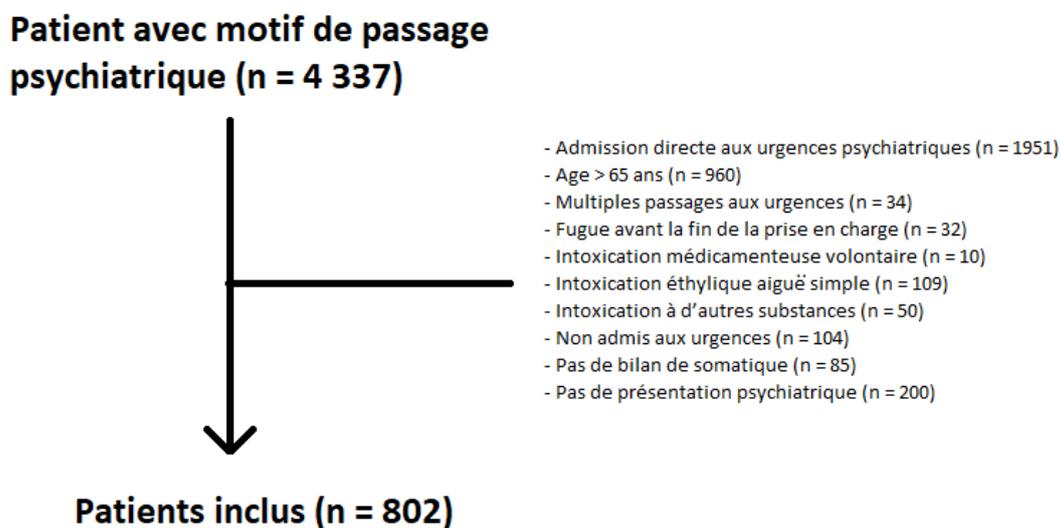
V. RÉSULTATS

A. Flow chart

Sur l'année 2022, sur l'ensemble des patients triés par l'IAO avec un motif psychiatrique, 45% était donc directement admis aux urgences psychiatriques (cf. Figure 1). 2386 patients sont passés aux SU pour un motif psychiatrique soit 1426 personnes de moins de 65 ans.

Les patients inclus ont ensuite été répartis en deux groupes. Dans le groupe validant le critère de jugement principal on retrouvait 71 patients nécessitant une prise en charge spécifique non psychiatrique. L'autre groupe ou groupe témoin était composé de 731 patients. Les caractéristiques de la population des deux groupes ont ensuite été comparées (cf. Table 1 et 1bis).

Figure 1. Flowchart.



B. Étude épidémiologique

Les patients étaient pour la très grande majorité des cas pris en charge à l'hôpital Purpan (97%). Le stade CIMU le plus représenté était le grade 3 pour 60% de la population. Le stade le plus représenté dans le groupe nécessitant une prise en charge somatique urgente était également le grade 3 pour 64% de la population.

L'analyse des données des tableaux 1 et 1bis révèle que les patients âgés de plus de 35 ans présentent statistiquement une prévalence plus élevée de prise en charge spécifique non psychiatrique par rapport aux moins de 35 ans ($p < 0,001$). Cette observation est cohérente avec les données de la littérature, qui indiquent que les patients plus âgés et présentant davantage de comorbidités sont plus susceptibles de développer des complications médicales non psychiatriques [11]. L'analyse met en évidence une association statistiquement significative entre une anomalie du score de Glasgow et la nécessité d'une prise en charge somatique urgente ($p < 0,001$).

Table 1. Caractéristiques des populations.

	TOTAL (n(%))	Groupe nécessitant prise en charge spécifique (n(%))	Groupe ne nécessitant pas prise en charge spécifique (n(%))	p value
	n = 802	n = 71	n = 731	
Sexe féminin	331 (41,2%)	25 (35%)	306 (42%)	0,277
Age (médiane [Q25 ; Q75])	34 [25 ; 47]	40 [31 ; 55]	34 [24 ; 47]	<0,001
- Plus de 35 ans	389 (49%)	50 (70%)	339 (46%)	<0,001
- Moins de 35 ans	413 (51%)	21 (30%)	392 (54%)	
Paramètres vitaux d'entrée anormaux				
Fréquence cardiaque > 100	283 (35%)	26 (36%)	257 (35%)	0,806
Pression artérielle				
- Pression artérielle systolique > 180	19 (2%)	2 (3%)	17 (2%)	0,0513
- Pression artérielle diastolique > 90	223 (28%)	19 (27%)	204 (28%)	0,837
- PAM < 65	4 (0,4%)	0 (0%)	4 (0,5%)	0,532
Fréquence respiratoire				
- FR > 20	91 (12%)	11 (15%)	80 (11%)	0,05
- FR ≤ 20	523 (65%)	51 (72%)	472 (64%)	
- Non renseignée dans le dossier	188 (23%)	9 (12%)	179 (24%)	
Saturation en oxygène (SpO2)				
- > 95%	769 (96%)	69 (97%)	700 (96%)	0,699
- ≤ 95%	20 (2%)	2 (3%)	18 (2%)	
- Non renseignée dans le dossier	13 (2%)	0	13 (2%)	
Température				
- Hypothermie < 36°C	64 (8%)	3 (4%)	61 (36%)	0,022
- Hyperthermie > 38°C	13 (1%)	4 (5%)	9 (1%)	
- Non renseignée dans le dossier	57 (7%)	2 (3%)	55 (7%)	
Glycémie				
- Hypoglycémie < 0,7	9 (1%)	2 (3%)	7 (1%)	0,052
- Hyperglycémie > 2g/L	7 (1%)	1 (1%)	6 (0,8%)	
- Non renseignée dans le dossier	259 (32%)	15 (21%)	244 (33%)	
Glasgow < 15	42 (5%)	12 (17%)	30 (4%)	<0,001
Ethylotest positif ¹	29 (3%)	0 (0%)	29 (4%)	0,15
Présence de douleur (Echelle Numérique >3) ²	7 (0,8%)	1 (1%)	6 (0,8%)	0,479
Examen clinique anormal	129 (16%)	45 (63%)	84 (11%)	
- dont anomalie neurologique	75 (9%)	26 (37%)	49 (7%)	<0,001
- dont plaie et traumatisme	29 (4%)	7 (10%)	22 (3%)	
- dont anomalie pneumologique	6 (0,7%)	4 (5%)	2 (0,3%)	
- dont anomalie abdominale	5 (0,6%)	3 (4%)	2 (0,3%)	
- dont anomalie autre	14 (2%)	5 (7%)	9 (1%)	
Prise régulière de toxiques	410 (51%)	25 (35%)	385 (53%)	0,005
Patient avec antécédents psychiatrique avéré ou suspecté	513 (64%)	42 (59%)	471 (64%)	0,575
Patient avec antécédents médicaux	240 (30%)	37 (52%)	203 (28%)	<0,001
Adressé pas un psychiatre	240 (30%)	15 (21%)	225 (31%)	0,09
Antécédents de bilan somatique dans le dossier	244 (30%)	24 (34%)	220 (30%)	0,517
Prise en charge sur lieu public	214 (27%)	16 (22%)	198 (27%)	0,202

N.B. : il existe des valeur manquantes ¹ 654(81%) ² 6(0,7%).

La prise régulière de toxiques a été recueillie dans l'évaluation initiale faite par les psychiatres. En effet la prise de toxiques habituelle était manquante dans 55 OMA soit 13% et incomplet dans 31 dossiers soit 7% des patients inclus. La prise de toxiques était correctement renseignée pour 79% des OMA (n = 324). Cette variable est aussi liée à un bilan ne nécessitant pas une prise en charge spécifique (p = 0,005).

Parmi les consommations de toxiques avouées, le THC, l'alcool et la cocaïne sont les plus représentés avec respectivement 107 (26%), 131 (32%) et 75 (18%). Par contre les toxiques les plus retrouvés dans les urines étaient les benzodiazépines (n = 138 soit 29%). Le deuxième toxique urinaire le plus fréquemment retrouvé était le THC dans 21% des toxiques urinaires réalisés.

Un examen clinique anormal était lié statistiquement à une prise en charge spécifique aux urgences ($p < 0,001$). C'est l'anomalie de l'examen neurologique avec la confusion qui est le critère clinique le plus retrouvé dans l'étude 34 malades soit 45% des anomalies neurologiques, dont 11, validant le critère de jugement principal. La deuxième anomalie était la présence de plaies ou de traumatismes avec la suture d'une plaie chez 19 malades soit 65% des plaies et 2% de la population d'étude.

Table 1 bis. Caractéristiques des populations.

	TOTAL (n(%))	Groupe nécessitant prise en charge spécifique (n(%))	Groupe ne nécessitant pas prise en charge spécifique (n(%))	p value
Sédation pendant la prise en charge initiale	253 (31%)	16 (22%)	237 (32%)	0,087
Chimique et physique	219 (27%)	12 (17%)	207 (28%)	0,039
Chimique	251 (31%)	16 (22%)	235 (32%)	0,095
Anomalies examens complémentaires				
Anomalie biologique ¹	211 (26%)	29 (40%)	182 (25%)	NA
Anomalie examen d'imagerie ²	40 (5%)	24 (34%)	16 (2%)	NA
scanner cérébral non injecté ³	27 (3%)	12 (17%)	15 (2%)	NA
autre imagerie (EEG, IRM, scanner autre, échographie, radiologie) ⁴	21 (3%)	20 (28%)	1 (0,1%)	NA
Anomalies de l'électrocardiogramme ⁵	26 (3%)	5 (7%)	21 (3%)	NA
Anomalie des toxiques urinaires ⁶	257 (32%)	18 (25%)	239 (32%)	NA
Recherche de porte d'entrée infectieuse positive ⁷	11 (1%)	6 (8%)	5 (0,6%)	NA
Avis demandée à un autre spécialiste	82 (10%)	35 (49%)	47 (6%)	<0,001
Temps de passage aux urgences en heures (médiane [Q25 ; Q75])	15 [7 ; 26]	18 [7 ; 39]	15 [7 ; 25]	<0,001

N.B. Ces examens n'ont pas été réalisés dans ¹56(7%) ²712(89%) ³284(35%) ⁴727(90%) ⁵400(50%) ⁶400(50%) ⁷742(92%).

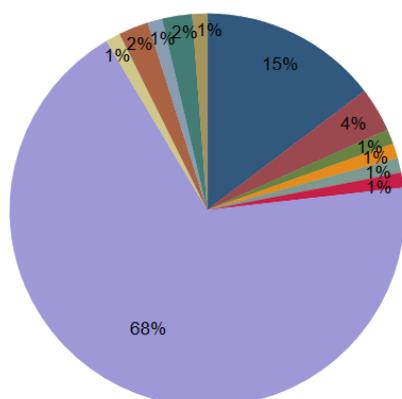
Le mode de transport le plus fréquemment utilisé par les patients pour se rendre aux urgences était l'ambulance (50%), suivi du transport personnel (30%) et des pompiers (6%). Cette répartition n'a pas été significativement influencée par la prise en charge en lieu public ($p = 0,202$).

L'analyse de cette cohorte n'a pas mis en évidence de corrélation statistique significative entre le fait d'être adressé aux urgences par l'équipe de psychiatrie pour un bilan somatique et la nécessité d'une prise en charge somatique spécifique ($p = 0,09$). Il est à noter que 60 patients, soit 7% de la population étudiée, n'ont pas bénéficié d'une évaluation psychiatrique. De plus, parmi les patients ayant fait l'objet d'une évaluation psychiatrique, l'absence de documentation de l'évaluation initiale dans le dossier médical a été constatée dans 67 cas, soit 8% de la population.

Au décours de la prise en charge initiale, 31% de la population d'étude a subi une sédation chimique et/ou physique. La Loxapine était la molécule utilisée dans 92% des sédations chimiques. La présence d'une sédation physique et chimique était d'ailleurs liée statistiquement à une prise en charge non spécifique aux urgences ($p = 0,039$).

Lorsqu'un avis à une autre spécialité a été demandé, c'était en grande majorité un avis neurologique (cf Figure 2).

Figure 2.
Répartition des avis spécialisés (n = 82).



Addictologie	Cardiologie
Endocrinologie	Gastroentérologie
Gynécologie	Médecine légale
Neurologie	Gérontopsychiatrie
Neurochirurgie	Orthopédie
Maladies infectieuses	Chirurgie thoracique

Les anomalies biologiques n'ont pas pu être détaillées dans la table 1 ou 1 bis. Les anomalies les plus fréquentes étaient l'alcoolémie positive, l'anomalie du bilan hépatique, le syndrome inflammatoire biologique et l'insuffisance rénale aiguë. Le restant des anomalies est

disponible dans l'annexe 2. Un patient pouvant présenter plusieurs anomalies biologiques, le nombre total d'anomalies diffère avec la table des caractéristiques de la population d'étude. Les anomalies d'examen d'imagerie cérébrale les plus retrouvées étaient les syndromes de masse intracrânien ou les séquelles ischémiques cérébrales dans 23 des 27 examens anormaux. Les autres étaient des anomalies ne nécessitant pas de prise en charge spécifique aux urgences telle qu'une découverte fortuite de kyste, une leucopathie, une atrophie corticale, etc...

Finalement, 420 malades avaient des examens para cliniques anormaux soit 52% de la cohorte. Cela représentait 73% du groupe ayant une prise en charge spécifique non psychiatrique et 50% du groupe témoin. La médiane de prise en charge aux SU étant de 15h pour un maximum à 214 heures.

Dans le groupe de patient ne validant pas le critère de jugement principal il existait 89 malades (12%) qui présentait un diagnostic somatique avec 22 intoxications éthyliques simples, 44 pharmacopsychoses simples, 12 plaies superficielles nécessitant suture, 6 iatrogénies médicamenteuses ne nécessitant pas d'antidote, 3 syndromes démentiels ne nécessitant pas d'hospitalisation, 1 hypothermie simple, 1 ictus mnésique.

Au cours de l'année 2022, quatre événements indésirables graves (EIG) ont été recensés parmi les patients pris en charge au SU. Parmi ces EIG, trois ont été fatals, avec des décès survenus dans les six mois suivants la prise en charge initiale : une embolie pulmonaire proximale,

une néoplasie mammaire et une décompensation de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Le quatrième EIG correspondait à un arrêt cardiorespiratoire sur pendaison nécessitant une admission en réanimation.

B. Étude du critère de jugement principal

On trouve un bilan anormal nécessitant une prise en charge spécifique aux urgences dans 8,8% des cas avec un intervalle de confiance à [6,9 ; 11].

Les diagnostics les plus représentés sont les atteintes neurologiques, addictologiques et infectieuses comme détaillées dans la table 2. Les infections nécessitant l'introduction d'une antibiothérapie étaient des infections communes communautaires (infection urinaire, pneumopathie non hypoxémiante, érysipèle) par contre parmi les IST on retrouvait deux neurosyphilis et un patient atteint du VIH en rupture de son traitement antirétroviral.

Dans cette population validant le critère de jugement principal, 6 malades ont reçu un traitement médical spécifique alors qu'ils ne présentaient pas d'atteinte somatique au diagnostic. Ces malades ont eu une ponction lombaire et l'initiation d'un traitement antibiotique et antiviral devant une fièvre et une symptomatologie hallucinatoire. Devant la normalité de la ponction lombaire, du reste des examens complémentaires et après un avis psychiatrique, ses patients ont finalement été orientés dans un secteur de psychiatrie.

Dans le groupe de patients avec une prise en charge spécifique, 41 patients (58%) présentaient également une atteinte psychiatrique nécessitant une prise en charge (décompensation psychotique (n = 7 (10%)), trouble du comportement (n = 7 (10%)), épisode dépressif caractérisé (n = 5 (7%)), épisode psychotique aigu (n = 5 (7%)), rupture de traitement (n = 5 (7%)), troubles anxieux (n = 4 (6%)), trouble du comportement alimentaire (n = 1 (1,5%)), syndrome catatonique (n = 2 (3%)), crise classique (n = 1 (1,5%)), crise suicidaire (n = 2 (3%)), épisode maniaque (n = 2 (3%))).

Table 2. Patients nécessitant une prise en charge spécifique.

Type de diagnostique somatique	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Atteintes neurologiques	15	21%
Commotion cérébrale	1	
Accident vasculaire cérébral	1	
Découverte d'hématome cérébral	1	
Découverte de sclérose en plaque	1	
Découverte ou décompensation d'une épilepsie	3	
Découverte de thrombophlébite cérébrale	1	
Découverte de tumeur cérébrale	3	
Syndrome démentiel avec prise en charge hospitalière	3	
Encéphalopathie toxique	1	
Traumatologie	9	12,70%
Pendaison incomplète	4	
Fracture à prise en charge chirurgicale	3	
Plaie à prise en charge chirurgicale	2	
Maladies infectieuses	17	24,00%
Infection avec introduction d'antibiothérapie spécifique	13	
<i>dont méningite infectieuse</i>	1	
<i>dont méningo-encéphalite herpétique</i>	1	
Infection sexuellement transmissible ou accident d'exposition au sang	4	
Maladie d'organe	4	5,70%
Insuffisance rénale aiguë nécessitant exploration	1	
Anémie nécessitant transfusion	1	
Décompensation de broncopneumopathie chronique obstructive	1	
Tako Tsubo	1	
Troubles métaboliques	4	5,70%
Trouble électrolytique nécessitant correction et monitoring	1	
Carence vitaminique sévère	2	
Découverte de Gayet-Wernicke	1	
Problématique addictologique	16	22,50%
Délirium tremens	6	
Mésusage médicamenteux nécessitant antidote	3	
Pharmacopsychose sur consommation non avouée	2	
Syndrome malin des neuroleptiques	4	
Découverte d'intoxication médicamenteuse volontaire	1	
Maladie psychiatrique dont la suspicion de trouble somatique a nécessité la mise en place d'un traitement spécifique	6	8,40%
TOTAL	71	100,00%

C. Facteurs de risque identifiés

Après avoir réalisé une régression logistique par pas à pas descendant, 4 facteurs de risque de prise en charge spécifique aux urgences ont été identifiés et présentés dans la Table 3. Les variables intégrées dans le modèle initial étaient l'âge supérieur à 35 ans, une fréquence respiratoire supérieure à 20, l'hyperthermie (> 38°C), l'hypothermie (< 36°C), l'hyperglycémie (> 2g/L), l'hypoglycémie (< 0,7 g/L), l'anomalie du Glasgow (< 15), un examen clinique anormal, la présence d'antécédents médicaux et le fait d'avoir été adressé par un psychiatre.

Table 3. Facteurs de risques de prise en charge spécifique aux urgences (n = 802).

	Odds Ratio	Intervalle de confiance à 95%
Age > 35 ans	0,63	[0,04 ; 1,23]
Hyperthermie > 38°C	1,81	[0,40 ; 3,22]
Examen clinique anormal	2,6	[2,04 ; 3,16]
Présence d'antécédents médicaux	1,01	[0,44 ; 1,58]
AUC = 0,8572		

Comme exposé dans le modèle de réduction de risque ainsi créé (cf. Table 4) l'absence de ces quatre facteurs de risque est présente pour 37% de la population. Elle est associée à un risque de prise en charge spécifique de 1%. Au contraire, la présence de plus de 3 facteurs de risques est associée à 47% de risque de bilan nécessitant une prise en charge somatique urgente.

Table 4. Risque de prise en charge spécifique aux urgences en fonction du nombre de facteurs de risques dans la population.

Nombre de facteurs de risques	Patient (n(%))	Prise en charge spécifique aux urgences (n)	Risque (% ; [95CI])
0	297 (37%)	3	1% [0,2 ; 2,9]
1	274 (34%)	16	5,8% [3,3 ; 9,3]
2	197 (24%)	36	18% [13,1 ; 24,4]
3 ou plus	34 (4%)	16	47% [29,8 ; 64,9]
Total	802 (100%)	71	8,8% [6,9 ; 11]

VI. DISCUSSION

A. Prévalence des pathologies somatiques nécessitant une prise en charge urgente

L'analyse de cette cohorte révèle que 8,8% des bilans somatiques réalisés au SU chez les patients se présentant pour un motif psychiatrique aboutissent une prise en charge somatique spécifique non psychiatrique. Les facteurs de risques identifiés d'une prise en charge somatique urgente sont l'âge supérieur à 35 ans, la présence d'une anomalie de l'examen clinique, la fièvre > 38°C et la présence d'antécédents médicaux non psychiatriques. Les résultats du critère de jugement principal correspondent aux données de littératures [3][6][7][11][12][13]. Des études antérieures ont identifié les populations âgées et comorbides comme étant particulièrement à risque de décompensations médicales non psychiatriques. Parmi les manifestations cliniques prévalentes de ces décompensations, la confusion a été largement décrite dans la littérature et également présente dans notre cohorte [4].

Les patients de moins de 65 ans, n'ayant pas de risque de confusion secondaire, bénéficient d'un bilan somatique dans 56% des cas, ce qui représente moins que les 80% de la littérature [2].

B. Identification des patients à faible risque de prise en charge somatique urgente

Dans le modèle de réduction de risque créé, 3 dossiers présentant une prise en charge somatique urgente en l'absence des quatre facteurs de risques, ont été identifiés. Ces trois personnes ne rentrant pas dans le modèle sont de jeunes adultes qui n'ont pas eu besoin de consultation avec une autre spécialité médicale ni d'hospitalisation. Le premier patient présentait une insuffisance rénale aiguë secondaire à une déshydratation dans le contexte d'un alcoolisme chronique. Le deuxième patient présentait des troubles du comportement dans le contexte d'une consommation de cocaïne non avouée. Le troisième patient rapportait une dyskinésie et des mouvements impulsifs dus à l'oubli de son traitement habituel par Lepticur ou tropatépine chlorhydrate la veille. Ces trois patients ne représentaient pas des individus à haut risque de complications graves lors de la prise en charge initiale au service d'urgence (SU). Par conséquent, l'absence de facteurs de risques pourrait potentiellement aider à développer un algorithme de prise en charge des patients à l'admission aux urgences afin de faciliter l'accès précoce à une évaluation psychiatrique.

C. Différences entre les groupes avec et sans prise en charge somatique urgente

Parmi les paramètres vitaux d'entrée, seule la température, la fréquence respiratoire et la glycémie sont différentes de manière significative entre les deux groupes. En effet la tachycardie et l'hypertension pourraient s'expliquer par un état de stress à l'arrivée aux urgences et au contact précoce avec l'équipe médicale au complet dans le HUB lors de la marche en avant.

Le THC et l'alcool sont les drogues les plus représentées dans cette cohorte (26% et 32%). Malgré ça les toxiques urinaires avaient une forte prévalence de benzodiazépine positive (29%) Il existe probablement un facteur de confusion avec les traitements habituels des patients atteints de pathologies psychiatriques ou l'administration d'une sédation chimique aux urgences.

Dans le groupe validant le critère de jugement principal, les diagnostics mis en évidence étaient les pathologies neurologiques, infectieuses et addictologiques. Même si 52% des malades possédaient au moins un examen complémentaire anormal, celui-ci n'oriente pas forcément vers les pathologies identifiées comme nécessitant une prise en charge spécifique. Par exemple, même si la biologie (examen le plus réalisé) montrait des résultats anormaux ils ne relevaient pas

forcément d'une indication à une hospitalisation ou à un traitement spécifique. Le scanner cérébral permettait d'identifier des syndromes de masse, des accidents vasculaires ischémiques constitués ou des anomalies non pathologiques. Ces anomalies ne relèvent pas toujours d'une prise en charge urgente. C'est parmi les autres examens complémentaires qu'on retrouvait le plus d'anomalies pathogéniques nécessitant une prise en charge urgente. L'analyse des données cliniques, anamnestiques et des paramètres vitaux permettrait d'orienter et de prendre en charge les patients de manière plus précoce et individualisée, en limitant le recours systématique à des examens complémentaires non discriminants. Le choix des examens complémentaires devrait être réalisé au cas par cas, en se basant sur les facteurs de risque identifiés et les caractéristiques individuelles du patient. Cette approche individualisée permettrait de réduire le nombre d'examens inutiles et d'optimiser l'allocation des ressources.

Dans le recueil des patients avec une atteinte somatique, a été inclus un patient présentant un ictus mnésique avec doute sur des hallucinations. Devant l'absence de critère de jugement principal réunit il n'a pas été mis dans le groupe de patient ayant une prise en charge spécifique. Dans une optique future on peut imaginer une filière courte de prise en charge conjointe somatique et psychiatrique pour prendre en charge les patients avec bilan somatique ne nécessitant pas une prise en charge spécifique telle que les sutures, le dégrisement simple ou la iatrogénie médicamenteuse simple. Cette filière courte devrait prévoir de pouvoir adapter une sédation à visée anxiolytique et non sédative et une prise en charge conjointe des deux équipes. Cela faciliterait l'accès à un avis psychiatrique précoce chez ces malades ne semblant pas avoir de bénéfice à un passage au SU. Dans l'état actuel des choses, cette alternative semble difficile à concevoir étant donné le manque de moyens aux urgences psychiatriques.

Il n'existait pas de différence significative sur le mode de transport et sur la différence de lieu de prise en charge initiale des malades ($p = 0,202$). L'objectif aurait été d'identifier un critère plus simple pour caractériser le "voyage pathologique" chez les patients pris en charge sur voie publique.

D. Impact de la prise en charge des patients psychiatriques sur les urgences

Dans la cohorte, 58% des malades nécessitant une prise en charge somatique urgente présentaient aussi une décompensation psychiatrique à prendre en charge. Il est crucial d'adopter une approche pluridisciplinaire pour la prise en charge de ces patients, associant une dimension psychiatrique et somatique. Il est toutefois essentiel de privilégier en premier lieu une

prise en charge somatique urgente afin de stabiliser l'état des patients et d'identifier d'éventuelles pathologies organiques.

La médiane de 15h prise en charge des malades est 3 fois plus longue que la médiane de prise en charge en 2022 en Occitanie pour un motif médical non psychiatrique. La valeur extrême à 214h de prise en charge au SU n'est malheureusement pas une exception et se retrouve dans la pratique quotidienne. L'allongement du temps de prise en charge pourrait s'expliquer par l'attente des résultats d'examens complémentaires avant l'appel à l'équipe de psychiatrie, par l'attente de la levée de la sédation mise en place à l'arrivée aux urgences ou le lien avec les tiers du patient ou l'attente de la mise en place des certificats en cas d'hospitalisation sous contrainte.

Le séjour prolongé au SU peut expliquer l'importante proportion de sédation chimique et physique retrouvée dans la cohorte, particulièrement dans le groupe ne présentant pas une prise en charge somatique urgente (32%). De plus, l'agitation limite l'anamnèse et l'examen clinique initial.

Au vu des résultats encourageants de cette étude rétrospective, l'application de ce modèle aux services des urgences du CHU de Toulouse et d'autres établissements de santé pourrait contribuer à rationaliser les pratiques de bilan somatique, à réduire les délais d'attente et à améliorer la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques aux urgences. La mise en œuvre de ce modèle devra tenir compte des particularités institutionnelles de chaque établissement et des ressources disponibles. Une étude prospective multicentrique permettrait de valider davantage les critères d'identification des patients nécessitant une prise en charge somatique urgente et de comparer l'efficacité de ce modèle à la pratique actuelle.

E. Les biais de l'étude

Notre étude est monocentrique limitant la généralisation des résultats, mais la population de notre étude a des caractéristiques comparables à la population cible. La population de la cohorte est en revanche une des plus grosses parmi les références bibliographiques trouvées.

Cette cohorte ne se base que sur un passage aux urgences et ne cherche pas à observer la découverte de pathologie somatique dans les jours qui suivent ou pendant l'hospitalisation. Les différentes cliniques privées admettant ces patients et les consultations de psychiatrie n'ayant pas le même logiciel métier, le suivi était impossible.

Le manque de données renseignées dans les OMA nécessitait des stratégies de gestion des données manquantes et limitait l'interprétation des variables. L'interprétation de l'ECG pourtant réalisé très largement aux urgences manquait dans la moitié des dossiers. Il en va de même pour la prise de toxiques réguliers qui était absente ou incomplète dans 20% des dossiers. Sachant que la prise de toxiques était liée statistiquement à une prise en charge non spécifique, il serait intéressant d'avoir des données plus exhaustives pour rechercher si l'absence de consommation de toxiques est un facteur de risque d'une prise en charge somatique urgente.

VII. CONCLUSION

Neuf pour cent de cette cohorte rétrospective de patients consultants aux urgences pour un motif psychiatrique ont un bilan somatique anormal justifiant une prise en charge spécifique non psychiatrique dont nous avons pu identifier quatre facteurs de risque : l'âge au-delà de 35 ans, la fièvre au-delà de 38°C, la présence d'anomalie à l'examen clinique et la présence d'antécédents médicaux.

La pratique courante d'un bilan somatique exhaustif chez tous les patients psychiatriques aux urgences entraîne une augmentation des délais moyens de séjour et de premier contact avec le psychiatre, associe un fort taux de mesures de contention et est à risque d'effets secondaires liés aux soins. Une validation multicentrique et prospective de cette étude ouvre la voie à une meilleure prise en charge des patients psychiatriques aux urgences et garantissant une identification efficace des pathologies somatiques nécessitant une prise en charge spécialisée.

Toulouse, le 6 mai 2024

Vu, permis d'imprimer,
La Présidente de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation, le Doyen-Directeur du Département de
Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



Professeur Sandrine Charpentier
Cheffe de service des Urgences adultes
1 av. du Pr Jean Poulhès CHU Toulouse Rangueil
Place du Dr Baylac CHU Toulouse Purpan
31059 TOULOUSE Cedex 9 - Tél. : 05 61 32 33 54
RPPS 19002872827

VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Observatoire Régional des Urgences Occitanie. Panorama Occitanie activité des structures d'urgence. 2021.
2. Conigliaro A, Benabbas R, Schnitzer E, Janairo MP, Sinert R. Protocolized Laboratory Screening for the Medical Clearance of Psychiatric Patients in the Emergency Department: A Systematic Review. *Academic Emergency Medicine*. 2018;25(5):566-76.
3. A. Testa, R. Giannuzzi, S. Daini, L. Bernardini, L. Petrongolo, N. Gentiloni Silveri. Psychiatric emergencies (part III): psychiatric symptoms resulting from organic diseases. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2013;17(1):86-99.
4. 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. 2021.
5. Nazarian DJ, Broder JS, Thiessen MEW, Wilson MP, Zun LS, Brown MD, et al. Clinical Policy: Critical Issues in the Diagnosis and Management of the Adult Psychiatric Patient in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*. avr 2017;69(4):480-98.
6. Haber N., Chauvin A., Le Vaou P., Ernwein M., Metz S. Évaluation médicale aux urgences du patient à présentation psychiatrique. *Soins Psychiatrie*. 2021 sept ;42(336)19-22.
7. M.Combellesa, F.Vanietb, V.Jardona, C.Debiena, C.Bonfilsb, E.Wielb, G.Vaivaa. Fréquence des troubles organiques chez les patients admis pour un motif psychiatrique aux urgences. *Journal Européen des Urgences*. juin 2009;22:A115.
8. Carrie S, Korn RN, Glenn W, Currier MD, Sean O, Henderson MD. "Medical clearance" of psychiatric patients without medical complaints in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*. 1 févr 2000;18(2):173-6.
9. Biancosino B, Vanni A, Marmai L, Zotos S, Peron L, Marangoni C, et al. Factors Related to Admission of Psychiatric Patients to Medical Wards from the General Hospital Emergency Department: A 3-Year Study of Urgent Psychiatric Consultations. *Int J Psychiatry Med*. 1 juin 2009;39(2):133-46.
10. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, Benros ME, Børghlum AD, Christensen MK, et al. Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. *N Engl J Med*. 30 avr 2020;382(18):1721-31.

11. M. Martinez, C. Mariat, M. Kaczorek et al. Intérêt de l'évaluation somatique systématique chez les patients adultes à présentation psychiatrique en structure des urgences. *Annales Med Psychol (Paris)*, <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.08.011>
12. Toufik Bendjazia. Bilan somatique des patients transférés d'un service d'urgences adulte vers un service d'accueil psychiatrique : état des lieux. *Médecine humaine et pathologie*. 2021. dumas-03183100
13. Heribert Kirchner Heiko Ullrich Peter Neu Nik Hulsmans Georg Juckel and Patrick Brzoska. The significance of nonurgent psychiatric emergencies in an ED: a retrospective study *BMC Emergency Medicine* (2023) 23:131 <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00900-z>
14. Reeves RR, Pendarvis EJ, Kimble R. Unrecognized medical emergencies admitted to psychiatric units. *The American Journal of Emergency Medicine*. 1 juill 2000;18(4):390-3.

IX. ANNEXES

Table Annexe 1. Modèle de régression logistique complet.

Logistic regression		Number of obs = 802				
Log likelihood = -177.40284		LR chi2(13) = 124.98				
		Prob > chi2 = 0.0000				
		Pseudo R2 = 0.2605				

Bilan somatique						
nécessitant prise en charge spécifique	Odds ratio	Std. err.	z	P> z	[95% conf. interval]	

Age > 35 ans	1.953479	.6114664	2.14	0.032	1.05772	3.607836
Fréquence						
respiratoire						
Supérieure à 20	1.400489	.5678647	0.83	0.406	.6326125	3.100427
Non renseigné	.9716328	.4090437	-0.07	0.946	.4257536	2.21741
Température						
Hyperthermie >38°C	5.462465	3.925053	2.36	0.018	1.335851	22.33672
Hypothermie <36°C	.5012723	.3334665	-1.04	0.299	.1360881	1.846406
Non renseigné	.8360175	.6628013	-0.23	0.821	.1767568	3.954164
Glycémie						
Hyperglycémie >2g/L	1.648154	1.926797	0.43	0.669	.1666823	16.29695
Hypoglycémie <0.7g/L	3.696695	3.565221	1.36	0.175	.5583227	24.47609
Non renseigné	.6690291	.2350507	-1.14	0.253	.3360404	1.331982
Glasgow <15	.764571	.3387365	-0.61	0.545	.3208488	1.821945
Examen clinique						
anormal	13.95873	4.464449	8.24	0.000	7.45769	26.12687
Présence d'antécédents médicaux						
Adressé par psychiatre	.8522725	.2910554	-0.47	0.640	.4364041	1.66444
_cons	.0191685	.0072202	-10.50	0.000	.0091614	.0401061

Table Annexe 2. Types d'anomalies biologiques.

	Fréquence (n)	Pourcentage (%)
Trouble ionique	16	2%
Syndrome inflammatoire biologique	49	6%
Anémie ou thrombopénie	10	1,30%
Insuffisance rénale aiguë	22	3%
Anomalie du bilan hépatique ¹	29	4%
Intoxication éthylique ²	79	10%
bêta hHC > 10mUI/ml ³	1	0,10%
Toxiques sanguins positifs ou paracétamol positif ⁴	26	3%
Anomalie de la TSH ⁵	3	0,40%
Anomalies des marqueurs cardiaques (BNP et tropo) ⁶	2	0,20%
Anomalie de la lithémie ⁷	2	0,20%
Anomalie des gaz du sang ⁸	1	0,10%
Rhabdomyolise ⁹	13	2%
Anomalie INR ¹⁰	1	0,10%
Total anomalie	254	32,40%
Total réalisé	746	100%
Examen non réalisés dans ¹ 364(49%) ² 338(45%) ³ 611(82%) ⁴ 566(76%) ⁵ 620(83%) ⁶ 725(97%) ⁷ 742(99%) ⁸ 727(97%) ⁹ 726(97%) ¹⁰ 744(99%)		

**IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUES DE PATHOLOGIE SOMATIQUE
NÉCESSITANT UNE PRISE EN CHARGE SPÉCIFIQUE CHEZ LES PATIENTS
CONSULTANTS AUX URGENCES DES SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES AU CHU DE
TOULOUSE EN 2022.**

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS : Étude épidémiologique observationnelle descriptive et analytique monocentrique réalisée aux urgences du CHU de Toulouse, des patients consultants pour un motif psychiatrique ayant bénéficié d'un bilan somatique, sur l'année 2022. Sur les 802 dossiers inclus, 8,8% de bilan somatique a nécessité une prise en charge spécifique neurologique (21%), addictologique (22,5%) ou infectieuse (24%) entre autres. Un modèle de régression logistique a identifié quatre facteurs de risque de bilan somatique urgent : les patients de plus de 35 ans, ayant une anomalie de l'examen clinique, ayant une hyperthermie > 38°C ou ayant des antécédents médicaux. Cette étude met en lumière la nécessité d'optimiser la prise en charge de ces malades pour des prises en charge individualisée et limitant le recours systématique aux examens complémentaires.

TITRE EN ANGLAIS : Risk factor of medical clearance which need specific specialize care in patients with psychiatric symptoms in Toulouse emergency's department.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique.

MOTS-CLÉS : bilan somatique, dé-somatization, psychiatrie, médecine d'urgence, facteur de risque, sédation chimique, sédation physique, spécialisé non psychiatrique, spécifique non psychiatrique

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Lola GRIOT