

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire

“ Santé mentale dans la communauté ”

Année 2017

**Représentations sociales et difficultés des équipes des Urgences de l’Ile de La
Réunion concernant les patients atteints de troubles psychiques**

Natacha BONNECHERE

Tutorat : Docteur Jean-Luc Roelandt

Pour leur contribution à ce travail,

Je tiens particulièrement à remercier les soignants des Urgences qui ont eu la gentillesse de s'intéresser à ce travail et de prendre le temps de répondre au questionnaire. J'en profite pour remercier également les cadres de santé et médecins chefs de service qui m'ont accueillie avec enthousiasme et m'ont aidée à diffuser le questionnaire.

Merci à mes collègues de travail, Maryline et Gaël, pour leur aide précieuse tout au long de ce travail et notamment pour leurs idées dans l'élaboration du questionnaire.

Un grand merci à mon tuteur, le Docteur Jean-Luc Roelandt, pour sa disponibilité et ses conseils avisés.

A ma mère, pour sa relecture attentive, ses conseils et son regard naïf sur la psychiatrie.

A Mimi et Karine pour m'avoir permis de bénéficier de leur connexion internet sans laquelle je n'aurais pu rendre ce mémoire dans les délais impartis.

Enfin, un immense merci aux organisateurs du DIU pour la qualité des interventions, la diversité des intervenants et l'état d'esprit communautaire et citoyen. Quelle bouffée d'oxygène salvatrice !

Table des matières

1. PREAMBULE	5
1.1 Place de la Santé Mentale dans le Monde et en France	5
1.2 Place de la Psychiatrie aux Urgences Générales	6
2. INTRODUCTION.....	7
2.1 Améliorer la prise en charge somatique des patients atteints de troubles psychiques : une nécessité	7
2.1.1 Une surmortalité et une espérance de vie écourtée.....	7
2.1.2 Une surmortalité liée principalement à des causes naturelles.....	8
2.2 Les patients atteints de troubles psychiques : une population plus vulnérable aux maladies physiques.....	9
2.3 Les patients atteints de troubles psychiques : une population à risque d’être moins bien soignée	10
2.3.1 Du fait de leurs conditions socio-économiques et de leur maladie mentale	10
2.3.2 Du fait des professionnels de santé qui les soignent.....	11
2.3.3 Du fait de l’auto-stigmatisation	12
2.4 Le passage aux urgences : une étape importante à ne pas négliger	13
3. OBJECTIF DE L’ETUDE	14
3.1 Choix du sujet	14
3.2 Objectif et hypothèse	14
4. MATERIELS ET METHODES	15
4.1 TYPE D’ETUDE	15
4.2 POPULATION ET STRUCTURES	15
4.3 METHODES.....	16
5. RESULTATS.....	16
5.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE.....	16
5.2 TROUBLES PSYCHIQUES ET REPRESENTATIONS DES SOIGNANTS	17
5.2.1 Les mots pour définir les troubles psychiques.....	17
5.2.2 Troubles psychiques et éventualité de développer ce type de troubles	19
5.2.3 Troubles psychiques et facilité de prise en charge.....	19
5.2.4 Amélioration envisagée par les soignants.....	20
5.3 PRATIQUE DES SOIGNANTS	20
5.3.1 Motif somatique d’admission, évaluation et antécédent psychiatriques	20
5.3.2 Evaluation somatique et troubles psychiques.....	21
5.3.3 Agitation et psychiatrie.....	22
5.3.4 Utilisation de la contention physique	23

6. DISCUSSION	24
6.1 PREVALENCE DES TROUBLES PSYCHIQUES.....	24
6.2 DIFFICULTES RENCONTREES PAR L'EQUIPE DES URGENCES	24
6.2.1 <i>Manque de formation et de connaissance sur les troubles psychiques</i>	24
6.2.2 <i>Représentations sociales des troubles psychiques par les soignants des urgences</i>	26
6.2.3 <i>Impact de la stigmatisation</i>	27
6.3 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	29
6.3.1 <i>L'intérêt de l'étude</i>	29
6.3.2 <i>Les limites de l'étude</i>	29
7. CONCLUSION.....	30
8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	31
9. ANNEXE.....	36

1. PREAMBULE

1.1 Place de la Santé Mentale dans le Monde et en France

Au cours de sa soixante-cinquième session, en mai 2012, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA 65.4 sur la charge mondiale des troubles mentaux et la nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays [1]. Elle a, entre autre, prié le Directeur de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) d'élaborer un plan d'action global sur la santé mentale [2].

Le constat est fait : le poids de la maladie mentale dans le monde est considérable et ne cesse d'augmenter. L'OMS donne l'alerte depuis une quinzaine d'années dans ses différents rapports. Les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en terme de prévalence et sont responsables de plus d'un quart des invalidités [3]. Plus de 25% des individus présenteraient un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement au cours de leur vie [4]. Elle retient cinq maladies mentales parmi les dix pathologies les plus préoccupantes du XXI^e siècle à savoir la schizophrénie, le trouble bipolaire, les addictions, la dépression et le trouble obsessionnel compulsif [5]. Enfin, elle note avec préoccupation que les troubles mentaux représentent 13% de la charge de morbidité mondiale définie par les décès prématurés conjugués aux années de vie avec incapacité [1].

En Europe, une vaste étude épidémiologique des troubles mentaux nommée ESEMeD a été réalisée de 2001 à 2003 sous l'égide de l'OMS [6]. Il s'agit d'une enquête transversale en population générale réalisée dans six pays européens et s'intéressant à des sujets âgés de plus de 18 ans, non institutionnalisés et ayant un domicile fixe. Un échantillon représentatif de la population a été sélectionné par tirage au sort. Ces sujets ont reçu à leur domicile des enquêteurs de l'institut IPSOS chargés de recueillir les données de l'enquête. Grâce à une technique d'interview assistée par ordinateur et à partir d'un outil permettant un entretien diagnostique structuré spécifiquement élaboré pour l'occasion (WMH-CIDI), les enquêteurs ont pu poser les diagnostics de troubles psychiatriques selon les critères du DSM-IV. 2894 sujets ont été inclus en France métropolitaine avec un taux de participation de 45,9%. Les résultats montrent que plus d'un tiers des personnes (38%) a présenté au moins un diagnostic d'un trouble mental dans sa vie.

En France métropolitaine, l'enquête « Santé Mentale en population générale : images et réalités » réalisée par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) en partenariat avec la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques a été

menée entre 1999 et 2003 auprès de 36 000 personnes réparties sur 44 sites par le biais d'une recherche-action avec des entretiens réalisés en face-à-face. Celle-ci a permis d'estimer la prévalence des troubles psychiques à 32 %. [7]

1.2 Place de la Psychiatrie aux Urgences Générales

Au vu de la grande prévalence des troubles psychiques, il semble logique que les services d'Urgences Générales accueillent régulièrement des personnes atteintes de ce type de troubles. Dans son rapport sur la médicalisation des urgences, le Professeur Steg rapporte que la part des urgences psychiatriques dans la totalité des urgences se présentant dans un service d'accueil des urgences est estimée entre 10 et 30%. [8]

Un groupe de travail de la commission des maladies mentales a proposé en 1991 une définition de l'urgence psychiatrique qui a été reprise dans la circulaire du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques [9] :

L'urgence psychiatrique est « une demande dont la réponse ne peut être différée. Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage ou du médecin. Elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique. »

L'urgence psychiatrique recouvre trois grandes catégories d'états pathologiques qui sont repris dans cette même circulaire du 30 juillet 1992 [9] :

- l'urgence psychiatrique pure qui correspond à la décompensation d'une affection psychiatrique lourde telle que les psychoses, les troubles bipolaires et les troubles de la personnalité.
- les états aigus transitoires c'est-à-dire les réactions émotionnelles intenses survenant sur un terrain psychologique vulnérable.
- les urgences psychiatriques mixtes qui regroupent les malades présentant des manifestations organiques et psychiatriques simultanées.

En amont de l'urgence psychiatrique, la crise est définie comme « une situation interactive conflictuelle impliquant le malade et son environnement ; un état instable qui, en l'absence d'intervention appropriée, se résout exceptionnellement de manière positive et évolue au contraire vers l'urgence, médicale, psychiatrique ou mixte. » [9]

2. INTRODUCTION

2.1 Améliorer la prise en charge somatique des patients atteints de troubles psychiques : une nécessité

2.1.1 Une surmortalité et une espérance de vie écourtée

Toute personne atteinte d'un trouble mental présente un risque accru de décès prématuré. C'est la conclusion de la méta-analyse sur 152 dossiers réalisée en 1998 par Harris et Barraclough. [10] Depuis, d'autres études ont été réalisées et arrivent à la même conclusion.

En 2005, Kisely et al. [11] publient une étude qui évalue le risque de mortalité des patients atteints de troubles psychiques en Nouvelle-Ecosse soit plus de 220 000 personnes ayant eu des contacts aussi bien avec les services de psychiatrie qu'avec les soins primaires. Les résultats montrent un taux de mortalité supérieur de 1,74 fois par rapport à la population générale, le risque de mortalité augmentant pour tous les patients atteints de troubles psychiques, pas seulement pour ceux ayant été hospitalisés.

En 2013, une étude australienne réalisée par Lawrence et al. [12], s'intéresse par le biais d'une étude rétrospective à l'espérance de vie de presque 300 000 patients ayant été en contact avec les services de psychiatrie entre 1983 et 2007. L'étude conclut que l'écart d'espérance de vie entre les patients atteints de troubles psychiques et la population générale est significatif et a même augmenté entre 1985 et 2005, à savoir de 13,5 à 15,9 ans chez les hommes et de 10,4 à 12,0 ans chez les femmes.

En 2014, une étude anglo-saxonne menée par Chesney et al. [13] réalise une méta-évaluation afin de recueillir des statistiques sur la mortalité, toutes causes confondues, des personnes atteintes de troubles psychiques. L'étude reprend entre 1998 et 2014 des revues de la littérature et des méta-analyses couvrant ainsi 1.7 millions d'individus. D'après les résultats, on observe une espérance de vie réduite de 10 à 20 ans pour les personnes atteintes de troubles psychiques par rapport à la population générale.

En 2015, une équipe française menée par Claire-Lise Charrel [14] a comparé les causes de décès de plus de 4000 patients souffrant de troubles mentaux et ayant été hospitalisés entre 2004 et 2007 à l'Etablissement Public de Santé Mentale d'Armentières. Le taux de mortalité constaté est 3 à 4 fois plus élevé qu'en population générale.

Deux méta-analyses se sont intéressées plus spécifiquement aux personnes atteintes de schizophrénie, celle de Brown en 1997 [15] et celle de Saha en 2007 [16]. Elles notent une mortalité significativement accrue pour ces personnes par rapport à la population générale.

Dans une autre étude publiée en 2000, Osby et al. [17] ont étudié la mortalité des patients ayant un premier diagnostic hospitalier de schizophrénie dans le comté de Stockholm de 1973 à 1995. Ils ont relié le registre des patients hospitalisés au registre national des causes de décès. Les résultats ont confirmé une augmentation marquée de la mortalité chez les personnes atteintes de schizophrénie, quel que soit le sexe. Le taux de mortalité est 2,8 fois plus élevé pour les hommes et 2,4 fois pour les femmes par rapport à la population générale.

Enfin, une étude de cohorte réalisée par Hayes et al. [18] a comparé le taux de mortalité des patients diagnostiqués avec un trouble bipolaire ou une schizophrénie et la population générale via les dossiers de santé électroniques de soins primaires entre 2000 et 2014. Ils remarquent que les individus atteints de trouble bipolaire ou de schizophrénie avaient une mortalité élevée (risque relatif respectivement supérieur de 1,79 et 2,08). De plus, l'écart de mortalité entre les individus atteints de trouble bipolaire ou de schizophrénie et la population générale s'élargit. Les risques relatifs ajustés pour le trouble bipolaire ont augmenté de 0,14 par an de 2006 à 2014. Ceux ajustés pour la schizophrénie ont progressé de 0,11 par an de 2004 à 2010 puis de 0,34 par an à partir de 2010.

2.1.2 Une surmortalité liée principalement à des causes naturelles

Certaines études citées dans le paragraphe précédent se sont également intéressées aux causes de décès des patients atteints de troubles psychiques.

L'étude d'Osby et al. [17] retrouve que les causes naturelles sont les principales causes de décès par surmortalité.

L'étude de Lawrence [12] montre que plus de $\frac{3}{4}$ des décès (77%) sont attribués aux conditions de santé physique, les maladies cardiovasculaires arrivent en tête avec 29,9%. Le suicide a été à l'origine de 13,9% des décès.

L'étude de Charrel et al. [14] identifie que les causes naturelles de mortalité sont à l'origine de 57% des décès, 21% pour le suicide et 13% pour les accidents.

Dans la méta-analyse qu'il a réalisée en 1997, Brown [15] établit que la majorité des causes de décès est due à des causes naturelles. Le suicide est responsable de 28% des décès, 12% pour les accidents.

Le constat est donc doublement inquiétant. Tout d'abord, l'espérance de vie des personnes atteintes de troubles psychiques est écourtée de 10 à 20 ans par rapport à la population générale avec un taux de mortalité de 1.7 à 4 fois supérieur. Les causes principales de décès de ces personnes sont naturelles indiquant un défaut de prise en soins de leurs comorbidités somatiques dont les raisons, multiples, vont être abordées plus bas. Ensuite, cet écart avec la population générale semble s'accroître ; alors que l'espérance de vie de la population générale ne cesse de croître, ce n'est pas le cas pour celle des personnes atteintes de troubles psychiques.

Il devient donc urgent de mieux s'occuper de l'état de santé physique de ces personnes. C'est d'ailleurs l'objectif de l'axe 1 du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 [19], plan national dirigé par la Direction de la Santé en lien avec les ministères chargés de la santé et de la solidarité. Celui-ci consiste à améliorer la prise en charge de l'état de la santé somatique des personnes souffrant de troubles mentaux.

2.2 Les patients atteints de troubles psychiques : une population plus vulnérable aux maladies physiques

En 2007, une revue de la littérature réalisée par Leucht et al. [20] via MEDLINE sur plus de 44 000 études s'étalant de 1966 à 2006 retrouve une fréquence accrue des maladies physiques dans la schizophrénie. La prévalence de l'infection par le VIH et les hépatites, celle des complications des maladies cardiovasculaires, du surpoids et du diabète sont plus élevées chez les personnes souffrant de schizophrénie.

Une autre étude réalisée par De Hert et al. [21] et publiée en 2011 arrive aux mêmes résultats. Elle s'intéressait aux personnes atteintes de maladies psychiatriques sévères (schizophrénie, trouble bipolaire, trouble dépressif majeur) et montre une fréquence accrue des maladies physiques (notamment les maladies cardiovasculaires, les maladies virales, les maladies des voies respiratoires, les maladies métaboliques et nutritionnelles) par rapport à la population générale.

Forts de ces deux études et de bien d'autres non détaillées ici et devant une fréquence plus importante des facteurs de risque cardiovasculaires tels que le surpoids et l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle et le tabagisme pouvant expliquer en partie la surmortalité des patients atteints de troubles psychiques, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) [22] et Saravane et al. [23] ont élaboré, en 2010, des recommandations visant à dépister et évaluer le risque métabolique et cardiovasculaire de ces patients traités par des neuroleptiques.

Des professionnels se positionnent également.

L'European Psychiatric Association (EPA), soutenue par l'European Association for the Study of Diabetes (EASD) et l'European Society of Cardiology (ESC), a publié une déclaration de position dans le but d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de maladies mentales sévères. Leur intention est d'amorcer une coopération et une prise en charge partagée entre les différents professionnels de la santé et de sensibiliser les psychiatres et les médecins de première ligne qui s'occupent de patients souffrant de maladies mentales sévères au dépistage et au traitement des facteurs de risque cardio-vasculaires et du diabète. [24]

En juin 2015, la Fédération Française de Psychiatrie et le Conseil National Professionnel de Psychiatrie a publié, avec le label de la Haute Autorité de Santé, des recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique dans le but de l'améliorer. [25]

2.3 Les patients atteints de troubles psychiques : une population à risque d'être moins bien soignée

Lors de sa soixante-cinquième assemblée mondiale de la santé, l'Organisation Mondiale de la Santé reconnaît un déficit de traitement des troubles mentaux dans le monde. Dans les pays à haut revenu, elle estime que 30 à 50% des personnes atteintes d'un trouble mental ne reçoivent pas de traitement adapté [1].

Il existe de nombreux obstacles à l'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec des troubles psychiques. Il semble que ces obstacles viennent des patients eux-mêmes mais également des soignants qui sont amenés à les prendre en charge.

2.3.1 Du fait de leurs conditions socio-économiques et de leur maladie mentale

En 1997, Brown et al. [26] réalisent des entretiens semi-structurés utilisant des instruments de recherche validés sur 102 sujets d'âge moyen ayant un diagnostic de schizophrénie et vivant dans la communauté. Les résultats ont été comparés aux normes générales de la population en utilisant des tests statistiques standards. Les sujets atteints de schizophrénie avaient un régime alimentaire plus gras et plus faible en fibres que la population générale. Ils faisaient également moins d'exercice physique et fumaient plus.

Les difficultés spécifiques des personnes atteintes de troubles psychiques sont reprises dans l'axe 1 du plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 [19] :

- fréquence des pathologies somatiques associées, notamment les pathologies cardiovasculaires, les maladies des voies respiratoires, les infections, les comorbidités addictives
- altération des capacités à prendre soin de sa santé et à suivre un traitement du fait de la maladie (troubles cognitifs, défaut d'identification des symptômes).
- errance ou grande précarité rendant le suivi médical et l'accessibilité aux campagnes de dépistage et de prévention difficiles.
- effets somatiques indésirables de certains traitements notamment des psychotropes (prise de poids, pathologies cardio-vasculaires, troubles métaboliques).

2.3.2 Du fait des professionnels de santé qui les soignent

L'enquête « Santé Mentale en population générale : image et réalités » [7] montre que la stigmatisation et l'exclusion des patients atteints de troubles mentaux existent quel que soit la structure de la société, les croyances et la disponibilité des traitements. Les conséquences de cette stigmatisation sont multiples et intéressent tous les champs de la vie d'une personne [27] :

- sur le plan personnel avec baisse de l'estime de soi, stress, isolement, sentiment de honte, d'infériorité, de culpabilité.
- sur le plan social avec exclusion du monde de travail, difficultés pour obtenir un logement, marginalisation.
- au niveau des soins avec difficultés d'accès aux soins, abandons thérapeutiques, manque d'informations, privation de libertés.

En ce qui concerne les difficultés d'accès aux soins, la revue de la littérature réalisée par Leucht et al. citée plus haut [20] et une étude réalisée par Lawrence et al. [28] qui porte sur les inégalités d'accès aux soins des patients vivant avec une maladie mentale sévère, constatent la combinaison de multiples facteurs pour expliquer ces difficultés. Les principaux sont l'organisation insatisfaisante des services de santé (séparation de la psychiatrie des autres services médicaux, manque de communication entre professionnels) mais également la stigmatisation sociale, omniprésente, dont font l'objet les patients atteints d'un trouble mental sévère.

Erving Goffman, sociologue, s'est intéressé au concept de stigmatisation. Selon lui, le stigmate « représente un désaccord particulier entre les identités sociales virtuelles c'est-à-dire les caractéristiques attribuées à une catégorie de personnes et les identités sociales réelles

correspondant au véritable profil de la personne. » On parle de stigmatisation lorsque l'écart entre les deux est significatif. [29]

Jean-Yves Giordana, quant à lui, dans son livre *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, définit la stigmatisation comme « une attitude générale, de l'ordre du préjudice, induite par la méconnaissance ou l'ignorance d'une situation ou d'un état et qui va générer des comportements de discrimination. » [30] Il explique que les représentations sociales constituent des préjugés intégrés et partagés par l'ensemble des individus d'une société. Ces préjugés concourent à l'élaboration d'une réalité commune à l'ensemble social et déterminent le comportement de celui-ci. Les représentations sociales permettent de mieux comprendre et d'expliquer une situation donnée, des faits ou des personnes. Lorsqu'elles sont à connotation négative, elles font donc le lit de la stigmatisation.

2.3.3 Du fait de l'auto-stigmatisation

L'enquête « Santé Mentale en population générale : image et réalités » [7], réalisée sur différents sites nationaux et internationaux, a montré que les patients atteints de troubles psychiques ont des stéréotypes identiques à ceux du reste de la population concernant les maladies psychiques.

En 2007, Castillo et al. [27] publie une étude qui compare les représentations de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients atteints de cette maladie. Les résultats ne montrent pas de différence significative entre la population générale et le groupe de patients atteints de schizophrénie en ce qui concerne les représentations stigmatisantes du trouble. L'équipe explique ce résultat par la notion d'internalisation de celles-ci. Les personnes souffrant de schizophrénie s'approprieraient en effet les représentations stigmatisantes qu'ils supposent chez autrui.

Cette notion d'internalisation est celle développée par la théorie de l'étiquetage reprise et expliquée par Jean-Yves Giordana dans son livre *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Cette théorie considère que « le fait d'affubler un individu d'une étiquette risque d'amener ce dernier à l'accepter et à l'intérioriser, agissant ainsi en conséquence. » [30]

Une étude internationale multicentrique nommée INDIGO, réalisée par Thornicroft et al. [31] réalisée auprès de 732 patients atteints de schizophrénie issus de 27 pays a démontré, par le biais de témoignages directs des malades, l'importance de l'auto-stigmatisation. En effet, plus d'un tiers des patients s'attendent à des attitudes discriminatoires dans le domaine professionnel et les relations personnelles, sans y avoir déjà été confrontées personnellement.

L'Organisation Mondiale de la Santé signale depuis des années l'impact de la stigmatisation sur l'état de santé et les soins des personnes souffrant de troubles psychiques. Dans son rapport de 2001 [4], elle affirme que le rejet social et la discrimination empêchent les malades de bénéficier des traitements. Dans son rapport de 2005 [32], elle définit la stigmatisation comme un problème majeur contre lequel il faut lutter. Dans celui de sa conférence ministérielle européenne de 2006, elle considère que bien souvent, « la stigmatisation et la discrimination associées à la Santé Mentale sont tellement préjudiciables que l'on en vient à refuser de demander toute aide de peur d'être catalogué. » [33]

En 2012, la nécessité de lutter contre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux est reprise par l'Assemblée Mondiale de la Santé dans sa résolution WHA 65.4 sur la charge mondiale des troubles mentaux et la nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays [1]. Cette nécessité a été incluse dans le plan d'action global pour la Santé Mentale 2013-2020 de l'Organisation Mondiale de la Santé. [2]

En France, L'axe 3 du Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 [19] s'attache à lutter contre les discriminations et les représentations négatives de la psychiatrie.

En 2009, le rapport Couty concernant les missions et l'organisation de la Santé Mentale et de la psychiatrie remis à Madame BACHELOT-NARQUIN alors Ministre de la santé et des sports, émet la recommandation 21 : « la lutte contre les discriminations et la stigmatisation de la psychiatrie, des malades et des handicapés psychiques devrait devenir un nouvel objectif prioritaire national de santé publique. » [34]

2.4 Le passage aux urgences : une étape importante à ne pas négliger

Devant la prévalence élevée des pathologies somatiques chez les patients atteints de troubles psychiques et l'impact majeur d'une détection insuffisante de ces pathologies sur leur espérance et leur qualité de vie, il semble important d'être vigilant avec ce type de patients afin d'améliorer leur santé.

En 2010, la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) et l'Association Francophone pour l'Etude et la Recherche sur les Urgences Psychiatriques (AFERUP) se sont réunies pour une session commune autour du thème : « accueil du patient psychotique aux urgences » [35]. Elles signalent l'existence de plusieurs études ayant démontré une insuffisance de détection des comorbidités

somatiques des patients consultant aux urgences pour des motifs psychiatriques. Elles insistent sur la nécessité d'un examen somatique minutieux.

En 2015, une charte « Urgences et Psychiatrie » a été signée entre le président de Samu-Urgences de France, le Dr François Braun, et le président de la conférence nationale des présidents de Commission Médicale d'Etablissement de Centres Hospitaliers Spécialisés, le Dr Christian Müller. Elle recommande notamment, dans le cadre de la prise en charge dans les structures de médecine d'urgence, la réalisation systématique d'un examen clinique somatique [36].

3. OBJECTIF DE L'ETUDE

3.1 Choix du sujet

Psychiatre au Centre d'Accueil et d'Urgences Médico-Psychologiques du CHU Sud Réunion, une partie de mon activité consiste à donner des avis spécialisés aux Urgences Générales. J'interviens en seconde ligne, c'est-à-dire à la demande des urgentistes, lorsque l'examen clinique et les examens complémentaires (biologie, imagerie) sont normaux ou lorsque les résultats obtenus n'expliquent pas les troubles présentés par le patient. Dans le cadre de cette activité, lorsque le patient est connu de nos services et donc étiqueté "malade psychiatrique", je me retrouve parfois confrontée à deux problématiques :

- difficultés d'appréhension du patient (accueil, accompagnement dans le soin...).
- manque de recherche des pathologies somatiques pouvant expliquer les troubles présentés par le patient (troubles du comportement, tableau algique...).

3.2 Objectif et hypothèse

L'objectif du mémoire est l'amélioration de la prise en charge globale notamment la comorbidité somatique des patients atteints de troubles psychiques aux Urgences Générales de l'Ile de la Réunion. L'idée est de connaître les représentations sociales des équipes des Urgences sur les patients présentant des troubles psychiques et d'identifier les difficultés rencontrées par nos collègues dans l'accueil et la prise en soins des patients connus de la psychiatrie.

L'hypothèse de départ est la suivante : les patients atteints de troubles psychiques qui consultent aux Urgences Générales, du fait d'un manque de formation des équipes sur les troubles psychiques et d'une stigmatisation des patients, sont moins bien pris en charge que les autres patients.

4. MATERIELS ET METHODES

4.1 TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale menée sur l'Ile de la Réunion au cours de l'hiver austral 2017.

Le questionnaire a été élaboré par mes soins et a été diffusé après accord des différentes directions des soins, chefs de pôle et de service des 4 sites d'Urgences Générales de l'Ile. Avant diffusion, il a été testé auprès de cinq soignants des Urgences Générales du CHU Sud Réunion (2 médecins, 2 Infirmiers Diplômés d'Etat, 1 aide-soignant).

Le questionnaire a été déposé auprès des cadres et des médecins chef de service des quatre services d'Urgences Générales. L'étude a duré 2 mois, une relance par mail auprès des responsables de service a été effectuée 3 semaines avant la fin de l'étude.

4.2 POPULATION ET STRUCTURES

L'étude porte sur le personnel soignant travaillant aux Urgences Générales à savoir les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), les aides-soignants et les médecins.

L'Ile de La Réunion comporte 4 services d'Urgences Générales dont le fonctionnement avec les Urgences Psychiatriques diffère :

- Le Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion, bicéphale comporte deux hôpitaux et donc deux services d'Urgences : un au Nord à Saint-Denis (CHU Nord) et un au Sud à Saint-Pierre (CHU Sud). L'articulation avec les Urgences Psychiatriques est la même. On note la présence constante d'une équipe de psychiatrie basée à proximité des Urgences Générales. Elle intervient 24h/24, 7j/7.
- Au Centre Hospitalisation Gabriel Martin (CHGM) à Saint-Paul, l'équipe de psychiatrie installée à côté des Urgences Générales n'est opérationnelle qu'en journée et en début de soirée. A partir de 22h et jusqu'au lendemain 8h, il n'y a plus de possibilité de demandes d'avis psychiatrique.

- Au Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER) à Saint-Benoit, il n'y a pas d'équipe psychiatrique à proximité des Urgences Générales. Il existe une équipe de liaison qui se déplace sur demande des urgentistes. La nuit et le weekend, c'est le psychiatre d'astreinte qui donne les avis. Il est appelé de façon occasionnelle pour des situations d'urgences psychiatriques, les autres situations étant gérées ou temporisées par les urgentistes avec par exemple, une hospitalisation en unité de courte durée d'hospitalisation pour la nuit.

4.3 METHODES

Afin d'éviter des réponses peu authentiques des soignants du fait d'une collaboration étroite entre l'équipe des Urgences Générales du CHU Sud Réunion et moi-même, le choix de la méthode d'investigation s'est porté sur un questionnaire anonyme.

5. RESULTATS

5.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

Tous sites confondus, 100 soignants ont répondu au questionnaire. Parmi eux :

- 54 sont médecins sur un effectif total de 121 soit un taux de réponse de 44,6%.
- 39 sont Infirmiers Diplômés d'Etat sur un effectif total de 172 soit un taux de réponse de 22,7%.
- 7 sont aides-soignants sur un effectif total de 78 soit un taux de réponse de 9%.

Le taux de participation global est de 27%.

82 soignants ont répondu ne pas avoir d'expérience professionnelle en psychiatrie. A nuancer pour les IDE qui effectuent de façon obligatoire un stage en psychiatrie pendant leurs études et sont donc sensibilisés à cette discipline.

18 soignants ont déclaré avoir travaillé en psychiatrie dont :

- 15 médecins. Parmi eux, 3 ont fait un stage pendant leur internat, 11 pendant leur externat et 1 a travaillé en psychiatrie en tant qu'IDE.
- 3 IDE, 2 en secteur fermé de psychiatrie et 1 en Foyer d'Accueil Médicalisé.

13 soignants ont déjà présenté un trouble psychique, 2 soignants n'ont pas répondu à cette question.

5.2 TROUBLES PSYCHIQUES ET REPRESENTATIONS DES SOIGNANTS

5.2.1 Les mots pour définir les troubles psychiques

L'idée de cette question est de comprendre ce que représente pour les soignants le terme « troubles psychiques ». Je leur ai donc demandé de noter trois mots qui leur viennent à l'esprit à l'évocation de ce terme.

Les mots ont été regroupés en catégories correspondant à un même champ lexical. Ces catégories ont été classées en deux groupes distincts :

- le premier avec 207 mots, soit 72,4% des réponses, correspond à des termes psychiatriques ou utilisés en psychiatrie afin de désigner tout ce qui touche à la maladie mentale ou à la maladie en général. Ces mots sont neutres, sans signification péjorative ou positive.

Les résultats représentant ce premier groupe sont consignés dans le tableau ci-dessous, le nombre de personnes ayant écrit chaque mot est spécifié dans la parenthèse.

Termes généraux (44)	psychiatrie (16) – maladie (9) – trouble mental (8) décompensation (3) – soin (2) – pensée (1) – cerveau (1) – perturbation (1) – désadaptation (1) déséquilibre (1) – santé mentale (1)
Maladies/comorbidités/complications (97)	dépression (24) – psychose (19) – anxiété (14) – schizophrénie (11) – dysthymie (9) – suicide (7) – troubles de la personnalité (3) – syndrome de stress post traumatique (3) – névrose (2) – soins sous contrainte (2) – Freud (1) – victimologie (1) – addiction (1)
symptômes positifs (45)	agitation (21) – délire (11) – hallucinations (7) – troubles de l'organisation de la pensée (3) – logorrhée (2) – instabilité (1)
symptômes dépressifs (18)	mal-être (9) – détresse (3) – tristesse (3) – désociabilisation (2) – souffrance (1)
soutien psychothérapique (3)	écoute (1) – entretien (1) – calmer (1)
TOTAL	207

- le deuxième groupe avec 69 mots, soit 24,1% des réponses, réunit les mots à connotation péjorative qui représentent des préjugés négatifs sur le terme « troubles psychiques ».

- un dernier groupe reprend les mots qui n'ont pas pu être classés dans l'un des deux premiers groupes.

14 mots sont manquants par absence de réponse de la part des soignants.

Les résultats des deux derniers groupes sont reportés dans le tableau ci-dessous, le nombre de personnes ayant écrit chaque mot est donné dans la parenthèse.

préjugés négatifs (69)	troubles du comportement (18) – violence (4) – agressivité (3) – folie (3) – sédation (3) – difficile à gérer (3) – maladie chronique (2) – surveillance (2) – différent (2) – isolement (3) – contentions (2) – prise en charge longue (2) – prise en charge difficile (1) – handicap (1) – impulsif (1) – déficience (1) – patience (1) – disponibilité (1) – vigilance (1) – fugue (1) – problématique (1) – insécurité (1) – chambre seul (1) – peur (1) – fragilité (1) – défiance (1) – dangerosité (1) – suivi difficile (1) – rupture thérapeutique (1) – désorientation (1) – démence (1) – confusion (1) – propos incohérents (1) – épuisement (1)
mots non classés (10)	CAUMP/UAPSY/CAP Nord (3) – diagnostic différentiel (3) – silence (1) – très varié (1) – avéré ou pas? (1) – peu précis (1)
TOTAL	79

5.2.2 Troubles psychiques et éventualité de développer ce type de troubles

La question s'intéresse à la probabilité envisagée par les soignants d'être un jour touchés par un trouble psychique. La question amène une réponse fermée, par "oui" ou par "non".

81 soignants pensent cela possible et ont coché "oui".

14 soignants affirment le contraire et ont coché "non", 5 soignants doutent et ont rajouté une case "je ne sais pas". Parmi ces 19 soignants : 9 sont médecins, 7 IDE et 3 aides-soignants.

Une autre question a été soumise à ceux ayant répondu "oui", leur demandant dans ce cas s'ils en parleraient à leurs proches et d'en expliquer les raisons.

71 soignants le feraient dont 35 pour des raisons essentiellement d'aide et de soutien, 3 pour les alerter afin qu'ils soient vigilants aux signes précurseurs d'une décompensation, 1 pour les préparer "au choc". Les autres soignants n'ont pas exprimé leurs raisons.

9 soignants s'abstiendraient dont 2 pour éviter d'inquiéter et 1 par peur du regard des autres. Les autres soignants n'ont pas donné d'explications.

1 soignant ne s'est pas positionné sur cette question et a mis en avant la possible altération de son jugement.

5.2.3 Troubles psychiques et facilité de prise en charge

38 soignants se disent à l'aise dans la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques. Parmi eux, 18 expriment leurs raisons : 8 mettent en avant leur expérience professionnelle, 7 le fait qu'il s'agisse de patients comme les autres et que cela rentre donc dans leurs compétences d'urgentiste et 3 leur bonne collaboration avec l'équipe psychiatrique qui intervient aux Urgences.

61 soignants s'estiment en difficulté avec ce type de patients. 48 d'entre eux expliquent pourquoi, certains ont indiqué plusieurs raisons :

- 24 soignants ne se sentent pas suffisamment formés dont 9 précisent avoir du mal dans la gestion de la violence ou de l'agressivité, de l'agitation ou du risque de fugue.
- 13 soignants craignent les patients : 6 soignants en ont peur, 3 soignants redoutent leur agressivité, 3 soignants les trouvent imprévisibles et 1 soignant appréhende leur agitation.
- 8 soignants allèguent un manque de moyens, 3 un manque d'expérience.
- 6 soignants se disent mal à l'aise sans préciser plus.
- 2 soignants justifient leurs difficultés par un manque d'intérêt pour la psychiatrie.

5.2.4 Amélioration envisagée par les soignants

85 soignants ont répondu à la question interrogeant sur les améliorations possibles qu'ils proposeraient, en dehors des dispositifs déjà existants, afin d'optimiser la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques aux Urgences.

Parmi eux, certains ont donné plusieurs axes d'amélioration et donc plusieurs réponses :

- 36 soignants aimeraient ne plus avoir à prendre en charge les patients qui se présentent aux Urgences pour un trouble psychique dont 22 ont écrit "filiale dédiée", 8 "lieu dédié pour ces patients sous surveillance de l'équipe de psychiatrie", 6 "prise en charge directe" par cette même équipe spécialisée.
- 18 soignants souhaiteraient une intervention plus rapide de l'équipe de psychiatrie.
- 12 soignants, tous travaillant au GHER ou CHGM, apprécieraient la présence d'un psychiatre H24.
- 10 soignants voudraient que l'on corrige le manque de formation, 4 le manque de moyens.
- 5 soignants aspireraient à la présence permanente d'une équipe psychiatrique aux Urgences.
- 5 soignants sont demandeurs d'une meilleure collaboration avec l'équipe de psychiatrie.
- 2 soignants évoquent la mise en place d'une chambre d'isolement.

5.3 PRATIQUE DES SOIGNANTS

5.3.1 Motif somatique d'admission, évaluation et antécédent psychiatriques

La question traite de la pertinence d'un avis psychiatrique lorsqu'un patient, ayant des antécédents psychiatriques ou de prise d'un traitement psychotrope, consulte pour un motif somatique.

Cette question a été divisée en trois sous-questions. La première s'intéresse à l'indication théorique d'effectuer cette évaluation selon les soignants. La deuxième demande dans quelle mesure ils le font en pratique. La troisième explore, par le biais d'une question ouverte, les arguments expliquant leurs choix.

Les résultats ont été reportés dans le tableau ci-dessous.

	motif somatique, évaluation et antécédent psy		
fait en pratique	oui	non	total
oui	7	18	25
non	2	58	60
total	9	76	

89,4% des soignants interrogés ne jugent pas nécessaire de demander un avis spécialisé en urgence pour un patient aux antécédents psychiatriques ou de prise d'un traitement psychotrope, entrant aux Urgences pour un motif somatique.

Peu de soignants ont argumenté leurs choix. Ils expliquent en majorité l'absence d'indication sauf en cas de décompensation psychiatrique secondaire ou à la demande du patient.

5.3.2 Evaluation somatique et troubles psychiques

La question abordée est celle de la nécessité d'une évaluation somatique des patients admis aux Urgences Générales pour des troubles psychiques. Cette question a été divisée en trois sous-questions. La première s'intéresse à l'indication théorique d'effectuer cette évaluation selon les soignants. La deuxième demande dans quelle mesure ils le font en pratique. La troisième explore, par le biais d'une question ouverte, les arguments expliquant leurs choix.

Les réponses aux deux premières sous-questions ont été reportées dans le tableau ci-dessous.

	évaluation somatique		
fait en pratique	oui	non	total
oui	80	12	92
non	5	2	7
total	85	14	

Parmi les 80 soignants ayant répondu par l'affirmative concernant la nécessité d'une évaluation somatique et le fait de le faire en pratique, 70 ont expliqué leurs raisons :

- 56 soignants le justifient par le fait d'éliminer une étiologie organique (30 médecins, 24 IDE, 2 aides-soignants).
- 6 soignants, 4 IDE et 2 médecins, mettent en avant le protocole du service.
- 6 soignants, tous médecins, écartent une étiologie organique seulement si le patient n'a pas d'antécédent psychiatrique connu.
- 2 soignants, médecins, le font devant le défaut de suivi ambulatoire de ce type de patients.

10 des 12 soignants qui pensent inutile d'effectuer l'évaluation somatique mais qui le réalisent en pratique le justifient par l'existence d'un protocole de service leur imposant de le faire.

Pour les autres situations, aucune explication n'a été donnée par les soignants sur les raisons de leurs choix.

5.3.3 Agitation et psychiatrie

La première question concernant l'agitation explore la nécessité d'une évaluation psychiatrique en urgence d'un patient entrant aux Urgences Générales pour ce motif d'admission. Cette question a été divisée en trois sous-questions. La première s'intéresse à l'indication théorique d'effectuer cette évaluation selon les soignants. La deuxième demande dans quelle mesure ils le font en pratique. La troisième explore, par le biais d'une question ouverte, les arguments expliquant leurs choix.

Les réponses ont été reportées dans le tableau ci-dessous.

fait en pratique	agitation et consultation psychiatrique		total
	oui	non	
oui	54	4	57
non	9	28	38
total	63	32	

Parmi les 54 soignants qui ont répondu par l'affirmative concernant la nécessité d'une évaluation psychiatrique dans le cas d'un patient agité et le fait de le faire en pratique. Parmi eux :

- 24 soignants le justifient par le fait que l'agitation est l'affaire du psychiatre, celui-ci étant sollicité afin de définir la suite de la prise en charge et d'orienter le patient.
- 3 soignants interpellent l'équipe de psychiatrie afin d'éliminer une étiologie psychiatrique.
- 2 soignants le font en pratique après s'être assurés de la normalité de l'examen somatique.
- 1 soignant appelle le psychiatre afin d'évaluer le risque de passage à l'acte.

Les 27 des 28 soignants qui ont répondu “non” aux deux questions expliquent que l’avis du psychiatre dépend du contexte, qu’une agitation peut être liée à une pathologie somatique, à éliminer en première intention.

Parmi les 9 soignants qui pensent indispensable la consultation psychiatrique dans la situation d’un patient agité aux Urgences mais qui ne le font pas, 2 le justifient par l’indisponibilité de l’équipe psychiatrique, 2 selon le contexte.

La seconde question explore les techniques déjà utilisées par les soignants afin de gérer un patient en état d’agitation aux Urgences Générales. Plusieurs réponses étaient possibles parmi 4 choix définis à l’avance : la chimiothérapie, le traitement relationnel, l’isolement et la contention.

Les résultats sont reportés dans le tableau ci-dessous.

	oui	non
chimiothérapie	74	25
traitement relationnel	80	19
isolement	83	16
contention	99	0

5.3.4 Utilisation de la contention physique

Le questionnement de cet item porte sur la possibilité d’éviter la contention aux Urgences Générales et d’en comprendre les raisons.

76 soignants pensent qu’il est impossible d’éviter la contention. 67 d’entre eux expriment pour quelles raisons, certains émettant plusieurs explications :

- 44 soignants le font par sécurité et protection pour le patient lui-même, le personnel soignant et les autres patients, afin de prévenir une fugue, un passage à l’acte auto ou hétéro-agressif.
- 40 soignants mettent en avant le manque de moyens (locaux inadaptés, manque de temps et de personnel).
- 9 soignants avancent le manque de formation.

21 soignants pensent qu'il est possible d'éviter la contention dont 16 d'entre eux expliquent leurs raisons :

- 9 soignants privilégient l'approche relationnelle.
- 3 soignants l'envisagent si l'équipe de psychiatrie intervient rapidement.
- 2 soignants mettent en avant les complications mécaniques et l'expérience désagréable de celle-ci.
- 2 soignants en font un outil transitoire en attente de l'efficacité de la chimiothérapie.

6. DISCUSSION

6.1 PREVALENCE DES TROUBLES PSYCHIQUES

La prévalence des troubles psychiques relevée dans cette étude est de 13,3%. Elle est probablement sous-estimée pour deux raisons:

- il s'agit d'une étude déclarative sans possibilité d'explorer les antécédents puisqu'il s'agit d'une étude réalisée par le biais d'un questionnaire anonyme.
- le terme « troubles psychiques » s'apparente pour une partie des soignants à une pathologie mentale sévère dont les représentations sont négatives. En effet, au moins 45,8% des mots cités par les soignants correspondent à des termes indiquant des pathologies mentales sévères ou de préjugés faisant suggérer celles-ci à savoir : psychose, schizophrénie, dysthymie, troubles de la personnalité, soins sous contrainte, agitation, délire, hallucinations, troubles de l'organisation de la pensée, logorrhée, instabilité, troubles du comportement, agressivité, violence, folie, isolement, contentions, sédation, insécurité, peur, dangerosité, impulsif, propos incohérents, fugue.

6.2 DIFFICULTES RENCONTREES PAR L'EQUIPE DES URGENCES

6.2.1 Manque de formation et de connaissance sur les troubles psychiques

- Dans cette étude, 61% des soignants ne se sentent pas à l'aise dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques. Parmi ceux qui ont expliqué leurs raisons, 45,3% mettent en avant un manque de formation, 24,5% une crainte des patients liée à des représentations négatives des troubles psychiques et 15,1% un manque de moyens.

Leurs défauts de formation et de moyens conduisent les soignants à utiliser unanimement la contention physique comme principal moyen de gestion d'une agitation (100%) alors qu'une partie moindre se sert du traitement relationnel, 80% d'entre eux, et 74,7% du traitement médicamenteux. Ces réponses sous entendent qu'une partie des patients est contentionnée sans essai au préalable d'un apaisement par la parole et sans sédation chimique associée.

Hors, la conférence de consensus sur *L'agitation en urgence (petit enfant excepté)* publiée en 2002 par la Haute Autorité de Santé rappelle que l'utilisation de la contention physique ou chimique ne peut se justifier qu'après échec du traitement relationnel et que la contention physique doit toujours être associée à une sédation médicamenteuse [37].

Ce manque de formation du personnel des Urgences est connu depuis des années. En effet, dans la circulaire n°195 rédigée en 2003 par le Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées relative à la prise en charge des urgences, il est demandé que les personnels des Urgences soient mieux formés à la problématique de l'accueil des patients allant de la souffrance psychique à la pathologie mentale [38].

A noter que l'une des techniques proposées dans la gestion de l'agitation du patient était l'isolement. Cette technique n'a pas été interprétée du fait d'une définition non consensuelle de celle-ci. S'agit-il pour les urgentistes d'une chambre d'isolement, en sachant que seul le CHU Nord en possède une aux Urgences, ou du fait d'isoler le patient dans un box, au calme afin de diminuer les stimulations extérieures?

- 85,9% des soignants estiment qu'un patient admis aux Urgences pour des troubles psychiques a besoin d'une évaluation somatique. 80,8% d'entre eux réalisent cette évaluation en pratique. Parmi ces derniers, 70% ont expliqué le sens de leur démarche et seuls 82,9% le font de façon systématique afin d'éliminer une étiologie organique. Les 17,1% autres réalisent l'examen somatique en fonction du contexte auxquels on peut ajouter les 14,1% de soignants qui pensent non nécessaire de l'effectuer. On peut en conclure qu'il existe au moins 31,2% des soignants pour qui le fait de réaliser l'examen somatique pour tout patient entrant aux Urgences pour des troubles psychiques est loin d'être évident et spontané.

Cependant, rappelons que toute pathologie psychiatrique ne saurait être diagnostiquée qu'après avoir éliminé une cause organique qui pourrait expliquer les troubles ; aucun signe clinique n'étant pathognomonique d'une affection particulière. La charte « Urgences et Psychiatrie » [36], signée en 2015, insiste d'ailleurs sur la nécessité d'un examen somatique systématique.

Par ailleurs, Combelles et al. [39] a réalisé une étude prospective et descriptive aux Urgences afin de déterminer la fréquence des troubles somatiques chez les patients admis pour un motif

psychiatrique sur 3 mois. Le critère principal est le diagnostic retenu à la sortie des urgences ou en hospitalisation. Sur les 610 patients admis pour motif psychiatrique, 5,41 % ont des troubles organiques.

Pour le psychiatre et le somaticien, l'enjeu devant une urgence à priori psychiatrique n'est donc pas de poser un diagnostic précis mais de repérer en premier lieu une urgence organique, une pathologie somatique qui pourrait mimer un trouble psychiatrique. Il s'agit également d'éliminer les pathologies qui seraient susceptibles d'acutiser les troubles comme le fécalome et la rétention aiguë d'urines par exemple, complications classiques de la prise d'un traitement psychotrope au long cours.

6.2.2 Représentations sociales des troubles psychiques par les soignants des urgences

- Le terme « troubles psychiques » semble faire évoquer pour la majorité des soignants des symptômes ou des maladies psychiatriques. Presque $\frac{3}{4}$ des mots indiqués par les soignants (72,4%) vont dans ce sens. Seuls 24,1% des mots ont une connotation péjorative et reflètent des représentations négatives de leur part.

- 19% des soignants pensent ne pas pouvoir être atteints d'un trouble psychique au cours de leur vie (14% en sont persuadés et 5% doutent de la possibilité que ça puisse leur arriver). Pour ces soignants, les troubles psychiques semblent donc quelque chose d'extérieur, qui ne peut atteindre que l'Autre. Hors, comme le rappelle l'Organisation Mondiale de la Santé dans son rapport sur la santé dans le monde de 2001, les troubles mentaux sont universels et peuvent donc toucher tous les individus [4].

Parmi ceux qui pensent pouvoir être atteints, 12% n'en parleraient pas à leurs proches. Peu d'entre eux ont expliqué leur démarche, les deux raisons évoquées sont la peur du regard des autres et le souci de ne pas inquiéter leurs proches. Cela s'apparente à de l'auto-stigmatisation.

- 66,3% des soignants interrogés pensent qu'un patient admis aux Urgences pour un état d'agitation a besoin d'une consultation psychiatrique. 56,8% demandent cette consultation en pratique alors que 9,5% ne le font pas. Pour la majorité des soignants qui ont exprimé leur raison, l'idée commune développée est celle de l'agitation, symptôme psychiatrique qui doit donc être gérée d'emblée par le spécialiste à savoir le psychiatre. Les soignants se représentent l'agitation comme faisant intégralement partie des troubles psychiques, comme s'il s'agissait d'un symptôme pathognomonique de la psychiatrie, d'où l'appel du psychiatre à qui on demande de prendre en

charge le patient. On aurait donc presque l'impression pour ces soignants que l'agitation ne peut pas être liée à une cause organique.

La conférence de consensus sur *L'agitation en urgence (petit enfant excepté)* publiée en 2002 par la Haute Autorité de Santé énumère les trois étiologies des agitations qui peuvent parfois être intriquées : psychiatriques (62 %), organiques (25 %) et toxiques (25 %). Il est stipulé dans cette conférence de consensus qu'une cause organique doit toujours être recherchée en cas d'agitation notamment chez la personne âgée [37], la sémiologie de l'agitation ne permettant pas à elle seule de déterminer l'étiologie de celle-ci.

En 2004, dans une mise au point publiée chez Elsevier par Moritz et al. de la société de réanimation de langue française sur la conduite à tenir devant une agitation aux Urgences [40], il est écrit que l'alcoolisme rend compte de la majorité des diagnostics portés (59 %). La pathologie psychiatrique aiguë n'explique que 14 % des agitations hormis les syndromes dépressifs (10 %) et les crises anxieuses (7 %).

6.2.3 Impact de la stigmatisation

Dans cette étude, l'impact de la stigmatisation des patients atteints de troubles psychiques par l'équipe soignante des Urgences Générales s'est révélé :

- au niveau d'une demande de parcours de soins différencié pour ces patients, demande reprise dans les axes d'amélioration proposés par les soignants afin d'optimiser la prise en charge aux Urgences des patients atteints de troubles psychiques.

85 soignants ont répondu à cette question. Du fait, parfois, de réponses multiples de la part des soignants, les pourcentages ont été calculés sur le nombre total de réponses soit 92.

Parmi ces réponses, j'ai regroupé celles qui développaient l'idée commune d'une stigmatisation des patients (filière dédiée, prise en charge directe par l'équipe de psychiatrie, chambre d'isolement, endroit dédié sous surveillance de l'équipe de psychiatrie, présence permanente de l'équipe psychiatrique aux urgences). Cela correspond à 46,7% des réponses. Il y a donc une demande importante des soignants de ne plus prendre en charge les patients atteints de troubles psychiques. Ils souhaiteraient que ces derniers ne passent plus par la filière classique des Urgences Générales comme n'importe quel autre patient. Comme si, de façon très irrationnelle, les troubles présentés par les patients ne pouvaient pas être liés à des causes organiques puisqu'il s'agit d'un patient présentant des symptômes psychiatriques.

D'ailleurs, la circulaire n°195 rédigée par le Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées relative à la prise en charge des urgences inscrit l'urgence psychiatrique dans le cadre

des dispositifs médicaux d'urgence. Il écrit : « la grande majorité des urgences psychiatriques arrive dans les services d'Urgences Générales des centres hospitaliers ». Ces derniers sont considérés comme le « lieu d'accueil naturel de toutes les urgences » et sont un « espace banalisé » où il est souvent possible de « dédramatiser des situations à composantes psychiatriques » [38].

De même, dans la charte "Urgences et Psychiatrie" signée en 2015 entre le président de Samu-Urgences de France et le président de la conférence nationale des présidents de Commission Médicale d'Etablissement de Centres Hospitaliers Spécialisés, il est spécifié que le psychiatre intervient en tant que consultant aux Urgences au même titre que les intervenants des autres disciplines [36].

- au niveau de la privation des droits et de la liberté des individus souffrant de troubles psychiques. 78,4% des soignants interrogés pensent ne pas pouvoir éviter la contention aux Urgences. Parmi eux, 67 ont exprimé leurs raisons. Du fait, parfois, de réponses multiples de la part des soignants, les pourcentages ont été calculés sur le nombre total de réponses soit 93. 47,3% des réponses justifient l'usage de la contention par sécurité, afin de prévenir un risque de fugue ou de passage à l'acte auto/hétéro-agressif, sans avoir au préalable essayé d'apaiser le patient par la parole ou par la proposition d'un traitement anxiolytique. Il est à noter que seuls 2% des soignants font part d'un vécu d'agression par un patient atteint de troubles psychiques sans en dire plus; il aurait été intéressant de connaître le contexte de survenue de ces agressions. Les patients atteints de troubles psychiques sont donc contentonnés par anticipation sans qu'un geste quelconque de mise en danger de lui-même ou d'autrui n'ait été posé. En 2011, à l'issue d'une audition d'experts, un rapport sur la dangerosité psychiatrique des personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur a été émis par la Haute Autorité de Santé. Il stipule que ces personnes sont en fait beaucoup plus souvent victimes, 7 à 17 fois plus que la population générale, qu'agresseurs. Elles sont rarement impliquées dans des actes violents faits à des tiers. En effet, 3 à 5% des actes violents seraient dûs à des personnes souffrant de troubles schizophréniques ou de troubles de l'humeur. Si cela constitue « une augmentation réelle du risque de violence (...) par rapport à celui de la population générale non malade, en valeur absolue cela représente très peu de personnes ». Le risque de passage à l'acte chez ces malades est plus fortement lié à des comorbidités type abus de substances (alcool, drogues) ou traits de personnalité psychopathiques que dans la population générale [41].

Par ailleurs, 43% des réponses justifient l'utilisation de la contention par un manque de moyens et 9,7% par un manque de formation. Publiée en 2003, l'enquête sur la prise en charge des patients en état d'agitation dans les services d'accueil et d'Urgences en France réalisée par Bourdinaud et al. [42], mettait déjà en évidence que la grande majorité des Urgences Générales manquait de locaux

adaptés et de personnel formé à la gestion de l'agitation. La conférence de consensus sur *L'agitation en urgence (petit enfant excepté)* publiée en 2002 par la Haute Autorité de Santé [37], définit l'usage de la contention physique. Il s'agit d'« une mesure d'exception, temporaire, qui ne constitue pas à elle seule une mesure thérapeutique et dont les effets secondaires peuvent être graves ». Elle ne peut donc pas être utilisée par manque de moyens, cela constituant une utilisation abusive de cette technique.

6.3 FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

6.3.1 L'intérêt de l'étude

Je n'ai pas trouvé d'étude similaire ou comparable à celle-ci. Plusieurs études ont été menées sur la représentation sociale des équipes soignantes notamment IDE au sein des services de psychiatrie ou de médecine. Aucune étude ne s'est intéressée à la population spécifique des soignants exerçant aux Urgences Générales.

6.3.2 Les limites de l'étude

On peut imaginer que les soignants ayant répondu au questionnaire sont certainement ceux qui se sont sentis le plus concernés par le sujet.

Du fait d'un faible taux de participation à l'étude et donc d'un échantillon de soignants peu significatif, il semble difficile de pouvoir extrapoler les résultats à l'ensemble des soignants des Urgences de l'Ile.

Il existe plusieurs biais dans cette étude :

- un biais de déclaration : c'est une étude comportant des déclarations de pratiques. Il peut donc exister un décalage entre la réalité des pratiques des soignants des Urgences Générales et la représentation que ces mêmes soignants peuvent s'en faire.
- un biais d'interprétation ou de classement malgré un souci constant de retranscrire le plus fidèlement possible les écrits des soignants : afin de pouvoir analyser les données, les réponses aux questions ouvertes ont dû être résumées par idée principale voire secondaire.

7. CONCLUSION

L'équipe des Urgences, premier maillon de la chaîne des soins non programmés, joue un rôle essentiel dans l'évaluation et l'orientation des patients quel que soit le motif de recours. Lorsque celui-ci fait évoquer un trouble psychique, il semble qu'une grande partie des équipes des Urgences de l'Ile de la Réunion se trouve en difficultés à la fois par manque de formation en psychiatrie mais également par stigmatisation des patients. Cela induit une prise en charge loin d'être optimale pour le patient et participe à creuser l'écart d'espérance de vie entre les personnes souffrant d'un trouble psychique et la population générale.

Il semblerait qu'il devienne donc urgent de lutter contre les représentations négatives qu'ont les soignants des troubles psychiques et de proposer des formations spécifiques afin d'améliorer l'accueil et la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques aux Urgences.

8. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1]. Soixante cinquième assemblée mondiale de la Santé. Organisation Mondiale de la Santé. Genève. Mai 2012.

Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65-REC1/A65_REC1-fr.pdf

[2]. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Organisation Mondiale de la Santé.

Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/

[3]. Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS. 2006.

Disponible sur : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf

[4]. Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Organisation Mondiale de la Santé. 2001.

Disponible sur : http://www.who.int/whr/2001/whr01_fr.pdf

[5]. The global burden of disease : 2004 update 2008. World Health Organization.

Disponible : http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/

[6]. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude ESEMeD/MHEDEA 2000, *L'Encéphale*, 2005;31:182-94.

[7]. ROELANDT JL., CARIA A., ANGUIS M et al. : « La santé mentale en population générale : images et réalités. Résultats de la première phase d'enquête 1998-2000 », *L'Information psychiatrique*, 2003, 79 : 867-78.

[8]. STEG A, Commission nationale de restructuration des urgences. *Rapport sur la médicalisation des urgences*. 1994.

[9]. Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

- [10]. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 1998 ; 173(1):11–53.
- [11]. Kisely S, Smith M, Lawrence D, Maaten S. Mortality in individuals who have had psychiatric treatment in Nova Scotia. *Br J Psychiat*. 2005;187:552-558.
- [12]. Lawrence D, Hancock KJ, Kisely S. The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ*. 2013;346:f2539.
- [13]. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014;13(2):153-60.
- [14]. Claire-Lise Charrel et coll. Mortality of people suffering from mental illness : a study of a cohort of patients hospitalised in psychiatry in the North of France. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2015. P269-277. Volume 50, Issue 2.
- [15]. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 1997 Dec 1;171(6):502–8.
- [16]. Saha S, Chant D, McGrath J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(10):1123–31.
- [17]. Osby U, Correia N, Brandt L, Ekbom A, Sparén P. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophr Res*. 2000;45(1-2):21–8.
- [18]. Hayes J, Marston L, Walters K, King M and Osborn D. Mortality gap for people with bipolar disorder and schizophrenia : UK-based cohort study 2000-2014. *The British Journal of Psychiatry*, 2017.
- [19]. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015. Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf
- [20]. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 2007;116(5):317–33.

- [21]. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. Prevalence, impact of medications and disparities in healthcare. *World Psychiatry*. 2011;10(1):52–77.
- [22]. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques. Disponible sur :
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/6b3aa2489d62f9ee02e5e6200861b2e0.pdf
- [23]. Saravane D et al. *Elaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère*, l'Encéphale, 2009.
- [24]. De Hert M, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIG, Möller H-J. Maladie cardiovasculaire et diabète chez les sujets souffrant d'une maladie mentale sévère. Déclaration de position de l'European Psychiatric Association (EPA), soutenue par l'European Association for the study of Diabetes (EASD) et l'European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry*. 2010.
- [25]. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Recommandations. Juin 2015. Fédération Française de Psychiatrie – Conseil National Professionnel de Psychiatrie. Disponible sur :
http://www.anp3sm.com/wp-content/uploads/2015/10/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf
- [26]. Brown S, Birtwistle J, Roe L, Thompson C. The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychol Med*. 1999 ;29(03) :697–701.
- [27]. Castillo M-C, Lannoy V, Seznec JC, Januel D, PetitJean F, 2007. Etudes des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. *L'évolution psychiatrique* n°370. P1-14.
- [28]. Lawrence D, Kisely S. Review: Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol*. 2010;24(4 Suppl):61–68.
- [29]. Goffman E. *Stigmate, les usages sociaux des handicaps*. p12. Editions de Minuit, collection « Le Sens Commun ». Traduction française 1975.

- [30]. Giordana JY. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Masson. 2010.
- [31]. Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M; INDIGO Study Group. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009 Jan 31;373(9661):408-15.
- [32]. « conférence d'Helsinki : lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et les inégalités ». Rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2005.
Disponible sur : <http://www.euro-who.int/document/e88538.pdf>
- [33]. Rapport de la conférence ministérielle européenne de l'OMS. Santé mentale : relever des défis, trouver des solutions. Organisation Mondiale de la Santé. 2006.
Disponible sur : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf
- [34]. Rapport Couty E pour la Ministre de la santé et des sports: missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Janvier 2009.
- [35]. Mathur A, Accueil du patient psychotique aux urgences. Urgences 2010. Chapitre 6. SFMU . SAMU de France.
- [36]. Charte "Urgences et Psychiatrie". Müller Christian et Braun François. 11 Juin 2015.
- [37]. Conférence de Consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) ». Haute Autorité de Santé. Recommandations du jury : texte court. Décembre 2002.
- [38]. Circulaire n°195/DHOS/01/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapés. P16
- [39]. Combelles M, Vaniet F, Jardon V, Debien C, Bonfils C, Wiel E, Vaiva G. Fréquence des troubles organiques chez les patients admis pour un motif psychiatrique aux urgences. *Journal European des Urgences*. Volume 22, n° S2. page A115 (juin 2009).
- [40]. Moritz F, Jenvrin J, Canivet S, Gerault D. Conduite à tenir devant une agitation aux urgences. Elsevier. *Réanimation* 13 (2004) 500–506.

[41]. Dangersité psychiatrique : « étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur ». Haute Autorité de Santé. Rapport d'orientation de la commission d'audition. Mars 2011.

[42]. Bourdinaud V, Pochard F. Enquête sur la prise en charge des patients en état d'agitation dans les services d'accueil et d'urgences en France; L'Encéphale 2003;29(2) : 89-98.

9. ANNEXE

Troubles psychiques et représentations sociales des équipes des urgences

1) Quelle profession exercez-vous ?

☐ Aide-soignant

☐ Médecin

☐ IDE

2) Dans quel établissement exercez-vous ?

☐ CHU Nord

☐ CHU Sud

☐ CHGM

☐ GHER

3) Depuis combien de temps travaillez-vous aux urgences ?

4) Avez-vous déjà travaillé en psychiatrie ?

☐ oui

☐ non

Si oui, précisez :

5) Si on vous dit « troubles psychiques », quels sont les trois mots qui vous viennent à l'esprit ?

a.

b.

c.

6) Pensez-vous qu'un patient admis aux urgences pour des troubles psychiques a besoin d'une évaluation somatique ?

☐ oui

☐ non

6-a) Le faites-vous en pratique ?

☐ oui

☐ non

6-b) Pourquoi ?

7) Pensez-vous qu'un patient admis aux urgences pour un état d'agitation a besoin d'une consultation psychiatrique ?

☐ oui

☐ non

7-a) Le faites-vous en pratique ?

☐ oui

☐ non

7-b) Pourquoi ?

8) Pensez-vous qu'un patient admis aux urgences pour un motif somatique et ayant un antécédent de suivi psychiatrique ou de prise d'un traitement psychotrope nécessite un avis psychiatrique en urgence ?

☐

oui

☐

non

8-a) Si oui, pourquoi ?

8-b) Le faites-vous en pratique ?

☐

oui

☐

non

8-c) Pourquoi ?

9) Vous sentez-vous à l'aise dans la prise en charge d'un patient présentant des troubles psychiques ?

☐

oui

☐

non

9-a) Pourquoi ?

10) Que proposeriez-vous pour améliorer la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques aux urgences en dehors des dispositifs actuels ?

11) Pensez-vous possible d'être vous-même touché par un trouble psychique au cours de votre vie ?

☐

oui

☐

non

11-a) Si cela vous arrivait, en parleriez-vous à vos proches ?

☐

oui

☐

non

11-b) Pourquoi ?

12) Avez-vous déjà été pris en charge pour un trouble psychique ?

☐

oui

☐

non

13) Quelles sont les techniques que vous avez déjà utilisées devant un patient en état d'agitation aux urgences ? (plusieurs réponses possibles)

☐

Chimiothérapie

☐

Traitement relationnel

☐

Isolement

☐

Contention

14) Pensez-vous que l'on puisse éviter la contention aux urgences ?

☐

oui

☐

non

14-a) Pourquoi ?

Résumé du mémoire :

L'espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiques est écourtée par rapport à celle de la population générale, les décès étant majoritairement liés à des causes naturelles en raison d'une mauvaise prise en soin de leurs pathologies somatiques. Outre les facteurs liés aux personnes elles-mêmes et à la maladie, une part non négligeable de cet écart semble s'expliquer par le manque de formation des soignants sur les troubles psychiques mais également par la stigmatisation dont font l'objet ces patients.

L'objectif du mémoire est de comprendre les difficultés rencontrées par les soignants des Urgences Générales de l'Ile de la Réunion (IDE, aide-soignants, médecins) dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques, et de connaître les représentations sociales qu'ils ont de ces patients, afin d'améliorer leur prise en charge globale notamment la comorbidité somatique.

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale menée sur l'Ile de la Réunion pendant l'hiver austral 2017.

L'analyse des 100 questionnaires récupérés montre que 61% des soignants ne se sentent pas à l'aise dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychiques dont 45,3% mettent en avant un manque de formation. Ce manque de formation se ressent également au niveau de la réalisation d'un examen somatique systématique chez un patient entrant aux Urgences pour des troubles psychiques. Pour 31,2% des soignants, celui-ci n'a aucune raison d'être obligatoirement fait.

Par ailleurs, les soignants semblent avoir des représentations sociales négatives de ces patients: l'agitation est un symptôme psychiatrique pour 66,3% d'entre eux, la contention physique est un outil indispensable dans 47,3% des réponses, un parcours de soins différencié pour les patients est proposé comme axe d'amélioration dans 46,7% des explications données par les soignants.

Il devient donc urgent de mieux former et informer les soignants qui sont amenés à s'occuper de ce type de patients.

Mots-clés : équipe soignante, Urgences Générales, représentations sociales, stigmatisation, formation