HAL
open science

Évaluation de l'intérêt de la présence d'un(e) psychologue clinicien(ne) en Centre de réception et de régulation des appels (CRRA) pour la prise en charge des patients appelant pour un motif psychiatrique : une étude rétrospective observationnelle monocentrique

Jérôme Yarro Nimpa

To cite this version:

Jérôme Yarro Nimpa. Évaluation de l'intérêt de la présence d'un(e) psychologue clinicien(ne) en Centre de réception et de régulation des appels (CRRA) pour la prise en charge des patients appelant pour un motif psychiatrique : une étude rétrospective observationnelle monocentrique. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03463678

HAL Id: dumas-03463678

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03463678

Submitted on 2 Dec 2021

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 CÔTE D'AZUR | FACULTÉ DE MÉDECINE

THESE
Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine
Spécialisée en Médecine d'Urgence

Présentée et soutenue publiquement le 29/10/2021 par
YARRO NIMPA Jérôme
Né le 16 Août 1994 à Tourcoing (59)

Évaluation de l'intérêt de la présence d'un(e) psychologue clinicien(ne) en CRRA pour la prise en charge des patients appelant pour un motif psychiatrique :
Une étude rétrospective observationnelle monocentrique.

Membres du jury:

Président:

Monsieur le Professeur J. LEVRAUT

Assesseurs:

Monsieur le Professeur M.BENOIT

Madame le Docteur J. CONTENTI

Monsieur le Docteur F.VALLI

Madame le Docteur C.THIERRY

Directeur de thèse:

Monsieur le Docteur A. BASAR

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Centre Hospitalier Universitaire de Nice

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	**Pr. ALUNNI Véronique**
Recherche	**Pr. DELLAMONICA jean**
Étudiants	**M.JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus	**Pr. PAQUIS Philippe**
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE
Danièle Directrice administrative des services	Mme CALLEA
Isabelle	

Doyens Honoraires	M. RAMPAL Patrick
	M. BENCHIMOL Daniel

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean
M. ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M. FENICHEL Patrick
M. FUZIBET Jean-Gabriel
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GIBELIN Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HOFLIGER Philippe
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SANTINI Joseph
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. THYSS Antoine
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. VAN OBBERGHEN Emmanuel

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
M. BENOLIEL José
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

UNIVERSITÉ CÔTE D'AZUR
FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Table des Matières

Remerciements **12**

Glossaire **14**

1. Introduction **15**

2. Matériels et Méthode **18**

3. Résultats **19**

3.1. **Caractéristiques des patients :** **19**

3.2. **Caractéristiques Cliniques :** **21**

3.3. **Critère de jugement principal** **22**

3.4. **Critères de jugement secondaires** **23**

4. Discussion **24**

4.1. **Limites de l'étude** **24**

4.2. **Points forts de l'étude** **25**

5. Conclusion **26**

Bibliographie **27**

Annexes **29**

Serment d'Hippocrate

Remerciements

Monsieur le Professeur Jacques Levraut, merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci pour votre grande pédagogie et votre grande qualité d'écoute. Je vous prie de trouver l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Michel Benoit, c'est un honneur pour moi que vous acceptiez de faire partie de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Madame le Docteur Julie Contenti, vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail et de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour vos conseils, votre implication dans notre formation et la qualité de vos enseignements. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Madame le Docteur Catherine Thierry, pour avoir accepté de participer à la réalisation de cette thèse ainsi que d'avoir accepté d'être présente le jour de ma soutenance et juger de mon travail. Soyez assurée de ma grande gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Docteur François Valli, merci de me faire l'honneur de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour les conseils prodigués lors de la réalisation de cette thèse et lors de mon passage au CRRA 06. Soyez assuré de ma plus profonde reconnaissance.

A mon directeur de thèse, le Docteur Arek Basar, merci d'avoir partagé cette épreuve avec moi. Je te suis infiniment reconnaissant pour ton aide, tes conseils, ton soutien et ta patience. Merci de m'avoir fait confiance en me confiant ce travail de recherche.

A ma très chère Mère, merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir toujours poussé à aller plus loin, c'est grâce à toi que j'en suis là aujourd'hui. Merci d'avoir toujours été présente pour moi dans les moments les plus heureux comme dans les plus difficiles. Tu as été un exemple et une source d'inspiration durant toutes ces années. Merci !

A ma famille, sur qui j'ai toujours pu compter et qui est toujours présente à mes côtés, merci de votre soutien inconditionnel sans lequel il aurait été bien plus dur d'avancer. Je vous embrasse très fort.

A mon Parrain et ma Marraine, qui m'ont accompagné au cours de ces nombreuses années sans jamais déroger à leur rôle. Merci de tous vos conseils, de votre soutien et de l'affection que vous m'avez apporté

A ma tante Félicienne, même si maintenant tu t'es exilée loin de nous, sache que tu occupe toujours une place très particulière dans nos coeurs, merci pour tout ce que m'a apporté depuis mon enfance. Milles Bisous

A mes amis de la BULAC, merci pour tous ces fous rires, ces moments partagés entre les révisions, les partiels et les stages de l'externat à Paris. Merci pour votre soutien à distance pendant ces années d'internat. Restez comme êtes la Team !

A mes Co-internes de DES et Co-internes niçois , merci pour votre bonne humeur, votre soutien et tous les moments passés ensemble.

A mes co-triathlètes, merci pour tous ces moments partagés qui sont un vrai sas de décompression, merci pour votre bonne humeur, votre énergie communicative et votre dynamisme.

Aux deux meilleures collègues de travail, pas besoin de vous nommer je sais que vous vous reconnaîtrez, merci d'avoir égayé mes gardes aux urgences, d'avoir su trouver les mots justes lorsque la charge de travail était écrasante et d'avoir partagé tant bons moments avec moi.

Glossaire

AVIS PSY : Avis psychiatrique

CAP : Centre d'Accueil Psychiatrique

CHU : Centre Hospitalo Universitaire

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

HO : Hospitalisation d'office

INTOX MED : Intoxication médicamenteuse

INTOX OH : Intoxication Alcoolique

OH : Alcool

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SDRE : Soins sans consentement à la Demande d'un Représentant de l'Etat

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

TS : Tentative de Suicide

1. Introduction

La prévalence des troubles de la santé mentale dans le département des Alpes Maritimes atteindrait entre 20 et 25% de la population avec 10% de trouble anxieux, 10% d'épisode dépressif caractérisé, environ 5% de conduite addictive le reste des troubles étant représenté à une proportion moindre par les troubles bipolaire, les troubles des conduites alimentaires , les troubles envahissants du développement et enfin les troubles schizophréniques.

Avec près de 200 psychiatres libéraux, le département est bien doté (18,5/100 000 h vs 9,4 /100 000 h en France Métropolitaine). Cependant ces derniers sont répartis de manière inégale sur le territoire départemental et il en va de même pour le reste des professionnels de santé : une commune sur trois est située à plus de dix minutes du généraliste le plus proche et à plus d'une heure du premier service d'urgence (1).

Depuis la commission des maladies mentales de 1991, la communauté psychiatrique définit l'urgence psychiatrique comme : «une demande dont la réponse ne peut être différée. Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, du médecin ou de l'entourage: elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante, afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychiatrique », ce qui n'implique pas forcément que le soin soit urgent (2,3).

L'urgence psychiatrique recouvre en réalité trois grandes catégories d'états pathologiques :

- l'urgence psychiatrique pure par décompensation d'une affection psychiatrique lourde (mélancolie, grand état d'angoisse, agitation), qui à l'évidence nécessite une prise en charge en milieu psychiatrique, après élimination de toute affection organique.
- les urgences psychiatriques mixtes, regroupent les malades qui présentent des manifestations organiques et psychiatriques simultanées : tentatives de suicide, délirium tremens, etc.
- les états aigus transitoires, c'est-à-dire les réactions émotionnelles intenses survenant sur un terrain psychologique vulnérable à la suite d'événements, conflits et détresse très souvent vécus dans la solitude (tentative de suicide, ivresse, etc.) (3–5).

Depuis leur création au milieu des années 1960, les services d'urgences ont connu une croissance soutenue et régulière de leurs activités, avec une hausse de leur fréquentation estimée à 3,5% par an. Selon le rapport du Sénat sur les urgences, "dans ces services, il ne serait pas rare que l'affluence entraîne un tel débordement des équipes que les prises en charge ne puissent plus être hiérarchisées avec toute l'efficacité nécessaire, ce qui ferait parfois passer à côté de véritables urgences"(6). Dans ce contexte, la prise en charge des patients psychiatriques, très chronophage, devient vite compliquée pour l'urgentiste qui en structure hospitalière pourra faire appel à un spécialiste. Cependant, l'engorgement des Centres d'Accueil Psychiatrique associé à la diminution des lits d'aval et à une chronicité hospitalière en psychiatrie conduit souvent à un retour à domicile de ces patients qui ne reprendront pas contact pour la plupart avec un psychiatre au décours de la crise (11). Les patients venant aux urgences pour des motifs psychiatriques sont donc souvent admis pour une consultation qui pourrait être, dans certaines circonstances, effectuée par voie téléphonique.

Les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU) Centre 15, répondant en amont des services d'accueil des urgences, sont, à priori, le moyen le plus efficace de réguler les appels et de proposer une réponse adaptée en matière d'urgence psychiatrique, du fait de leur fonctionnement permanent, de la gratuité de l'appel et de la facilité d'accès à ses services (7).

Les missions des SAMU sont définies par les articles R 6311-1 à R 6311-5 du Code de Santé Publique, elles regroupent : une écoute médicale permanente, la gestion des réponses et des moyens adaptés à la nature de chaque appel ainsi que l'organisation du transport et de l'admission du patient dans les établissements adaptés (8).

Le SAMU 06 a reçu, par le biais de son Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) 380 551 appels en 2020. On estime à 10% la part d'appels pour motif psychiatrique réceptionnés par le SAMU de Paris en 2010, aucune étude statistique sur le plan national n'ayant été effectuée sur le sujet (9).

L'idée d'associer les services de psychiatrie et les SAMU n'est pas nouvelle et quelques exemples de coopération efficaces sont déjà en œuvre dans certains centres. On peut citer :

- Le SAMU de Paris, qui a mis en place depuis 1999 une équipe mixte de régulateurs, un urgentiste et un psychiatre pour les appels à connotation psychiatrique (9).

- L'hôpital Ste Anne avec son Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA) qui en 2005 a mis en place une ligne dédiée au transfert des appels nécessitant un avis psychiatrique du SAMU 75 via une convention avec ce dernier (10).
- ERIC (Équipe Rapide d'Intervention de Crise) qui est une équipe mobile intersectorielle d'urgence et de post-urgence psychiatrique, accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, via le SAMU 78. Elle est composée de soignants en psychiatrie : infirmiers, psychologues et psychiatres, sollicités la plupart du temps par des professionnels du réseau primaire (médecin généraliste, psychiatre traitant, SAMU 78, travailleurs sociaux, police...) (9,11).

Ces initiatives pérennes démontrent qu'une coopération plus étroite entre les régulateurs du CRAA et les psychiatres devrait être bénéfique pour les patients (10,12,13). Cependant aucune étude ne l'a démontré à ce jour .

L'objectif principal de notre étude est d'observer une différence d'orientation des patients qui appellent au CRRA 06 avec un motif psychiatrique entre un régulateur somaticien et un psychiatre/psychologue clinicien.

Les objectifs secondaires sont multiples :

- Mettre en évidence une différence d'orientation entre le régulateur somaticien et le régulateur somaticien formé aux différents modes d'orientation des patients appelant pour motif psychiatrique et ayant potentiellement un accès immédiat à un expert.
- Mettre en évidence une possible diminution d'orientation vers les Services d'Accueil des Urgences (SAU), ainsi qu'une moindre sollicitation immédiate du CAP.
- Définir les plages d'affluences des appels à motif psychiatriques, afin de maximiser l'efficience de la présence du psychologue clinicien/psychiatre en salle de régulation.

2. Matériels et Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle, monocentrique. L'étude porte sur les patients ayant appelé le CRRA 06 entre le 1er avril 2020 et le 08 avril 2020 inclus et dont le motif d'appel principal est psychiatrique.

Les patients ont été inclus à partir des dossiers informatisés du CRRA 06 issus de la base de données Centaure©, ainsi qu'à partir des bases de données téléphoniques (AssmanFlex©, Workstation©). Le motif principal d'appel était généralement disponible soit dans la cotation de l'assistant de régulation médicale, soit dans le texte libre de l'observation disponible dans les dossiers de l'assistant ou du médecin. La grande variété dans les cotations des médecins et des assistants de régulation nous a fait opter pour cette méthode plutôt qu'une simple recherche via le Thésaurus afin d'obtenir la plus grande exhaustivité possible dans le recueil des dossiers pour notre étude.

Les données suivantes ont été obtenues à partir des dossiers informatisés : âge, genre, heure d'appel, localité de l'appel, motif de l'appel, signes de gravité clinique, antécédents psychiatriques, traitement psychiatrique, diagnostic du régulateur, orientation du régulateur.

L'orientation souhaitée du régulateur somaticien avisé des différentes possibilités d'orientation mises à l'étude ainsi que l'orientation souhaitée du psychologue clinicien associé à un psychiatre, sont obtenues à l'issue de la réécoute des bandes d'enregistrement téléphoniques. Ces intervenants n'ont pas connaissance du contenu des dossiers informatiques avant les sessions de réécoute.

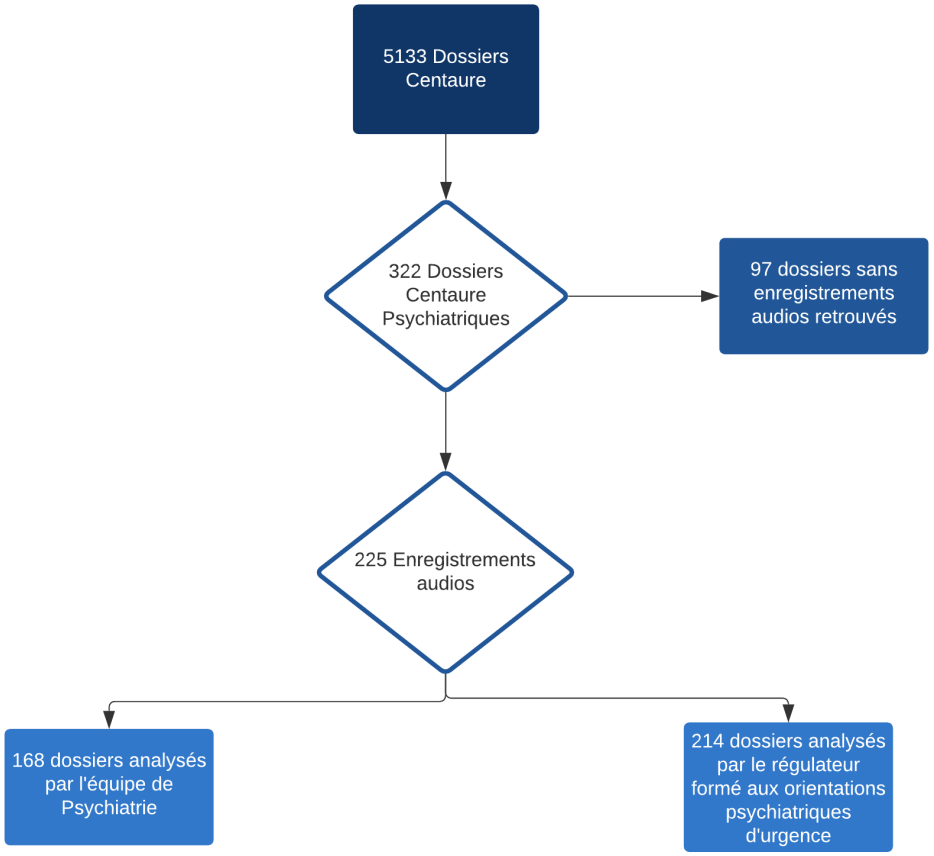
Les différentes valeurs statistiques ont été obtenues suite à l'exploitation d'un tableur Excel recensant les données de l'étude. Un test du Chi² avec correction de Yates a été effectué pour tester l'indépendance entre différentes variables qualitatives de notre étude.

3. Résultats

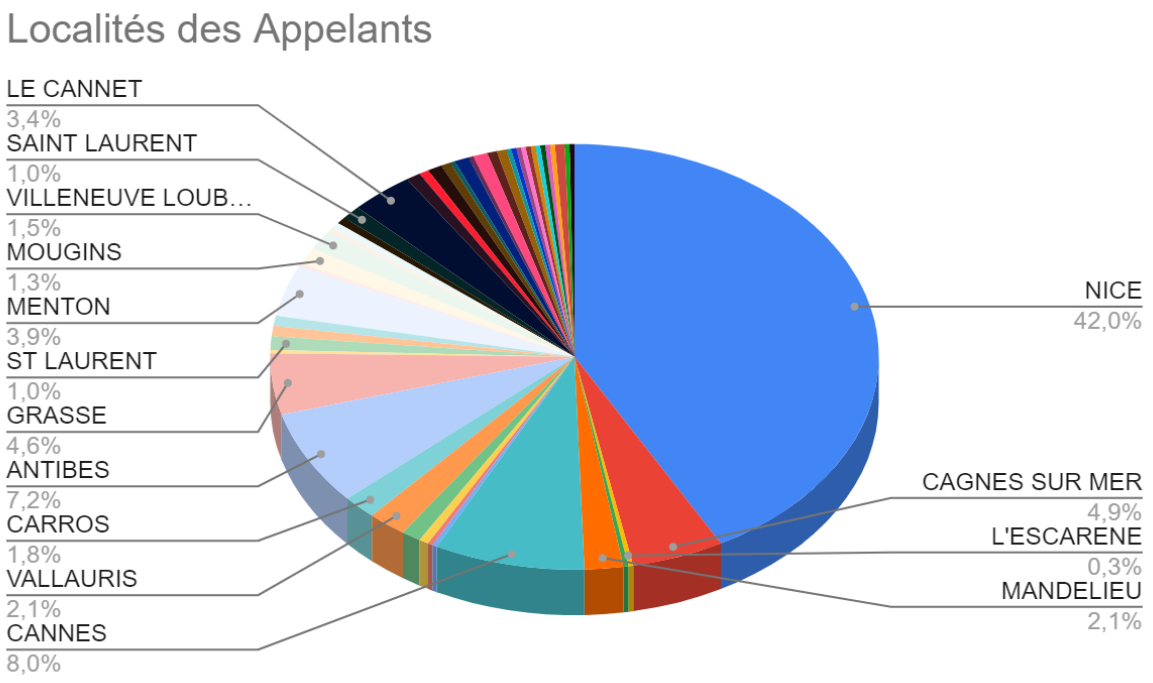
3.1. Caractéristiques des patients :

Sur les 5133 appels traités par le CRRA 06 entre le premier avril 2021 et le huit avril 2021, 322 avaient pour motif principal une plainte psychiatrique soit 6,27% des appels traités. (graphique 1). Quatre-vingt-dix-sept enregistrements audio n'ont pas pu être retrouvés et n'ont pas pu être analysés.

Le tableau 1 (annexe 1) montre les caractéristiques démographiques des patients inclus. 47% des patients ont des antécédents psychiatriques connus et 32% ont déjà un traitement psychotrope. Les données manquantes pour ces deux précédentes caractéristiques ont été imputées négativement. La répartition territoriale montre que 42% des appels sont émis depuis la ville de Nice (graphique 2). On constate également que 45% des appels sont reçus entre 8h et 18h et 39% entre 18h et minuit. (tableau 1, annexe1)



Graphique 1 : Diagramme de flux.



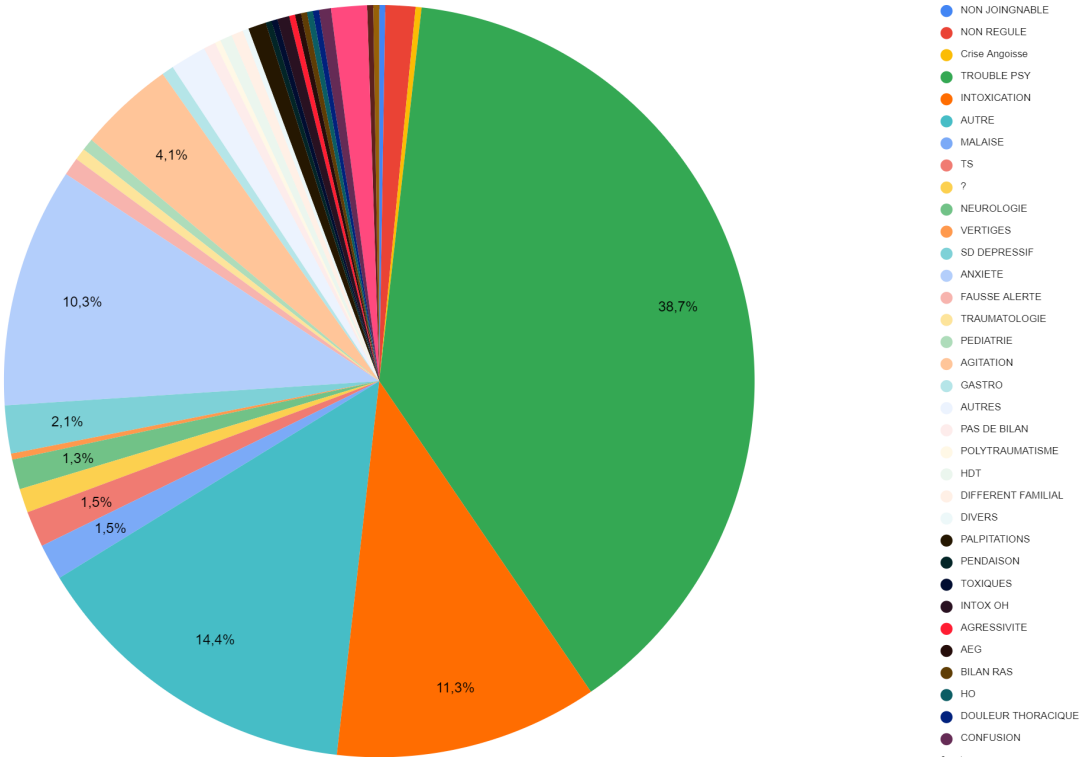
Graphique 2 : Répartition géographique des appelants pour motif psychiatrique

3.2. <u>Caractéristiques Cliniques :</u>

Le tableau 2 reprend les caractéristiques cliniques des appels inclus dans l'étude.

Sur les 322 appels inclus, 20% ont pour motif principal une anxiété, 16% une agitation, 11% une intoxication médicamenteuse, 10% des propos suicidaires et 5% des syndromes dépressifs. Les 40% restants étant représentés par des intoxications alcooliques, des troubles psychiatriques divers ou encore des troubles somatiques au premier plan. Parmi ces 322 appels, 40% des diagnostics émis par les régulateurs dans le thésaurus de Centaure sont des "Troubles psychiatriques", 13% des intoxications, 11% des "Troubles anxieux" et on note 15% des dossiers conclus avec le diagnostic "Autre" (graphique 3).

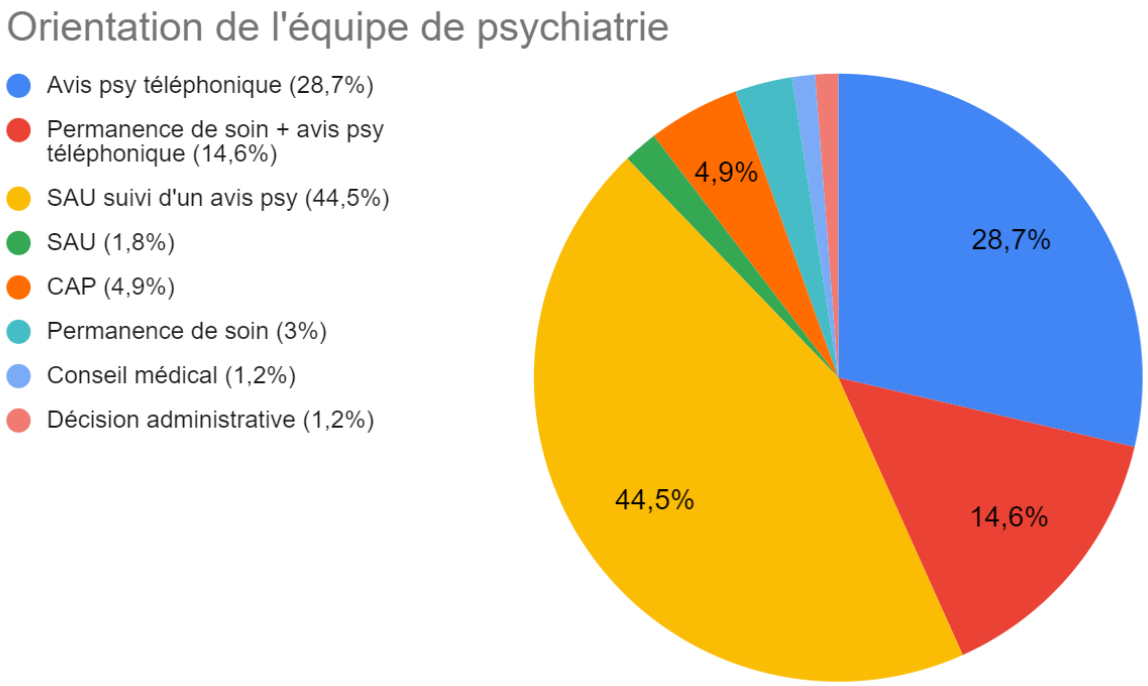
Concernant leur devenir, 34% des patients sont laissés à domicile, tandis que 51% des patients sont orientés vers un service d'accueil des urgences. Les 16% restants sont en majorité des patients perdus de vue au cours de la prise en charge ou qui ont refusé leur transfert à l'hôpital, enfin, un très faible pourcentage concerne des patients orientés directement en centre d'accueil psychiatrique, en réanimation ou vers de la médecine de ville.



Graphique 3 : Répartition des motifs d'appels répertoriés (disponible en Annexe)

3.3. <u>Critère de jugement principal</u>

Le critère de jugement principal est la mise en évidence d'une différence d'orientation des appels à motifs psychiatriques au CRAA 06 entre un(e) psychologue clinicien(ne) en binôme avec un(e) psychiatre et le régulateur médical (graphique 5, annexe 2). Un total de 168 appels a pu être analysé sur les 322 dossiers inclus par le binôme d'experts, 63% de ces dossiers bénéficient d'un changement d'orientation à l'issue des sessions de réécoute. Parmi ceux-ci, 45% des patients seraient redirigés vers un avis psychiatrique téléphonique directement depuis le CRRA 06 (graphique 4). De plus sur ces 168 dossiers, 89 étaient initialement orientés vers des services d'urgence mais après réécoute, 31 auraient pu être évités, soit une diminution de 35%. On constate que 42,5% (28,1% + 14,4%) des patients auraient pu bénéficier d'un avis psychiatrique téléphonique en prenant en compte le fait que l'avis somatique était effectué par le régulateur qui leur aurait transmis l'appel.



Graphique 4 : Répartitions des orientations de l'équipe de psychiatrie (effectif total 168)

3.4. Critères de jugement secondaires

On note 47% d'orientations différentes lorsque le régulateur somaticien est formé aux différents modes d'orientation des patients appelant pour motif psychiatrique et pourrait avoir un accès immédiat ou différé facile à un expert. Cette différence passe à 41% lorsque l'on compare ces orientations à celles de l'association psychologue clinicien(ne) / psychiatre. (graphique 6, annexe 3)

Le nombre de passages aux urgences diminuerait de 35% en appliquant les orientations de l'association psychologue clinicien(ne)/psychiatre.

Nous n'avons pas constaté d'association significative entre le territoire géographique et la modification de l'orientation par l'équipe de psychiatrie des patients (Q =1,97 ; p = 0,16 ; Pearson's Chi-squared test). Nous n'avons pas mis en évidence d'association entre l'existence d'antécédents psychiatriques et la modification proposée d'orientation des patients (Q = 0,43; p = 0,51 ; Pearson's Chi-squared test). On ne constate pas non plus de lien entre la prise de traitement psychotrope et la modification d'orientation des patients par l'équipe de psychiatrie (Q = 1,18 ; p = 0,28 ; Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction).

4. Discussion

Cette étude a permis de mettre en évidence qu'une différence majeure dans l'orientation préhospitalière des patients appelant pour un motif psychiatrique pourrait être obtenue par l'adjonction d'un psychiatre ou psychologue au CRRA 06. En effet, 63% des patients voient leur orientation modifiée après écoute des bandes audios par l'équipe de psychiatrie. Cette différence peut s'expliquer aisément par l'expertise d'un avis spécialisé dès le début de la prise en charge. Des filières spécifiques à la psychiatrie sont ainsi suggérées et permettraient une prise en charge plus efficiente de ces patients.(13) Cette efficience pourrait aussi passer par une meilleure sectorisation des patients via une meilleure connaissance des secteurs géographiques.

Dans cette étude rétrospective observationnelle monocentrique réalisée au CRRA 06, l'incidence des appels à motifs psychiatriques est de 6,27% soit en dessous des estimations à l'échelle nationale qui sont de l'ordre de 10% (9). En 2019, une étude sur la régulation des appels psychiatriques au SAMU 31 retrouvait 2,04% d'appels à motifs psychiatriques. Cependant cette étude ne prenait en compte que les patients appelant pour tentatives de suicide ou intoxication volontaires (14). Ce résultat peut s'expliquer par la méthode de recueil, exhaustive de l'ensemble des appels reçus au CRAA 06 entre le 1er et le huit avril 2021. Notre méthode consistait à reprendre individuellement chaque dossier informatique afin d'en définir le motif d'appel principal. Seuls les dossiers non renseignés ou incomplets sur la période étudiée n'ont pu être inclus.
Par ailleurs, nous n'avons retrouvé aucune étude consistant à une réécoute des bandes de régulation concernant les appels à motifs psychiatriques par des psychiatres pour une réévaluation de l'orientation des patients.

4.1. Limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs biais.
Le premier est un biais de sélection. Cette étude ne porte que sur le CRAA 06 et est un reflet de la situation territoriale seulement entre le premier et le huit avril 2021. La population de l'étude ne peut donc pas être considérée comme représentative de l'ensemble de l'année.

Le second biais de cette étude est un biais d'attrition. Certains dossiers n'ont pas pu bénéficier d'une réécoute du fait de l'impossibilité d'extraction de certaines bandes audio. Ce biais pourrait être évité dans une étude future en effectuant une analyse prospective et non rétrospective. De cette manière les bandes audio seraient analysées immédiatement sans perte de données.
Le troisième biais est un biais de réalisation. Notre critère de jugement principal résulte d'une réécoute des bandes audio de régulation par des duos de psychiatre/psychologue clinicien(ne). Ces analyses sont donc soumises à une variabilité inter individuelle même si l'analyse en duo permet de limiter en partie ce biais.

Une des limites de cette étude est l'analyse rétrospective des bandes audios. La possibilité de réécouter les bandes audios s'éloigne de la réalité du fonctionnement d'une salle de régulation médicale dans laquelle les décisions doivent être prises dans un temps limité. Cette méthode limite également l'analyse de l'équipe de psychiatrie qui ne peut pas pas réaliser son interrogatoire spécifique. Dans cette optique, une analyse prospective au cours d'une expérimentation avec adjonction d'un spécialiste en salle de régulation permettrait de pallier cette limite.
Un autre élément limitant de notre étude concerne les données manquantes dans les dossiers. En effet de nombreux dossiers informatisés étaient incomplets et les données manquantes ont dû être imputées négativement. De même, les enregistrements audio, le plus souvent difficiles à retrouver, se sont avérés parfois incomplets et ne permettaient pas toujours une analyse rétrospective.
Le manque de données ne nous a pas permis de mesurer l'impact potentiel des changements d'orientation sur la fréquentation du CAP. Cet impact pourra être étudié de manière prospective lors d'une étude ultérieure.
De plus, cette étude ayant été réalisée au cours de la pandémie de Covid 19, une période contrôle afin de mesurer l'impact du Covid 19 sur les appels à motifs psychiatriques, aurait été nécessaire.

4.2. Points forts de l'étude

Un des points forts de cette étude est l'exhaustivité dans l'inclusion des patients. En effet la méthode employée qui consistait à étudier le motif d'appel de chaque dossier sur la période étudiée a permis de recueillir l'essentiel des appels à motifs psychiatriques. La méthode de recueil des enregistrements sonores a également été la plus exhaustive possible, les appels étant recherchés dans les deux bases d'enregistrement. Il faut cependant noter que les enregistrements audios ne sont pas reliés directement aux dossiers informatisés, la recherche des enregistrements ne se fait donc qu'à partir des données démographiques recueillies lors de l'inclusion des patients.

Un autre point fort de cette étude est l'implication directe de l'équipe de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique du CHU de Nice affiliée au SAMU 06. Le fait de pouvoir bénéficier d'un avis spécialisé en utilisant les outils disponibles en salle de régulation est un véritable atout. En effet l'objectif de cette étude étant d'évaluer l'utilité d'un psychologue clinicien en salle de régulation, le fait d'avoir pu montrer une différence potentielle d'orientation entre le régulateur somaticien et la paire psychiatre/psychologue clinicien(ne) conforte l'hypothèse initiale et pourrait favoriser la création d'un poste de psychologue clinicien(ne) au sein du CRRA 06. Cette étude, effectuée dans ce but précis, a également permis de définir les plages horaires les plus adaptées au déploiement de ce nouveau poste. Au vu de nos résultats, les horaires les plus adaptées sont de 8h à 00h.

5. Conclusion

Notre étude s'est avérée pertinente, montrant une forte différence d'orientation des patients lorsque le régulateur était un expert en psychiatrie. Cela conduirait ainsi à une meilleure prise en charge des patients. Cela pourrait être confirmé par une étude prospective après la mise en place d'un poste de psychologue au CRRA 06.

La mise en place de ce poste sera facilitée par la mesure de l'affluence des plages qui a été obtenue au cours de cette étude. Les deux créneaux horaires de 8h-18h et 18h-00h concentrent 84% des appels à motifs psychiatriques. Cela permettra de maximiser l'efficience du psychologue clinicien lors de sa présence au CRRA 06.

De plus cette étude laisse entrevoir qu'une bonne sensibilisation à l'urgence psychiatrique ne suffit pas pour optimiser la prise en charge de ces patients. Le taux de discordance important (41%) retrouvé sur l'orientation des patients, entre une prise en charge par régulateur formé aux orientations en urgence des patients appelant pour un motif psychiatrique et les spécialistes, démontre bien la difficulté et la spécificité d'une telle prise en charge.

La forte diminution (35%) de l'orientation des patients psychiatriques vers les services d'accueil des urgences aurait potentiellement un impact non négligeable à la fois pour les patients dont le parcours serait optimisé et sur les services d'accueil et le CAP dont l'engorgement serait amoindri. Par conséquent, une étude prospective dédiée lors d'une expérimentation avec un personnel spécialisé au CRRA serait nécessaire pour confirmer les résultats escomptés par notre étude.

6. Bibliographie

1. PTSM-Alpes-Maritimes-05022021.pdf
   www.paca.ars.sante.fr/system/files/2021-02/PTSM-Alpes-Maritimes-05022021.pdf

2. Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques. - APHP DAJDP

3. Quillerou B, Bouchard J-P. Les urgences psychiatriques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 oct 2018;176(8):831‑6.

4. Nuns N. Les urgences psychiatriques à l'hôpital général. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 sept 2005;163(7):607‑10.

5. Seletti B, Launay C, Garnier B, Brun-Ney D, Boulard JC, Petitjean F. Accueil des urgences psychiatriques au sein d'un centre hospitalier universitaire. Intérêt de l'intégration dans un réseau de soin sectorisé. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 avr 2001;159(3):160‑6.

6. Rapport d'information (...) sur les urgences hospitalières : www.vie-publique.fr/rapport/36900-rapport-sur-les-urgences-hospitalieres

7. Gourevitch R, Boiteux C, Guedj-Bourdiau M-J. L'urgence psychiatrique et le sentiment d'urgence hors des urgences : que faire en amont des services ad hoc ? L'Encéphale. 1 févr 2021;47(1):82‑4.

8. Chapitre Ier : Aide médicale urgente (Articles R6311-1 à R6311-32) - Légifrance www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006178717/2016-10-09/#LEGISCTA000006178717

9. Morana A. Etude épidémiologique d'une population d'appelants du 15 transferés à un dispositif d'écoute téléphonique spécialisé psychiatrique. :110.

10. Gourevitch R, Lesaffre X, Perot R, K'Ourio H, Gourden S, Trebalag A-K, et al. Les services de secours face à l'urgence psychiatrique au domicile : apport d'un avis téléphonique spécialisé. À propos de la convention BSPP/CPOA (GHU Paris). Inf Psychiatr. 1 août 2019;Volume 95(6):411‑7.

11. Robin M, Pochard (D) F, Ampélas J-F, Kannas S, Bronchard M, Mauriac F, et al. Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France. Ther Fam. 2001;Vol. 22(2):153‑68.

12. Buisse DV, Boiffier DM. un bénéfice pour l'urgentiste, le psychiatre et le patient?: 29

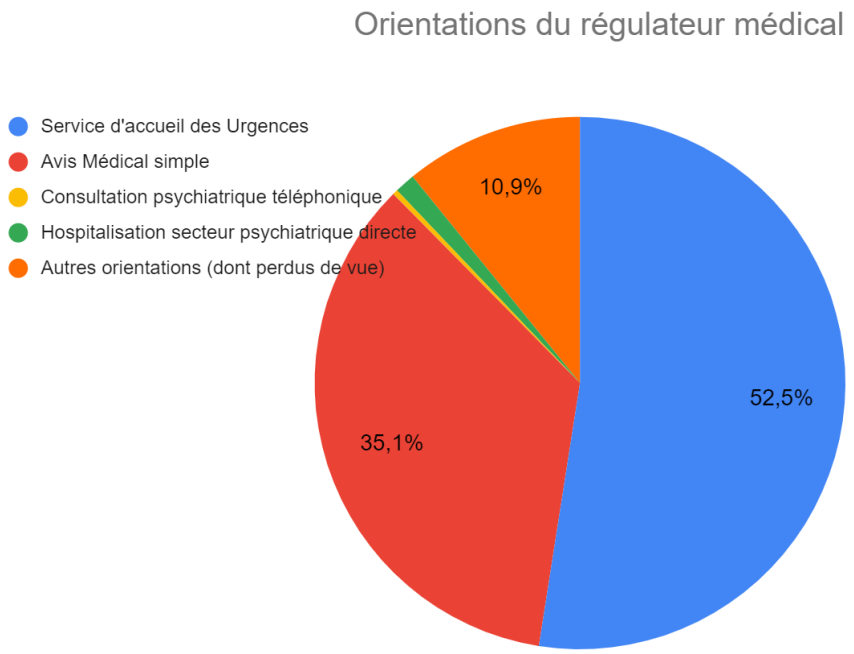
13. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: An Evolving System of Early Detection and Optimal Management. Schizophr Bull. 1 janv 1996;22(2):305‑26.

14. Léo P. Régulation des appels pour demande psychiatrique au SAMU 31 : étude épidémiologique. 2019;45.

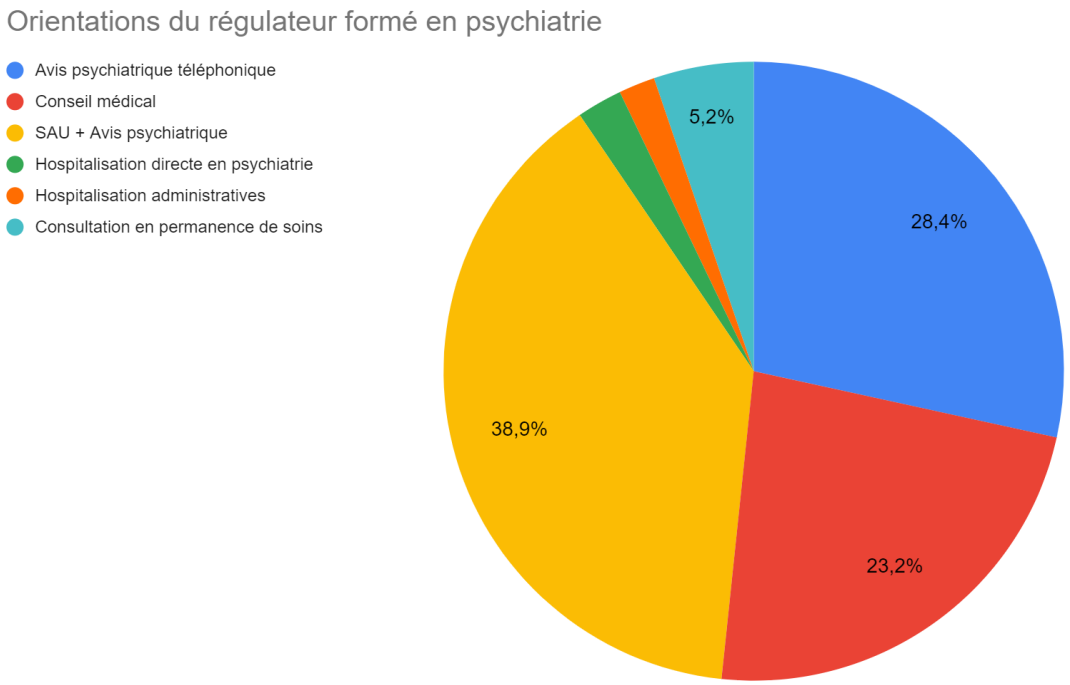
7. Annexes

Variable	Résultats
Age (Moyenne)	45,13
Age (Médiane)	(8 - 97) 46
Genre	
Homme	148 (46%)
Femme	173 (54%)
?	1
Tranche Horaire	
00h-08h	51 (16%)
08h - 18h	145 (45%)
18h - 00h	126 (39%)
Antécédents psychiatriques	
Oui	151 (47%)
Non	171 (53%)
Traitement psychotrope	
Oui	102 (32%)
Non	220 (68%)
Localité d'appel (par ville)	
Nice	136 (42,2%)
Cannes	26 (8%)
Antibes	24 (7,4%)
Grasse	17 (5,2%)
Cagnes sur Mer	16 (4,9%)
Menton	12 (3,7%)
Le Cannet	12 (3,7%)
Vallauris	8 (2,4%)
Mandelieu	7 (2,1%)
Villeneuve Loubet	6 (1,8%)
Mougins	5 (1,5%)
Autres	53 (16,5%)
Localité d'appel (par secteur)	
Est	171 (53%)
Ouest	150 (47%)
?	1

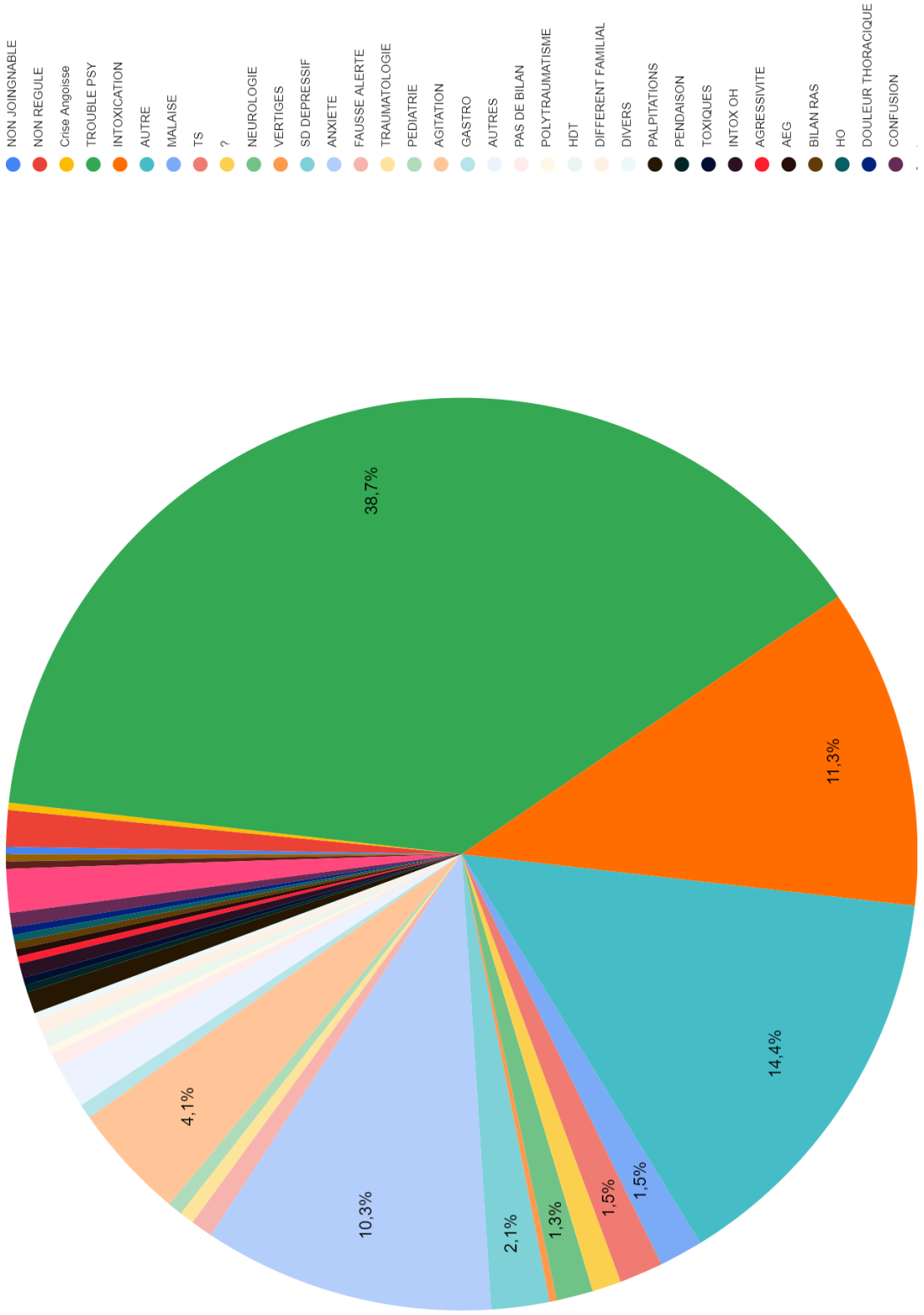
Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des patients



Graphique 5 : Les différentes orientations à l'issue de la régulation médicale classique (effectif total 322)



Graphique 6 : Les différentes orientations du régulateur formé en psychiatrie (effectif total 214)



Graphique 3 : Répartition des motifs d’appels répertoriés

8. Serment d'Hippocrate

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 les 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(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) 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(e) et méprisé(e) si j'y manque.