



**HAL**  
open science

# Filière psychiatrique spécifique au sein du service d'accès aux soins (SAS), quels besoins? État des lieux de la prise en charge des pathologies psychiatriques aiguës en pré-hospitalier au SAMU-15 de la Somme

Thomas Vernier

## ► To cite this version:

Thomas Vernier. Filière psychiatrique spécifique au sein du service d'accès aux soins (SAS), quels besoins? État des lieux de la prise en charge des pathologies psychiatriques aiguës en pré-hospitalier au SAMU-15 de la Somme. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03472073

**HAL Id: dumas-03472073**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03472073v1>

Submitted on 9 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.

**FILIÈRE PSYCHIATRIQUE SPÉCIFIQUE**  
**AU SEIN DU SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS (SAS), QUELS BESOINS ?**  
**ÉTAT DES LIEUX DE LA PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES AIGÛES**  
**EN PRÉ - HOSPITALIER AU SAMU - 15 DE LA SOMME**

**THÈSE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE**  
**(DIPLÔME D'ÉTAT)**

**PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

**LE 5 OCTOBRE 2021**

**PAR**

**THOMAS VERNIER**

Président du Jury : Monsieur le Professeur Maxime GIGNON

Jury : Monsieur le Professeur Kaïss LASSOUED  
Madame la Professeure Cécile MANAOUIL  
Monsieur le Docteur Christophe BOYER

Directeur : Monsieur le Docteur Florian CANU



À mon maître et Président de jury,

**Monsieur le Professeur Maxime GIGNON**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Epidémiologie, Prévention et Economie de la Santé

Chef du Pôle Préventions, Risques, Information médicale et Epidémiologie

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse,  
Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

À mon maître,

**Monsieur le Professeur Kaïss LASSOUED**  
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier  
(Immunologie)

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,  
Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

À mon maître,

**Madame le Professeur Cécile MANAOUIL**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Médecine légale et droit de la santé)

Service de Médecine Légale et Sociale

Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, médecine légale et sociale »

Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'Honneur

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

À mon maître,

**Monsieur le Docteur Christophe BOYER**

Docteur spécialiste en Médecine d'urgences

Chef du Pôle Urgences, Médecine Légale et Sociale

Chef de Service SAMU / SMUR

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,

Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

À mon juge et Directeur de thèse,

**Monsieur le Docteur Florian CANU**

Docteur Spécialiste en Médecine d'Urgences

Ancien interne des Hôpitaux d'Amiens

Département de médecine d'urgence

Merci pour ta patience, ton investissement dans ce projet, tes remarques et conseils toujours précieux et pour m'avoir accompagné dans la dernière étape de ma vie d'étudiant,

Je ne te remercierai jamais assez pour cela.



# REMERCIEMENTS

A mes parents qui ont toujours été là, qui m'ont toujours accompagné et soutenu, je suis fier de l'homme que je suis aujourd'hui grâce à vous.

A mes sœurs, Lisa et Pauline, avec qui malgré la distance, nous restons toujours aussi proches. On essaiera de se voir plus souvent à l'avenir.

A mes grands-parents, oncles et tantes dont j'ai la chance d'être proches.

A Romain, qui m'a accueilli de nombreuses fois chez lui pour des heures sup, toujours avec le sourire.

A tous mes amis qui m'ont accompagné durant ses études ou avant : Manon, Mathilde, Thomas, Hestia, Ivan, Charlie, Anaïs, Baptiste, David, Yannis, Ismaël, Noémi, Gwendoline, Mathias, Alix, Cloé, Julien, Corentin, Pierre, Abdallah, Romain D, Jeremy, Roman, Lilya, Raphaël, Cédric, Valentin, Fabien.

A la Famille Brunelle – Remy chez qui j'ai passé tant de super week ends sur Paris.

A Vincent, mon mentor durant mon externat, tu as beaucoup contribué au médecin que je suis devenu.

A toutes les équipes médicales et paramédicales auprès de qui j'ai tant appris.

A Mélanie, ma compagne, tu m'as supporté durant ma D4 et l'internat ce qui n'était pas chose facile. J'ai hâte de poursuivre l'aventure à tes côtés.

# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	11
<b>1 INTRODUCTION.....</b>	<b>12</b>
<b>2 MATÉRIEL ET MÉTHODES.....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....</b>	<b>15</b>
2.1.1 PRINCIPES "GLOBAUX" DE FONCTIONNEMENT D'UN CRRA-CENTRE 15.....	15
2.1.2 LA PSYCHIATRIE EN REGULATION.....	17
2.1.3 PARTICULARITÉS LOCALES.....	19
2.1.3.1 LES HORAIRES ET ORGANISATION.....	19
2.1.3.2 LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE.....	20
2.1.4 MOYENS DE PREMIERS SECOURS : AMBULANCES PRIVÉES ET VSAV .....	21
<b>2.2 TYPE D'ÉTUDE – OBJECTIFS ET CRITÈRES DE JUGEMENT.....</b>	<b>22</b>
2.2.1 TYPE DE L'ÉTUDE ET OBJECTIFS.....	22
2.2.2 CRITÈRES DE JUGEMENT.....	22
<b>2.3 Analyse des données.....</b>	<b>23</b>
2.3.1 RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES.....	23
2.3.2 ANALYSE STATISTIQUE.....	23
2.3.3 PARTICULARITÉS LIÉES AU SUPPORT UTILISÉ.....	24
2.3.3.1 DONNÉES DISCRÈTES ET DONNÉES CONTINUES.....	24
2.3.3.2 TEMPS PASSÉ SUR PLACE ET COÛT.....	24
2.3.3.3 ESTIMATION DE L'ÉVENTUEL PREMIER CONTACT AVEC UN PSYCHIATRE .....	26
<b>3 RÉSULTATS .....</b>	<b>27</b>
<b>3.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE ET DE L'APPEL.....</b>	<b>27</b>
3.1.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE.....	27
3.1.2 CARACTÉRISTIQUES DE L'APPEL.....	29
<b>3.2 RÉPONSE MÉDICALE APPORTÉE.....</b>	<b>31</b>
3.2.1 EN RÉGULATION.....	31
3.2.1.1 MOTIFS DE L'APPEL ET PRIORISATION DE L'APPEL.....	31
3.2.1.2 MOTIFS DE L'APPEL ET TYPOLOGIE DU PATIENT.....	33
3.2.2 EN PRÉHOSPITALIER.....	34
3.2.2.1 PREMIÈRE RÉPONSE APPORTÉE À L'APPEL.....	34
3.2.2.2 PARTICULARITÉS DES MOYENS POMPIERS (VSAV) ENGAGÉS .....	36
3.2.2.3 RENFORCEMENT DU PREMIER MOYEN ENGAGÉ.....	38
3.2.2.4 PRISE EN CHARGE MÉDICALE PRÉHOSPITALIÈRE (SMUR).....	40
3.2.3 ORIENTATION AU DÉCOURS.....	42
<b>3.3 AU PLAN MÉDICO-ÉCONOMIQUE.....</b>	<b>46</b>
3.3.1 IMPACT ÉCONOMIQUE.....	46
3.3.2 PREMIER CONTACT AVEC UN PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE.....	47

<b>4</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>48</b>
<b>4.1</b>	<b>AVANTAGES ET LIMITES DE LA MÉTHODE .....</b>	<b>48</b>
4.1.1	RÉSULTAT PRINCIPAL ET SON IMPLICATION MAJEURE .....	48
4.1.2	INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE .....	48
4.1.3	PRINCIPALES LIMITES DE L'ÉTUDE .....	50
4.1.3.1	MANQUE DE PUISSANCE .....	50
4.1.3.2	APPROXIMATIONS DANS L'ANALYSE DES COÛTS ET DE LA DUREE AVANT UN PREMIER CONTACT AVEC UN PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE.....	51
4.1.3.3	AUTRES BIAIS DE L'ÉTUDE .....	52
<b>4.2</b>	<b>ÉTAT DES LIEUX DE LA RÉGULATION PSYCHIATRIQUE AU SAMU-CENTRE 15 DE LA SOMME.....</b>	<b>53</b>
4.2.1	LA RÉGULATION PSYCHIATRIQUES, QUELS ENJEUX ?.....	53
4.2.1.1	PSYCHIATRIE, UN PARADOXE EN RÉGULATION.....	53
4.2.1.2	RÉPONSE APPORTÉE ASPÉCIFIQUE.....	54
4.2.1.3	PAS D'ACCÈS À UN PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE POUR LA MAJORITÉ DES PATIENTS 55	
4.2.1.4	IMPACT SOCIO-ÉCONOMIQUE FORT .....	56
4.2.2	NOS PRATIQUES ET LES RECOMMANDATIONS .....	57
4.2.2.1	PRISE EN CHARGE PRÉ-HOSPITALIÈRE .....	57
4.2.2.2	ACCUEIL AUX URGENCES .....	58
4.2.2.3	ÉVALUATION SOMATIQUE.....	59
4.2.2.4	PARTICULARITÉS DU SUJET ÂGE,.....	59
4.2.2.5	PARTICULARITES DE L'INTOXICATION MÉDICAMENTEUSE VOLONTAIRE .....	60
4.2.2.6	PARTICULARITES DE L'INTOXICATION ALCOOLIQUE .....	60
4.2.3	LA RÉGULATION PSYCHIATRIQUE AU CRRA-15 DE LA SOMME, QUELS BESOINS ? .....	61
4.2.3.1	SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE .....	61
4.2.3.2	QUELS BESOINS EN REGULATION ?.....	62
<b>4.3</b>	<b>PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION.....</b>	<b>63</b>
4.3.1	ÉVOLUTION À COURT TERME .....	63
4.3.1.1	PROPOSITION N°1 – PROTOCOLE DE SERVICE EN LIEN AVEC LES RECOMMANDATIONS..	63
4.3.1.2	TRAVAUX COMPLÉMENTAIRES À VENIR .....	64
4.3.2	PROPOSITION N°2 – INTÉGRER UNE FILIÈRE PSYCHIATRIQUE DÉDIÉE AU SEIN DU SAS.....	65
<b>5</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>66</b>
	<b>ANNEXES.....</b>	<b>67</b>
	ANNEXE 1 – AIDE À LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES EN RÉGULATION, PRÉ-HOSPITALIER ET AUX URGENCES ADULTES .....	67
	ANNEXE 2 – PROPOSITION D'INTÉGRATION D'UNE FILIÈRE PSYCHIATRIQUE DÉDIÉE AU SEIN DU SAS.....	74
	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>95</b>
	<b>GRAPHES, TABLEAUX ET FIGURES .....</b>	<b>98</b>
	GRAPHES.....	98
	TABLEAUX .....	98
	FIGURES .....	98

# LISTE DES ABRÉVIATIONS

<i>Aff. Reg.</i>	<i>Affaires de Régulation</i>
<i>AP</i>	<i>Ambulance Privée</i>
<i>ARM</i>	<i>Assistant de Régulation Médicale</i>
<i>ATSU</i>	<i>Association de Transport Sanitaire d'Urgence</i>
<i>CH</i>	<i>Centre Hospitalier</i>
<i>CHU</i>	<i>Centre Hospitalier Universitaire</i>
<i>CRRA-15</i>	<i>Centre de réception et de régulation des appels, Centre 15</i>
<i>FDO</i>	<i>Forces De l'Ordre</i>
<i>IM</i>	<i>Intramusculaire</i>
<i>IAO</i>	<i>Infirmier(e) d'Accueil et d'Orientation</i>
<i>IPL</i>	<i>Infirmier(e) psychiatrique de liaison</i>
<i>IV</i>	<i>Intraveineux</i>
<i>MRL</i>	<i>Médecin Régulateur Libéral</i>
<i>MU</i>	<i>Médecin Urgentiste</i>
<i>PDS</i>	<i>Permanence Des Soins</i>
<i>PDSA</i>	<i>Permanence Des Soins Ambulatoires</i>
<i>PECe</i>	<i>Prise En Charge extra-hospitalière</i>
<i>PECi</i>	<i>Prise En Charge intra-hospitalière</i>
<i>PO</i>	<i>Per Os</i>
<i>SAMU</i>	<i>Service d'Aide Médicale Urgente</i>
<i>SAS</i>	<i>Service d'Accès aux Soins</i>
<i>SAU</i>	<i>Service d'Accueil des Urgences</i>
<i>SAUPA</i>	<i>Service d'Accueil des Urgences Polyvalentes Adulte</i>
<i>SMUR</i>	<i>Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation</i>
<i>UAO</i>	<i>Unité d'Accueil et d'Orientation</i>
<i>UP</i>	<i>Urgences Polyvalentes</i>
<i>VSAV</i>	<i>Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes</i>

# 1 INTRODUCTION

En France on estime qu'environ 12 millions de personnes (soit un individu sur cinq) souffre d'au moins un trouble psychiatrique. Les pathologies assimilées à la psychiatrie sont au 3<sup>e</sup> rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaire (1). Il existe deux grands groupes d'urgences psychiatriques : les situations de crise et les urgences psychiatriques pures qui sont des décompensations de pathologies psychiatriques préexistantes.

Les principales situations d'urgence en psychiatrie sont l'**agitation – délire aigu**, la **crise d'angoisse aiguë – attaque de panique**, les **risques et conduites suicidaires** [1]. Ces patients nécessitent une prise en charge souvent multidisciplinaire ainsi qu'une évaluation sociale [2]. L'urgence psychiatrique est organisée, le plus souvent, par les hôpitaux généraux comportant un service d'accueil des urgences, SAU (pour permettre de réaliser des examens complémentaires et d'administrer des thérapeutiques) et d'une unité d'accueil et d'orientation psychiatrique (UAO).

La régulation des appels pour une demande psychiatrique est souvent complexe et chronophage. Divers moyens sont envoyés en extrahospitalier : médecin généraliste, ambulance privée (AP), moyen pompier (VSAV), service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) [3]. Elle est réalisée par un médecin urgentiste (régulateur hospitalier ou RH) ou un régulateur généraliste (PDS). Le guide d'aide à la régulation au Samu centre-15 ne prévoit pas de professionnel de psychiatrie participant à la régulation médicale.

Récemment un nouveau dispositif nommé « **Service d'accès aux soins** » (**SAS**) a été créé pour permettre d'orienter la population dans son parcours. Il doit permettre d'accéder à un professionnel de santé à distance pouvant fournir un conseil médical, proposer une téléconsultation, orienter selon la situation vers une consultation non programmée en ville, vers un service d'urgence ou déclencher l'intervention d'un SMUR [4]. Le SAS s'articule avec la permanence des soins ambulatoires, PDSA (qui fonctionne en soirée et le week-end aux heures de fermeture des cabinets), sans modifier son organisation. En 2021, vingt-deux sites pilotes pour leur mise en place du SAS ont été choisis dans treize régions, dont le CHU d'Amiens – Picardie [5].

Le SAS doit permettre d'apporter une réponse rapide aux besoins de soins non programmés, grâce à une mobilisation coordonnée entre les professionnels de santé de premier recours et les professionnels de l'urgence hospitalière. Il doit permettre aux patients d'avoir une prise en charge adaptée, de participer à la lutte contre les inégalités sociales et territoriales. Il doit contribuer à l'amélioration des parcours de santé et au désengorgement des services d'urgences.

Le SAS est un nouveau service qui vient en complément des dispositifs déjà existants. Il ne se substitue pas au médecin traitant ou aux organisations territoriales existantes comme les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour la gestion des soins non programmés.

**Aucun volet psychiatrique n'est clairement défini** pour le SAS alors qu'une filière dédiée à la psychiatrie pourrait permettre d'améliorer la prise en charge de ces patients en aigu (en préhospitalier et lors de leur admission aux urgences polyvalentes ou psychiatriques). Nous souhaiterions pouvoir le développer dans notre structure.

Il est estimé que 10 à 15% des recours auprès de service médicaux intervenant à domicile concernaient ce motif. En 2014 les demandes psychiatriques représentaient environ 8 % des passages aux urgences [6]. Des travaux extérieurs à notre département retrouvent que 31% des demandes sont en rapport avec une tentative d'autolyse, 90% des réponses apportées en préhospitalier sont l'envoi d'un moyen non-médicalisé et moins de 10% bénéficie d'une prise en charge sur place. Cependant, l'effectif faible (moins de 1 000 patients) et un recrutement centré sur un autre département que le nôtre ne nous permettent pas d'extrapoler ces résultats à notre régulation [7]. Nous ne disposons, donc, pas de données suffisantes pour caractériser précisément la population psychiatrique recourant au CRRA-15 tant à l'échelle locale que nationale.

Des recommandation de bonnes pratiques récentes ont été publiées le 7 Juillet 2021 par la SFMU sur la prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences [8] apportant un intérêt supplémentaire à notre étude sur la comparaison entre les pratiques du SAMU - Centre 15 de la Somme et les recommandations.

**Afin d'évaluer nos besoins et les avantages attendus d'une filière psychiatrique spécifique** au sein du SAS, nous avons réalisé une enquête de pratique caractérisant la population recourant

à notre régulation pour motif psychiatrique et la prise en charge préhospitalière qui leur est apportée.

## 2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

### 2.1 CONTEXTE DE L'ÉTUDE

#### 2.1.1 PRINCIPES "GLOBAUX" DE FONCTIONNEMENT D'UN CRRA-CENTRE 15

La régulation médicale est assurée par des **médecins régulateurs urgentistes ou RH** (qui traitent les appels relatifs à l'aide médicale urgente) et par des **médecins régulateurs généralistes (PDS)**. Ces derniers, libéraux le plus souvent, assurent la régulation médicale des appels concernant une demande de soins non programmés de médecine générale lors des périodes dites de permanence des soins ambulatoires. Selon les organisations locales, les périodes de PDSA peuvent être plus larges. Les généralistes peuvent exercer soit sur place, soit de façon délocalisée. Dans tous les cas (RH ou PDS), l'acte de régulation médicale est un acte de télémédecine [3].

Le terme de « **SAMU-Centre 15** » (**CRRA-15**) désigne le centre de réception et de régulation des appels et tous les acteurs qui sont rattachés au sein d'une même plateforme : régulation de médecine d'urgence et, selon les cas, régulation de médecine générale, coordination ambulancière, régulation spécialisée (centres antipoison et de toxicovigilance, réseau de périnatalité...). Le CRRA reçoit les appels au 15 de son département et, selon les organisations locales, les appels qui y sont redirigés [3]. Au SAMU – Centre 15 de la Somme, un à deux généralistes assurent la PDSA vingt-quatre heures sur vingt-quatre et un à deux urgentistes assurent la régulation hospitalière.

Un appel passé au 15 est appelé **dossier de régulation** (aff. reg.), l'assistant de régulation médicale (ARM) récupère les informations administratives, réalise un bref interrogatoire puis priorise l'appel selon le degré d'urgence via quatre niveaux [9] :

- *P0* : engagement réflexe de ressource médicale (SMUR) par l'ARM immédiatement suivi d'un acte de régulation médicale prioritaire,
- *P1* : régulation médicale prioritaire,
- *P2* : régulation médicale éventuellement temporisée,
- *P3* : régulation médicale reportée ou programmée et traitée par un rappel (*niveau créé dans la mise à jour du 16/12/2019 et effective depuis 2019*).

L'appel est ensuite orienté vers un médecin régulateur (urgentiste ou généraliste). L'acte de régulation médicale commence par un interrogatoire médical et un dialogue, conduits avec méthode et dans le **délai le plus rapide possible** [9]. Il analyse et prend en compte les signes et les symptômes décrits ou perçus afin d'établir une ou des hypothèses diagnostiques. Il évalue les risques de la situation en regard des bénéfices attendus des différentes prises en charge possibles. Le médecin régulateur caractérise la demande selon quatre niveaux de régulation :

- *R1* : urgence vitale patente ou latente,
- *R2* : urgence potentielle,
- *R3* : urgence relative ou ressentie,
- *R4* : conseil médical ou prescription médicamenteuse par téléphone.

En pratique, **l'envoi d'un SMUR correspond à un niveau de régulation *R1* ou *R2* ; *R3* pour l'envoi d'un moyen de premier secours** : ambulances privées (AP) ou pompiers (véhicule de secours et d'assistance aux victimes ou VSAV) ; ***R4* pour le conseil médical**, le conseil thérapeutique, l'envoi d'un médecin de proximité (médecin généraliste), diriger le patient vers un établissement de santé.

Lorsqu'il est déclenché, un bilan est passé par l'effecteur. La caractérisation du bilan permet de vérifier l'adéquation entre les informations contenues dans le bilan passé par l'effecteur et celles reçues au moment de la régulation de l'appel initial. Selon les organisations locales, la réception des bilans est assurée par des ARM, des médecins régulateurs ou des infirmiers. Il existe 4 niveaux de caractérisation :

- *B0* : engagement réflexe d'une équipe SMUR (si elle n'est pas déjà engagée) suivi d'une information prioritaire du médecin régulateur urgentiste ;
- *B1* : bilan présentant des signes de détresse et/ou gravité ;
- *B2* : bilan présentant des informations complémentaires ou différentes de celles recueillies lors de la prise d'appel, mais sans signe de détresse ni de gravité ;
- *B3* : bilan identique aux informations recueillies lors de l'appel initial.

## 2.1.2 LA PSYCHIATRIE EN REGULATION

Il existe deux grands groupes d'urgences psychiatriques en régulation : les situations de crise et les urgences psychiatriques pures qui sont des décompensations de pathologies psychiatriques préexistantes [1].

Les **situations de crises à risque « psychiatriques »** sont diverses : événement à fort retentissement psychologique collectif, plans d'urgence, catastrophe annoncée, retentissement médiatique (etc.). Elles peuvent nécessiter la mise en jeu de la **cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP)** [10] qui peut intervenir dans trois cadres précis :

- Les plans d'urgence (plan ORSEC et autres plans catastrophe) sont la mission initiale et première des CUMP [11]. L'engagement est systématique et se fait par le SAMU.
- Les événements à fort retentissement psychologique relèvent d'une décision au cas par cas et représentent les interventions les plus fréquentes. Ils ne concernent parfois qu'un seul individu mais l'événement a un effet psychologique aigu et intense sur le groupe [12] (prise d'otages, suicide dans un lieu public, explosion limitée dans une usine, décès d'un ouvrier dans des circonstances dramatiques devant ses collègues, accident d'autocar sans blessé grave, agression grave d'un soignant sur son lieu de travail, accident grave d'un sapeur-pompier en cours d'intervention...). Bien que difficile à appréhender, le paramètre de déclenchement le plus pertinent est l'impact émotionnel de l'événement sur les équipes de secours et les partenaires habituellement engagés qui fait dire que l'événement en question sort de leur quotidien.
- Un avis d'expert pour une situation de crise ou de pré-crise dont l'évolution est susceptible d'avoir un impact psychique collectif (risque épidémique du type méningite, évacuation de population...). Le psychiatre référent a ici un rôle d'expert et doit être positionné en amont, avec les décideurs, lors de l'élaboration des décisions [10].

Les **urgences psychiatriques pures** sont la crise d'angoisse, l'agitation aiguë, le délire et les hallucinations, le risque et les conduites suicidaires. Elles font partie des motifs de recours relevant de la compétence du **médecin régulateur** (RH ou PDS). Les intoxications aiguës (alcoolique, toxicologique ou médicamenteuse volontaires) peuvent s'intégrer dans les tableaux cliniques des dossiers de régulation psychiatrique mais sont classés dans la catégorie toxicologie et non dans les urgences psychiatriques [13].

Les caractéristiques de régulation préconisées pour les urgences psychiatriques pures sont résumées au *Tableau 1*, [13] :

	<b>Agitation aigüe, délire, hallucination</b>	<b>Angoisse, attaque de panique</b>	<b>Idées noires, risque suicidaire</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'agitation est un trouble du comportement qui peut révéler une atteinte organique aigüe justifiant une prise en charge particulière. L'appel vient souvent de l'entourage ou des forces de l'ordre en intervention.</li> <li>- Propos menaçants avec une intention d'auto- ou d'hétéro-agressivité</li> <li>- Le délire est Manifestation psychiatrique à ne pas confondre avec une agitation aigüe.</li> </ul>	Également nommée attaque de panique, la crise d'angoisse peut être l'expression d'une pathologie engageant le pronostic vital du patient, comme elle peut être totalement bénigne.	Le risque suicidaire peut être une urgence vitale immédiate car les ressources du sujet sont épuisées. Plus de 50% des patients suicidaires annoncent leur intention de vouloir mourir et 80% leur passage à l'acte suicidaire ; 40% récidivent après une tentative de suicide dont la moitié dans l'année.
P0	Non		
P1	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si notion de violence ou de menace, ou appel des Forces de l'Ordre, détresse vitale associée (pathologie sous-jacente)</li> <li>- Si propos menaçants avec une intention d'auto- ou d'hétéro-agressivité</li> </ul>	Description d'un motif à haut risque de détresse vitale, notion de douleur thoracique, doute diagnostique	Si notion de risque suicidaire imminent
P2	Autres situations		
	Propos décousus, inadaptés ou incohérents, mais non menaçants		
P3	Non		
R1	En présence de signes de gravité ; si une sédation pharmacologique est nécessaire ; si une urgence somatique est associée ou sous-jacente ; s'il existe un risque majeur potentiel pour le patient, l'entourage, le public ou les intervenants, éventuel pré-positionnement à distance d'une équipe SMUR.	Devant des signes de gravité ou une suspicion de trouble organique (l'intervention des Forces de l'Ordre peut être demandée devant des indicateurs de dangerosité y compris pour accompagner la prise en charge par un médecin généraliste, il faut organiser leur intervention conjointe).	Si risque identifié de détresse vitale
R2	Autres cas où l'agitation persiste.	En l'absence de résolution de la crise, douleur inhabituelle ne cédant pas rapidement, notion de prise de toxiques associée ; engagement des Forces de l'Ordre devant une menace suicidaire avec un moyen létal ou en contexte de dangerosité.	Critères de gravité
R3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si la crise cède spontanément chez un patient dont l'entourage peut assurer une surveillance et une prise en charge adaptée et sans critère de pathologie organique sous-jacente.</li> <li>- Lorsque les éléments rassurants permettent de différer la prise en charge, réorienter vers le médecin généraliste ou le psychiatre traitant ou vers un centre médico-psychologique ; proposer de rappeler le 15 en cas d'aggravation.</li> </ul>	Devant des signes rassurants	Signes rassurants
R4			Pas d'idéation suicidaire

*Tableau 1 - Caractéristiques de la régulation des pathologies psychiatriques pures aigües*

## **2.1.3 PARTICULARITÉS LOCALES**

### **2.1.3.1 LES HORAIRES ET ORGANISATION**

En régulation, deux médecins régulateurs urgentistes (RH) sont postés en régulation en journée du Lundi au Jeudi (08h00 – 18h00) et un seul médecin urgentiste en garde (18h00 – 08h00). Du vendredi au dimanche inclus, deux médecins régulateurs urgentistes assurent la régulation médicale vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Cette organisation n'a pas été modifiée durant la durée de l'étude. Concernant les médecins généralistes, deux MG sont affectés à la régulation à n'importe quelle heure.

Dans l'étude, la période de garde correspond aux périodes suivantes :

- Du lundi au vendredi inclus de 18h00 à 08h00,
- Samedi et dimanche inclus.

Sur le plan de la régulation, les appels au 15 arrivent au SAMU-centre15 de la Somme basé au CHU d'Amiens-Picardie. D'un point de vue organisationnel, tous les appels passés au 15 dans la Somme arrivent au CRRA-15 du CHU Amiens – Picardie. Il coordonne des filières spécifiques à l'échelle régionale (Somme, Aisne et Oise) : traumatisés grave, périnatalité (avec une sage-femme dédiée en régulation).

Les ARM « taguent » tous les dossiers de régulation, c'est-à-dire classifie tous les appels selon le motif de l'appel initial. La psychiatrie est un des tags utilisés.

Par ailleurs, pendant la période de PDSA, un médecin généraliste assure une garde par secteur (c'est-à-dire assure une consultation non-programmée dans son secteur, sur demande du médecin régulateur). Il peut être un des effecteurs déclenchés par Centre-15. En dehors du secteur d'Amiens, pour lequel SOS médecins assure la PDSA vingt-quatre heures sur 24, la garde du médecin généraliste de secteur se termine à minuit.

Autre particularité locale, les urgences polyvalente et secteur psychiatrique **ne sont pas sur le même site** :

- *Pour le public* : urgences polyvalentes adultes (SAUPA) sur le site sud du CHU d'Amiens – Picardie versus CH Philippe Pinel pour les urgences psychiatriques.
- *Pour le privé* : urgences polyvalentes sur le site des cliniques versus clinique du Campus pour les urgences psychiatriques.

Il en résulte des **difficultés d'accès au psychiatre pour les patients arrivant aux urgences polyvalentes sur un horaire de garde** illustré par la difficulté rencontrée au SAUPA :

- De jour (9 à 18h00) et en semaine : une « antenne psychiatrique » est dédiée au CHU Amiens – Picardie.
- Aucun psychiatre n'est présent le week-end et la nuit (18h00 – 09h00) imposant un transfert vers l'UAO du CH Philippe Pinel.

### **2.1.3.2 LA SECTORISATION PSYCHIATRIQUE**

La filière psychiatrique est organisée par secteurs. Dans le département de la Somme le secteur d'Amiens comprend Amiens, Montdidier et Doullens. Les patients de ce secteur seront orientés

- Vers le Centre Hospitalier (CH) Philippe Pinel ou la clinique du Campus pour un secteur psychiatrique
- Vers les SAU publiques (CHU Amiens Picardie, CH Montdidier ou CH Doullens) ou privés (Clinique de l'Europe) pour ceux relevant d'une prise en charge somatique.

Pour les patients dépendants d'Abbeville, du CHAM, de St Quentin ou de Péronne, le secteur psychiatrique est intégré dans le SAU des CH correspondant et ***aucune donnée de régulation ne permet de déterminer précisément l'orientation finale*** (psychiatrique ou somatique) de ces patients. Dans l'étude, pour les **questions relatives à l'orientation** psychiatrique ou somatique des patients psychiatrique, **seules les données des patients issus du secteur d'Amiens** (Amiens, Montdidier et Doullens) seront considérées.

## 2.1.4 MOYENS DE PREMIERS SECOURS : AMBULANCES PRIVÉES ET VSAV

Les moyens de premier secours sont les **ambulances privées** (AP ou ATSU) et les **moyens pompiers** (VSAV). Les AP sont engagées par la coordination des ambulances (présente en régulation) sur demande du médecin régulateur. L'équipage d'une AP se compose de 2 ambulanciers (formés au secourisme : gestes de premiers secours, prise des constantes).

L'équipage d'un VSAV se compose de trois pompiers au minimum : un conducteur, un équipier et un chef d'agrès. Les VSAV, comme tout moyen pompier du service départemental d'incendie et de secours (SDIS), sont déclenchés par le CTA-CODIS (centre de traitement de l'appel du centre départemental d'incendie et de secours) selon trois modalités :

- « **Statutaire** » : déclenchés dans le cadre de ses missions (incendies et secours à la personne)
- « **Carence** » : à la demande du CRRA-15 lorsqu'une aucune ambulance privée n'est pas disponible dans les délais impartis.
- « **Réflexe** » : déclenchés de manière réflexe par le CTA-CODIS avant toute régulation médicale dans le cadre d'une demande de secours présentant un risque particulier justifiant un départ immédiat de moyens de secours du SDIS : noyade, pendaison, électrisation, personne restant à terre suite à une chute, rixe ou accident avec plaie par arme à feu ou arme blanche, accident de circulation avec victime, intoxication collective, toute circonstance mettant en jeu de nombreuses victimes. La liste est non-exhaustive et peut faire localement l'objet d'ajouts consensuels. L'intoxication médicamenteuse volontaire ne fait plus parti des motifs de départ réflexe depuis 2015. En dehors du risque suicidaire, les urgences psychiatriques autres (angoisse et agitation) ne sont pas un motif de départ réflexe.

Si l'appel a été passé au CTA et que le motif de l'appel rentre dans le cadre d'une mission des pompiers, **le CTA peut alors déclencher un VSAV immédiatement sans attendre la régulation médicale**, celui-ci est alors déclenché en « *réflexe* ». Tout autre appel relatif à un motif médical reçu par le CTA est relayé au CRRA-15 pour régulation médicale.

Lorsque l'appel arrive au CRRA-15, le médecin régulateur peut demander l'engagement d'un VSAV « statutaire » ou par carence.

## **2.2 TYPE D'ÉTUDE – OBJECTIFS ET CRITÈRES DE JUGEMENT**

### **2.2.1 TYPE DE L'ÉTUDE ET OBJECTIFS**

Il s'agit d'une étude rétrospective, épidémiologique, descriptive à type d'**enquête de pratique**.

L'objectif principal était de caractériser la réponse médicale préhospitalière apportée à la population psychiatrique recourant au CRRA-15.

Les objectifs secondaires étaient :

- Quantifier et caractériser les premiers secours qui ont été mis en œuvre lorsqu'un moyen médicalisé a été déclenché ;
- Quantifier et caractériser les thérapeutiques qui ont été mises en œuvre lorsqu'un moyen médicalisé a été déclenché ;
- Caractériser l'orientation après la prise en charge préhospitalière ;
- Evaluer l'impact médico-économique : temps de prise en charge (« temps passé sur place »), coût, etc.

### **2.2.2 CRITÈRES DE JUGEMENT**

Le critère de jugement principal était le moyen déclenché (SMUR, AP/SP, Méd G, Conseil) en fonction du type de pathologie psychiatrique présentée (agitation, rupture thérapeutique, idées noires, autres).

Critères de jugement secondaires :

- Caractéristiques démographiques et cliniques : âge, sexe, pathologie sous-jacente, etc.
- Secours et moyens thérapeutiques entrepris (médicamenteux ou non : contention, etc).
- Orientation (secteur psy, urgences polyvalentes, etc.).

## 2.3 ANALYSE DES DONNÉES

### 2.3.1 RECUEIL ET ANALYSE DES DONNÉES

Le protocole de recherche a été validé par la DRCI sous le numéro d'enregistrement : PI2021\_843\_0105.

Les réponses ont été recueillies entre le 12/04/2019 et le 31/12/2020. Toutes les données des dossiers de régulation tagués « psychiatrie » entre ces dates ont été collectées et analysées. Les données ont été anonymisées. L'étude des dossiers de régulation s'est faite à partir d'un numéro unique attribué à chaque dossier.

Les données relevées étaient :

- Les *caractéristiques démographiques* : âge, sexe
- Les *caractéristiques de l'appel* : horaire, régulateur, etc.
- Le *motif de l'appel* en fonction des données présentes dans le dossier pour catégoriser le motif (« idées noires » pour les crises suicidaires, « agitation » pour l'agitation et le délire aigu, « angoisse » pour les crises d'angoisse ou attaque de panique, « autres » si la situation ne se rapportait pas à un des cas)
- Les *moyens engagés*, la *prise en charge* préhospitalière et l'*orientation*.

### 2.3.2 ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse descriptive des données recueillies a été réalisée dans un premier temps. Chaque donnée du dossier de régulation a été analysée. Les variables qualitatives ont été exprimées en pourcentage, et les variables quantitatives en moyenne  $\pm$  dérivation standard. Les données aberrantes ont été corrigées ou écartées selon les situations.

Les tests du Chi-2, test t de Student et Fisher ont été utilisés selon les cas. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel R. La significativité statistique a été retenue pour des valeurs de  $p \leq 0,05$ .

## 2.3.3 PARTICULARITÉS LIÉES AU SUPPORT UTILISÉ

### 2.3.3.1 DONNÉES DISCRÈTES ET DONNÉES CONTINUES

Le logiciel Exos est utilisé pour la régulation au CRRA-15 de la Somme. L'ARM priorise (P0, P1 et P2) et recueille les données (administratives et celles relatives au motif de l'appel) sous formes de données discrètes (menus déroulant, choix multiples) et continues. Une première relecture des données a été faite à ce niveau pour corriger les données aberrantes liées à des erreurs de frappe, à un contenu formel erroné ou insuffisant pour caractériser le motif.

Le médecin régulateur recueille les éléments cliniques sous formes de données discrètes pour les constantes (fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle, saturation, glasgow, glycémie, capnographie, etc.) et la décision de régulation (R1, R2, R3 et R4). Les autres éléments sont sous forme de données continues. Une seconde relecture à ce niveau a été entreprise pour :

- Relever les éléments clés contenus dans les observations,
- Corriger les données aberrantes. Toute donnée manquante a été classée comme telle.

### 2.3.3.2 TEMPS PASSÉ SUR PLACE ET COÛT

La facturation dépend du moyen engagé et est variable selon les départements.

Pour ce qui est des VSAV : il en existe trois types (2.1.4). Nous n'avons pas eu de réponse du SDIS 80 concernant la facturation des VSAV réflexes et statutaires. Les VSAV dits « carence » (effectuant une mission hors de leur domaine de compétence à la demande du CRRA-Centre15). Leur tarification dans le département de la Somme est de 120€ par mission.

Pour les AP, la tarification varie selon la mission demandée par le CRRA – Centre 15 :

- Dans le cadre d'une **médicalisation avec transport** : **110€** par demi-heure indivisible + **50€** par 1/4h supplémentaire indivisible.
- Pour la **médicalisation sans transport** : **50€** par 1/4h sur place indivisible.
- Pour un « **bilan secouriste** » : **50€** sans notion de temps, il faut impérativement un bilan passé à la régulation (pouls, tension artérielle, fréquence cardiaque et les communiquer au médecin régulateur) et accord du médecin régulateur de laisser le patient sur place.
- Pour ce qui est des demandes de « **renfort brancardage** » : **85€** sans notion de temps.

Pour le SMUR, les tarifs sont détaillés dans le *Tableau 2* :

<b>TARIFICATION DES INTERVENTIONS DU SMUR applicable au 1er juin 2016</b>	
<b>Transports terrestres</b>	
<b>Personne transportée</b>	
Minimum de perception par ½ h de transport	<b>490.00 €</b>
Majoration de 25 % pour transports groupés	<b>612.50 €</b>
	<b>(A diviser par nombre de personnes transportées)</b>
Par 1/2 heure d'intervention comprenant le minimum de perception de transport	<b>490.00 €</b>
<b>Personne non transportée, soins dispensés sur place</b>	
Déplacement de l'équipe médicale, soins dispensés sur place, minimum de perception ½ heure	<b>301.00 €</b>
Par ½ heure d'intervention comprenant le minimum de perception	<b>301.00 €</b>
<b>Jonction avec un autre véhicule</b>	
Déplacement de l'équipe médicale avec véhicule minimum de perception ½ heure	<b>301.00 €</b>
Par ½ heure d'intervention comprenant le minimum de perception	<b>301.00 €</b>
<b>Déplacement aériens</b>	
<b>Hélicoptère biturbine</b>	
Par minute de transport médicalisé biturbine	<b>102.00 €</b>
Temps médicalisé au sol, minimum de perception par ½ heure	<b>301.00 €</b>

*Tableau 2 Tarification des interventions SMUR*

Le coût « réel » n'a pas pu être calculé dans notre étude. Nos demandes auprès des services financiers de l'hôpital et du SDIS 80 sont encore en attente ce jour. Les résultats présentés sont une estimation « à minima » du coût des effecteurs du déclenchement à la fin de mission rapporté à sa durée (selon la tarification sus-citée).

### **2.3.3.3 ESTIMATION DE L'ÉVENTUEL PREMIER CONTACT AVEC UN PSYCHIATRE**

L'estimation de l'éventuel premier contact avec un psychiatre n'a pu être faite qu'avec les patients relevant du secteur d'Amiens (2.1.3.2) :

- Sur le secteur d'Amiens, la psychiatrie est basée à l'Hôpital Philippe Pinel. De jour comme de nuit, un psychiatre y est présent pour les admissions.
- La journée, des psychiatres sont au CHU d'Amiens aux heures ouvrables (8h30 – 18h30) pour y assurer les demandes d'avis (« antenne psychiatrique »).

Les données de l'intra-hospitalier n'ayant pas été recueillies, le temps de contact avec un professionnel de psychiatrie a été catégorisé comme suit :

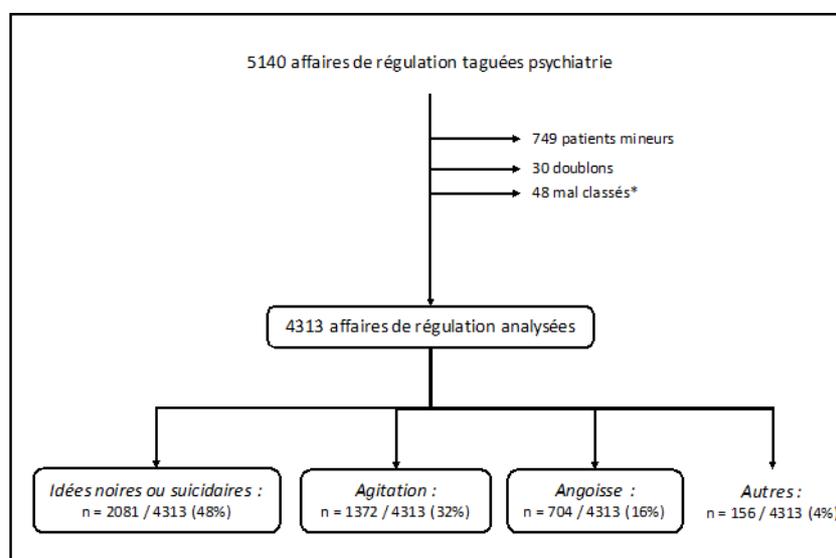
- Immédiat au décours de la prise en charge extrahospitalière (PECe) pour les patients orientés vers un secteur psychiatrique.
- Pour les patients adressés vers un secteur d'urgences polyvalentes, le temps de prise en charge intra-hospitalière (PECi) a été estimé entre 1 à 6h.
  - Pour les patients dont la finalisation du DRM se trouve en période diurne et ceux dont la finalisation se fait après 4h du matin, le temps d'attente a été estimé à la somme des durées de PECe et de PECi.
  - Pour ceux dont la finalisation du DRM était entre 18h et 4h du matin, le CHU n'ayant pas de psychiatre sur place, le temps de contact estimé est la somme des durées de PECe et de PECi auxquelles se rajoutent un temps d'attente de 6 à 22h correspondant à l'arrivée du psychiatre de l'antenne dans le service de l'UHTCD à 9h00 (2.1.3.1).

# 3 RÉSULTATS

## 3.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE ET DE L'APPEL

### 3.1.1 CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION ÉTUDIÉE

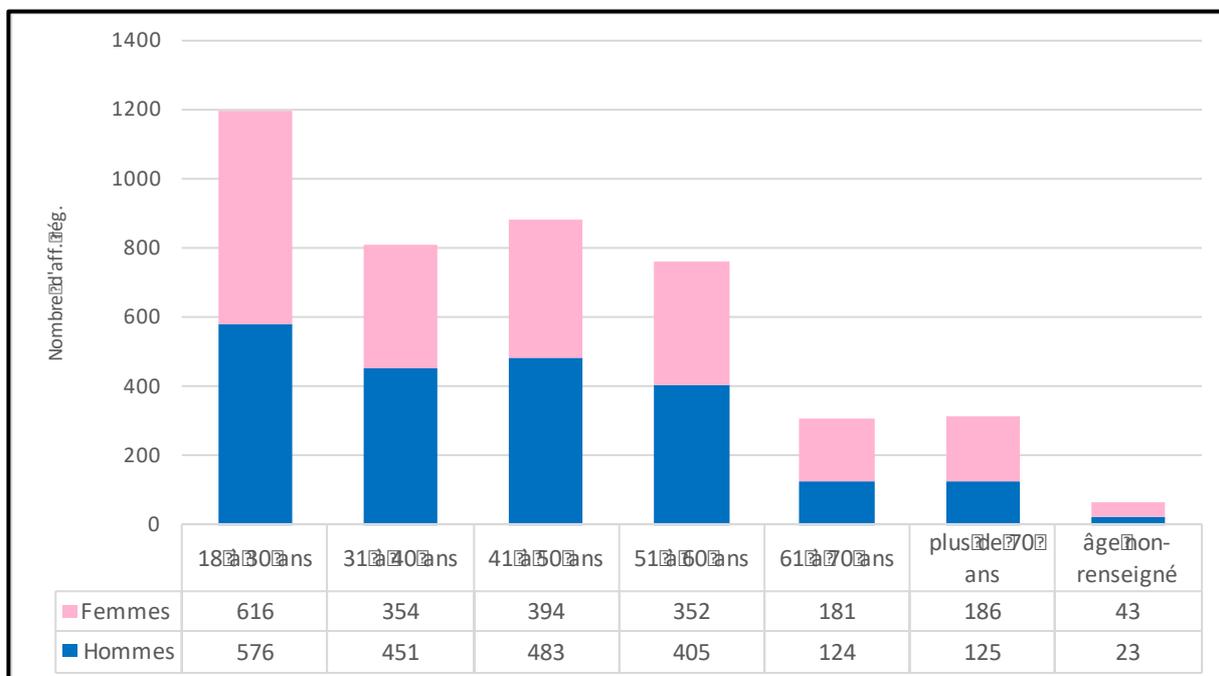
5140 dossiers de régulation ont été tagués “psychiatrique” sur une période de vingt mois (allant du 12 Avril 2019 au 31 Décembre 2020). Parmi elles, 827 ont été exclues dont 749 qui concernaient des patients mineurs, 30 qui étaient des doublons et 48 avaient été tagués “psychiatrique” par erreur (appel pour motif somatique autre). **4313 dossiers de régulation** (aff. rég) ont été analysées (*Graphique 1*).



Graphique 1 - Diagramme de flux

L'âge moyen dans la population étudiée est de  $39 \pm 19$ ans. **Plus de la moitié des patients ont entre 30 et 60ans** (n = 2439 / 4313 soit 58%). Les moins de 30 ans représentent 28% (n = 1192 / 4313), les 60 ans et plus 14% : n = 616 / 4313 (*Graphique 2*).

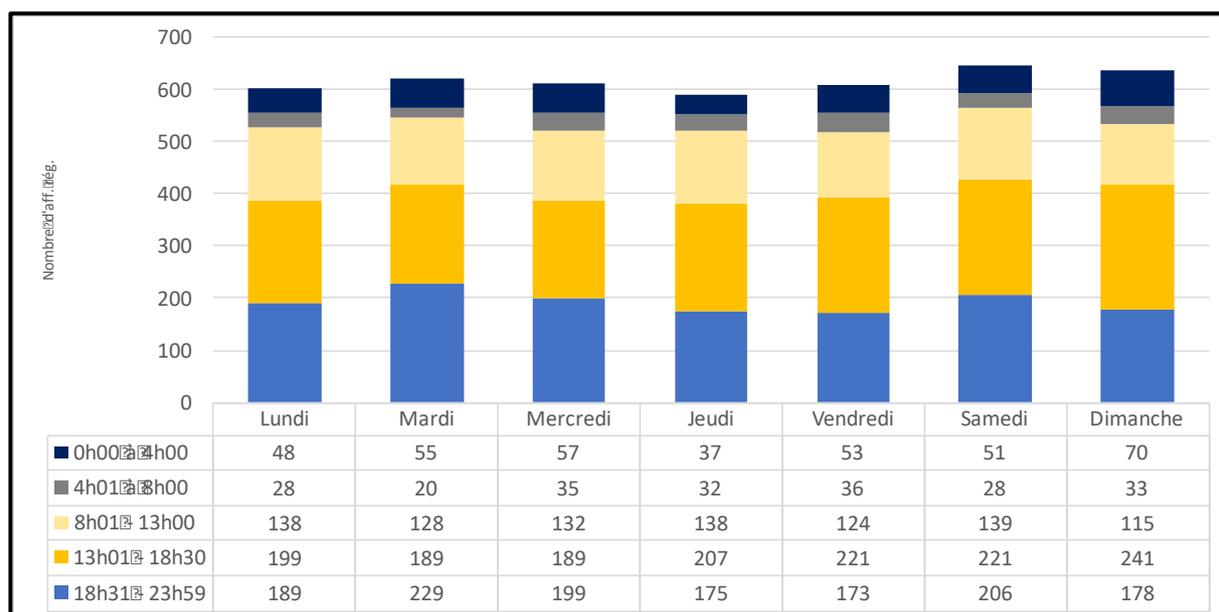
La répartition des sexes dans la population étudiée est à peu près équivalente, les hommes correspondant à 51% des patients tout âge confondu (n = 2187 / 4313). Cependant **le sexe masculin est significativement plus représenté dans la tranche d'âge des 31 – 60 ans** (55%,  $p < 0,001$ ) alors que les femmes sont significativement plus représentée chez les plus de 60 ans (60%,  $p < 0,001$ ). Elles sont plus nombreuses chez les moins de 30 ans, mais cette tendance n'est pas significative :  $p = 0,053$  (*Graphique 2*).



Graphique 2 - Répartition de l'âge et du sexe dans la population psychiatrique étudiée

### 3.1.2 CARACTÉRISTIQUES DE L'APPEL

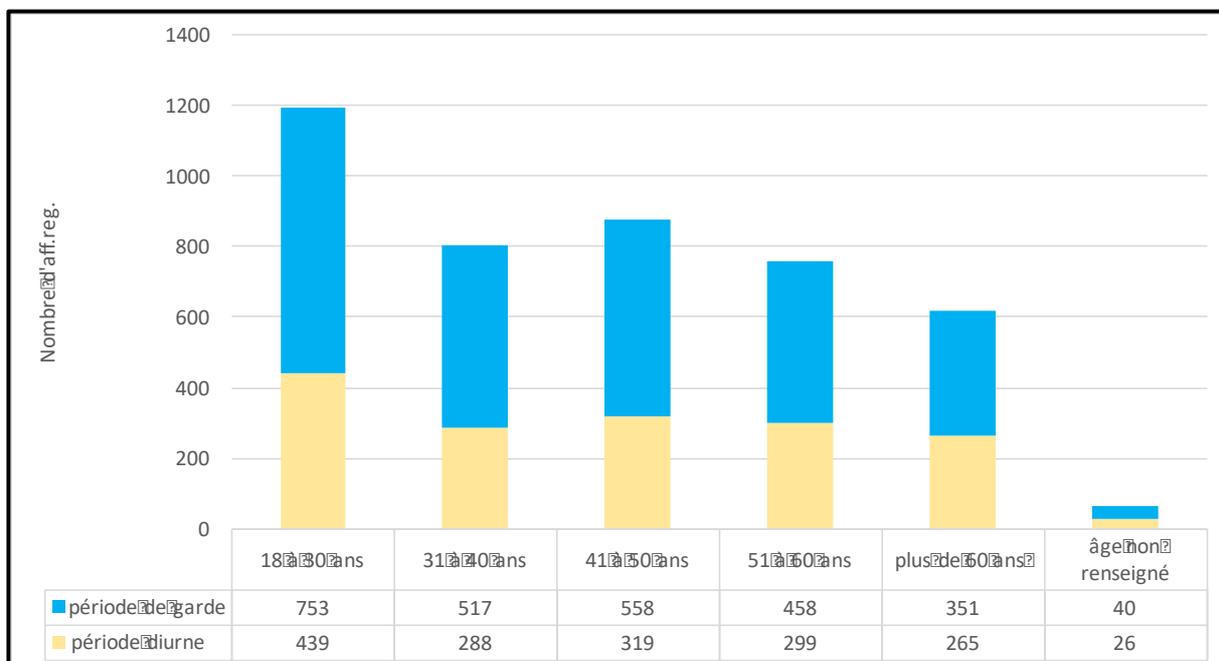
Les dossiers psychiatriques analysées se répartissent **tous les jours de la semaine** de manière homogène : 602 / 4313 (14%) un Lundi, 621 (14%) un Mardi, 612 (14%) un Mercredi, 589 (14%) un Jeudi, 607 (14%) un Vendredi, 645 (15%) un Samedi et 637 (15%) un Dimanche. **Plus des trois quarts surviennent entre 8h et 23h59** ( $n = 3730 / 4313$  soit 86%) et plus de la moitié entre 8h et 18h30 :  $n = 2381 / 4313$  soit 55%. Il n'est **pas constaté de différence significative quant à l'horaire de l'appel en fonction du jour de la semaine** :  $p = 0,22$  (Graphique 3).



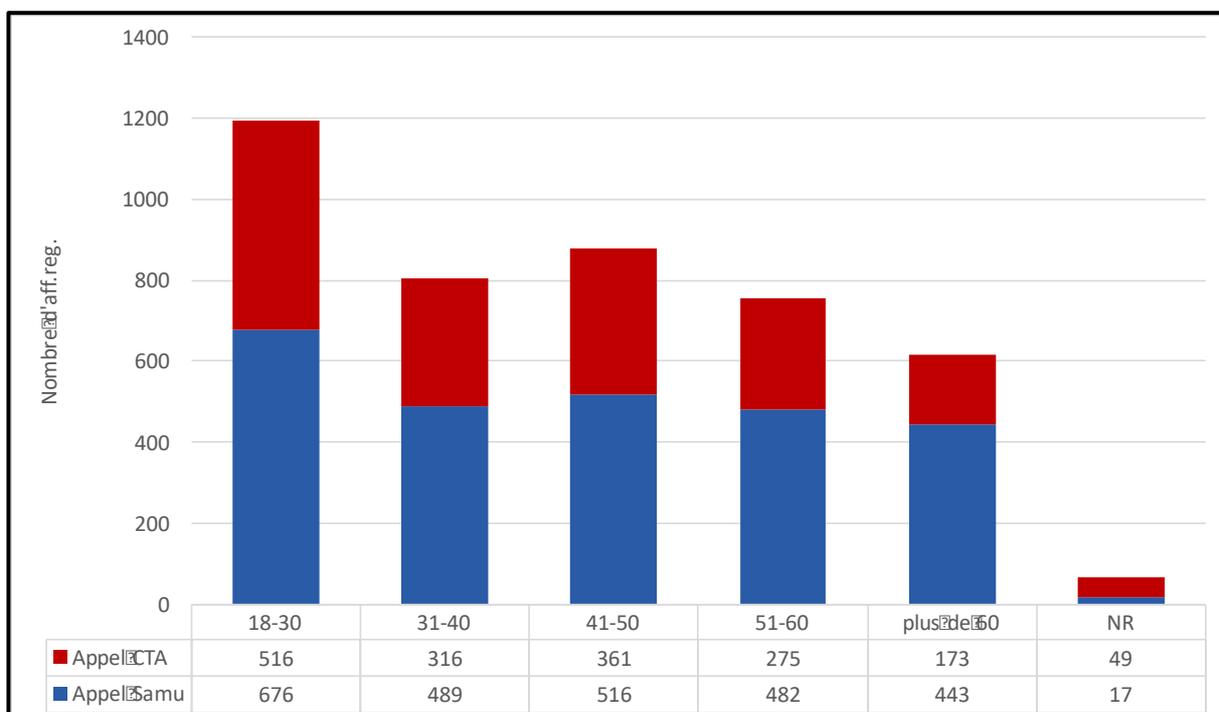
Graphique 3 - Horaire et jour des dossiers inclus

Lorsqu'on regroupe les horaires en fonction de l'organisation des soins (période « ouverte » versus période de « garde », 2.1.3.1), on remarque que **la majorité des dossiers surviennent sur une période de garde** :  $n = 2677 / 4313$  soit 62%. Les plus de 60ans appellent significativement plus en période ouverte ( $n = 265 / 616$  soit 43%,  $p < 0,001$ ), les autres tranches d'âge appellent autant en jour ouvré qu'en période de garde (Graphique 4).

La majorité des appelants passent par le CRRA – Centre 15 ( $n = 2623 / 4313$ , soit 61%). Les moins de 30 ans appellent significativement plus le CTA ( $n = 516 / 1192$ , soit 43%,  $p < 0,001$ ) alors que les plus de 60 ans passent significativement plus par le CRRA – Centre 15 :  $n = 443 / 616$ , soit 72%,  $p < 0,001$  (Graphique 5).



Graphique 4 - Période de l'appel (période diurne versus période de garde)



Graphique 5 - Provenance de l'appel

## 3.2 RÉPONSE MÉDICALE APPORTÉE

### 3.2.1 EN RÉGULATION

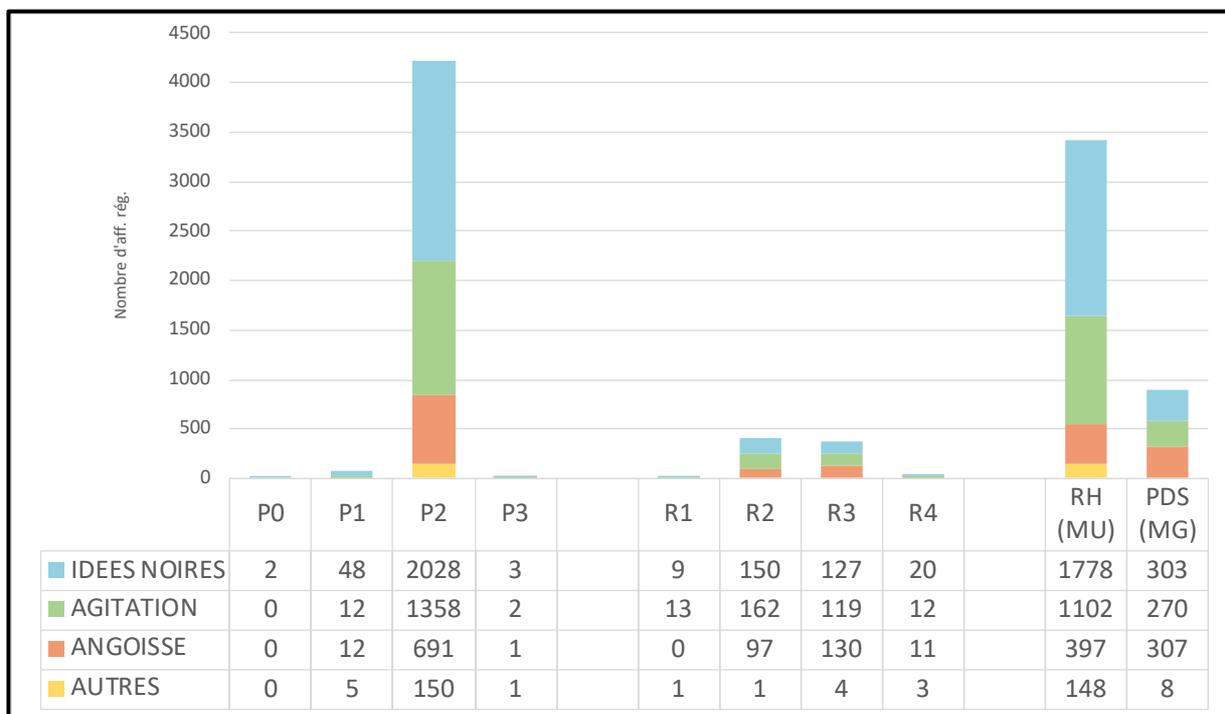
#### 3.2.1.1 MOTIFS DE L'APPEL ET PRIORISATION DE L'APPEL

Dans près d'un cas sur deux, le motif de l'appel est l'existence d'idées noires et/ou suicidaires (n = 2081 / 4313, soit 48%). L'**agitation** est retrouvée dans environ un tiers des cas (n = 1372 / 4313, soit 32%) et l'**angoisse** dans 16% des cas (n = 704 / 4313). Les motifs catégorisés « autres » sont : la malveillance (n = 104 / 4313), une fugue (n = 19 / 4313) ou la demande d'un certificat (HDT ou garde à vue) : n = 33 / 4313 (*Graphique 1* et *Graphique 6*).

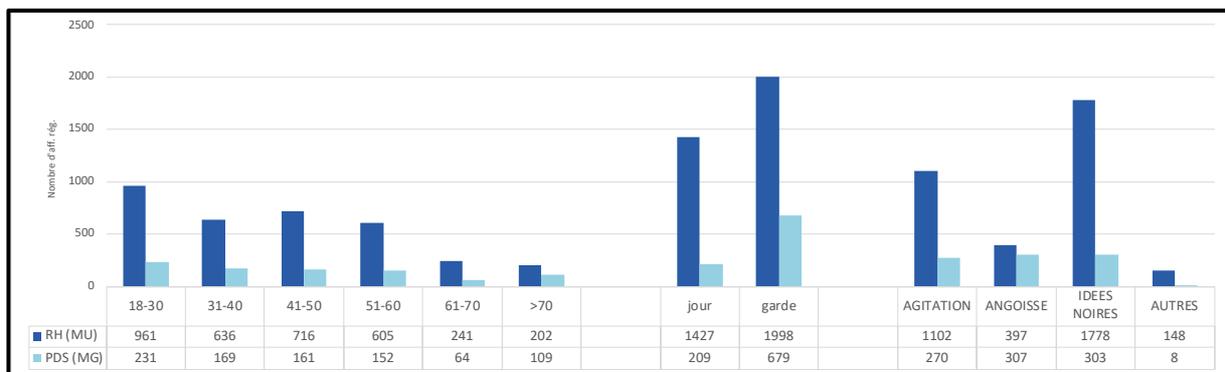
Dans la majorité des cas, l'**ARM priorise l'appel « P2 »** (« régulation médicale éventuellement temporisée ») : n = 4227 / 4313 soit 98%. Le dossier est **majoritairement orienté vers le régulateur hospitalier, urgentiste** (n = 3425 / 4313 soit 79%) qui régule l'appel en « R2 » ou « R3 » dans la quasi-totalité des cas : n = 790 / 859 soit 92% (*Graphique 6*).

Les patients de **plus de 70 ans sont significativement plus orientés vers un régulateur hospitalier (urgentiste) :  $p < 0,001$** . Il n'est pas retrouvé d'association entre l'âge et la typologie du médecin régulateur. **La PDS (médecin généraliste) est significativement plus sollicitée en période de « garde » : n = 679 / 888 soit 76%,  $p < 0,001$** .

Les appels pour idées noires et/ou suicidaires sont significativement plus orientés au médecin urgentiste que les autres motifs (n = 1778 / 4313 soit 41%,  $p < 0,001$ ), alors que les crises d'angoisse sont significativement plus transmises au médecin généraliste (n = 307 / 4313 soit 7%,  $p < 0,001$ ).



Graphique 6 - Priorisation et régulation de l'appel en fonction du motif



Graphique 7 - âge, horaire et motifs en fonction du médecin prenant en charge l'appel

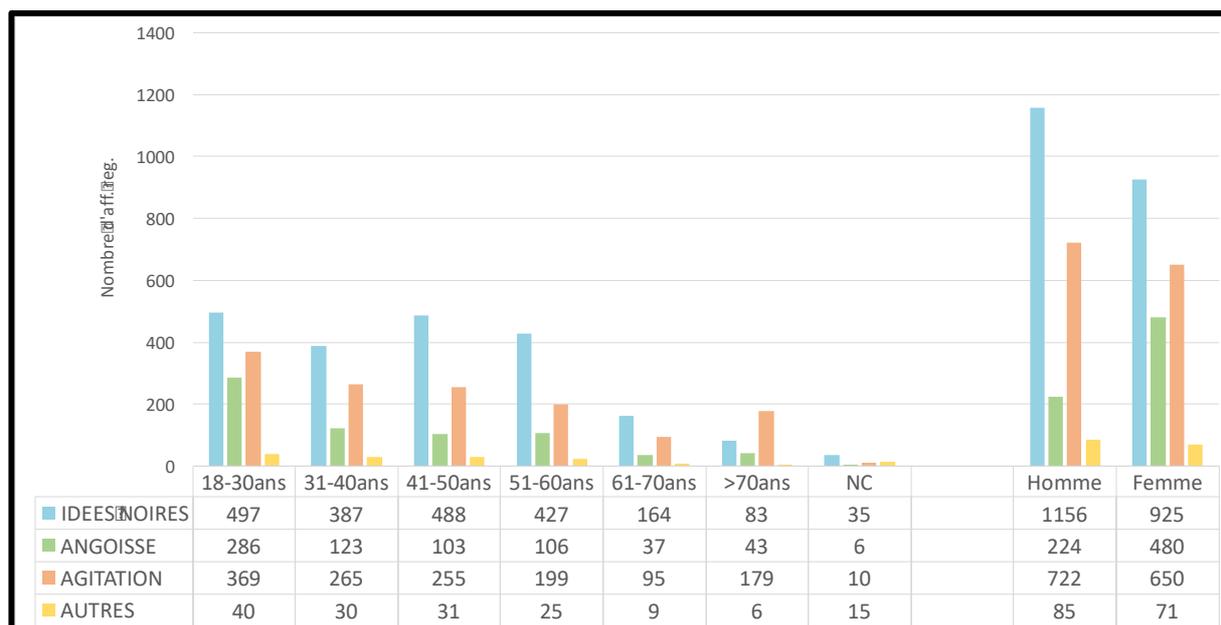
### 3.2.1.2 MOTIFS DE L'APPEL ET TYPOLOGIE DU PATIENT

Chez les 18 – 30 ans, les idées noires et/ou suicidaire restent le motif de recours le plus fréquent (n = 497 / 1192, soit 42%). **L'angoisse est deux fois plus fréquente** que dans le reste de la population : n = 286 / 1192 (versus n = 418 / 3121) soit 24% (versus 13%) ;  $p < 0,001$  (Graphique 8).

Chez les 41 – 50 et les 51 – 60 ans, les **idées noires et/ou suicidaires sont un motif plus représenté** que dans les autres tranches d'âge, respectivement : n = 488 / 877 soit 56% ( $p < 0,001$ ) et n = 427 / 757 soit 56% ( $p < 0,001$ ) (Graphique 8).

Chez les plus de 70 ans, le principal motif de recours est **l'agitation** (n = 179 / 311 soit 58%) :  $p < 0,001$  (Graphique 8).

Dans la population étudiée, **l'angoisse est significativement associée au sexe féminin** (n = 480 / 704 soit 68% avec  $p < 0,001$ ) et **les idées noires et/ou suicidaires au sexe masculin** : n = 1156 / 2081 soit 56%,  $p < 0,001$  (Graphique 1, Graphique 8). L'agitations et les autres causes ne sont pas significativement associées à un sexe.



Graphique 8 - Motif de l'appel en fonction de l'âge et du sexe du patient

## 3.2.2 EN PRÉHOSPITALIER

### 3.2.2.1 PREMIÈRE RÉPONSE APPORTÉE À L'APPEL

**Dans la quasi-totalité des cas un effecteur de premier secours est envoyé (AP ou VSAV) :** n = 4 123 / 4 313 soit 96% (*Graphique 9*).

Parmi eux, **plus de la moitié sont des ambulances privées** : n = 2251 / 4123 soit 55%. Ces dernières sont significativement plus envoyées ( $p < 0,001$ ) dans les cas d'**agitation** (n = 766 / 1372 soit 56% versus 39% pour les VSAV) et en cas d'**angoisse** : n = 454 / 704 soit 64% versus 28% pour les VSAV (*Graphique 9*). Elles sont **déclenchées significativement plus fréquemment lorsque l'appel est passé au CRRA-15** : n = 1732 / 2251 soit 77%,  $p < 0,001$  (*Graphique 10*).

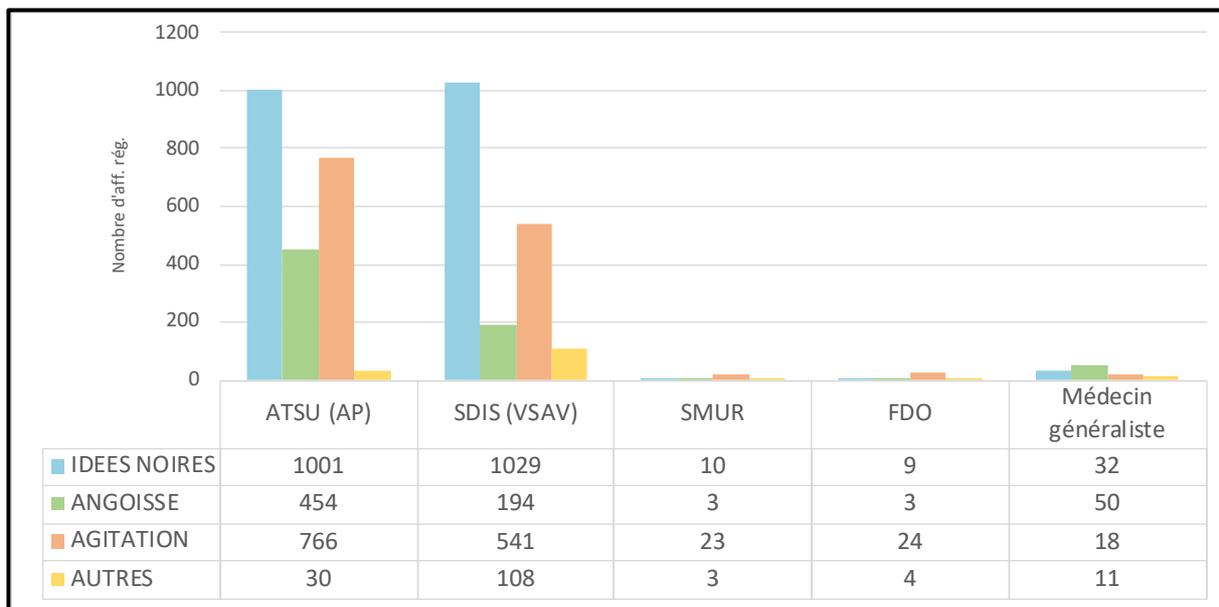
**En cas d'idées noires et/ou suicidaire, il n'est pas observé de différence significative** quant au vecteur de premier secours envoyé : 1001 / 2089 (soit 48%) pour les AP et 1029 / 2089 (soit 49%) pour les VSAV (*Graphique 9*).

Pour les autres diagnostics moins représentés (malveillance, certificat d'HDT ou de garde à vue, fugue), les moyens pompiers sont significativement plus envoyés que les ambulances privées : n = 108 / 138 versus n = 30 / 138 ;  $p < 0,001$  (*Graphique 9*).

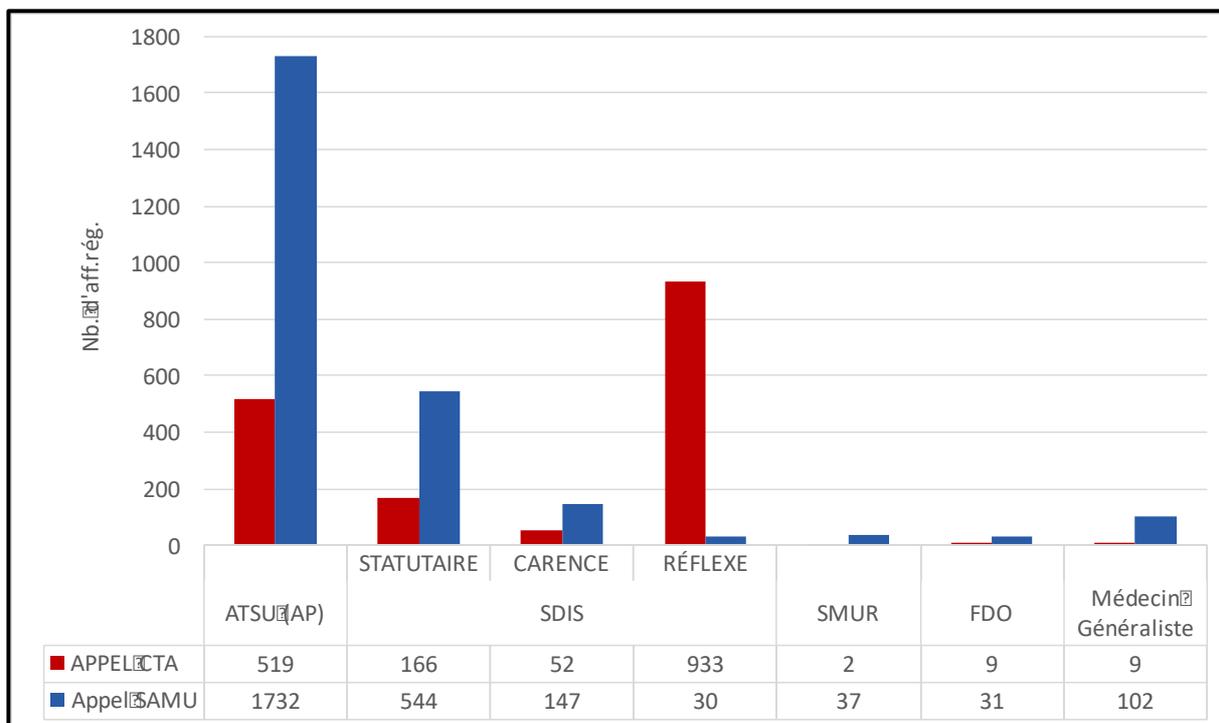
Nous constatons qu'un médecin généraliste n'est déclenché par le CRRA-15 en première intention que dans 3% des situations : n = 111 / 4313. **Le SMUR et les forces de l'ordre sont déclenchées initialement dans moins d'un pourcent des cas**, respectivement : n = 39 / 4313 et n = 40 / 4313 (*Graphique 9*).

Dans plus de la moitié des cas, **un moyen médicalisé est déclenché en première intention dans une situation d'agitation** : n = 23 / 39. Les idées noires et/ou suicidaires représentent un peu moins d'un tiers des SMUR premiers : n = 10 / 39 (*Graphique 9*).

Une répartition similaire est retrouvée pour le déclenchement des forces de police en première intention : n = 24 / 40 pour l'agitation et n = 9 / 40 pour les idées noires et/ou suicidaires. L'engagement des FDO est motivé par la présence d'armes dans la majorité des cas : n = 32 / 40 (*Graphique 9*).



Graphique 9 - Premier moyen envoyé en fonction du motif de l'appel



Graphique 10 - Premier moyen engagé en fonction de la provenance de l'appel

### 3.2.2.2 PARTICULARITÉS DES MOYENS POMPIERS (VSAV) ENGAGÉS

Lorsque qu'un appel est passé au CTA, un **moyen pompier est engagé dans plus de deux tiers des cas** des cas ( $n = 1151 / 1690$  soit 68%). Les VSAV sont déclenchées **significativement plus lorsque l'appel est passé au CTA** :  $n = 1151 / 1872$  soit 61%,  $p < 0,001$  (*Graphique 10*).

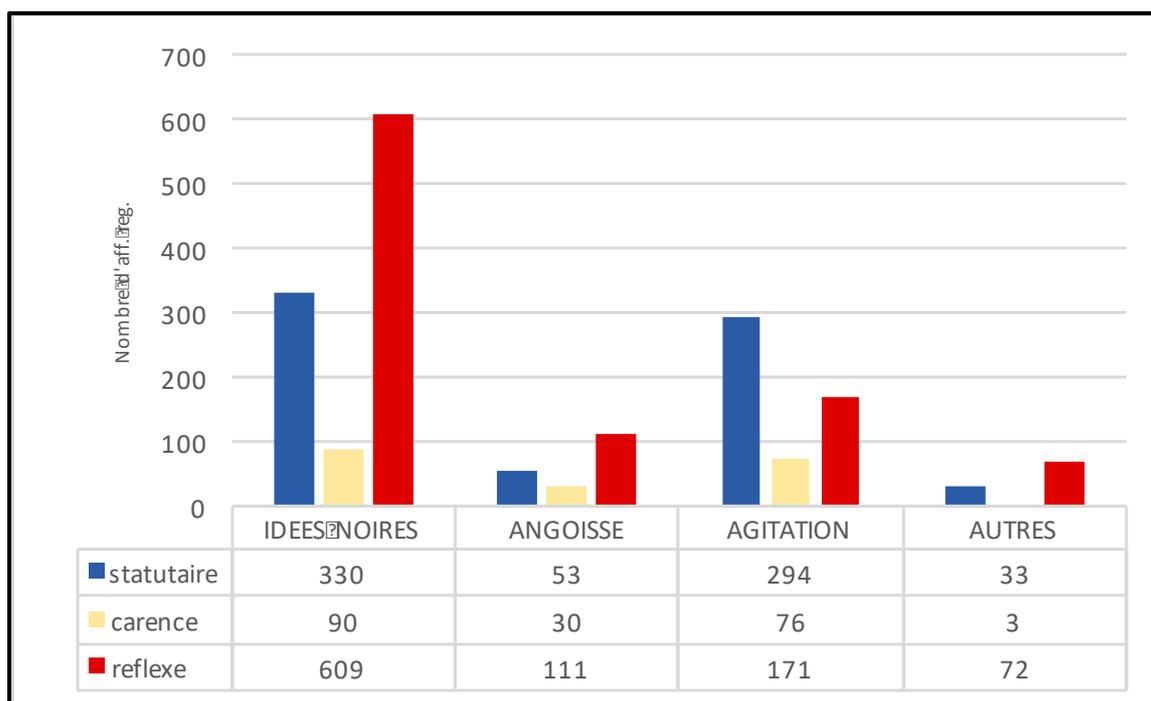
Nous constatons que plus de **la moitié des moyens pompiers déclenchés sont des VSAV réflexes** ( $n = 963 / 1872$ , soit 51%). Ces derniers sont envoyés significativement plus souvent que les autres types de VSAV dans le cas d'**idées noires** (et/ou suicidaires) ( $n = 609 / 1029$  soit 59%,  $p < 0,001$ ) mais significativement moins fréquemment déclenchés en cas d'agitation ( $n = 171 / 541$  soit 32%,  $p < 0,001$ , *Graphique 11*).

Les VSAV *statutaires* représentent un peu plus d'un tiers des moyens pompiers déclenchés :  $n = 710 / 1872$ , soit 38%. Ils sont significativement plus souvent engagés en cas d'agitation que les autres types de VSAV ( $n = 294 / 541$  soit %,  $p < 0,001$ ). A l'inverse, ils sont moins significativement envoyés sur les motifs d'idées noires et d'angoisse : respectivement  $n = 330 / 1029$  soit 32% ( $p < 0,001$ ),  $n = 53 / 194$  soit 27%, ( $p = 0,001$ , *Graphique 11*).

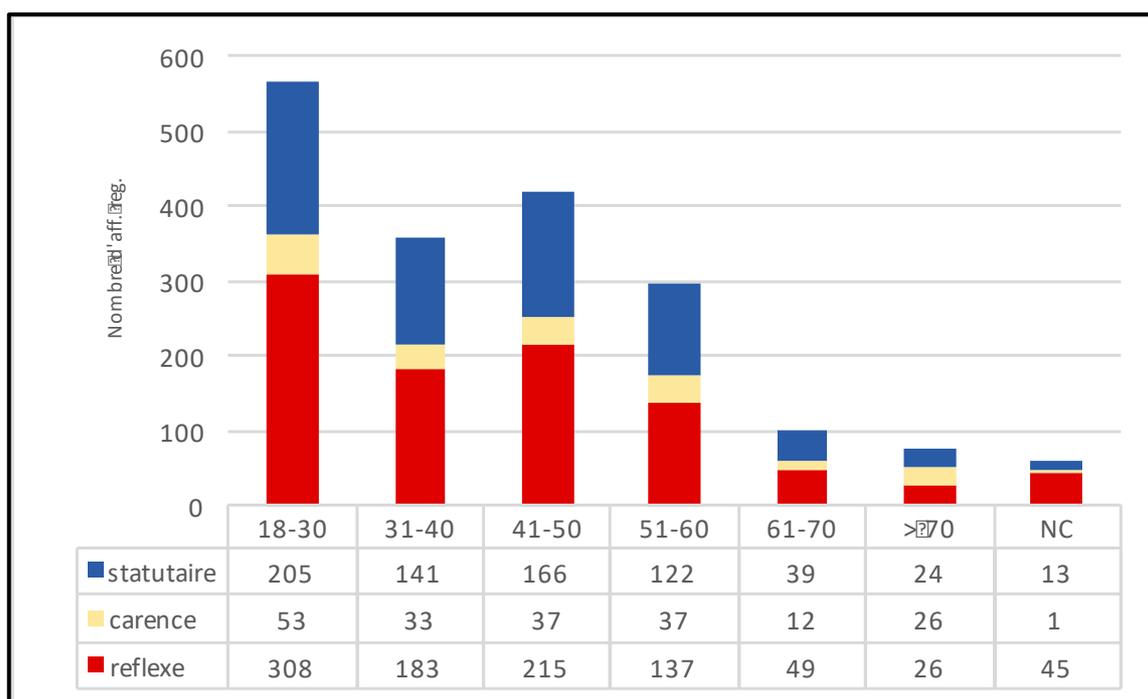
Environ un moyen pompier sur 10 est un VSAV par carence :  $n = 199 / 1872$  soit 11%. Ils sont plus fréquemment demandés dans les cas d'angoisse ou d'agitation, respectivement :  $n = 30 / 199$  soit 15% ( $p = 0,02$ ) et  $n = 76 / 541$  soit 14%, ( $p = 0,002$ ). Les carences sont moins significativement détachées pour les idées noires :  $n = 90 / 1029$  soit 9% avec  $p = 0,003$  (*Graphique 11*).

Un peu moins d'un tiers des moyens pompiers déclenchés concernent des **patients de moins de 30 ans** :  $n = 556 / 1872$  soit 31%. Parmi eux, plus de la moitié sont des **VSAV réflexes** :  $n = 308 / 556$  soit 55%. La proportion des différents types de moyens pompiers (réflexe, statutaire ou carence) n'est pas significativement plus importante que dans les autres tranches d'âges, respectivement :  $p = 0,09$  ;  $p = 0,32$  et  $p = 0,24$  (*Graphique 12*).

**Près des trois quarts des patients bénéficiant de l'envoi d'un moyen pompier ont moins de 50 ans : n = 1341 / 1872 soit 72%. Parmi eux, la proportion de VSAV réflexes est significativement plus importante chez les moins de 50 ans : n = 603 / 844, soit 63% ( $p < 0,001$ ). La même tendance est objectivée pour les carences (= 123 / 198 soit 62%) :  $p < 0,001$  (Graphique 12).**



Graphique 11 - moyens pompiers déclenchés en première intention en fonction du motif de l'appel



Graphique 12 - moyens pompiers déclenchés en première intention en fonction de l'âge

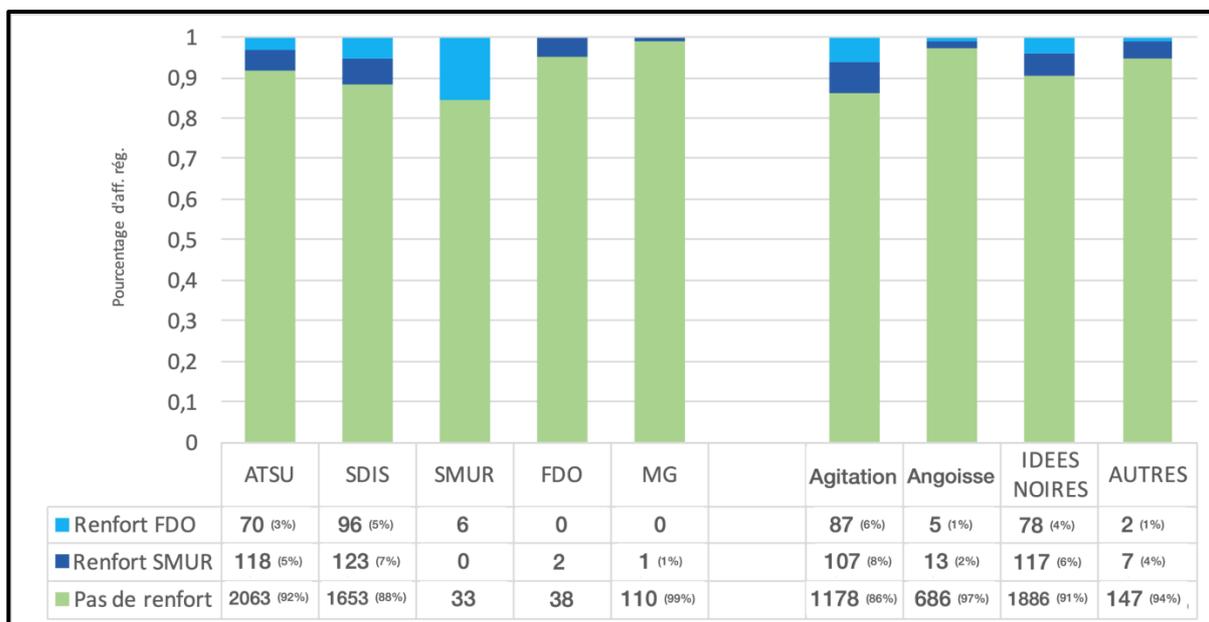
### 3.2.2.3 RENFORCEMENT DU PREMIER MOYEN ENGAGÉ

**Aucun renfort au premier moyen engagé n'est nécessaire dans la majorité des cas** ( $n = 3879 / 4313$  soit 90%). Il n'est pas constaté de différence significative quant à la proportion de renfort demandé entre les ambulances privées et les moyens pompiers, respectivement :  $n = 2037 / 2251$  (90%) et  $n = 1665 / 1872$  (89%), soit  $p = 0,10$  (*Graphique 13*).

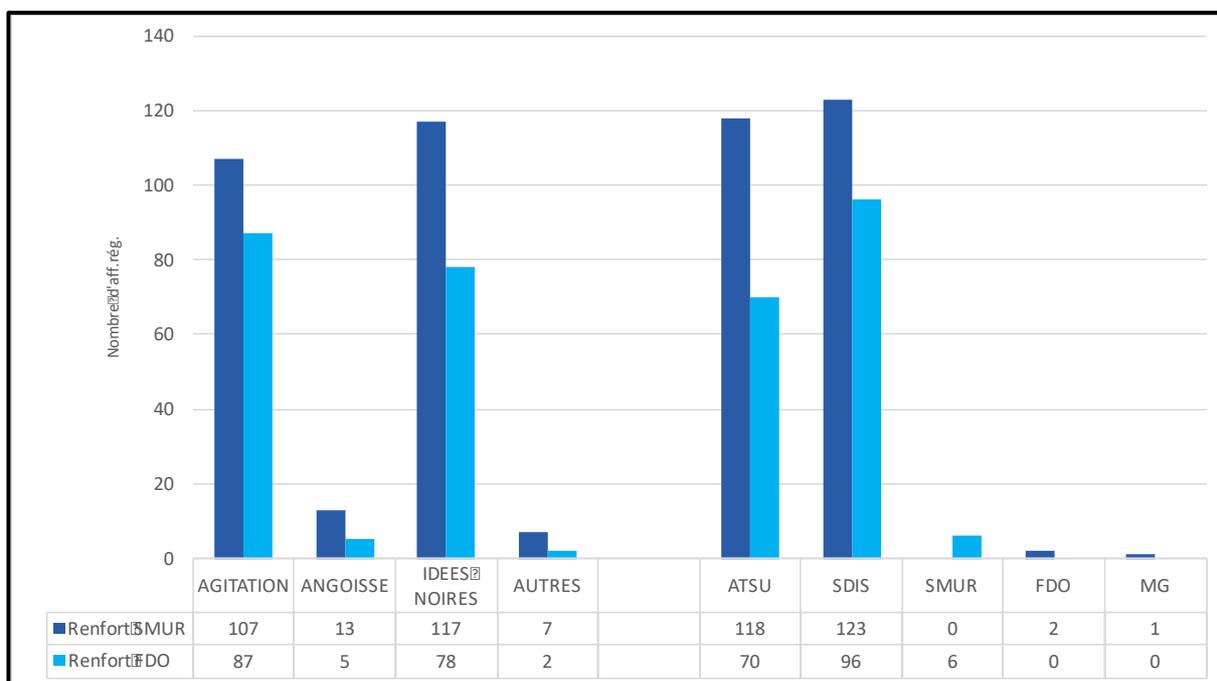
**Dans 6% des cas, le SMUR est demandé en renfort** du premier moyen engagé ( $n = 244 / 4313$ ). Dans la quasi-totalité des cas, ce sont les moyens de premiers secours (ATSU et pompiers) qui en font la demande ( $n = 241 / 244$  soit 99%). Il n'existe pas de différence significative quant à la proportion de renforts SMUR demandés par l'effecteur de premier secours (ATSU ou pompiers), respectivement :  $n = 118 / 2155$  (5%) et  $n = 123 / 1788$  (7%) soit  $p = 0,07$  (*Graphique 13* et *Graphique 14*).

La majorité des renforts SMUR demandés concernent, **pour moitié, des patients présentant des idées noires et/ou suicidaire et, pour moitié, des cas d'agitation**, respectivement :  $n = 117/244$  (47%) et  $n = 107/244$  (44%). La proportion de renfort SMUR demandés est **significativement associée à l'agitation** ( $p < 0,001$ ). Aucune association n'est retrouvée dans les situations d'idées noires et/ou suicidaires. L'angoisse nécessite significativement moins de renfort SMUR que les autres motifs :  $n = 13 / 244$  (5%), soit  $p < 0,001$  (*Graphique 14*).

**Dans 4% des cas, les forces de l'ordre sont demandées en renfort** du premier moyen engagé ( $n = 153 / 4313$ ). Dans la quasi-totalité des cas, ce sont les moyens de premiers secours (ATSU et pompiers) qui en font la demande ( $n = 241 / 244$  soit 99%). Il n'existe pas de différence significative quant à la proportion de renfort police demandé par l'effecteur de premier secours (ATSU ou pompiers), respectivement :  $n = 118 / 2155$  (5%) et  $n = 123 / 1788$  (7%) soit  $p = 0,07$  (*Graphique 13* et *Graphique 14*).



Graphique 13 - Renforcement du premier moyen engagé



Graphique 14 - Renfort SMUR et FDO en fonction du premier moyen envoyé et du motif de l'appel

### 3.2.2.4 PRISE EN CHARGE MÉDICALE PRÉHOSPITALIÈRE (SMUR)

283 SMUR ont été déclenchés sur des pathologies psychiatriques aiguës :

- **La plupart en renfort d'un moyen de premier secours envoyé** en première intention :  $n = 241 / 283$  soit 86% (*Figure 1*);
- 14% ( $n = 39 / 283$ ) ont été déclenchés en première intention et 3 en renfort des forces de police ou du médecin généraliste (*Figure 1*).

Quelle que soit les conditions de son déclenchement, **nous constatons que strictement aucune thérapeutique n'est entreprise par le SMUR dans plus de trois quart des cas** :  $n = 223 / 283$  soit 79%. Dans 14% des cas ( $n = 41 / 283$ ) la prise en charge consiste en une simple évaluation clinique suivie de la demande immédiate d'un renfort des forces de police (*Figure 1*).

Dans les cas où une thérapeutique était entreprise par le SMUR, dans 70% celle-ci était un traitement par **psychotrope** ( $n = 42/60$ ) avec dans 86% des cas en vue d'une **contention chimique** ( $n = 36/42$ ), dans 13% des cas une **contention physique** ( $n = 8 / 60$ ), dans 10% des cas une **contention chimique et physique** ( $n = 6 / 60$ ), et dans 7% des cas ( $n = 4/60$ ) il s'agissait d'une autre thérapeutique : oxygène, antalgiques, etc. (*Figure 2*).

Pour les contentions chimiques, la voie la plus utilisée était dans **trois quart des cas** la voie **intramusculaire** ( $n = 27 / 36$ , soit 75%), la **voie nasale était peu utilisée** ( $n = 2 / 36$ , soit 6%), une **association des voies** (intramusculaire et nasale, intramusculaire et intraveineuse ou les 3 en même temps) était retrouvée dans 18% des cas ( $n = 6 / 36$ ). Dans 3% des cas la voie n'a pas été renseignée ( $n = 1 / 36$ ). A noter que la **voie intraveineuse seule et la voie orale n'ont pas été utilisées** dans le cadre d'une contention chimique (*Figure 2*).

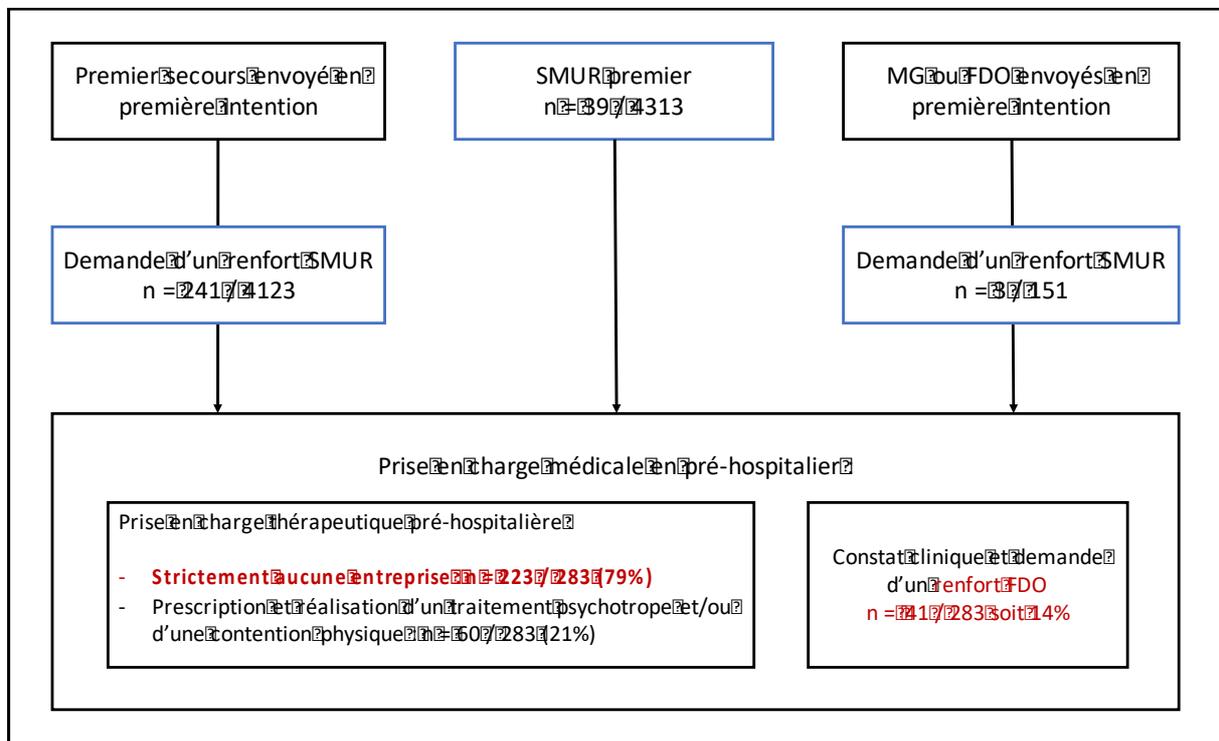


Figure 1 - Prise en charge médicale préhospitalière

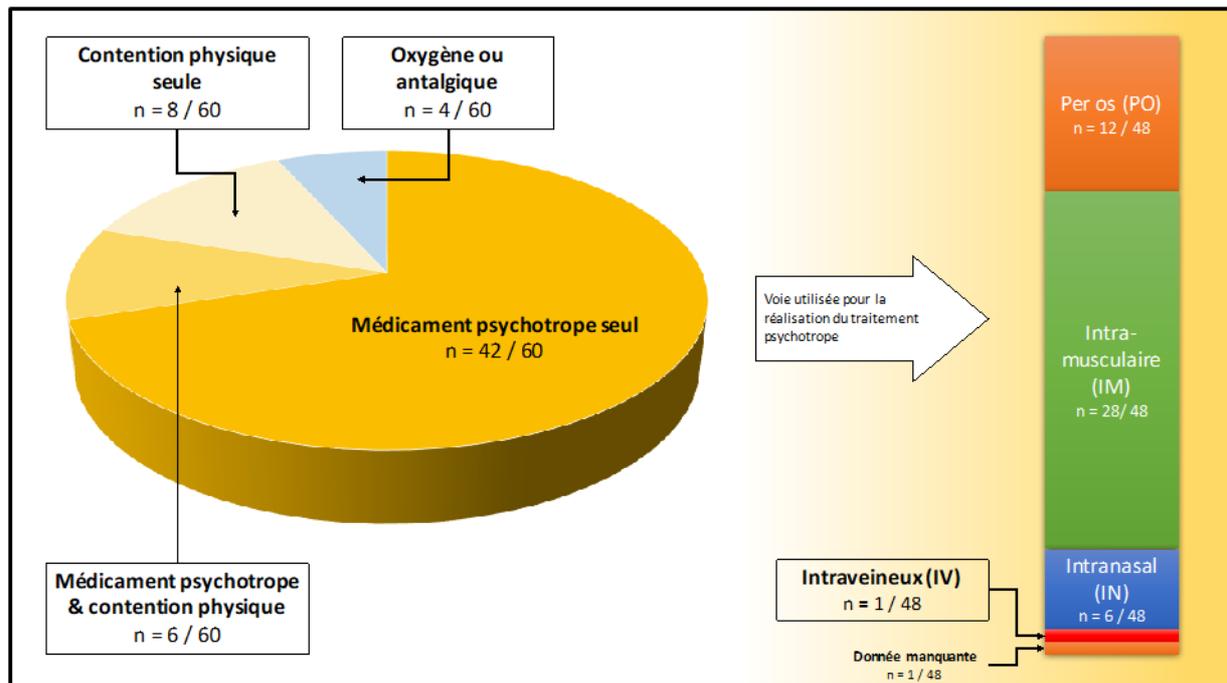


Figure 2 - Prescription médicamenteuse et voie utilisée

### 3.2.3 ORIENTATION AU DÉCOURS

Pour rappel : en dehors des patients laissés sur place, l'orientation n'a pu être considérée que pour les dossiers se référant au secteur psychiatrique amiénois 2.1.3.2 :  $n = 2432 / 4313$  soit 56% de la population étudiée.

Nous constatons que **plus de la moitié des patients sont orientés vers un secteur d'urgences polyvalentes** (ne disposant d'aucun plateau de psychiatrie) :  $n = 1439 / 2432$  soit 59%. Parmi eux, les patients présentant une crise d'angoisses ou des idées noires sont significativement plus souvent orientés vers ce secteur (respectivement  $n = 110/381$ , soit 29% et  $n = 427 / 1213$ , soit 35%,  $p < 0,001$  pour ces 2 sous-groupes).

On constate que seuls les patients ayant pour motif d'appel l'agitation sont significativement envoyés plus fréquemment vers un secteur psychiatrique ( $n = 431 / 818$ , soit 53%,  $p < 0,001$ , Graphique 15 - Orientation au décours de la prise en charge Graphique 15).

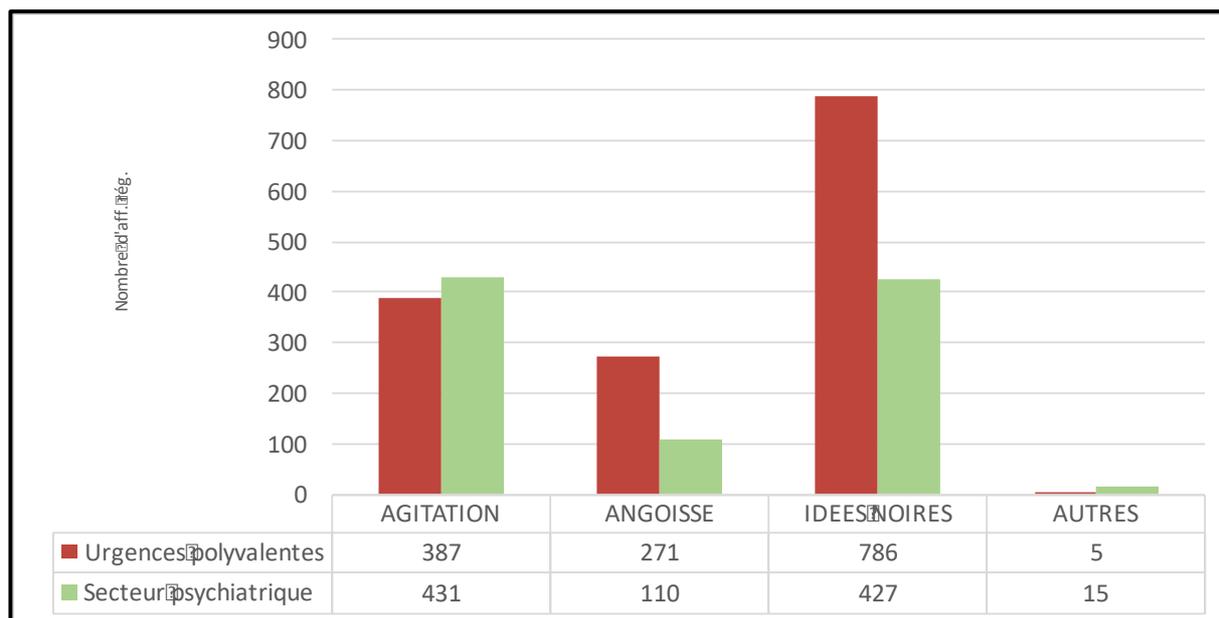
Les patients jeunes (18-30 ans) sont significativement plus envoyés vers un secteur psychiatrique que les autres catégories d'âge ( $n = 320 / 707$ , soit 45%,  $p = 0,002$ ). Les patients de plus de 70 ans sont, quant à eux, significativement plus fréquemment envoyés vers un secteur d'urgences polyvalentes ( $n = 126 / 159$ , soit 79%,  $p < 0,001$ ). Il n'est pas retrouvé d'autres différences significatives pour les autres tranches d'âge (Graphique 16).

Parmi ceux envoyés aux urgences polyvalentes : le motif justifiant une prise en charge somatique pure initiale est majoritairement l'**alcoolisation aiguë** dans un tiers des cas ( $n = 461 / 1449$ , soit 32%).

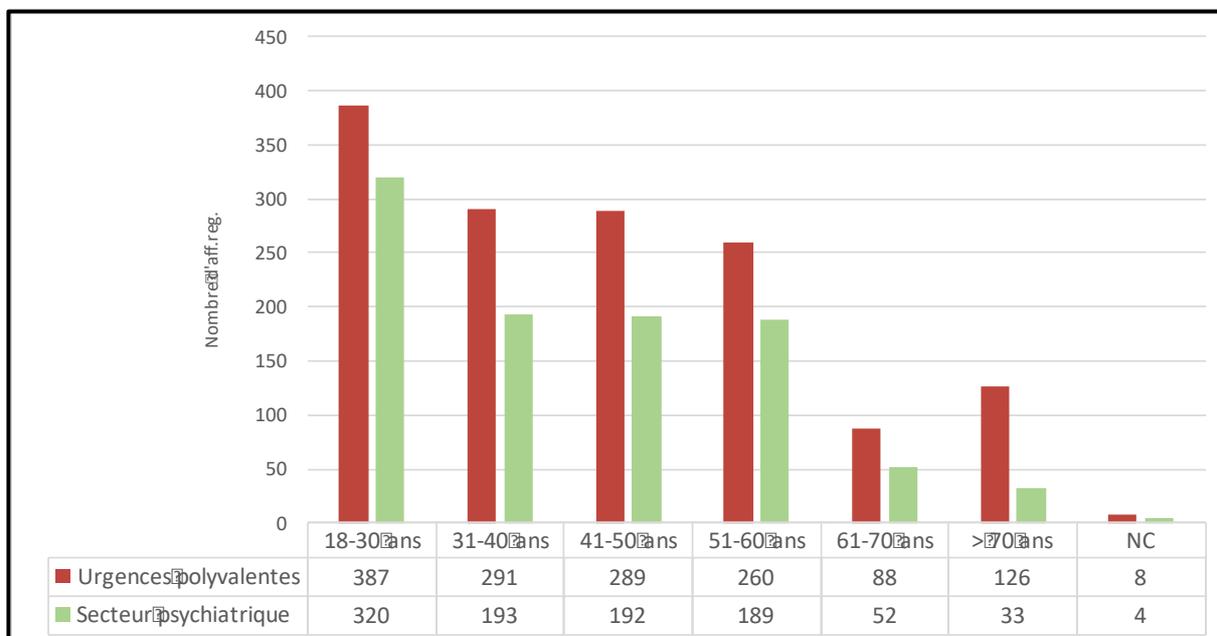
Les autres situations justifiant une prise en charge somatique pure sont une **intoxication médicamenteuse** volontaire dans 13% des cas ( $n = 193 / 1449$ ), une pathologie somatique intercurrente dans 12% des cas ( $n = 175 / 1449$ ), une phlébotomie dans 6% des cas ( $n = 81 / 1449$ ), et une prise de drogue dans 2% des cas ( $n = 29 / 1449$ ).

**Dans plus d'un tiers des situations** ( $n = 510/1449$ , soit 35%), le motif somatique justifiant un passage vers une structure d'urgences polyvalentes en lieu et place d'un secteur d'urgences psychiatriques est **inconnu** (Graphique 17).

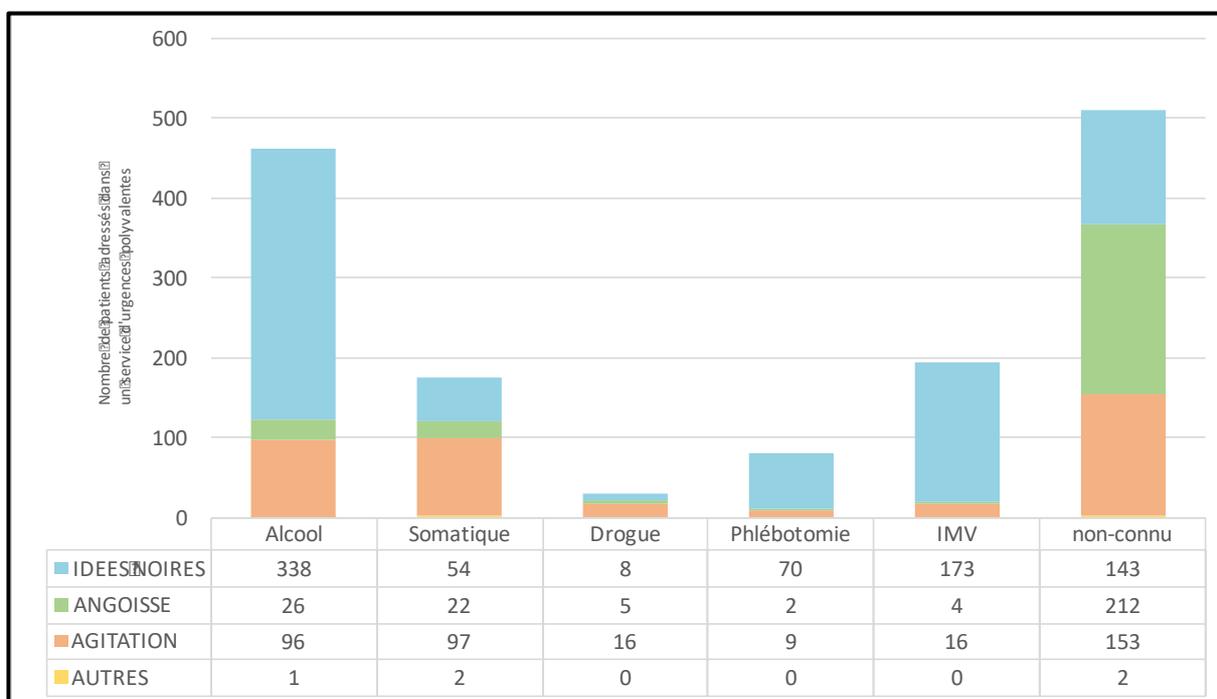
Les patients non transportés (laissés sur place, non vus, refus d'évacuation, pris en charge par les forces de l'ordre, etc.) représentent 17% de la population de l'étude (n = 732 / 4313). Nous remarquons que les agitations sont significativement plus souvent laissées sur place que les autres (n = 209 / 1372,  $p = 0,03$ ). Les idées noires sont, inversement, significativement plus transportées (n = 1802 / 2081,  $p < 0,001$ ). Moins d'un patient sur cinq présentant une angoisse est laissé sur place. Aucune différence significative n'est constatée par rapport aux autres motifs (n = 125 / 704, Graphique 18).



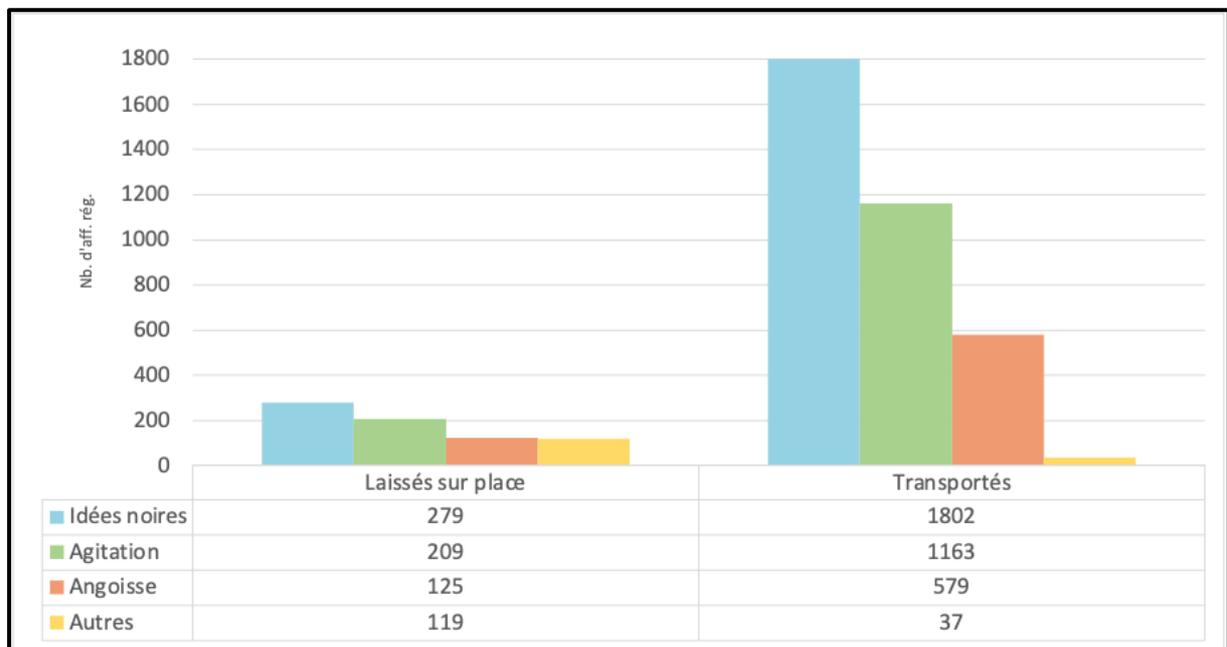
Graphique 15 - Orientation au décours de la prise en charge



Graphique 16 - Orientation en fonction de l'âge



Graphique 17 - Motifs justifiant l'orientation vers un service d'urgences polyvalentes



Graphique 18- Patients laissés sur place en fonction du motif d'appel initial

### 3.3 AU PLAN MÉDICO-ÉCONOMIQUE

*Rappel* : la méthodologie utilisée pour les calculs de coût et pour le temps avant un premier contact avec un professionnel de psychiatrie est décrite en 2.3.3.2 et 0.

#### 3.3.1 IMPACT ÉCONOMIQUE

Au total, nous constatons que **5175 moyens tout confondus** (AP, VSAV, SMUR, MG et FDO) ont été nécessaires pour prendre en charge les 4313 patients de l'étude, soit un rapport entre le **nombre de moyens/patient de 1,20** : renfort SMUR, renfort police, etc (*Tableau 3*).

Le temps moyen d'intervention moyen d'un premier secours d'environ **une heure et vingt minutes** : 78 +/- 64 minutes pour les ambulances privées et 81 +/- 75 minutes pour les VSAV. L'intervention d'une équipe SMUR apparaît plus longue mais cette différence n'est pas significative : 92 +/- 86 minutes (*Tableau 3*).

Nous estimons, a minima, le coût de la prise en charge extrahospitalière de ces patients à **un million d'euros environ** sur la période d'inclusion de 20 mois soit plus de **55 000 € par mois**. Les **ambulances privées représentent à elle seules environ la moitié** des dépenses : 530 000 € (*Tableau 3*).

	ATSU	VSAV	SMUR	FDO	MG	Total
Moyens engagés totaux	2320	2190	297	228	140	<b>5175</b>
Patient laissé sur place	198	511	48	-	-	<b>757</b>
Temps moyen d'intervention	78 ± 64	81 ± 75	92 ± 86	-	-	(minutes)
Coût minimal estimé	530 000 €	260 000 €	325 000€	-	-	<b>1 115 000 €</b>

*Tableau 3 : Nombre total de moyen engagé, temps moyen d'intervention et coût estimé*

### 3.3.2 PREMIER CONTACT AVEC UN PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE

Parmi les patients du secteur d'Amiens, nous estimons que le temps de contact est avec un professionnel de psychiatrie est d'**une heure environ pour moins de la moitié des patients** : n = 983 / 2432 (soit 40%). Ces derniers sont ceux *admis d'emblée en secteur psychiatrique* (Tableau 3).

**Pour un peu plus d'un tiers, ce temps est estimé entre 6 et 22 heures** : n = 848 / 2432 (soit 35%) correspondant aux patients admis dans un secteur d'urgences polyvalentes entre 18h et 4h00 du matin (Tableau 3).

**Un quart des patients bénéficierait d'un délai de deux à sept heures** environ avant un contact psychiatrique : n = 601 / 2432 (soit 25%). Ces derniers sont ceux admis dans un secteur d'urgences polyvalentes sur une période de jour ou entre 4h et 8h (Tableau 3).

	Secteur psychiatrique d'emblée	Urgences polyvalentes		
		Patient arrivé sur période diurne (finalisation DRM)	Patient arrivé sur période de garde (finalisation DRM)	
			après 4h	avant 4h
Définition du temps de contact estimé avec un professionnel de psychiatrie	PECe	PECe + PECi		Temps PEC + PECi + 4 à 15h
Nombre de patients concernés	983	528	73	848
PECe	69 +/- 51 minutes	91 +/- 84 minutes	74 +/- 68 minutes	81 +/- 77 minutes
PECi	0	1 à 6 heures		
<b>Temps de contact estimé avec un professionnel de psychiatrie</b>	<b>Une heure environ</b>	<b>2 à 7 heures environ</b>		<b>6 à 22 heures</b>

Tableau 4 - Premier contact avec un professionnel de psychiatrie

## 4 DISCUSSION

### 4.1 AVANTAGES ET LIMITES DE LA MÉTHODE

#### 4.1.1 RÉSULTAT PRINCIPAL ET SON IMPLICATION MAJEURE

L'étude montre que **la majorité des patients recourant au CRRA-15 pour un motif psychiatrique aigu (agitation, angoisse, idées noires) ne bénéficie pas d'un contact avec un professionnel de psychiatrie** dans la majorité des cas :

- Envoi d'un effecteur de premier secours dans la quasi-totalité des cas (n = 4 123 / 4 313 soit 96%, 3.2.2.1, *Graphique 9*) ;
- Aucune thérapeutique entreprise en pré-hospitalier dans la quasi-totalité des cas (n = 60 / 4123, 3.2.2.4, *Figure 1*) ;
- Majoritairement orientés vers un service d'urgences polyvalentes dans la majorité des cas (n = 1449 / 2432 soit 56%, 3.2.3, *Graphique 15*).
- Temps de contact avec un professionnel de psychiatrie estimé entre 6 et 22 heures pour plus d'un tiers des patients du secteur d'Amiens (*Tableau 3*).

La mise en place d'un volet psychiatrique dédié au sein du SAS pourrait **améliorer la prise en charge préhospitalière et l'orientation de ces patients** (personne ressource qualifiée en psychiatrie, protocoles de prise en charge et d'orientation).

#### 4.1.2 INTÉRÊTS DE L'ÉTUDE

L'avantage principal de l'étude est de décrire la prise en charge préhospitalière des urgences psychiatrique de **manière factuelle** de par sa méthode de sélection (ensemble des patients tagués "psychiatrie", 2.3.1), l'analyse des données (utilisation de données formelles, 2.3.1) et l'effectif de la population étudiée : plus de 4 000 patients inclus (3.1.1), chiffre plus conséquent que la plupart des travaux de la littérature relatifs à la régulation des urgences psychiatriques préhospitalières [6,7,14–18].

Les motifs d'appels retrouvés dans notre étude sont les idées noires et/ou suicidaires dans près de la moitié des cas, l'agitation pour un tiers des appelants et l'angoisse (*Graphique 1*). Cette dernière est deux fois plus fréquente dans la population jeune, alors que l'agitation est le motif principal de recours des patients âgés (3.2.1.2, *Graphique 8*).

La population de **l'étude semble représentative** des urgences psychiatriques préhospitalière en France puisque ces motifs d'appels sont ceux retrouvés dans les mêmes proportions dans la littérature [6–8,14,16,19].

Le recours à une méthodologie simple utilisant essentiellement des données catégorielles et/ou discrètes (2.3.3.1) associée à un effectif conséquent (*Graphique 1*) a permis d'obtenir des **résultats significatifs et concrets**, par exemple : la typologie de la population étudiée (3.1.1), les caractéristiques et la régulation de l'appel (3.1.2, 3.2.1), l'effecteur envoyé (3.2.2.1). Ceci est un des avantages fort de l'étude qui nous permet :

- D'utiliser ces résultats pour faire l'état des lieux de nos pratiques au SAMU Centre-15 de la Somme : prise en charge initiale et orientation de ces patients (3.2.2.1, 3.2.3, 4.1.1), **adéquation de nos pratiques avec les recommandations** actuelles [8] : 0.
- Outre le caractère scientifique, d'apprécier des sujets médiatiques et/ou non-consensuels et/ou basés sur un **certain « ressenti » de manière plus objective**. Par exemple, notre étude permet d'infirmier de manière formelle, à l'échelle de la régulation des pathologies psychiatriques aiguës dans notre centre, les affirmations relayées par les médias sur une « consommation excessive » des VSAV par carence [20–25] :
  - o Plus de la moitié des moyens pompiers sont déclenchés de manière réflexe par le CTA lui-même sans régulation médicale préalable par le CRRA-Centre15 (3.2.2.2).
  - o Les VSAV par carence (c'est-à-dire faute d'ambulance privée disponible) ne représentent qu'une minorité des effecteurs SDIS déclenchés (10% environ, 3.2.2.2).
  - o Les statutaires (déclenchés par le CTA ou par le CRRA-Centre15 dans le cadre de leurs missions propres : secours à personne, voie publique, etc.) représentent un tiers des moyens pompiers envoyés (3.2.2.2).

## 4.1.3 PRINCIPALES LIMITES DE L'ÉTUDE

### 4.1.3.1 MANQUE DE PUISSANCE

L'étude a inclus plus de quatre milles patients, permettant d'atteindre un seuil de significativité pour la plupart des résultats présentés (3.1). Pour autant, un certain nombre de données manquantes sont à prendre en considération.

Par exemple, l'**orientation des patients au décours** de la prise en charge n'a pas été analysée dans près de la moitié des cas ( $n = 1881 / 4313$  soit 44%, 3.2.3). Ce manque de puissance est liée à une contrainte technique et organisationnelle : le logiciel Exos ne permet pas de différencier l'orientation psychiatrique du somatique pour les secteurs autres qu'Amiens : Abbeville, Péronne (2.1.3.2). Cette particularité n'avait pas été anticipée lors de la conception de l'étude. Il n'était pas prévu de consulter, a posteriori, les données des logiciels intra-hospitalier, raison pour laquelle nous n'avons pas pu récolter ces données.

Un manque de puissance est également constaté sur les **décisions de régulation** : R1 à R4 (3.2.1.1). Bien qu'étant une donnée discrète (case à cocher), cette donnée n'est pas indispensable à la validation d'un dossier de régulation au plan informatique contrairement aux moyens demandés (SMUR, AP, VSAV, etc.). Cet élément associés à d'autres (horaire nocturne, multiplicité des dossiers de régulation survenant au même moment, adhésion du médecin au support informatique, etc.) expliquent que beaucoup de décision de régulation sont manquantes dans les dossiers de régulation ( $n = 3454 / 4313$  soit 80%). Bien que ces données auraient pu être retrouvées en les associant au moyen envoyé (2.1.1), nous ne les avons pas corrigées à posteriori par souci d'exhaustivité.

Peu de données sont manquantes par ailleurs. Par exemple, l'âge non référencé dans moins d'un pourcent des cas ( $n = 66 / 4313$ , 3.1.1). Peu de données aberrantes ont été corrigées : quatre erreurs sur le sexe (repérées grâce au contenu de l'observation de l'ARM et/ou du médecin) et trois erreurs de cotation sur les moyens (VSAV statutaire au lieu carence, etc).

#### **4.1.3.2 APPROXIMATIONS DANS L'ANALYSE DES COÛTS ET DE LA DUREE AVANT UN PREMIER CONTACT AVEC UN PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE**

Le **coût calculé dans l'étude est approximatif** et gêne l'interprétation de ce résultat (2.3.3.2). Cet élément n'est pas lié à des données manquantes concernant la durée d'intervention ou dans le nombre d'effecteurs engagés (données toutes colligées dans le logiciel Exos) mais à un manque de référentiel clair de facturation des effecteurs :

- La tarification « théorique » est bien codifiée pour le SMUR et les ambulances privées mais elle peut varier localement pour les VSAV (2.3.3.2).
- La tarification réelle n'a pu être consultée (donnée indisponible au SAMU et toujours en attente des services financiers du CHU, le SDIS n'a pas souhaité communiquer sur le sujet). Le coût a, donc, été calculé à partir des données de l'intervention (durée et typologie du transport en fonction de la tarification « théorique » minimale).

Le temps avant un premier contact avec un professionnel qualifié en psychiatrie est aussi une approximation à partir des données disponibles, les données de l'intra-hospitalier n'ayant pas été recueillies. Les contraintes du logiciel Exos a restreint l'analyse de cette variable au seul secteur d'Amiens, majorant les biais d'interprétation de cette donnée (0). Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude relative à la durée avant un contact avec un professionnel qualifié de psychiatrie [7,8,15].

#### 4.1.3.3 AUTRES BIAIS DE L'ÉTUDE

Le tag “psychiatrie” était un des critères d’inclusion dans l’étude (2.2). Il s’agit, probablement, d’un **biais de sélection** retrouvé dans notre étude. Dans la mesure où 48 dossiers ont été tagués psychiatrique à tort (3.1), il est licite d’envisager que des dossiers “psychiatriques” ont été tagués autrement et, donc, non-inclus dans l’étude. Ceci est impossible à quantifier. Cependant, cela correspond à moins de 1% d’erreur, restant négligeable. D’autant que d’autres travaux réalisés dans notre centre ont retrouvé, à plusieurs reprises, une bonne observance des ARM du CRRA-15 du CHU Amiens-Picardie quant aux données relevées [26,27].

Un **biais de classement** peut être également retrouvé : le secteur de provenance a été défini par rapport à l’orientation finale, les données géographiques de l’appel ayant été anonymisées (2.3.1). On peut estimer que des erreurs indétectables auraient pu être commises.

Un **biais d’interprétation** est également présent : le motif de l’appel (agitation/idées noires/angoisse) a été relevé, en parti, à partir d’éléments textuels du DRM (2.3.1). La méthodologie n’ayant pas prévu de colliger les données des dossiers intra-hospitalier, il était impossible de compléter ou corriger les éléments concernant le motif de l’orientation vers un secteur d’urgences polyvalentes à partir des dites données (2.3.1).

## 4.2 ÉTAT DES LIEUX DE LA RÉGULATION PSYCHIATRIQUE AU SAMU-CENTRE 15 DE LA SOMME

### 4.2.1 LA RÉGULATION PSYCHIATRIQUES, QUELS ENJEUX ?

#### 4.2.1.1 PSYCHIATRIE, UN PARADOXE EN RÉGULATION

Le premier enjeu de la régulation psychiatrique est d'associer deux principes d'allure opposés : **écoute et approche relationnelle** de la régulation psychiatrique versus apporter une réponse adaptée à la demande du patient le plus rapidement possible. Ce **paradoxe** est d'ailleurs illustré dans la littérature dans laquelle on retrouve que la régulation psychiatrique est une régulation chronophage, nécessitant une compréhension de la pathologie du patient, une évaluation du risque vital imminent et de l'environnement du patient et une écoute attentive pour caractériser la demande du patient [2,6,7,14,28]. Alors que la régulation médicale doit apporter le plus rapidement possible une réponse adaptée à la demande du patient dans un contexte de multiplicité et simultanéité des DRM [13].

Bien que ce paradoxe ne soit pas clairement identifiable dans notre étude, nous avons constaté que la réponse apportée à ces patients était l'envoi d'un effecteur de premier secours dans la quasi-totalité des cas (96%, 3.2.2.1). Dans le contexte de la régulation médicale, l'envoi d'un moyen peut être une des méthodes permettant d'obtenir une évaluation fiable de la situation sur place.

D'ailleurs l'envoi d'un moyen quasi-systématique s'oppose également au principe de sectorisation psychiatrique qui a amené, depuis plusieurs années, à une désinstitutionalisation progressive [29]. D'autres références confirment la nécessité d'une **approche la plus ambulatoire possible** pour la prise en charge de ces patients [8] :

- Réserver l'admission aux urgences polyvalentes pour les patients nécessitant une évaluation somatique urgente (alors que, dans l'étude, le motif de l'orientation des patients vers une structure d'urgences est inconnu dans plus d'un tiers des cas, 3.2.3) ;
- Distinguer les situations justifiant la réalisation en urgences d'investigations (psychiatriques et/ou somatiques) des situations récurrentes sans décompensation franche (alors que, dans l'étude, seulement un patient sur six appelant pour angoisse et/ou anxiété est laissé sur place après prise en charge extrahospitalière, 3.2.3).

Développer **une filière psychiatrique spécifique en régulation centrée sur une approche relationnelle et ambulatoire** pourrait donc améliorer la prise en charge de ces patients en extrahospitalier.

#### **4.2.1.2 RÉPONSE APPORTÉE ASPÉCIFIQUE**

L'étude montre que la réponse apportée au patient est l'envoi d'un moyen de premier secours dans la quasi-totalité des cas, quel que soit le motif de l'appel initial (3.2.2.1). Ce sont donc des **secouristes qui sont les premiers, voire les seuls interlocuteurs** à la phase préhospitalière. Or ces derniers ont une formation orientée vers le prompt secours sans qualification particulière dans le cadre de la psychiatrie aigüe [30,31]. Ceci pourrait être une des raisons expliquant que très peu de patients sont laissés sur place : orientation vers un centre disposant de professionnels formés à une approche du patient psychiatrique faute d'interlocuteur qualifié en pré-hospitalier (3.2.3) ?

De la même façon, la réponse médicale lorsqu'elle existe dès la phase préhospitalière ne semble pas spécifique :

- Un médecin généraliste n'est demandé que dans une minorité de dossiers de régulation, excluant une prise en charge ambulatoire (3.2.2.1, *Graphique 9*). Dans la plupart des cas, le patient est tout de même orienté vers un service hospitalier.
- La demande de renfort médicalisé est très faible (3.2.2.3). Dans l'immense majorité des cas aucune thérapeutique n'est entreprise. Parfois même, elle se résume à un constat de dangerosité immédiate faisant recourir aux forces de police (*Figure 1*).

#### 4.2.1.3 PAS D'ACCÈS À UN PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE POUR LA MAJORITÉ DES PATIENTS

Le premier contact avec un professionnel de psychiatrie correspond à la résolution de la demande initiale du patient ayant motivé son appel (0). Pour autant la majorité des patients sont orientés vers des urgences polyvalentes retardant le premier contact avec un professionnel de psychiatrie (3.2.3, 0).

Si un motif somatique est identifié pour la majorité des patients orientés vers des urgences polyvalentes, il est manquant dans un tiers de cas (3.2.3). L'étude ne permet pas de savoir s'il s'agit d'une donnée manquante (motif non-consigné au DRM) ou si le patient a été orienté à tort vers une structure d'urgences polyvalentes. Or, il est admis que **l'admission sans un SU doit être réservée aux patients nécessitant une évaluation somatique urgente** [8]. Aussi, une augmentation du délai de contact avec un professionnel de psychiatrie peut être suspecté dans ce contexte.

Enfin, le **motif justifiant une admission dans un secteur d'urgences polyvalentes est la prise d'alcool** concomitante dans plus d'un tiers des cas (3.2.3). Cependant :

- Non seulement la littérature ne définit pas de taux d'alcoolémie à partir duquel une évaluation psychiatrique est possible, elle doit se baser sur des critères clinico-biologiques.
- Mais, surtout, cette habitude augmente le délai de contact avec un professionnel de psychiatrie (surtout en horaire de garde, 0) alors que :
  - o La demande initiale du patient est psychiatrique et non-toxicologique : agitation, angoisse, idées noires, etc.
  - o Et que la littérature suggère que **l'évaluation psychiatrique puisse se faire à partir d'un degré de conscience et de cohérence** indépendamment du taux d'alcoolémie [8].

De même, pour l'intoxication médicamenteuse volontaire, aucune étude ne permet de définir un délai minimal entre l'évaluation psychiatrique et le moment de prise des médicaments [8].

Il semble donc nécessaire d'**orienter la régulation et la prise en charge préhospitalière selon l'évaluation du degré de conscience et de cohérence** pour optimiser l'orientation du patient vers un secteur psychiatrique dédié quel que soit le motif de l'appel.

#### 4.2.1.4 IMPACT SOCIO-ÉCONOMIQUE FORT

L'étude a mis en évidence plusieurs éléments dans nos pratiques pouvant avoir un impact social fort, voire négatif, sur le patient. Entre autres, l'exemple du patient contentonné physiquement sans contention chimique (3.2.2.4). Bien qu'anecdotique, la littérature démontre explicitement le **traumatisme psychologique** vécu [1,32–35].

L'impact cognitif lié au fait d'orienter un patient vers une structure hospitalière faute d'interlocuteurs formés à la psychiatrie disponibles en ambulatoire (MG, période de garde, psychiatre, etc.) n'est pas décrit dans la littérature. En revanche il est établi que le virage ambulatoire de la psychiatrie a permis une désinstitutionnalisation progressive [29]. Aussi, s'il est suspecté, des travaux complémentaires sont nécessaires pour évaluer l'impact d'un recours inadapté à une structure hospitalière (faute de moyens ambulatoires disponibles).

L'évaluation des coûts est le biais le plus important de notre étude (0). Cependant, elle permet d'évaluer globalement le coût de la prise en charge extrahospitalière de ces patients, **essentiellement consommé par l'envoi de moyen de premiers secours (3.3.1)**. Ces dépenses ne considèrent pas le coût de la régulation médicale à proprement parlé, ni les consommations de moyens annexes (forces de l'ordre, médecin généraliste, etc.). Nous pouvons donc, avec réserves, conclure à un coût d'au moins 55 000€ par mois pour la prise en charge extrahospitalière de ces patients. Outre l'importance de cette dépense, l'étude montre, en accord avec la littérature, avant tout, les économies conséquentes qui pourraient être faites en optimisant la régulation médicale de ces patients : **favoriser l'ambulatoire, améliorer l'écoute et le relationnel en régulation** pour diminuer le nombre de moyens envoyés.

## 4.2.2 NOS PRATIQUES ET LES RECOMMANDATIONS

Des nouvelles *recommandations de bonne pratique clinique* sur la prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences ont été publiées le 07 Juillet 2021 par la Société Française de Médecine d'Urgence, SFMU [8]. Nous les avons comparées avec les résultats de l'étude.

### 4.2.2.1 PRISE EN CHARGE PRÉ-HOSPITALIÈRE

Quant à la prise en charge préhospitalière à présentation psychiatrique, les experts recommandent d'organiser la prise en charge sur le secteur dès l'appel au CRRA-Centre 15 afin de réserver **l'admission dans les services d'urgences aux seuls patients nécessitant une évaluation somatique urgente**. Ils recommandent également de rechercher dès l'appel une éventuelle rupture de la pathologie psychiatrique existante pour distinguer les situations justifiant la réalisation en urgences d'investigations psychiatriques et/ou somatiques, des situations récurrentes sans décompensation franche [3,6,8,13,17].

Certains résultats de l'étude semblent discordants :

- L'envoi d'un moyen de premier secours quasi systématique (3.2.2.1).
- Orientation préférentielle vers un secteur d'urgences polyvalentes sans professionnel de psychiatrie présent sur place en garde (3.2.3).

Aussi, il apparaît que les pratiques locales au CRRA-15 de la Somme semblent différer des recommandations. Ce constat doit, pour autant, être pondéré par certains éléments de l'étude :

- Motifs de l'orientation vers un secteur d'urgences polyvalentes manquants dans près d'un tiers des cas : données manquantes versus motif réellement inconnu (3.2.3) ?
- Une majorité de départs réflexes (sans régulation médicale préalable, *Graphique 12*) pour les appels passés au CTA (*Graphique 5*). Favoriser la régulation médicale de ces patients pourrait permettre de diminuer le nombre de moyens envoyés et de favoriser les prises en charge ambulatoire. D'autant que ces appels concernent fréquemment des patients âgés de moins de trente ans (*Graphique 12*).

Dans l'étude la voie intramusculaire était utilisée dans la majorité des cas (*Figure 2*). Les recommandations préconisent de privilégier la voie per os [8]. De plus la contention physique était dans plus de la moitié des cas seule et non associée à une contention chimique (3.2.2.4). Nous retenons qu'il conviendrait d'avoir une **vigilance particulière sur les thérapeutiques** utilisées dans ce contexte sans pour autant conclure à une discordance entre nos pratiques et les recommandations :

- Manque de puissance concernant la prescription de traitement psychotrope en pré-hospitalier (n = 60 / 4313, *Figure 1*).
- L'engagement d'un SMUR se faisant majoritairement en renfort d'un moyen de premier secours : risque accru de violences suspectées devant le nombre de renfort police demandés dans ce contexte (n = 41 / 283, *Figure 1*).

#### 4.2.2.2 ACCUEIL AUX URGENCES

Lorsque le patient est transporté vers un service d'urgences polyvalentes, les recommandations préconisent d'installer le patient dans une **zone dédiée à la psychiatrie et indépendante** (prévention du risque de fugue, climat rassurant et prévention des gestes d'auto ou d'hétéro-agressivité). Dans le secteur d'Amiens (urgences du CHU, des CH ou de la clinique), ce type de dispositif est inexistant : adaptation d'un box polyvalent ou d'une chambre d'UHTCD.

Par ailleurs, la littérature préconise la présence d'une **infirmière de liaison psychiatrique** aux urgences polyvalentes pour les patients à présentation psychiatrique [8,36] : amélioration de la prise en charge, coordination entre prise en charge somatique et psychiatrique. Aucun professionnel de ce type n'est présent dans les centres d'urgences du secteur d'Amiens.

Aussi, intégrer une infirmière de liaison psychiatrique pourrait optimiser nos prises en charges globales (intra et extrahospitalière), en accord avec les recommandations :

- Améliorer l'évaluation initiale préhospitalière.
- Gestion de l'accueil intra-hospitalier.
- Coordination entre prise en charge psychiatrique et somatique.

### 4.2.2.3 ÉVALUATION SOMATIQUE

Les recommandations précisent que la **recherche d'organicité ne doit pas faire perdre de temps pour l'évaluation psychiatrique**. Cette recherche comprend un examen clinique. Les examens paracliniques n'étant pas recommandés en dehors de situations particulières.

Or, dans l'étude, la quasi-totalité des moyens engagés en préhospitalier sont des premiers secours. *L'évaluation somatique est donc impossible* à ce stade. Cependant, certains axes d'amélioration peuvent s'envisager à ce niveau et permettraient d'orienter plus précocement le patient vers un établissement psychiatrique :

- *Protocole d'évaluation somatique à distance* par une personne qualifiée en régulation (bien que nous n'ayons pas retrouvé de données dans la littérature à ce sujet).
- *Intégrer une infirmière de liaison psychiatrique en régulation*. Outre l'amélioration des pratiques en régulation par une approche relationnelle, cette fonction pourrait permettre d'améliorer la coordination entre préhospitalier et intra-hospitalier d'autre part d'une part, entre prise en charge psychiatrique et évaluation somatique d'autre part. Si certains éléments de la littérature permettent de préciser son intérêt aux urgences, aucune étude n'a étudié l'impact d'une ILP dans ce contexte dès la régulation.

### 4.2.2.4 PARTICULARITÉS DU SUJET ÂGÉ

Chez les patients de plus de 65ans avec ou sans antécédents psychiatriques, les comorbidités somatiques et psychiatriques sont fréquentes. Peu de patients de plus de 65ans relèveraient, après examens clinique et paraclinique, d'une prise en charge psychiatrique seule. Nous ne relevons pas de discordance entre nos pratiques et les recommandations :

- L'agitation est le motif de recours principal des plus de 70 ans (*Graphique 8*).
- Les patients âgés sont préférentiellement admis sur un secteur d'urgences polyvalentes (*Graphique 16*).

#### 4.2.2.5 PARTICULARITES DE L'INTOXICATION MÉDICAMENTEUSE VOLONTAIRE

Nous n'avons pas relevé de discordance majeure entre les résultats de l'étude et les recommandations concernant l'intoxication médicamenteuse volontaire.

Dans l'étude les IMV sont orientées vers un secteur d'urgences polyvalentes en adéquation avec les recommandations en vigueur (*Graphique 17*). Le point de discussion concernant ces patients est le temps de contact estimé avec un professionnel de psychiatrie qui varierait dans l'étude entre 2 et 22h (*Tableau 4*). Bien que cette donnée souffre de biais importants (0), il convient de rappeler que la littérature suggère que l'évaluation psychiatrique se fasse à partir d'un degré de conscience et de cohérence, et non en fonction de considérations somatiques.

Si le versant intra-hospitalier n'est pas considéré dans notre étude, le rôle potentiel d'une infirmière de liaison psychiatrique en régulation pourrait être pertinent, également, dans ce contexte : **coordination globale** (d'une part entre préhospitalier et intra-hospitalier, entre prise en charge psychiatrique et somatique, d'autre part) pour que le temps de contact avec un psychiatre soit le plus réduit et le plus efficient possible.

#### 4.2.2.6 PARTICULARITES DE L'INTOXICATION ALCOOLIQUE

Bien qu'une intoxication alcoolique aigüe soit fréquemment retrouvée, elle n'est pas la demande initiale des appelants (qui est bien un motif psychiatrique). Non seulement la littérature ne définit pas un taux d'alcoolémie à partir duquel une évaluation psychiatrique serait possible, mais surtout elle suggère qu'elle soit faite selon un degré de conscience et de cohérence. Notre étude confirme donc :

- La vigilance nécessaire à ce niveau *dès la régulation* (favoriser l'orientation vers un secteur psychiatrique des patients lorsqu'elle est possible, y compris en cas d'intoxication alcoolique modérée).
- L'intérêt potentiel d'une infirmière psychiatrique de liaison en régulation pour l'évaluation de la conscience et de la cohérence étant possible à ce niveau.

## 4.2.3 LA RÉGULATION PSYCHIATRIQUE AU CRRA-15 DE LA SOMME, QUELS BESOINS ?

### 4.2.3.1 SYNTHÈSE DE L'ÉTUDE

Les principaux résultats de l'étude sont résumés au *Tableau 5* :

4313 dossiers analysés, <b>48% d'idées noires ou suicidaires, 32% d'agitation ou délire aiguë</b> , 16% d'anxiété / anxiété.	<i>Graphique 1</i>
Plus de la moitié des patients entre 30 et 60 ans (58%), un peu moins d'un tiers a moins de 30ans (28%).	<i>Graphique 2</i>
Les dossiers psychiatriques se répartissent tous les jours de la semaine de manière homogène. <b>Plus des trois quarts surviennent entre 8h et 23h59</b> (85%). La majorité survient en période de garde (62%).	<i>Graphique 3, Graphique 4</i>
Majoritairement, priorisation P2 (98%), régulation R2 ou R3 (92%), orientation vers un <b>régulateur hospitalier</b> (79%).	<i>Graphique 6</i>
Sont significativement associés : - L'anxiété : aux 18-30ans (42%) et au sexe féminin (68%). - Les idées noires et/ou suicidaires : aux 40-60ans (56%). - L'agitation : aux plus de 70 ans (58%).	<i>Graphique 8</i>
<b>Dans la quasi-totalité des cas un effecteur de premiers secours est envoyé</b> (AP ou VSAV, 96%) : - <b>Plus de la moitié sont des AP</b> , elles sont significativement plus déclenchées en cas d'agitation ou d'anxiété (respectivement 56% et 64%) et lorsque l'appel au CRRA-15 (77%). - La majorité des VSAV sont déclenchés par le CTA (68%). Ils sont majoritairement engagés en cas d'idées noires et/ou suicidaires et d'agitation (55% et 29%). Plus de la moitié sont des VSVA réflexes (52%).	<i>Graphique 9, Graphique 11, Graphique 12</i>
<b>Aucun renfort au premier moyen engagé n'est nécessaire</b> dans la majorité des cas (90%).	<i>Graphique 13</i>
283 SMUR ont été déclenchés sur des pathologies psychiatriques aiguës, <b>la plupart en renfort</b> d'un moyen de premier secours envoyé en première intention (86%).	<i>Figure 1</i>
<b>Aucune thérapeutique n'est entreprise par le SMUR</b> dans 76% des cas.	
Plus de la moitié des patients sont <b>orientés vers un secteur d'urgences polyvalentes</b> (59%) : - Environ <b>un tiers sans aucune justification somatique</b> retrouvée (35%). - L'alcoolisation aiguë dans environ un tiers des cas (32%). - Une intoxication médicamenteuse volontaire (13%). - Une pathologie somatique intercurrente (12%).	<i>Graphique 15, Graphique 17</i>
Le nombre de moyens envoyés par patient est de 1,20, le temps moyen d'intervention d'un premier secours est d'une heure vingt environ. Le coût de la prise en charge extrahospitalière est estimé supérieur à 55 000€ par mois.	<i>Tableau 3</i>
Le temps de contact estimé avec un professionnel de psychiatrie est d'environ : - Une heure pour les patients orientés en secteur psychiatrique (40%). - Deux à sept heures pour ceux admis aux urgences sur une période de jour ou de nuit profonde (25%). - Entre <b>six et vingt-deux heures pour ceux admis aux urgences sur une période de garde</b> (35%).	<i>Tableau 4</i>

*Tableau 5 - Synthèse des résultats*

#### 4.2.3.2 QUELS BESOINS EN REGULATION ?

Les besoins identifiés sont résumés au *Tableau 6* :

<p><b>Paradoxe de la régulation psychiatrique</b> : concilier écoute, approche relationnelle et réponse adaptée, la plus rapide possible.</p> <p>Développement d'une filière psychiatrique en régulation centrée sur une approche relationnelle et ambulatoire pour optimiser la prise en charge en extrahospitalier :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Actuellement, pas de contact avec un professionnel qualifié en psychiatrie en préhospitalier dans la quasi-totalité des cas (96% de premier secours, faible proportion de MG et/ou SMUR, impact socio-économique fort).</li><li>- La littérature suggère que l'évaluation psychiatrique puisse se faire selon un degré de conscience et de cohérence, de réserver l'admission dans les services d'urgences aux seuls patients nécessitant une évaluation somatique urgente.</li><li>- Orientation des patients vers une structure d'urgences polyvalentes peut être supposée par défaut dans certains cas.</li></ul>
---



<p><b>Intérêt théorique de l'infirmière psychiatrique de liaison dès la régulation</b> pour optimiser le temps avant le premier contact avec un psychiatre :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Approche relationnelle dès la régulation.</li><li>- Evaluation de la conscience et de la cohérence dès le préhospitalier.</li><li>- Optimisation de l'accueil aux urgences polyvalentes.</li><li>- Coordination globale : entre préhospitalier et intra-hospitalier et prise en charge psychiatrique et somatique.</li></ul>
---

*Tableau 6 - Besoins identifiés en régulation*

## 4.3 PROPOSITIONS D'ÉVOLUTION

### 4.3.1 ÉVOLUTION À COURT TERME

L'étude a permis d'évaluer nos pratiques concernant la prise en charge des urgences psychiatriques extra-hospitalières et leur orientation. Ces résultats, en accord avec les recommandations de bonne pratique, permettent d'envisager plusieurs **modifications immédiates** de nos pratiques :

- Proposition d'un **protocole d'aide à la prise en charge** des urgences psychiatriques en régulation (4.3.1.1, *Annexe 1*).
- Propositions de *travaux complémentaires* à venir (4.3.1.2).

#### 4.3.1.1 PROPOSITION N°1 – PROTOCOLE DE SERVICE EN LIEN AVEC LES RECOMMANDATIONS

L'étude a permis d'identifier plusieurs axes de travail :

- Quant à la prise en charge de ces malades dès la *régulation*,
- Quant à leur *orientation* : ambulatoire, secteur psychiatrique, urgences polyvalentes.

Nous avons essayé de synthétiser les points importants de la prise en charge extrahospitalière sous forme d'une **aide à la prise en charge** qui *ne se substitue pas aux protocoles et procédures déjà en vigueur* pour les pathologies concernées au département de médecine d'urgence du CHU d'Amiens – Picardie (SAMU-80 et SAUPA).

L'objectif principal du présent document est de fournir un **outil opérationnel pour formaliser la prise en charge et l'orientation de ces patients**. Les autres objectifs sont :

- Limiter le recours au service d'accueil des urgences (SAU) aux patients nécessitant une évaluation et/ou une prise en charge somatique en urgences ;
- Favoriser le contact avec un professionnel qualifié en psychiatrie lorsqu'il est nécessaire ;
- Favoriser la prise en charge ambulatoire lorsqu'elle est possible.

Ce document est actuellement soumis à relecture avant application et est fourni en *Annexe 1*.

#### 4.3.1.2 TRAVAUX COMPLÉMENTAIRES À VENIR

Compte tenu de nos résultats, des biais et du manque de puissance liés à la méthode de l'étude, plusieurs travaux complémentaires sont envisageable pour étayer l'évaluation de nos pratiques et les axes d'amélioration envisageables, par exemple :

- Étudier, de manière précise, le **motif justifiant une orientation** vers un secteur psychiatrique ou d'urgences, le maintien en ambulatoire (3.2.3, 4.1.3.1, 4.2.1.2, 4.2.2.2) ;
- **Monitoring des temps de prise en charge** extra- et intrahospitalier afin de définir, de manière précise le temps avant un premier contact avec un professionnel de psychiatrie (4.2.1.3).

### **4.3.2 PROPOSITION N°2 – INTÉGRER UNE FILIÈRE PSYCHIATRIQUE DÉDIÉE AU SEIN DU SAS**

L'étude nous amène, enfin, à nous poser la question d'une filière psychiatrique dédiée dès la régulation. Fort des recommandations et des résultats présentés, nous évoquons l'intérêt potentiel d'une infirmière psychiatrique de liaison dans ce contexte :

- **Écoute et prise en charge relationnel** dès l'appel initial,
- Limiter le recours au service d'accueil des urgences (SAU) aux patients nécessitant une évaluation et/ou une prise en charge somatique en urgences ;
- Favoriser le contact avec un professionnel qualifié en psychiatrie lorsqu'il est nécessaire ;
- Favoriser la prise en charge ambulatoire lorsqu'elle est possible.
- Efficience et limitation des coûts.

Cette proposition de filière psychiatrique dédiée au sein du SAS :

- A été soumis pour étude dans le service. Après modifications, corrections et validations nous souhaiterions pouvoir le soumettre.
- Est disponible en *Annexe 2*.

## 5 CONCLUSION

L'étude montre que la majorité des patients recourant au CRRA-15 pour un motif psychiatrique aigu (agitation, angoisse, idées noires) ne bénéficie pas d'un contact avec un professionnel de psychiatrie dans la majorité des cas.

Aucune thérapeutique n'est entreprise en préhospitalier pour l'immense majorité des cas. Plus de la moitié des patients sont orientés vers un service d'urgences polyvalentes. Le temps de contact avec un professionnel de psychiatrie est estimé entre 6 et 22 heures pour plus d'un tiers des patients du secteur d'Amiens.

Nous évoquons l'intérêt potentiel d'une infirmière psychiatrique de liaison au sein d'une filière psychiatrique dédiée au SAS pour optimiser la prise en charge extra et intra-hospitalière de ces patients : favoriser la prise en charge ambulatoire, réduire le nombre de moyens envoyés et améliorer la coordination entre somatique et psychiatrique.

# ANNEXES

## ANNEXE 1 – AIDE À LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES EN RÉGULATION, PRÉ-HOSPITALIER ET AUX URGENCES ADULTES

Département de médecine d'Urgence CHU Amiens – Picardie  <b>SAMU-80</b> <b>SAUPA</b>	PROCOLE – PROJET  <b>FILIERE PSYCHIATRIQUE</b> DÉDIÉE AU SEIN DU SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS	Rédaction : Florian CANU Thomas VERNIER 07/09/2021
		Validation : Christophe Boyer Laure Domisse Gilles Vincent XX/XX/2021

ABRÉVIATIONS.....	2
<b>1 RATIONNEL ET OBJECTIFS.....</b>	<b>3</b>
<b>2 EN RÉGULATION.....</b>	<b>3</b>
2.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX.....	3
2.2 PRIORISATION DE L'APPEL (ARM).....	4
2.3 RÉGULATION DE L'APPEL (MÉDECIN RÉGULATEUR).....	5
<b>3 EN PRÉ-HOSPITALIER.....</b>	<b>7</b>
3.1 PREMIER EFFECTEUR ENVOYÉ.....	7
3.2 ORIENTATION AU DÉCOURS DE LA PRISE EN CHARGE PRÉ-HOSPITALIÈRE.....	8
<b>4 ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE SOMATIQUE AUX URGENCES.....</b>	<b>10</b>
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	11
BIBLIOGRAPHIE.....	11

Portée du protocole :

- Le présent document constitue une **aide à la prise en charge des pathologies psychiatriques aiguës** (anxiété – angoisse, agitation – délire aigu, idées noires et/ou suicidaires) dans le contexte du pré-hospitalier et de l'intra-hospitalier au **plan organisationnel**.
- Il **ne se substitue pas aux protocoles et procédures** en vigueur pour les pathologies concernées au département de médecine d'urgence.

## ABRÉVIATIONS

<i>AP</i>	<i>Ambulance privée</i>
<i>ARM</i>	<i>Auxiliaire de régulation médical</i>
<i>MG</i>	<i>Médecin généraliste</i>
<i>PDS</i>	<i>Permanence de soins</i>
<i>RH</i>	<i>Régulateur hospitalier</i>
<i>SAMU</i>	<i>Service d'aide médicale urgente</i>
<i>SAU</i>	<i>Service d'accueil des urgences</i>
<i>SAUP</i>	<i>Service d'accueil des urgences pédiatriques</i>
<i>SAUPA</i>	<i>Service d'accueil des urgences polyvalentes adultes</i>
<i>SMUR</i>	<i>Service mobile d'urgence et de réanimation</i>
<i>UAO</i>	<i>Unité d'accueil et d'orientation (des urgences psychiatriques)</i>
<i>VSAV</i>	<i>Véhicule de secours et d'assistance aux victimes</i>

## 1 RATIONNEL ET OBJECTIFS

L'analyse récente de nos pratiques concernant la **prise en charge et l'orientation des pathologies psychiatriques aiguës** (anxiété – angoisse, agitation – délire aigu, idées noires et/ou suicidaires) essentiellement dans le contexte de pré-hospitalier a permis de mettre en évidence des axes d'amélioration :

- Quant à la prise en charge de ces malades dès la *régulation* (1,2)
- Quant à leur *orientation* : ambulatoire, secteur psychiatrique, urgences polyvalentes (2,3).

Le présent document constitue une **aide à la prise en charge** de ces malades sur les points suscités et **ne se substitue pas aux protocoles et procédures déjà en vigueur** pour les pathologies concernées au département de médecine d'urgence.

L'objectif principal du présent document est de fournir un **outil opérationnel pour formaliser la prise en charge et l'orientation de ces patients**. Les autres objectifs sont :

- Réserver le recours au service d'accueil des urgences (SAU) aux patients nécessitant une évaluation et/ou une prise en charge somatique en urgences ;
- Favoriser le contact avec un professionnel qualifié en psychiatrie lorsqu'il est nécessaire ;
- Favoriser la prise en charge ambulatoire lorsqu'elle est possible.

## 2 EN RÉGULATION

### 2.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX

En régulation, *l'envoie d'un SMUR* est à considérer lorsqu'il existe, potentiellement, un risque **vital** pour le patient (et/ou l'entourage), lorsqu'une **sédation** pharmacologique apparaît nécessaire ou que le risque de **passage à l'acte** est élevé : *Figure 2, Figure 3 (1–3)*.

En l'absence de détresse vitale, de doute diagnostic, de risque suicidaire imminent, de violence ou menace, l'appel sera orienté vers la **permanence de soins** ou PDS (*Figure 1*). Le recours au médecin traitant ou au médecin généraliste de garde doit s'envisager dès lors où les signes sont caractérisés comme « rassurant » par le régulateur : *Figure 2, Figure 3 (1,2)*.

L'attitude face à une régulation psychiatrique se doit d'être centrée le plus possible sur une **écoute et une approche relationnelle**. Le moindre signe de dangerosité (pour le patient, l'entourage, les professionnels sollicités pour intervenir) doit faire recourir aux **forces de l'ordre** : *Figure 1, Figure 2 (1–3)*.

## 2.2 PRIORISATION DE L'APPEL (ARM)

L'appel sera orienté vers le régulateur hospitalier lorsque la priorisation de l'appel sera élevée (« P1 ») : **détresse vitale, risque imminent, doute diagnostique ou menace / violence**. L'absence de ces éléments permettra de prioriser l'appel « P2 » et de l'orienter vers la PDS.

Le recours aux forces de l'ordre est possible dès la priorisation de l'appel par l'ARM lorsqu'il existe une notion de menace ou de violence. Dans ce contexte, l'affaire sera catégorisée « P1 » et le RH en sera d'emblée informé.

Les éléments anamnestiques et circonstanciels à rechercher dès la priorisation de l'appel par l'ARM en fonction du motif de recours sont précisés à la *Figure 1* (1).

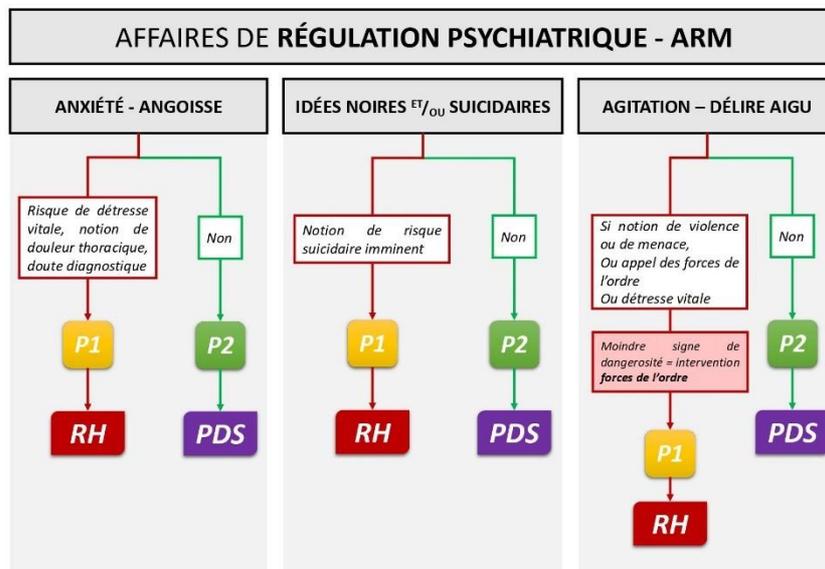


Figure 1 - Priorisation des appels pour une demande psychiatrique aiguë

## 2.3 RÉGULATION DE L'APPEL (MÉDECIN RÉGULATEUR)

Un niveau de régulation « R1 » est associé à l'envoi d'un SMUR dans les cas suivants :

- **Détresse vitale** (quel que soit le motif de recours) ;
- Dans les cas d'agitation ou de délire aigu lorsqu'une **sédation pharmacologique** apparaît nécessaire ;
- Lorsqu'il existe un **risque majeur** pour le patient ou l'entourage (dangerosité, passage à l'acte, etc.).

Le recours au médecin traitant ou au médecin de garde est à envisager dès que possible :

- Absence de contexte de dangerosité, présentation clinique typique
- **Et :**
  - o Résolution de la crise pour l'anxiété – angoisse et l'agitation ;
  - o Aucune idéation suicidaire (pour le risque suicidaire).

Le **recours aux forces de l'ordre** est à envisager lorsqu'il existe une dangerosité pour le patient et/ou l'entourage. L'équipe SMUR pourra être pré-positionnée à distance dans l'attente de l'intervention de ces dernières.

La conduite à tenir pour la régulation des appels portant sur une demande psychiatrique aiguë est détaillé aux *Figure 2* et *Figure 3* (1,2).

## AFFAIRES DE RÉGULATION PSYCHIATRIQUE – Régulateur (1 de 2)

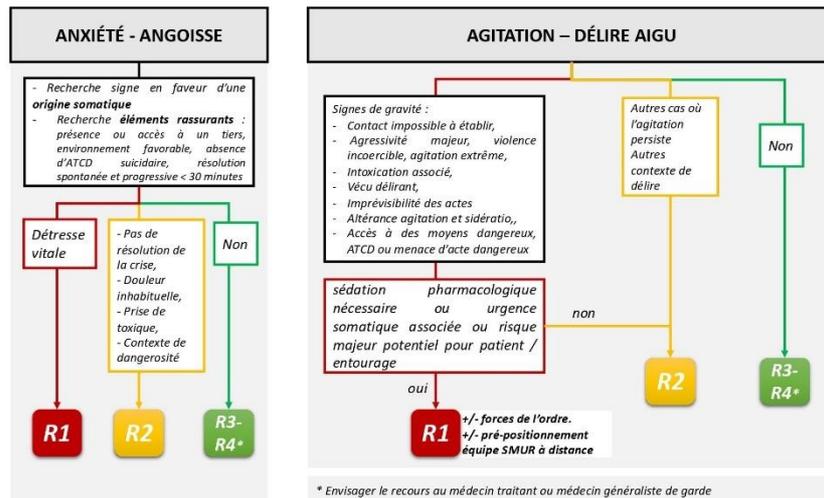


Figure 2 - Régulation de l'appel concernant une demande psychiatrique aiguë (partie 1 de 2 : anxiété et agitation)

## AFFAIRES DE RÉGULATION PSYCHIATRIQUE – Régulateur (2 de 2)

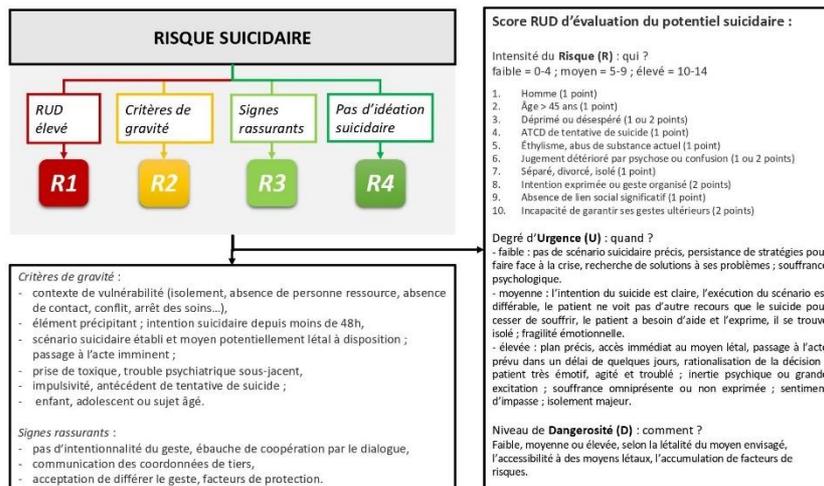


Figure 3 - Régulation de l'appel concernant une demande psychiatrique aiguë (partie 2 de 2 : risque suicidaire)

### 3 EN PRÉ-HOSPITALIER

#### 3.1 PREMIER EFFECTEUR ENVOYÉ

L'envoi de moyen est adapté en fonction des guides et/ou références existant en matière de régulation médicale (1,2) et/ou de prise en charge des urgences psychiatriques (3,4). Le choix du premier effecteur déclenché en fonction du niveau de régulation est précisé à la Figure 4 (1).

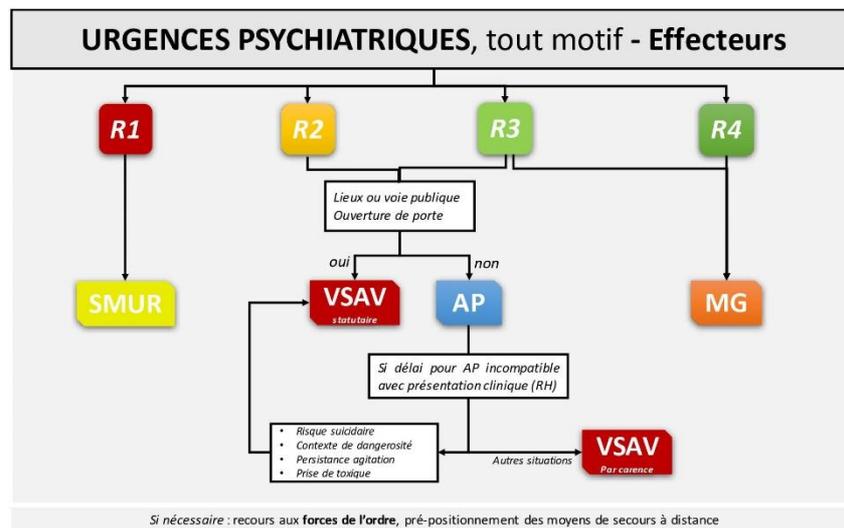


Figure 4 - Envoi d'un effecteur

### 3.2 ORIENTATION AU DÉCOURS DE LA PRISE EN CHARGE PRÉ-HOSPITALIÈRE

L'orientation des patients au décours de la prise en charge pré-hospitalière est fonction de la persistance et/ou intensité des troubles psychiatriques présentés. Elle tient compte également du caractère somatique (avéré ou potentiel) associé à la pathologie psychiatrique aiguë.

Les *Figure 5* et *Figure 6* proposent une procédure d'orienter le patient (ambulatoire, secteur psychiatrique ou urgences polyvalentes) selon la présence ou non d'argument psychiatrique et/ou somatique et/ou circonstanciels (2).

La prise de toxique doit faire évoquer une prise en charge somatique. Cependant, compte tenu des données de la littérature (2,5-7) :

- La prise en charge somatique **ne doit pas retarder l'évaluation psychiatrique** ;
- Pour l'intoxication alcoolique associée à une pathologie psychiatrique aiguë, la littérature suggère que l'évaluation psychiatrique puisse se faire à partir d'un degré de conscience et cohérence indépendamment du taux d'alcoolémie suspecté ou avéré.

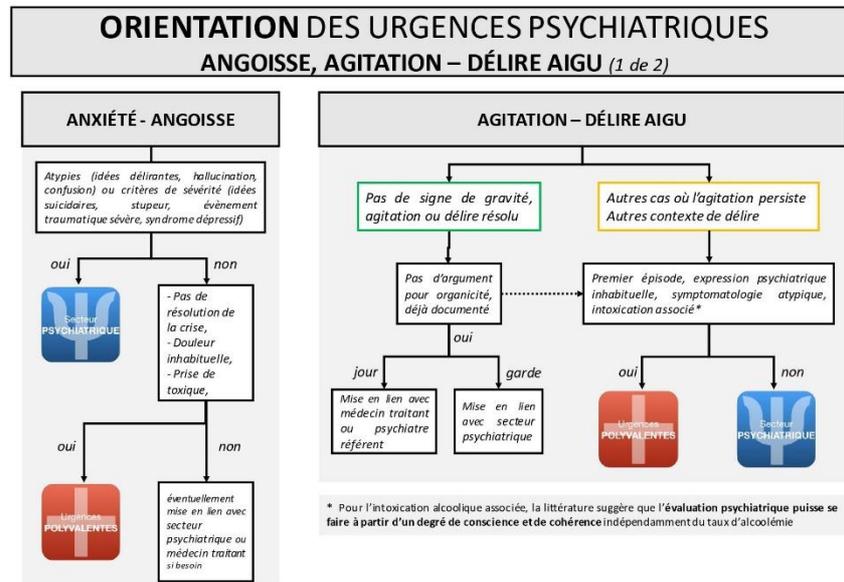
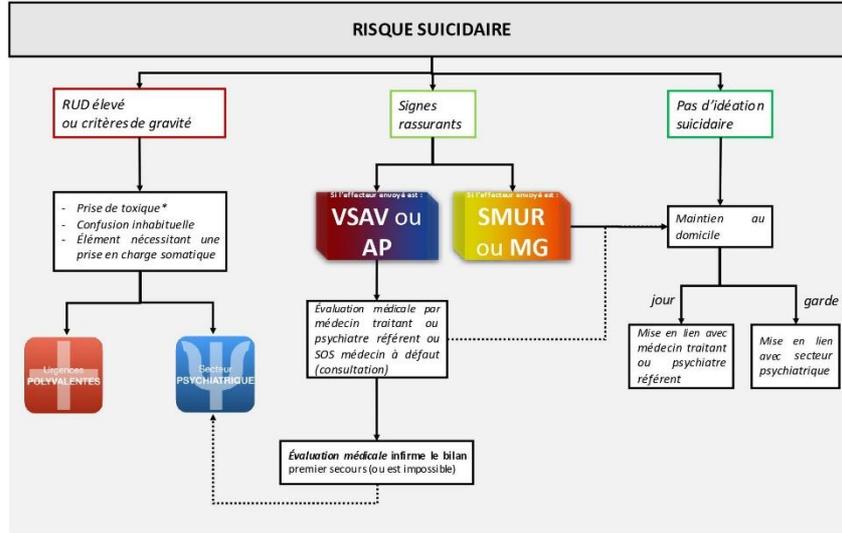


Figure 5 - Orientation au décours de la prise en charge pré-hospitalière (1 de 2)

**ORIENTATION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES – RISQUE SUICIDAIRE (2 de 2)**



\* Pour l'intoxication alcoolique associée, la littérature suggère que l'évaluation psychiatrique puisse se faire à partir d'un degré de conscience et de cohérence indépendamment du taux d'alcoolémie

Figure 6 - Orientation au décours de la prise en charge pré-hospitalière (2 de 2)

## 4 ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE SOMATIQUE AUX URGENCES

Les principes généraux de l'accueil et la prise en charge du patient à présentation psychiatrique sont résumés à la Figure 7 (2).

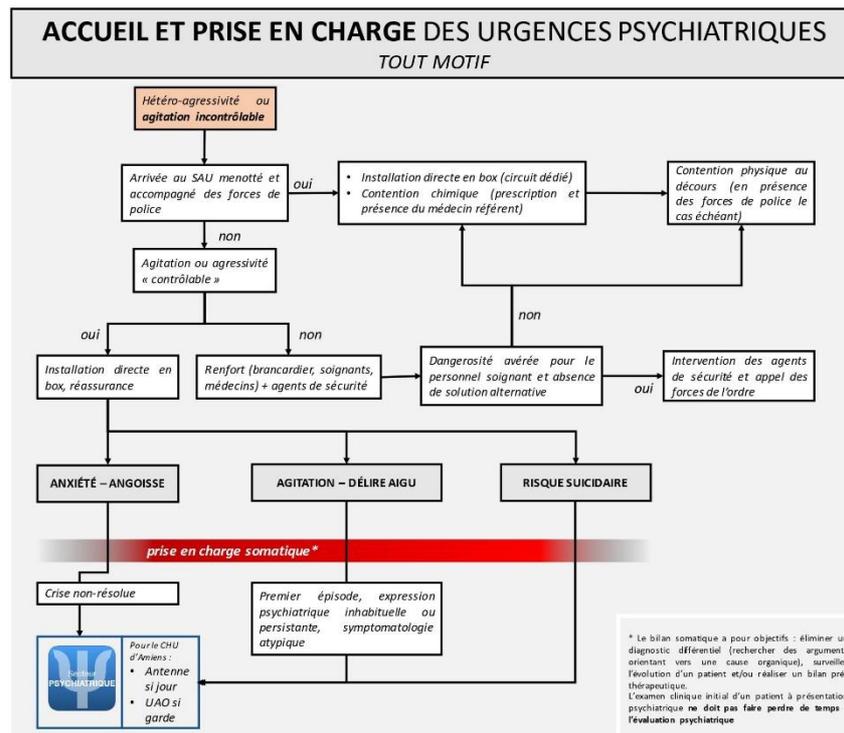


Figure 7 - Accueil et prise en charge des urgences psychiatrique (tout motif)

## TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 - Priorisation des appels pour une demande psychiatrique aiguë .....	4
Figure 2 - Régulation de l'appel concernant une demande psychiatrique aiguë (partie 1 de 2 : anxiété et agitation) .....	6
Figure 3 - Régulation de l'appel concernant une demande psychiatrique aiguë (partie 2 de 2 : risque suicidaire) .....	6
Figure 4 - Envoi d'un effecteur .....	7
Figure 5 - Orientation au décours de la prise en charge pré-hospitalière (1 de 2).....	8
Figure 6 - Orientation au décours de la prise en charge pré-hospitalière (2 de 2).....	9
Figure 7 - Accueil et prise en charge des urgences psychiatrique (tout motif) .....	10

## BIBLIOGRAPHIE

1. Syndicat national de l'aide médicale urgente (France), Menthonnex P. Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15. Paris (22-24 rue du Château-des-Rentiers, 75013): SFEM éd.; 2019.
2. Chauvin A, Massoubre C, Gil-Jardine C, Sicot R, Le Conte P, Varin L, et al. Recommandations de pratique clinique sur la prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences. *Ann Fr Médecine D'urgence*. 2021;11(3):184-98.
3. Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P. Référentiel de Psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'adolescent et de l'enfant. *Addictologie*. [Internet]. pufr éditions; 2014. Disponible sur: <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf>
4. Parfait L. Régulation des appels pour demande psychiatrique au SAMU 31 : étude épidémiologique. 2019;45.
5. Salles J, Calonge J, Franchitto N, Bougon E, Schmitt L. Factors associated with hospitalization after self-poisoning in France: special focus on the impact of alcohol use disorder. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):1-9.
6. Carrillo P, Fovet T, Poulet E. L'évaluation psychiatrique au service d'accueil des urgences : particularités sémiologiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. oct 2018;176(8):803-9.
7. Mégarbane B, Oberlin M, Alvarez J-C, Balen F, Beaune S, Bédry R, et al. Management of pharmaceutical and recreational drug poisoning. *Ann Intensive Care*. 2020;10(1):1-30.

# ANNEXE 2 – PROPOSITION D’INTÉGRATION D’UNE FILIÈRE PSYCHIATRIQUE DÉDIÉE AU SEIN DU SAS

Département de médecine d’Urgence CHU Amiens – Picardie  <b>SAMU-80 SAUPA</b>	<i>PROPOSITION - PROJET</i>  <b>FILIÈRE PSYCHIATRIQUE</b> DÉDIÉE AU SEIN DU SERVICE D’ACCÈS AU SOINS (SAS)	<i>Rédaction :</i> Florian CANU Thomas VERNIER 07/09/2021
		<i>Validation :</i> Christophe Boyer Laure Domisse Gilles Vincent XX/XX/2021

<b>ABRÉVIATIONS</b> .....	2
<b>1 RATIONNEL</b> .....	3
<b>2 BESOINS IDENTIFIÉS ET OBJECTIFS DU PRÉSENT PROJET</b> .....	6
<b>3 DESCRIPTION DU PROJET</b> .....	8
3.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX .....	8
3.2 MODALITÉS D’INTERVENTION DE L’INFIRMIÈRE PSYCHIATRIQUE DE LIAISON (IPL) 10	
3.2.1 APPEL INITIAL EN RÉGULATION .....	10
3.2.2 BILAN DE L’EFFECTEUR ET ORIENTATION .....	15
3.2.3 COORDINATION PRÉ-HOSPITALIÈRE : PRÉPARATION DE L’ACCUEIL HOSPITALIER .....	15
<b>4 FINANCEMENT</b> .....	15
<b>5 RÉSULTATS ATTENDUS ET ÉVALUATION</b> .....	16
<b>TABLE DES ILLUSTRATIONS</b> .....	16
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	17

## ABRÉVIATIONS

<i>AP</i>	<i>Ambulance privée</i>
<i>ARM</i>	<i>Auxiliaire de régulation médical</i>
<i>CUMP</i>	<i>Cellules d'urgence médico-psychologique</i>
<i>IAO</i>	<i>Infirmier(e) d'accueil et d'orientation</i>
<i>IPL</i>	<i>Infirmier(e) psychiatrique de liaison</i>
<i>MAO</i>	<i>Médecin d'accueil et d'orientation</i>
<i>MG</i>	<i>Médecin généraliste</i>
<i>PDS</i>	<i>Permanence de soins</i>
<i>RH</i>	<i>Régulateur hospitalier</i>
<i>SAMU</i>	<i>Service d'aide médicale urgente</i>
<i>SAU</i>	<i>Service d'accueil des urgences</i>
<i>SAUP</i>	<i>Service d'accueil des urgences pédiatriques</i>
<i>SAUPA</i>	<i>Service d'accueil des urgences polyvalentes adultes</i>
<i>SMUR</i>	<i>Service mobile d'urgence et de réanimation</i>
<i>UAO</i>	<i>Unité d'accueil et d'orientation (des urgences psychiatriques)</i>
<i>VSAV</i>	<i>Véhicule de secours et d'assistance aux victimes</i>

## 1 RATIONNEL

En France on estime qu'environ 12 millions de personnes (soit un individu sur cinq) souffrent d'au moins un trouble psychiatrique. Les pathologies assimilées à la psychiatrie sont au 3<sup>e</sup> rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaire (1). Il existe deux grands groupes d'urgences psychiatriques : les situations de crise et les urgences psychiatriques pures qui sont des décompensations de pathologies psychiatriques préexistantes.

Les principales situations d'urgence en psychiatrie sont l'**agitation – délire aigu, la crise d'angoisse aiguë – attaque de panique, les risques et conduites suicidaires** (1). Ces patients nécessitent une prise en charge souvent multidisciplinaire ainsi qu'une évaluation sociale (2). L'urgence psychiatrique est organisée, le plus souvent, par les hôpitaux généraux comportant un service d'accueil des urgences, SAU (pour permettre de réaliser des examens complémentaires et d'administrer des thérapeutiques) et d'une unité d'accueil et d'orientation psychiatrique (UAO).

La régulation des appels pour une demande psychiatrique est souvent **complexe et chronophage** alors que la régulation médicale repose sur la gestion simultanée de multiples appels dans le temps le plus efficient possible.

L'analyse récente de nos pratiques a permis de constater que la population psychiatrique recourant au CRRA-15 de la Somme était comparable aux données de la littérature : environ pour moitié les idées noires et ou suicidaire, l'agitation dans un tiers des cas et 16% d'angoisse ou anxiété. Cette analyse nous a permis, également, d'identifier des points critiques dans la prise en charge de ces patients :

- La réponse apportée en régulation est l'envoi d'un moyen de premier secours dans la quasi-totalité des cas :
  - o **Coût important** estimé à plus de 50 000 euros par mois,
  - o **Aucun contact avec professionnel qualifié en psychiatrie** en pré-hospitalier.
- Plus de la moitié des patients sont orientés vers un secteur d'urgences polyvalentes :

- Dont un tiers **sans justification somatique** retrouvée dans le dossier de régulation médical (DRM) : orientation par défaut faute de dispositif ambulatoire pour prendre en charge ses patients ?
- Un tiers à cause d'une intoxication alcoolique aiguë, alors que les recommandations de bonne pratiques littérature suggèrent que **l'évaluation psychiatrique puisse se faire à partir d'un degré de conscience et de cohérence** indépendamment du taux d'alcoolémie.
- 13% d'intoxications médicamenteuses volontaires.

La littérature précise également l'intérêt de **l'infirmière psychiatrique de liaison (IPL)** au sein des structures d'urgences polyvalentes bien qu'elle ne puisse se substituer à l'avis du médecin psychiatre : impact positif sur les délais de prise en charge, apaisement et satisfaction du patient (3), accompagnement du patient et préparation à l'entretien avec un psychiatre, aide à la prise en charge psychiatrique.

Enfin, les particularités du secteur d'Amiens sont à préciser :

- **Pas de box dédié aux urgences** polyvalentes pour recevoir les patients psychiatriques (adaptation rapide d'un box polyvalent)
- Urgences polyvalente et secteur psychiatrique **ne sont pas sur le même site** :
  - Pour le public : urgences polyvalentes adultes (SAUPA) sur le site sud du CHU d'Amiens – Picardie versus CH Philippe Pinel pour les urgences psychiatriques.
  - Pour le privé : urgences polyvalentes sur le site des cliniques versus clinique du Campus pour les urgences psychiatriques.
  - Il en résulte des **difficultés d'accès au psychiatre pour les patients arrivant aux urgences polyvalentes sur un horaire de garde** illustré par la difficulté rencontrée au SAUPA :
    - De jour (9 à 18h00) et en semaine : une « antenne psychiatrique » est dédiée au CHU Amiens – Picardie.
    - Aucun psychiatre n'est présent le week-end et la nuit (18h00 – 09h00) imposant un transfert vers l'UAO du CH Philippe Pinel.

Afin de palier à ces difficultés, **gagner en efficacité et limiter les coûts** de prise en charge de ces patients, nous proposons la création d'une **filiale psychiatrique dédiée au sein du SAS** qui se déploie actuellement dans notre CRRA-15. Ce projet, centré sur l'intervention d'une IPL dès la régulation, est détaillé ci-dessous.



Figure 1 - Logo provisoire : filiale psychiatrique (SAS)

## 2 BESOINS IDENTIFIÉS ET OBJECTIFS DU PRÉSENT PROJET

L'analyse récente de nos pratiques comparées aux recommandations de bonnes pratiques nous permettent de préciser nos besoins actuels :

- Développer des moyens permettant une **approche relationnelle dès la régulation** pour les patients appelant pour un motif psychiatrique. Ceci nécessite un temps dédié plus important que d'autres motifs.
- Disposer des outils permettant d'**évaluer la cohérence de ces patients dès la phase pré-hospitalière** :
  - o Recours aux urgences polyvalentes pour les seuls patients nécessitant une prise en charge somatique urgente (diagnostique et/ou thérapeutique et/ou surveillance) (4).
  - o Privilégier la prise en charge ambulatoire lorsqu'elle est possible (vécu émotionnel négatif de l'hospitalisation faute de moyen disponible en ambulatoire, limiter les coûts liés à l'envoi de moyens de premiers secours).
- Développer des moyens permettant une **coordination globale** de la prise en charge de ces patients :
  - o Optimiser l'accueil aux urgences polyvalentes et aux urgences psychiatriques
  - o Coordination entre pré- et intra-hospitalier,
  - o Coordination entre prise en charge somatique et psychiatrique.

L'objectif principal du présent projet est de **mettre en place des outils simples permettant une approche relationnelle et une coordination globale** des prises en charge des patients recourant au CRRA-15 pour un motif psychiatrique. Les autres objectifs sont :

- Limiter le recours au service d'accueil des urgences (SAU) aux patients nécessitant une évaluation et/ou une prise en charge somatique en urgences ;
- Favoriser le contact avec un professionnel qualifié en psychiatrie lorsqu'il est nécessaire ;
- Favoriser la prise en charge ambulatoire lorsqu'elle est possible.
- Efficience et limitation des coûts.

Par ailleurs, les travaux menés localement permettent de préciser que **plus des trois quarts des appels (86%) pour un motif psychiatrique surviennent entre 8h et 23h59** et plus de la moitié entre 8h et 18h30 (55%). Sur le modèle des filières périnatalité mise en place dans le service dans le cadre du SAS, on peut :

- Préciser un besoin théorique de 08h00 à minuit,
- Mais envisager **une mise en place pratique diurne (08h00 – 18h00, tous les jours)** dans un premier temps (plus ou moins réévaluation au décours) :
  - o Filiarisation psychiatrique dédiée de 08h00 à 18h00 tous les jours de la semaine,
  - o Relai par les équipes de régulation en période de garde (18h00 à 08h00).

### 3 DESCRIPTION DU PROJET

#### 3.1 PRINCIPES GÉNÉRAUX

La filière psychiatrique serait centrée sur une infirmière psychiatrique de liaison qui interviendrait après l'identification du motif d'appel comme « psychiatrique » et lorsque les éléments de l'anamnèse sont rassurants et excluent une cause somatique. Elle serait présente en horaire de jour (tous les jours entre 08h00 et 18h00, 2). En garde, la filière serait assurée par la régulation classique.

Selon les situations et au cours de la prise, l'IPL aura pour rôle de :

- Favoriser et assurer le lien avec la prise en charge en ambulatoire ;
- Eviter les refus de prise en charge ;
- Orienter le patient dans le secteur adapté (psychiatrie ou urgences polyvalentes) ;
- Favoriser le lien entre prise en charge somatique et psychiatrique ;
- Réaliser une synthèse de la prise en charge.

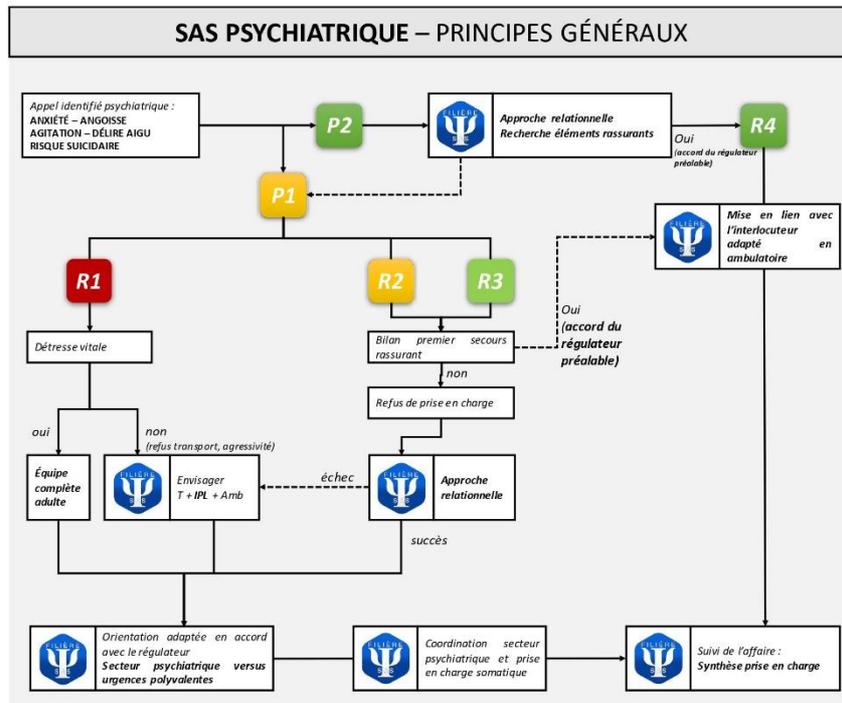


Figure 2 - Principes généraux proposés pour l'intervention du SAS psychiatrique

## 3.2 MODALITÉS D'INTERVENTION DE L'INFIRMIÈRE PSYCHIATRIQUE DE LIAISON (IPL)

### 3.2.1 APPEL INITIAL EN RÉGULATION

La priorisation de l'appel par l'ARM pour les motifs psychiatriques se fait selon 2 niveaux de priorisation P1 ou P2 (5). Une priorisation P1 donnera lieu à une régulation immédiate par le régulateur hospitalier. Pour une priorisation P2, l'appel sera orienté vers l'IPL qui recueillera les éléments de l'anamnèse et, en lien avec le régulateur, orientera la prise en charge vers l'ambulatoire, le secteur psychiatrique ou les urgences polyvalentes. En cas d'éléments discordants, l'IPL recourra au régulateur hospitalier (Figure 3).

Les modalités de l'intervention de l'IPL dans le cadre de la filière psychiatrique sont résumées :

- A la *Figure 4* pour l'angoisse et l'anxiété ;
- A la *Figure 5* pour l'agitation et le délire aigu ;
- A la *Figure 6* pour risque suicidaire.

L'intervention de la filière psychiatrique n'est, pour l'instant, pas envisager pour les prise en charge psychiatrique à caractère médico-légal (contrainte, etc) et ne se substitue pas à la CUMP (6).

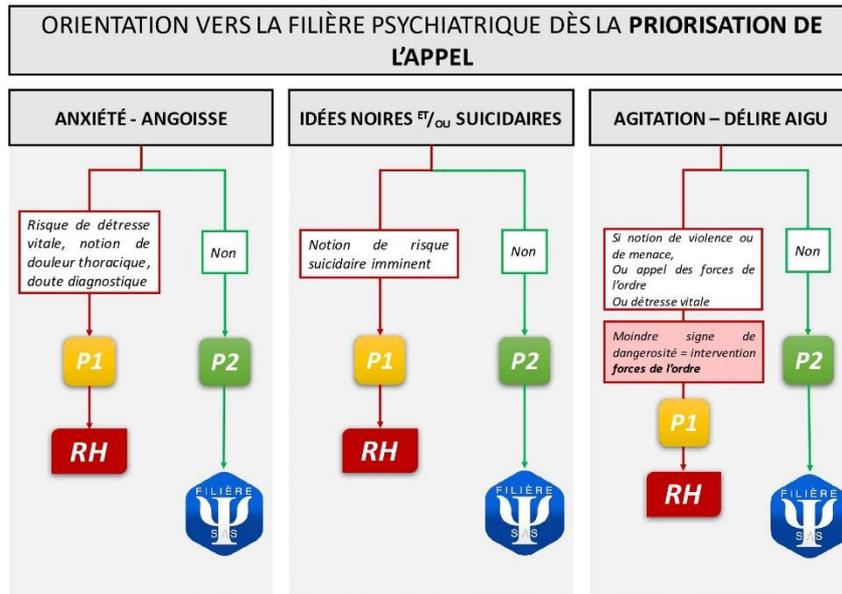


Figure 3 - Orientation vers la filière psychiatrique dès la priorisation de l'appel (proposition d'une procédure)

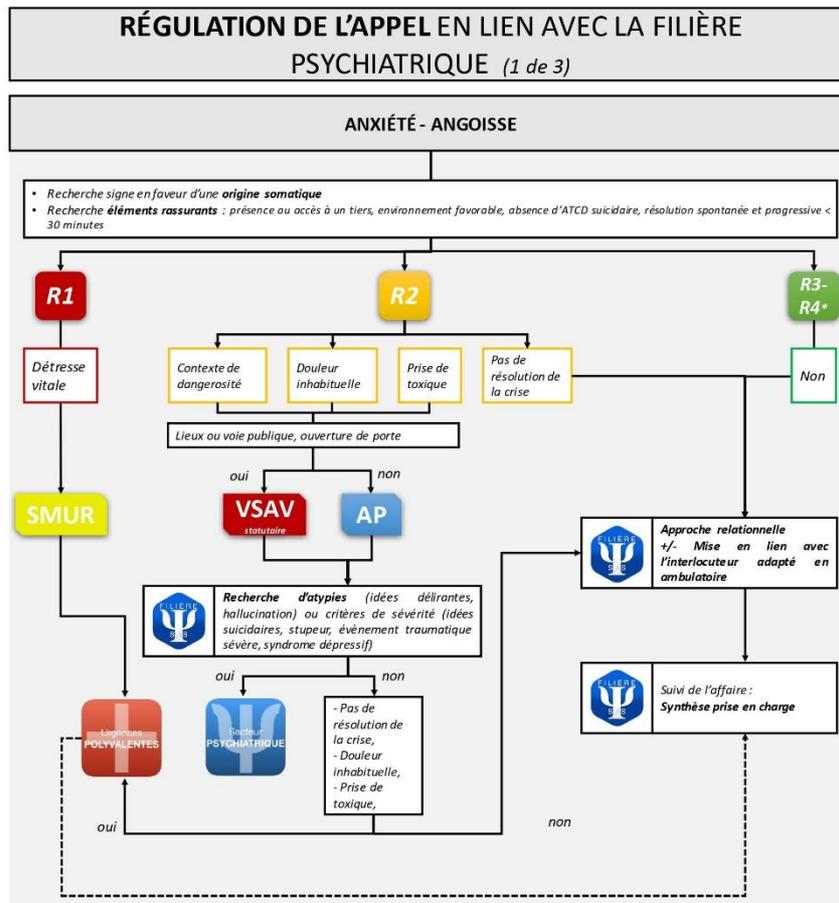


Figure 4 - Modalités d'intervention de la filière psychiatrique au décours de la régulation de l'appel (proposition d'une procédure) : ANXIÉTÉ - ANGOISSE

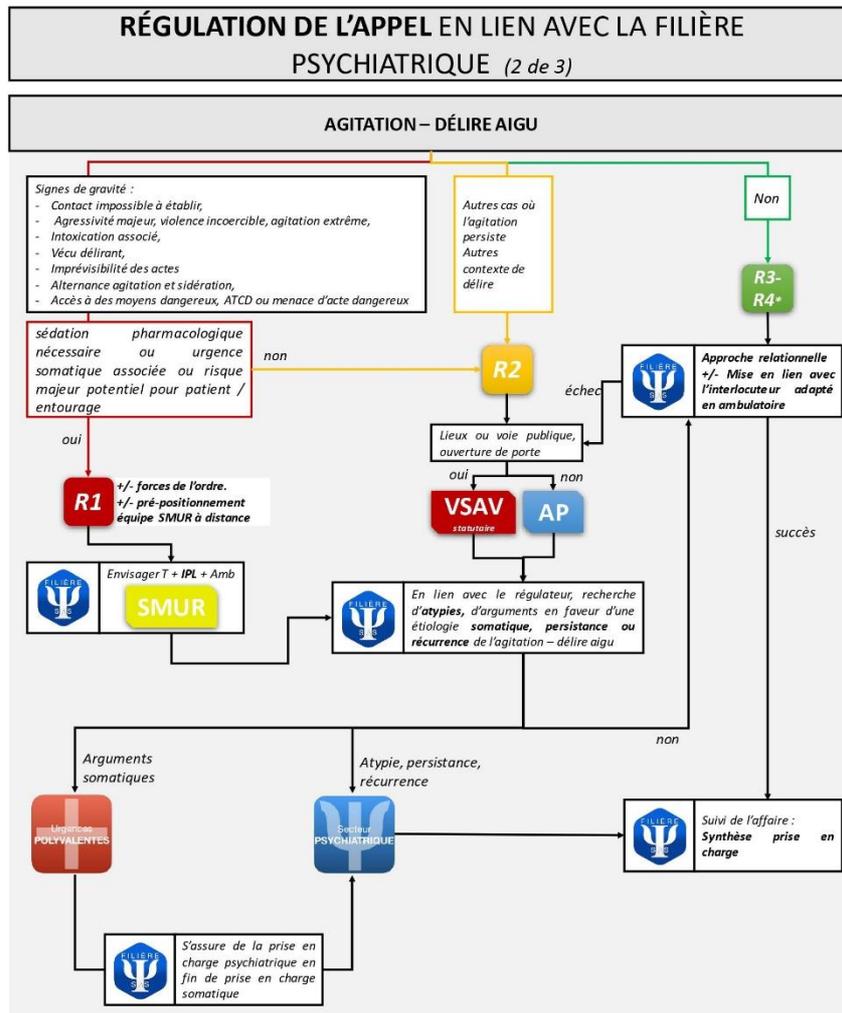


Figure 5 - Modalités d'intervention de la filière psychiatrique au décours de la régulation de l'appel (proposition d'une procédure) : AGITATION – DÉLIRE AIGU

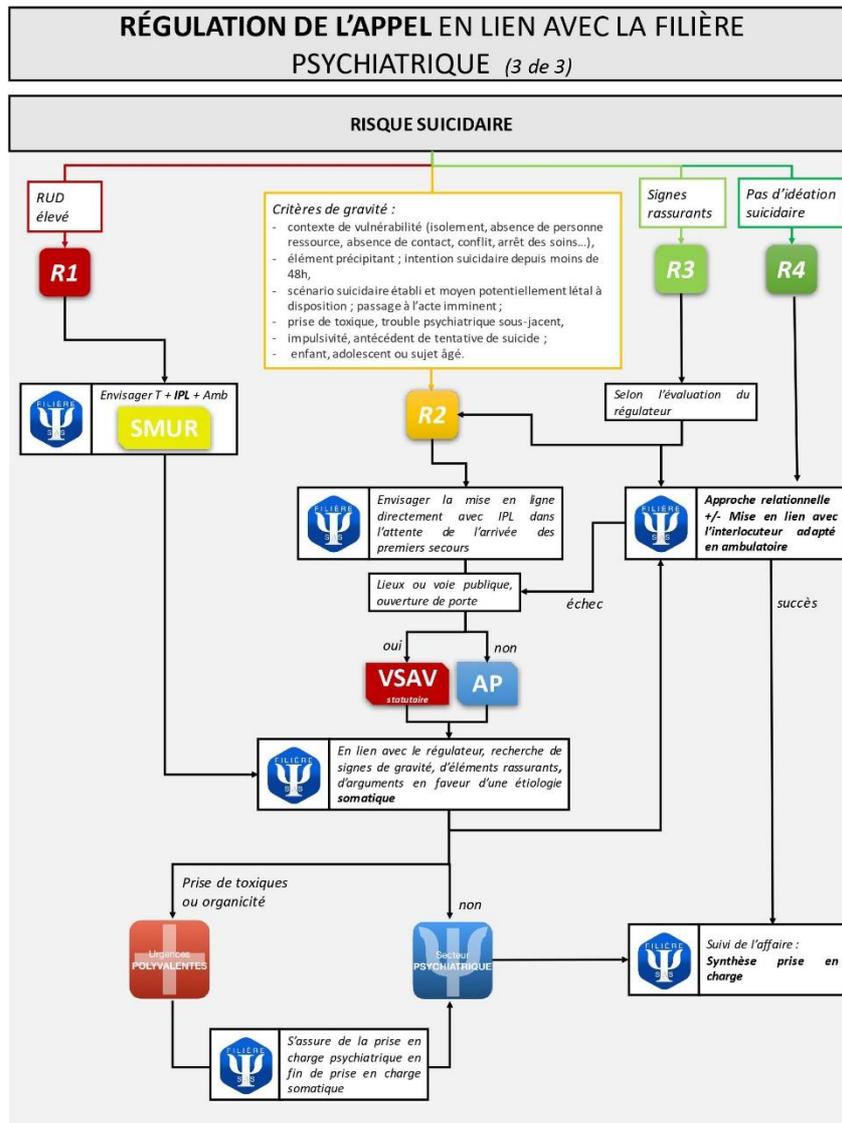


Figure 6- Modalités d'intervention de la filière psychiatrique au décours de la régulation de l'appel (proposition d'une procédure) : RISQUE SUICIDAIRE

### 3.2.2 BILAN DE L'EFFECTEUR ET ORIENTATION

Le bilan de l'effecteur permet de confirmer ou d'infirmer les éléments recueillis en régulation par l'ARM, l'IPL ou le médecin régulateur. La filière psychiatrique, c'est-à-dire l'IPL, recueillera les éléments du bilan des différents effecteurs afin d'établir une synthèse permettant l'orientation du patient vers la structure adaptée (en lien avec le régulateur).

### 3.2.3 COORDINATION PRÉ-HOSPITALIÈRE : PRÉPARATION DE L'ACCUEIL HOSPITALIER

L'IPL assurera un rôle la coordination globale de la prise en charge du patient. Lorsqu'un patient devra être orienté vers les urgences polyvalentes, son rôle sera de maximiser les conditions d'accueil en lien avec les acteurs intra-hospitaliers (IAO et MAO aux urgences polyvalentes, infirmière de psychiatrie et psychiatre pour le secteur psychiatrique) : transmission des informations et données cliniques, présentation psychiatrique, installation et aménagement du box d'accueil, etc. Elle pourra assurer, le cas échéant, le lien avec les différents acteurs intra-hospitaliers s'ils ne sont pas rassemblés sur le même site.

## 4 FINANCEMENT

*En cours*

## 5 RÉSULTATS ATTENDUS ET ÉVALUATION

La mise en place de la filière sera associée à une phase d'évaluation initiale :

- Données épidémiologiques,
- Données cliniques,
- Orientation.

Cette évaluation permettra d'évaluer la réponse attendue à la mise en place de la filière psychiatrique :

- Favoriser la prise en charge ambulatoire,
- Limiter les recours aux urgences polyvalentes aux seuls patients nécessitant une prise en charge somatique aux urgences,
- Temps de contact avec psychiatre.

### TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 - Logo provisoire : filière psychiatrique (SAS) .....	5
Figure 2 - Principes généraux proposés pour l'intervention du SAS psychiatrique.....	9
Figure 3 - Orientation vers la filière psychiatrique dès la priorisation de l'appel (proposition d'une procédure).....	11
Figure 4 - Modalités d'intervention de la filière psychiatrique au décours de la régulation de l'appel (proposition d'une procédure) : ANXIÉTÉ - ANGOISSE.....	12
Figure 5 - Modalités d'intervention de la filière psychiatrique au décours de la régulation de l'appel (proposition d'une procédure) : AGITATION – DÉLIRE AIGU.....	13
Figure 6- Modalités d'intervention de la filière psychiatrique au décours de la régulation de l'appel (proposition d'une procédure) : RISQUE SUICIDAIRE.....	14

## BIBLIOGRAPHIE

1. Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P. Référentiel de Psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'adolescent et de l'enfant. Addictologie.
2. Carrillo P, Fovet T, Poulet E. L'évaluation psychiatrique au service d'accueil des urgences : particularités sémiologiques.
3. Mello JJ, Bell JF, Siegel EO, Ward DH. Evaluating psychiatric nursing competencies applied to emergency settings : A pilot role delineation study. Int Emerg Nurs.
4. Chauvin A, Massoubre C, Gil-Jardine C, Sicot R, Le Conte P, Varin L, et al. Recommandations de pratique clinique sur la prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences.
5. Syndicat national de l'aide médicale urgente (France), Menthonnex P. Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15.
6. Rerbal D, Prieto N, Vaux J, Gloaguen A, Desclefs J, Dahan B, et al. Organisation et modalités d'intervention des Cellules d'Urgence Médicopsychologique. Recommandations de la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en collaboration avec l'Association de formation et de recherche des cellules d'urgence médicopsychologique-Société française de psychotraumatologie (AFORCUMP-SFP).

# BIBLIOGRAPHIE

1. Amad A, Camus V, Geoffroy PA, Thomas P. Référentiel de Psychiatrie. Psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'adolescent et de l'enfant. Addictologie. pufr éditions; 2014.
2. Carrillo P, Fovet T, Poulet E. L'évaluation psychiatrique au service d'accueil des urgences : particularités sémiologiques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.2018;176(8):803-9.
3. HAS. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. 2011 mars. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1061039/fr/modalites-de-prise-en-charge-d-un-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1061039/fr/modalites-de-prise-en-charge-d-un-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medicale)
4. LOI n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. avr 26, 2021. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043421566?r=gpwHRvwuuC>
5. Ségur de la santé : 22 sites pilotes retenus pour préfigurer le service d'accès aux soins (SAS) : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/segur-de-la-sante-sites-pilotes-service-d-acces-aux-soins-SAS>
6. Sanchez O, Martin CH, Thicoipe M, Tentillier E, Pradeau C, Béreau J, et al. Patients appelant ou consultant pour une demande psychiatrique : tri et orientation de l'appel à l'arrivée aux urgences. Congrès d'Urgences (2014). Paris, Porte Maillot.
7. Parfait L. Régulation des appels pour demande psychiatrique au SAMU 31 : étude épidémiologique. 2019;45. [Thèse de doctorat d'Université, Médecine]. Toulouse : Université de Toulouse III - Paul Sabatier.
8. Chauvin A, Massoubre C, Gil-Jardine C, Sicot R, Le Conte P, Varin L, et al. Recommandations de pratique clinique sur la prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences. Ann Fr Médecine D'urgence. 2021;11(3):184-98.
9. Guide d'aide à la régulation - Samu Centre 15. SFEM edition. 2019. <https://www.guide-regulation-medicale.fr>
10. [LOI] DGS/VSS2/2017/7 du 6 janvier 2017 relative à l'organisation de la prise en charge de l'urgence médico-psychologique.
11. [LOI] Décret n° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé (dispositif «ORSAN») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles
12. [Article] Quels sont les moyens de soutien médico-psychologique après un attentat ? (2021) <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/stress-post-traumatique/articles/quels-sont-les-moyens-de-soutien-medico-psychol%E2%80%A6>
13. Intoxication médicamenteuse volontaire in Toxicologie. In Syndicat national de l'aide médicale urgente (France), Menthonnex P. Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15. SFEM édition ; 2019.

14. Salmoiraghi A, Hussain S. A systematic review of the use of telepsychiatry in acute settings. *J Psychiatr Pract.* 2015;21(5):389-93.
15. Hajji et al. - 2016 - Caractéristiques générales des urgences psychiatriques à l'hôpital de Mahdia. *L'Encéphale.* 2016;42(3):289-291.
16. Sawayama E, Takahashi M, Arai H, Nakajima K, Kano A, Sawayama T, et al. Characteristics of elderly people using the psychiatric emergency system. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2009;63(4):577-9.
17. Flevaud L, Pham A, Gourevitch R. Les urgences psychiatriques pendant l'état d'urgence sanitaire. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2021;179(2):123-7.
18. Situation de la psychiatrie en France. 2021 [article] : <https://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-4949.html>
19. Vivien B. Adaptation de la régulation médicale du SAMU face à la pandémie de la COVID-19. *Médecine Catastr - Urgences Collect.* 2020;4(4):345-50.
20. Elisa Artigue-Cazcarra. Gironde : la grève chez les pompiers « a été suivie à plus de 80 % » dans la métropole de Bordeaux. *Sud Ouest [article journal].* 13 août 2021; <https://www.sudouest.fr/economie/social/gironde-la-greve-chez-les-pompiers-a-ete-suivie-a-plus-de-80-dans-la-metropole-de-bordeaux-4773122.php>
21. Maxence Kagni. L'avenir des Sapeurs-Pompiers au coeur d'une proposition de loi. *LCP [article journal]* 7 mai 2021; <https://lcp.fr/actualites/l-avenir-des-sapeurs-pompiers-au-coeur-d-une-proposition-de-loi-64485>
22. Coline Léger. Le Sdis de l'Aisne monte au créneau sur les carences ambulancières. *La gazette des communes. [article journal]* 4 oct 2019; <https://www.lagazettedescommunes.com/642105/le-sdis-de-laisne-monte-au-creneau-sur-les-carences-ambulancieres/>
23. Philippe Robin. Les carences d'ambulances privées coûtent très cher aux sapeurs-pompiers de l'Aisne. *L'union [article journal]* 29 août 2019; <https://abonne.lunion.fr/id89486/article/2019-08-29/des-tres-couteuses-carences-dambulances-privées-pour-les-sapeurs-pompiers-de>
24. Le Parisien avec AFP. Pompiers volontaires et numéro unique d'urgence : adoption d'une proposition de loi par l'Assemblée nationale. *Le Parisien [article journal]* 27 mai 2021; <https://www.leparisien.fr/societe/pompiers-volontaires-et-numero-unique-durgence-adoption-dune-proposition-de-loi-par-lassemblee-nationale-27-05-20214XK55LTPKZEO5JGQLESO MLUM.php>
25. Benoit Delespierre. Un député avec les sapeurs-pompiers volontaires dans la Somme. *Courrier Picard [article journal]* 2 mars 2021; <https://premium.courrier-picard.fr/id170301/article/2021-03-02/un-depute-avec-les-sapeurs-pompiers-volontaires-dans-la-somme>
26. Desbureaux P, Canu F, Boyer C, Douay B, Ammirati C. Concordance entre la priorisation des assistants de régulation médicale et le niveau de décision du médecin régulateur. A propos de 57474 appels primaires de pédiatrie au SAMU-Centre 15. *Congrès Urgences 2019.* Paris, Porte Maillot.

27. Leclere S, Canu F, Bochart Y, Petitprez M, Savreux P, Boyer C, et al. Le score ETC est-il un outil d'aide à la régulation médicale des intoxications médicamenteuses volontaires ? [https://www.sfm.u.org/fr/bus/media/med\\_id/5094](https://www.sfm.u.org/fr/bus/media/med_id/5094). Congrès Urgences 2020. Paris, Porte Maillot.
28. Salles J, Calonge J, Franchitto N, Bougon E, Schmitt L. Factors associated with hospitalization after self-poisoning in France: special focus on the impact of alcohol use disorder. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):1-9.
29. Petitjean F, Leguay D. Sectorisation psychiatrique: évolution et perspectives Psychiatric sectorization. Evolution and perspectives. *Ann Méd Psychol*. 2002;8.
30. La formation d'ambulancier au diplôme d'état. [article] <https://www.transports-sanitaires.fr/la-formation-d-ambulancier-au-diplome-d-etat-4.html>
31. Devenir Sapeur Pompier [article] : <https://www.pompiers.fr/grand-public/devenir-sapeur-pompier/devenir-jeune-sapeur-pompier>
32. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry*. 2003;48(5):330-7.
33. Knox DK, Holloman Jr GH. Use and avoidance of seclusion and restraint: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta seclusion and restraint workgroup. *West J Emerg Med*. 2012;13(1):35.
34. Delbreuil A, Voyer M, rédacteurs. HAS. Isolement et contention en psychiatrie générale ; (2017) Commanditée par la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
35. Braitman A. La contention physique en psychiatrie (historique, éthique, valeur thérapeutique, recommandations en vigueur). (2004) [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine] Paris, Université de Paris Diderot.
36. Chocard A-S, Malka J, Tourbez G, Duverger P, Gohier B, Garré J-B. Psychiatrie de liaison. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2005;163(8):691-6.

# GRAPHES, TABLEAUX ET FIGURES

## GRAPHES

Graphique 1 - Diagramme de flux.....	27
Graphique 2 - Répartition de l'âge et du sexe dans la population psychiatrique étudiée .....	28
Graphique 3 - Horaire et jour des dossiers inclus .....	29
Graphique 4 - Période de l'appel (période diurne versus période de garde) .....	30
Graphique 5 - Provenance de l'appel.....	30
Graphique 6 - Priorisation et régulation de l'appel en fonction du motif .....	32
Graphique 7 - âge, horaire et motifs en fonction du médecin prenant en charge l'appel.....	32
Graphique 8 - Motif de l'appel en fonction de l'âge et du sexe du patient.....	33
Graphique 9 - Premier moyen envoyé en fonction du motif de l'appel.....	35
Graphique 10 - Premier moyen engagé en fonction de la provenance de l'appel .....	35
Graphique 11 - moyens pompiers déclenchés en première intention en fonction du motif de l'appel .....	37
Graphique 12 - moyens pompiers déclenchés en première intention en fonction de l'âge .....	37
Graphique 13 - Renforcement du premier moyen engagé .....	39
Graphique 14 - Renfort SMUR et FDO en fonction du premier moyen envoyé et du motif de l'appel .....	39
Graphique 15 - Orientation au décours de la prise en charge .....	43
Graphique 16 - Orientation en fonction de l'âge .....	44
Graphique 17 - Motifs justifiant l'orientation vers un service d'urgences polyvalentes .....	44
Graphique 18- Patients laissés sur place en fonction du motif d'appel initial .....	45

## TABLEAUX

Tableau 1 - Caractéristiques de la régulation des pathologies psychiatriques pures aiguës ....	18
Tableau 2 Tarification des interventions SMUR.....	25
Tableau 3 : Nombre total de moyen engagé, temps moyen d'intervention et coût estimé.....	46
Tableau 4 - Premier contact avec un professionnel de psychiatrie .....	47
Tableau 5 - Synthèse des résultats.....	61
Tableau 6 - Besoins identifiés en régulation .....	62

## FIGURES

Figure 1 - Prise en charge médicale préhospitalière .....	41
Figure 2 - Prescription médicamenteuse et voie utilisée.....	41

## RESUME

**Filière psychiatrique spécifique au sein du service d'accès aux soins (SAS), quels besoins ? État des lieux de la prise en charge des pathologies psychiatriques aiguës en préhospitalier au SAMU Centre 15 de la Somme.**

Introduction : Le SAS est un dispositif nouvellement créé pour apporter une réponse rapide aux besoins de soins non programmés. Aucun volet psychiatrique spécifique n'est défini bien que ce motif d'appel soit fréquent.

Objectif : caractériser la réponse médicale préhospitalière apportée à la population psychiatrique recourant au CRRA-15.

Matériel et méthode : étude épidémiologique rétrospective et descriptive des appels étiquetés psychiatrie au CRRA-Centre15 de la Somme.

Résultats : 4313 dossiers ont été analysés. Les motifs d'appels étaient les idées noires ou suicidaires à 48%, l'agitation ou le délire aigu à 32% et la crise d'angoisse ou l'attaque de panique pour 16%. Les appels se répartissaient de façon homogène sur tous les jours de la semaine. Un moyen de premier secours était envoyé dans 96% des cas, plus de la moitié sont des ambulances privées. 86% des SMUR envoyés l'étaient en renfort d'un premier moyen. Au décours de la prise en charge 59% des patients étaient orientés vers des urgences polyvalentes, 35% de ces patients n'avaient pas de motif retrouvé justifiant cette orientation.

Discussion : L'intégration d'une infirmière psychiatrique de liaison au sein du CRRA-Centre 15 optimiserait la prise en charge extra et intra-hospitalière de ces patients.

Conclusion : L'étude montre que la majorité des patients recourant au CRRA-15 pour un motif psychiatrique aigu ne bénéficie pas d'un contact avec un professionnel de psychiatrie dans la majorité des cas.

Aucune thérapeutique n'est entreprise en préhospitalier pour l'immense majorité des cas. Nous évoquons l'intérêt potentiel d'une infirmière psychiatrique de liaison au sein d'une filière psychiatrique dédiée au SAS.

Mots clés : SAMU, urgences psychiatrique, régulation, SAS, infirmière psychiatrique de liaison

## ABSTRACT

**Specific psychiatric sector in the health access system (HAS), which needs ? Review of medical process of the acute psychiatric disorders in prehospital setting in the medical regulation of Somme - France.**

Introduction : The HAS is a new tool created to bring a quick response to the unscheduled cares. No specific psychiatric is planned even if it's a common call ground. Few studies characterising the psychiatric population requiring the medical regulation.

Objective : to characterise the medical response to the psychiatric population requiring the medical regulation.

Material and methods : retrospective, epidemiologic and descriptive study from the tagged calls « psychiatric » in the medical regulation of Somme - France.

Results : 4313 were analysed. The call grounds were dark thoughts or suicide ideation for 48%, agitation or psychosis for 32%, and anxiety or panic attack for 16%. The calls were allocated homogeneously each day of the week. A first aid transport was sent in 96%, more than half were private ambulances. 86% of the prehospital medical service sent were in reinforcement of a first aid transport. After the prehospital setting, 59% of the patients were oriented in emergency pathway, however 35% of these patients did not have diagnosis requiring an emergency pathway.

Discussion : the integration of a psychiatric nurse coordinator in the medical regulation will optimise the process of care in prehospital or in the hospital.

Conclusion : the study underline that most of the patients, requiring the medical regulation for an acute psychiatric disorder () don't receive an evaluation by a psychiatric professional in most cases.

No medication were given in prehospital setting for most of them. More than half patients were orientated in emergency pathway.

The presence of a psychiatric nurse coordinator will provide a more accurate idea in a specific psychiatric sector in the HAS.

Key words : medical regulation, psychiatric emergencies, health access system, psychiatric nurse coordinator