



HAL
open science

État des lieux objectifs des prises en charges psychiatriques pré-hospitalières du SAMU/SMUR 40 en 2016

Alexandre Gachet

► **To cite this version:**

Alexandre Gachet. État des lieux objectifs des prises en charges psychiatriques pré-hospitalières du SAMU/SMUR 40 en 2016. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02052918

HAL Id: dumas-02052918

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02052918>

Submitted on 28 Feb 2019

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.

Université de Bordeaux U.F.R. DES SCIENCES
MÉDICALES

Année : 2018

N° 222

Thèse pour l'obtention du **DIPLÔME D'ÉTAT** de
DOCTEUR EN MÉDECINE

Médecine Générale. Médecine d'Urgence

Présentée et soutenue publiquement le
Par Alexandre Gachet Né le 12 décembre 1990, à Rodez

**Etat des lieux objectifs des prises en
charges psychiatriques pré-hospitalières
du SAMU/SMUR 40 en 2016.**

Directeur : Monsieur le Docteur Blondet Romain

Rapporteur : Monsieur le Professeur Galinski Michel

Jury : Monsieur le Professeur François SZTARK

Président du jury

Monsieur le Professeur Michel GALINSKI

Membre du jury

Monsieur le Professeur Philippe REVEL

Membre du jury

Monsieur le Docteur Emmanuel BERTERETCHE

Membre du jury

Monsieur le Docteur Romain BLONDET

Membre du jury

Remerciements :

La réalisation et soutenance de cette thèse a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma gratitude au directeur de ce mémoire, Romain Blondet, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je remercie le professeur Philippe Sztark, vous me faites l'honneur de présider cette thèse de service d'urgence et je ne vous en remercierais jamais assez.

Je remercie le professeur Phillippe Revel, pour sa confiance en me permettant d'accéder à la formation de médecine d'urgence, pour sa présence aujourd'hui afin de juger ce travail.

Je remercie le professeur Michel Galinski, pour sa patience, pour le rapport d'une qualité et d'une exhaustivité remarquable, qui m'ont permis d'améliorer ce travail et préparer au mieux cette soutenance. Je le remercie également pour sa présence ce jour.

Je remercie le docteur Emmanuel Berteretche, pour sa disponibilité ce jour et son expertise dans le domaine de la psychiatrie, pour sa gentillesse lors de nos collaborations aux urgences de Mont de Marsan.

Je remercie mes parents, qui ont toujours été là pour moi, pour leur amour, leurs conseils ainsi que leur soutien inconditionnel, à la fois moral et économique, qui m'a permis de réaliser les études que je voulais et par conséquent cette thèse. Vous avez beaucoup donné pour vos enfants, n'épargnant aucuns efforts. Vous m'avez donné un magnifique modèle de vie et de persévérance. Je suis redevable d'une éducation dont je suis fier.

Je remercie mon frère, de m'avoir montré l'exemple, accompagné, aidé, soutenu quand j'en avais besoin. Merci d'être toujours de bonne humeur, enthousiaste et positif. Je vous souhaite, une réussite personnelle et professionnelle à la hauteur de ce que vous méritez.

Je remercie Caroline et Clément pour la relecture et les échanges qui m'ont permis d'avancer ce travail.

Je remercie toutes les personnes que j'ai pu rencontrer, sur le plan professionnel et personnel, depuis le début de mes études, et même avant, qui m'ont permis de devenir ce que je suis aujourd'hui.

Serment médical :

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

Table des matières :

Remerciements :	3
Serment médical :	4
Table des matières :	5
Table des illustrations :	6
Liste des abréviations :	7
Introduction :	11
Méthodes :	13
Résultats :	15
Flow chart	15
Caractéristiques de la population	16
Répartition géographique des interventions avec leurs densités	17
Critère de jugement principal	18
Le devenir des patients	19
L'étude de la contention et/ou sédation en fonction du type de certificat	20
L'étude des durées d'interventions	21
Distribution des horaires d'interventions	22
L'étude des interventions au fil des mois	22
Discussion :	23
Conclusion :	25
Bibliographie :	26

Table des illustrations :

Graphique n°1 : Flow chart

Graphique n°2 : répartition géographique des interventions avec leurs densités

Graphique n°3 : critère de jugement principal

Graphique n°4 : devenir des patients

Graphique n°5 : durées des interventions en fonction des effecteurs présents.

Graphique n°6 : études du nombre d'interventions en fonction de l'horaire.

Tableau n° 1 : caractéristiques de la population

Tableau n°2 : descriptif des sédations et/ou contention au cours des interventions.

Tableau n°3 : Critère de jugement principal en fonction du devenir des patients.

Tableau n°4 : Critère de jugement principal en fonction de l'admission ou non en hospitalisation

Tableau n°5 : nombre d'interventions en fonction du mois

Liste des abréviations :

ARS : Agence régionale de santé

SAMU : Service d'aide médicale d'urgence

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SDIS : Service départemental d'incendie et de secours

CODIS : Centre opérationnel départemental d'incendie et de secours

ARM : Assistant de régulation médicale

CHS : Centre hospitalier spécialisé

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

AMU : Aide médicale d'urgence

VSAV : Véhicule de secours et d'aides aux victimes

SAU : Service d'accueil des urgences

IM : Intra musculaire

TTT : Traitement

SPDTU : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence

SPDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SPPI : Soins psychiatriques pour péril imminent

SPDRE : Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état

CNH : Certificat de non hospitalisation

NS : Non significatif

GGD : Gendarmerie

AMBU : Ambulance

Résumé :

Contexte : La volonté actuelle de L'ARS est de définir, en lien avec l'ensemble des partenaires de santé, un dispositif de réponse aux situations d'urgences psychiatriques en tout endroit du territoire, en ce sens d'organiser une réponse et un transport adapté. En 2016, 2993 appels au SAMU 40 avaient un motif psychiatrique et 214 ont fait l'objet d'une intervention SMUR. Or il n'y a aucune modalité de prise en charge prévue, avec un cadre législatif vague, des recommandations scientifiques pauvres et anciennes, et des intervenants potentiels (SDIS et ambulances privées) qui se sont désengagés. Il s'avère donc nécessaire de mettre en place des procédures adaptées à ces situations bien spécifiques. Pour cela il fallait faire précisément l'état des lieux objectifs des prises en charges psychiatriques pré-hospitalières du SAMU/SMUR 40 en 2016.

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle, rétrospective, mono-centrique au SAMU-SMUR des Landes sur l'année 2016. Sont inclus les patients dont la prise en charge, classée par l'ARM sous le motif « psychiatrique » sur l'application, a nécessité l'engagement d'un effecteur SMUR-Mont de Marsan. L'objectif principal de ce travail est de déterminer la valeur ajoutée d'un effecteur médical sur les interventions à caractère psychiatrique. Le critère de jugement principal est le taux de contention et / ou sédation.

Résultats : 92 dossiers ont été analysés, incluant une population dont l'âge moyen était de 42 ans, et 60% d'hommes. On a observé un taux de sédation de 22% (N=20). La contention a été mesurée à 20% (N=18). Le taux de contention et/ou sédation était de 29% (intervalle de confiance 95% : 20-38) (N=27). L'hospitalisations en centre hospitalier spécialisé était de 65% (N=60) et la médiane de la durée d'intervention de 75 min, IQR 25-75 [53-104]. L'hospitalisation à l'issue de la prise en charge par le SMUR était un facteur de risque de contention et ou sédation, avec un odds ratio à 6,44, IC 95% (1,8-24), p=0,04.

Discussion : L'urgence psychiatrique constitue actuellement une part importante de l'activité du SAMU. Notre travail montre que les interventions ne nécessitent que très rarement les spécificités d'une équipe SMUR. Le médecin régulateur se retrouve isolé au moment de l'organisation du transport des patients. Afin d'organiser au mieux notre réponse de soins sur le territoire, trois axes de progression sont possibles : une convention validée par l'ensemble des acteurs, offrant un cadre de bonne pratique validé médicalement, administrativement et juridiquement ; mais également une formation continue pour l'ensemble des effecteurs susceptibles de gérer des pathologies psychiatriques aiguës ; ou enfin la création d'une équipe mobile de psychiatrie.

Abstract :

Context: The current will of the ARS is to define, in connection with all health partners, a system for responding to psychiatric emergencies, anywhere in the territory, in the sense of organizing a response and an appropriate transportation. In 2016, 2993 calls to the SAMU 40 had a psychiatric reason and 214 were the subject of a SMUR intervention. However, there is no consensus, with a vague legislative framework, poor and old scientific recommendations and potential stakeholders (SDIS and private ambulances) which had disengaged. That's why it is necessary to set adequate procedures to these very specific situations. Therefore, it had to make the precise state of play of the pre-hospital psychiatric cares of SAMU / SMUR 40 in 2016.

METHODS: This is a descriptive, observational, retrospective, mono-centric study at SAMU-SMUR Landes in 2016. This includes patients whose care, classified by the ARM as " psychiatric " needed on the application, required the commitment of an effector SMUR-Mont de Marsan. The main objective of this work is to determine the added value of a medical effector on psychiatric interventions. The primary endpoint is the rate of restraint and / or sedation.

Results: 92 files were analyzed, including a population whose average age was 42, and 60% of men. A sedation rate of 22% (N = 20) was observed. The compression was measured at 20% (N = 18). Our primary endpoint, contention and / or sedation rate was 29% (95% confidence interval: 20-38) (N = 27). Hospitalizations in a specialized hospital center was 65% (N = 60), and the median duration 75 min, IQR 25-75 [53-104]. Hospitalization after SMUR treatment was a risk factor for compression and / or sedation, an odds ratio of 6.44, 95% CI (1.8-24), p = 0.04 .

Discussion: The psychiatric emergency is currently an important part of the activity of the SAMU. Our work shows that interventions rarely require the specificities of a SMUR shift. The regulating doctor has been finally isolated when he had to organize patient transportation. The other effectors, for own reasons, disengaged missions. In order to better organize our care response on the territory, three axes of progress are possible: an agreement validated by all the actors, offering a framework of good practices admitted medically, administratively and legally ; also continuous training for all effectors able to manage acute psychiatric pathology ; or the creation of a mobile shift of psychiatry.

Introduction :

La volonté actuelle de L'ARS est de définir, en lien avec l'ensemble des partenaires de santé, un dispositif de réponse aux situations d'urgence psychiatrique en tout endroit du territoire, en ce sens d'organiser une réponse et un transport adaptés (1).

Les soins psychiatriques sont régis en France par la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, prévoyant initialement trois types d'hospitalisation complète. Ces derniers ont été réformés à plusieurs reprises, dont la dernière fois en 2011.

En effet depuis la loi du 5 juillet 2011 (2), en rendant possibles les soins obligatoires en ambulatoire (ou programmes de soins), il est introduit une nouvelle modalité de soins, avec de nombreuses répercussions sur les pratiques cliniques.

L'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011–2015 (PPSM 2011-2015) par le Haut Conseil de la sante publique en mars 2016 (3) met en évidence le fait que la gestion des appels et des situations de crises est un point majeur négatif et nécessite une organisation entre les différents acteurs.

Les références législatives et règlementaire restent très discrètes et très floues en matière de régulation et de prise en charge des patients à caractère psychiatrique en pré hospitalier (4). Les recommandations scientifiques des sociétés savantes de médecine d'urgence sont limitées à ce jour à la conférence de consensus de 2003 « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) »(5), et sont d'une part d'application parfois difficile, et d'autre part ne couvrant pas toutes les situations.

Afin d'organiser au mieux cette réponse de soins, il faut prendre en compte toutes les caractéristiques propres à ce type d'intervention à connotation psychiatrique (anxiété, psychose, troubles du comportement, syndrome dépressif, hallucinations, tétanie ou spasmophilie, agitation ou agressivité...) (6). En premier lieu, les acteurs du SAMU-SMUR (qu'il soit médecin, infirmier ou ambulanciers) : pour certains la prise en charge est rendue difficile par une absence de connaissances dans le domaine, ce qui limite leur rôle à celui du transport.

Par ailleurs, réduire la gestion des interventions aux médecins de soins primaires est insuffisant. Les intervenants non médicaux (pompiers, forces de l'ordre, ambulanciers) ont tous leurs places

dans la prise en charge d'un patient à caractère psychiatrique en pré hospitalier. En ce qui les concerne, aucune étude ne s'est attachée à déterminer quelles sont leurs missions(7).

De manière plus locale, les appels au SAMU 40 pour motif psychiatrique en 2016 représentent 2993 appels, et ils ont conduit aux déclenchements de 214 missions SMUR. Dans le territoire des Landes, depuis plusieurs années, le SDIS estime que les interventions à caractère psychiatrique ne relèvent pas des missions propres des sapeurs-pompiers selon le référentiel de Secours d'Urgence à la Personne et de l'Aide Médicale d'Urgence (SUAP-AMU)(8). Par conséquent, en dehors d'une détresse vitale potentielle patente (menace d'autolyse), les appels sont systématiquement transférés au SAMU sans engagement de moyen. Dans tous les cas, le CODIS n'assure pas la prise en charge du transport des patients sous contrainte. Elle se retrouve, par conséquent, à la charge exclusive des SMUR puisque les ambulances privées se désengagent également de ses missions, faute de personnel formé et du nombre restreint d'intervenants dans les véhicules.

Il faut, dans le département des Landes, mettre en place des protocoles ou des préconisations permettant des améliorations de fonctionnement. Le but est de se soustraire au flou qui entoure les responsabilités et les rôles des différents intervenants et créer une situation de complémentarité et de coordination de leurs moyens. L'objectif principal est de réaliser un état des lieux objectif des prises en charges psychiatriques pré-hospitalières du SAMU 40 en 2016.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle, rétrospective, mono-centrique au AMU-SMUR des Landes sur l'année 2016.

Sont inclus les patients dont la prise en charge, classée par l'ARM sous le motif « psychiatrique » sur l'application de gestions des appels du SAMU 40, a nécessité l'engagement d'un effecteur SMUR-Mont de Marsan.

Sont exclus les dossiers avec des données manquantes.

L'objectif principal de ce travail est de déterminer la valeur ajoutée d'un effecteur médical sur les interventions à caractère psychiatrique.

Le critère de jugement principal est le taux de contention et / ou sédation. La contention est définie par toute contrainte physique appliquée au patient et dument notée dans le dossier papier de l'intervention SMUR, comme l'exige les recommandations. La sédation est définie comme toute administration d'un traitement médicamenteux per os ou IM, dont le but est la prise en charge des symptômes relevant de la pathologie psychiatrique. Elle est aussi notée dans le dossier papier de l'intervention SMUR.

Le critère de jugement principal est dichotomique. La présence d'au moins l'une des deux variables (contention ou sédation) le rend positif.

Les critères de jugements secondaires sont :

- La destination du patient.
- Le type d'hospitalisation au travers du type de certificat fait.
- La nécessité de contention et/ou sédation en fonction du type d'hospitalisation.
- L'intervention d'autres effecteurs : gendarmerie/police, nécessité de renfort de forces de l'ordre supplémentaires, pompiers, ambulances privées et médecin généraliste.
- Les durées d'intervention en fonction des effecteurs présents.
- Le type d'appelants (paramédical, tiers/proches, Codis, médecin, patients ou gendarmerie).
- Le recours à un avis auprès du CHS.
- Les horaires d'intervention et leur amplitude au fil des mois.
- Localisation géographique des interventions.

Le matériel utilisé pour l'inclusion des patients est l'application APPLISAMU (Appligos-OpenDev©), le recueil des données est elle aussi effectué sur l'application APPLISAMU, les fiches papiers d'intervention SMUR, archivées au SAMU 40 et le logiciel de gestion des patient Crossway (McKesson©).

L'inclusion se fait sur le logiciel Excel (Microsoft©). L'analyse statistique est faite sur le logiciel R v3.5.2.1 (The R Foundation for Statistical Computing©).

L'étude de la contention et/ou sédation en fonction du devenir des patients se fait selon un test du Khi2 ou test exact de Fisher en fonction des conditions d'application.

Il existe des précautions éthiques : du fait de sa nature rétrospective et monocentrique sur une base de données historiques, le projet bénéficie d'un dépôt de dossier au CEREES. L'étude est déclarée auprès du Correspondant Informatique et Libertés local et respecte la méthodologie de recherche MR003.

Résultats :

Durant la période étudiée, le SAMU 40 a enregistré 59663 AMU. On note 2993 classés sous le motifs « psychiatrique » par l'ARM, 215 ont été conclus par une intervention SMUR, dont 93 pour le SMUR de Mont De Marsan, il y a 1 donnée manquante exclus des analyses. La population analysée avait un âge moyen de 42 ans et le sex ratio était de 56 hommes pour 36 femmes.

Graphique n°1 : Flow chart

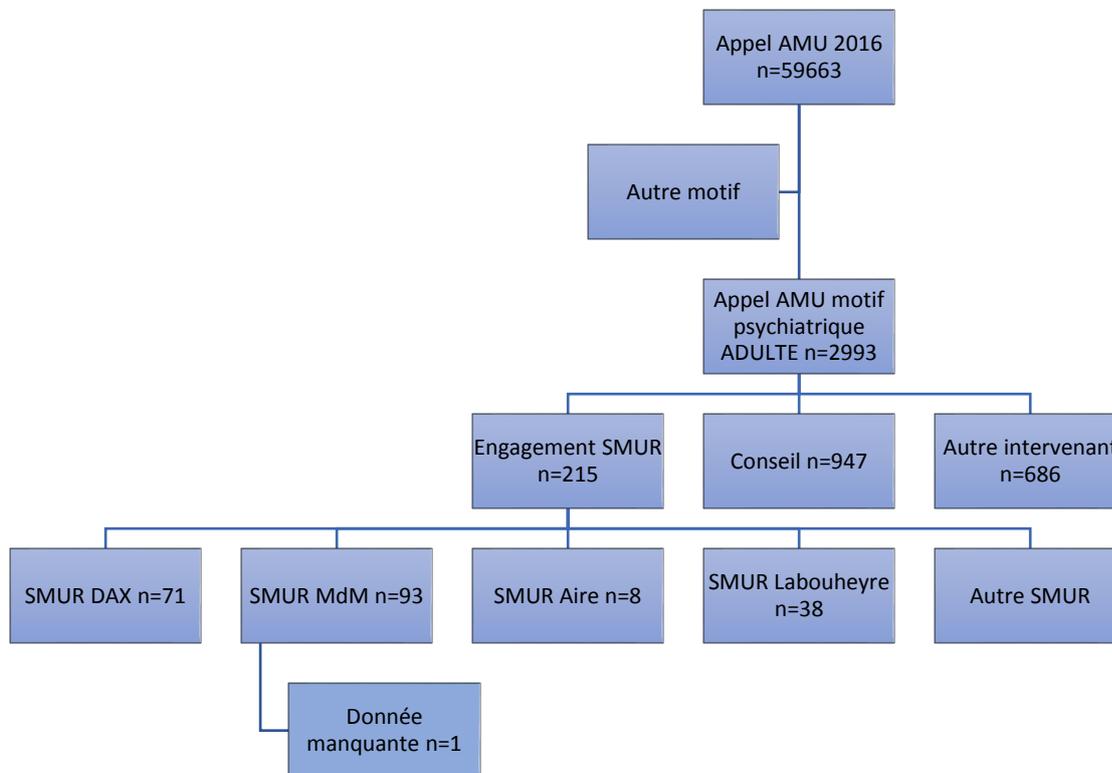
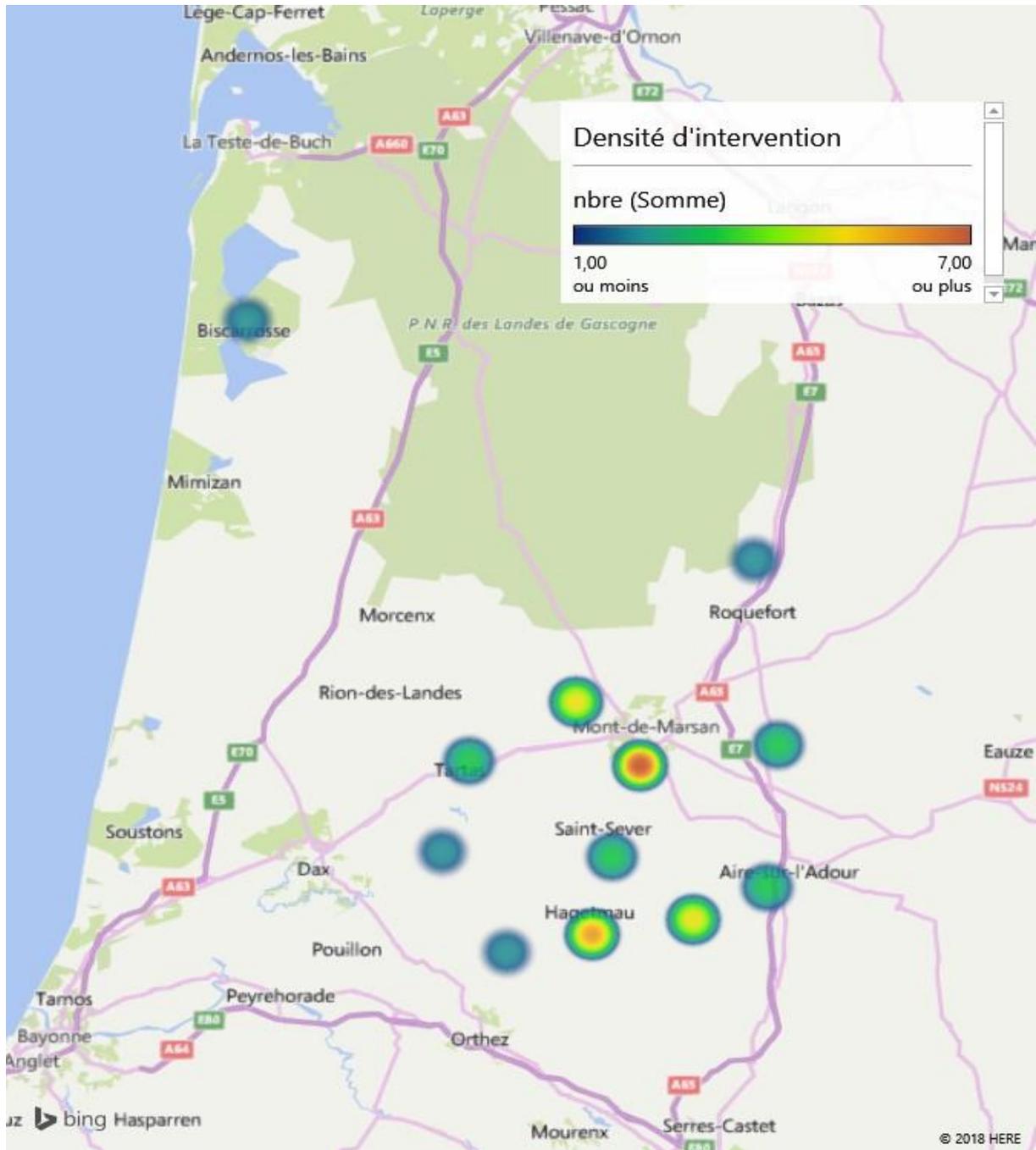


Tableau n° 1 : caractéristiques de la population

Variables	N=92
Genre – N(%)	
H	56 (61)
F	36 (39)
Age, ans – Med	42
Extrêmes	18-93
IQR 25%-75%	27- 52
Nature de l'appelants – N (%) :	
Tiers / proches	37 (40)
Médecins	26 (29)
18	6 (7)
17	11 (12)
Para-médicaux	8 (9)
Patients	4 (4)
Effecteurs engagés – N (%)	
SMUR	92 (100)
Forces de l'ordre	53 (59)
VSAV	22 (24)
Ambulance privée	16 (17)
Forces de l'ordre supplémentaires	15 (16)
Médecin généraliste	19 (21)
Avis téléphonique pris auprès du CHS – N (%)	
Oui	66 (72)
Non	26 (28)
Destinations – N (%)	
CHS	53 (58)
SAU Mont de Marsan	27 (29)
Laissés sur place	12 (13)
Hospitalisations – N (%)	
CHS	60 (65)
Médecine conventionnelle	0 (0)
Non hospitalisation	32 (35)

Graphique n°2 : répartition géographique des interventions avec leurs densités



Pour le critère de jugement principal :

Dix pour cent (N=9) des patients avaient reçu une sédation per os, 13% (N=12) une sédation IM, dont 1%(N=1) les deux.

On a observé un taux de sédation de 22% (N=20).

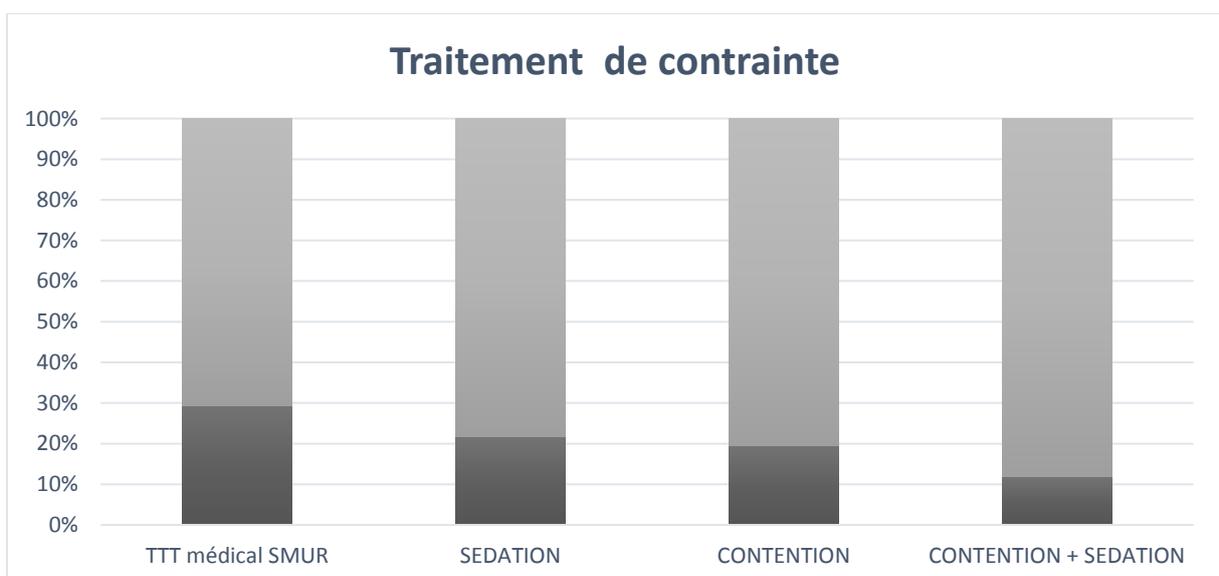
La contention a été mesurée à 20% (N=18).

Notre critère de jugement principal, le taux de contention et/ou sédation était de 29% (intervalle de confiance 95% : 20-38) (N =27).

Tableau n°2 : descriptif des sédations et/ou contentions au cours des interventions.

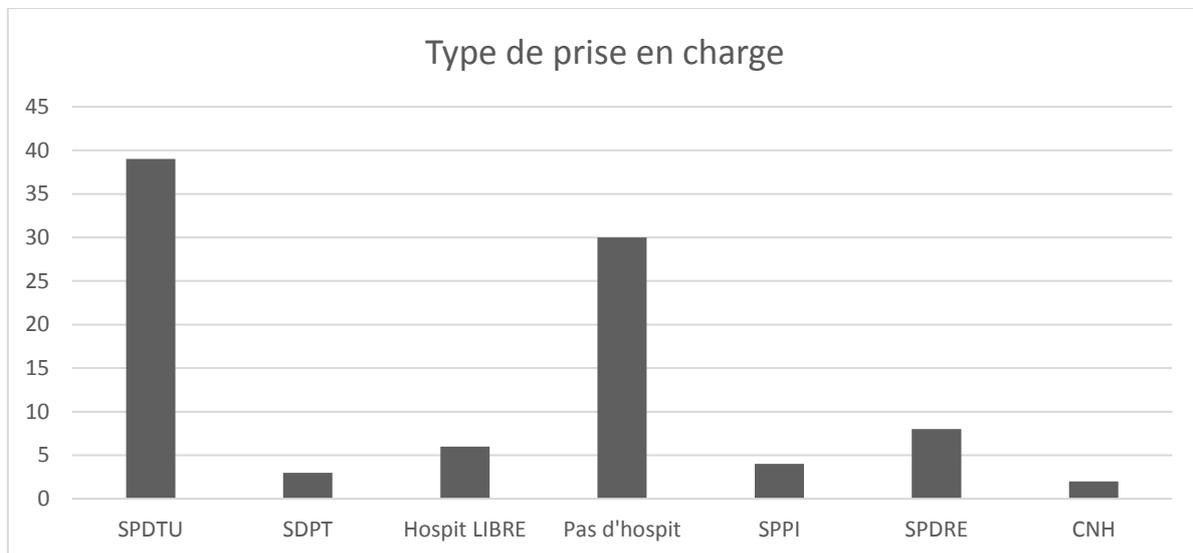
	N - (%)
Sédation per os	9 (10%)
Sédation IM	12 (13%)
Sédation	20 (22%)
Contention	18 (20%)
Contention et sédation	11 (12%)
Contention et /ou sédation	27 (29%)

Graphique n°3 : critère de jugement principal



Le devenir des patients :

Graphique n°4 : devenir des patients



Il y avait :

- 39 Soins psychiatriques à la demande d'un tiers urgente (42%)
- 3 Soins psychiatrique à la demande d'un tiers (3%).
- 6 hospitalisations libres (7%).
- 30 patients ne sont pas hospitalisés (33%).
- 4 Soins psychiatriques pour péril imminent (4%).
- 8 Soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état (9%).
- 2 Certificats de non hospitalisation (2%).

L'étude de la contention et ou sédation en fonction du type de certificat :

Tableau n°3 : Critère de jugement principal en fonction du devenir de patients.

Type certif	CONTENTION ET/OU SEDATION				OR	(IC 95%)	P=
	OUI (n=27)	%	NON (n=65)	%			
SPDTU	16	59%	23	35%	2,66	(1,06 - 6,7)	0,04
SPDT	0	0%	3	5%		NS	NS
SPPI	2	7%	2	3%		NS	NS
SPDRE	4	15%	4	6%		NS	NS
Hospit Libre	2	7%	4	6%		NS	NS
Pas d'hospit	2	7%	28	43%	0,16	(0,04 - 0,6)	0,0019
CNH	1	4%	1	2%		NS	NS

Nous avons constaté que les prises en charge ayant abouti à des soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence étaient associées à un taux de contention et/ou sédation significativement plus important, un odds ratio à 2,66, avec un intervalle de confiance à 95% de (1,06-6,7), p = 0,04.

Autre différence significative, le fait de ne pas être hospitalisé était protecteur d'une contention et/ ou sédation, avec un odds ratio à 0,16, et un intervalle de confiance à 95% de (0,04-0,6), p= 0,0019.

Tableau n°4 : Traitement médical spécifique en fonction de l'admission

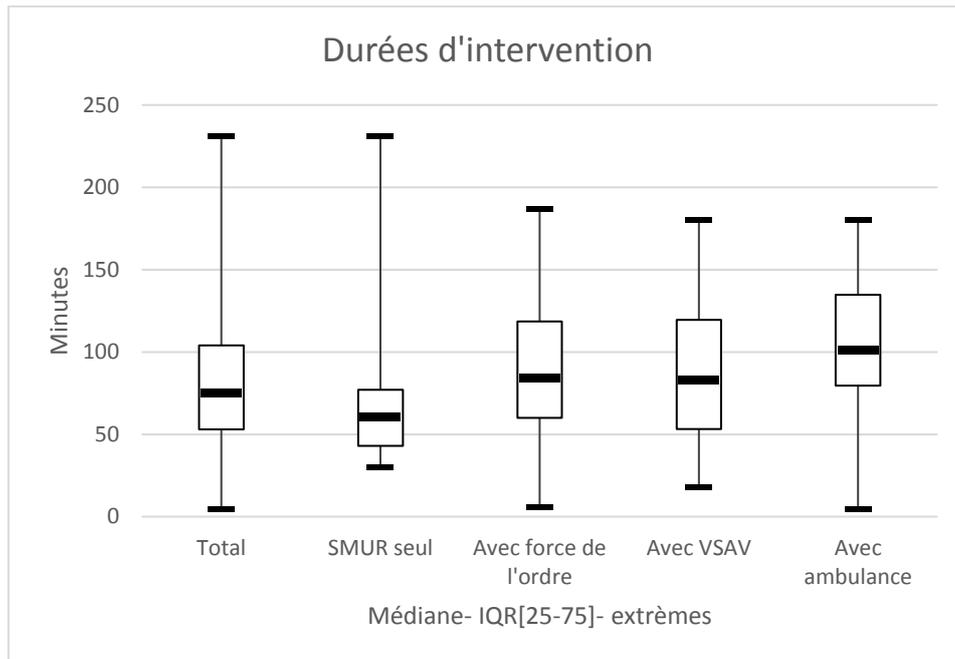
	CONTENTION ET/OU SEDATION				OR	IC 95%	P=
	OUI (n=27)	%	NON (n=65)	%			
Hospitalisation	24	89%	36	55%	6,44	(1,8-24)	0,0019
Pas d'hospitalisation	3	11%	29	45%	0,16	(0,04-0,6)	0,0019

L'hospitalisation à l'issue de la prise en charge par le SMUR était un facteur de risque de contention et ou sédation, avec un odds ratio à 6,44, et un intervalle de confiance à 95% de (1,8-24), p=0,0019.

L'étude des durées d'interventions :

Nous avons retiré les six interventions où le SMUR n'as pas participé à la prise en charge du patient. Il est étudié les durées d'interventions en fonction de la présence ou non d'autres effecteurs.

Graphique n°5 : durées d'interventions en fonction des effecteurs présents.



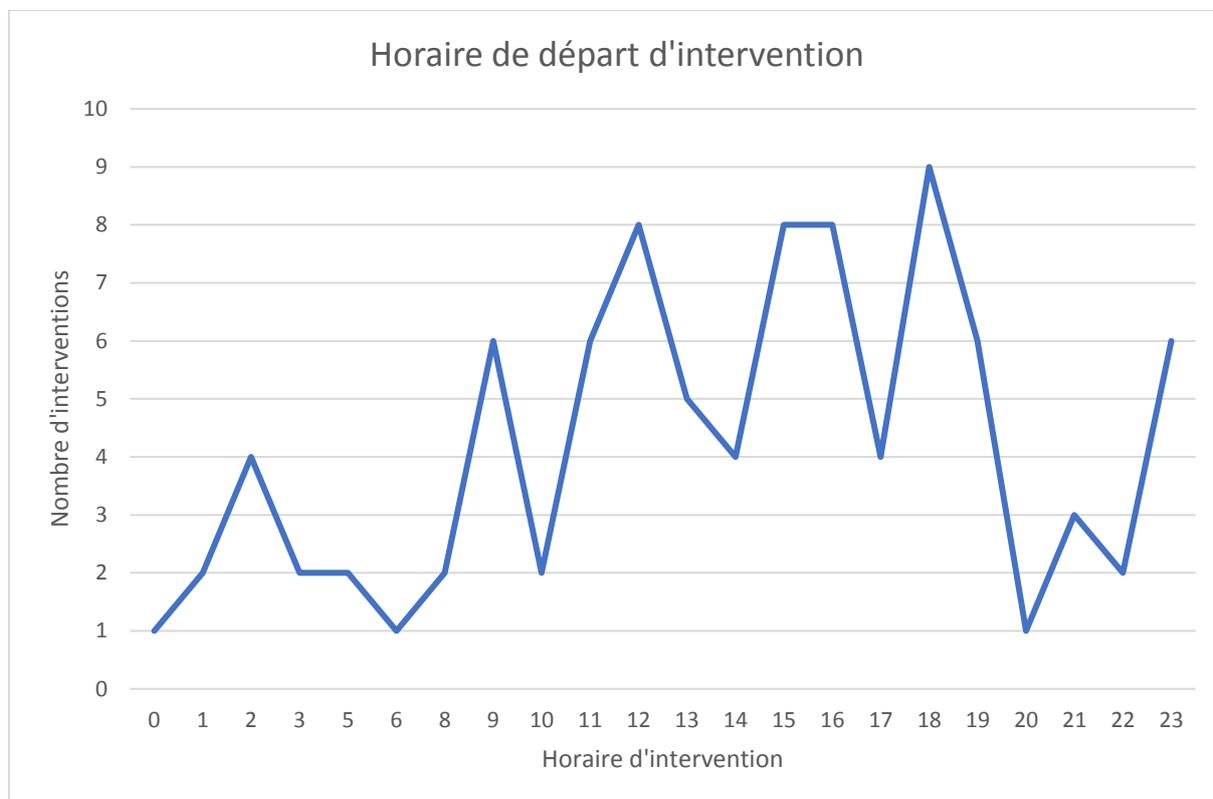
On retrouve sur les 86 interventions une durée d'intervention à 75 min de médiane, IQR 25-75 [53-104]. Le SMUR était seul sur 23 interventions(N=23), avec une médiane à 61 minutes ; IQR 25-75 [43-77].

Quand il est associé aux forces de l'ordres (N=51) la médiane était à 84 minutes ; IQR 25-75 [60-119].

L'association avec un VSAV ou une ambulance donnait respectivement une médiane à 83 min, IQR 25-75 [53-120] et une médiane de 101 minutes, IQR 25-75 [80-135].

Les horaires de départ de missions se distribuent de la sorte :

Graphique n°6 : étude du nombre d'interventions en fonction de l'horaire.



Nous avons observé une majoration du nombres d'interventions entre 9h et 19h.

L'étude des interventions au fil des mois retrouve :

Tableau n°5 : nombres d'interventions en fonction du mois.

MOIS	NOMBRES D'INTERVENTIONS -
	N (%)
JANVIER	5 (5%)
FEVRIER	5 (5%)
MARS	7 (8%)
AVRIL	9 (10%)
MAI	7 (8%)
JUIN	8 (9%)
JUILLET	12 (13%)
AOUT	7 (8%)
SEPTEMBRE	7 (8%)
OCTOBRE	10 (11%)
NOVEMBRE	10 (11%)
DECEMBRE	5 (5%)

Discussion :

La contention et / ou sédation est réalisée dans 29% des interventions, et bien qu'une présence médicale soit gage d'une évaluation clinique plus fiable et soit rassurante pour les autres effecteurs et l'entourage, il apparaît clairement qu'un grand nombre de missions ne nécessitent pas la spécificité d'un SMUR. En ce sens l'étude menée au SAMU-SMUR du CHU PAP/Abymes en 2015(9), portant uniquement sur la prescription d'une sédation médicamenteuse, retrouve un pourcentage de 50,4% d'interventions médicales.

La gestion des manifestations psychiatriques aiguës fait souvent l'objet de préjugés de la part des moyens non médicaux mobilisables (10), c'est pourquoi ces missions sont gérées par le médecin régulateur qui se confronte régulièrement à des refus de prise en charge. Une thèse locale récente (11) nous rappelle que des affections médicales générales peuvent être révélées par des troubles psychiatriques. Il est hasardeux de récuser une intervention ou un transport sur un motif d'appel téléphonique. Le flou législatif semble contribuer à ce rebut, c'est pourquoi il appartient alors au médecin urgentiste de situer sa pratique médicale en amont de la loi, et plus généralement à la médecine de "réglementer" la pratique en offrant aux différents intervenants un cadre de bonnes pratiques (12).

Il apparaît un biais de sélection dans cette étude, en effet le recrutement de la population se fait sur un diagnostic non médical, il s'agit de l'ARM. Mais un taux d'hospitalisation en CHS de 65% et l'absence d'hospitalisation en service de médecine traditionnelle des patients pris en charge semblent montrer une certaine fiabilité de ce recrutement.

L'étude des certificats de soins sous contraintes montre un très faible taux de SPPI ce qui va dans le sens des recommandations actuelles. L'étude des facteurs de risque de contention et / ou sédation retrouve que le fait d'être en SPDTU est associé à une fréquence plus importante de contrainte (OR=2,66). En revanche le fait de ne pas être hospitalisé est protecteur vis à vis de la contention et / ou sédation.

L'étude des effecteurs présents et des durées d'interventions ne semble pas montrer d'association plus efficace qu'une autre. L'engagement de moyen doit donc être adapté à chaque situation en fonction de l'évaluation faite.

Un avis est pris au niveau du CHS dans 72% des missions, ce qui est plus que l'étude menée sur le CHU de Besançon (6) avec un taux de 50%. Cette coopération tend à s'améliorer sur le centre hospitalier de Mont de Marsan avec la création en 2018 d'une unité de prise en charge

psychiatrique d'urgences au sein même du SAU, composée d'un infirmier psychiatrique et d'un psychiatre. La littérature française s'attache à montrer un défaut de coordination entre urgentistes et psychiatres mais également un manque de formation du médecin régulateur face aux urgences psychiatriques (7). En ce sens, la littérature étrangère démontre que les compétences diagnostiques et thérapeutiques en matière de prise en charge pré-hospitalière psychiatrique sont directement liées au niveau de connaissances des praticiens dans le domaine(13). Cependant établir une communication (le premier abord, les techniques de communication verbale, l'évaluation de l'entourage...) en vue d'une alliance thérapeutique font l'objet de publications régulières (14) tant leur enseignement semble indispensable à tous les acteurs, même non médicaux(10). En Bretagne, il a été retenu de développer des compétences psychiatriques au sein du Samu-centre 15, au travers de formations à destination des régulateurs publiques et libéraux, et des professionnels de service d'aide médicale d'urgence (SAMU) / service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)(3). Il conviendrait d'inclure les effecteurs non médicaux mobilisables à cette formation.

L'étude du nombre d'interventions mensuelles ne montre pas de pic contrairement à l'étude du CHU de PAP/Abymes(8). En revanche nos résultats montrent une hausse d'activité entre 9h et 19h, ce qui constitue un argument pour la création d'une équipe mobile de psychiatrie en journée, comme nous pouvons le voir déjà à l'œuvre dans d'autres territoires. La carte géographique montre qu'une majorité des interventions ont lieux à moins de 30 kilomètres de Mont de Marsan, ce qui constitue encore un argument supplémentaire pour une équipe mobile basée au centre hospitalier de Mont de Marsan.

On peut limiter le nombre d'interventions médicalisés par la création d'une convention multipartite visant à l'organisation d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques. A l'image de ce qui est fait en Haute-Normandie (15), elle réunirait l'ARS, les établissements de psychiatrie, le SAMU, les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), les forces de l'ordre, le secteur de la justice, et les transporteurs sanitaires privés.

Elle inclurait comme principes clé :

- l'avis médical distant : Il s'agit d'un écrit rédigé par le médecin régulateur dans le but de motiver des mesures provisoires décidées par un maire pour permettre le transport jusqu'à un établissement de santé (pour examen médical et mise en place d'une éventuelle mesure préfectorale de soins psychiatriques sans consentement à partir d'un certificat).

- la décision orale du médecin régulateur vise à autoriser les secours sur place et les renforts éventuels à transporter une personne, sans son consentement, vers une structure d'urgence (pour mise en place d'une éventuelle mesure de soins psychiatriques sans consentement prise par un directeur d'établissement habilité). En ce sens les VSAV et les transports sanitaires privés sont équipés des moyens matériels de contention.

CONCLUSION :

L'urgence psychiatrique constitue actuellement une part importante de l'activité du SAMU. Notre travail montre que les interventions ne nécessitent que très rarement les spécificités d'une équipe SMUR. En effet seulement 29% des interventions par un effecteur SMUR ont conduit à une intervention médicale. Le médecin régulateur se retrouve isolé au moment de l'organisation du transport des patients. Les autres effecteurs, pour des raisons qui leurs sont propres, se désengagent des missions. Il s'agit là d'une stigmatisation du patient dit psychiatrique, il convient de leur proposer le juste soin. Afin d'organiser au mieux notre réponse de soins sur le territoire, trois axes de progression sont possibles :

- Une convention validée par l'ensemble des acteurs, offrant un cadre de bonnes pratiques validées médicalement, administrativement et juridiquement.
- Une formation continue pour l'ensemble des effecteurs susceptibles de gérer des pathologies psychiatriques aiguës.
- La création d'une équipe mobile de psychiatrie.

Bibliographie :

1. Haute Autorité de santé. Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux; 2015.
2. Journal officiel République française. n° 0155, 6 juillet 2011.
3. Haut Conseil de la sante publique. Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Paris: Haut Conseil de la santé publique; 2016.
4. Code de la santé publique. Article L3211-2-3.
5. ANAES. Conférence de consensus. L'agitation en urgence (petit enfant excepté). JEUR. 2003;16:58-64.
6. Savu A, Pretalli J, Desmeyre T. Parcours de soins des patients ayant recours au Centre 15 pour un motif à connotation psychiatrique. In 2017; 227.
7. Santin A, Debeiner J. Agitation en urgence : stratégie. JEUR. 2003; 16:277- 80.
8. Comité quadripartite associant les représentants des structures de médecine d'urgence et des services d'incendie et de secours, la DDSC et la DHOS. Organisation du secours à personne et de l'aide médicale urgente. Référentiel commun. 25 juin 2008. [consulté le 12 octobre 2018]. Disponible sur : <https://www.interieur.gouv.fr/Le-ministere/Securite-civile/Documentation-technique/Les-sapeurs-pompiers/Les-services-departementaux-d-incendie-et-de-secours/Organisation-du-secours-a-personne-et-de-l-aide-medicale-urgente>.
9. Chabannon M, Rieu F, Delespierre R, Portecop P, Jaffry M. Régulation et prise en charge des urgences psychiatriques en pré-hospitalier. In 2017.
10. Cardot D. De l'agitation à la violence, comment prévenir ? JEUR. 2003;16:246-251.
11. Fagegaltier M, Martin C. Troubles Mentaux Dus à Une Affection Médicale Générale étude Descriptive Rétrospective Sur Une Période De Six Mois Au Sein Du Service D'Evaluation De Crise Et D'orientation Psychiatrique Du Centre Hospitalier Charles Perrens De Bordeaux. Thèse de médecine, Université de Bordeaux II; 2013.
12. Lejoyeux M, Cardot H. Les causes psychiatriques de l'agitation en urgence. JEUR. 2003; 16:189-192.
13. Pajonk F-G, Schmitt P, Biedler A, Richter JC, Meyer W, Luiz T, et al. Psychiatric emergencies in prehospital emergency medical systems: a prospective comparison of two urban settings. Gen Hosp Psychiatry. août 2008;30(4):360- 6.
14. Guedj M-J., Gourevitch R. Urgences psychiatriques. La Revue du Praticien - Médecine Générale. 2016; 950:778-9.
15. ARS. Convention multipartite visant à l'organisation dans l'Eure (27) et la Seine Maritime (76) d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques. 23 juillet 2018. [consulté du 6 octobre 2018]. Disponible sur :

https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2018-08/%40Convention_version_livret.pdf.