L'Encéphale xxx (xxxx) xxx–xxx

Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com

Éditorial

L'absence d'examen physique par le psychiatre n'est pas éthique

The absence of a physical examination by a psychiatrist is unethical

Le 20 juillet 2023, le groupe de travail de la Haute Autorité de santé (HAS) a publié le manuel de certification des établissements de santé pour la qualité des soins [1] introduisant, dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, un critère impératif concernant l'examen médical du patient.

Ce critère rend obligatoire l'examen physique dès le début de sa prise en charge d'un patient hospitalisé dans un service de psychiatrie. La HAS précise que « Cet examen somatique [doit être] réalisé dans les 24 heures par un médecin autre que celui ayant réalisé l'évaluation mentale », soulignant ainsi une distinction surannée entre l'évaluation « somatique » ou « organique » et l'évaluation « psychiatrique » [2].

Pourtant, de nombreuses études ont d'ores et déjà mis en évidence la place importante de l'examen physique dans l'examen clinique psychiatrique, ses nombreux intérêts dans les prises en charge des troubles psychiatriques et donc la nécessité d'être réalisé rigoureusement par le psychiatre au même titre que le reste de l'examen clinique [3].

Dans ce contexte, comment exercer la psychiatrie en tant que spécialité médicale à part entière, fondée sur un raisonnement scientifique, un examen clinique complet et des classifications modernes ?

Pratiquons la médecine et la psychiatrie en nous appuyant sur les connaissances scientifiques les plus récentes, comme base éthique minimale. C'est ce que rappelait le Professeur Jean Bernard, ancien président du comité national consultatif d'éthique : « Ce qui n'est pas scientifique, n'est pas éthique ».

1. L'examen physique et l'entretien psychiatrique : les limites d'une dichotomie surannée

Les troubles psychiatriques ont longtemps été définis par l'absence de lésion « organique » [4], instaurant une dichotomie entre le « somatique » (lié au corps) et le « psychique ». Cette distinction a structuré l'organisation du système de santé mentale, rendant systématique le recours aux médecins généralistes ou urgentistes pour les examens médicaux et la prise en charge des comorbidités « somatiques » et, de ce fait, déresponsabilisant les psychiatres de l'état de santé physique de leurs patients. Pourtant, la santé physique est une préoccupation majeure pour les patients souffrant de troubles psychiatriques, qui expriment le besoin d'une prise en charge complète et intégrée [5].

Le développement de la médecine générale spécialisée dans le suivi des patients avec des troubles psychiatriques est encourageant, compte tenu de leur espérance de vie réduite de 10 à 20 ans par rapport à la population générale et du fait que 60 % d'entre eux décéderont de maladies cardiovasculaires [6]. Cependant, cela n'exonère en aucun cas le psychiatre de réaliser un examen physique, qui fait partie intégrante de l'évaluation psychiatrique, permettant d'assurer une évaluation clinique et un recueil sémiologique exhaustifs et valides [3].

L'examen physique en psychiatrie a plusieurs objectifs essentiels : repérer les signes physiques associés aux troubles psychiatriques, identifier les comorbidités non-psychiatriques, repérer rapidement les complications, orienter le choix du traitement psychotrope et éliminer un diagnostic différentiel [3]. Pour le recueil sémiologique, certains signes cliniques sont identifiés grâce à l'examen physique, tels que des signes de syndrome catatonique dans les épisodes dépressifs sévères, des complications hépatiques comme des signes d'insuffisance hépatique ou une neuropathie périphérique chez les patients souffrant de troubles liés à l'usage d'alcool, ou encore une hypothermie et des signes de dénutrition dans l'anorexie (peau sèche, lanugo, perte de cheveux, etc.). Dans la schizophrénie, des signes neurologiques mineurs peuvent être observés, tandis que dans les troubles bipolaires, des signes de dysthyroïdie peuvent apparaître. Enfin, dans les troubles du spectre autistique, certains signes morphologiques distincts peuvent être présents, comme ceux observés dans le syndrome de l'X fragile. Ce ne sont là que quelques exemples, et la liste serait exhaustive si elle couvrait toute la sémiologie de chaque trouble psychiatrique, constituant ainsi un véritable traité de psychiatrie. Cependant, les psychiatres doivent connaître et reconnaître ces signes, pour lesquels ils ont été spécifiquement formés. En tant que spécialistes de ces pathologies, il appartient donc aux psychiatres de rechercher et d'identifier ces signes physiques lors de leur évaluation clinique.

Il apparaît donc essentiel que le psychiatre effectue son travail d'évaluation clinique de manière globale et systématique, conformément à l'état des connaissances scientifiques et aux recommandations actuelles. Le psychiatre est un médecin avant tout et a le devoir d'assurer la sécurité physique de son patient ; il doit également pouvoir justifier d'une évaluation médicale complète avant la prescription d'un traitement et d'en assurer sa surveillance. Les traitements prescrits ne sont pas des Smarties, et les contre-indications ainsi que la tolérance doivent être évaluées afin d'assurer la sécurité des patients.

https://doi.org/10.1016/j.encep.2024.12.001
0013-7006/© 2025 L'Encéphale, Paris.

Pour citer cet article : M. Moizard and P.A. Geoffroy, L'absence d'examen physique par le psychiatre n'est pas éthique, Encéphale, https://doi.org/10.1016/j.encep.2024.12.001

Le rôle du psychiatre se définit ainsi clairement comme celui d'un médecin capable de combiner entretien et examen physique psychiatriques, rendant obsolètes et potentiellement dangereuses les pratiques qui recommandent de ne pas toucher le patient pour préserver la relation thérapeutique.

2. Des recommandations de pratique clinique à moderniser

Le code de santé publique préconise un examen médical dans les 24 heures suivant l'admission du patient, afin d'assurer la sécurité physique du patient en milieu hospitalier.

Cependant, la recommandation de la HAS de séparer l'examen physique de l'évaluation psychique en psychiatrie, constituant une « exception psychiatrique » sans équivalent dans les autres spécialités (imagine-t-on en chirurgie séparer l'examen du patient de l'acte opératoire ?), pose des risques multiples pour l'accès aux soins, leurs qualités, et la sécurité des patients.

Des recommandations actualisées pourraient clarifier le rôle de l'examen physique lors de l'admission en urgence (par exemple, pour exclure les urgences vitales, les décompensations graves potentielles ou effectuer une imagerie dans le cadre d'un premier épisode et éliminer les diagnostics différentiels) et lors de l'examen systématique dans les 24 heures suivant l'admission, mené par le psychiatre. Ce dernier pourrait faire appel au médecin généraliste de l'établissement en cas de complications, garantissant ainsi une prise en charge adaptée et complète pour les patients.

Contributions des auteurs

PAG a conçu l'éditorial. PAG et MM ont participé à la rédaction et ont approuvé la version finale du manuscrit.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] HAS. Manuel : certification des établissements de santé • Version 2024, n.d.
[2] Amad A, Fovet T, Geoffroy PA. Keep calm: psychiatric disorders are organic ! The power of words in medicine. Aust N Z J Psychiatry 2016;50:100–1, http://dx.doi.org/10.1177/0004867415601730.
[3] Geoffroy P-A, Fovet T, Benard V, et al. Examen clinique de l'adulte en psychiatrie; 2017. Datatraitesps37-60724. n.d.
[4] Insel TR, Quirion R. Psychiatry as a clinical neuroscience discipline. JAMA 2005;294:2221, http://dx.doi.org/10.1001/jama.294.17.2221.
[5] Ba S, Bianchi V, Carpentier A, et al. Somatic health according to people with severe mental disease. Encephale 2024;50:26–31, http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2022.11.003.
[6] Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ, et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. World Psychiatry 2015;14:339–47, http://dx.doi.org/10.1002/wps.20252.

Mathilde Moizard [a,b,c]
Pierre A. Geoffroy [a,b,c,*]
[a] *Département de psychiatrie et d'addictologie, GHU Paris Nord, DMU Neurosciences, hôpital Bichat – Claude-Bernard, AP–HP, 75018 Paris, France*
[b] *Inserm, NeuroDiderot, université Paris Cité, 75019 Paris, France*
[c] *Centre ChronoS, GHU Paris – Psychiatry & Neurosciences, 1, rue Cabanis, 75018 Paris, France*

* Auteur correspondant.
Adresses e-mail : mathilde.moizard@ghu-paris.fr(M. Moizard), pierre.a.geoffroy@gmail.com (P.A. Geoffroy)

Reçu le 5 décembre 2024

Accepté le 11 décembre 2024
Disponible sur Internet le xxx