

ANALYSE DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISÉS EN PSYCHIATRIE : ÉTUDE DESCRIPTIVE RÉTROSPECTIVE

// ANALYSIS OF SERIOUS ADVERSE EVENTS IN PATIENTS HOSPITALISED IN PSYCHIATRIC WARDS: A RETROSPECTIVE DESCRIPTIVE STUDY

Elena Rentea^{1,2} (elena.rentea@chu-nimes.fr), Sylvie Louvard³, Pierre-Marie Roger⁴, Patricia Étienne^{1,2}

¹ Centre hospitalier Le Mas Careiron, Uzès

² Fédération régionale de recherche en psychiatrie et en santé mentale d'Occitanie (Ferrepsy), Saint-André-lez-Lille

³ Service Samu Smur urgences, Centre hospitalier universitaire de Nîmes

⁴ Service infectiologie, polyclinique Les Fleurs, Ollioules

Soumis le 29.09.2025 // Date of submission: 09.29.2025

Résumé // Abstract

Introduction – Les personnes atteintes de troubles psychiatriques présentent une mortalité plus élevée que la population générale, notamment en lien avec les facteurs de risque cardiovasculaire, les psychotropes et un accès limité aux soins. Ce constat suggère une plus grande incidentalité en hospitalisation psychiatrique. L'objectif principal de cette étude est de décrire la survenue des événements indésirables graves (EIG) au cours d'une hospitalisation en psychiatrie, définis ici par les décès inattendus survenant durant l'hospitalisation et les transferts non programmés vers les services d'urgences générales.

Méthode – Une étude descriptive rétrospective monocentrique a été réalisée sur une période de 24 mois, pour analyser les EIG parmi les adultes hospitalisés en établissement psychiatrique. Les caractéristiques démographiques, les comorbidités, les motifs de recours aux urgences et les diagnostics, l'iatrogénie, la mortalité à un et six mois de la survenue de l'EIG ont été répertoriés.

Résultats – Au total, 144 EIG (6,4%) ont été recensés, dont 137 transferts urgents et 7 décès. Les urgences vitales représentaient 51% des EIG, principalement par détresse respiratoire. L'iatrogénie était suspectée dans 41% des EIG et une cause infectieuse dans 38% des cas. Au cours des 48 premières heures d'hospitalisation, 20% des EIG ont été observés. La mortalité à un mois après la survenue de l'EIG était de 10% (15 cas sur 144).

Conclusion – L'analyse des EIG en cours d'hospitalisation en psychiatrie permet de cibler les axes d'amélioration, notamment une surveillance accrue dans les 48 premières heures et une meilleure prévention de l'iatrogénie.

Introduction – People with psychiatric disorders have higher mortality rate than the general population, particularly due to cardiovascular risk factors, psychotropic drugs, and limited access to care. This observation suggests a higher incidentality during psychiatric hospitalisations. In this context, the primary objective of this study is to describe the occurrence of serious adverse events (SAE) during psychiatric hospitalisation, defined in this study as unexpected deaths occurring during hospitalisation and unscheduled transfers to a general emergency department.

Method – A single-center retrospective descriptive study took place over a 24 months period to analyse SAE among adults hospitalised in psychiatric facilities. Demographic characteristics, comorbidities, reasons for emergency department visits and diagnoses, iatrogenic events, and mortality at one and six months after the onset of the SAE were recorded.

Results – A total of 144 SAE (6.4%) were recorded, including 137 emergency transfers and 7 deaths. Life-threatening emergencies accounted for 51% of adverse events, mainly due to respiratory distress. Iatrogenic causes were suspected in 41% of adverse events and infectious causes in 38% of cases. The mortality rate one month after the onset of the SAE was 10% (15 out of 144 cases). During the first 48 hours of hospitalisation, 20% of adverse events were observed.

Conclusion – Analysis of SAE during psychiatric hospitalisations helps identify areas for improvement, including increased monitoring during the first 48 hours and better prevention of iatrogenic events.

Mots-clés : Psychiatrie, Hospitalisation, Mortalité, Urgences somatiques, Iatrogénie, Soins spécialisés, Comorbidités, Complications cardiovasculaires

// **Keywords**: Psychiatry, Hospitalisation, Mortality, Somatic emergencies, Iatrogenesis, Specialised care, Comorbidities, Cardiovascular complications

Introduction

Les personnes atteintes de troubles mentaux présentent une mortalité globale deux à trois fois plus élevée que celle observée dans la population générale du même âge et du même sexe. La réduction de l'espérance de vie est estimée à environ 20 ans chez les hommes et 15 ans chez les femmes^{1,2}. La surmortalité concerne surtout les patients atteints de troubles mentaux sévères, notamment psychotiques et bipolaires. Elle est en grande partie liée à des affections d'origine cardiovasculaire et respiratoire, ainsi qu'à la présence de comorbidités et de facteurs de risque modifiables^{3,4}. Une part de cette mortalité est également liée aux comportements suicidaires, directement associés aux troubles psychiatriques. Il semble que le mode de vie et l'exposition aux effets secondaires des médicaments psychotropes expliquent en grande partie le risque accru de la plupart de ces maladies physiques. Par ailleurs, il est clairement établi que les personnes souffrant de troubles mentaux sévères bénéficient moins souvent des soins standards pour la majorité de ces maladies⁵. Ce constat soulève la question de l'organisation des soins hospitaliers⁶ et de la survenue d'événements graves au cours des hospitalisations en psychiatrie, alors que les données épidémiologiques restent limitées⁷⁻⁹. L'objectif principal de cette étude est de décrire la survenue des événements indésirables graves (EIG) au cours d'une hospitalisation en psychiatrie, définis dans ce travail par les décès inattendus survenant durant l'hospitalisation et les transferts non programmés vers un service d'urgences générales et repérés par le dossier médical informatisé. Les objectifs secondaires sont de caractériser les causes de ces EIG, d'explorer la part potentielle de l'iatrogénie, d'analyser leur temporalité de survenue au cours de l'hospitalisation et d'évaluer la mortalité à un et six mois de la survenue de l'EIG.

Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, dans un Établissement public de santé mentale (EPSM) de 168 lits d'hospitalisation à temps plein, situé dans le sud-est de la France. Les unités d'hospitalisation comptaient trois unités d'entrée sectorisées (psychiatrie aiguë) et des unités intersectorielles (soins intensifs de psychiatrie, psychogériatrie, jeunes adultes, autistes sévères). Les admissions dans l'établissement pouvaient se faire directement depuis le domicile, via les urgences générales d'un autre établissement hospitalier ou sur adressage par les structures ambulatoires du secteur (notamment les centres médico-psychologiques).

Une évaluation clinique était réalisée à l'admission par le psychiatre. L'examen somatique était effectué par un médecin généraliste présent dans l'établissement aux heures ouvrables. En dehors de ces horaires, l'évaluation initiale était assurée par le psychiatre de garde et l'examen somatique pouvait être réalisé secondairement par le médecin généraliste, conformément à l'organisation des soins qui prévoit sa

réalisation dans les 48 premières heures d'hospitalisation. Les admissions sous contrainte bénéficiaient, conformément à la réglementation, d'un examen somatique systématique à l'admission.

Selon la situation clinique, un avis urgentiste pouvait également être sollicité avant l'admission ou au cours de l'hospitalisation. Dans ce contexte organisationnel, les transferts vers les urgences générales correspondaient aux situations nécessitant une prise en charge somatique hospitalière et ont été retenus comme critères d'EIG dans cette étude. Tous les EIG survenus au cours d'hospitalisation à temps plein d'adultes ont été inclus. Les caractéristiques démographiques, les comorbidités, les motifs de recours aux urgences et les diagnostics, le délai entre l'hospitalisation en psychiatrie et l'EIG, l'iatrogénie, la mortalité à un et six mois après la survenue de l'EIG ont été répertoriés.

L'iatrogénie est définie comme probable si elle était explicitement mentionnée dans le diagnostic aux urgences, ou comme possible si le motif de transfert correspondait à un effet indésirable décrit dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) d'un médicament administré lors de l'EIG.

Cette approche est descriptive et exploratoire, adaptée au caractère rétrospectif de l'étude et aux informations disponibles dans les dossiers médicaux. L'application de méthodes formelles d'imputabilité, telles que celles proposées par Naranjo ou l'OMS, n'était pas possible en raison de l'absence de certaines données cliniques nécessaires à leur utilisation.

Une urgence vitale est définie par un arrêt cardio-respiratoire (dont les décès inattendus) ou une défaillance critique d'organe ou multiviscérale aiguë. Les critères retenus sont : pour la défaillance respiratoire, une saturation en oxygène inférieure à 92% ou une diminution de 30% par rapport à la valeur habituelle chez les patients présentant une insuffisance respiratoire chronique, pour la défaillance hémodynamique, une tension artérielle systolique inférieure à 90 mmHg, pour la défaillance neurologique, une échelle de Glasgow inférieure à 13, ou altération significative de la vigilance, et pour la défaillance circulatoire, une douleur thoracique ou un trouble du rythme cardiaque. L'infection associée aux soins (IAS) est définie par tout événement infectieux se manifestant dans un délai supérieur à 48 heures après l'admission, si elle n'était ni présente, ni en incubation avant le début de l'hospitalisation¹⁰. Le suivi post-transfert inclut la mortalité à un et six mois de la survenue de l'EIG, déterminée grâce au suivi post-hospitalisation par contact avec le patient, sa famille, son médecin traitant, ou via les dossiers de suivi ambulatoire ou de réhospitalisation au sein de l'EPSM.

Les analyses ont principalement une visée descriptive. Une analyse univariée exploratoire des facteurs associés à la mortalité à un mois après la survenue de l'EIG a également été réalisée. Les données ont été étudiées à l'aide du logiciel StatView® version 5.0, et la signification statistique a été établie pour une valeur $\alpha=0,05$. Les variables continues ont été

comparées à l'aide du test t de Student ou du test non paramétrique de Mann-Whitney. Les proportions ont, quant à elles, été comparées grâce au test Chi2 ou au test exact de Fisher. Cette étude rétrospective repose sur l'analyse de données issues des dossiers médicaux et n'implique aucune intervention sur les patients. Le protocole a été présenté au comité éthique de l'établissement, qui a validé sa réalisation, conformément aux règles de confidentialité et d'anonymisation des données.

Résultats

En 2022 et 2023, sur 2 255 admissions en hospitalisation à temps plein, 144 EIG étaient enregistrés, représentant ainsi 6,4% des admissions. Parmi eux, 137 étaient des transferts aux urgences (95%) et 7

des décès inattendus (5%), soit un taux de mortalité inattendue de 3 pour 1 000 admissions (tableau 1). La moyenne d'âge était de 58 ans (de 16 à 94 ans), avec un sex-ratio hommes/femmes de 1,3. La moyenne d'âge des décès intrahospitaliers était de 60 ans (de 46 à 92 ans). Une cause iatrogène a été suspectée dans 41% des EIG (59/144), dont 10% probables (15/144). Parmi les EIG avec iatrogénie suspectée ou probable, un tiers des cas correspondait à des troubles de vigilance associés à des infections respiratoires basses (pneumopathies d'inhalation) et un tiers à des troubles de vigilance isolés, tous attribuables à l'utilisation – seule ou en association – de benzodiazépines (tableau 2). Les infections représentaient 38% des EIG (55 cas sur 144), et 36% (52 cas sur 144) étaient des IAS. Concernant tous les cas d'infection, la moitié étaient pulmonaires (29 cas

Tableau 1

Caractéristiques des 144 EIG survenus dans un EPSM en 2022 et 2023

	Total (%)	Issue favorable à un mois de la survenue de l'EIG (%)	Décès à un mois de la survenue de l'EIG (%)	p-value
Effectif	n=144 (100%)	n=129 (90%)	n=15 (10%)	
Âge (ans) moyen /étendue	58/16-94	57/16-94	59/42-92	0,264
Sex-ratio (H/F)	1,21	1,11	2,75	0,128
Comorbidités				
Cardiologiques	72 (50%)	65 (50%)	7 (47%)	0,785
Pneumologiques	49 (34%)	42 (33%)	7 (47%)	0,275
Neurologiques	50 (35%)	49 (38%)	1 (7%)	0,033
Cancer évolutif	18 (12%)	18 (14%)	0 (0%)	0,256
Diabète	17 (12%)	14 (11%)	3 (20%)	0,537
Hépatiques et digestives	34 (24%)	29 (22%)	5 (33%)	0,348
Néphrologiques et urologiques	18 (12%)	15 (12%)	3 (20%)	0,606
Obésité	26 (18%)	22 (17%)	4 (27%)	0,582
Trouble de l'usage de l'alcool	21 (15%)	15 (12%)	6 (40%)	0,003
Tabagisme actif	63 (44%)	54 (42%)	9 (60%)	0,180
Urgences vitales	73 (51%)	59 (46%)	14 (93%)	0,001
Catégorie diagnostique EIG				
Infectiologie	55 (38%)	52 (40%)	3 (20%)	0,210
<i>Dont IAS</i>	52 (36%)	50 (39%)	2 (13%)	0,097
Traumatologie	19 (13%)	19 (15%)	0 (0%)	0,233
Cardiologie	18 (12%)	12 (9%)	6 (40%)	<0,001
Digestif	17 (12%)	15 (12%)	2 (13%)	>0,999
Neuropsychiatrie	19 (13%)	18 (14%)	1 (7%)	0,699
Autre	20 (14%)	16 (12%)	4 (27%)	0,263
Iatrogénie				
Possible	59 (41%)	54 (42%)	5 (33%)	0,525
Probable	15 (10%)	14 (11%)	1 (7%)	0,955
Durée séjour avant EIG				
<48 heures	28 (19%)	24 (19%)	4 (27%)	0,687
3-30 jours	66 (46%)	61 (47%)	5 (33%)	-
>30 jours	50 (35%)	44 (34%)	6 (40%)	0,480

EIG : événement indésirable grave ; EPSM : établissement public de santé mentale ; IAS : infection associée aux soins.

Tableau 2

Iatrogénie médicamenteuse possible ou probable dans les EIG rapportés en 2022-2023 : molécules impliquées et événements indésirables associés

	Iatrogénie possible N=59	Iatrogénie probable N=15
Molécules		
BZD	23 (39%)	3 (20%)
BZD+NL	13 (22%)	5 (33%)
NL	17 (28%)	5 (33%)
NL+ATD	1 (2%)	
Lithium	1 (2%)	
Chimiothérapie	2 (3%)	1 (7%)
AAP	1 (2%)	
Vit D	1 (2%)	1 (7%)
Type d'EIG		
Infection respiratoire basse + trouble de la vigilance	20 (34%)	5 (33%)
Trouble de la vigilance isolé	20 (34%)	5 (33%)
Trouble métabolique	5 (8%)	2 (13%)
Rétention aiguë d'urines	5 (8%)	1 (7%)
Syndrome occlusif	5 (8%)	1 (7%)
Neutropénie fébrile	2 (4%)	1 (7%)
Hémorragie	1 (2%)	
Trouble du rythme cardiaque	1 (2%)	

EIG : Événements indésirables graves ; BZD : benzodiazépine ; NL : neuroleptique ; ATD : antidépresseur ; AAP : antiagrégant plaquettaire.

sur 55, 53%), suivies des infections urinaires (9 cas sur 55, 16%), digestives (8 cas sur 55, 15%) et de la peau et des tissus mous (8 cas sur 55, 13%). Le délai de survenue d'un EIG était inférieur à 48 heures dans 20% des cas, soulignant une période à haut risque en début d'hospitalisation. Les urgences vitales constituaient 51% des EIG (73 cas sur 144), principalement dues à des défaillances respiratoires (47%, 34 cas sur 73), neurologiques (19%, 14 cas sur 73) et multiviscérales (14%, 10 cas sur 73). Une cause infectieuse était retrouvée dans 42% (31 cas sur 73) des urgences vitales. Les transferts sans urgence vitale (71 cas sur 144) étaient principalement motivés par des causes infectieuses (34%, 24 cas sur 71) et traumatiques (24%, 17 cas sur 71). La mortalité était de 10% (15 cas sur 144) à un mois et atteignait 16% (23 cas sur 144) à six mois après la survenue de l'EIG. En analyse univariée, les décès à un mois faisant suite à l'EIG étaient significativement associés aux troubles liés à l'usage d'alcool ($p=0,003$) et aux urgences vitales à l'admission ($p=0,001$).

Discussion

Peu d'études s'intéressent aux EIG chez les patients hospitalisés en psychiatrie. À notre connaissance, cette étude rétrospective est la première en France permettant d'analyser les EIG et leurs causes potentielles au sein d'un établissement psychiatrique. La

détresse respiratoire était le principal diagnostic d'urgence vitale, avec mention fréquente de pneumonie d'inhalation.

Ceci peut s'expliquer par les principales causes d'EIG identifiées dans ce travail, à savoir l'iatrogénie et les infections, l'iatrogénie ayant été suspectée dans 41% des EIG, dont 10% qualifiés de probables. Ces chiffres reflètent la nature exploratoire et descriptive de notre analyse, en lien avec les informations disponibles dans les dossiers médicaux. La majorité des EIG suspectés d'être iatrogènes correspondaient à des troubles de vigilance, parfois associés à des infections respiratoires basses, ou à l'utilisation, seule ou en association, de benzodiazépines.

Il convient d'interpréter ces résultats avec prudence, car la définition de l'iatrogénie retenue repose, soit sur la mention dans le diagnostic aux urgences, soit sur la référence aux effets indésirables connus dans les RCP, sans recours à des méthodes formelles d'imputabilité (Naranjo, OMS). Cette approche permet cependant de fournir une estimation indicative de la contribution possible de l'iatrogénie aux événements survenus.

De plus, ces résultats sont cohérents avec deux études australiennes s'intéressant aux facteurs associés et aux diagnostics des appels à une équipe de soins d'urgence réalisés pour les patients hospitalisés en psychiatrie^{8,9}. Dans ces travaux, les diagnostics les plus fréquents associés aux transferts aux urgences étaient aussi l'iatrogénie et les infections.

Bien que la mortalité prématurée chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques soit largement documentée¹⁻⁴, les décès survenant durant une hospitalisation psychiatrique restent encore peu explorés. Dans notre travail, 5% des EIG étaient des décès inattendus, soit une mortalité intrahospitalière de 3 sur 1 000 admissions, concernant une population jeune (moyenne d'âge de 60 ans). Ces chiffres peuvent être mis en perspective avec une étude australienne menée en Nouvelle-Galles du Sud¹¹, qui recensait 471 décès en unités psychiatriques hospitalières sur une période de dix ans, soit environ un sur 100, dont un tiers était jugé potentiellement évitable, soulignant l'importance d'une prise en charge médicale rapide et adaptée pour améliorer la chaîne de survie intrahospitalière. Plusieurs travaux ont mis en évidence le fait que ces décès sont souvent liés à des complications cardiovasculaires, telles que l'allongement de l'intervalle QT^{12,13} ou les arythmies^{13,14}, parfois induites par certains psychotropes. La définition des EIG dans ce travail est élargie à la mortalité inattendue intrahospitalière et aux recours aux urgences non programmés, permettant d'étudier la mortalité à un mois de la survenue de l'EIG. Ainsi, des points de vigilance peuvent être soulignés pour diminuer la morbi-mortalité intrahospitalière, tels que la formation aux urgences vitales avec une prise en charge somatique coordonnée. La prévention de l'iatrogénie est un point clé également, puisqu'elle était présente dans 51% des EIG.

De plus, 20% des EIG survenaient dans les 48 premières heures d'hospitalisation en psychiatrie. Ce chiffre élevé souligne la nécessité d'une vigilance particulière en début d'hospitalisation, période de plus grande fréquence d'incidents. On peut questionner, pour expliquer ce résultat, l'erreur d'orientation (avec un possible sous-diagnostic des problématiques somatiques en amont de l'hospitalisation en psychiatrie pour les patients présentant comme comorbidité des troubles mentaux^{15,16}), mais aussi l'utilisation de neuroleptiques et de benzodiazépines à plus fortes posologies en phase aiguë d'hospitalisation en psychiatrie. Afin d'affiner l'interprétation de ce résultat et de mieux identifier les périodes à risque, des études de cohortes hospitalières ou une déclaration prospective informatisée des EIG seraient nécessaires afin d'analyser les délais de survenue et les facteurs associés. Après un EIG, la plupart des patients étaient, soit maintenus dans l'EPSM, soit réhospitalisés dans l'établissement, et seuls quelques-uns ont été orientés vers d'autres structures ou n'y sont pas retournés, notamment en cas de décès.

De façon générale, l'occurrence des EIG pour les patients hospitalisés en psychiatrie doit amener à questionner l'organisation des soins. La majorité des études citées concernaient des unités de psychiatrie intégrées à des hôpitaux généraux, bénéficiant d'un accès rapide aux soins somatiques. Or, à l'instar de nombreux EPSM en France, notre établissement n'est pas rattaché à un établissement général ou un CHU, et est situé à 40 minutes du premier service d'accueil des urgences. Selon un rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), en 2020 67% des établissements dispensant des soins psychiatriques étaient monodisciplinaires¹⁷. Ainsi, une formation spécifique du personnel soignant, la rédaction de protocoles conservatoires et la coopération avec le Samu de rattachement devraient tenir compte de ces caractéristiques¹⁸.

Au-delà de cette particularité géographique, notre établissement répond à une organisation territoriale et sectorisée couvrant un large territoire géographique d'un département de moyenne densité, et présente également une importante activité d'hospitalisation intersectorielle (psychogériatrie, unité jeunes adultes, soins intensifs psychiatriques, unité d'autistes sévères), permettant une bonne représentativité des EPSM nationaux. Dans notre étude, 33% des EIG se produisaient au sein de l'unité de psychogériatrie, mais seulement un décès intrahospitalier sur sept.

Limites de l'étude

Le caractère rétrospectif expose à des biais de déclaration et de codage. Le renseignement des dossiers ne permettait pas de documenter de façon exhaustive des paramètres cliniques importants, tels que la fréquence respiratoire ou l'échelle de Glasgow. Le faible effectif de cette étude monocentrique limite

la puissance statistique. Le nombre limité d'événements ne permettait pas la réalisation d'analyses multivariées robustes, et celles-ci doivent donc être interprétées comme descriptives et exploratoires. L'absence de correction pour comparaisons multiples constitue également une limite. Des études prospectives multicentriques seraient nécessaires pour généraliser ces résultats. Néanmoins, ce type d'étude portant sur les EIG en hospitalisation psychiatrique apporte un éclairage important sur une problématique peu explorée et propose des pistes concrètes d'amélioration et de gestion des risques au sein d'un EPSM.

Conclusion

L'analyse rétrospective des EIG en hospitalisation psychiatrique est un outil pour la mise en place d'axes d'amélioration. Ce travail plaide pour la promotion d'une surveillance renforcée durant les premières 48 heures d'admission, ainsi que pour l'amélioration de la prévention de l'iatrogénie. Ces actions sont essentielles pour renforcer la sécurité des patients et réduire la morbi-mortalité intrahospitalière. Une étude prospective multicentrique et le suivi systématique des EIG définis par le transfert aux urgences et les décès inattendus au sein des EPSM permettraient de préciser les mesures nécessaires à la prévention de la morbi-mortalité hospitalière. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):453-8.
- [2] Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: The scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry*. 2011;199(6):441-2.
- [3] Correll CU, Solmi M, Croatto G, Schneider LK, Rohani-Montez SC, Fairley L, et al. Mortality in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of relative risk and aggravating or attenuating factors. *World Psychiatry*. 2022;21(2):248-71.
- [4] Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and mortality in bipolar disorder: A Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(9):931-9.
- [5] 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*. 2011;10(1):52-77.
- [6] Rodrigues-Silva N, Ribeiro L. Impact of medical comorbidity in psychiatric inpatient length of stay. *J Ment Health*. 2020;29(6):701-5.
- [7] Leung MW, Xiong GL, Leamon MH, McCarron RM, Hales RE. General-medical hospital admissions from a public inpatient psychiatric health facility: A review of medical complications over 30 months. *Psychosomatics*. 2010;51(6):498-502.
- [8] Porter JE, Cant R, Missen K, Raymond A, Churchill A. Physical deterioration in an acute mental health unit: A quantitative retrospective analysis of medical emergencies. *Int J Ment Health Nurs*. 2018;27(5):1364-70.

[9] Azraai M, Pham JH, Looi WF, Wirth D, Ng ASL, Babu U, *et al.* Observational cohort study of the triggers, diagnoses and outcomes of the medical emergency team (MET) response in adult psychiatry inpatients colocated with acute medical services in Australia. *BMJ Open*. 2021;11(10):e046110.

[10] Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Définition des infections associées aux soins. Paris: ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports; 2007. 11 p. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_vcourte.pdf

[11] Gunaratne P, Srasuebku P, Trollor J. Mortality and cause of death during inpatient psychiatric care in New South Wales, Australia: A retrospective linked data study. *J Psychiatr Res*. 2023;164:51-8.

[12] Ansermot N, Bochatay M, Schläpfer J, Gholam M, Gonthier A, Conus P, *et al.* Prevalence of ECG abnormalities and risk factors for QTc interval prolongation in hospitalized psychiatric patients. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2019;9:2045125319891386.

[13] Girardin FR, Gex-Fabry M, Berney P, Shah D, Gaspoz JM, Dayer P. Drug-induced long QT in adult psychiatric inpatients: The 5-year cross-sectional ECG Screening Outcome in Psychiatry study. *Am J Psychiatry*. 2013;170(12):1468-76.

[14] Shakir SAW, Layton D. Causal association in pharmacovigilance and pharmacoepidemiology: Thoughts on the application of the Austin Bradford-Hill criteria. *Drug Saf*. 2002;25(6):467-71.

[15] Bazemore PH, Gitlin DF, Soreff S. Treatment of psychiatric hospital patients transferred to emergency departments. *Psychosomatics*. 2005;46(1):65-70.

[16] Karim RS, Kwan MM, Finlay AJ, Kondalsamy-Chennakesavan S, Toombs MR, Nicholson GC, *et al.* Mortality in hospital patients with and without mental disorders: A data-linkage cohort study. *J Psychiatr Res*. 2019;111:104-9.

[17] Toutlemonde F (dir.). Les établissements de santé — édition 2020. Fiche 15. L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé. Paris: Drees; 2020. 6 p. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Fiche%2015%20-%20L%E2%80%99offre%20de%20soins%20de%20psychiatrie%20dans%20les%20%C3%A9tablissements%20de%20sant%C3%A9%20.pdf>

[18] Société française d'anesthésie et de réanimation. JMT SFAR 2023 : « Urgences vitales intra hospitalières ». Paris: SFAR; 2023. <https://sfar.org/evenement/jmt-sfar-2023-urgences-vitales-intra-hospitalieres/>

Citer cet article

Rentea E, Louvard S, Roger PM, Étienne P. Analyse des événements indésirables graves chez les patients hospitalisés en psychiatrie : étude descriptive rétrospective. *Bull Epidemiol Hebd*. 2026;(16):365-70. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/16/2026_16_2.html

Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

