



HAL
open science

Analyse des besoins en soins aigus somatiques des patients hospitalisés en centre hospitalier spécialisé psychiatrique

Camille Marie

► **To cite this version:**

Camille Marie. Analyse des besoins en soins aigus somatiques des patients hospitalisés en centre hospitalier spécialisé psychiatrique. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02456594

HAL Id: dumas-02456594

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02456594>

Submitted on 27 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année 2019-2020

**Analyse des besoins en soins aigus somatiques des patients hospitalisés en
centre hospitalier spécialisé psychiatrique.**

THÈSE PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

MARIE Camille

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 21/01/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Nicolas TERZI

Membres :

Monsieur le Professeur Thierry BOUGEROL

Monsieur le Docteur Maxime MAIGNAN

Monsieur le Docteur Vincent PEIGNE (Directeur de Thèse)

ANALYSE DES BESOINS EN SOINS AIGUS SOMATIQUES DES PATIENTS HOSPITALISÉS EN CENTRE HOSPITALIER SPECIALISÉ PSYCHIATRIQUE.

RÉSUMÉ:

Introduction: Les patients atteints de pathologies psychiatriques chroniques ont une espérance de vie raccourcie par rapport à la population générale. Cela s'explique en majorité par une surmorbidity somatique, dont la prise en charge constitue un problème majeur de santé publique, notamment en aigu.

Objectif: Décrire les besoins en soins aigus somatiques des patients porteurs d'une maladie psychiatrique chronique.

Matériel et Méthode: Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive ayant inclus les patients hospitalisés au CHS de BASSENS, pour lesquels un avis médical pour une pathologie organique avait été demandé au centre 15 de la Savoie durant l'année 2017. Les données ont été extraites des fiches de régulation et des dossiers hospitaliers.

Résultats: 69 appels ont été inclus. 74% d'entre eux étaient passés lors des heures de garde. Les pathologies infectieuses, cardio-vasculaires et les effets secondaires des médicaments représentaient 60 % des motifs de recours à la régulation. 45% des appels donnaient lieu à une consultation aux urgences, et 22% à une prise en charge SMUR. Les patients ont été hospitalisés dans un secteur somatique dans 46 % des cas, dont un quart en service de soins aigus (USC ou Réanimation). Trois patients (4%) sont décédés.

Conclusion: Les patients psychiatriques chroniques sont sujets à de nombreuses pathologies somatiques, notamment aiguës, dont les conséquences peuvent être plus graves que la population générale. Il persiste un besoin d'amélioration de leur prise en charge à tous niveaux de soins afin de diminuer leur surmorbidity, et peut être à long terme espérer un allongement de leur durée de vie.

Mots clés: Trouble mental, Urgences, Morbidity

ANALYSIS OF THE NEEDS IN ACUTE SOMATIC CARE OF HOSPITALIZED PATIENTS IN A SPECIALIZED PSYCHIATRIC HOSPITAL CENTER.

Abstract :

Introduction: Patients with severe mental illness have a reduced life expectancy compared with the general population. This can be explained by an excess somatic comorbidity, the management of which constitutes a major public health problem, particularly in acute cases.

Objective : Qualitative study from January to December 2017 including the inpatients of the psychiatric hospital of BASSENS with an organic pathology requiring a call to the dispatching center of the SAMU73. Data were extracted from the dispatching and the hospital medical records. **Résultats :** 69 calls were included. Infectious diseases, cardiovascular diseases and medication side-effects represented 60% of the reason to call the emergency medical service. 45% of the calls gave rise to a consultation in the emergency department, and 22% to an intervention of a prehospital medical emergency team. Forty-six percent of the patients were hospitalized in a somatic ward, including critical care unit in 25% of the cases.

Conclusion: Patients with severe mental illness frequently have somatic health problems and the consequences can be more serious than for the general population. There is a need to improve their management by all the caregivers in order to reduce the comorbidities and may be extend their lifespan.

Key words : Mental disorder, emergency, morbidities

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2019-2020

ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	APEL Florent	Ophthalmologie
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie
PU-PH	BOLLA Michel	Cancérologie-Radiothérapie
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie, hépatologie, addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur
MCU-PH	BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PU-PH	CURE Hervé	Cancérologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastro-entérologie, Hépatologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Addictologie
PU-PH	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
MCU-PH	DUMESTRE-PERARD Chantal	Immunologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FEUERSTEIN Claude	Physiologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Gériatrie et biologie du vieillissement
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
MCU-PH	GUZUN Rita	Nutrition
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
MCU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU - PH	LE GOUELLEC Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH	LEROY Vincent	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie
PU-PH	MAGNE Jean-Luc	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCU-PH	MAIGNAN Maxime	Médecine d'urgence
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MALLARET Marie-Reine	Hygiène hospitalière
PU-PH	MALLION Jean-Michel	Cardiologie
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBLOT Denis	Pneumologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie
PU-PH	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	PASSAGGIA Jean-Guy	Anatomie
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Médecine vasculaire
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie
PU-PH	POLACK Benoît	Hématologie
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
MCU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
MCF Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
MCU-PH	RUBIO Amandine	Pédiatrie
PU-PH	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
MCU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VANZETTO Gérard	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers
MCU-PH : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers
PU-MG : Professeur des Universités de Médecine Générale
MCU-MG : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale
PR Ass.MG : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale
MCF Ass.MG : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

REMERCIEMENTS

A mon Jury

- A Monsieur le Professeur TERZI:

Vous me faites l'honneur de juger ce travail et de présider mon jury de thèse. Soyez assuré de mon profond respect.

- A Monsieur le Professeur BOUGEROL et Monsieur le Docteur MAIGNAN:

Merci pour l'honneur et la gentillesse dont vous me faites part en ayant accepté de siéger à ce jury. Veuillez recevoir l'expression de mon entière reconnaissance.

- Au Docteur Vincent PEIGNE:

Merci de me faire l'honneur d'être mon directeur de thèse.

Un immense merci pour ta gentillesse, ton soutien, ta disponibilité, ton expertise, ton partage de connaissances tout au long de ce travail. Merci de m'avoir épaulé en cette période difficile pour moi, je suis sûre que sans toi cette thèse ne serait pas finie aujourd'hui. Accepte de recevoir mon entière reconnaissance et mon profond respect.

Au SAMU 73

- Au Docteur Pascal USSEGLIO-POLATERA et au Docteur Jean-François BONNET-GONNET :

Merci de votre aide pour l'acquisition des données et renseignements essentiels à la constitution de ce travail.

A l'équipe du CHS de BASSENS

- Au Docteur Silvere BIAVAT (Responsable de l'UF soins somatiques) et à Madame Mélanie GAUDILLIER (Secrétaire générale du CHS) :

Merci de m'avoir fourni de nombreuses informations concernant le fonctionnement du CHS qui ont permis d'étayer cette thèse, et merci de vous êtes intéressés à mon travail.

A mes proches, MERCI:

- A mon Papa, mon étoile. J'aurai tellement aimé que tu sois là aujourd'hui et que l'on partage ce moment ensemble. Merci de m'avoir transmis ta force et ta persévérance qui m'ont permis d'avancer dans ces études de médecine. Merci de toujours avoir été si fier de moi et de m'avoir soutenu, cela était tellement gratifiant pour moi. Je sais que, de là-haut, tu veilles sur moi.
- A ma Maman, la femme la plus forte que je connaisse. Je ne trouve pas les mots pour te dire à quel point je te remercie. Tu m'as accompagné à chaque étape de ces études, tant physiquement que moralement et cela m'a fait tellement de bien. Ton soutien et ton amour pour moi sont sans faille. Sache ma petite maman que cela est réciproque.
- A mon frère d'amour: Merci de me soutenir, de toujours me faire rire, de croire que je suis une warrior de faire ce métier... Merci d'avoir toujours les mots pour me reconforter, d'être là pour moi quand j'en ai besoin. Merci pour ton amour.
- A mon Octavien: Merci de m'avoir supporté pendant ces 9 années d'études. Merci de m'aimer comme tu le fais et d'être toujours présent à mes côtés.

A vous 4, je n'écris que les remerciements concernant les études, mais vous le savez, je vous en dois bien plus, pour tant d'autres choses. Vous êtes mes piliers.

- A Jules, le meilleur antidépresseur qu'il existe.
- A Marion, ma belle-sœur, merci pour ton soutien.
- A ma Mamie, qui aime tant la médecine. Merci.
- A Marie-Jo, Bruno, Apo, Aurélien, Victoire et Gustave, qui, eux aussi, m'ont encouragé à chaque étape de mes études.
- A Fanny et Adélaïde, mes deux amies de toujours, sur qui je peux constamment compter.
- A Morgane et Cécile, mes deux copines d'externat, sans qui les révisions n'auraient pas été si amusantes (ni ces études d'ailleurs). Merci de toujours être là pour moi, merci pour cette amitié partagée.
- A Noé, pour tous ces moments passés ensemble durant l'internat, pour être devenue une véritable amie.
- A Sab, Cilou, Aude, Margaux, Anne, Alison, mes copines et co-internes, avec qui j'ai tant rigolé.

- A Alex, PJ, Maud, Lisa, Bérengère, Ayoub, Mathilde, Paula et Junélie, mes copains de DESC.
- A Hélène, pour ton humour, ta gentillesse, ton aide précieuse pour mon mémoire, et surtout ton soutien émotionnel durant mon stage au SAMU.
- A Mika, Amandine, Kap, Laurie, Alex, Marion, Jimmy, Florie, Juju, Georges; mes copains Annéciens; pour le partage de moments de rigolade, de sport, de repas, de jeux de société, de danse, de travaux et d'amitié.
- Et à tant d'autres personnes...

ABBREVIATIONS

ACR - Arrêt cardio-respiratoire

BDA - Bouffée délirante aiguë

CHMS- Centre Hospitalier Métropole Savoie

CHS - Centre hospitalier spécialisé

EEG - Électroencéphalogramme

EER - Épuration extrarénale

ETP - Equivalent temps plein

GHT – Groupement hospitalier de territoire

HAS -Haute autorité de santé

IMV - Intoxication médicamenteuse volontaire

IRM - Imagerie par résonance magnétique

SAMU- Service d'aide médicale urgente

SMUR - Service mobile d'urgences et de réanimation

TDM - Tomodensitométrie

TIHH - Transport infirmier inter-hospitalier

VNI - Ventilation non invasive

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	8
ABBREVIATIONS.....	11
1 - INTRODUCTION	14
1.1 État des lieux	14
1.2 Brefs rappels sur les maladies mentales	15
1.2.1 La schizophrénie	15
1.2.2 Le trouble dépressif.....	15
1.2.3 Le trouble bipolaire	16
1.2.4 Épidémiologie des maladies psychiatriques.....	16
1.3 Organisation du système de santé psychiatrique	17
1.4 Pathologies organiques des patients atteints de pathologies psychiatriques	19
1.5 Difficultés de prise en charge	19
2 - OBJECTIF DE L'ETUDE	21
3 - MATERIEL ET METHODE.....	22
3.1 Cadre de l'étude :.....	22
3.2 Population et terrain de l'étude	22
3.2.1 Terrain	22
3.2.2 Population.....	24
3.2.3 Justification:	24
3.3 Informations recueillies	25
4 - RESULTATS	27
4.1 Inclusion	27
4.2 Profil des patients	29
4.3 Répartition temporelle des appels.....	30
4.4 Appelant.....	32
4.5 Pathologies.....	32
4.6 Prise en charge.....	34
4.7 Devenir	35
4.8 Directives anticipées et limitations thérapeutiques.	37
5 - DISCUSSION	38
5.1 Comparaison des données savoyardes avec la littérature.	38
5.1.1 Typologie des patients.....	38
5.1.2 Pathologies infectieuses	38

5.1.3	Iatrogénie.....	39
5.1.4	Pathologies cardio-vasculaires	40
5.1.5	Autres pathologies.....	41
5.1.6	Prise en charge aux urgences et hospitalisations.....	42
5.1.7	Horaire de prise en charge :.....	43
5.1.8	Directives anticipées	43
5.2	Limites et biais de l'étude :	44
5.2.1	Biais de sélection:.....	44
5.2.2	Manque de puissance	45
5.2.3	Biais d'information:	45
5.2.4	Étude observationnelle.	45
5.3	Les atouts de l'étude:.....	45
5.4	Axes d'amélioration:	46
6	- CONCLUSION	48
7	- BIBLIOGRAPHIE	50

1 - INTRODUCTION

1.1 État des lieux

Les personnes ayant des troubles psychiatriques sévères sont sujettes à une surmortalité qui s'aggrave continuellement alors que l'espérance de vie de la population générale augmente. Cet excès de mortalité, conséquence d'une surmorbidity, est connu depuis les années 1930 et constitue un problème majeur de santé publique¹.

Dans cette optique, la HAS a publié en 2015 des recommandations visant à améliorer la prise en charge organique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique².

Parmi ces recommandations, figurent la nécessité d'être proactif pour dépister les comorbidités somatiques de ces patients, avec notamment l'évaluation de leur mode de vie et la recherche de facteurs de risques cardio-vasculaires, ainsi qu'une vigilance particulière à la prise en compte de la balance bénéfice-risque lors de l'introduction de médicaments antipsychotiques en sus de leur traitements somatiques.

Ces recommandations soulignent l'intérêt d'effectuer un examen somatique systématique chez ces patients lors de leur passage aux urgences mais aussi lors de leur hospitalisation.

Enfin ces recommandations insistent sur le fait qu'un soignant doit être clairement désigné pour le suivi somatique de cette population et que la collaboration et communication entre le psychiatre et le médecin somaticien doivent être améliorées³.

L'importance majeure de ce sujet est également reflétée par l'existence, depuis 2002, de l'association nationale pour la promotion des soins somatiques en psychiatrie dont les valeurs sont identiques à celles prônées par la HAS².

1.2 Brefs rappels sur les maladies mentales

1.2.1 La schizophrénie

La schizophrénie est une maladie psychotique chronique qui se caractérise par une perte de contact avec la réalité. Elle associe au moins deux des syndromes suivants³ :

- un *syndrome positif* : caractérisé par des idées délirantes, des hallucinations ;
- un *syndrome négatif* : émoussement des affects, pauvreté du discours, apragmatisme;
- un *syndrome de désorganisation*: cognitive, comportementale et affectif.

À ces syndromes s'ajoutent des altérations cognitives (mémoire, attention, fonctions exécutives).

Cette maladie débute classiquement chez le grand adolescent ou l'adulte jeune entre 15 et 25 ans, mais il existe aussi des formes précoces ou tardives.

Elle touche de façon légèrement prédominante les hommes.

Des facteurs de risque de survenue d'une schizophrénie génétique, obstétricaux ou environnementaux ont été décrits par des études épidémiologiques³.

1.2.2 Le trouble dépressif

Un épisode dépressif est caractérisé par la présence de symptômes dont l'humeur dépressive ou la perte d'intérêt ou de plaisir. S'y associent plusieurs signes qui varient d'un sujet à l'autre: perturbations de l'affectivité, ralentissement psychomoteur ou agitation, idées suicidaires, perturbations du sommeil, modifications de l'appétit ou du poids, symptômes cognitifs (troubles de la concentration ou de la mémoire), sentiment de dévalorisation ou

d'indécision.

Il existe plusieurs formes de troubles dépressifs : le trouble dépressif caractérisé isolé, le trouble dépressif caractérisé récurrent, le trouble dépressif persistant (humeur dépressive pendant au moins 2 ans) ³.

Il peut survenir à tout âge et est plus fréquent chez la femme.

Enfin il est associé à un risque suicidaire majeur puisque 30 à 50% des tentatives de suicide en France sont secondaires à un épisode dépressif.

1.2.3 Le trouble bipolaire

Le trouble bipolaire se caractérise par des changements pathologiques de l'humeur et de l'énergie qui peuvent être augmentées (phase maniaque) ou diminuées (phase dépressive) ³.

Il existe également des phases de stabilité de l'humeur durant lesquelles les sujets atteints de bipolarité gardent des troubles psychiatriques: altération persistantes des fonctions cognitives, de la régulation des émotions, du sommeil, du rythme circadien, et ceux-ci ont bien souvent d'autres troubles associés tel que des troubles anxieux ou addictifs.

L'âge de début de cette maladie est classiquement entre 15 et 25 ans ³.

1.2.4 Épidémiologie des maladies psychiatriques

Selon l'Organisation mondiale de la santé, une personne sur cinq sera touchée au cours de sa vie par une maladie mentale.

Le trouble dépressif a une prévalence ponctuelle de 5% en France, et touche 300 millions de personnes dans le monde ⁴.

La schizophrénie est classée par l'OMS parmi les dix maladies qui entraînent le plus d'invalidité, tout comme le trouble bipolaire fait partie des dix maladies les plus invalidantes et coûteuses ³.

La prévalence de la schizophrénie est estimée entre 0,6 et 1%. Avec les autres psychoses, elle toucherait 21 millions de personnes dans le monde.

Le trouble bipolaire toucherait 60 millions de personnes ^{3,4}.

On comprend donc que les sujets atteints de maladies psychiatriques représentent une part importante de la population mondiale et française. Tous les médecins sont donc amenés à prendre en charge ces patients, quels que soient leur type d'exercice et leur spécialité.

1.3 Organisation du système de santé psychiatrique

Depuis les années 1960, l'offre de soins psychiatriques en France est organisée sur le principe de sectorisation selon une zone géographique délimitée. Au sein de ces secteurs se trouvent une équipe multidisciplinaire de psychiatrie qui propose une gamme de soins au patient:

- soit en structure ambulatoire via des psychiatres libéraux, des psychiatres de liaisons, des centres médicaux psychologiques (CMP), en lien avec le médecin généraliste;
- soit en structure intermédiaire comme les hôpitaux de jour, les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) qui assurent des soins séquentiels;
- ou enfin en structure hospitalière qui propose des hospitalisations à temps pleins dans les hôpitaux publics (appelés centres hospitaliers spécialisés) ou privés; ou encore les hospitalisations à domicile ³.

En Savoie, il existe onze CMP (Modane, Aiguebelle, Saint-Jean-de-Maurienne, Moutiers, Bourg-Saint-Maurice, Albertville, La Rochette, Montmélian, Aix les bains, Yenne, Pont-de-Beauvoisin), sept CATTP (Saint-Jean-de-Maurienne, Moutiers, Albertville, Montmélian, Aix-les-Bains, Yenne, Pont-de-Beauvoisin), un centre hospitalier spécialisé (le CHS de Savoie à Bassens, dans l'agglomération de Chambéry) et une clinique privée proposant des soins psychiatriques (Clinique « Le Sermay » à Challes-les-Eaux).

Ces structures de soins peuvent être en relations avec des structures sociales et médico-sociales, relevant le plus souvent du conseil départemental.

Cette organisation en secteur a pour principaux objectifs de procurer des soins psychiatriques adaptés à chaque patient, compatibles avec une vie en société, en limitant le recours à l'hospitalisation à temps plein, et d'assurer une continuité des soins centrés sur le patient³.

En revanche, cette organisation des soins spécialisée en psychiatrie tend à entretenir une dichotomie entre les soins psychiatriques et les soins somatiques, semblable à une division du corps et de l'esprit. C'est un point de faiblesse de ce système de soins alors que santé mentale et santé physique sont indissociables et qu'assurer la continuité des soins entre les différents professionnels de santé intervenant auprès des patients psychiatriques revêt une importance particulière comme le rappelle le décret du 20 juillet 2016⁵.

1.4 Pathologies organiques des patients atteints de pathologies psychiatriques

Les maladies psychiatriques chroniques sont associées à de nombreuses comorbidités somatiques: en effet les patients atteints par ces maladies sont sujet à l'obésité, aux pathologies cardio-vasculaires (notamment coronaropathies et accidents vasculaires), respiratoires (BPCO, asthme, pneumopathie infectieuse, tuberculose).

Sont aussi fréquemment décrits des complications obstétricales chez les femmes schizophrènes, et des problèmes hématologiques secondaires aux antipsychotiques⁶.

Ces pathologies peuvent être les conséquences du choix de vie de ces patients, qui ont bien souvent un tabagisme actif, sont sujets aux addictions (alcool, cannabis), ont une faible activité physique et une mauvaise hygiène alimentaire⁷. Les effets indésirables des médicaments antipsychotiques expliquent également en partie cette surmorbidity^{8,9}.

Cette augmentation des pathologies organiques est un déterminant de la moindre espérance de vie (moins 10 ans en moyenne) des patients psychiatriques par rapport à la population générale¹⁰.

1.5 Difficultés de prise en charge

Bien que la surmorbidity et la surmortalité de ces patients soient connues depuis de nombreuses années, leur prise en charge reste non optimale. En effet, les praticiens font face à de nombreuses difficultés pour pouvoir fournir les meilleurs soins somatiques. Ces difficultés sont liées aux caractéristiques des patients et aux faiblesses du système de santé.

Ainsi, avoir une pathologie mentale peut rendre difficile le fait de consulter un médecin:

ces patients ressentent différemment les symptômes physiques par rapport à la population générale, ne perçoivent parfois pas la douleur, éprouvent des difficultés à demander de l'aide, ce qui explique qu'ils le font parfois trop tardivement^{11, 12}. De plus, ils sont souvent d'un milieu social défavorisé - qu'ils en soient issus ou que ce soit la conséquence de leur pathologie psychiatrique - et sont parfois stigmatisés en tant que « patient psychiatrique » avec un risque de sous-diagnostic des pathologies somatiques^{12,12}. Tout ceci aboutit à une non amélioration de leur état de santé physique.

De nombreuses publications montrent des inégalités de fourniture des soins somatiques en défaveur des patients psychiatriques. Un des principaux objectifs des recommandations de l'HAS de 2015 est de corriger cet état de fait².

2 - OBJECTIF DE L'ETUDE

Les travaux cités précédemment concernent essentiellement les pathologies somatiques chroniques des patients psychiatriques. En revanche, il n'existe que peu de données sur les besoins en soins aigus somatiques de ces patients. Or, force est de constater dans la pratique courante que nombre d'appels reçus au centre de régulation du SAMU, de consultations au SAU et d'hospitalisations dans les services de réanimation concernent des patients suivis pour une maladie psychiatrique chronique.

Ce travail a pour objectif de décrire ces besoins aigus en soins somatiques, en observant notamment leur motif, la nécessité éventuelle de recourir à une hospitalisation hors milieu psychiatrique, leur gravité (hospitalisation en secteur de soins intensifs, prise en charge SMUR), et leur répartition dans le temps.

Les soins aigus somatiques sont définis dans ce travail par la nécessité de recourir de façon non programmée à un médecin somaticien en supplément des médecins présents au CHS de Bassens pour la prise en charge de pathologie somatique de début récent (<1mois).

3 - MATERIEL ET METHODE

3.1 Cadre de l'étude :

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective des besoins en soins aigus somatiques de patients atteints de pathologie psychiatrique chronique.

La méthodologie suivie respecte la méthodologie de référence MR04 de la CNIL. Les données sont toutes issues du système d'information hospitalière du Centre Hospitalier Métropole-Savoie (CHMS) et ont été hébergées sur le réseau sécurisé du CHMS qui dispose d'un Correspondant Informatique et Libertés. Il s'agit d'une recherche n'impliquant pas la personne humaine, qui ne rentre donc pas dans le cadre de la loi Jardé. Pour cette raison, conformément à la législation, il n'a pas été déposé de dossier auprès d'un Comité de Protection des Personnes.

3.2 Population et terrain de l'étude

3.2.1 Terrain

L'étude se déroulait au Centre Hospitalier Métropole-Savoie de Chambéry (73) et intéressait les patients hospitalisés au centre hospitalier spécialisé de la Savoie (CHS de Bassens) pour lesquels un recours à la régulation du centre 15 de Savoie via un appel téléphonique, a été effectué sur la période du 1er Janvier au 31 décembre 2017.

Le CHS de Bassens et le CHMS font partie du groupement hospitalier territorial Savoie-Belley.

Le CHS de Bassens assure les hospitalisations libres et sous contrainte de tous les habitants du département de la Savoie. Il dispose de 230 lits, répartis en trois secteurs de psychiatrie adulte et deux intersecteurs de pédopsychiatrie. Des médecins généralistes (2 équivalents temps plein

[ETP] armés par quatre praticiens hospitaliers mi-temps), regroupés dans une Unité fonctionnelle de Soins Somatiques et Spécialités Médicales, assurent la prise en charge somatique des patients entre 8h et 18h du lundi au vendredi, ainsi que le samedi matin. Il y a un psychiatre de garde (sénior ou interne séniorisé par une astreinte) qui s'occupe des problèmes somatiques durant les périodes de garde. Du matériel dédié à la prise en charge des urgences vitales, appelé Dispositif Mobile d'Urgence et comprenant, entre autre, un défibrillateur semi-automatique, est à disposition des praticiens et est utilisé plus d'une fois par mois. Des consultations spécialisées sont organisées au CHS de Bassens : cardiologue (3/semaine), dentiste (2/semaine), neurologue (1/semaine), ophtalmologiste (2/mois), gynécologue (1/3 semaines) et pneumologue (1/mois). Les paramédicaux intervenant en plus des infirmiers et aides-soignants sont des diététiciennes (1,4 ETP), des kinésithérapeutes (0,9 ETP) et des pédicures-podologues (2/mois). De façon ponctuelle, des orthophonistes libéraux peuvent être sollicités. Le plateau technique du CHS permet de réaliser des radiographies standard (interprétation en téléradiologie par les radiologues du CHMS) et d'enregistrer des EEG (interprétés par les neurologues du CHMS). Les analyses biologiques sont réalisées par le laboratoire du CHMS à Chambéry, après acheminement des prélèvements par une navette bi-quotidienne ou par le chauffeur d'astreinte en cas d'urgence. Par ailleurs, un psychiatre du CHS est présent au CHMS, site de Chambéry, de 9h à 13h du lundi au samedi.

3.2.2 Population

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Patients de 18 ans et plus.
- hospitalisés au CHS de Bassens
- ayant au moins une pathologie psychiatrique connue et établie parmi : syndrome dépressif, troubles anxieux, troubles bipolaires, troubles psychotiques ;
- présentant un problème de santé aigu somatique spontanée de début récent, pour lequel l'avis d'un médecin somaticien a été nécessaire en urgence via l'appel au centre 15 de Savoie, en supplément de l'expertise des médecins présents au CHS de Bassens.

Les critères d'exclusions étaient :

- Patient dont l'âge était inférieur à 18 ans
- Hospitalisé uniquement pour un problème d'addiction sans pathologies psychiatriques précédemment citées associées ou pour toutes autres pathologies non citées dans les critères d'inclusion
- ou se trouvant au CHS de Bassens mais non hospitalisé (consultant externe)
- appel du centre 15 pour un motif psychiatrique (BDA, crise suicidaire).

3.2.3 Justification:

Nous avons choisi d'inclure les patients via l'hospitalisation au CHS de Savoie pour des raisons de faisabilité de notre étude (nombre de patients, accessibilité des données) et afin de s'assurer de la véracité de la pathologie psychiatrique présentée par le patient (diagnostic confirmé par les psychiatres du CHS).

L'appel au centre 15 a été choisi comme critère d'inclusion, car il permettait de recenser les avis téléphoniques en sus des consultations et interventions SMUR qui sont régulées par le 15. Les patients qui présentaient uniquement une addiction, ou d'autres pathologies neuropsychiatriques (démence, retard intellectuel) ont été exclus car la plupart des études étudiant les pathologies somatiques des patients psychiatriques s'intéressent aux patients atteints de bipolarité de schizophrénie ou de troubles dépressifs. Nous souhaitons donc nous inscrire dans ce contexte pour pouvoir comparer les données savoyardes à la littérature.

3.3 Informations recueillies

Les informations ont été collectées de manière standardisée grâce à une grille de recueil, rédigée en amont et saisie sur un tableur Excel, et comprennent :

- heure d'appel
- date d'appel
- type d'appelant
- motif d'appel
- moyen engagé (conseil/consultation aux urgences/SMUR)
- diagnostic retenu
- hospitalisation ou non (le passage aux urgences était comptabilisé comme une consultation)
- décès
- présence de directives anticipées

Les données ont été extraites des fiches de régulation du SAMU 73, du dossier SMUR Chambéry-Aix si l'appel donnait lieu à une intervention SMUR, ainsi que du dossier patient unique du CHMS en cas de consultation aux urgences ou d'hospitalisation au CHMS.

Les données étaient recueillies de manière rétrospective, et n'ont pas été influencée par l'intervention de l'évaluateur.

Ces données étaient exploitées de manière descriptive.

4 - RESULTATS

4.1 Inclusion

Durant l'année 2017, 198897 dossiers de régulation médicale ont été créés au centre de régulation du SAMU 73. Les régulateurs ont répondu à ces dossiers par : le déclenchement d'une équipe SMUR (6969 dossiers, soit 6,4%), l'intervention du médecin généraliste (7951 soit 7,3%), le déclenchement des sapeurs-pompiers (31225 soit 28,7%), l'intervention d'une ambulance privée (13316, soit 12,2%) et des conseils (49436 soit 45,4%)

Parmi ces 198897 dossiers de régulation médicale, 106 faisaient suite à des appels provenant du CHS de Bassens et 99 concernaient des patients hospitalisés dans cette structure. Les sept autres appels impliquaient des patients en consultation externe ou des membres du personnel du CHS de Bassens.

Parmi ces 99 appels, 30 ont été exclus, car ils concernaient des patients présentant une maladie psychiatrique autre qu'un trouble anxio-dépressif, qu'une bipolarité ou une psychose; parce que le centre 15 était appelé pour un problème psychiatrique (2 IMV, un trouble hystérisiforme, une plainte dépressive, une tentative d'autolyse par pendaison) ou un problème administratif; parce que l'appel concernait des mineurs, ou enfin parce que nous manquions de données sur les patients.

La population incluse représentait 65% des appels reçus au centre 15 de Savoie émis à partir du CHS de Bassens durant l'année 2017, comme le montre la figure 1.

Ces 69 appels concernaient 54 patients différents. En effet pour 5 patients le centre 15 avait reçu 2 appels, pour 3 autres, 3 appels et enfin 4 appels pour un dernier.

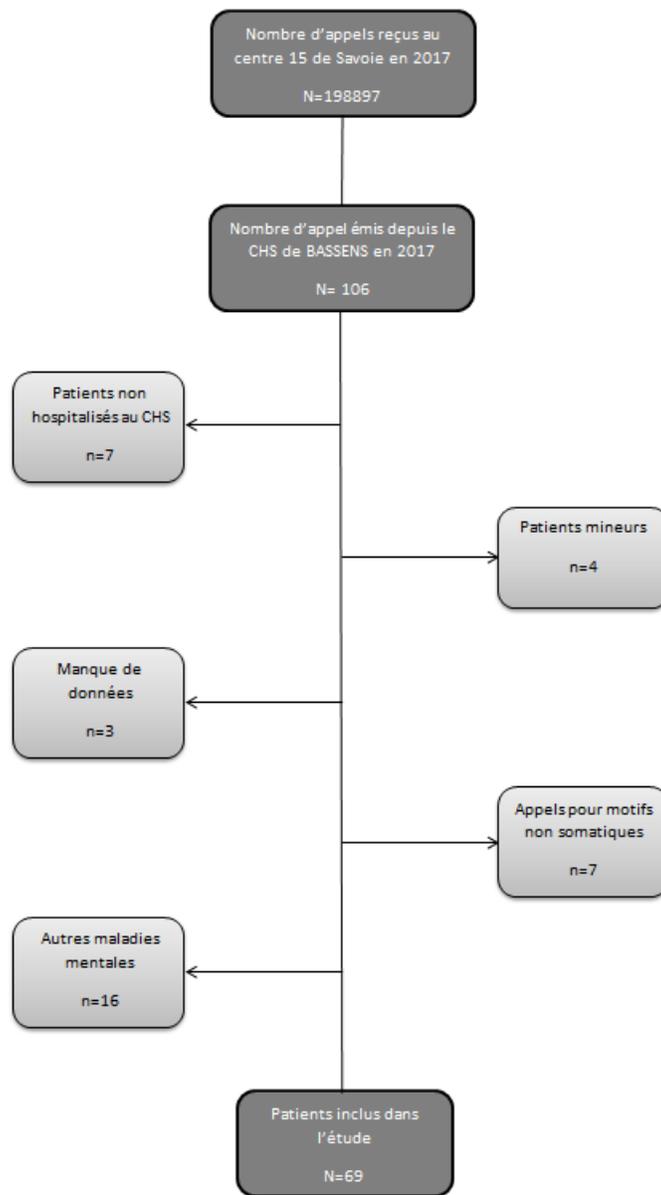


Figure 1 : Diagramme de Flux des patients inclus dans cette étude.

4.2 Profil des patients

Les caractéristiques démographiques des patients sont présentées dans le tableau 1. Ces appels concernaient des patients porteurs d'une psychose chronique / schizophrénie dans 52 % des cas, des patients dépressif dans 31% des cas et des patients souffrant d'un syndrome bipolaire dans 17% des cas. Les 3 types de pathologies étaient donc bien représentés.

Il s'agissait, globalement, de patients jeunes car ils étaient âgés de moins de 60 ans dans 57% des cas. L'âge médian était de 54 ans (IQR 44-65, extrêmes 21-86).

Les patients concernaient par ces appels étaient pour 53 % d'entre eux des femmes et 44% des hommes.

ENSEMBLE DES PATIENTS	n=54	%
SEXE		
Homme	24	44
Femme	29	53
Inconnu	1	2
AGE		
<60 ans	31	57
>60 ans	22	40
Inconnu	1	2
PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE		
Schizophrénie/ Psychose	28	52
Syndrome bipolaire	9	17
Syndrome dépressif	17	31

Tableau 1 : Caractéristiques des patients inclus.

4.3 Répartition temporelle des appels

La répartition au cours de l'année des appels est présentée sur la figure 2. Comme le montre la figure 3, 74% des 69 appels analysés étaient passés lors des horaires de garde, c'est à dire de pendant la période de 18h à 08h, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés.

Douze pourcents des appels étaient émis dans la période de nuit profonde c'est à dire de minuit à 08h (Figure 4).

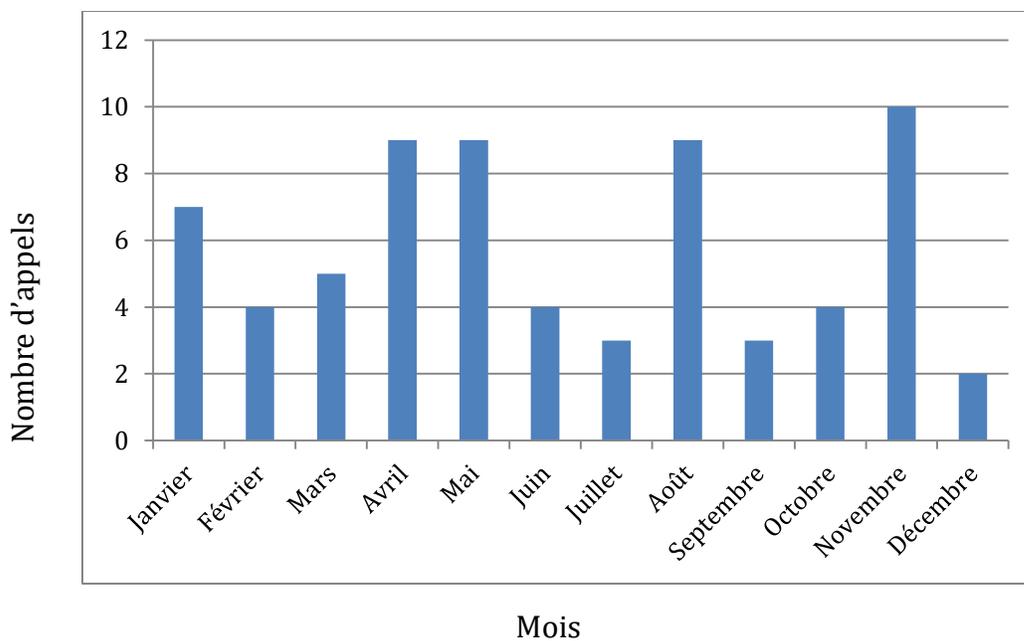


Figure 2 : Répartition au cours de l'année 2017 des appels au centre 15.

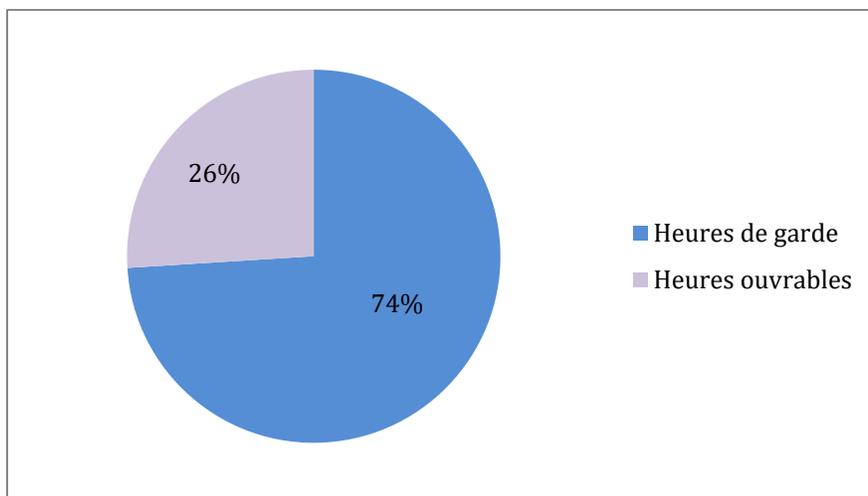


Figure 3 : Horaires des appels reçus au centre 15 de Savoie émis par le CHS de Bassens durant l'année 2017.

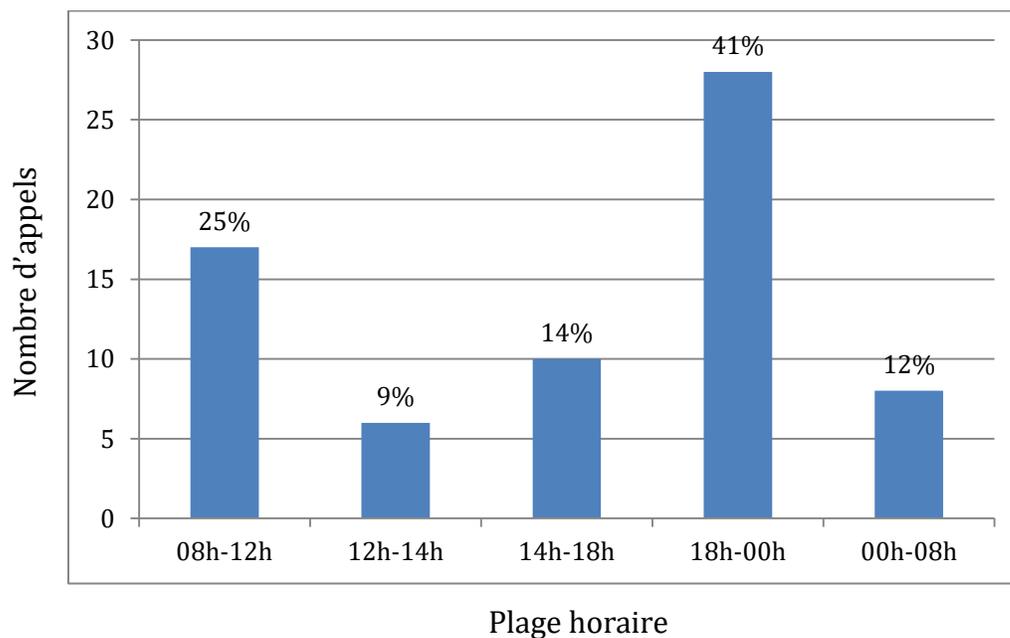


Figure 4 : Répartition au cours du nyctémère des appels au centre 15.

4.4 Appelant

Les appelants étaient des médecins (sénior ou interne) dans 87% des cas et des infirmières dans 10% des appels. La profession de l'appelant n'était pas notée pour les 3% d'appels restants.

4.5 Pathologies.

Les problèmes somatiques pour lesquels les équipes du CHS recouraient au centre 15, étaient de natures diverses, comme l'illustre la figure 3. Il apparaît que les trois principales causes de recours au centre 15 sont les pathologies infectieuses, les effets indésirables de médicaments et les pathologies cardio-vasculaires.

Les pathologies infectieuses représentaient 22% des recours au centre 15 pour une pathologie somatique. Ces infections étaient majoritairement des pneumopathies (65%), dont 6 avaient bénéficié d'une tentative de documentation (une légionellose (2 séjours), une pneumopathie à *Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline, trois pneumopathies non documentées: suspicion de pneumopathie d'inhalation).

Les appels pour effets secondaires des médicaments constituaient 20% du total avec notamment des appels pour somnolence excessive suite à une administration d'antipsychotique, suspicion et confirmation de syndrome malin des neuroleptiques, insuffisance rénale aiguë et diabète insipide sous lithium, pancytopenie sous neuroleptiques et hypoglycémie sous insuline. Aucune déclaration de pharmacovigilance n'est mentionnée dans les dossiers.

Les pathologies cardio-vasculaires représentaient, elles, 20% des demandes de sollicitations pour un avis somatiques avec entre autre : des suspicions et confirmation d'EP, un accident vasculaire cérébral, des hypotensions orthostatiques, une maladie de Bouveret, des poussées tensionnelles....

A elle trois, ces grandes catégories représentaient 60 % des motifs de recours à un somaticien.

Par ailleurs, on retrouvait également des appels pour des causes neurologiques (4%), traumatologiques (9%), digestives (10%) avec particulièrement des appels pour syndrome occlusif, urologique (globe urinaire)...

Ces catégories diagnostiques ont été sélectionnées à partir du diagnostic final retenu par l'urgentiste mais le motif d'appel appartenait à une autre catégorie dans 8% des cas (soit 6 appels). En effet, 3 suspicions initiales de pathologies cardiovasculaires ce sont avérées être des pathologies infectieuses. Une suspicion de pathologie infectieuse et une suspicion de pathologie cardio-vasculaire étaient, en fait, des effets indésirables des médicaments. Enfin une suspicion de pathologie cardiovasculaire était, en fait, secondaire à une pathologie hématologique.

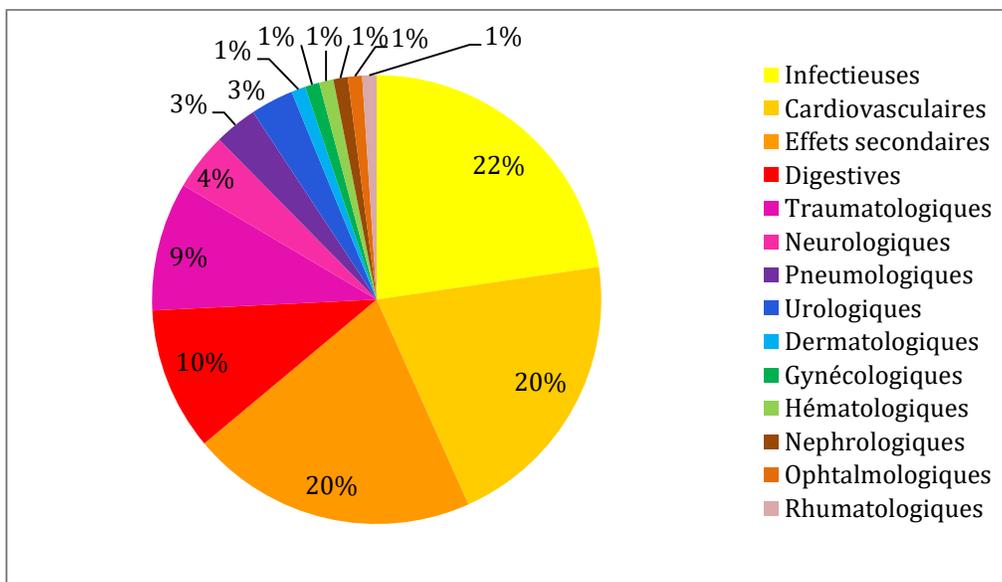


Figure 3 : Pathologies pour lesquelles le centre 15 de Savoie était sollicité.

4.6 Prise en charge.

Au décours de l'appel téléphonique les moyens engagés pour faire face aux problèmes somatiques étaient de 4 types différents :

- la délivrance d'un conseil médical par le médecin régulateur (26% des cas).
- un transport par ambulance simple pour une consultation dans le service d'accueil des urgences de Chambéry (45%).
- un transport infirmier inter hospitalier effectué par le SMUR de Chambéry-Aix vers le service d'accueil des urgences de Chambéry (7%)
- une intervention médicalisée urgente par le SMUR de Chambéry-Aix (22%).

Les motifs des interventions médicalisées par le SMUR étaient: troubles de la conscience, malaises, tachycardie supraventriculaire, état de mal épileptique, détresse respiratoire aiguë, suspicion de fracture du fémur, arrêts cardiaque.

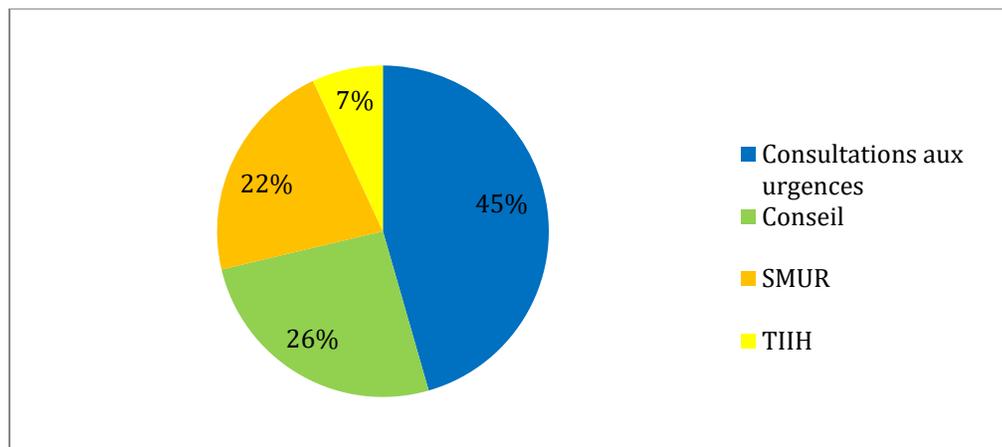


Figure 4 : Moyens engagés suites en réponses aux appels au centre 15 de Savoie

4.7 Devenir

Trois patients (4%), âgés de 49, 53 et 63 ans, sont décédés durant l'intervention du SMUR. Ces trois patients étaient pris en charge pour un arrêt cardiaque, secondaire à une fausse route dans deux cas et de cause indéterminée pour le dernier.

Quarante-six pour cent des appels ont engendrés, au décours de la prise en charge du patient, une hospitalisation en service hospitalier somatique (figure 5) (figure 6). Parmi ceux-ci, vingt-huit pour cent étaient hospitalisés en unité de surveillance continue ou en réanimation. La durée de séjour médiane était de 6 jours (IQR 4-9; extrêmes 2-54). La mortalité hospitalière était nulle. Tous les patients ont été transférés au CHS de Bassens à l'issue de leur séjour au CHMS, sauf un, qui a séjourné en soins de suite et de réadaptation et un qui est rentré à domicile après validation du psychiatre de liaison du CHMS.

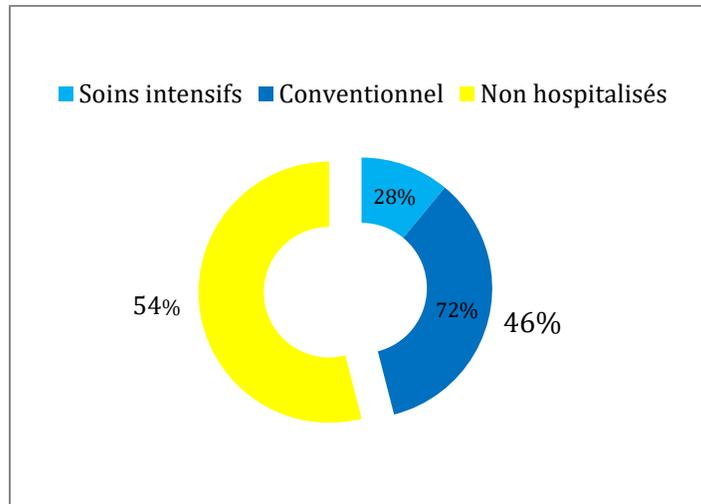


Figure 5 : Hospitalisation ou non des patients après un appel au centre 15 de Savoie

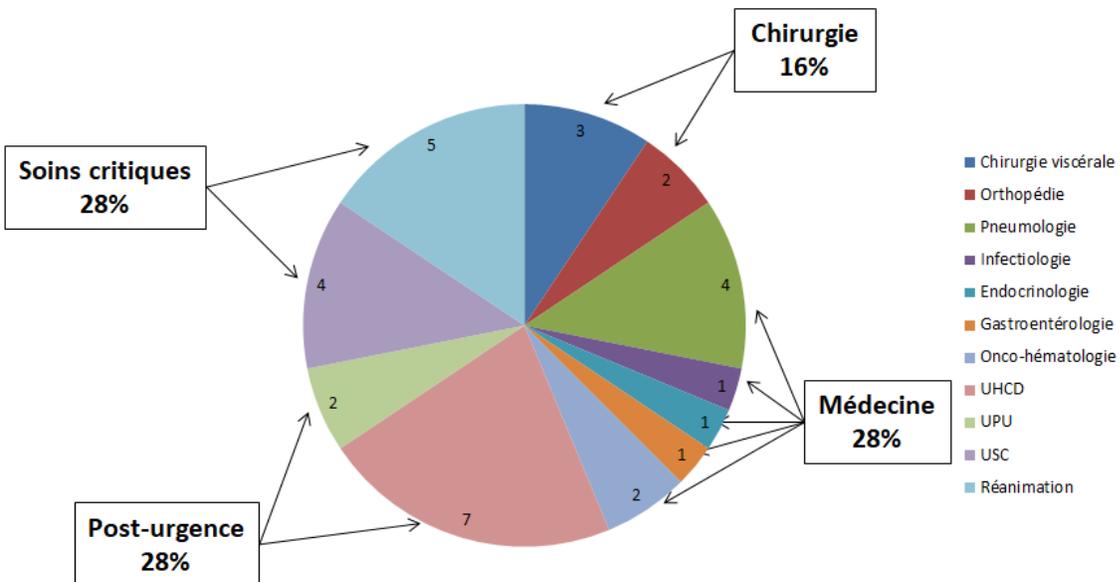


Figure 6 : Services d'Hospitalisation après appel au centre 15

Durant leur séjour hospitalier, 3 patients (4%) ont été opérés (2 fractures du col du fémur avec mise en place d'un clou gamma, 1 péritonite) ; un patient a bénéficié d'une endoscopie; 20 patients ont eu au moins une radiographie; 16 au moins une TDM, 2 patients ont eu une IRM, 5 un EEG, et une transfusion.

Parmi les patients hospitalisés en service de soins critiques, 2 (3%) ont été intubé avec une durée de ventilation de 2 et 12 jours respectivement. Un patient a bénéficié de trois jours de ventilation non invasive. Aucun patient n'a eu recours aux vasopresseurs, ni à l'épuration extrarénale.

4.8 Directives anticipées et limitations thérapeutiques.

Nous n'avons retrouvé aucune notion de directives anticipées dans les fiches de régulation, ou dans les dossiers hospitaliers des patients inclus dans notre étude.

Deux des patients inclus (3%) ont fait l'objet d'une décision de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques actives. En effet pour l'un d'entre eux, une décision de non admission en service de réanimation a été prise, et pour l'autre patient, une décision de non réadmission.

5 - DISCUSSION

Parmi les 106 appels au centre 15 de la Savoie provenant du CHS de Bassens, 65% concernaient la population ciblée par cette étude. Décrire cette population a un intérêt particulier car ces patients souffraient avec certitude de pathologies psychiatriques (schizophrénie, psychose, bipolarité, syndrome dépressif), et avaient bénéficié d'un premier niveau de prise en charge somatique au CHS. Ceci permettait de confirmer le caractère aigu des pathologies somatiques que présentaient les patients.

5.1 Comparaison des données savoyardes avec la littérature.

5.1.1 Typologie des patients

La typologie des patients inclus dans ce travail est cohérente avec les données de la littérature, avec une forte représentation des pathologies infectieuses, cardio-vasculaires et iatrogènes.

5.1.2 Pathologies infectieuses

Dans notre étude, l'avis urgent d'un médecin somaticien était sollicité dans 22% des cas pour des pathologies infectieuses. Parmi ces pathologies, un diagnostic de pneumopathies était porté au décours de la prise en charge dans 65 % des cas. Ceci est en accord avec les différentes publications qui montrent que les patients porteurs de pathologies psychiatriques chroniques sont plus sujets aux infections pulmonaires basses que la population générale. Cela est particulièrement vrai pour les patients schizophrènes. En effet dans son étude de 2013, Frank

Huan Chih Chou¹⁴ nous montrait que les patients schizophrènes ont 1,7 fois plus de risque de développer une pneumonie que la population générale. Les facteurs expliquant ce sur-risque ont été explorés dans l'étude de Takahiro Haga¹⁵ et étaient l'âge avancé, le surpoids, le tabagisme et la prise d'antipsychotiques. Il est intéressant de noter que la mortalité par pneumopathie est, elle aussi, plus élevée dans cette population que dans la population générale¹⁴.

5.1.3 latrogénie

L'appel au centre 15 était également motivé dans 20 % des cas dans notre étude pour des pathologies secondaires aux effets indésirables des médicaments, notamment des traitements antipsychotiques ou à visée psychiatriques. On retrouvait le syndrome malin des neuroleptiques, les pancytopenies, l'insuffisance rénale secondaire à la toxicité du lithium (qui est utilisé dans le traitement du trouble bipolaire). Mais, il a aussi été constaté à plusieurs reprises des somnolences excessives sur surdosage en benzodiazépine.

Ces données sont en accord avec la littérature qui mentionne une fréquence de survenue du syndrome malin des neuroleptiques chez de 0,2 à 3% des personnes traitées par ces traitements¹⁶, du diabète insipide chez jusqu'à 40 % des patients traités par du lithium et le développement d'une insuffisance rénale terminale chez 0,5% des patients sous lithium¹⁷.

Des effets secondaires d'autres traitements ont été constatés dans notre étude, cette fois ci liés à des matériels médicaux ou à des médicaments utilisés dans le cadre d'une pathologie somatique, par exemple des hypoglycémies en cas de surdosage en Insuline.

Ce grand nombre d'effets indésirables est lié aux singularités des patients: polymédication, utilisation de psychotropes de façon prolongée et/ou à posologie élevée, possible entrave à l'expression des symptômes somatiques causée par la pathologie psychiatrique.

5.1.4 Pathologies cardio-vasculaires

Les patients hospitalisés au CHS de Bassens inclus dans ce travail ayant eu recours à des soins somatiques présentaient dans 20% des cas des pathologies cardio-vasculaires.

Cette morbidité cardio-vasculaire chez les patients porteurs de pathologies psychiatriques chroniques est rapportée dans de nombreuses publications.

Par exemple l'étude « Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health »⁶ relate que ces pathologies touchent plus fréquemment les patients atteints de dépression, de schizophrénie et de trouble bipolaire, que la population générale. Elles regroupent des problèmes coronariens (2 à 3,6 fois plus important chez le schizophrène et 2,1 fois plus important chez le bipolaire par rapport à la population générale), des AVC (1,5 à 2,9 fois plus important chez schizophrène et 2,1 à 3,3 fois plus important chez bipolaire).

Elles sont la cause de décès la plus fréquente chez ces patients avec, par exemple, une mortalité augmentée de 35 à 250 % selon les études, chez les patients bipolaires, et on retrouve 3 fois plus d'arrêt cardiaque chez les schizophrènes que dans le reste de la population.

Dans notre travail, peu de syndrome coronarien aigu, ni d'ACR d'origine coronarienne ont été observés, ce qui paraît étonnant au vu de l'âge des patients et la probable prévalence élevée du tabagisme.

En revanche, on constate plusieurs appels pour suspicion d'EP et EP diagnostiquée. Des études ont montrés que les médicaments antipsychotiques majoraient le risquent d'embolie pulmonaire¹⁸. A cela s'ajoute d'autres facteurs de risque comme la sédentarité, l'obésité et le tabagisme fréquents des patients psychiatriques. Tout cela tend la survenue fréquente de

pathologies thrombo-embolique dans cette population.

On note également plusieurs appels pour hypotension orthostatique: là encore les études montrent que les médicaments antipsychotiques sont des facteurs favorisant de celle-ci. Lorsque ceux-ci sont associés à des pathologies délétères pour le système nerveux autonome (Ethylisme, Diabète) cela majore la survenue de malaise sur hypotension orthostatique chez les patients atteints d'une maladie mentale ¹⁹.

5.1.5 Autres pathologies

Trois décès sont survenus lors des interventions du SMUR au CHS de Bassens en 2017. Deux de ces décès étaient secondaires à des fausses routes. Dans les études et particulièrement dans celle de J.Regan, on retrouve une prévalence accrue de dysphagie et de trouble de déglutition chez les patients porteur de maladie psychiatrique chronique, surtout chez ceux hospitalisés. Ces troubles s'expliquent notamment par les effets indésirables des médicaments, mais aussi par la pathologie psychiatrique en elle-même, et aux pathologies neurologiques parfois associées ²⁰.

Enfin de nombreux épisodes de syndrome occlusif et de rétention d'urine ont touché les patients inclus dans le présent travail. Là encore, ces résultats sont concordants avec d'autres publications : en effet, les patients psychiatriques chroniques sont souvent sujets aux problèmes de stase et cela s'explique d'une part, encore une fois, par les effets secondaires des traitements antipsychotiques, mais à cela s'ajoute, la sédentarité fréquente des patients atteints de maladie mentale ainsi que leur régime alimentaire, qui ne favorisent pas le transit ⁶.

5.1.6 Prise en charge aux urgences et hospitalisations

Dans notre étude, suite à l'appel téléphonique passé au centre 15, 45 % des patients bénéficiaient d'un recours au service d'urgences pour leur prise en charge. D'autre part 22% avaient recours à un SMUR, donc à un urgentiste. Cette fréquence élevée de recours au SMUR peut s'expliquer par un des critères d'inclusion dans notre étude qui est l'appel au centre 15.

Dans la littérature, Cappe et Al en 2016 ²¹, montrait que le nombre de visites en service d'urgence pour les patients porteurs d'une pathologie mentale a augmenté de 53% aux états unis, alors qu'il a diminué chez les patients indemnes de pathologie mentale

Dans l'étude présentée ici, près de la moitié des patients étaient hospitalisés dans un service non psychiatrique suite au contact avec le centre 15.

L'étude française de Gervais et al ²² retrouvait des résultats similaires. En effet, celle-ci montrait que les patients porteurs de pathologies psychiatriques chroniques étaient bien plus souvent hospitalisés par rapport à la population générale (+ 37%).

De plus cette étude indiquait que les patients étaient hospitalisés pour des durées plus longues, et que la majorité de ces hospitalisations étaient secondaire à des causes potentiellement évitables.

Ce travail considérait que les patients psychiatriques chroniques avaient 45% d'hospitalisation de haute gravité (celles-ci étaient définies lorsqu'elles appartenaient au *diagnosis related groups* de niveau III et IV). Les résultats de notre travail sont concordants avec ces données puisque les hospitalisations en USC ou réanimation comptaient pour 28% des hospitalisations analysées ici.

5.1.7 Horaire de prise en charge :

Notre travail révèle que la plupart des appels sont passés la nuit ou lors des périodes de garde, lorsqu'il reste très peu d'intervenant dans les services. Cela nous amène à penser que la prise en charge somatique des patients psychiatriques est de qualité au centre hospitalier spécialisé, et que la plupart des problèmes somatiques en journée sont réglés par les équipes sur place, sans recours au centre 15. La méthodologie de notre étude a exclu les patients pris en charge de cette façon, il n'est donc pas possible de comparer les situations aiguës ayant entraîné un appel au centre 15 et les situations aiguës prises en compte sans appel au centre 15.

D'autre part, le trop faible nombre d'appels survenus hors période de garde ne permet pas de comparer statistiquement la distribution des types de réponse apportée par les médecins régulateurs lors des périodes de garde et les périodes hors garde.

5.1.8 Directives anticipées

Lors de la conception notre étude, il avait été considéré comme pertinent de s'intéresser aux directives anticipées. Nous avons évoqué le fait que l'hospitalisation dans un milieu spécialisé de patients ayant une pathologie psychiatrique et, de ce fait, à sur-risque de morbi-mortalité, pouvait être propice à l'élaboration de telles directives.

Or aucune directive anticipée n'a été retrouvée dans les dossiers analysés dans ce travail. Les raisons de cette absence ne sont pas connues : manque de temps pour les élaborer ? Refus des patients ? Sentiment des patients ou des soignants de ne pas être concernés par cette démarche ? Perte d'information lors de l'intervention en urgence d'une chaîne de multiples soignants?

L'analyse de la littérature amène au constat que, comme dans la population générale, les patients porteurs de pathologies psychiatriques chroniques ont peu de connaissance sur les directives anticipées. Ces études montrent également que, au contraire des idées reçues, les patients porteurs de pathologies mentales sont émotionnellement capables de parler de leur fin de vie, de la planifier et qu'ils semblent s'y intéresser lorsqu'on leur évoque le sujet. Ils expriment, notamment dans l'hypothèse de la survenue de douleur intolérable secondaire à une pathologie cancéreuse, être d'accord pour recevoir un traitement antalgique à forte dose même si cela peut créer une confusion ou des difficultés de communication. En revanche près de 40% des patients s'inquiètent tout de même du risque de dépendance. Par ailleurs, dans ces conditions, seulement 34 % des patients aimeraient une sédation terminale, et 30 % souhaiteraient cesser un maintien artificiel de la vie (contre 48% dans la population générale). Enfin concernant la personne de confiance, contrairement à la population générale, les patients porteurs de troubles mentaux préféreraient que celle-ci ne soit pas de leur famille ^{23,24}.

5.2 Limites et biais de l'étude :

5.2.1 Biais de sélection:

Notre étude portait sur des patients souffrant de maladies psychiatriques chroniques, hospitalisés en centre spécialisé. Or de nombreux patients porteurs de maladie mentale suivis en ambulatoire, consultent également aux urgences. On ne peut donc pas extrapoler nos résultats à l'ensemble des patients psychiatriques. Nos résultats ont donc une validité externe faible.

5.2.2 Manque de puissance

Malgré le fait que l'on ait recensé l'ensemble des appels provenant du CHS de BASSENS durant l'année 2017, le nombre d'appels éligibles à l'inclusion étaient finalement de 69, ce qui est un faible effectif.

5.2.3 Biais d'information:

Les premières informations ont été recueillies sur les fiches de régulation du SAMU 73. Les enregistrements des appels au centre 15 n'ont pas été écoutés: il est donc possible que certaines informations, transmises à l'orale mais non retranscrites sur les fiches de régulation, n'aient pas été relevées.

5.2.4 Étude observationnelle.

Notre étude est une observationnelle descriptive ayant inclus une population très sélectionnée. Aucune comparaison à la population générale ne peut en être déduite.

5.3 Les atouts de l'étude:

Il s'agissait d'un sujet original, peu traité dans la littérature.

Le cadre de l'étude (un seul CHS et une seule régulation dans le département) nous procure un regard quasi-exhaustif sur la population atteinte de pathologie psychiatrique sévère dans le département et renforce la fiabilité de notre description.

Les critères stricts d'inclusion et d'exclusion nous permettaient d'avoir une population homogène de patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et un accès aux soins somatiques.

5.4 Axes d'amélioration:

Ce travail montre avant tout que le dispositif de soins somatiques déployé au CHS de Bassens fonctionne bien. En effet, la plupart des appels au centre 15 ont lieu en dehors des périodes d'activation de ce dispositif et il n'y a pas de retard préjudiciable aux patients car la mortalité hospitalière est nulle.

L'analyse plus détaillée de nos résultats a montré d'une part que les besoins en soins aigus somatiques des patients hospitalisés au CHS de Bassens concernaient principalement les pathologies infectieuses, les pathologies cardiovasculaires et la iatrogénie, d'autre part qu'au moins deux des trois décès survenus lors des interventions du SMUR au CHS de Bassens étaient secondaires à des fausses routes.

Ces résultats permettent d'identifier plusieurs axes d'amélioration de la prévention de la morbi-mortalité chez les patients hospitalisés pour une pathologie psychiatrique :

- renforcer la prévention des facteurs de risque cardio-vasculaires avec notamment un suivi régulier, encouragement à l'exercice physique ;
- rester vigilant sur la prévention des effets indésirables des antipsychotiques et renforcer la pharmacovigilance pour mieux caractériser les rapports bénéfices-risques de ces traitements
- encourager la surveillance, la détection et la prévention des pathologies infectieuses, par exemple, en ce qui concerne le cas étudié ici, dans le cadre des activités transversales de conseil en antibiothérapie développées dans le cadre du GHT ;
- porter une attention particulière à la prévention des fausses routes, par exemple par des actions de formations ciblées des infirmiers et des kinésithérapeutes et en développant les possibilités d'accès aux orthophonistes, que ce soit au CHS de Bassens ou lors des

transferts au CHMS.

- Enfin, un dernier axe de travail pertinent serait d'accroître l'élaboration de directives anticipées.

6 - CONCLUSION

THÈSE SOUTENUE PAR : Camille MARIE

TITRE :

**ANALYSES DES BESOINS EN SOINS AIGUS SOMATIQUES DES PATIENTS
HOSPITALISÉS EN CENTRE HOSPITALIER PSYCHIATRIQUE**

CONCLUSION :

Les maladies psychiatriques chroniques sont associées à un surcroît de morbidité organique. Cela constitue un défi organisationnel pour le système de santé publique qui a tendance à séparer les filières de soins somatiques et psychiatriques.

Notre étude, s'intéressant aux patients hospitalisés au centre hospitalier spécialisé de la Savoie pour lesquels un contact est pris avec le centre 15, confirme l'existence de besoins de soins aigus organiques chez ces patients schizophrènes, bipolaires ou dépressifs. Ce travail, bien qu'ayant inclus un nombre limité de patients, décrit la situation à l'échelle de tout un département. Les principaux motifs de recours à ces soins sont les pathologies infectieuses, les effets secondaires des traitements; notamment les antipsychotiques; et les pathologies cardiovasculaires.

La réponse apportée à cette demande de soins comprend, dans une grande partie des cas, une consultation au service des urgences, suivie, bien souvent, d'une hospitalisation. Les admissions en secteurs de soins intensifs sont fréquentes. Cela témoigne de la fragilité de cette population, fragilité médicale mais aussi sociale et souligne l'importance de l'articulation des soins psychiatriques et somatiques.

Plusieurs axes d'amélioration peuvent être proposés à partir de ce travail : augmenter la connaissance des soignants sur les pathologies somatiques des patients ayant une maladie psychiatrique chronique, renforcer la prévention des maladies évitables (vaccination, maîtrise des facteurs de risque cardiovasculaires, identification et prise en soins des troubles de la déglutition) et associer encore plus les patients à leur prise en charge somatique (réflexion sur les directives anticipées).

Ces efforts devraient être partagés par tous les soignants, à chaque niveau de soin, afin de soigner ces patients dans leur globalité sans dissociation du corps et de l'esprit.

Pour le Président
et par délégation

Le Doyen de Médecine
Pr. Patrick MORAND



Professeur N. TERZI
Pôle Urgences Médecine Aiguë
Médecine intensive Réanimation
N° RPPS 10004626320
CHU Grenoble Alpes

7 - BIBLIOGRAPHIE

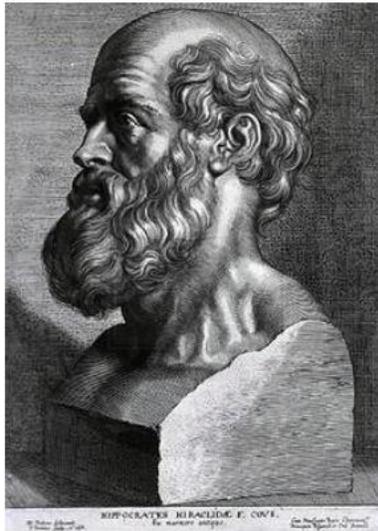
1. Soins_somatiques_en_psychiatrie_12-16_Web.pdf [Internet]. [cité 23 déc 2019]. Disponible sur: http://www.eps-erasme.fr/Ressources/FCK/Soins_somatiques_en_psychiatrie_12-16_Web.pdf
2. Label de la HAS - Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059048/fr/label-de-la-has-comment-ameliorer-laprise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique
3. ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf [Internet]. [cité 23 déc 2019]. Disponible sur: <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf>

Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2016.
4. Troubles mentaux [Internet]. [cité 23 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
5. Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison. 2016-995 juill 20, 2016.
6. DE HERT M, CORRELL CU, BOBES J, CETKOVICH-BAKMAS M, COHEN D, ASAI I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. févr 2011;10(1):52-77.
7. Bartlem KM, Bowman JA, Bailey JM, Freund M, Wye PM, Lecathelinis C, et al. Chronic disease health risk behaviours amongst people with a mental illness. *Aust N Z J Psychiatry*. août 2015;49(8):731-41.
8. Alvarez-Jiménez M, González-Blanch C, Crespo-Facorro B, Hetrick S, Rodríguez-Sánchez JM, Pérez-Iglesias R, et al. Antipsychotic-induced weight gain in chronic and first-episode psychotic disorders: a systematic critical reappraisal. *CNS Drugs*. 2008;22(7):547-62.
9. . Pramyothin P, Khaodhiar L. Metabolic syndromz with the atypical antipsychotics. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. Oct 2010 ;17(5) ;4606
10. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease

- burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. avr 2015;72(4):334-41.
- 11.** Lautenbacher S, Krieg J-C. Pain perception in psychiatric disorders: A review of the literature. *Journal of Psychiatric Research*. 1 mars 1994;28(2):109-22.
 - 12.** DE HERT M, COHEN D, BOBES J, CETKOVICH-BAKMAS M, LEUCHT S, M. NDETEI D, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*. juin 2011;10(2):138-51.
 - 13.** Osborn DPJ. The poor physical health of people with mental illness. *West J Med*. nov 2001;175(5):329-32.
 - 14.** Chou FH-C, Tsai K-Y, Chou Y-M. The incidence and all-cause mortality of pneumonia in patients with schizophrenia: a nine-year follow-up study. *J Psychiatr Res*. avr 2013;47(4):460-6.
 - 15.** Haga T, Ito K, Sakashita K, Iguchi M, Ono M, Tatsumi K. Risk factors for pneumonia in patients with schizophrenia. *Neuropsychopharmacol Rep*. 2018;38(4):204-9.
 - 16.** Hanna J, Danel V, Saviuc P. Hyperthermie du syndrome malin des neuroleptiques, du syndrome sérotoninergique, ou liée à lecstasy : approche thérapeutique. *Réanimation*. juin 2001;10(4):412 7.
 - 17.** Masson E. Néphrotoxicité du lithium [Internet]. EM-Consulte. [cité 23 déc 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/942721/nephrotoxicite-du-lithium>
 - 18.** Tournier M. Current antipsychotic drug treatment may increase the risk of pulmonary embolism. *Evidence-Based Mental Health*. 1 nov 2015;18(4):115-115.
 - 19.** Gugger JJ. Antipsychotic pharmacotherapy and orthostatic hypotension: identification and management. *CNS Drugs*. août 2011;25(8):659-71.
 - 20.** Regan J, Sowman R, Walsh I. Prevalence of Dysphagia in acute and community mental health settings. *Dysphagia*. avr 2006;21(2):95-101.
 - 21.** Capp R, Hardy R, Lindrooth R, Wiler J. National Trends in Emergency Department Visits by Adults With Mental Health Disorders. *J Emerg Med*. août 2016;51(2):131-135.e1.
 - 22.** Gervais J, Haour G, Michel M, Chevreul K. Impact of mental illness on care for somatic comorbidities in France: a nation-wide hospital-based observational study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. oct 2019;28(5):495-507.
 - 23.** Foti ME, Bartels SJ, Van Citters AD, Merriman MP, Fletcher KE. End-of-life treatment preferences of persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv*. Mai

2005;56(5):585-91.

24. Foti ME, Bartels SJ, Merriman MP, Fletcher KE, Van Citters AD. Medical advance care planning for persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv.* mai 2005;56(5):576-84.



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.