

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER –
FACULTÉ DE MÉDECINE**

Année 2019

2019 TOU3 1141

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Par

PARFAIT Léo

Le 24 Octobre 2019

**Régulation des appels pour demande psychiatrique au SAMU 31 :
étude épidémiologique.**

Directeur de Thèse : Docteur Jules CLOUZEAU

JURY

Monsieur le Professeur Christophe Arbus

Président

Monsieur le Professeur Vincent Bounes

Assesseur

Monsieur le Docteur Michel Bismuth

Assesseur

Madame le Docteur Brigitte Escourrou

Assesseur

Monsieur le Docteur Frédéric Balen

Assesseur



**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER –
FACULTÉ DE MÉDECINE**

Année 2019

2019 TOU3 1141

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE
DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Par

PARFAIT Léo

Le 24 Octobre 2019

**Régulation des appels pour demande psychiatrique au SAMU 31 :
étude épidémiologique.**

Directeur de Thèse : Docteur Jules CLOUZEAU

JURY

Monsieur le Professeur Christophe Arbus

Président

Monsieur le Professeur Vincent Bounes

Assesseur

Monsieur le Docteur Michel Bismuth

Assesseur

Madame le Docteur Brigitte Escourrou

Assesseur

Monsieur le Docteur Frédéric Balen

Assesseur



TABLEAU du PERSONNEL HU

**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2018**

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTE Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BLANCHER Antoinette	Immunologie (option Biologique)	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BRASSAT David	Neurologie	M. LOPEZ Raphaël	Anatomie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	Mme VEZZOSI Dalphine	Endocrinologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique		
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie		
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie		
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation		
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie		
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique		
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno	Maladies infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLNIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYCUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRACON Anne

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphanie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLEL Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	Mme DALENG Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Lorc	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALEGAZE François (C.E)	Ophthalmologie	P.U. Médecine générale	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elis (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol André	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DÂMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENDUX Annalise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CÂMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Variéne	Biochimie
Mme CARFAGNÀ Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALLINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RÍMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOUJAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Léila

Remerciements :

A Monsieur le Professeur Christophe Arbus, merci me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous prie de trouver l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Vincent Bounes, c'est avec honneur que vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Michel Bismuth, vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail et de faire partie de mon jury de thèse. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A Madame le Docteur Brigitte Escourrou, pour avoir accepté d'être présente le jour de ma soutenance et juger de mon travail. Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Frédéric Balen, merci de me faire l'honneur de faire partie de mon jury de thèse. Soyez assuré de ma plus profonde reconnaissance.

A mon directeur de thèse le Docteur Jules Clouzeau, merci d'avoir partagé cette épreuve avec moi. Je te suis reconnaissant pour ton aide et te remercie de tes conseils et de ton professionnalisme.

A mes maîtres de stage :

Merci à l'équipe de Gériatrie pour votre bonne humeur, le saucisson au petit déjeuner, mes premières prescriptions et l'accueil dans votre belle région !

Merci à l'équipe d'urgentistes de Castres pour la découverte de ma future spécialité et la bonne ambiance ! A Jean-Louis pour ton accent et tes infectes crocs, à Martin pour tes blagues, à Chrystel pour ta gentillesse et à Josiane pour le Desc, on se revoit bientôt !

Merci aux Docteurs Puech Carine et Pistre Alain pour la découverte du Sidobre, de la Médecine Générale et de leurs vies, ces 6 mois à vos côtés m'ont beaucoup appris.

Merci au Docteur Rivière Alain, pour sa patience, sa gentillesse et son aide dans les moments difficiles, juste merci.

Merci à l'équipe de Réanimation de Rangueil pour m'avoir permis d'apprendre à ses côtés en toute sérénité et au Docteur Crognier Laure d'avoir essayé en vain de « me faire brasser moins d'air » durant le stage.

Merci aux Docteurs Pasquio Olivier et Bellanger Cyrille pour m'avoir appris, guidé et fait confiance dans la gestion de leurs patients.

A mes cointernes de Desc :

A Bastouil, mon frère éleveur de hiboux, faut vraiment que tu te calmes, on va y arriver (enfin j'espère).

A Léa, le volley c'est nul, vraiment. Et je suis sûr que tu faisais la tronche, même si tu penses le contraire.

A Zaza, le petit génie de la bande, merci de t'adapter à nous autres, simples mortels.

A Tom, la huitième merveille du monde, futur PU-PH et amateur de crème solaire.

A Pierre, le motard de la gendarmerie, le talent en moins bien entendu !

A Quentin, résident du bazar, démon à mi-temps.

A Jojo la malice, la coach sportive urgentiste.

A Basile, notre président et mari parfait.

A mes cointernes de Castres :

A Gaillac, le David Hasselhoff chasseur de fourmis aux yeux couleur caraïbes.

A Hugo, jeune australopithèque toujours là pour m'aider à réaxer des fémurs et mimeur de talent.

A Vantaux, amateur de houblon et solide gaillard asiatique ressemblant à s'y méprendre à un véritable frère.

A Axelle, la gentillesse et l'amour venu des îles !

A Monsinge, le colosse aux genoux de curly, grand gourou de l'échographie post-popart.

Aux Toulousains :

A Adrien, mon coloc admirateur de Remy Cabella, fan de naan kebab et ami des pigeons.

A la coloc des filles, pour m'avoir accepté dans votre repaire de sorcières et m'avoir nursé, m'évitant ainsi l'escarre ces derniers mois. Pas merci à Nova, qui veut sortir de l'appart toutes les 2 minutes.

A Vinciane, même si elle a essayé de me tuer sur un télésiège.

A Olga, pilote de Rallye et féministe au grand cœur toujours prête à prêter son lit.

A Chambon pour sa bonne humeur au réveil et l'apprentissage des VVC.

A Tibaut, pour les journées de stage en ophtalmologie et les prochaines vacances à la Réunion.

A mon kinésithérapeute Pitch, de loin la meilleure masseuse de la rue Bayard.

A Antoine, anesth' donc réa, donc med G, va falloir penser à rendre la licence Cahuzac !

A Camélia, moins sympa qu'Antoine mais plus sympa qu'un arbre.

A Hugo le roi du lambeau et Diana la cata.

A Oui-oui pour m'avoir offert des croisés tout neufs.

A la Fiole pour les prochains scanners injustifiés.

A Vieux machin, toujours là pour se rappeler des codes d'appart au détriment de sa carte bleue.

A Hubert d'avoir accepté d'être ma « lecture accélérée de l'ecg » (tu ne le sais pas encore).

A Ben et Boris, les 2 cerveaux les plus évolués du Sud-est, mais pas toujours les plus utilisés.

A tous les autres, Tim, Timi, Chaud, Sanchez, Boesch, la Batte...

Et à Valette, normal.

A la brigade :

Un groupe de jeunes cadres actifs composé de personnalités calmes et réfléchies aimant se réunir pour filosofer de sujets diverses et variés qui risquent probablement de les mener tout droit au Bazar, en enfer ou en plein Strasbourg, au choix.

A mes copains d'ômiens :

A Amaury, l'anesthésiste réagriculteur responsable du déficit de la sécu et probablement par la même occasion de la réussite de mes années de Médecine.

A Guigui, l'homme le plus vieux du Club Mickey, merci de m'avoir nourri pendant ces années.

Je n'ai qu'un regret, ne pas avoir réussi à faire de toi un vrai motard.

A Camille B., la caissière la plus intelligente d'Aldi et reine du coucher avant minuit.
Aux Demessence, duo de démons qui me suit depuis le primaire.
A Bérénice, petite sœur hyperactive de substitution.
A Cômille, le Mireille le plus costaud de Picardie.
A Bourbon, la voisine la plus épuisante du monde.
A Paulo, skieur de haut vol et descendeur de pentes raides du massif de Chartreuse.
A Percy, l'homme qui manie aussi bien le détecteur de métaux que la salinité d'un bocal.
Au gros JP, marionnettiste au revêtement Tefal.
Aux Rhinos !

A ma famille :

A ma maman, qui a su me préserver durant toutes ces années de la vie d'adulte à coups de petits plats préparés de son jardin, de lessives et de gestion edf/assurance/téléphone/internet et sûrement d'autres choses dont je n'aurai jamais connaissance. Merci d'avoir été là depuis le début et de l'être encore afin de me rendre la vie plus facile. C'est le cœur léger que je te rends la C3 ma Bot Bot.

A mon papa, Solognot au grand cœur, sans qui tout ceci n'aurait jamais été possible, qui m'a permis de m'épanouir durant toutes ces années en remplissant son garage chéri d'objets devenus maintenant encombrants. Je finirai par un « Gésiers un jour, neutrons toujours ».

A mon frère, une version 1.0, pourtant plus beau, plus riche et plus costaud, mais malheureusement pilote de petites cylindrées et piètre skieur pour en faire le modèle parfait à mes yeux. Qeutcha' !

A Anne :

Ma chérie qui me supporte dans tous mes états depuis le début de cette aventure sans se plaindre (33% Italienne, ce n'était pas gagné). Tu as été d'une grande aide pour l'aboutissement de ces années et je ne t'en remercierai jamais assez. Merci mon cœur, on va pouvoir profiter maintenant.

TABLE DES MATIÈRES :

1. Introduction.....	2
2. Matériel et méthodes.....	3
2.1. Type d'études.....	3
2.2. Déroulement de l'étude.....	3
2.3. Aspect éthique	4
2.4. Méthode d'analyse.....	4
3. Résultats.....	5
3.1. Population d'étude.....	5
3.2. Données téléphoniques.....	6
3.3. Données démographiques.....	8
3.4. Données cliniques.....	10
3.5. Moyens employés et orientations.....	11
3.6. Devenir et diagnostics.....	16
3.6.1 Devenir des patients orientés vers l'hôpital.....	16
3.6.2 Devenir des patients n'ayant pas présenté de tentative de suicide.....	16
3.6.3 Diagnostics.....	19
3.7. Particularités de la tentative de suicide.....	20
4. Discussion.....	24
5. Conclusion.....	30
6. Bibliographie.....	31

1. Introduction

Le premier SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) de France est né à Toulouse en 1968 sous l'impulsion du Professeur Louis Lareng, avec pour objectif d'encadrer l'emploi des ambulances des services mobiles d'urgence et de réanimation en extrahospitalier. Ce concept a par la suite été élargi à la gestion de situations médicales urgentes de tous niveaux de gravité. C'est seulement en 1978 après décision interministérielle que le numéro téléphonique 15 fera son apparition pour les appels du grand public. De nos jours, le SAMU-Centre 15 désigne le Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) et tous les acteurs qui lui sont rattachés en un même lieu : régulation de Médecine d'Urgence, régulation de Médecine Générale, régulation spécialisée (Centres Antipoison et de Toxicovigilance) et coordination ambulancière. (1)

Parmi ces appels, la régulation des patients présentant une pathologie psychiatrique prend une place prépondérante par sa complexité et son polymorphisme. Les troubles psychiatriques sont généralement associés à une forte mortalité. Ils sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide (750 décès en Occitanie en 2015) (2), de handicaps et d'incapacités lourds ainsi que d'une qualité de vie détériorée pour les personnes atteintes et leurs proches (6876 passages aux urgences pour tentative de suicide en 2011 en Occitanie, 78128 en France en 2015) (3) (4).

La prise en charge de ce type de patient s'est articulée autour de la Circulaire du 30 juillet 1992 (5) définissant l'organisation du SAMU pour la régulation et l'orientation des appels psychiatriques, à laquelle on peut ajouter la conférence de consensus de 2000 (6) concernant la crise suicidaire (36 % des avis psychiatriques aux urgences en 2011) (7). La SFMU (Société Française de Médecine d'Urgence) a parfaitement décrit la difficulté, l'aspect chronophage et les particularités de la régulation chez ce type de patient dans une publication de 2014 (8).

En effet, le médecin régulateur est souvent confronté à des urgences psychiatriques (tentative de suicide, risque de passage à l'acte, décompensation psychotique) ou à des situations de crises (familiales, sociales, psychologiques, toxiques) rendant difficile l'interrogatoire téléphonique et l'évaluation de la gravité des troubles (8). Il en résulte la plupart du temps l'envoi rapide d'une équipe de secouristes afin de faire le point sur place et ainsi permettre une analyse et un retour d'information plus clair au médecin Urgentiste. Il peut alors prendre la décision qui lui semble la plus adaptée pour le patient, envisager son orientation vers un centre

médicopsychologique (circulaire 14 mars 1990) (9) ou, le cas échéant, vers une structure d'urgence assurant une activité spécialisée (décret du 22 mai 2006) (10) permettant une prise en charge conjointe entre urgentiste et psychiatre (8% des passages aux urgences en 2003, entre 40 000 et 60 000 passages en Occitanie en 2018) (11) (12). Le patient psychiatrique, de par ses multiples présentations symptomatiques, peut poser la question de la protection des individus, des professionnels et de la société dans son ensemble lorsque l'expression de la pathologie ne permet plus le discernement et donc pose aussi celle de la mise en place de mesures spécifiques réglementées (police, soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état ou SPDRE, soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou SPDT, contention, sédation). (13) (14) (15)

En 2018, le CRRA de Haute-Garonne a été sollicité plus de 552 000 fois, ouvrant près de 243 712 dossiers et réalisé 9147 interventions médicalisées toutes causes confondues (12). Les appels relevant d'un motif psychiatrique semblant assez fréquents, nous nous sommes posés la question de la réalité de ces chiffres dans le département de Haute-Garonne, des spécificités et de la gestion de ces cas par la régulation du SAMU 31.

2. Méthodes

2.1. Type d'étude.

Il s'agit d'une étude observationnelle descriptive et rétrospective, monocentrique sur le SAMU 31 de Haute-Garonne. Les patients analysés ont été ceux concernés par les appels au CRRA du 1^{er} Mars 2018 au 30 Avril 2018.

2.2. Déroulement de l'étude.

Les patients ont été inclus sur les critères suivants : appel codé « psychiatrie » par l'assistant de régulation médicale (ARM), appel codé « intoxication » par l'ARM, pas de limite d'âge.

Nous avons exclu les patients ayant présenté une intoxication qui semblait non volontaire et les doublons d'appels (un seul dossier patient inclus pour plusieurs appels) pour un même patient après lecture des dossiers de régulation. Les patients qui ne présentaient pas de pathologie psychiatrique après diagnostic étiologique (accident vasculaire cérébral, démence...) ont tout de même été inclus.

Une extraction des dossiers AppliSamu entre le 01 mars 2018 (00h00) et 30 Avril 2018 (23h59) a été réalisée par le service informatique du Samu 31.

Les données analysées l'ont été par un seul chercheur, l'auteur de la thèse. Elles ont été épidémiologiques (date, heure d'appel, langue, âge, sexe, commune, appelant, motif d'appel, lieu d'intervention, heure d'intervention, alcoolémie, agressivité avec le personnel) mais il nous a aussi semblé essentiel d'étudier d'autres éléments tels que la prise en charge effectuée (moyen employé, acte effectué, implication de la police, contention, sédation, orientation). Chaque donnée a été saisie manuellement après lecture du dossier de régulation du patient sur le logiciel AppliSamu. Le devenir du patient et le diagnostic retenu par le psychiatre étaient recherchés sur le logiciel Orbis puis Urqual si le patient était orienté vers l'un des deux CHU.

Les données ont été mises sous forme d'un fichier EXCEL, anonymisées par la date de l'appel et l'heure. Toutes les données relevées sont issues des dossiers patients des plateformes : AppliSamu, Orbis et Urqual.

2.3. Aspect éthique.

Les données des patients étaient anonymes, par conséquent, aucune déclaration à la CNIL n'a été effectuée.

2.4. Méthodes d'analyse.

L'analyse statistique des données anonymisées a été réalisée à l'aide du logiciel Excel. Toutes les variables de l'étude ont été analysées de façon individuelle avec vérification du nombre de données manquantes et de valeurs aberrantes. La distribution des variables quantitatives est représentée par une moyenne. Les données qualitatives sont exprimées en nombre et pourcentage.

Les données manquantes ont été imputées à :

- Pour les caractéristiques du patient ou de la prise en charge (alcoolisé, agressivité, contention, sédation) : les données non évoquées dans le dossier de régulation étaient considérées comme « négatives ».

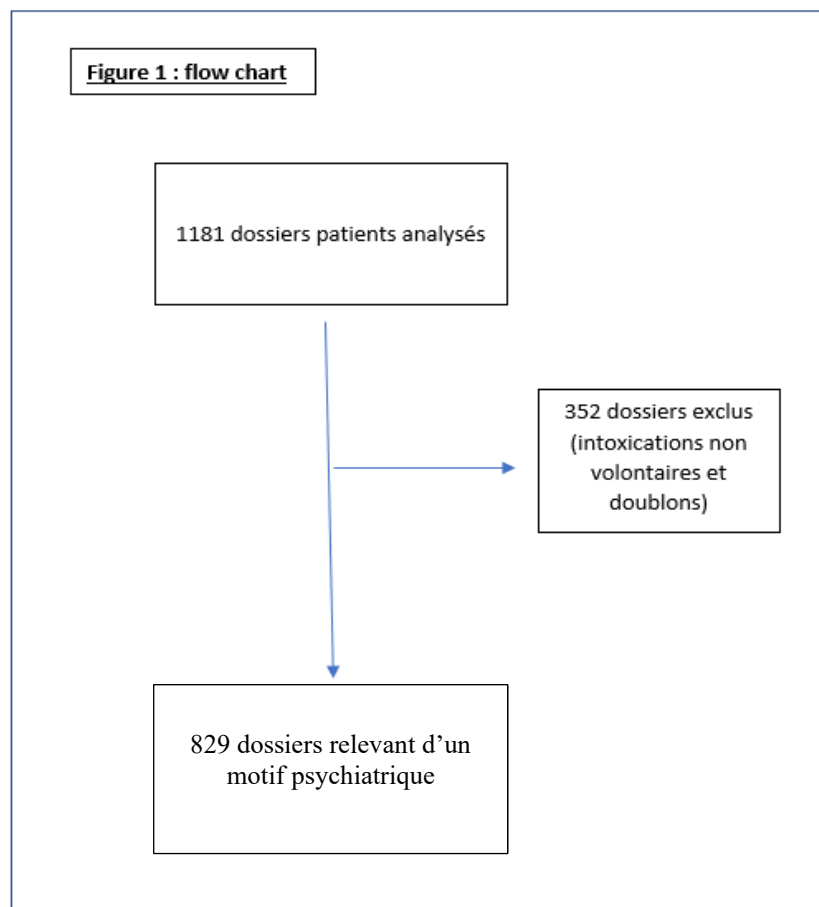
- Pour l'orientation : une orientation dans un établissement autre que les CHU et Gérard Marchand était coté comme « Autres ».
- Pour le diagnostic : une fugue du service avant avis, un patient non retrouvé à cause d'un dossier mal orthographié par l'ARM, des comptes-rendus incomplets et des avis spécialisés non donnés ou sur papiers étaient codés comme « inconnus ». Si aucun avis psychiatrique n'était pris, le diagnostic retenu était celui de l'urgentiste, puis du médecin régulateur s'il y en avait un sinon il était codé lui aussi comme « inconnu ».

3. Résultats

3.1. Population d'étude

La population de départ regroupe 1181 dossiers codés « psychiatrie » ou « intoxication » du 1^{er} Mars 2018 au 30 Avril 2018. 352 dossiers ont été exclus regroupant des doublons et des patients présentant des intoxications non volontaires (CO, alimentaire...).

Au total, 829 dossiers de régulation en rapport avec un motif psychiatrique ont été inclus dans l'étude (Figure 1).



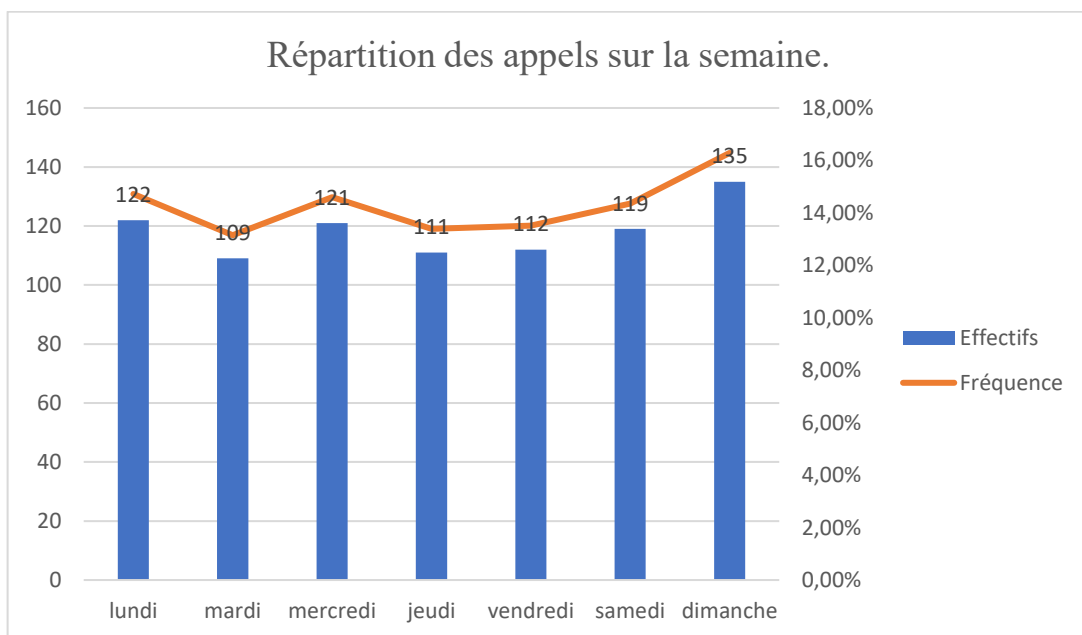
3.2. Données téléphoniques.

Le Samu 31 reçoit en moyenne 13.59 (+/- 3,47) appels étiquetés « psychiatrie » et « intoxication » volontaire par jour. Le minimum est de 6 appels par jour avec un maximum de 22 appels par jour. (Tableau 1)

Appels par jour	
Moyenne	13,59
Minimum	6
Maximum	22
Ecart-type	3,47

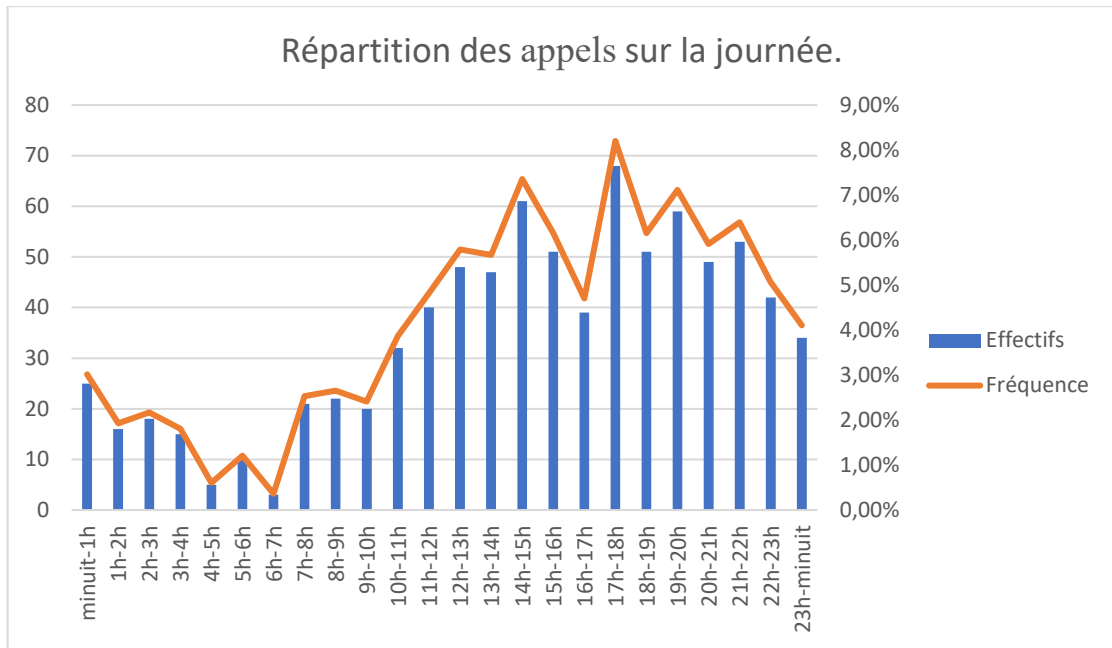
Tableau n°1

La répartition des appels sur les jours de la semaine (graphique n°1) est relativement égale avec en moyenne 118.42 appels pour chaque jour. On dénote tout de même une hausse des appels le dimanche avec 135 appels (16,28% des appels totaux).



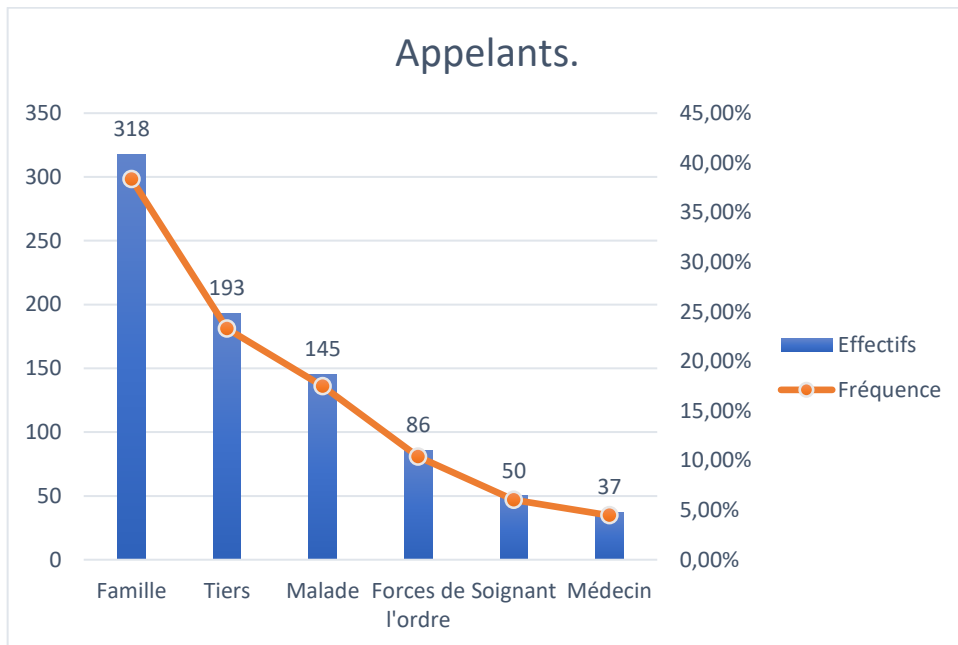
Graphique n°1

Concernant la répartition des appels durant la journée (graphique n°2), le plus clair des appels se concentre sur l'après-midi et la soirée. On met en évidence une ascension progressive des appels de 8h du matin (2,53% des appels) jusqu'à un premier pic avec 7,36% des appels entre 14h et 15h, suivi d'un creux entre 16 et 17h (4,70%). Un nouveau pic entre 17h-18h (8,20% des appels) apparaît avec une phase de plateau prolongée jusque 23h, avant de décroître rapidement durant les heures profondes de la nuit.



Graphique n°2

Dans le graphique n°3, on met en évidence une forte proportion d'appels provenant de membres de la famille (38,86%) devant celle de tiers (23,28%), du malade lui-même (17,49%) et des forces de l'ordre (10,37%). En fin de peloton viennent les appels provenant de soignants (6,03%) et médecins (4,46%).



Graphique n°3

Concernant la localisation des appels, les demandes d'intervention étaient situées dans Toulouse intra-muros dans 45,96% (381 appels) des cas (tableau n°2). Dans 77,44% des cas (642 appels), la demande d'intervention était le domicile du patient (tableau n°3).

Provenance	Effectifs	Fréquence
Ailleurs	448	54,04%
Toulouse	381	45,96%

A domicile	Effectifs	Fréquence
Non	187	22,56%
Oui	642	77,44%

Tableau n°2 et n°3

Notions clés :

- Le CRRRA reçoit en moyenne 13,59 appels par jour, principalement en fin d'après-midi et début de soirée, avec un pic d'appels le dimanche (16,28%).
- Les appelants sont principalement la famille (38,86%), les tiers (23,28%) et le patient lui-même (17,49%).
- Les interventions avaient lieu dans 77,44% des cas au domicile du patient et en dehors de Toulouse (54,04%).

3.3. Données démographiques.

Sur 829 appels, il a été mentionné à 10 reprises que le patient ne parlait pas français lors des échanges téléphoniques (tableau n°4).

Langue	Effectifs	Fréquence
Français	819	98,79%
Autre	10	1,21%

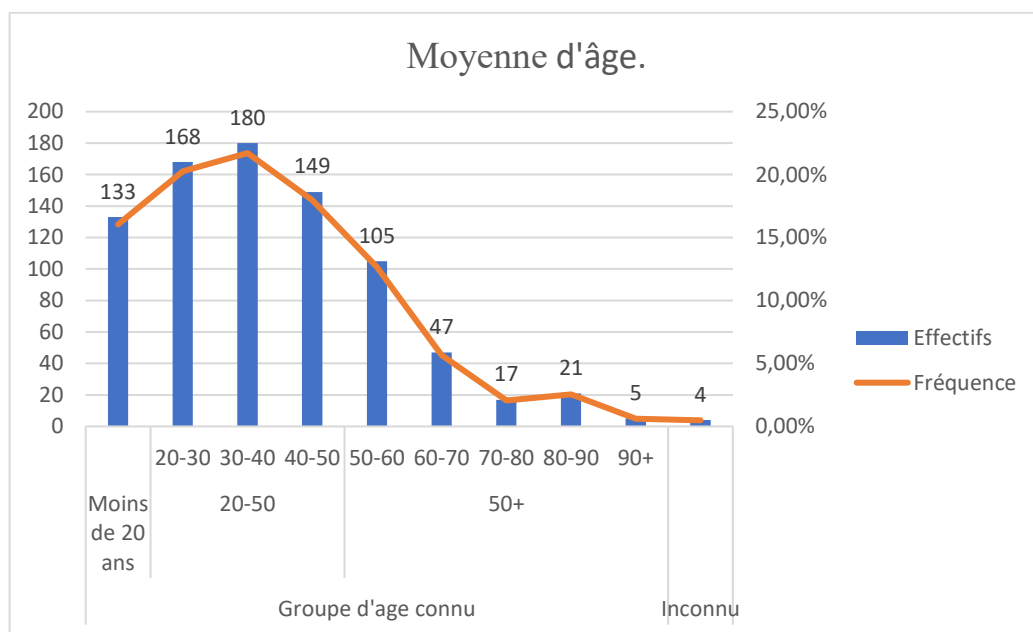
Tableau n°4

On met en évidence une quasi-égalité au niveau des sexes puisque 48,37% des patients étaient des femmes contre 51,63% d'hommes (tableau n°5).

Sexe	Effectifs	Fréquence
Femme	401	48,37%
Homme	428	51,63%

Tableau n°5

Dans le graphique n°4, on remarque que le plus clair des appels (60,44%) se concentre dans l'intervalle des 20-50 ans avec une moyenne d'âge des patients de 33,04 ans. On met en évidence que 16,04% des patients ont moins de 20 ans et que 23,52% ont plus de 50 ans. Le plus jeune patient inclus avait 7 ans et le plus vieux 97 ans. L'âge des patients était inconnu chez 4 d'entre eux.



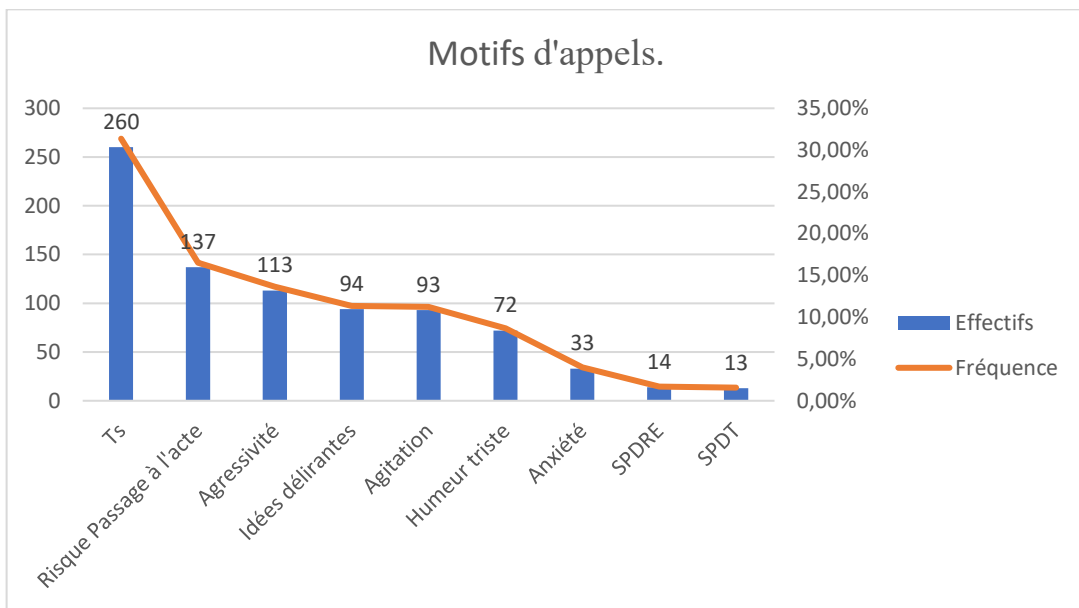
Graphique n°4

Notions clés :

- Les patients parlaient français dans 98,79% des appels et étaient des hommes dans 51,63% des cas.
- La moyenne d'âge se situait à 33,04 ans avec 16,04% des patients ayant moins de 20 ans et 23,52% ayant plus de 50 ans.

3.4. Données cliniques.

Les motifs d'appels sont décrits dans le graphique n°5. Il est mis en évidence que les motifs d'appels les plus fréquents sont les tentatives de suicide ou TS (260 ; 31,36%), suivis des appels pour risques de passage à l'acte auto-agressif/idées suicidaires (137 ; 16,53%) et les hétéro-agressivités (113 ; 13,63%). Les appels pour idées délirantes, agitation et humeur triste (sans idées noires) concernent chacun moins de 11% des appels. En dernière position on retrouve les appels pour anxiété, SPDRE et SPDT (moins de 3%).



Graphique n°5

Une alcoolisation (suspectée après interrogatoire du régulateur et examen clinique du secouriste) a été évoquée chez 203 (24,49%) des patients (tableau n°6)

Alcool	Effectifs	Fréquence
Non	625	75,39%
Oui	203	24,49%

Tableau n°6

Après analyse des dossiers de régulations, les secouristes ont ressenti une agressivité du patient à leur égard dans 115 (13,87%) interventions. (tableau n°7)

Agressivité	Effectifs	Fréquence
Non	714	86,13%
Oui	115	13,87%

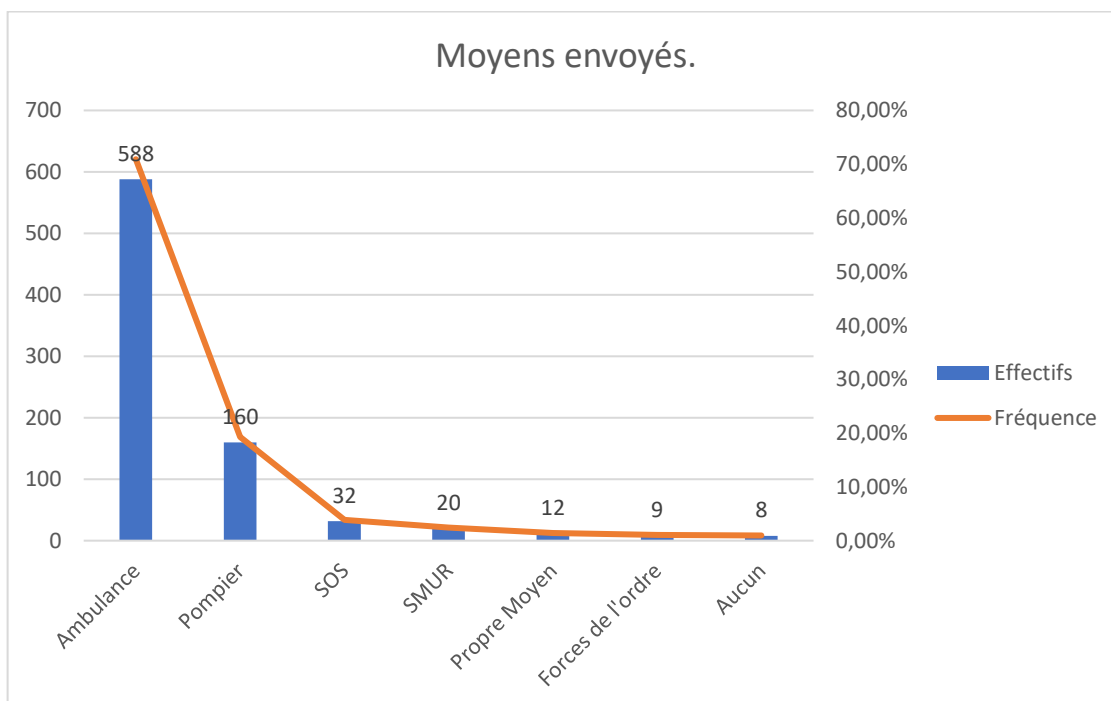
Tableau 7

Notions clés :

- Les motifs d'appels les plus fréquents étaient les tentatives de suicide (260 passages à l'acte) suivi des risques de passage à l'acte auto-agressif (137). Les agitations et les idées délirantes représentaient moins de 11% des appels chacune.
- L'agressivité était un motif d'appel dans 13,63% des cas quand les secouristes en ressentaient une à leur égard dans 13,87% des interventions.
- L'alcoolisation concernait probablement 24,49% des patients.

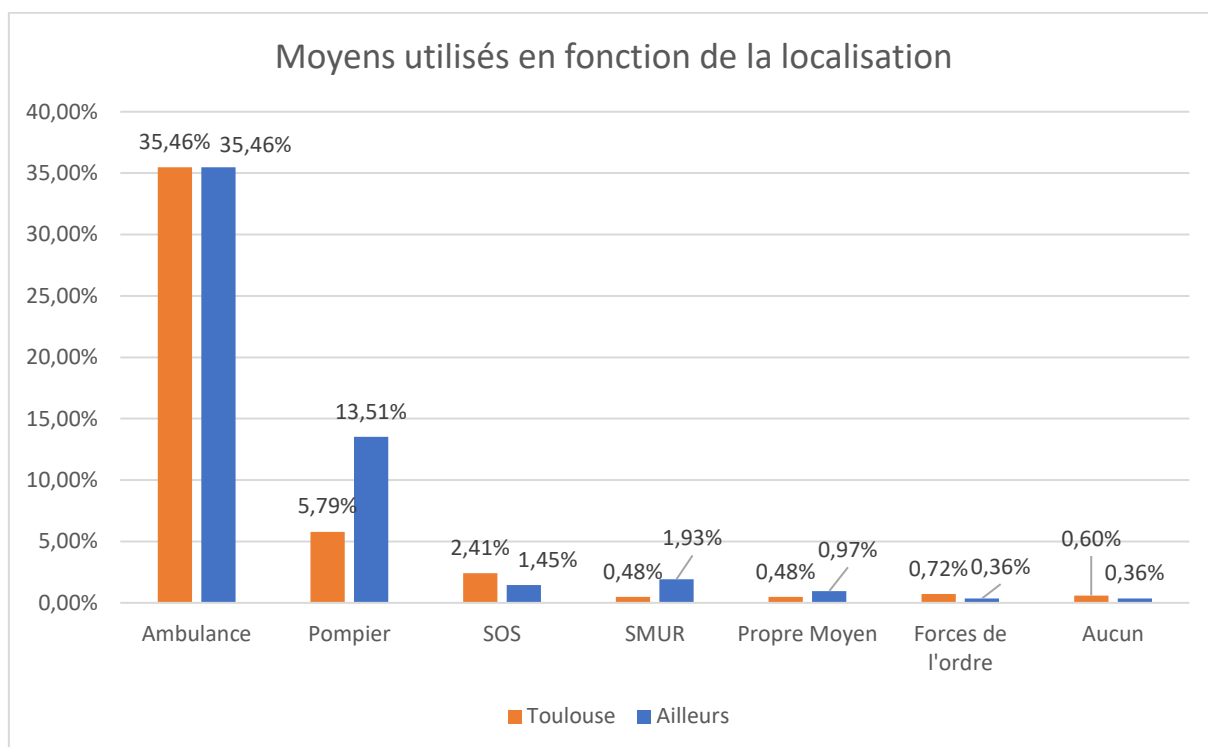
3.5. Moyens employés et orientations.

Le graphique n°6 représente les moyens d'interventions envoyés auprès du patient. Le moyen le plus employé est l'ambulance avec 588 envois en 2 mois (70,93%), suivi de 160 envois de pompiers (19,30%). Un médecin de garde a été envoyé sur place 32 fois (3,86%) quand le SMUR a été déclenché lui, 20 fois (2,41%). Le patient a été invité à se rendre par ses propres moyens auprès d'un médecin 12 fois et seulement 8 appels ont bénéficié de conseils téléphoniques.



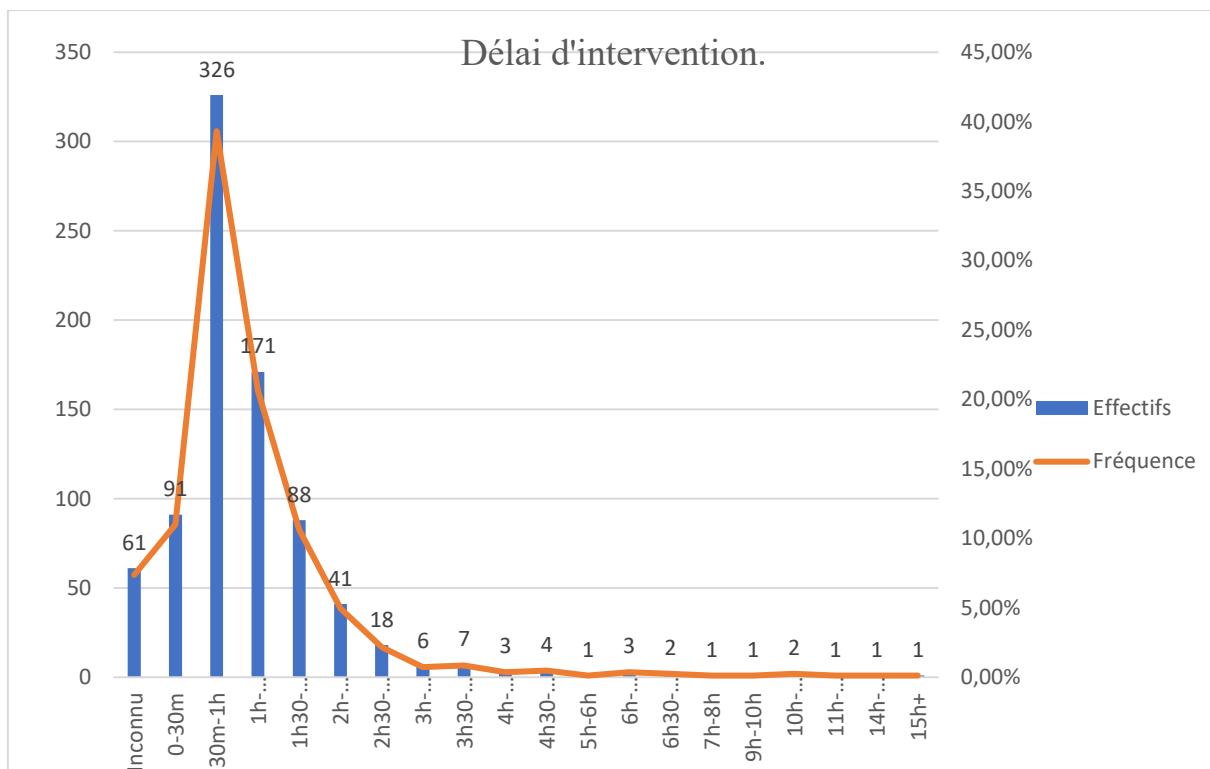
Graphique n°6

Le graphique n°7 met en évidence les différences de moyens envoyés entre Toulouse et sa périphérie. Les ambulances sont utilisées de façon similaire entre les 2 localisations. Le médecin de garde est plus souvent sollicité en ville (1% de plus). Les différences se situent en périphérie avec l'envoi plus fréquent des équipages pompiers (112 envois (13,51%) contre 48 (5,79%) dans Toulouse même) et du SMUR (16 envois (1,93%) contre 4 (0,48%) dans Toulouse même).



Graphique n°7

Le délai d'intervention (temps écoulé entre l'appel et le bilan de l'équipage sur place) est retrouvé dans le graphique n°8. Le médecin régulateur a reçu un bilan d'intervention en moins de 30 minutes chez 91 patients (10,98%), entre 30 minutes et une heure chez 326 patients (39,32%) et entre une heure et une heure 30 minutes chez 171 d'entre eux (20,63%). Les 61 patients inconnus (7,35%) correspondent aux patients pour lesquels aucun envoi n'a été décidé (20 patients), à ceux pour lesquels aucun bilan n'a été reçu ou pour lequel le patient n'a pas été retrouvé.



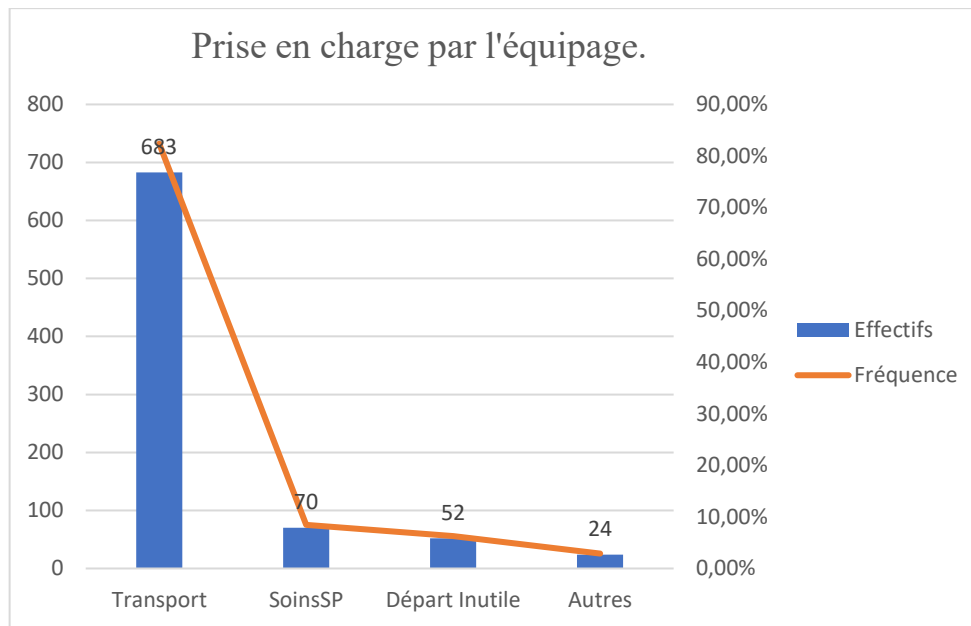
Graphique n°8

Les forces de l'ordre étaient sur les lieux de l'intervention ou étaient au courant de la prise en charge du patient dans 30,40% des interventions. (Tableau n°8)

Forces de l'ordre	Effectifs	Fréquence
Non	577	69,60%
Oui	252	30,40%

Tableau n°8

La graphique n°9 représente la prise en charge du patient par les équipes intervenant sur place. 683 patients (82,38%) ont été transportés vers le centre hospitalier le plus proche, 70 patients (8,44%) ont bénéficié de soins sur place, 52 patients (6,27%) ont fait déplacer une équipe inutilement (fugue, patient non sur place). On retiendra les 24 patients (2,90%) marqués « Autres » comme ceux ayant bénéficié de conseils téléphoniques simples (8 patients), d'une décision de se déplacer par leurs propres moyens par le médecin régulateur (12 patients). Les 4 patients restant ont été emmenés au commissariat. A noter que 9 patients codés initialement comme « un départ inutile » de l'équipe de secouristes ont bénéficié d'un transport dans un second temps (non inclus dans les transports).



Graphique n°9

Certains patients n'étant plus maître de leurs actes ou considérés comme dangereux ont été contentonnés après approbation du médecin régulateur ou directement par les forces de l'ordre sur place. On retiendra du tableau n°9 que 60 patients (7,24%) ont été contentonnés au cours des deux mois de régulation (63,3% d'hommes, 36,67% de femmes). Le tableau n°10 met en évidence que sur ces 60 patients, 4 patients ont bénéficié d'une sédation chimique (6,67%).

Contention	Effectifs	Fréquence
Non	767	92,52%
Oui	60	7,24%
Femme	22	36,67%
Homme	38	63,33%

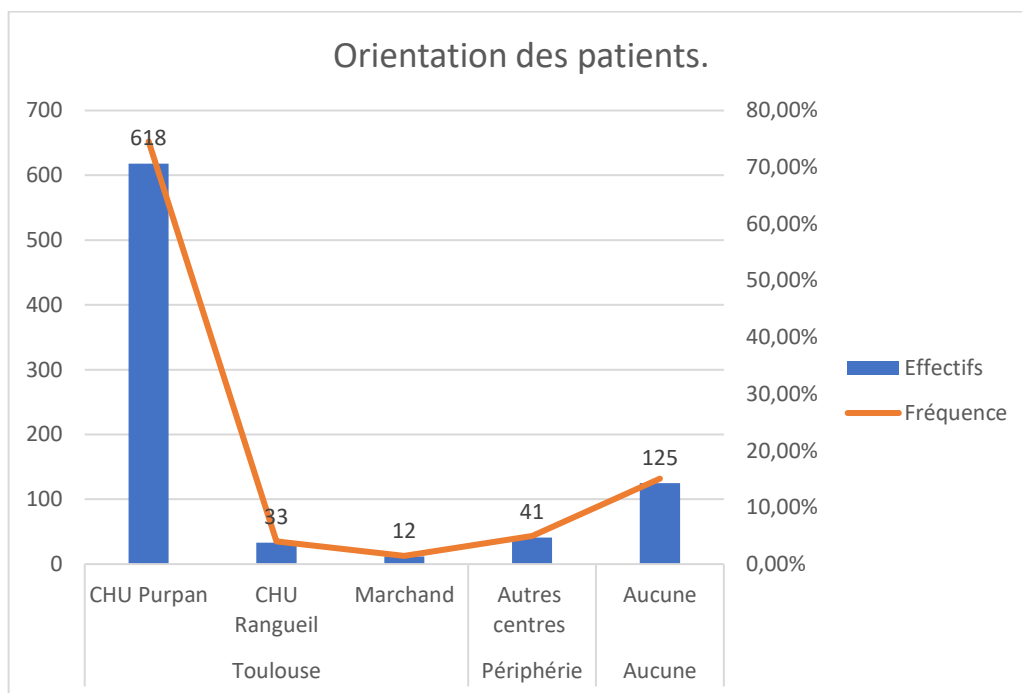
Tableau n°9

Sédation	Effectifs	Fréquence
Non	823	99,28%
Oui	4	0,48%

Tableau n°10

L'orientation des patients par le médecin régulateur figure dans le graphique n°10. La destination principale des patients pour lequel on suspecte une pathologie psychiatrique est le Centre Hospitalier Universitaire de Purpan avec 618 patients (74,55%). Le CHU de Rangueil a

accueilli 33 patients (3,98%) et la clinique Marchand 12 (1,45%). Les autres destinations (41 patients) correspondaient aux hôpitaux de Saint-Gaudens, Lannemezan, Castres et la clinique des cèdres. Enfin, 125 patients soit 15,08% des patients ayant appelé n'ont pas été orientés vers une structure hospitalière (8 conseils, 70 soins sur place, 52 départs inutiles moins les 9 patients finalement emmenés, 4 prises en charge policière).



Graphique n°10

Notions clés :

- Une équipe de secouristes était envoyée dans 90,23% des cas (70,93% d'ambulances). Un médecin a été dépêché au chevet du malade à 52 reprises (32 médecins de garde, 20 SMUR). Le patient a dû se rendre par ses propres moyens à l'hôpital 12 fois et 8 appels ont bénéficié de conseils téléphoniques.
- La régulation recevait un bilan en moins d'une heure dans 50,30% des cas.
- Les forces de l'ordre étaient au courant de la prise en charge du patient dans 30,40% des interventions.
- 683 patients (82,38%) ont été transportés vers un centre hospitalier dont 618 au CHU de Purpan. 70 patients (8,44%) ont bénéficié de soins sur place, 52 patients (6,27%) ont fait déplacer une équipe inutilement. 60 patients (7,24%) ont été contentionnés et 4 d'entre eux ont bénéficié d'une sédation chimique.

3.6. Prise en charge hospitalière et étiologie.

3.6.1. Devenir des patients orientés vers l'hôpital.

Sur les 829 appels au SAMU, 704 patients (soit 84,92%) ont été orientés vers une structure hospitalière. 307 patients (43,60%) bénéficieront d'un avis psychiatrique aux urgences (avec parfois une surveillance médicale concomitante notamment dans le cadre des tentatives de suicide), 229 patients (32,52%) seront hospitalisés en service de psychiatrie ou UHCD psychiatrique (Unité d'Hospitalisation de Courte durée). Les 105 sorties sans avis (14,91%) correspondent à des patients ayant fugué des urgences ou étant sortis après une consultation médicale non psychiatrique. Parmi les 63 devenirs « non connu » (8,88%), on peut regrouper les patients ayant été orientés vers d'autres Centres que Purpan, Ranguel et Marchand, ainsi que les patients n'ayant pas été retrouvé dans les banques de données des urgences (faux nom, erreur d'identité, parti avant d'être enregistré).

Devenir des patients orientés.	Effectifs	Fréquence
Consultation psychiatrique	307	43,60%
Hospitalisation	229	32,52%
Non connu	63	8,88%
Sortie sans avis	105	14,91%
Total des patients orientés	704	100%

Tableau n°11

3.6.3 Devenir des patients n'ayant pas présenté de tentative de suicide.

En excluant les patients ayant réalisé une tentative de suicide (soit 569 appels restants sur 829), 171 patients (soit 30,05%) étaient hospitalisés après un appel au SAMU pendant que 171 autres bénéficiaient d'un avis psychiatrique. 82 d'entre eux (soit 14,41%) sortaient sans avis psychiatrique. Pour 145 d'entre eux le statut est inconnu, mais il faut bien prendre en compte que 125 patients n'ont pas été orientés vers un centre hospitalier (conseil, départ inutile, soins sur place) et que 20 seulement ont été orientés vers des centres hospitaliers périphériques. Par conséquent, sur 569 appels au SAMU, on peut estimer que près de 207 patients (82 + 125 patients soit 36,37%) n'ont pas été vus par un spécialiste. (Tableau n°12)

Les patients suspectés d'alcoolisation (hors tentative de suicide) étaient impliqués dans près de 22,67% des 569 appels. Après analyse du tableau n°12, on remarque que 29,16% des patients non alcoolisés ont bénéficié d'une consultation psychiatrique, 35,08% ont été hospitalisés et 9,34% sont sortis sans avis psychiatrique. A l'opposé, 33,34% des patients alcoolisés ont

bénéficié d'une consultation psychiatrique, 12,39% ont été hospitalisés et 31,80% sont sortis sans avis. Au final, on peut conclure que les patients alcoolisés sont trois fois moins hospitalisés et sortent trois fois plus sans avis spécialisé. L'alcoolisation n'influerait que peu sur leur orientation ou non à l'hôpital.

Devenir des patients (hors tentative de suicide) selon l'alcoolémie.	Alcoolisation		Total 100%
	Non (77,15%)	Oui (22,67%)	
Consultation psychiatrique	128 (29,16%)	43 (33,34%)	171 (30,05%)
Hospitalisation	154 (35,08%)	17 (12,39%)	171 (30,05%)
Inconnu	116 (26,42%)	29 (22,47%)	145 (25,48%)
Sortie sans avis	41 (9,34%)	41 (31,80%)	82 (14,41%)
Total	439 (100%)	130 (100%)	569

Tableau n°12

Les patients avec un risque de passage à l'acte auto-agressif (137 appels ; 16,53%) bénéficient d'un avis psychiatrique dans 37,96% des cas et sont hospitalisés dans 29,20% des cas. Ils sortent sans avis psychiatrique dans 15,33% des cas. 17,52% (24 patients) n'ont pas été orientés vers l'hôpital ou ont été pris en charge en périphérie sans savoir leur devenir.

Lorsqu'ils sont alcoolisés (31,39% des cas, 43 patients), les patients bénéficient d'une consultation psychiatrique dans 39,53% des cas et ils sont hospitalisés dans 20,93% des cas. Ils sortent sans avis dans 25,58% des cas. A l'opposé, les patients non alcoolisés (94 patients, 68,31%) bénéficient d'un avis psychiatrique dans 37,40% des cas, sont hospitalisés dans 33,12% des cas et sortent sans avis dans 10,63% des cas. (tableau n°13)

On peut donc conclure que les patients alcoolisés risquant de passer à l'acte sont hospitalisés 1,5 fois moins et sortent 2,5 fois plus sans avis lorsqu'ils ont consommé de l'alcool. Leur alcoolisation n'influerait pas sur leur orientation ou non à l'hôpital.

Devenir des risques de passage à l'acte selon l'alcoolémie.	Alcoolisation		Total (100%)
	Non (68,31%)	Oui (31,39%)	
Consultation psychiatrique	35 (37,40%)	17 (39,53%)	52 (37,96%)
Hospitalisation en psychiatrie	31 (33,12%)	9 (20,93%)	40 (29,20%)
Inconnu	18 (13,14%)	6 (13,93%)	24 (17,52%)
Sortie sans avis	10 (10,63%)	11 (25,58%)	21 (15,33%)
Total	94 (100%)	43 (100%)	137

Tableau n°13

Dans le tableau n°14, on voit que les patients agités étaient vus en consultation dans 22,54% des cas et hospitalisés dans 32,26% des cas. Ils sortaient sans avis dans 11,85% des cas et avaient un statut inconnu dans 33,33% des cas (se rappeler que 125 patients non orientés vers une structure hospitalière et seulement 20 patients orientés vers un centre dont on ne connaît pas le devenir).

Les patients agressifs étaient vus en consultation dans 24,79% des cas et hospitalisés dans 42,79% des cas. 16,80% sortaient sans avis et 35,45% étaient en situation inconnue.

Les patients anxieux bénéficiaient d'un avis psychiatrique dans 18,09% des cas et d'une hospitalisation dans 9,04% des cas. Ils sortaient sans avis dans 30,40% des cas et leur statut était inconnu dans 42,26% des cas.

Les humeurs tristes étaient vues en consultation dans 49,94% des cas et hospitalisées 8,42% des cas. Leur statut était inconnu pour 22,60% d'entre eux et 12,60% sortaient sans avis.

Les idées délirantes étaient vues dans 25,57% des cas en consultation, 56,13% étaient hospitalisées. 21,25% avaient un statut inconnu et 9,61% sortaient sans avis.

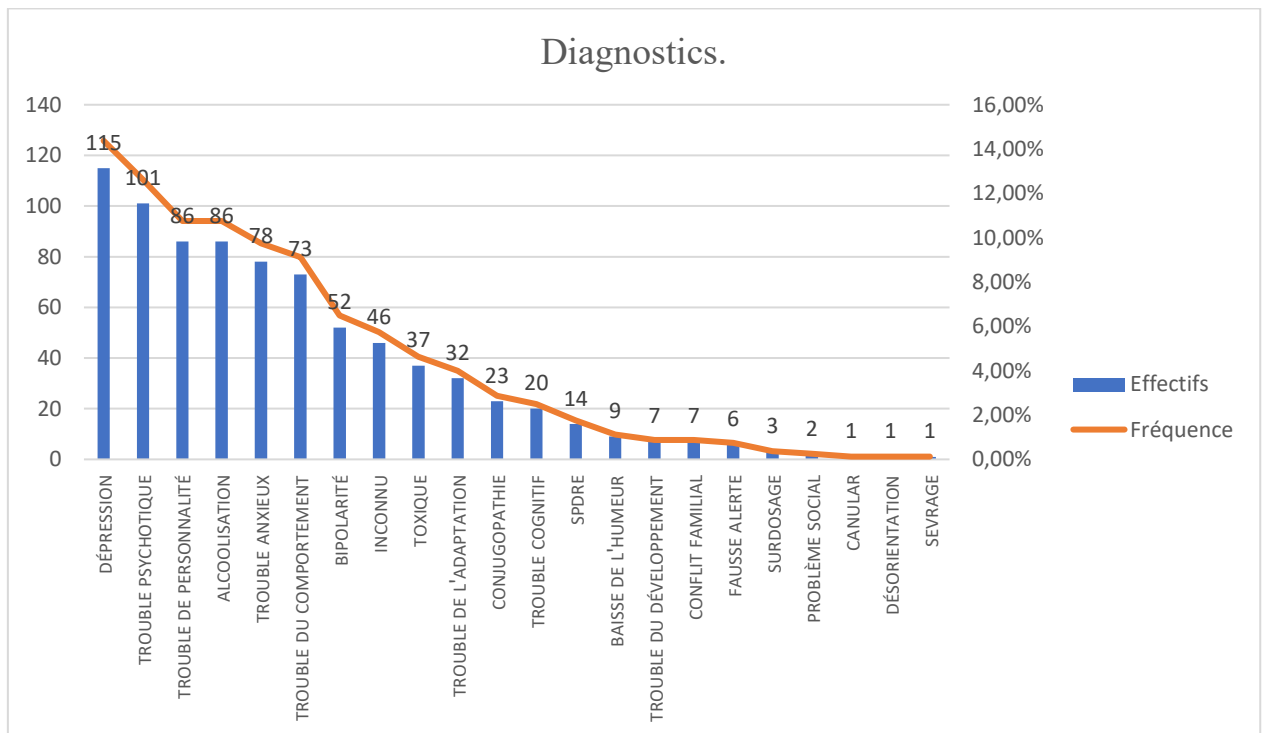
En somme, on peut conclure que les patients les moins orientés vers les centres hospitaliers étaient les patients anxieux tout comme ils étaient ceux qui sortaient le plus sans avis spécialisé. Ceux qui étaient le plus vus en consultation étaient les humeurs tristes et ceux qui étaient le plus hospitalisés étaient ceux présentant des idées délirantes et de l'agressivité. Enfin, les patients les moins orientés vers les centres étaient les patients anxieux, agressifs et agités.

Devenir	Agitation	Agressivité	Anxiété	Humeur triste	Idées délirantes
Consultation Psychiatrique	21 (22,54%)	28 (24,79%)	6 (18,09%)	36 (49,94%)	24 (25,57%)
Hospitalisation	30 (32,26%)	26 (42,79%)	3 (9,04%)	8 (8,42%)	41 (56,13%)
Inconnu	31 (33,33%)	40 (35,43%)	14 (42,46%)	16 (22,20%)	20 (21,25%)
Sortie sans avis	11 (11,85%)	19 (16,80%)	10 (30,40%)	12 (12,60%)	9 (9,61%)
Total	93 (100%)	113 (100%)	33 (100%)	72 (100%)	94 (100%)

Tableau n°14

3.6.4 Diagnostics.

Le graphique n°11 représente les diagnostics établis aux urgences (urgentiste, psychiatre) ou par le médecin régulateur pour les 829 appels. Les patients que le SAMU a le plus pris en charge sont les patients présentant des épisodes dépressifs caractérisés (155 ; 14,41%), les troubles psychotiques (101 ; 12,69%), les patients pour lesquels le diagnostic « alcoolisation » a été retenu (86 ; 10,80%), les troubles de personnalité (86 ; 10,80%), les troubles anxieux (78 ; 9,80%) et les troubles du comportement (73 ; 9,17%). On a retrouvé une baisse de l'humeur chez seulement 9 patients (1,08%). On note que 20 patients régulés (2,41%) présentaient en fait des troubles cognitifs. Il est important de remarquer que 37 patients (4,65%) ont été pris en charge à cause de la prise de toxique. 41 appels (4,94%) étaient en rapport avec un problème familial ou social et 9 appels (1,08%) concernaient des fugues de l'hôpital. Il existe des données manquantes pour 46 patients (5,78%) concernant le diagnostic.



Graphique n°11

Notions clés :

- Après exclusion des tentatives de suicide, sur 569 appels les patients bénéficiaient d'une évaluation psychiatrique dans 60,10% des cas dont 30,05% étaient hospitalisés en secteur de psychiatrie. 82 d'entre eux (14,41%) sortaient sans avis psychiatrique, le reste étant les patients non orientés vers les centres hospitaliers.
- Les patients alcoolisés étaient trois fois moins hospitalisés et sortaient trois fois plus sans avis spécialisé. L'alcoolisation suspectée n'influaient que peu sur leur orientation ou non vers l'hôpital.
- On voit que les patients risquant de passer à l'acte étaient hospitalisés dans 33,12% des cas, les patients agressifs dans 42,79% des cas (presque 35% non orientés à l'hôpital), les patients avec idées délirantes dans 56,13%, les agités dans 32,26% des cas (presque 33% non orientés à l'hôpital), les anxiétés dans 9,04% des cas (pas d'avis dans 30,40% des cas et non orientés à l'hôpital dans presque 42% des cas) et les humeurs tristes dans 8,42% (avis dans 49,94% des cas, pas d'avis dans 9,21% des cas).
- Les diagnostics les plus retrouvés tous motifs confondus étaient des épisodes dépressifs caractérisés (155 ; 14,41%), les troubles psychotiques (101 ; 12,69%), les patients pour lesquels le diagnostic « alcoolisation » était retenu (86 ; 10,80%) et les troubles de personnalité (86 ; 10,80%).

3.7 Particularités de la tentative de suicide.

Les tentatives de suicides ou TS représentent la majeure partie des appels au SAMU. On remarque que sur 260 appels, 111 (42,69%) proviennent de la famille, 52 (20%) du patient lui-même et 23,08% d'un tiers, le reste se partageant entre la police (12), les médecins (13) et autres soignants (12) (tableau n°15).

Famille	Malade	Médecin	Force de l'ordre	Soignant	Tiers	Total général
42,69%	20,00%	5,00%	4,62%	4,62%	23,08%	260 (100%)

Tableau n°15

Dans le tableau n°16, on remarque que sur les 20 % de patients appelant eux-mêmes après une tentative de suicide, 34 étaient des femmes (65,38%) et 18 étaient des hommes (34,62%) ce qui est relativement similaire au nombre de femmes (64,62%) et d'hommes (35,38%) ayant tenté de mettre fin à leurs jours (tableau n°17).

Malade appelant lui-même après sa tentative de suicide	Effectif (52)
Femme	34 sur 52 (65,38%)
Homme	18 sur 52 (34,62%)

Tableau 16

Patient ayant fait une tentative de suicide	Effectif (260)
Femme	168 (64,62%)
Homme	92 (35,38%)

Tableau 17

On peut voir que 74 patients (28,46% des 260 TS) étaient suspectés d'être alcoolisés lors de leur tentative de suicide. Les hommes l'étaient plus souvent que les femmes, car alcoolisés dans 35,86% (soit 12,69% des TS) de leurs tentatives et les femmes dans 24,44% des leurs (soit 15,77% des TS). (tableau n°18)

Tentative de suicide et alcoolisation	Femmes		Hommes			Total Homme	Total général
	Non	Oui	Total femme	Non	Oui		
Sur 260 patients	48,85%	15,77%	64,62%	22,69%	12,69%	35,38%	100,00%

Tableau 18

Sur 260 appels pour tentative de suicide, seulement 23 patients (8,85%) sont sortis sans avis, 43 ont un statut inconnu du fait de leur orientation dans des centres de périphérie principalement (dont 6 fausses alertes de TS). 136 patients (52,31%) ont bénéficié d'un avis psychiatrique et 58 (22,31%) ont été hospitalisés.

On peut voir que 56,44% des patients non alcoolisés ayant présenté une tentative de suicide ont bénéficié d'un avis psychiatrique (avec souvent une surveillance médicale associée), les hospitalisations concernaient 23,65% d'entre eux, et seulement 5,91% sont sortis sans avis psychiatrique. A l'opposé, 41,88% des patients suspectés comme alcoolisés ont bénéficié d'un

avis psychiatrique, 18,90% des patients alcoolisés ont été hospitalisés et 16,23% sont sortis sans avis spécialisé.

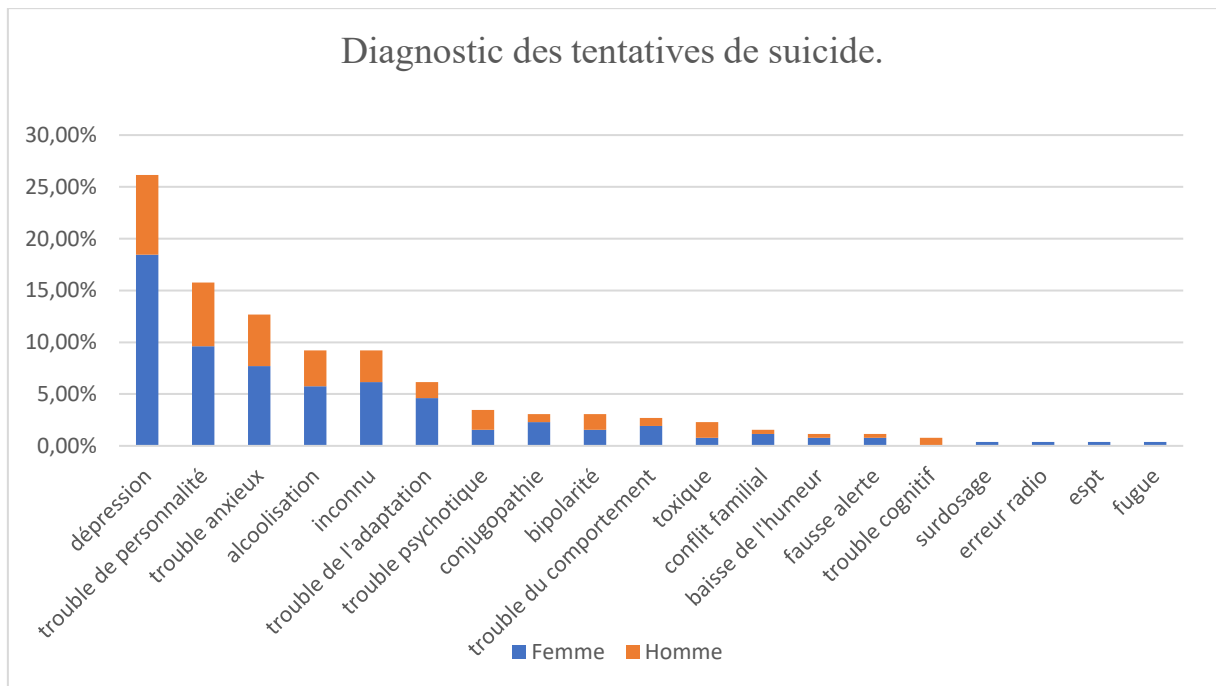
On peut conclure que les patients alcoolisés sortent trois fois plus sans avis spécialisé après une tentative de suicide. (tableau n°19)

Devenir des TS selon l'alcoolémie	Alcoolisation		
	Non (71,54%)	Oui (28,46%)	Total (100%)
Consultation psychiatrique	105 (56,44%)	31 (41,88%)	136 (52,31%)
Hospitalisation en psychiatrie	44 (23,65%)	14 (18,90%)	58 (22,31%)
Inconnu	26 (14%)	17 (22,99%)	43 (16,54%)
Sortie sans avis	11 (5,91%)	12 (16,23%)	23 (8,85%)
Total général	186 (100%)	74 (100%)	260

Tableau 19

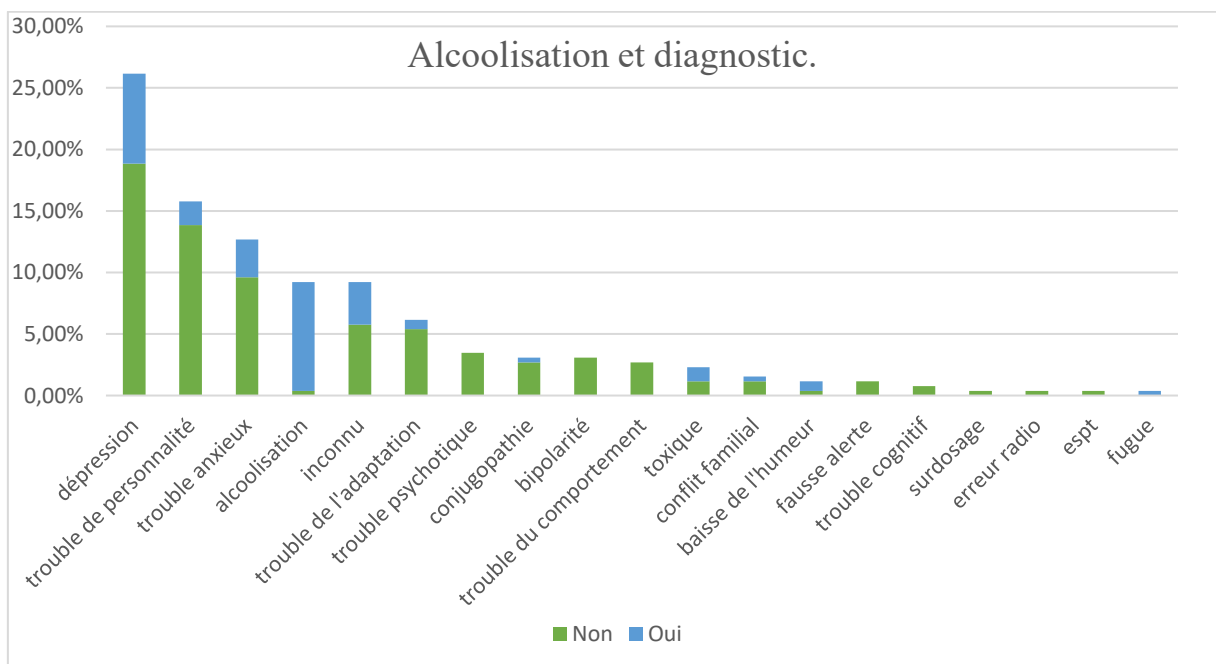
Le graphique n°12 représente les diagnostics étiologiques des tentatives de suicide. Les épisodes dépressifs caractérisés (68 ; 26,15%) représentent la majeure partie des tentatives de suicides, suivis par les troubles de personnalité (41 ; 15,77%), les troubles anxieux (33 ; 12,69%) et les alcoolisations avec passage à l'acte (24 ; 9,23%). Un peu moins de 10% des tentatives de suicide n'ont pas de diagnostic car ayant été transportés vers des centres hospitaliers autres que Ranguel et Purpan.

On remarque que les proportions Homme/Femme (35,58% ; 64,62%) sont relativement respectées excepté pour les troubles psychotiques (55,49% ; 44,50%), les troubles bipolaires (50% ; 50%) et les prises de toxiques (66% ; 33%).



Graphique n°12

Chez les patients ayant réalisé une tentative de suicide, on remarque que les épisodes dépressifs caractérisés (27,95% des 68 patients) et les troubles anxieux (24,19% des 33 patients) sont les plus associés à la consommation d'alcool. Dans 9,23% des cas (28 patients), le diagnostic retenu est un passage à l'acte sur une prise d'alcool. (graphique n°13)



Graphique n°13

Notions clés :

- Les tentatives de suicides concernaient 260 appels, 111 (42,69%) provenaient de la famille, 52 (20%) du patient lui-même et 23,08% d'un tiers.
- Les patients étaient des femmes dans 64,62% des cas et 35,38% des hommes.
- 74 patients étaient suspectés d'être alcoolisés (28,46% des TS), plus souvent les hommes que les femmes.
- Seulement 23 patients (8,85%) sont sortis sans avis spécialisé, 194 patients (74,62%) ont bénéficié d'une évaluation psychiatrique dont 58 (22,31%) ont été hospitalisés.
- Les épisodes dépressifs caractérisés (68 ; 26,15%) représentent la majeure partie des tentatives de suicides, suivis par les troubles de personnalité (41 ; 15,77%), les troubles anxieux (33 ; 12,69%) et les alcoolisations avec passage à l'acte (24 ; 9,23%).

4 Discussion

Cette étude rétrospective inclut 829 patients pour lequel le Centre de Réception et Régulation des Appels de Haute-Garonne a été joint. L'appel type était passé en fin d'après-midi par l'entourage d'un patient de 33 ans, non alcoolisé et présentant un tableau d'intoxication médicamenteuse volontaire à son domicile en périphérie de Toulouse, pour lequel une ambulance était envoyée sur les lieux par le médecin régulateur. Un bilan était effectué dans le calme en moins d'une heure et le patient était transporté jusqu'au Centre Hospitalier Universitaire de Purpan. Il bénéficiait d'une surveillance médicale et d'une consultation psychiatrique avec mise en place d'un suivi dans le cadre de son épisode dépressif caractérisé.

En 2018, le CRRA de Haute-Garonne a reçu 552 000 appels et créé 243 712 dossiers (12). Le CRRA ouvre donc en moyenne 668 dossiers par jour dont 13,59 dossiers, soit 2,04%, estimés comme relevant d'un motif psychiatrique. En 2005, le SAMU centre 15 de Rouen lui, estimait réguler plus de 200 000 appels par an dont 11% d'ordre psychiatrique (16). Ce nombre est peu élevé par rapport au nombre d'appels journalier mais la régulation de ce type d'appel (confusion de la situation, agitation, situation de crise, multiplicité des appels pour un même dossier (17)) peut vite s'avérer beaucoup plus chronophage pour le médecin régulateur que d'autres pathologies, notamment durant les pics d'activité (18) que représente la fin d'après-

midi et le début de soirée. En effet, une étude réalisée au Centre Hospitalier Universitaire de Nancy en 2010 mettait en évidence qu'après discussion téléphonique avec un infirmier psychiatrique, 39,5% des patients n'appelaient que pour verbaliser un mal-être. Il a aussi été mis en évidence que les patients appelant plusieurs fois dans la journée étaient des patients alcoolisés dans 51% des cas (19) ou avec des niveaux d'anxiété plus élevés que la moyenne (20), rendant ainsi les entretiens et les réponses à leur apporter compliqués en régulation. Enfin, ces chiffres bas peuvent aussi s'expliquer par le fait que dans la ville de Toulouse, les centres médicopsychologiques (par exemple La Grave) (21) et les urgences psychiatriques de Purpan (22) ont eux-aussi des lignes téléphoniques permettant aux patients déjà suivis de passer outre le SAMU centre-15.

Les membres de l'entourage étaient ceux qui appelaient le plus souvent (318 appels) car estimés comme ceux les plus à même de mettre en évidence des changements ou des détresses psychologiques chez le patient (23). En second viennent les tiers, le plus souvent témoins d'un comportement anormal du voisinage. Les médecins généralistes n'appelaient que peu, probablement car s'appuyant sur leur pratique et expérience ou ayant déjà des réseaux de soins spécialisés informels (24) pour prendre en charge leur patientèle (chez qui on estime présenter une plainte portant sur un problème psychologique dans 11% des consultations). (25)

Dans 54,04% des cas, l'intervention se déroulait hors de Toulouse, ce qui s'explique par le fait que la Haute-Garonne compte 1 317 668 habitants (2014) contre seulement 475 438 dans la commune de Toulouse (2016) (26). On dénotera tout de même que les parts ne sont pas respectées de manière stricte pouvant faire suspecter un meilleur dépistage des pathologies psychiatriques en ville mais aussi un plus grand nombre de situations de crises compte tenu d'une précarité et d'une fragilité sociale grandissante en milieu urbain (27).

Une étude réalisée sur les appels à connotation psychiatrique au SAMU Lillois en 1999 retrouvait déjà une population d'adultes jeunes (54% entre 20 et 50 ans) composée d'une majorité de femmes et un profil socio-environnemental marqué par la solitude et l'isolement (58%) et l'inactivité (45%) (28). Ici, l'égalité des sexes (51,63% hommes) était relativement conservée puisque la forte proportion de tentatives de suicides imputée aux femmes était contrebalancée par les appels pour agressivité (113 patients) qui concernaient bien souvent les hommes. La moyenne d'âge de 33,04 ans mettait en évidence une population assez jeune attribuée à une forte proportion de mineurs (133 patients de moins de 20 ans) présentant des troubles du comportements (troubles des conduites, provocation avec opposition) et des

manifestations délirantes (94 patients) qui sont bien souvent des pathologies de l'adulte jeune (29).

Les motifs d'appels étaient dominés par des motifs médico-psychiatriques : tentatives de suicide (n'incluant pas les tentatives violentes codées autrement par l'assistant de régulation médicale), les idées suicidaires, les idées délirantes et l'anxiété. Certains motifs d'appels étaient souvent psycho-sociaux : notamment les agressivités et agitations qui concernaient des problèmes familiaux, conjugopathies et problèmes sociaux qui dénotent une certaine psychiatrisation de l'urgence sociale. (30)

L'intoxication aiguë alcoolique est une situation fréquente, elle est cliniquement retrouvée chez 10 à 15 % des patients admis dans les services d'accueil des urgences en France (31). En Occitanie, elle représentait 10 820 passages aux urgences soit 0,7% des motifs de consultations (12). L'association entre mésusage d'alcool (ici 24,49% des patients) et pathologie psychiatrique est connue avec un risque d'addiction chez certains (schizophrénie, trouble anxieux, trouble de l'humeur) ou de passage à l'acte auto-agressif chez d'autres (alcoolisation aiguë, troubles de l'humeur) (29) nécessitant donc une évaluation médicale et une surveillance le temps que la crise suicidaire s'estompe. Le médecin régulateur se doit donc d'éviter la banalisation de l'intoxication alcoolique aiguë (biais de stéréotypie) et considérer ces patients comme des patients à risque devant être pris en charge (32). Ici, leur orientation vers un centre hospitalier n'était pas dépendante de la consommation d'alcool à la différence de leur prise en charge une fois dans les murs de l'hôpital.

En 2015, une étude réalisée sur le CRRA de Bordeaux estimait donner un conseil ou une information médicale dans 48,19% des cas en cas de problème psycho-social (33) quand le CRRA de Lille le faisait dans 15,5% de ses appels concernant un motif psychiatrique (28). Ici, on met en évidence que les ambulances sont envoyées dans 70,93% des cas, les pompiers dans 19,30%, un médecin dans 3,86% des cas et le SMUR seulement dans 2,41% des cas. La pratique au sein du SAMU 31 semble donc de prodiguer peu de conseils téléphoniques et d'envoyer des moyens non médicalisés sur place faire la lumière sur la situation.

La conférence de consensus sur l'agitation en 2003 préconise l'envoi obligatoire d'un médecin sur place lors d'un état d'agitation (34) et un transport par une ambulance privée en cas de patient coopérant ou par les pompiers en cas de carence (expliquant la plus forte utilisation de ces derniers en périphérie). La région Occitanie déclarait en 2018 sur 53 293 interventions SMUR envoyer une équipe pour étiologie psychiatrique dans 5,2% des cas et

3,2% des cas pour cause toxique (12) quand cette activité, au Samu 31, ne représentait que 0,2% de ses interventions sur l'année, montrant son désintérêt pour la médicalisation des patients psychiatriques. Les décisions de transport (82,38%, 683 patients) ou de soins sur place (8,44%, 70 patients) étaient donc prises dans la plupart des cas sur décision de la régulation sans examen clinique réalisé par un médecin.

Les délais d'intervention étaient relativement courts avec une équipe passant un bilan en moyenne en moins d'une heure, d'une durée plus longue que les interventions médico-traumatiques du SMUR en Occitanie (la durée moyenne d'une mission étant d'1h06) (12) ou au délai d'intervention moyen des pompiers (8 à 25 minutes) (35), qui permettait tout de même une prise en charge et une orientation rapides de ces patients. Les délais de plusieurs heures correspondent à des patients ayant fugué puis retrouvés ou pour lequel un médecin a accepté d'aller signer une SPDT.

L'agressivité envers les équipes de secouristes (13,87%) n'était pas forcément corrélée au motif d'appel initial d'agressivité (16,04%) puisque les patients agités ou délirants pouvaient présenter eux-aussi des velléités vis-à-vis de l'équipe sur place. Il semble ainsi difficile d'envisager les réactions du patient sur un simple appel téléphonique, ceci expliquant pourquoi les forces de l'ordre sont autant sollicitées. Dans 30,40% des cas elles étaient incorporées dans la prise en charge du patient soit dans le cadre d'une intervention coordonnée (en cas de dangerosité suspectée ou avérée) soit en tant que demande de renfort pour sécuriser l'action des intervenants ou parce qu'ils étaient déjà sur les lieux. Dans beaucoup de situations, la carence d'équipage de police retardait les prises en charge ou laissait tout simplement les secouristes opérer seuls sans renfort.

Pour ce qui est des mesures de contention, elles s'adressent au patient dangereux pour lui-même ou son entourage, le temps d'obtenir une sédation médicamenteuse efficace. Elles doivent être utilisées en dernier recours et respecter les cadres juridiques et déontologiques afin de ne pas se situer hors de leur champ d'application (36). Or, 60 patients (7,24% des appels) ont été contentonnés au cours des deux mois d'inclusion (par les équipes de secouristes après accord du médecin régulateur ou par la police directement) et transportés vers les centres hospitaliers. Certains de ces transports se déroulaient dans le cadre de SPDRE quand d'autres ne concernaient ni des contextes de péril imminent ni des SPDT mais un patient agité ou agressif. Parmi ces 60 patients, 4 seulement ont bénéficié d'une sédation chimique (6,67% des patients), montrant que cette pratique est peu respectée au sein du Samu-31.

La destination principale était le Centre Hospitalier Universitaire de Purpan avec 618 patients (74,55%) puisque disposant d'urgences psychiatriques dédiées. Le CHU de Rangueil a accueilli 33 patients (3,98%) principalement des tentatives de suicide aux cardiotropes nécessitant un plateau technique spécialisé (pôle cardiologique) et des patients incarcérés. La clinique Marchand a pris en charge 12 patients (1,45%), exclusivement des SPDRE. Les autres destinations (41 patients) correspondaient aux hôpitaux de Saint-Gaudens, Lannemezan, Castres et la clinique des cèdres, des destinations plus proches du lieu d'intervention et permettant une prise en charge plus rapide.

En 2018 en Occitanie, les motifs psychiatriques aux urgences correspondaient à 40 311 passages dans l'année, soit 2,7% des passages aux urgences. On estime que 33,8% des patients étaient hospitalisés en secteur médical (tentative de suicide) comme psychiatrique (12). Des chiffres relativement comparables à ceux ayant été régulé par le SAMU 31 puisqu'en excluant les patients ayant réalisé une tentative de suicide (soit 569 appels), plus de 60 % des patients bénéficiaient d'une évaluation psychiatrique (30,05% d'hospitalisation et 30,05% d'avis). Il faut noter aussi que les enfants étaient très souvent hospitalisés pouvant expliquer ces chiffres élevés. Les patients présentant des idées délirantes, une agitation, une agressivité et des idées suicidaires étaient ceux ayant le plus fort taux d'hospitalisation et devant être ciblés par le médecin régulateur comme relevant possiblement d'une prise en charge en milieu hospitalier.

Pour 36,37% des autres (207 patients), le patient n'était pas évalué par un psychiatre soit parce qu'il n'était pas orienté vers un centre hospitalier (21,96% ; conseil, départ inutile, soins sur place) soit parce 82 d'entre eux (soit 14,41%) sortaient sans avis psychiatrique. A noter, qu'ils sortaient d'autant plus sans avis spécialisé (après une surveillance médicale) lorsque les symptômes étaient présentés sous l'emprise de l'alcool, qu'ils présentaient une anxiété ou une humeur triste. Le médecin régulateur devra donc s'attacher à tenter d'identifier les patients (bénéficiaires de soins sur place, de sortie sans avis ou simple avis spécialisé qui aurait pu être différé) pour qui un entretien téléphonique et/ou une orientation vers un médecin (spécialiste ou non) aurait pu suffire à réduire la tension émotionnelle et repérer ceux présentant une réelle urgence psychiatrique ou situation de crise (37) à qui un moyen d'intervention devrait être envoyé.

Certains patients étant connus des urgences psychiatriques pour consultations fréquentes, notamment en période de décompensation, une consultation spécialisée téléphonique pourrait aider à les identifier et les prendre en charge au mieux dès la régulation

de l'appel en s'affranchissant des contraintes de temps et des biais de préjugés. Ce dispositif existe depuis 1999 au SAMU de Paris où un régulateur et un psychiatre travaillent en binôme selon une procédure qui permet de dissocier l'urgence psychiatrique de l'intervention d'urgence médico-psychologique (38), procédé récemment mis en place au SAMU 31 où une permanence tenue par un infirmier psychiatrique a été mise en place en mars 2019 dans le but de permettre une étroite collaboration entre équipes médicales et psychiatriques, en particulier au niveau de la gestion temporelle des situations. (39)

On remarque que 260 appels (31,36% des appels totaux) concernaient des tentatives de suicides dont deux tiers étaient des femmes, ceci s'expliquant par leur forte propension à commettre ce genre d'acte (21,6 pour 100 00 femmes) (40) et à utiliser les intoxications médicamenteuses volontaire comme moyen de létalité (7) tandis que les hommes ont plus tendance à utiliser des moyens violents, les excluants par conséquent de notre étude. Là où la HAS recommande une évaluation psychiatrique systématique après un geste suicidaire (41), les patients ayant présenté une tentative de suicide étaient systématiquement orientés vers l'hôpital et seulement 8,85% d'entre eux sortaient sans avis psychiatrique dans le département de Haute-Garonne.

Notre étude contenait certaines limites. Elle était rétrospective et ne concernait que deux mois durant l'année 2018 où nous pouvons supposer que l'incidence pouvait varier en fonction des périodes et des années. On peut évoquer un biais déclaratif puisque notre recueil de données ne portait que sur les dossiers médicaux informatisés où certaines données pouvaient ne pas être mentionnées (contentions, fugues) ou fausses. Comme toute étude rétrospective, il y a probablement un biais dû à des erreurs de classification car nous n'étions pas en mesure d'évaluer l'exactitude des données archivées qui étaient souvent basées sur l'interprétation du médecin régulateur et des secouristes sur place (motif d'appel, alcoolémie, agressivité, diagnostic). On peut remarquer de nombreuses données manquantes sur certains facteurs (âge, bilan, destination, diagnostic) et il existait un biais sur le recueil des données des dossiers des patients envoyés en hôpital de périphérie. Enfin, malgré l'inclusion d'un nombre non négligeable de patients, notre étude monocentrique ne portait que sur la régulation des appels de psychiatrie reçus par le CRRA de Haute-Garonne alors que les Centres Médico-Psychologiques et les urgences psychiatriques recevaient eux-aussi des appels de leurs patients et que certains patients se déplaçaient directement vers les centres sans être régulés.

5 Conclusion

La régulation des appels pouvant relever de la psychiatrie au sein du SAMU 31 repose souvent sur un envoi rapide et systématique d'équipages auprès des patients (97,58% des appels bénéficient d'un envoi d'équipage), toutes symptomatologies confondues, alors que certains déplacements auraient pu être évitables par un interrogatoire téléphonique plus approfondi, mais où la confusion de la situation et la peur d'une mise en danger du patient oriente souvent vers une prise en charge active. Le fort taux d'orientation pour avis psychiatrique vers les centres hospitaliers (82,38% des patients sont transportés à l'hôpital) pose également question à l'heure où les urgences éprouvent des difficultés à absorber le flux de patients toujours plus important. Certaines pratiques de prise en charge préhospitalières concernant les envois d'équipes non médicalisées sur des patients agités et les mesures privatives de liberté restent à améliorer. Cette étude a été réalisée dans le cadre de l'introduction d'une permanence téléphonique d'un infirmier psychiatrique au Samu 31 durant l'année 2019, qui devrait faire l'objet d'une deuxième étude.

Toulouse, le 8/10/19
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Ranguel
Elie SERRANE

du président du jury

Professeur Christophe ARBUS Professeur des Universités - Praticien Hospitalier SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9 N° FINESS : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10002009538

6 **Bibliographie**

1. Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au Service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U. 87-1005 déc 16, 1987.
2. ORS Midi-Pyrénées. Suicide et tentatives de suicide en Midi-Pyrénées. Septembre 2015. <http://www.orsmip.org/fckdoc/file/>.
3. Beck F. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. :24.
4. Observatoire national santé [Internet]. [cité 15 oct 2019]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf>
5. Circulaire n° 39-92 DH PE/DGS 3 C du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques. - APHP DAJ [Internet]. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur : <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-39-92-dh-pedgs-3-c-du-30-juillet-1992-relative-a-la-prise-en-charge-des-urgences-psychiatriques/>
6. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
7. Rapport hospitalisations tentative suicide France pmsi-mco oscour 2007-2011 [Internet]. [cité 23 sept 2019]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_hospitalisations_tentative_suicide_france_pmsi-mco_oscour_2007-2011-2.pdf
8. 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. :14.
9. Circulaire du 14 mars 1990 RELATIVE AUX ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE LA SANTE MENTALE.
10. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-576 mai 22, 2006.
11. Carrasco B. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. 2003 ; 8.
12. Panorama 2018 [Internet]. [cité 3 oct 2019]. Disponible sur : <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2019/06/Panorama2018-1.pdf>
13. Code de la santé publique - Article L3213-1. Code de la santé publique.
14. Code de la santé publique - Article L3212-1. Code de la santé publique.
15. Legars J. Référentiel de pratique pour la contention des personnes âgées. :1.
16. Baguelin Pinaud A. La régulation des appels psychiatriques au SAMU centre 15 du centre hospitalier universitaire de Rouen [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2005.
17. Sfmusudf referentiel samu 2015 [Internet]. [cité 13 oct 2019]. Disponible sur : https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/802/sfmusudf_referentiel_samu_2015.pdf
18. Urgences 2015 [Internet]. [cité 6 oct 2019]. Disponible sur : https://www.sfmusudf.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2015/donnees/communications/resume/fs_resume_205.htm

19. N. BURGESS, H. CHRISTENSEN, L. S. LEACH, L. FARRER & K. M. GRIFFITHS– « Mental health profile of callers to a telephone.
20. D. LESTER & G. W. BROCKOPP – « Chronic callers to a suicide prevention center. », *Community Ment Health J6*(1970), no. 3, p. .
21. Centre médico-psychologique (CMP) adultes - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. [cité 6 oct 2019]. Disponible sur : <https://www.chu-toulouse.fr/-centre-medico-psychologique-cmp->
22. Urgences psychiatriques - Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse [Internet]. [cité 6 oct 2019]. Disponible sur : <https://www.chu-toulouse.fr/-urgences-psychiatriques->
23. Crise suicidaire : agir avant la tentative de suicide [Internet]. [cité 6 oct 2019]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/urgence/pathologies/crise-suicidaire-tentative-suicide>
24. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. : 8.
25. Lecrubier Y, Boyer P, Lépine JP, Weiller R. Results from the Paris Center Mental Illness in General Health Care. *An inter.*
26. Comparateur de territoire – Commune de Toulouse (31555) | Insee [Internet]. [cité 6 oct 2019]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-31555>
27. Inégalités de niveau de vie et pauvreté en 2015 et sur longue période – Les revenus et le patrimoine des ménages | Insee [Internet]. [cité 6 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3549440?sommaire=3549502>
28. C. ANDRIANSEN, F. DUCROCQ, V. VANLAER, N. BENAMEUR & P. GOLDSTEIN– « Appels à connotations psychiatriques : Étude prospec.
29. Collège national des Universitaires de Psychiatrie (France), Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique (France), Collège universitaire national des enseignants en addictologie (France). *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie.* 2016.
30. Bigot T, Ferrand I. Prise en charge des urgences psychiatriques en France : un système en pleine mutation. *Collection méd.*
31. Poncel F, Feral A. Le patient alcoolisé : un fléau oublié des urgences. *Act Méd Int Psychiatrie*2001; 18: 319-324.
32. *Cap-cu-trong-tam-than.pdf* [Internet]. [cité 12 oct 2019]. Disponible sur : <https://suckhoetamthan.files.wordpress.com/2007/03/cap-cu-trong-tam-than.pdf>
33. Higginson J. Caractéristiques des appels au SAMU-Centre 15 selon l'âge : une étude rétrospective au Centre de Réception et Régulation des appels de Bordeaux du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2015. :71.
34. Conférence de consensus agitation [Internet]. [cité 6 oct 2019]. Disponible sur : https://www.sfm.u.org/upload/consensus/cc_agitation-court.pdf
35. L'Intérieur M de 2017 [Internet]. <http://www.interieur.gouv.fr/Publications/Statistiques/Securite-civile/2017>. [cité 12 oct 2019]. Disponible sur : <http://www.interieur.gouv.fr/Publications/Statistiques/Securite-civile/2017>
36. Isolement et contention en psychiatrie generale argumentaire 2 2017-03-15 [Internet]. [cité 6 oct 2019]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_argumentaire_2_2017-03-15_10-33-36_53.pdf
37. DECLERCQ M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Bruxelles : De Boeck Université, 1997.

38. N. BORGNE & D. TABONE-WEIL– « Les appels psy au samu », Santé Mentale (2001), no. 58, p. 39–42.
39. Walter M, Genest P. Réalités des urgences en psychiatrie. *Inf Psychiatr.* 2006;82(7):565.
40. Anne.G. État des lieux du suicide en France [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 6 oct 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/etat-des-lieux-du-suicide-en-france>
41. Suicilong.pdf [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>

Nom : Parfait

Prénom : Léo

n° de thèse : 2019 TOU3 1141

Toulouse, le 24 Octobre 2019

Titre : Régulation des appels pour demande psychiatrique au SAMU 31 : étude épidémiologique.

Objectifs : Décrire la situation actuelle en matière de régulation des appels relevant du domaine de la psychiatrie, de prise en charge et d'orientation du patient au sein du Samu 31.

Méthode : Etude observationnelle descriptive rétrospective, monocentrique sur le SAMU 31 de Haute-Garonne. Les patients analysés étaient ceux concernés par les appels codés « psychiatrie » et « intoxication » au CRRA du 1^{er} Mars 2018 au 30 Avril 2018. Les données cliniques et les prises en charge ont été regroupés sous fichier EXCEL anonymisé.

Résultats : Sur 829 patients inclus, 260 (31,36%) étaient des tentatives de suicide. 748 (90,23%) moyens non médicalisés étaient envoyés sur place et 420 (50,66%) passaient un bilan en moins d'une heure. 70 patients (8,44%) recevaient des soins sur place et 683 patients étaient transportés (82,38%) principalement vers le CHU de Purpan qui en recevait 618. 60 patients (7,24%) ont nécessité des contentions dont 4 ont reçu une sédation associée. Sur les 2 mois de recueil de données, 536 patients (76,12%) ont bénéficié d'un avis psychiatrique dont 229 (32,52%) ont été hospitalisés en secteur de psychiatrie.

Conclusion : Le fort taux d'orientation pour avis psychiatrique de ces patients vers les centres hospitaliers pose la question de l'utilité d'une permanence téléphonique spécialisée récemment mise en place au sein du SAMU 31 et d'une réévaluation des pratiques de prises en charge préhospitalière.

Title : Management of psychiatric calls at SAMU 31 : epidemiological study.

Objectives : Describe the current situation regarding the management of psychiatric appeals, care and guidance of the patient in SAMU 31.

Method : An observational study, retrospective and descriptive, monocentric on the SAMU 31 of Haute-Garonne. The patients analyzed were those who were considered as "psychiatrics" and "intoxication" by the CRRA from March 1st, 2018 to April 30th, 2018. The data were grouped under an anonymized EXCEL file.

Results : Of 829 patients included, 260 (31.36%) were suicide attempts. 748 (90.23%) non-medical team were sent on the spot and 420 (50.66%) passed a report in less than an hour. 70 patients (8.44%) received on-site care and 683 patients were transported (82,38%) mainly to Purpan CHU which received 618 patients. 60 patients (7.24%) needed restraints and 4 had received an associated sedation. Of the 2 months of data collection, 536 patients (76.12%) received a psychiatric consultation of which 229 (32.52%) were hospitalized in a psychiatry area.

Conclusion : The high rate of guidance for psychiatric consultation of these patients to hospitals raises the question of the usefulness of a specialized hotline recently set up in SAMU 31 and a reassessment of practices of prehospital care.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots clés : CRRA, Régulation, Samu, psychiatrie, tentative de suicide, agitation.

Key Words : CRRA, Management, Samu, Psychiatry, Suicide attempts, agitation.

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France

Directeur de thèse : Dr Jules Clouzeau