

Prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie au CHU de Marseille: résultats de l'étude PSYSOMA

Dr. Jokthan Guivarch

Service de pédopsychiatrie du Pr. Poinso

CHU Sainte Marguerite Marseille

Faculté de Médecine de Marseille



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille



Faculté
de Médecine

Aix-Marseille Université

Cas clinique

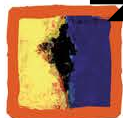
- Patient de 69 ans souffrant d'un trouble bipolaire de type 1
- Décompensation septembre 2013
- Manie délirante
- CMP → urgences → CIT → chambre conventionnelle


- Antécédent de HTA et TVP avec EP trt par AVK

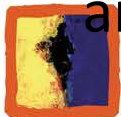
- 3 jours après son entrée: malaise avec hypersudation avec constantes préservées




- Le lendemain: syndrome infectieux (T= 38°5, 9000 PNN) avec lombalgie et apparition brutale d'une Insuffisance rénale aigue (créatininémie: 355).
- Interne de psychiatrie demande un avis téléphonique néphrologique (« rechercher une pyélonéphrite obstructive », imagerie, iono et rappeler l'interne de néphrologie)
- Echo N mais trou anionique 21h IDG psy → IDG néphro. « Pas de nécessité de transfert en milieu somatique; traiter comme une ISR fonctionnelle avec perfusion de sérum physiologique + bicarbonates + surveiller diurèse et refaire un BS le lendemain ».
- Le lendemain diurèse= 0, toujours fébrile, CRP 168, chute du lit avec déperfusion
→ transfert aux urgences



- 
- 7 jours d'hospitalisation en milieu somatique pour pneumopathie et ISR aigue
 - Au retour, patient désorienté, confus. Chute 1 h après son arrivée. Maintenu dans le service.
 - 10 jours. Stagnation CRP malgré trt ATB et régression pneumopathie. Apparition de diarrhées et vomissements + tachycardie irrégulière.
 - Prises de différents avis par les internes (pneumologique, cardiologique et gastroentérologique) avec bilans BS, coprocultures, ECG répétés.... Fibroscopie.
 - Arythmie sinusale. Nausées et vomissements liés aux ATB?
 - 10 jours plus tard Asthénie de plus en plus importante, toujours diarrhée, anorexie globale, CRP augmentée



- 
- → pas de prise en charge en hospitalisation dans les services de l'hôpital
 - Appel des différentes structures hospitalières privées
 - transfert en centre gérontologique extérieur à l'hôpital

 - 2 mois d'hospitalisation pour altération de l'état général sur colite à C difficile

 - Retour dans le service de psychiatrie
 - Patient sur un versant dépressif. Prise en charge de la pathologie psychiatrique



Maladie mentale et santé somatique

- Patients avec trouble mental sévère ont une espérance de vie réduite de 20 ans jusqu'à 25 ans dans la SCZ (D. Saravane 2009; C. Lemogne, 2014; HAS 2015, J. Gervais 2017)
- Mêmes maladies (HAS, 2015; Gervais 2017) et surrisque CV du fait du syndrome métabolique (D. Saravane, 2009)



Maladie mentale et santé somatique (2)

- J. Gervais étude entre 2009 et 2013 sur des entrées en hospitalisation somatique: les patients avec trouble mental ont
 - plus d'hospitalisation
 - Par les urgences
 - pour des maladies somatiques plus sévères
 - Des hospitalisations qui auraient pu être évitées
 - Durées de séjour plus longues
- ➔ Défaut d'action de prévention, Retard de prise en charge, augmentation des coûts



Maladie mentale et santé somatique (3)

- Difficultés de prise en charge multiples (D. Saravane; HAS; J. Gervaix)
 - Liés à la maladie elle-même: difficulté à exprimer une plainte, difficulté à repérer des signes cliniques
 - Indirectement liés à la maladie par des comportements à risque (toxiques, tabac...)
 - Liés à l'isolement familial et social, précarité socioéconomique → peu d'accès aux soins
 - Liés aux conditions de prise en charge des personnes malades mentales en milieu somatique avec des soins de moins bonne qualité « troubles mentaux et perte de chance en soins somatiques » (C. Lemogne, 2014).
- Représentation des troubles mentaux et cloisonnement soins psychiatriques / somatiques (C. Lemogne 2014)

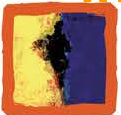


Contexte local

- Pas de somaticien sur le pôle (CHU Conception).
- Adressage des patients au SAU non adapté aux problèmes non urgents.
- SAU sur autre CHU (Timone)
- Le patient attend souvent plusieurs heures aux urgences → angoisse, mal être, aggravation de la symptomatologie psychiatrique.
- La gestion de certains de ces problèmes somatiques se fait au détriment de l'activité psychiatrique
- Prolongation de la DMS en psychiatrie

Intervention

→ Proposition de mettre en place un système d'avis somatique en psychiatrie avec avis téléphonique spécialisé +/- consultation au lit du patient par des internistes



Contexte local (2)

- Démarche active d'un groupe de psychiatres auprès du service de médecine interne du CHU en Décembre 2013
- Offrir des soins somatiques de qualité aux patients hospitalisés en psychiatrie
- Accueil favorable des internistes
- Etude pilote quantitative sur deux unités pendant 4 mois (Février – Mai 2014) pour connaître les besoins et éventuellement argumenter auprès de la Direction la création d'un temps médical « somaticien » en psychiatrie.



Recommandation HAS 06/2015: Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique

- Collaboration / Coordination psychiatre – médecin généraliste et autres somaticiens
- Dépister et surveiller les comorbidités des patients atteints de SCZ et de trouble bipolaire et FDR cardiovasculaires
- Etre « proactif » dans le dépistage
- Examen somatique traçable dans le dossier
- Travail de prévention, de psychoéducation axé sur les troubles somatiques pour le patient et les aidants





Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

PSYSOMA : Avis somatique en psychiatrie

- **En cas d'urgence vitale :**

Faites le 60

- **Avis somatique en semaine** (hors consultations spécialisées programmées) :

1- **Contactez Dr Marion Brun au 83409 (laisser un message avec vos coordonnées et le nom du patient) ET envoyer simultanément un mail stipulant la demande à l'adresse : marion.brun@ap-hm.fr**

2- **Si pas de réponse dans les 2 heures, contactez le Dr Jean ou le Dr Mazodier au 83526**

- **Avis somatique nuit et week end :**
Contactez le Service d'Accueil des Urgences
SAU TIMONE = 29722 OU 29723 OU 89832



Evaluation du dispositif

Actions menées « AVANT intervention »

- Etude pilote quantitative sur les besoins d'avis somatiques en psychiatrie dans deux unités d'hospitalisation Février –Mai 2014 (1 secteur)
- Etude qualitative du ressenti et des besoins des médecins du secteur de psychiatrie concernant les avis somatiques (6 autres unités) (Sept 2014)

Actions menées « APRES intervention »

- Suivi quantitatif sur les avis somatiques en psychiatrie (*en continu – Hospitalisation, Urgences, Extrahospitalier*)
- Etude qualitative du ressenti et des besoins des médecins du secteur de psychiatrie concernant les avis somatiques (*6 mois- tous les secteurs du pole psychiatrie Centre*) Avril 2015

→ *Etude déclarée comme EPP auprès de la HAS*



PSYSOMA

Etude qualitative AVANT – APRES intervention



Protocole

OBJECTIF

Evaluation des besoins et du ressenti des médecins du secteur de psychiatrie concernant les avis somatiques

TYPE D'ENQUETE

Enquête transversale de type AVANT/APRES intervention

POPULATION CIBLE

L'enquête se déroule au sein des secteurs de psychiatrie du pôle Psychiatrie centre.
(AVANT = 2 secteurs de psy centre APRES = 3 secteurs de psy centre + Urgences psy +HDS)

La totalité des professionnels médicaux exerçant en psychiatrie centre.

CRITERES INCLUSION

- Internes (DES psychiatrie, médecine générale, médecine du travail)
- Assistants
- Praticiens hospitaliers

RECUEIL DES DONNEES

Auto-questionnaire standardisé destiné à l'ensemble du personnel médical



Résultats – Population enquêtée

Populations AVANT- APRES
comparables

	Pop AVANT	Pop APRES
<i>Pop totale</i>	22	29
<i>Pop ayant répondu à l'étude</i>	21 (95%)	29 (100%)
<i>Profil</i>	11 internes (8 psy, 2 MG, 1 Méd du travail) 2 assistants 8 PH	16 internes (12 psy, 2 MG, 1 Med du travail, 1 NR) 4 assistants 9 PH

**60% des personnes interrogées ont participé
à l'enquête AVANT et APRES**



Affections somatiques les plus fréquentes chez les patients hospitalisés en psychiatrie

AVANT

Les 4 affections les + citées

- Pathologies endocriniennes (diabète, dysthyroïdie, hypercholestérolémie ...)
- Troubles du transit (constipation)
- Troubles cardiovasculaires (HTA, trouble du rythme ...)
- Pathologies neurologiques (Parkinson, neurogériatrie...)

Puis

- Pathologies pneumologiques (BPCO, asthme, ...)
- Pathologies hépato-gastro
- Pathologies infectieuses
- Troubles métaboliques
- Pathologies néphrologiques (IR)



- Pathologies dermatologique, dentaire, tabac

Les affections somatiques qui mettent le + en difficulté et pour lesquelles PSYSOMA est utilisé

Les 3 affections mettant en difficulté avec demande d'avis les + citées

- Pb cardio (arrêt cardiorespiratoire, troubles du rythmes ...)
- Pb neurologiques (épilepsie, encéphalopathie, ...)
- Pb médecine interne (affections non identifiées, ...)

AVANT- APRES
comparables

Puis

- Pb Pneumo
- Pb Endocrino (diabète...)
- Troubles du transit (constipation+++ , syndrome occlusif)

- 60% des répondants ont le souvenir d'une **situation somatique les ayant mis en grande difficulté (AVANT)**

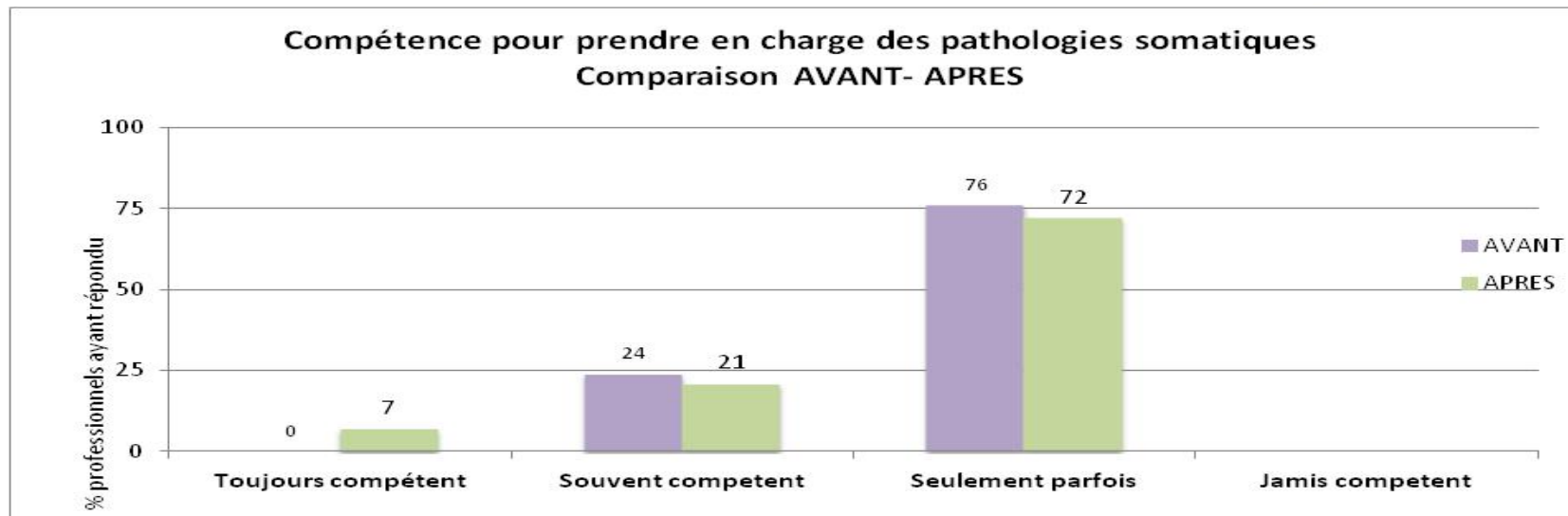


Compétence pour traiter les pathologies somatiques

- 3 médecins sur 4 s'estiment **compétents seulement parfois** pour des questions somatiques simples (73%)
- 1 médecin sur 4 s'estime **souvent compétent** (21%)

AVANT- APRES
Identiques

2 médecins s'estiment **toujours compétent** pour traiter des pathologies somatiques (7%) → 2 internes



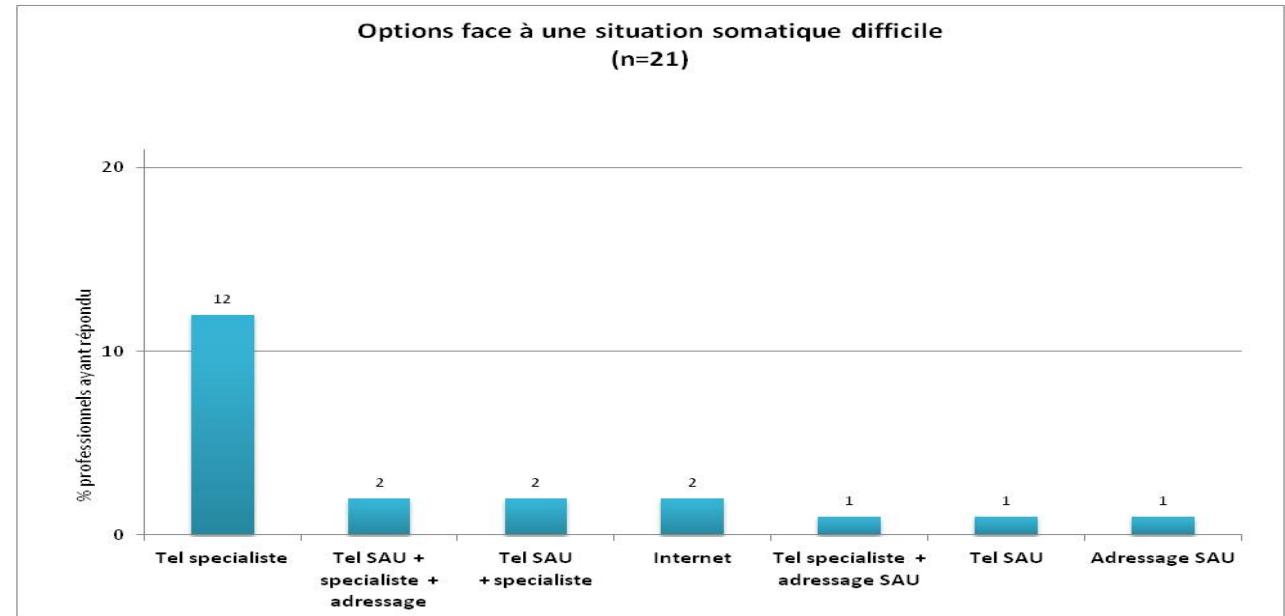
Conduite à tenir des psychiatres avant mise en place de PSYSOMA

AVANT

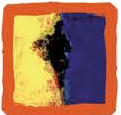
Les options face à une situation somatique difficile AVANT PSYSOMA

- Plus de la moitié des psychiatres demande un avis téléphonique spécialisé
- 1/3 des psychiatres **fait appel au SAU** (tel ou adressage)

Hétérogénéité des CAT



- ▶ La totalité des répondants est **favorable** à la mise en place de ce dispositif



IMPACT PSYSOMA

Etude AVANT/APRES intervention –



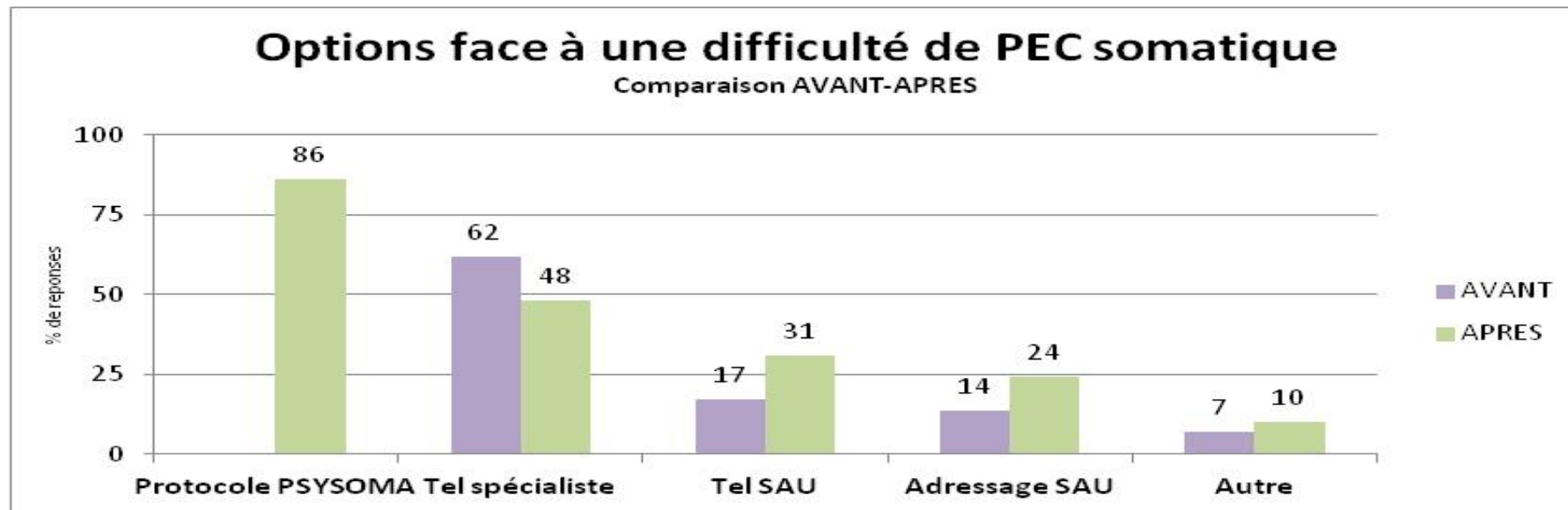
Le dispositif PSYSOMA – « Avis somatique en psychiatrie »

- **90% des prof connaissent le dispositif PSYSOMA** mis en place depuis Dec 2014 (26/29)
1 interne, 1 Assistant et 1 PH ne le connaissent pas → **Objectif atteint**
- Parmi ceux qui connaissent PSYSOMA, **la totalité des professionnels l'utilise sauf 1 interne** → **Objectif atteint**
- **Une majorité l'utilise moins d'une fois/mois** (44%)
- 1 psychiatre sur 4 l'utilise plus de 3 fois/mois (3 internes, 1 Assistant, 1 PH)



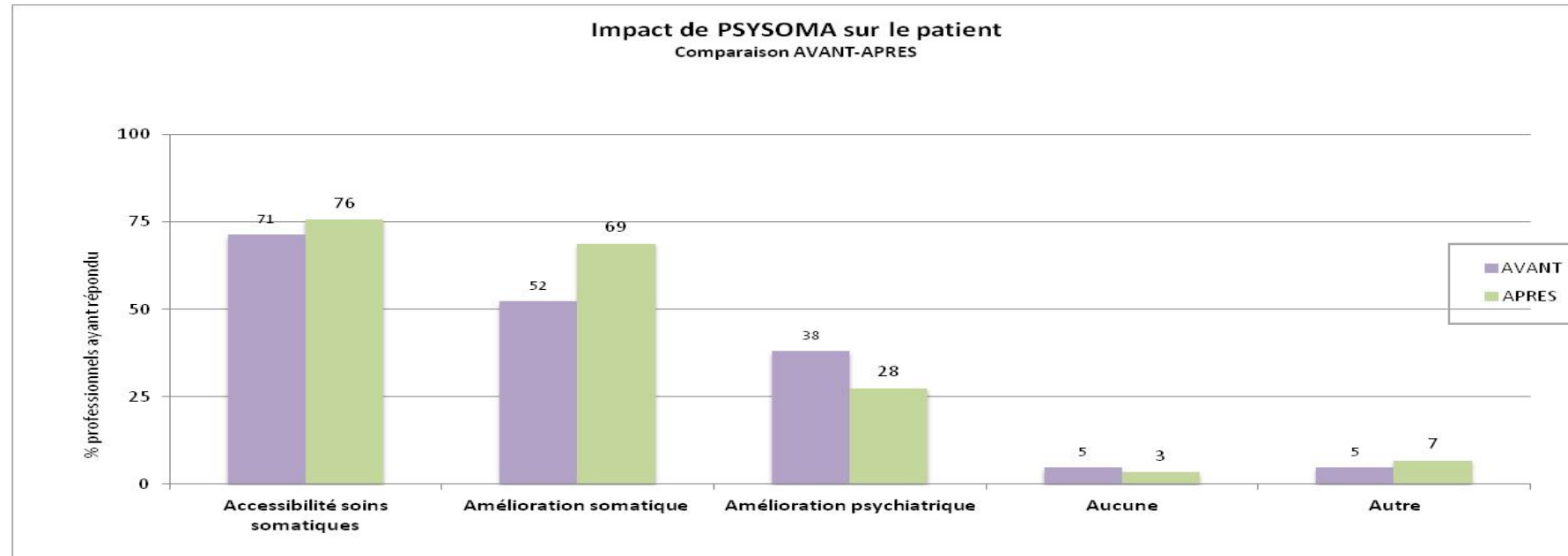
PSYSOMA – Utilisation

- ▶ 86% des psychiatres utilisent l'avis selon le protocole PSYSOMA (25/29) → **Objectif atteint**
- ▶ Seuls 4 médecins n'utilisent pas le protocole (dont 3 internes)
- ▶ Le recours aux spécialistes en 1^{ère} intention diminue
- ▶ Le recours aux urgences augmente ??? essentiellement via les internes



Impact de PSYSOMA - sur le patient

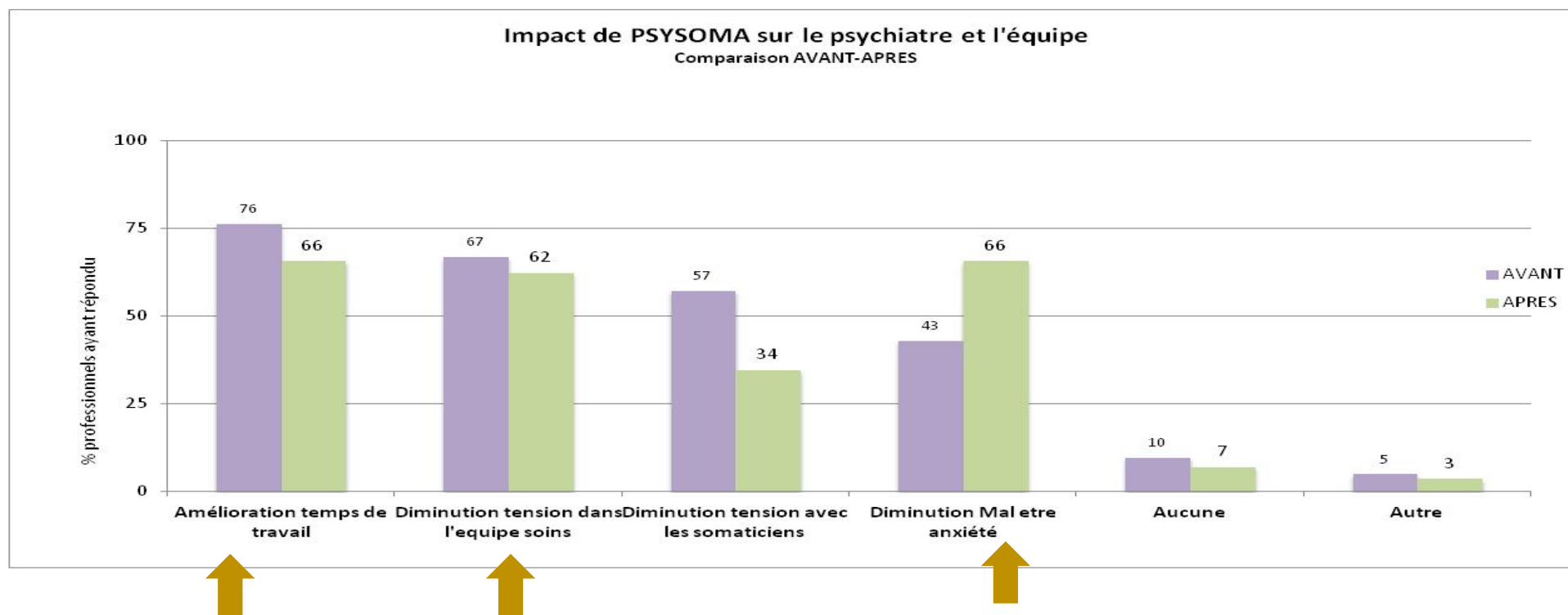
- ▶ Majoritairement une meilleure accessibilité aux soins somatiques et une amélioration de l'état somatique → Objectif atteint



Autre : Pas de retard au diagnostic, réassurance des aidants du patient...

Impact PSYSOMA - sur le psychiatre et l'équipe

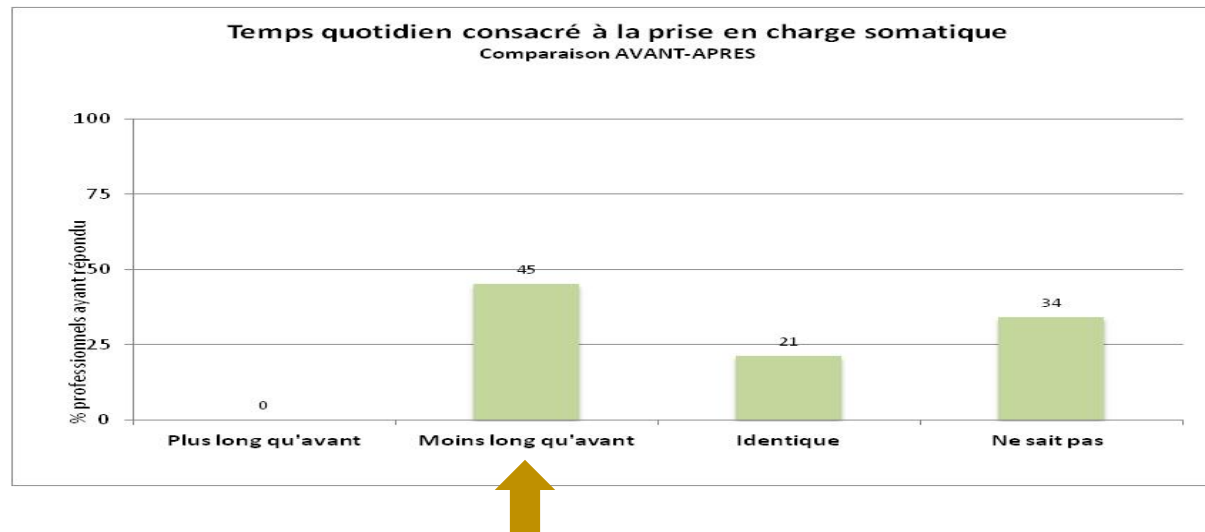
- Majoritairement une amélioration du travail au sein du service avec plus de temps consacré aux affections psychiatriques et diminution de l'anxiété liée aux problèmes somatiques → **Objectif atteint**



Autre : Amélioration et acquisition de compétences somatiques

Impact PSYSOMA – sur le temps passé à la prise en charge somatique

- AVANT la mise en place du dispositif, les professionnels passaient **2heures par jour à prendre en charge les questions somatiques** [min : 15 min ; max : 5h]
- APRES, une majorité de professionnels pensent que le temps passé quotidiennement **est moins long qu'avant** → **Objectif atteint** (à optimiser encore dans le protocole)
 - Moins de temps passé au téléphone (73%)
 - Moins de temps passé dans les accompagnements (47%)

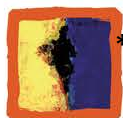


Impact PSYSOMA - sur inquiétude générée par la prise en charge somatique

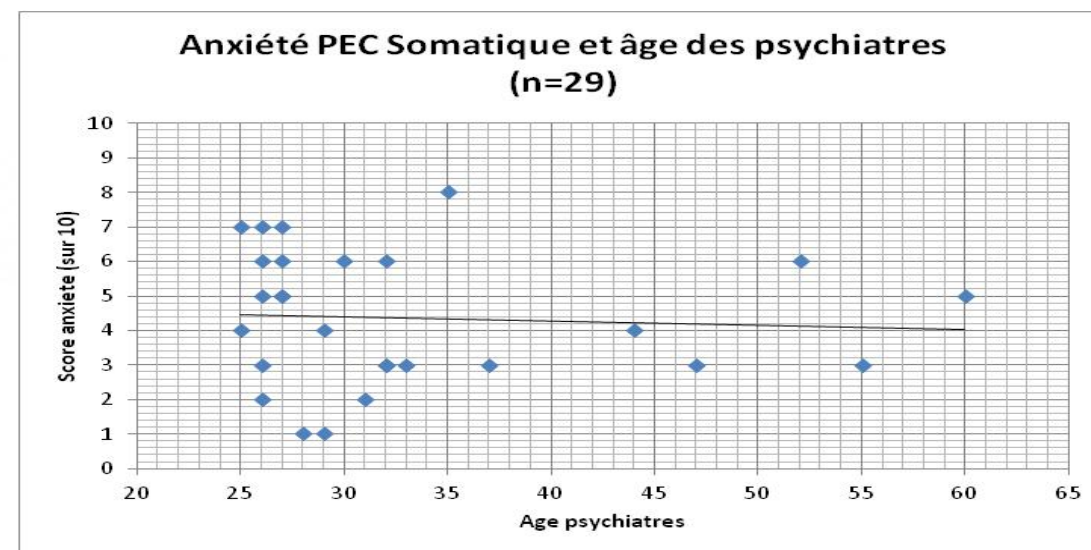
- Sur une échelle de 0 à 10,
AVANT, l'inquiétude est cotée en **moyenne à 4.75 +/- 2** [min =1; max = 8]

APRES, l'inquiétude est cotée en **moyenne à 4.3 +/- 2** [min =0; max = 8]

Diminution de l'inquiétude générée via PSYSOMA* → Objectif atteint



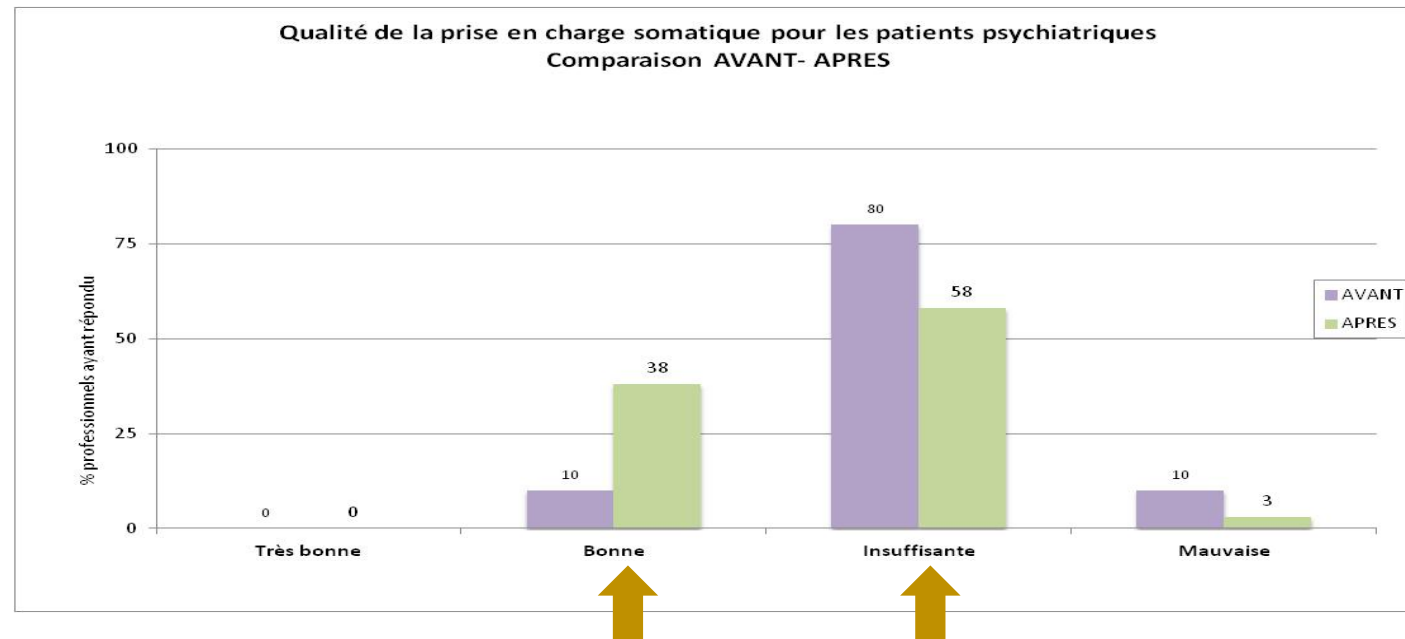
* Différence non significative (Test de Student, $p > 0.05$)



Impact PSYSOMA - Qualité PEC somatique en psychiatrie

- ▶ Une majorité de répondants trouve la prise en charge somatique **ENCORE « insuffisante »**
- ▶ **Mais ... près de 40% la trouve « Bonne »**
- ▶ Aucun ne la trouve « Très bonne »

La satisfaction « qualité de prise en charge » augmente via PSYSOMA → **Objectif atteint** (à améliorer encore ...)



Satisfaction dispositif PSYSOMA

APRES

Sur une échelle de 0 à 10,

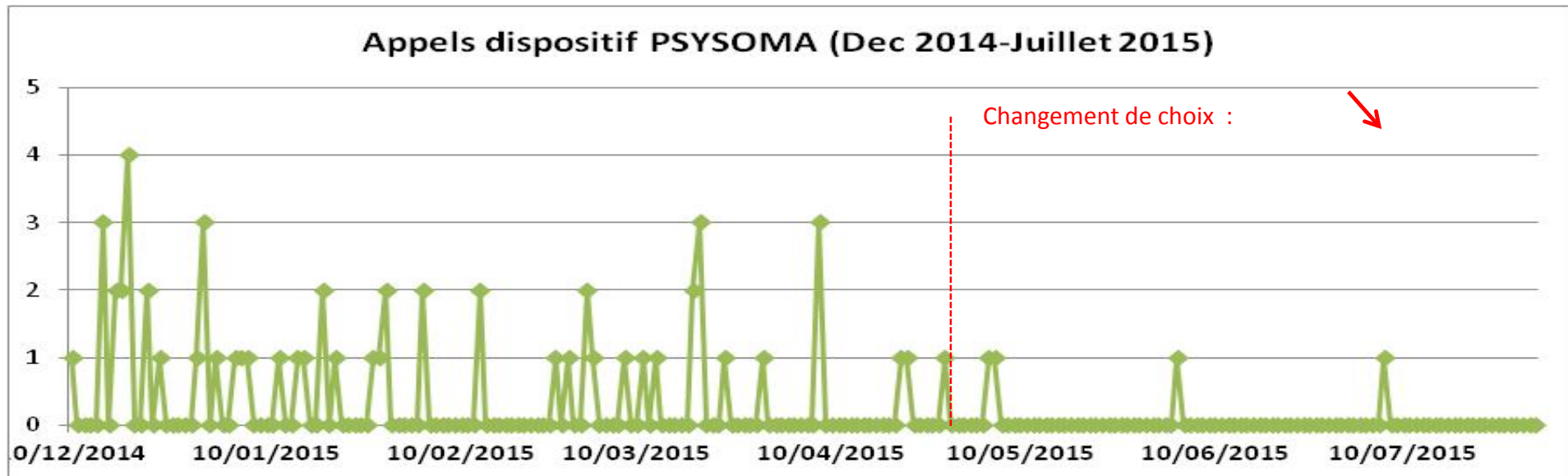
La satisfaction est cotée en **moyenne à 7.4 +/- 1.8** [min = 3 ; max = 10]

→ **Objectif atteint ... mais organisation à poursuivre**



Etude base d'appels PSYSOMA

- **Période évaluée** : Décembre 2014 à Juillet 2015 (8 mois)
- **Nb d'appels au dispositif PSYSOMA** : 68 appels
- **Nb de patients ayant bénéficié du dispositif PSYSOMA** : 49 patients dont
 - 37 patients avec 1 seul appel
 - 12 patients avec plusieurs appels [2 à 4 appels par patient]
- **Nb appels par jour** : moins d'un appel par jour [0 ; 4]



Motifs d'appels

Majoritairement ++++

- fièvre
- pneumopathie
- augmentation CPK
- constipation
- cystite aigue
- déshydratation/ insuf rénale
- fièvre + toux
- troubles neuro-psy

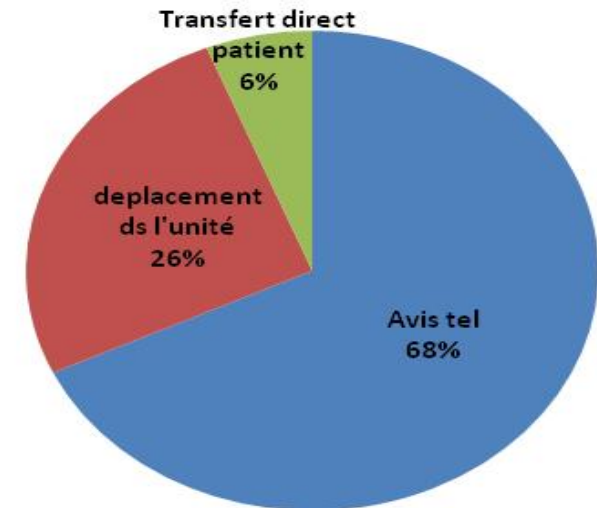


Mode de réponses

- **Le mode de réponse**
 - 67,7 % d'avis téléphonique (46)
 - 26,5% déplacement de l'interniste en unité d'hospitalisation (18)
 - 5,9% transfert du patient direct en médecine interne (4)
- **Transferts patient DIRECTEMENT en médecine interne**
 - pneumopathie
 - suspicion AVC
 - déshydratation/ insuf rénale
- **4 transferts patient en médecine interne APRES AVIS AU LIT**
 - fièvre + toux → pour bilan étiologique
 - pneumopathie → pour antibiothérapie IV pour pneumopathie
 - pneumopathie → pour poursuite prise en charge
 - pneumopathie/grippe/rhabdomyolyse/IR → pour hydratation, ATB
- **2 transferts aux urgences APRES AVIS TEL**
 - Douleur thoracique (suspicion EP)
 - Fièvre

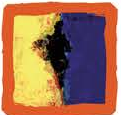


Mode de réponse PSYSOMA (n=68)



Nature des CAT données par les internistes

- Des bilans à réaliser
- Des modifications de traitement/posologies
- Des mises en route d'antibiothérapies
- Des actes de soins (évacuation fécalome, hydratation, ..)
- Des avis de spécialité (infectieux, pneumo, dermato...)
- Des surveillances « à distance »
- Des RDV de CS
- Aucune CAT



Perspectives PSYSOMA - Interventions des somaticiens en psychiatrie

- ▶ 75% des psychiatres pensent **que des interventions somatiques ponctuelles ne sont pas suffisantes pour une PEC optimale**
- ▶ 100% pensent qu'une **intervention régulière d'un médecin somaticien référent sur le pôle de psychiatrie serait optimale**

→ **Réflexion organisation à poursuivre**



PsySoma : Avantages / Inconvénients

- La totalité des répondants est **favorable à la mise en place de ce dispositif**

Avantages

- **Moins de perte de chance pour le patient +++**
- **Amélioration de la qualité de PEC somatique**
- Réponse efficace, rapide, fluidité
- **Meilleure coordination des soins psy-somatiques**
- Meilleure communication avec les somaticiens

- Moins de stress pour tout le monde
- Valorisation des comorbidités psy/MCO

Inconvénients

- **AUCUN +++**
- Peur de déranger/surcharger le médecin interniste lors de l'appel
- Manque de temps pour contacter le médecin interniste
- Pas de continuité des soins (avis)
- Pas de prévention (urgence)

... « *Juste un palliatif en attendant la mise en place d'un réel dispositif somatique, comme partout ailleurs* »



PsySoma : Perspectives & Souhaits de l'équipe

- **Un MG présent en permanence sur le pôle**
- Mission d'orientation, de coordination, de suivi , de prévention somatique pour le MG du pôle
- Consultations somatiques systématiques (en particulier sur certains protocoles, type diabète, ...)
- Examen somatique complet effectué par un MG à chaque entrée (comme dans certains hôpitaux psy)
- Créneaux dédiés pour chaque service

- Mise en place d'un staff pluridisciplinaire (hebdo ou mensuel)

- Médecine interne de liaison avec équipe dédiée (temps dédié)
- Cardiologie de liaison identifiée

- Une formation somatique pour les DES de psychiatrie



→ création d'un temps médical?

Le groupe de travail

- Psychiatres : J GUIVARCH, N CANO, D. CHARRE
- Internistes : L CHICHE , M BRUN
- Santé publique : S TARDIEU

