



**HAL**  
open science

# Etude épidémiologique d'une population d'appelants du 15 transférés à un dispositif d'écoute téléphonique spécialisé psychiatrique

Anne Morana

► **To cite this version:**

Anne Morana. Etude épidémiologique d'une population d'appelants du 15 transférés à un dispositif d'écoute téléphonique spécialisé psychiatrique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01732189

**HAL Id: hal-01732189**

**<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732189>**

Submitted on 14 Mar 2018

**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.



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Auteur : Anne MORANA

---

**ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE D'UNE POPULATION  
D'APPELANTS DU 15 TRANSFÉRÉS À UN DISPOSITIF  
D'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE SPÉCIALISÉ PSYCHIATRIQUE**

---

*Thèse*

*pour obtenir le grade de Docteur en Médecine*

*présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée*

*le 21 octobre 2010*

**Examineurs de la thèse :**

M. le Professeur R. Schwan

M. le Professeur P.-E. Bollaert

M. le Professeur B. Kabuth

M. le Docteur L. Nace

Mme le Docteur C. Pichené

Président

Juge

Juge

Juge

Directeur de Thèse

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1  
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

-----

**Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE**

**Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD**

**Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ**

**Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN**

**Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT**

**Asseseurs :**

- Pédagogie :
- 1<sup>er</sup> Cycle :
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et  
  universitarisation études para-médicales »
- 2<sup>ème</sup> Cycle :
- 3<sup>ème</sup> Cycle :
- « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »
- « *DES Spécialité Médecine Générale* »
- Filières professionnalisées :
- Formation Continue :
- Commission de Prospective :
- Recherche :
- DPC :

**Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ**

**Professeur Bernard FOLIGUET**

**M. Christophe NÉMOS**

**Professeur Marc DEBOUVERIE**

**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**

**Professeur Francis RAPHAËL**

**M. Walter BLONDEL**

**Professeur Hervé VESPIGNANI**

**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**

**Professeur Didier MAINARD**

**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY  
 Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT  
 Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS  
 Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET  
 Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ  
 Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE  
 Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE  
 Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU  
 Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS  
 Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT  
 Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT  
 Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ  
 Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS  
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Professeur Bernard FOLIGUET

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

-----

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE****1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION****1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)**

Professeur Ali DALLOUL

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

-----

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE****1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)**

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIOWSKI

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ****1<sup>ère</sup> sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine et santé au travail)**

Professeur Christophe PARIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)**

Professeur Henry COUDANE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE****1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE****1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)**

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)**

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI  
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE  
Professeur Thierry CIVIT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

-----

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD  
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

-----

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL  
Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

-----

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie digestive)**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

-----

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER  
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

-----

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**

**42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anatomie)**

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cytologie et histologie)**

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)**

Docteur Béatrice MARIE

-----

**43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)**

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)**

Docteur Damien MANDRY

-----

**44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)**

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Physiologie)**

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie Cellulaire)**

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Nutrition)**

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

**45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE****1<sup>ère</sup> sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)**

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Parasitologie et mycologie)**

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

-----

**46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ****1<sup>ère</sup> sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)**

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

**3<sup>ème</sup> sous-section (Médecine légale et droit de la santé)**

Docteur Laurent MARTRILLE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)**

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE****1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Docteur François SCHOONEMAN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))**

Docteur Lina BOLOTINE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE****3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)**

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)**

Docteur Patrick ROSSIGNOL

-----

**50<sup>ème</sup> Section : RHUMATOLOGIE****1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Docteur Anne-Christine RAT

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION****5<sup>ème</sup> sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES****5<sup>ème</sup> section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

-----

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

-----

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

-----

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**  
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

-----

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**  
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY  
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS  
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

-----

**66<sup>ème</sup> section : PHYSIOLOGIE**  
Monsieur Nguyen TRAN

-----

**67<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**  
Madame Nadine MUSSE

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Professeur associé Alain AUBREGE  
Professeur associé Francis RAPHAEL  
Docteur Jean-Marc BOIVIN  
Docteur Jean-Louis ADAM  
Docteur Elisabeth STEYER

=====

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE  
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ  
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN  
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET  
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL  
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT  
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Norman SHUMWAY (1972)  
*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*  
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)  
*Université Catholique, Louvain (Belgique)*  
Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*  
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)  
*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*  
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Harry J. BUNCKE (1989)  
*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*  
Professeur Daniel G. BICHET (2001)  
*Université de Montréal (Canada)*  
Professeur Brian BURCHELL (2007)  
*Université de Dundee (Royaume Uni)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur James STEICHEN (1997)  
*Université d'Indianapolis (U.S.A)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*  
Professeur Marc LEVENSTON (2005)  
*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

**À notre Président et Maître,**

Monsieur le Professeur Raymund Schwan,  
Professeur de Psychiatrie Adulte,  
Service de psychiatrie et de psychologie clinique du CHU de Nancy,

vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail et de présider ce jury. Nous vous remercions pour vos conseils et votre soutien tout au long de ce travail, veuillez accepter notre profond respect.

**À notre juge et Maître,**

Monsieur le Professeur Pierre-Édouard Bollaert,  
Professeur de Réanimation Médicale,  
Chef du service de réanimation médicale de l'hôpital central, CHU de Nancy,

vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail et d'apporter un éclairage différent et précieux, veuillez trouver ici l'expression de notre considération et de nos remerciements.

**À notre juge et Maître,**

Monsieur le Professeur Bernard Kabuth,  
Professeur de Pédopsychiatrie,  
Chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital d'enfants,  
CHU de Nancy,

vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Nous vous remercions pour vos enseignements et votre enthousiasme professionnel communicatif.

**À notre juge,**

Monsieur le Docteur Lionel Nace,  
Docteur en Réanimation et Médecine d'Urgence,  
Chef du service d'accueil des urgences, hôpital central, CHU de Nancy,

vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger ce travail. Nous vous remercions pour votre disponibilité et votre collaboration passée, présente et future.

**À notre juge et Directeur de thèse,**

Madame le Docteur Catherine Pichené,  
Docteur en Psychiatrie,  
Chef de l'Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques, Hôpital Central, CHU  
de Nancy,

vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger et de diriger ce travail. Nous vous remercions pour votre disponibilité, votre soutien et vos encouragements tout au long de ce travail et nous sommes heureuse et honorée de pouvoir continuer à travailler à vos côtés.

Je remercie particulièrement :

Madame le Docteur Marie-Jeanne Guedj,  
Praticien Hospitalier,  
Chef du Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil, centre hospitalier  
spécialisé Sainte-Anne, Paris,

pour avoir accepté de partager sa grande expérience et sa vision de la psychiatrie d'urgence.

Monsieur le Docteur Philippe Atain-Kouadio,  
Praticien Hospitalier,  
Service d'accueil des urgences et SAMU, hôpital central, CHU de Nancy,

pour sa disponibilité et sa collaboration bienveillante.

Monsieur Alain Morineau,  
Statisticien et Directeur de la revue MODULAD « le Monde des Utilisateurs de  
l'Analyse de Données »,

pour sa patience et son professionnalisme, même en vacances.

Je remercie enfin mais non moins :

mon cher mari Guillaume,  
pour sa gentillesse, sa patience, son soutien au quotidien et ses compétences  
en informatique...  
Puisse-t-il un jour oublier ce qu'il a enduré.

ma merveilleuse petite fille Louise,  
qui rend la vie tellement plus belle mais le travail plus difficile !

## SERMENT

*"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

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

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

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".*

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Introduction</b> .....	19
<b>Partie I. Contexte</b> .....	21
<b>1. Accueil téléphonique des urgences psychiatriques</b> .....	22
1.1. Revue de la littérature.....	22
1.2. Accueil téléphonique de crise non médicalisé.....	27
1.3. Numéro vert en projet?.....	27
<b>2. Présentation de l'unité d'accueil des urgences psychiatriques (UAUP) de Nancy</b> .....	29
2.1. Moyens.....	30
2.2. Fonctionnement.....	31
<b>3. Articulation SAMU-UAUP</b> .....	36
3.1. Prise en charge SAMU.....	36
3.2. Bascule UAUP.....	37
3.3. Prise en charge UAUP.....	40
3.4. Retour SAMU.....	42
<b>Partie II. Étude</b> .....	43
<b>4. Protocole de l'étude</b> .....	44
4.1. Hypothèse et objectifs de l'étude.....	44
4.2. Conception de l'étude.....	45
4.3. Sélection et exclusion des personnes de l'étude.....	47
4.4. Organigramme du protocole.....	48
<b>5. Considérations éthiques et légales</b> .....	49

5.1. Générales.....	49
5.2. Question du consentement oral.....	49
5.3. Vécu du rappel.....	50
<b>6. Documents utilisés.....</b>	<b>51</b>
6.1. Fiche téléphonique UAUP.....	51
6.2. Le Mini International Neuropsychiatric Interview,.....	52
6.3. Le dossier médical informatisé.....	52
<b>Partie III. Résultats.....</b>	<b>53</b>
<b>7. Critère principal.....</b>	<b>55</b>
7.1. Antécédents psychiatriques.....	55
7.2. Diagnostic CIM 10.....	56
<b>8. Critères secondaires.....</b>	<b>58</b>
8.1. Âge.....	58
8.2. Sexe.....	58
8.3. Situation familiale.....	58
8.4. Situation professionnelle.....	58
8.5. Suivi psychiatrique et traitement.....	59
8.6. Motif d'appel et événements associés.....	60
8.7. Autres caractéristiques des appelants.....	61
<b>9. Présentation des données sur la dépendance alcoolique.....</b>	<b>62</b>
<b>Partie IV. Discussion.....</b>	<b>63</b>
<b>10. Discussion des résultats.....</b>	<b>64</b>
10.1. L'étude Santé Mentale en Population Générale (SMPG).....	64
10.2. Critère principal.....	65
10.3. Critères secondaires.....	67
<b>11. Discussion de la méthodologie.....</b>	<b>72</b>
11.1. Recueil des données.....	72
11.2. Sélection des personnes incluses.....	74
11.3. Comparabilité des groupes.....	74
<b>12. Remarques.....</b>	<b>76</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>79</b>

<b>Annexes</b> .....	81
<b>Bibliographie</b> .....	103

## INTRODUCTION

Tous les centres 15 ont constaté une augmentation des appels traduisant une détresse psychologique. Ce phénomène est sans doute à mettre en lien avec l'augmentation de l'ensemble des appels au 15 mais aussi du volume des urgences psychiatriques au sein des structures d'urgence, notamment depuis leur redéfinition par la circulaire du 30 juillet 1992. Les raisons de cette inflation sont bien connues : image largement médiatisée de disponibilité des urgences, de facilité d'accès, gratuité de l'appel téléphonique pour le 15. Ce phénomène peut être également lié indirectement au délitement de la permanence des soins en médecine ambulatoire faute de médecins et à une évolution socio-familiale défavorable aggravant les situations de détresse comme l'isolement et la précarité.

Le CHU de Nancy dispose de l'un des services d'urgences psychiatriques parmi les tous premiers à avoir été créés, en 1987. Autant dire que psychiatres et urgentistes ont un long passé de travail en commun et même si chacun reste le garant de la spécificité de sa discipline, les urgentistes nancéens ont acquis au fil des années une réelle sensibilité à la dimension psychique de la souffrance, comme les psychiatres intervenant dans ce cadre s'efforcent, de leur côté, d'adapter les exigences d'une écoute d'ordre psychothérapique à celles de l'urgence. Depuis ses débuts, les régulateurs du SAMU ont fait spontanément et progressivement appel au service des urgences psychiatriques nancéen, d'abord pour demander conseil par rapport à certains appels puis pour y transférer les appels sous-tendus par une souffrance psychique. Cette pratique s'est accrue jusqu'à représenter plus de 600 appels par an transférés ainsi du 15.

Devant l'augmentation croissante de cette activité, il a semblé pertinent d'étudier cette population de patients adressés en psychiatrie par le SAMU

et de comparer notamment la prévalence des pathologies psychiatriques dans ce groupe à celle de la population générale. Cette connaissance permettrait de conforter l'existence de ce dispositif qui semble assez peu employé dans la pratique française des urgences générales comme psychiatriques et éventuellement d'affiner le dispositif actuel.

C'est ce que nous nous proposons de faire dans ce travail où nous décrivons d'abord les pratiques actuelles en matière de collaboration entre SAMU et psychiatrie en faisant une brève revue de la littérature sur le sujet. Puis, nous aborderons le fonctionnement et l'articulation des services d'urgence, SAMU et urgences psychiatriques nancéens autour de cette activité téléphonique.

Nous présenterons ensuite une étude évaluant le profil d'une population d'appelants du SAMU transférés à un dispositif d'écoute spécialisé psychiatrique, étude qui s'est déroulée entre février et juin 2010 au sein de l'unité d'accueil des urgences psychiatriques de Nancy.

Enfin, nous discuterons, au vu des résultats, de la pertinence et de l'organisation de cette pratique et d'éventuelles directions de travail pour optimiser la prise en charge des appelants du 15 pour détresse psychologique.

# **PARTIE I**

## **CONTEXTE**

# CHAPITRE 1

## ACCUEIL TÉLÉPHONIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES

Ce qu'il s'agit de décrire et d'évaluer dans ce travail est avant tout une pratique locale : celle du conseil téléphonique psychiatrique spécialisé en relais de l'accueil téléphonique d'urgence au 15 assuré en France par le SAMU, avec une orientation de soins à la clef. Il est indispensable de replacer cette pratique dans son contexte et notamment de la confronter à d'autres dispositifs équivalents trouvés dans la littérature, au niveau national puis international.

À Nancy, cette pratique s'est progressivement développée suivant les besoins identifiés au cours du travail collaboratif des médecins urgentistes et des psychiatres de l'unité d'accueil des urgences psychiatriques. Elle répond plutôt au départ à une demande des soignants (en particulier les médecins régulateurs du SAMU) qu'à une demande des patients, elle est basée sur le bon sens professionnel médical et sur l'expérience, toujours dans l'intérêt du patient, mais n'est encadrée par aucune mesure légale à ce jour, en effet, aucun texte ne fait référence à d'un dispositif de collaboration entre équipe psychiatrique et SAMU pour la régulation des appels au 15. Les aspects collaboratifs légalement encadrés concernent les situations particulières d'intervention des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique, instituées par une circulaire du 28 mai 1997.

### 1.1. Revue de la littérature

La recherche a été effectuée sur les sites internet « pubmed » et « sudoc », avec les mots-clefs suivants : « *emergencies, psychiatry, calls, hotline, helpline, 911, 999, regulation, SAMU* ».

**1.1.1. Pratiques françaises.** — En mai 1997 sont parus plusieurs textes réglementaires concernant l'organisation des SAMU et la mise en place d'un réseau national de l'urgence médico-psychologique. À la suite de ces parutions, une enquête nationale a été effectuée, visant à préciser les collaborations existant entre les SAMU et les services de psychiatrie [28]. Cette enquête a été effectuée auprès des SAMU départementaux et de plusieurs services référents en psychiatrie d'urgence. L'État des lieux établi en 1998 à partir des données recueillies pour environ 90% des départements français montre l'hétérogénéité de la collaboration entre les psychiatres et les SAMU :

- dans 51 départements, il existe une convention ou un protocole de fonctionnement entre le SAMU départemental et un ou plusieurs services de psychiatrie : réponse aux urgences individuelles dans 15 départements, aux urgences collectives dans 10 départements et aux deux types d'urgences psychiatriques dans 26 départements ;
- il semble que les SAMU aient très souvent la possibilité de faire appel à un psychiatre 24 heures sur 24 pour avoir un avis spécialisé (dans 80% des départements), par contre, l'intervention préhospitalière (activité SAMU-SMUR) d'un psychiatre ou d'un infirmier psychiatrique existe seulement dans 42% des départements.

Pour ce qui est de l'actualité, il existe peu de données récentes dans la littérature. Nous avons trouvé des informations essentiellement dans des travaux de thèses d'exercice de médecine [3, 30]. Il semble que la situation soit à peu près semblable en matière de collaboration entre SAMU et psychiatrie : coexistence de pratiques locales non harmonisées au niveau national.

Une étude sur la régulation des appels psychiatriques par les SAMU de France menée en 2005 dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine [3] montre que :

- 96% des centres 15 sont dépourvus de structure spécialisée pour la régulation des appels psychiatriques : pas de présence de soignant de psychiatrie (infirmier, psychologue ou psychiatre) en salle de régulation ;
- 26% des centres 15 pratiquent la « conférence à 3 » pour réguler les appels psychiatriques : le médecin régulateur, tout en restant en ligne, se met en relation avec l'infirmier psychiatrique ou le psychiatre de garde aux urgences ;
- le centre 15 du Val-de-Marne (Créteil) est le seul où un psychiatre intervient (à mi-temps) en salle de régulation.

Il semble que les équipes psychiatriques des cellules d'urgence médico-psychologiques, interlocuteurs naturels des SAMU, répondent souvent à des demandes concernant des situations d'urgence individuelle, les détournant de leurs missions premières d'intervention dans le cadre de l'urgence médico-psychologique collective. Cette « dérive » des pratiques tient avant tout à l'absence de formation sur l'urgence psychiatrique et la prise en charge des détresses psychologiques des personnels des SAMU et met en évidence une demande de compétences psychiatriques au SAMU.

Nous présentons également à titre d'illustration quelques dispositifs particuliers marquants par leur aura, leur volume d'activité ou par leur singularité :

- a) Le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) du centre hospitalier spécialisé Sainte-Anne à Paris a été créé en 1968, consacrant la notion d'urgence en psychiatrie. Le but de cette structure, fondée par le psychiatre G. Daumazon, précurseur en matière de psychiatrie d'urgence, était d'« accueillir tous les usagers tout le temps et ne pas les enfermer tous comme « aliénés » » [34], idée visionnaire à une époque où le concept de soins libres en psychiatrie, dans des services ouverts, commence à peine à se répandre. En quelques mots, le CPOA, structure d'accueil intersectorielle à rayonnement régional, compte aujourd'hui plus de 10000 accueils physiques par an, dont environ 50% débouchent sur une hospitalisation en psychiatrie. Concernant le sujet de la collaboration avec le SAMU, le CPOA a établi en 2005 une convention relative à l'urgence [1] : le SAMU de Paris peut recourir à un avis spécialisé psychiatrique en transmettant les appels au CPOA sur à une ligne téléphonique dédiée à cet usage. Une fiche de renseignements faisant état des décisions de soins prises est systématiquement réadressée au SAMU. Le CPOA reçoit ainsi et traite 4 à 5 appels basculés du SAMU 75 par jour, soit environ 1600 appels par an.
- b) Le SAMU centre 15 de Paris : il reçoit environ 730 000 appels par an dont 9 à 10% d'appels à connotation psychiatrique, ce qui représente un volume considérable. Depuis 1995, une équipe psychiatrique travaille au SAMU de Paris. Un psychiatre et un infirmier psychiatrique temps plein, affectés prioritairement à l'activité d'urgence médico-psychologique, répondent à la demande d'avis des régulateurs. Depuis 1999, les appels « psy » sont traités en binôme : un régulateur et un « psy » selon une procédure qui permet

de dissocier l'urgence psychiatrique de l'intervention d'urgence médico-psychologique [5] ;

- c) ERIC (Équipe Rapide d'Intervention de Crise) est une équipe mobile intersectorielle d'urgence et de post-urgence psychiatrique accessible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Cette équipe est basée à l'hôpital Charcot de Plaisir dans les Yvelines et s'adresse à la population de ce département. Elle est composée de soignants en psychiatrie : infirmiers, psychologues et psychiatres, sollicités la plupart du temps par des professionnels du réseau primaire (médecin généraliste, psychiatre traitant, SAMU 78, travailleurs sociaux, police...). Le public y a accès par la régulation du SAMU centre 15 des Yvelines.

Le fonctionnement du service consiste premièrement à réguler les appels entrants, travail effectué en binôme (médecin-infirmier ou médecin-psychologue), puis à intervenir sur le terrain si une intervention urgente est nécessaire. Le service ne dispose pas de lits d'hospitalisation mais peut instaurer un traitement hospitalier dont il garde la responsabilité pendant 48 heures avec relais par l'équipe hospitalière si l'hospitalisation doit être poursuivie. À l'issue de toute intervention d'urgence, un travail de crise d'une durée d'un mois maximum peut être proposé par ERIC comportant essentiellement un suivi intensif à domicile.

Il semble ainsi que l'introduction de la psychiatrie au SAMU, officialisée par la création des Cellules d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) en 1997, ait sensibilisé le milieu médical de l'urgence à l'urgence psychiatrique, faisant émerger une réelle demande non encore satisfaite du fait de l'absence de structuration de cette collaboration souhaitée entre urgentistes régulateurs et psychiatres au niveau national.

**1.1.2. Pratiques internationales.** — Nous trouvons encore moins de données sur le traitement particulier des appels psychiatriques au sein d'un service d'accueil téléphonique d'urgence médicale qu'au niveau national.

Nous présentons néanmoins les résultats bibliographiques connexes qui témoignent d'une préoccupation particulière autour du sujet en question.

- a) la plupart des publications décrivent des dispositifs déjà existants ou des projets mis à l'essai où la distinction dans le motif de l'urgence est faite en amont : il s'agit de télé-accueil dédié aux urgences psychiatriques.

Pour la plupart [15, 25, 6, 22, 23, 17, 29, 31, 21], ces « hotlines » ou « helplines » sont associatives et constituées de volontaires plus ou moins formés à l'accueil téléphonique des personnes en état de crise psychologique, équivalentes à notre « SOS Amitié » français. Une minorité seulement [7, 37, 18] répondent à un projet de soins professionnels où les intervenants sont le plus souvent des psychiatres.

Le point d'intérêt central d'une partie des études présentées [21, 17, 25, 15, 22] est le suicide et la discussion porte sur l'intérêt du télé-accueil dans la prévention du suicide. D'autres études [22, 29, 31, 37, 7, 18] s'attachent plutôt à définir le profil psycho-social des appelants et à décrire l'activité de ces services pour évaluer leurs pratiques et proposer des voies d'évolution.

- b) les travaux s'intéressant aux appels psychiatriques distingués du reste des appels d'urgence médicale sont peu nombreux [10, 39] et mettent en avant leur fréquence ainsi que la difficulté donc la spécificité de ce type d'écoute, menant à des propositions de prise en charge spécialisée, distincte des urgences somatiques.
  
- c) trois publications [35, 33, 32] sont des études menées dans des milieux médicaux d'urgence évaluant les prises de décision de médecins urgentistes somaticiens en matière d'urgence psychiatrique. Elles démontrent entre autres qu'il existe un sentiment d'incompétence des médecins dans ce domaine [32], que l'efficacité des décisions médicales n'est pas supérieure à celle de soignants spécifiquement formés [35] mais qu'elle peut être notablement améliorée par des programmes de formation spécifiques [33].

Donc, au niveau international, aucune publication décrivant un système spécifique de coopération des psychiatres à l'accueil téléphonique des urgences médicales générales n'a été retrouvée. Probablement il existe des conventions locales entre psychiatres et urgentistes et des pratiques non standardisées, tout comme en France.

L'abondance de publications sur la prise en charge des urgences psychiatriques prouve néanmoins que le sujet est préoccupant et la lecture des articles présentés met en évidence la complexité du télé-accueil et l'absence de consensus médical ou de « guide-lines » sur le sujet.

## 1.2. Accueil téléphonique de crise non médicalisé

Parmi les appels à connotation psychiatrique reçus par les centres 15 et qui représentent entre 10 et 15% de l'ensemble des appels [3, 5, 30], seule une minorité concerne de réelles urgences psychiatriques (décompensation de pathologies sous-jacentes avec tableau aigu). Une petite proportion des appels concerne des urgences intriquées médico-psychiatriques, mais la grande majorité des appels sont sous-tendus par une détresse psycho-sociale qui représente plutôt une urgence situationnelle pouvant être différée la plupart du temps par une écoute adaptée, une réassurance et quelques conseils avisés.

Ces compétences ne relèvent pas exclusivement du milieu professionnel médical et certaines associations de bénévoles, dont nous ne citerons que les plus emblématiques, effectuent un travail remarquable de désamorçage de telles situations de crises en proposant une écoute téléphonique gratuite et opérationnelle 24 heures sur 24.

Il s'agit principalement en France de :

- SOS Amitié, association fondée en 1960 à Paris à l'initiative de personnes religieuses, reconnue d'utilité publique pour la prévention du suicide en 1967. Elle s'est laïcisée depuis et s'est décentrée de la problématique du suicide, ciblant plus largement la détresse et les problématiques de communication. Devant l'ampleur prise au cours du temps et les services rendus (réseau de 50 postes d'écoute répartis sur la France entière), son fonctionnement a été soutenu par les pouvoirs publics dans les années 80. Actuellement, grâce aux moyens modernes de communication, l'accueil de SOS Amitié peut se faire également par « chat » ou messagerie ;
- d'autres services d'écoute téléphonique répondant à des situations de détresse psycho-sociale ont été créés progressivement à partir des années 80-90 et soutenus par les pouvoirs publics. Ils répondent à des problématiques plus ciblées. Ainsi, on peut citer : Enfance maltraitée, Violences, Aide aux victimes, SOS Femme Violences conjugales...

## 1.3. Numéro vert en projet ?

Il est maintenant bien établi que l'accessibilité aux soins d'urgence et en particulier aux soins psychiatriques est une des priorités des politiques de santé, sujet sans cesse alimenté par une actualité de faits divers malheureux exposant la souffrance psychologique actuelle dans la société.

Une attention particulière est accordée à la prévention du suicide et, à cet égard, la part de l'écoute téléphonique comme moyen préventif des états de crise psychologiques s'amplifie. L'accueil téléphonique est donc un moyen moderne reconnu comme utile.

À Paris, l'activité téléphonique d'accueil du CPOA a pris une telle ampleur ces dernières années (nous parlons des appels directs, et pas des appels basculés du 15) que les moyens humains actuels dont dispose le service commencent à être insuffisants. Le CPOA reçoit en effet environ 250 appels par jour dont 70% émanent de professionnels de santé (demandes d'informations sur le réseau de soins psychiatriques, besoin de conseils sur les traitements ou adressage de patients en crise sur la structure) et 30% émanent des usagers ou des familles en attente de conseils ou d'écoute.

Ce constat a amené la mairie de Paris à proposer la création d'un numéro vert de « télé-médecine » orientée psychiatrie dont les missions seraient celles actuellement remplies par le CPOA : écoute, conseil et orientation et qui s'adresserait au même public : professionnels de santé, usagers et familles de la région Île-de-France. Ce service téléphonique resterait implanté au CPOA, les intervenants seraient les mêmes, à savoir psychiatres et infirmiers psychiatriques mais l'équipe se verrait renforcée par un infirmier à temps plein et une secrétaire pour mener à bien cette mission.

Les réflexions actuelles se portent sur la gratuité d'un tel service, avec la crainte de dérives comme on peut déjà en observer au SAMU centre 15 de Paris qui n'ouvre que 650 dossiers par jour sur 2000 appels dont beaucoup sont de fausses urgences voire des canulars.

## CHAPITRE 2

# PRÉSENTATION DE L'UNITÉ D'ACCUEIL DES URGENCES PSYCHIATRIQUES (UAUP) DE NANCY

Le service d'urgence psychiatrique nancéen a été créé en 1987, dans un contexte général d'évaluation et de réflexion autour des soins d'urgence. L'état des lieux établi par le rapport Steg présenté au Conseil Économique et social en 1989 met en évidence l'insuffisance de médicalisation et la mauvaise qualité d'accueil des services d'urgence, notamment en matière d'urgence psychiatrique.

Le rapport Steg entraînera la parution des circulaires du 15/02/1990 et 14/05/1991 relatives à l'amélioration de l'accueil des urgences, qui précisent entre autres les moyens dont doivent disposer les services d'urgence, les rôles de chacun dans la structure, et de la circulaire du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques.

L'amélioration du dispositif de prise en charge des urgences psychiatriques prescrit par la circulaire de 1992 peut se résumer comme suit :

- l'organisation du dispositif SAMU-centre 15 pour la réception, la régulation et l'orientation des appels psychiatriques ;
- la mise en œuvre d'une réponse psychiatrique efficace et permanente, articulée avec les secteurs psychiatriques, dans tous les pôles d'accueil des urgences retenus dans le schéma régional d'organisation sanitaire ;
- le développement des réponses dans le cadre extra hospitalier afin de favoriser les interventions de proximité.

Le service des urgences psychiatriques nancéen a donc vu le jour dans un contexte où la nécessité de restructuration des soins d'urgence était devenue évidente. Sa création a répondu à des besoins identifiés tant au niveau de l'urgence que de la psychiatrie et son fonctionnement s'est modelé à mesure de l'expérience acquise. C'est d'ailleurs de projets novateurs comme celui-ci, très

peu nombreux avant 1992, que s'est inspiré le législateur pour définir les exigences de moyens et de fonctionnement relatifs à la prise en charge des urgences psychiatriques.

## 2.1. Moyens

L'unité d'accueil des urgences psychiatriques se situe à proximité immédiate du service d'accueil des urgences de l'Hôpital Central (CHU) de Nancy. Le service est intégré aux locaux du centre hospitalo-universitaire tout en dépendant administrativement du Centre Psychothérapique de Nancy (CPN), centre hospitalier spécialisé en psychiatrie situé à Laxou (commune du Grand Nancy).

### Moyens matériels :

- l'UAUP dispose de huit lits d'hospitalisation temps plein, répartis en chambres individuelles ;
- de quatre bureaux individuels d'entretien ;
- d'un bureau commun en « open space » pour l'ensemble des soignants (médecins et infirmiers) ;
- tous les bureaux sont équipés d'un ordinateur (5 dans le bureau commun) connecté aux logiciels de travail de l'hôpital et à internet ;
- d'un secrétariat ;
- d'une salle de réunion-détente pour les soignants ;
- d'un office alimentaire pour la préparation des repas des patients ;
- les patients bénéficient d'une salle d'attente, pour ceux qui viennent en consultation, et d'une salle de détente dotée d'un téléviseur pour ceux qui sont hospitalisés ;
- enfin, un téléphone est mis à disposition permanente des patients hospitalisés.

### Moyens humains :

tout le personnel est employé par le CPN, excepté les agents hospitaliers qui dépendent du CHU

- interviennent 3 praticiens hospitaliers spécialistes en psychiatrie, 2 médecins assistants spécialistes et 1 interne de spécialité psychiatrie ;
- 1 psychologue dédiée à la consultation de psycho-traumatisme et à la CUMP ;

- 28 infirmières et infirmiers travaillant par périodes de 12 heures consécutives dont 2 ont des missions de consultant en psycho-traumatisme et 1 des missions de liaison et relais avec les soins de secteur ;
- 1 cadre de soins infirmiers ;
- 4 secrétaires.

## 2.2. Fonctionnement

Globalement, le but du service est d'intervenir dans les situations d'urgence « ressenties » par les médecins urgentistes comme nécessitant une prise en charge psychiatrique afin d'apaiser, d'évaluer et de proposer, s'il y a une indication, une orientation psychiatrique immédiate ou différée, hospitalière ou ambulatoire.

### 2.2.1. Activité principale : accueil d'urgence et orientation. —

#### 1. Accueil physique :

il est assuré 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 et concerne tous les patients se présentant soit directement à l'UAUP, soit au SAU avec une demande de consultation psychiatrique ainsi que toutes les situations de patients au SAU qui nécessitent l'intervention d'un psychiatre, demandée le plus souvent par les médecins urgentistes devant des tableaux d'intoxication médicamenteuse volontaire, d'état délirant aigu, de plaintes somatiques multiples sans objet ou encore de malaise évocateur d'une crise d'angoisse, pour les situations les plus fréquentes.

Il consiste en un entretien d'évaluation en binôme (médecin-infirmier) avec le patient, éventuellement suivi d'un entretien avec la famille ou avec les accompagnants.

Les patients sont vus soit dans le service s'ils s'y présentent, soit dans un bureau de consultation aux urgences. Pour l'organisation pratique, un infirmier est dédié au SAU pendant toute sa journée de travail et un médecin se détache du service pour les consultations extérieures, dans la mesure du possible. En journée (de 8h30 à 18h30) et jour de semaine, samedi matin inclus, les patients rencontrent un psychiatre du service, le reste du temps, les entretiens médicaux sont réalisés par un interne en psychiatrie de garde, pouvant être assisté si nécessaire par un psychiatre d'astreinte (cas difficiles et certificats médico-légaux).

À l'issue de cette évaluation, les différentes orientations suivantes peuvent

être proposées : une hospitalisation à l'UAUP ou directement dans le centre hospitalier spécialisé dont dépend géographiquement le patient, une sortie avec entretien de réévaluation médical ou infirmier à l'UAUP dans les jours suivants ou encore une sortie avec relais immédiat auprès des intervenants habituels en ambulatoire (centres médico-psychologiques, psychiatre traitant...). Pour les patients du SAU, la décision d'orientation sera toujours prise en accord avec le médecin urgentiste qui reste le garant de l'état somatique du patient et évalue s'il est compatible avec l'orientation préconisée.

## 2. Hospitalisation à l'UAUP :

elle est proposée :

- pour affiner l'évaluation diagnostique, avoir une meilleure compréhension de la genèse des troubles et se donner le temps d'une réponse thérapeutique spécifique ;
- parce qu'une hospitalisation plus prolongée dans un service de psychiatrie n'est pas nécessaire mais que la situation justifie une rupture temporaire avec le milieu habituel ;
- pour gérer une situation de crise dont on sait qu'elles évoluent très rapidement ;
- pour préparer le suivi ultérieur, proposer des réponses thérapeutiques alternatives à l'hospitalisation (hospitalisation de jour, par exemple).

Lors de l'hospitalisation, les patients bénéficient d'au moins un entretien médical quotidien et d'entretiens infirmiers systématiques et à la demande. Il s'agit toujours de séjours courts, de 24 à 72h au maximum, dont le but est de dépasser la situation de crise et de mobiliser un réseau soutenant (professionnels, famille ou amis) autour du patient de manière à ce que son état psychologique s'améliore et à éviter qu'une telle situation ne se reproduise.

Ainsi pourront être proposés à la sortie : suivi spécialisé en centre médico-psychologique ou en libéral, visite à domicile d'un infirmier psychiatrique... Les intervenants habituels sont consultés et informés des aménagements proposés.

L'UAUP assure le relais avec la prise en charge ambulatoire, le temps que celle-ci soit effective, par des entretiens médicaux ou infirmiers au sein du service ou par des visites à domicile d'une infirmière de l'UAUP dédiée à

cette activité. Le lien avec les intervenants extérieurs sollicités pour prendre en charge ultérieurement le patient est également assuré.

### 3. Accueil téléphonique :

L'UAUP est accessible par téléphone 24 heures sur 24, soit par un numéro directement accessible au tout venant, soit via le SAMU qui transfère certains appels. L'accueil téléphonique est assuré par les infirmiers qui évaluent, soutiennent, rassurent et orientent les appelants, à raison d'environ 1000 appels par an.

À l'issue de l'appel, une orientation est proposée au patient, selon le degré de gravité ou d'urgence évalué. Ainsi, certains patients seront rassurés sans autre intervention nécessaire mais d'autres se verront proposer des coordonnées pour entreprendre un suivi, voire une consultation médicale ou infirmière dans le service et même, pour les cas jugés graves et urgents, l'envoi d'un véhicule d'assistance à domicile.

D'autre part, un accueil téléphonique classique de service hospitalier est assuré : il concerne les proches des patients hospitalisés qui veulent prendre des nouvelles ou parler au patient. Les informations sont données avec parcimonie aux apparentés les plus proches, avec l'accord du patient (très souvent, des conflits familiaux sont en jeu), dans un souci de respect de l'intimité du patient et du secret médical.

#### 2.2.2. Autres activités. —

##### 1. Consultation post-urgence :

les patients rencontrés dans le cadre de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière peuvent être revus à quelques jours d'intervalle pour réévaluation ou soutien si besoin, c'est-à-dire s'il existe une demande ou un besoin ne pouvant être satisfait dans ces délais en ambulatoire, ce qui en pratique est souvent le cas. Rentrent également dans ce cadre les consultations en aval d'une hospitalisation à l'UAUP.

Ces prises en charge correspondent le plus souvent à du suivi de post-urgence chez des patients qui, par ailleurs, ne nécessitent pas un suivi au long cours, donc elles doivent rester de courte durée, le risque étant de « psychiatriser » des patients dont la trajectoire ne fait que rencontrer la psychiatrie au décours d'un « accident de la vie ».

## 2. Liaison :

en complément de l'activité de consultation de liaison assurée par le service de psychiatrie et psychologie médicale du CHU, l'UAUP est amené à assurer des consultations de liaison dans les situations de conduites suicidaires ou de crise chez des patients hospitalisés au sein de l'Hôpital Central. Les interventions se font à la demande des services. Les plus courantes se situent en aval d'un geste suicidaire quand le patient a besoin initialement de soins somatiques et ne peut être hospitalisé en psychiatrie, ou en amont, en présence d'idéation suicidaire active chez un patient initialement hospitalisé pour un autre motif.

Un binôme médecin-infirmier se déplace au lit du malade pour un entretien d'évaluation suivi d'une concertation avec l'équipe soignante du service demandeur afin d'adapter la réponse apportée au cadre de soins et aux questions des soignants. Celle-ci pourra consister en une prescription pharmacologique, plus ou moins assortie d'entretiens de réévaluation ou de soutien durant le séjour hospitalier.

En général, l'évaluation psychiatrique demandée par les services de soins somatiques intervient au moment de la sortie du patient, pour déterminer si un transfert en psychiatrie doit être envisagé. Il n'est pas rare alors que des patients soient admis à l'UAUP par ce biais en attendant une admission dans l'établissement spécialisé de leur secteur.

## 3. Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) et consultation de psychotraumatisme :

les CUMP ont été instituées par la circulaire du 28 mai 1997 et ont pour mission « la prise en charge de personnes victimes d'accidents collectifs, attentats ou tout événement susceptible d'avoir d'importantes répercussions psychologiques en raison des circonstances qui les entourent », dans un but de prévention et de soin du stress post-traumatique. Le dispositif comporte des obligations légales de moyens :

- au niveau départemental : un psychiatre référent chargé de constituer un réseau de volontaires parmi les soignants en santé mentale, il s'agit d'un réseau identifié sans moyens définis, ni matériels (locaux) ni humains (temps de travail), les moyens restent mobilisables en cas de besoin ;

- au niveau régional : structure qui dispose de moyens propres : locaux et personnel, à savoir un psychiatre à mi-temps, un psychologue à mi-temps et un secrétaire à mi-temps qui assurent en permanence les missions de la CUMP.

La CUMP de Lorraine existe depuis 1999 et fait partie de l'unité d'accueil des urgences psychiatriques.

Le psychiatre de la CUMP et la psychologue de l'UAUP assurent son fonctionnement et ont développé une consultation de psycho-traumatisme pour répondre aux cas individuels de traumatisme. Cette activité ayant pris de l'ampleur, 2 infirmiers de l'UAUP se sont formés à cette spécialité et sont devenus consultants infirmiers spécialisés dans le domaine du psycho-traumatisme.

#### 4. Visites à domicile et liaison avec le secteur :

Pour favoriser l'intégration dans la filière de soins psychiatriques ambulatoire de secteur et l'adhésion aux soins, l'infirmier psychiatrique en charge de ces missions peut, en aval d'une hospitalisation, évaluer la situation à domicile et accompagner le patient lors de son premier rendez-vous au centre médico-psychologique, ce qui permet également une meilleure transmission des informations utiles à la prise en charge, d'équipe à équipe.

## CHAPITRE 3

### ARTICULATION SAMU-UAUP

Il s'agit d'un dispositif original qui permet aux écoutants du SAMU (permanenciers et médecins régulateurs) de recourir à une écoute et un avis psychiatriques spécialisés en basculant certains appels sous-tendus par une détresse psychologique sur une ligne téléphonique de l'UAUP.

Cette pratique a commencé à voir le jour en 2003 pour répondre à la demande croissante de conseils spécialisés des médecins régulateurs du SAMU, liée à la demande également croissante d'aide psychosociale.

Nous allons détailler les différents temps et caractéristiques de cette pratique en suivant la trajectoire d'un appel entrant du 15 :

#### 3.1. Prise en charge SAMU

**3.1.1. Procédure.** — Tout appel entrant au 15 est initialement traité par un PARM (Permanencier d'Aide à la Régulation Médicale) qui analyse succinctement le motif d'appel, évalue le degré d'urgence et recueille les informations indispensables comme la localisation en cas de sinistre ou les coordonnées de la personne à secourir. S'il s'agit d'une urgence vitale avérée (arrêt cardio-respiratoire ou passage à l'acte suicidaire imminent), le permanencier peut d'emblée envoyer des secours.

Dans un deuxième temps, le permanencier transfère systématiquement l'appel au médecin régulateur, sauf s'il s'agit d'une simple demande de renseignements. Le médecin régulateur évalue et prend les décisions en termes de moyens à déployer.

Les réponses données aux appelants du 15 sont diverses, de la situation la plus grave où l'envoi d'un véhicule de soins médicaux d'urgence et de réanimation (SMUR) s'impose, à la moins préoccupante où l'appelant peut être simplement conseillé et rassuré sans qu'une autre intervention médicale soit nécessaire,

même différée.

Tous les éléments utiles ou décisionnels sont consignés dans un dossier informatisé afin de garantir une traçabilité de cette prise en charge « à distance » représentant une exception dans l'exercice médical qui se pratique habituellement « au chevet » du patient.

### 3.2. Bascule UAUP

**3.2.1. Procédure.** — Parmi les différents moyens dont dispose le médecin régulateur pour gérer une situation d'appelant, il a la possibilité de recourir à divers avis spécialisés. Dans le cas d'une demande d'avis spécialisé psychiatrique, l'appel est basculé à l'UAUP par le permanencier avec l'accord du régulateur ou par le médecin régulateur lui-même.

Pour les situations de détresse psychologique auxquelles la réponse est soit évidente (urgence vitale comme geste suicidaire déjà accompli), soit peut être facilement différée, un avis spécialisé n'est en général pas demandé. Dans les cas plus complexes et/ou quand la possibilité de verbaliser semble être la principale attente de l'appelant, le recours à une écoute spécialisée psychiatrique est plus fréquent. Dans certaines situations d'urgence extrême où un véhicule d'assistance a d'emblée été envoyé, l'appel est basculé sur l'UAUP non pas pour demander un avis mais pour maintenir un contact avec le patient et essayer de le rassurer voire de le convaincre de ne pas passer à l'acte en cas de geste suicidaire imminent. Nous essaierons de décrire les principaux déterminants du recours à l'UAUP par la suite.

**3.2.2. Données statistiques.** — Nous présentons dans la figure 1 page suivante l'évolution des pratiques suivant l'intervenant qui effectue la bascule de l'appel à l'UAUP.

On constate globalement que l'activité de bascule des appels à connotation psychiatrique vers l'UAUP, depuis ses débuts en 2003, a pris son essor pour culminer en 2007 à 626 appels basculés, soit une moyenne de 1,7 appel par jour, avec une fréquence variable suivant le jour de la semaine avec une nette prédominance du week-end et du samedi en particulier. Depuis 2007, l'activité de bascule tend à diminuer. C'est globalement la cinétique de développement observée de toute nouvelle activité : l'offre crée la demande, croissante au départ, puis avec l'expérience s'élaborent des réflexions au sujet de ces nouvelles

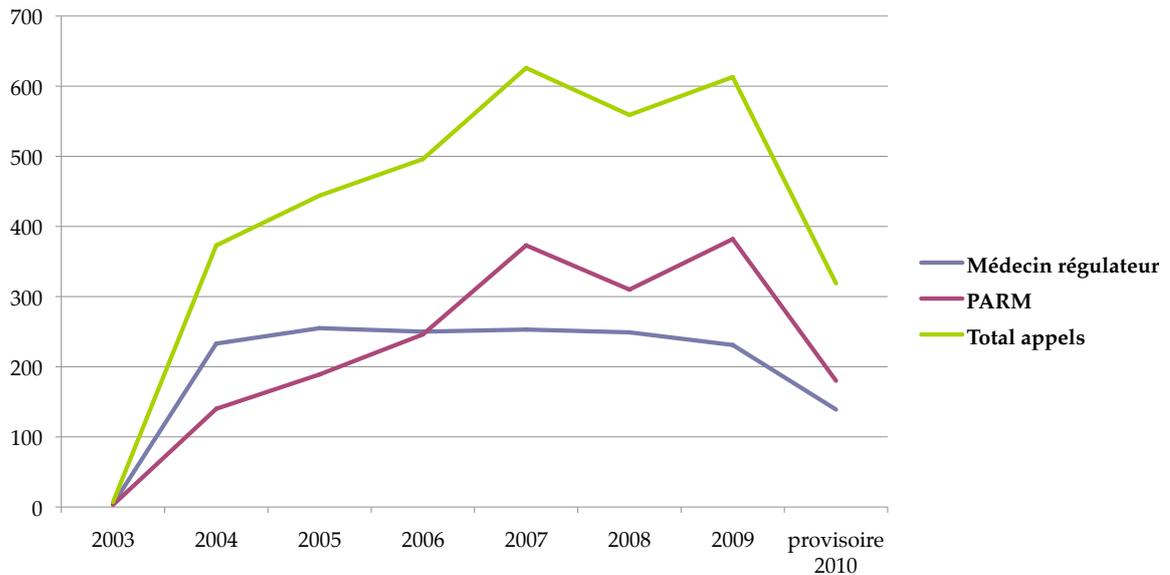


FIGURE 1. Répartition de la bascule des appels vers l'UAUP entre permanenciers et régulateurs

pratiques et la demande se stabilise puis diminue car est mieux ciblée. On constate également qu'avant 2006, la bascule des appels a été surtout pratiquée par les médecins régulateurs, le ratio s'est égalisé en 2006 et la tendance s'est inversée depuis avec un ratio moyen sur ces trois dernières années (2007 à 2009) de 1,5 en faveur des PARM. Ceci peut s'expliquer par l'apprentissage progressif d'une pratique qui fut au départ plus prudemment laissée à la décision médicale du régulateur et par une extension de compétences des PARM depuis quelques années qui leur donne la possibilité de déclencher un envoi de moyens sans avis du régulateur.

### 3.2.3. Facteurs déterminants du recours à l'UAUP. —

a) inhérents au patient :

- souffrance psychique évidente au premier plan ou motif psychiatrique spontanément évoqué ;
- besoin de verbaliser perceptible laissant supposer un entretien long ;
- présence de facteurs de risque suicidaire : antécédents personnels et/ou familiaux de suicide ou tentative de suicide, idéation suicidaire active, impulsivité engendrée ou aggravée par une imprégnation alcoolique, isolement social et précarité (notamment perte d'emploi) ;
- parfois demande explicite du patient à parler à un infirmier psychiatrique de l'UAUP.

Certains patients, très connus des services de psychiatrie locaux, appellent le 15 plusieurs fois par jour pour joindre l'UAUP, alors qu'il existe une ligne directe. Leur démarche s'explique en général par la gratuité de l'appel au 15, alors que la ligne directe de l'UAUP est une ligne téléphonique standard. Ces demandes répétées de patients identifiés sont le plus souvent sous-tendues par une forte dépendance au système de soins. La demande est la plupart du temps floue voire absconse, et l'attente n'est souvent pas autre que de déposer une plainte auprès d'un soignant. Ces appels, auxquels les permanenciers comme les médecins régulateurs sont habitués, ne sont qu'exceptionnellement basculés sur l'UAUP qui ne peut de toute façon pas mieux y répondre.

b) inhérents à l'activité du SAMU :



FIGURE 2. Profils horaires d'activité SAMU/bascule UAUP

Les profils d'activité ne sont pas superposables, on peut donc exclure un lien entre recours à la bascule des appels et surcharge d'activité du SAMU. On constate en particulier que l'activité de bascule est surtout nocturne avec un maximum entre 19 heures et 3 heures du matin (pic entre 23h et minuit) alors que l'activité du SAMU est plutôt diurne (7h à 23h).

La seule période où, éventuellement, la charge d'activité SAMU peut favoriser la bascule des appels est la période de 19 heures à 21 heures (recrudescence des appels au SAMU à la fermeture des structures de soins ambulatoires et des cabinets privés). Cependant, on remarque qu'à partir de 21h, l'activité SAMU s'infléchit alors que l'activité de bascule continue à augmenter jusqu'à 23h.

On peut donc penser que la bascule des appels est plutôt liée à la cinétique

différente des appels pour détresse psychologique dont la recrudescence nocturne est cohérente avec ce qui est observé en milieu psychiatrique.

c) inhérents à la personne :

intuitivement, on imagine bien que tout interlocuteur n'est pas forcément à l'aise face à une détresse psychologique qui s'exprime la plupart du temps de façon bruyante, l'appel au SAMU intervenant à un moment paroxystique de mal-être dans la trajectoire de l'appelant. La réaction et la tolérance des écoutants du SAMU (PARM et médecins régulateurs) à ce type d'appels est fonction de dispositions personnelles, cette susceptibilité individuelle étant majorée par l'absence de formation spécifique ou de protocole bien établi pour ces prises en charge.

Nous aurions voulu pouvoir mettre en évidence cet aspect personne-dépendant de la bascule des appels en comparant le taux de bascule effectué par chacun des intervenants de régulation. Mais la comparaison inter-individuelle des régulateurs et des PARM sur ce critère n'est pas significative compte tenu de :

- leur nombre assez élevé qui, rapporté au nombre total des appels basculés, donne artificiellement de grandes disparités peu propices à l'analyse statistique ;
- leur profil d'activité de régulation très hétérogène (jours de semaine/ week-end, régulation de journée/ de nuit), l'activité étant très variable d'une heure à l'autre et d'un jour de la semaine à l'autre ;
- leur profil professionnel également très hétérogène : les médecins régulateurs peuvent être aussi bien urgentistes que généralistes de ville et les PARM, bien qu'ayant suivi une formation spécifique pour la régulation, peuvent être issus de n'importe quel milieu professionnel.

### 3.3. Prise en charge UAUP

Les infirmiers reçoivent les appels sur un poste téléphonique dédié avec une ligne directe pour le 15. Tout acte infirmier étant obligatoirement référé, il y a toujours un médecin susceptible de conseiller l'infirmier écoutant.

Ces entretiens téléphoniques sont souvent longs et difficiles mais peuvent, dans certaines situations, avoir une réelle portée thérapeutique et apaiser une situation de crise le temps nécessaire à apporter l'aide appropriée (envoi d'un véhicule de secours, arrivée d'un proche ou d'un médecin à domicile...).

Les réponses immédiates apportées sont celles de l'écoute, qui parfois suffit,

et de l'évaluation psychiatrique sans délai aux urgences, soit par l'envoi d'un véhicule au patient, soit par l'accompagnement du patient par un proche déjà sur place.

Des propositions de prise en charge différée peuvent être faites à l'appelant. Dans les cas où les gens ne peuvent se déplacer (pas de moyen de transport, éloignement, difficultés économiques...) et n'ont aucun suivi, on proposera plutôt la visite à domicile d'un infirmier psychiatrique du service pour évaluation et accompagnement du patient dans une rencontre avec le réseau de soins ambulatoires. Sinon, on peut proposer des consultations ponctuelles médicales ou infirmières d'évaluation psychiatrique à l'UAUP, dans un délai très court par rapport à l'appel. Enfin, pour des patients connus et insérés dans le réseau de soins psychiatriques ambulatoires, nous nous mettons en relation avec les intervenants habituels pour renforcer la prise en charge actuelle. À titre d'exemple, les décisions prises à l'issue des appels qui ont fait l'objet de l'étude sont représentées dans le schéma suivant.

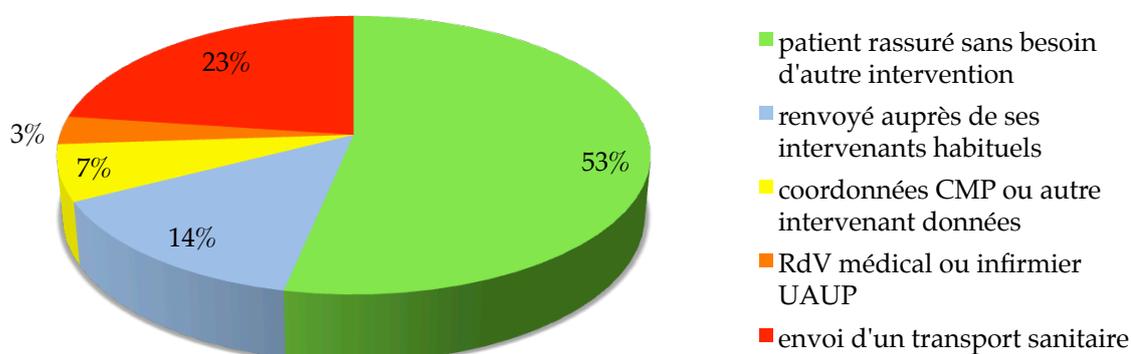


FIGURE 3. Décision prise par l'UAUP à l'issue de l'appel basculé

Ainsi, plus de la moitié des appelants du 15 basculés à l'UAUP sur la période considérée n'ont nécessité aucune intervention immédiate ou différée des services sollicités (SAMU et UAUP), l'écoute et les conseils prodigués au cours de l'entretien téléphonique ont suffi à désamorcer l'état de crise.

Sur les 23% des appelants à qui ont été envoyés des secours et les 3% venus rapidement consulter à l'UAUP pour une évaluation, seuls 25% ont été hospitalisés en psychiatrie au décours, 2 patients à qui rien n'avait été proposé à l'issue de l'appel se sont présentés spontanément aux urgences dans les heures

suivantes et ont été hospitalisés en psychiatrie. Soit, sur la période de l'étude, 8,7% des patients mis en relation avec l'UAUP via le 15 ont été hospitalisés en psychiatrie au décours, c'est-à-dire 2 fois moins que parmi les patients vus au SAU pour motif psychiatrique.

### **3.4. Retour SAMU**

À l'issue de l'entretien téléphonique, le rappel du permanencier est systématique avec un avis sur l'indication ou non d'envoyer un moyen de secours. Dans un avenir proche, l'infirmier psychiatrique aura accès au dossier informatique du 15 où il pourra noter ses observations et informer le permanencier des décisions prises ou à prendre. Les informations, saisies en temps réel, permettent également de renseigner le SAMU sur l'avancement d'une prise en charge téléphonique demandée à l'UAUP. En effet, il n'est pas rare que l'infirmier psychiatrique, sollicité dès la fin de son appel pour une autre tâche, tarde un peu à informer le SAMU de la décision prise, sauf dans les cas jugés graves où un envoi de véhicule est préconisé. Ce délai représente un facteur de confusion pour la régulation.

Pour l'infirmier psychiatrique, le partage des informations concernant ces appelants présente plusieurs intérêts, notamment ceux de récupérer les données administratives déjà recueillies par le permanencier et d'éviter ainsi d'interrompre un discours spontané par des questions directives. Toujours dans un intérêt d'évaluation, cela permet de vérifier la constance du discours d'un interlocuteur à l'autre.

On peut donc attendre de cette évolution gain de temps, de cohérence et de qualité dans la prise en charge des appelants du 15 basculés à l'UAUP.

# **PARTIE II**

## **ÉTUDE**

## CHAPITRE 4

### PROTOCOLE DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude épidémiologique d'une population d'appelants du SAMU dont l'appel a été transféré à l'UAUP.

Cette étude a été menée dans le cadre de ma thèse d'exercice de médecine (spécialité psychiatrie), sous la coordination du Dr. Pichené, chef du service d'accueil des urgences psychiatriques (UAUP) de l'hôpital central à Nancy, et du Pr. Schwan, professeur de psychiatrie au CHU de Nancy. J'ai été soutenue par la très aimable collaboration de mes collègues les Dr Boutinaud, Duflot, Haling et Norroy, psychiatres à l'UAUP ainsi que mesdames et messieurs les infirmiers de l'UAUP.

#### 4.1. Hypothèse et objectifs de l'étude

**4.1.1. Hypothèse.** — Il existe une sur-représentation des pathologies psychiatriques dans la population appelant le SAMU dont l'appel est transféré à l'unité d'accueil des urgences psychiatriques, ce qui justifie et donne son intérêt à ce dispositif d'écoute spécialisé en relais du centre 15.

**4.1.2. Objectif principal.** — Déterminer les caractéristiques psychopathologiques des patients appelant le 15 dont l'appel est transféré aux urgences psychiatriques : présentent-ils un trouble psychique actuel ou passé, sont-ils des patients déjà connus ou des primo-consultants ?

**4.1.3. Objectifs secondaires.** — À partir des outils utilisés qui vont recueillir des informations démographiques, sociales, familiales et économiques en parallèle des informations médicales et psychologiques principales, nous essaierons également de déterminer :

- le profil démographique et socio-économique des appelants ;
- les principaux motifs d'appel au SAMU ou les situations de vie fréquemment associées à la détresse psychologique ;
- pour les patients connus, les circonstances ou les moments particuliers dans leur prise en charge où ils recourent au SAMU ;
- si les patients présentent des problèmes de consommation alcoolique excessive.

## 4.2. Conception de l'étude

### 4.2.1. Critères d'évaluation. —

#### a) Critère principal :

présence ou non de pathologie psychiatrique actuelle ou dans les antécédents des patients et le diagnostic s'il est connu.

#### b) Critères secondaires :

- données démographiques : âge, sexe, situation familiale (célibataire ou non, enfants ou non...);
- données socio-économiques : situation professionnelle (emploi, recherche d'emploi ou retraite);
- pour les patients déjà connus comme ayant un trouble psychiatrique : état actuel du suivi et du traitement ;
- contexte de vie actuel du patient : évènement de vie marquant associé à leur détresse ;
- motif principal invoqué de l'appel ou perçu par l'écouter ;
- état d'alcoolisation perceptible ou déclaré lors de l'appel initial.

**4.2.2. Déroulement pratique de l'étude. —** Lorsqu'un patient appelle le 15 et que l'appel est redirigé par le médecin régulateur vers l'unité d'accueil des urgences psychiatriques :

1. un formulaire est rempli par l'infirmier qui prend l'appel. Cette fiche téléphonique (*donnée en annexe*) permet rapidement de broser un tableau de la situation du patient, assez précis pour évaluer s'il y a un besoin de soins et à quelle échéance. On peut ainsi proposer à l'issue de l'entretien plusieurs types de prise en charge comme un rendez-vous infirmier ou médical dans le service, une visite à domicile quand cela semble plus approprié. Quand l'aide ne peut être différée, même de quelques heures, l'infirmier demande au régulateur d'envoyer un transport médicalisé au domicile du patient

voire demande également l'intervention urgente des pompiers.

Toutes les fiches ainsi constituées, même très incomplètes mais comportant au minimum un numéro de téléphone pour le rappel et l'autorisation orale de recontact, sont utilisées pour la deuxième étape qui constitue l'étude proprement dite.

2. Les patients sont tous recontactés par un médecin psychiatre du service entre J1 et J10, sauf s'ils ont refusé ou n'ont pas donné leurs coordonnées. Ce nouvel entretien téléphonique consiste à évaluer l'état du patient et ce qu'il aura mis en œuvre depuis son appel. Il se déroule globalement en deux temps : un premier temps d'évaluation clinique objective à l'aide d'une échelle d'évaluation psychopathologique à large spectre (MINI 5.0.0 CIM 10, *donnée en annexe*) et un deuxième temps d'entretien informel permettant une évaluation plus subjective et plutôt porté sur du soutien psychologique. À l'issue de cet entretien médical, si l'état du patient apparaît critique et nécessite des soins, on propose une prise en charge spécialisée de même nature que celle proposée en première intention.
3. Les patients qui étaient d'accord pour être rappelés mais qui, pour X raisons, n'ont pas été joignables dans les 10 jours impartis, font l'objet d'une recherche informatique : quand il s'agit de patients connus et demeurant dans un des secteurs géographiques du CPN, il existe un dossier médical informatisé accessible. Le but est de pouvoir inclure dans l'étude ces patients en établissant un diagnostic à partir de leur dossier. Nous recoupons les différents diagnostics déjà présents et les éléments d'actualité contenus d'une part dans les observations récentes du dossier et d'autre part dans la fiche téléphonique pour établir un diagnostic qui, s'il est concordant avec les résultats potentiels du MINI, est comptabilisé dans les résultats de l'étude.

**4.2.3. Traitement des données.** — La saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel *Microsoft Excel*, l'analyse statistique a été réalisée à l'aide des logiciels *SAS version 9.2* et *SPAD*.

La saisie des données, l'analyse statistique et l'interprétation des résultats ont été réalisés avec l'aide de Madame le docteur Nathalie Thilly du Service d'Épidémiologie et Évaluations Cliniques du CHU de Nancy et avec l'aide de Monsieur Alain Morineau, directeur de la Revue MODULAD « Le Monde des Utilisateurs de l'Analyse de Données ».

### **4.3. Sélection et exclusion des personnes de l'étude**

#### **4.3.1. Critères d'inclusion. —**

- être une femme ou un homme âgé de plus de 18 ans ;
- téléphonant de lui-même au 15 (SAMU) ;
- dont l'appel est transféré à l'UAUP par le médecin régulateur ;
- donnant son accord pour être recontacté.

#### **4.3.2. Critères de non-inclusion. —**

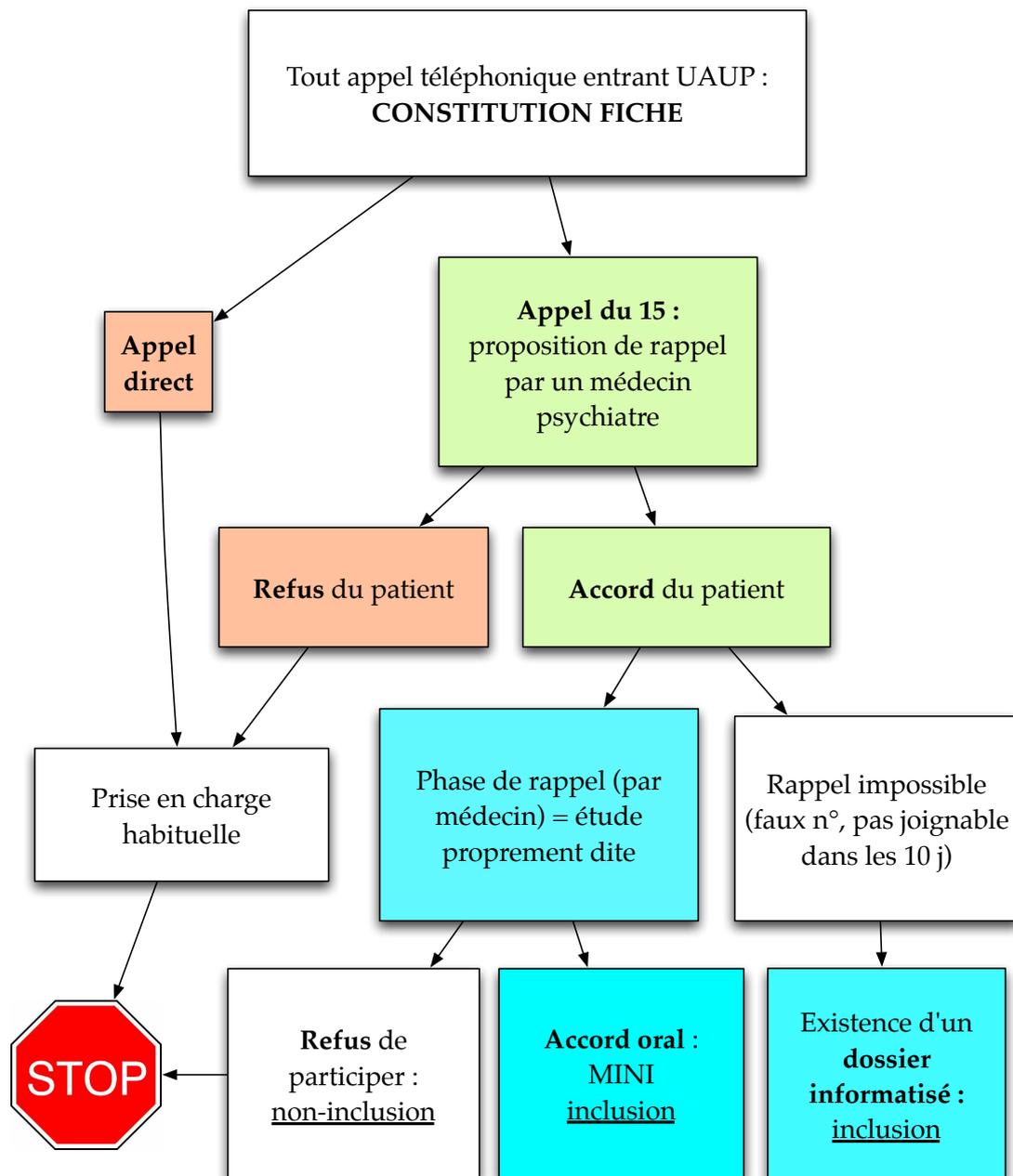
- personne mineure ou incapable majeure ;
- personne refusant d'être recontactée.

#### **4.3.3. Critères d'exclusion. —**

- patient injoignable entre J1 et J10 après l'appel initial et n'ayant pas de dossier informatisé dans la banque de données du Centre Psychothérapique de Nancy ;
- personne hospitalisée au moment du recontact et n'ayant pas de dossier informatisé.

## 4.4. Organigramme du protocole

## Étude téléphonique UAUP - SAMU



## CHAPITRE 5

# CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET LÉGALES

### 5.1. Générales

L'investigateur a respecté une confidentialité absolue vis à vis de tous les éléments personnels auxquels il a eu accès pour les besoins de l'étude et a exploité les résultats de l'étude uniquement sous forme de statistiques, anonymes.

### 5.2. Question du consentement oral

Cette étude concerne exclusivement une population prenant contact par téléphone, et dans notre pratique courante, nous remarquons qu'un bon nombre de situations de détresse psychologique sont gérées sans qu'on soit jamais amenés à avoir un contact physique avec les patients.

Pour respecter le côté naturaliste de cette étude, il est donc peu envisageable de demander aux patients nous contactant par téléphone de venir en consultation dans le service pour participer à l'étude alors même qu'ils n'ont pas nécessairement besoin d'une autre intervention que l'appel initial.

De plus, proposer aux patients de venir en consultation introduirait un biais de recrutement. Ceux qui viendront seront probablement peu représentatifs de la population totale. En effet, leur venue sera fonction de divers éléments incontrôlables comme :

- leur distance géographique ;
- les moyens de transport dont ils disposent ;
- le temps libre dont ils disposent ;
- et surtout leur état psychique (l'adhésion aux soins et la motivation sont réellement des problèmes de premier ordre dans certaines pathologies).

Ainsi, le seul moyen d'obtenir l'accord du patient pour l'étude sans en modifier la nature même est de lui demander son consentement oral lors du rappel,

ce qui ne l'engage pas plus qu'en donnant un consentement par écrit, mais qui manque effectivement de traçabilité.

### 5.3. Vécu du rappel

Le recontact téléphonique, inhabituel dans les pratiques actuelles, pourrait avoir un côté intrusif.

Mais nous avons toutes les raisons de penser qu'un patient ayant donné son accord et informé sur l'intérêt de ce rappel en aura un vécu positif. En effet, l'entretien ne se limite pas à la passation d'une échelle mais comporte un temps d'écoute et de soutien et permet d'évaluer l'évolution de la situation du patient ainsi que les ressources qu'il a pu mobiliser, une orientation pouvant être proposée à l'issue. De plus, une étude récente [20] ainsi que plusieurs travaux anglo-saxons ont montré l'impact thérapeutique positif de ces recontacts téléphoniques, notamment sur l'adhésion aux soins et rapporte une satisfaction générale des patients par rapport à cette pratique.

Donc, nous pensons que le rappel téléphonique respecte l'éthique de la relation soignant-soigné voire représente une chance supplémentaire pour les patients.

## CHAPITRE 6

### DOCUMENTS UTILISÉS

Trois sources de données ont été utilisées pour décrire la population d'appelants du 15 transférés à l'UAUP, deux qui ont été constituées pour les besoins de l'étude et une pré-existante.

#### 6.1. Fiche téléphonique UAUP

Cet outil existait préalablement à l'étude et concerne tous les appels entrants, qu'ils soient directs ou basculés par le SAMU. Son intérêt est double : d'une part, les données recueillies sont informatives sur la trajectoire du patient et utiles pour la (re)définition de la prise en charge et d'autre part, ces fiches permettent d'évaluer un aspect important de l'activité professionnelle inquantifiable qu'est l'accueil téléphonique, non pris en compte dans le système actuel de relevé d'activité des services psychiatriques (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information).

Cette fiche téléphonique (*donnée en annexe*) a été modifiée pour l'étude, de manière à être plus claire, plus systématique et exhaustive au niveau du recueil de données et de ce fait, plus exploitable. Les modifications ont été discutées avec les « écoutants » qui les remplissent, certaines rubriques subjectives à choix multiple ont été élaborées en considérant les données les plus fréquemment retrouvées à la lecture des anciennes fiches, l'expérience des infirmiers a également été sollicitée. Cette nouvelle fiche a remplacé l'ancienne et elle est utilisée pour tous les appels, c'est pourquoi nous avons fait préciser l'origine de l'appel comme préambule, puisque seuls les appels émanant du 15 rentraient dans le cadre de l'étude.

## **6.2. Le Mini International Neuropsychiatric Interview,**

ou M.I.N.I., version française (5.0.0.) CIM 10 (*donné en annexe*).

Il s'agit d'un entretien diagnostique structuré comportant 15 modules (catégories diagnostiques) qui explorent différents troubles psychiatriques, dans leur définition DSM IV, par des séries de questions fermées. La passation est relativement courte, de l'ordre d'une vingtaine de minutes, et le caractère très structuré de ce test ne laisse pas de place à l'interprétation et à la subjectivité de l'évaluateur.

C'est l'échelle d'évaluation psycho-pathologique qui a été retenue pour l'étude, en raison de son large spectre, de sa validation et de son usage répandu en recherche clinique. L'argument principal de ce choix reste le fait que le MINI est l'instrument de mesure utilisé dans l'étude « Santé Mentale en Population Générale » [4] qui est la référence choisie pour les données en population générale, données auxquelles nous voulons confronter les résultats de notre étude.

La passation du MINI lors d'entretiens téléphoniques a été pratiquée récemment lors de l'étude lilloise SYSCALL [38] et validée dans cette utilisation, ce qui nous autorise à faire de même.

## **6.3. Le dossier médical informatisé**

Tous les services du Centre Psychothérapique de Nancy sont équipés en informatique depuis novembre 2004 et le dossier médical de tous les patients qui dépendent des secteurs gérés par le CPN est informatisé.

L'accessibilité des données est réservée aux personnels de l'établissement, avec un niveau différent selon la fonction et la localisation. Dans un service et un secteur précis, on ne peut accéder qu'aux informations ayant trait aux patients de ce même secteur, tandis que dans les structures intersectorielles comme les urgences, on peut accéder à tous les dossiers.

# **PARTIE III**

## **RÉSULTATS**

Le recueil des données s'est déroulé sur une période d'un peu plus de 4 mois, de début février à début juin 2010.

On compte un nombre total de 92 appels répertoriés, basculés du SAMU à l'UAUP, que nous avons répartis en 4 groupes suivant leurs caractéristiques :

1. le groupe A constitué des patients inclus et ayant passé le MINI, soit 25 patients ;
2. le groupe A' constitué des patients inclus et dont on a pu établir un diagnostic CIM 10 grâce à leur dossier informatisé, soit 22 patients. Ces patients étaient d'accord pour être rappelés par un psychiatre mais n'ont pas pu l'être pour plusieurs raisons dont les principales étaient les suivantes : numéro de téléphone donné faux ou mal noté, pas de numéro donné ou noté et patients injoignables dans les 10 jours après leur contact initial ;
3. le groupe B constitué des patients non-inclus et exclus, répondant aux critères de non-inclusion ou d'exclusion évoqués précédemment. Ce groupe compte 19 patients ;
4. le groupe C des patients ayant appelé plusieurs fois pendant la période de recueil des données, dont certains sont déjà inclus. Ce groupe compte 14 patients pour un total de 26 appels. Les plus « récidivistes » ont appelé 5 fois.

## CHAPITRE 7

### CRITÈRE PRINCIPAL

La motivation principale de l'étude est de connaître la morbidité psychiatrique de la population étudiée et de la comparer aux données de la population générale.

#### 7.1. Antécédents psychiatriques

Ces données ont été recueillies, quand cela était possible, lors de l'appel initial. Donc nous considérerons la totalité des patients au nombre de 66, soient les groupes A, A' et B.

On dénombre ainsi :

- 52 patients ayant des antécédents psychiatriques (79%) ;
- 9 patients sans antécédent psychiatrique (13,5%) ;
- 5 patients de statut inconnu (7,5%).

Précisons que nous entendons par antécédents psychiatriques toute situation dans laquelle le patient a rencontré un psychiatre ou un psychologue.

Nous avons pu également recueillir des données plus précises concernant ces antécédents, notamment si les patients avaient déjà fait des tentatives de suicide et s'ils avaient déjà été hospitalisés en milieu spécialisé psychiatrique.

Ces données sont résumées dans le tableau 1 page suivante.

Parmi les patients ayant des antécédents, 58% ont déjà fait une tentative de suicide contre 32% qui n'en ont jamais fait, pour 10% d'entre eux, les données ne sont pas connues.

Parmi les patients ayant des antécédents, 79% ont déjà été hospitalisés en psychiatrie contre 13% qui ne l'ont jamais été et 8% de données inconnues.

TABLEAU 1. Antécédents psychiatriques

	<b>groupe A</b>	<b>groupe A'</b>	<b>groupe B</b>	<b>total</b>	<b>sur n=66</b>
<b>patients avec ATCD psy</b>	22/ 25 (84%)	20/ 22 (91%)	10/ 19 (52,5%)	52	79,0%
patients avec ATCD ayant fait :					
<b>au moins une TS</b>	14	14	2	30 (58%)	30 (45,5%)
<b>aucune TS</b>	8	5	4	17 (32%)	31 (47,0%)
<b>? TS</b>	0	1	4	5 (10%)	5 (7,5%)
patients avec ATCD ayant fait :					
<b>au moins une hospitalisation</b>	17	17	7	41 (79%)	41 (62,0%)
<b>aucune hospitalisation</b>	4	2	1	7 (13%)	16 (24,0%)
<b>? hospitalisation</b>	1	1	2	4 (8%)	9 (14,0%)

Sur l'ensemble de la population des 66 appelants du SAMU dont l'appel a été transféré aux urgences psychiatriques :

- 62% des patients ont déjà été hospitalisés pour 24% qui ne l'ont pas été et 14% de statuts inconnus ;
- 45,5% des patients ont déjà fait au moins une tentative de suicide pour 47% qui ne l'ont jamais fait et 7,5% de statuts inconnus.

## 7.2. Diagnostic CIM 10

Le deuxième temps de l'étude consistait à établir la présence de troubles psychiatriques actuels ou passés et leur type selon la classification internationale des maladies, 10ème version (CIM 10). Pour les patients rappelés, il s'agissait de passer l'échelle d'évaluation MINI lors de l'entretien téléphonique. Pour les patients n'ayant pu être joints et ayant un dossier informatisé, le diagnostic a été établi en connaissance de l'ensemble du dossier et des éléments d'actualité recueillis lors de l'entretien téléphonique infirmier initial. Seuls les diagnostics communs avec ceux recherchés par le MINI ont été retenus.

Le nombre de patients pour lesquels un diagnostic (ou plusieurs) a pu être obtenu est de 47 (groupes A et A').

La répartition des troubles psychiatriques observés est présentée dans le tableau 2 page suivante.

On notera la fréquence remarquable de deux diagnostics :

- l'épisode dépressif actuel, relevé chez 27,5% des patients ;
- la dépendance alcoolique, présente chez 44,7% des patients.

TABLEAU 2. Diagnostic

	groupe A	groupe A'	total sur n=47
<b>Troubles de l'humeur</b>			
épisodes dépressifs	9	4	13 soit 27,5%
dysthymie	2	0	2 soit 4,2%
épisode maniaque	1	0	1 soit 2,1%
<b>Troubles anxieux</b>			
anxiété généralisée	2	1	3 soit 6,4%
phobie sociale	2	0	2 soit 4,2%
trouble panique	4	0	4 soit 8,5%
agoraphobie	3	0	3 soit 6,4%
état de stress post-traumatique	0	0	0,00%
<b>Syndromes d'allure psychotique</b>	1	3	4 soit 8,5%
dont trouble récurrent	0	3	3 soit 6,4%
dont trouble isolé	1	0	1 soit 2,1%
<b>Troubles du comportement alimentaire</b>			
boulimie	1	0	1 soit 2,1%
anorexie	0	0	0,00%
<b>Conduites addictives</b>			
utilisation nocive d'alcool	1	0	1 soit 2,1%
dépendance alcoolique	9	12	21 soit 44,7%
dépendance aux opiacés	0	1	1 soit 2,1%
dépendance au cannabis	1	0	1 soit 2,1%
dépendance aux hypnotiques	0	2	2 soit 4,2%
<b>Risque suicidaire</b>			sur n=25
léger	15		60,00%
moyen	1		4,00%
élevé	5		20,00%

On signalera que pour 10 appelants sur les 47 ayant pu être évalués sur un plan diagnostique, soit pour 21% d'entre eux, il n'a été retrouvé aucune morbidité psychiatrique correspondant aux catégories de troubles explorés par le MINI. Ceci n'exclut pas la présence d'un trouble psychiatrique chez ces patients car le MINI n'explore qu'un échantillon des diagnostics psychiatriques. Il ne semble pas y avoir de lien entre cette absence de diagnostic relevé et la présence ou l'absence d'antécédents psychiatriques.

On signalera également que 19,5 % des appelants cumulent plusieurs diagnostics, certains patients présentant jusqu'à 5 diagnostics différents.

## CHAPITRE 8

### CRITÈRES SECONDAIRES

#### 8.1. Âge

Les appelants ont de 17 à 69 ans avec une moyenne d'âge de 42,2 ans (sur 57 personnes car pour 9 patients de la population, l'âge n'a pu être déterminé) et un écart-type de 11,0. Nous précisons les moyennes d'âge par groupe : 44,6 ans pour le groupe A, 41,1 ans pour le groupe A' et 38,8 ans pour le groupe B.

#### 8.2. Sexe

Sur l'ensemble de la population, on trouve 59% de femmes et 41% d'hommes (56%F/ 44%H dans le groupe A, 64%F/ 36%H dans le groupe A' et 59%F/ 41%H dans le groupe B) soit un sexe ratio de 3 pour 2.

#### 8.3. Situation familiale

Une très grande majorité des appelants vivent seuls (74,5%), la plupart après une séparation ou un divorce. Presque 20% vivent en couple ou chez les parents, pour les 6% restant, la situation familiale n'est pas connue (cf 3 page suivante).

#### 8.4. Situation professionnelle

La catégorie la plus représentée et celle des sans-emplois (27,5%) suivie par celle des salariés (23%). On trouve 6% de retraités, 3% d'étudiants et également 18% de personnes en invalidité, 6% de personnes en maladie. Le statut de 16,5% des appelants n'est pas connu. On constate un total de 57,5% de personnes inactives au moment du recours au SAMU, toutes raisons confondues :

pas d'emploi, arrêt maladie, retraite et invalidité. Ces résultats sont détaillés dans le tableau 3.

TABLEAU 3. Situations familiale et professionnelle

	groupe A	groupe A'	groupe B	total
<b>Situation familiale</b>				
vit seul	23 (92%)	16 (73%)	10 (52,5%)	49 soit 74,5%
vit en couple	2 (8%)	5 (22,5%)	5 (26,5)	12 soit 18%
vit chez les parents	0	1 (4,5%)	0	1 soit 1,5%
?	0	0	4 (21%)	4 soit 6%
<b>Situation professionnelle</b>				
salarié	6 (24%)	6 (27, 25%)	3 (16%)	15 soit 23%
sans emploi	9 (36%)	6 (27,25%)	3 (16%)	18 soit 27,5%
retraite	2 (8%)	2 (9%)	0	4 soit 6%
étudiant	0	1 (4,5%)	1 (5%)	2 soit 3%
maladie	2 (8%)	2 (9%)	0	4 soit 6%
invalidité	6 (24%)	3 (14%)	3 (16%)	12 soit 18%
?	0	2 (9%)	9 (47%)	11 soit 16,5%

### 8.5. Suivi psychiatrique et traitement

Pour les patients connus, c'est-à-dire ayant des antécédents psychiatriques, nous avons essayé d'évaluer l'état actuel de leur suivi. Pour l'ensemble des patients, nous avons essayé de savoir s'ils prenaient des psychotropes et si oui, par qui le traitement médicamenteux était prescrit.

Ces résultats sont présentés dans le tableau 4 page suivante.

Parmi les patients connus, soit 52 sur 66, seulement 42% sont engagés dans un suivi spécialisé au moment de leur appel au SAMU, ce qui représente 33,5% sur la population des appelants.

Parmi les appelants, 56% prennent des psychotropes (dont 67,5% des patients connus) alors que seulement 33,5% bénéficient d'un suivi spécialisé. En effet, on constate que 40,5% des prescriptions de psychotropes sont effectuées par des médecins généralistes, dans 95% des cas pour des patients déjà connus mais dans 5% des cas pour des gens n'ayant jamais vu un psychiatre.

TABLEAU 4. Suivi et traitement

	groupe A	groupe A'	groupe B	total	total n=66
<b>Patients connus</b>	22	20	10	52	
Patients connus <b>suivis</b>	8 (36%)	11 (55%)	3 (30%)	22 (42%)	22 (33,5%)
<b>non suivis</b>	14 (64%)	9 (45%)	7 (70%)	30 (58%)	37 (56%)
<b>suivi ?</b>			7		7 (10,5%)
Patients <b>avec ttt psychotrope</b>	16 (64%)	16 (73%)	5 (26,5%)	35 (67,5%)	37 (56%)
<b>sans ttt psychotrope</b>	9 (36%)	5 (22,5%)	4 (21%)	11 (21%)	18 (27,5%)
<b>traitement ?</b>	0	1 (4,5%)	10 (52,5%)	6 (11,5%)	11 (16,5%)
Parmi patients traités				37	
<b>prescription/ psy</b>	8 (50%)	11 (69%)	3 (60%)	22 (59,5%)	
<b>prescription/ MT</b>	8 (50%)	5 (31%)	2 (40%)	15(40,5%)	

### 8.6. Motif d'appel et événements associés

Ces données ne dépendent pas directement du patient mais de l'appel, un même patient pouvant appeler plusieurs fois pour des raisons distinctes. Nous avons donc pris en compte l'ensemble des appels reçus pendant la période de l'étude, soient 92 appels. Nous avons établi une liste des principaux motifs d'appel ainsi qu'une liste des principaux événements de vie évoqués, à partir des données téléphoniques antérieures et s'appuyant sur l'expérience des infirmiers écoutants de l'UAUP.

Ainsi, nous avons obtenu :

pour le motif de l'appel,

- besoin de verbaliser : 39,5% ;
- idées noires ou de velléités suicidaires : 29% ;
- angoisses : 15% ;
- autre : 10,5% ;
- indéterminé : 6% ;

pour le ou les événements de vie associés,

- conflits : 28% (dont environ 2/3 de conflits conjugaux et 1/3 de conflits familiaux) ;
- séparation de couple (du divorce à la rupture sentimentale) : 18,5% ;
- difficultés économiques (perte d'emploi et situation de précarité) : 16,5% ;
- deuil : 9% ;
- autre : 35% ;
- indéterminé : 12%.

Notons que ces données sont assez subjectives car évaluées par l'écouter. Au cours de l'appel, il est bien rare en effet que l'appelant, dans un état de détresse aiguë, spécifie les raisons de son appel ou décrive clairement le contexte associé.

### 8.7. Autres caractéristiques des appelants

Indépendamment du diagnostic de dépendance alcoolique, nous avons renseigné l'état de sobriété ou d'ébriété de l'interlocuteur au cours de l'appel. Nous avons également noté la présence de propos suicidaires au cours de l'entretien téléphonique, indépendamment du motif d'appel (rappelons que c'est le motif principal de 29% des appels).

Ces données dépendent également du moment de l'appel et pas seulement du patient, donc elles sont renseignées sur le total des appels reçus pendant l'étude. Les résultats sont donnés dans le tableau 5 suivant.

TABLEAU 5. Idées suicidaires et imprégnation éthylique

	groupe A	groupe A'	groupe B	groupe C	total n=92
<b>Idées suicidaires</b>					
oui	14 (56%)	12 (54%)	4 (21%)	8 (31%)	38 soit 41,5%
non	11 (44%)	9 (41%)	11 (58%)	16 (61,5%)	47 soit 51%
?	0	1 (5%)	4 (21%)	2 (7,5%)	7 soit 7,5%
<b>Imprégnation éthylique</b>					
oui	15 (60%)	10 (46%)	6 (31,5%)	18 (69,5%)	49 soit 53%
non	8 (32%)	12 (54%)	7 (37%)	6 (23%)	33 soit 36%
?	2 (8%)	0	6 (31,5%)	2 (7,5%)	10 soit 11%

On constate que 53% des appels émanent de patients sous l'emprise de l'alcool, soit plus d'un appel sur deux. On notera que 80% des gens diagnostiqués dépendants à l'alcool sont ivres lors de l'appel contre 31% des gens non diagnostiqués dépendants.

Des idées suicidaires sont verbalisées lors de 41,5% des appels et semblent indépendantes de l'imprégnation éthylique : parmi les patients suicidaires, 53% sont ivres mais parmi les non suicidaires, 51% le sont également.

## CHAPITRE 9

### PRÉSENTATION DES DONNÉES SUR LA DÉPENDANCE ALCOOLIQUE

Lors de l'évaluation diagnostique qui a pu être faite pour 47 des 66 patients de la population, nous avons été surpris de constater la sur-représentation de la dépendance alcoolique (44,7%) sur cet échantillon. Nous avons décidé de comparer ce sous-groupe diagnostique aux patients ayant d'autres diagnostics dans le but d'identifier un profil particulier aux patients dépendants à l'alcool. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant.

L'analyse statistique des résultats sera présentée dans la partie suivante.

	<b>gr. dépendance OH</b> N=21	<b>gr. sans dép. OH</b> N=26
<b>moyenne d'âge</b>	42,8 ans	43,2 ans
femmes	43,6 ans	43,5 ans
hommes	42,1 ans	42,5 ans
<b>sexe ratio</b>		
femme	10 (47,5%)	17 (65,5%)
homme	11 (52,5%)	9 (34,5%)
<b>nb moyen d'appels SAMU</b>	1,81	1,35
<b>ATCD psy</b>	20 (95%)	21 (80,5%)
TS	17 (81%)	11 (42,5%)
Hospit	17 (81%)	17 (65,5%)
<b>situation familiale</b>		
vit seul	16 (69,5%)	23 (88,5%)
vit en couple ou en famille	5 (30,5%)	3 (11,5%)
<b>situation professionnelle</b>		
salarié	6 (28,5%)	6 (23%)
sans emploi	7 (33,5%)	9 (34,5%)
retraité	1 (4,5%)	3 (11,5%)
maladie	3 (14,5%)	1 (4%)
invalidité	2 (9,5%)	7 (27%)
<b>suivi</b>	7 (33,5%)	12 (48%)
<b>traitement</b>	16 (69,5%)	16 (64%)

TABLEAU 6. Comparaison de deux sous-groupes diagnostiques

# **PARTIE IV**

## **DISCUSSION**

## CHAPITRE 10

### DISCUSSION DES RÉSULTATS

Après avoir présenté les modalités de recueil des données et les résultats obtenus, nous allons aborder l'analyse de ceux-ci qui doit nous permettre de répondre aux questionnements initiaux et aux objectifs de l'étude.

Nous décrirons brièvement l'étude Santé Mentale en Population Générale aux données de laquelle nous comparons les résultats de notre étude.

Nous discuterons également de la validité de ces résultats, des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du protocole et des questions pertinentes que ce travail a pu soulever à propos de la pratique de l'écoute téléphonique spécialisée psychiatrique en relais du centre 15.

#### **10.1. L'étude Santé Mentale en Population Générale (SMPG)**

C'est une enquête [4] réalisée par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) en collaboration avec la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES).

Cette étude a pour objectifs principaux d'une part, de décrire les représentations liées à la maladie mentale et aux différents modes d'aide et de soins et, d'autre part, d'évaluer la prévalence des principaux troubles mentaux parmi les adultes, en population générale.

L'enquête a été réalisée auprès de 36 000 personnes âgées de 18 ans et plus en France métropolitaine, s'est déroulée entre 1999 et 2003 en s'appuyant sur un outil de repérage, le questionnaire MINI, et la classification internationale des maladies (CIM 10ème version).

## 10.2. Critère principal

- a) La population d'appelants du 15 transférée à l'UAUP (on l'appellera population UAUP) se révèle être une population particulièrement marquée par la souffrance psychologique, actuelle ou passée, puisque 79% des appelants au minimum (7,5% de statuts inconnus) ont des antécédents psychiatriques. Parmi ces antécédents, on distingue les hospitalisations en milieu spécialisé qui concernent 62% de la population UAUP et les tentatives de suicides qu'on retrouve chez 45,5% des appelants : chez 47,5% des femmes et chez 42,5% des hommes de la population UAUP.

La présence d'antécédents psychiatriques n'a pas été explorée dans l'enquête SMPG, donc on ne peut comparer la population UAUP à la population générale sur ce critère. Les seules données de morbidité psychiatrique sur la vie entière qu'on ait pu trouver sont issues d'une étude américaine de 1994 : la « National Comorbidity Survey » [24], étude en population générale de grande envergure, qui montre que 48% des américains ont présenté au moins un trouble mental au cours de leur vie. Ce qui semble nettement inférieur aux 79% de la population UAUP, bien qu'on ne puisse le comparer statistiquement .

Par contre, l'enquête SMPG expose des données d'antécédents suicidaires en population générale : 9,1% des femmes et 6,4% des hommes. On constate ainsi que la population des appelants du 15 présente des taux d'antécédents suicidaires très significativement supérieurs à ceux de la population générale ( $p$ -values < 0,001).

- b) Le tableau 7 page suivante compare les diagnostics obtenus au MINI pour la population générale et les résultats diagnostiques obtenus pour les 47 patients de la population UAUP inclus dans l'étude (25 par le MINI et 22 par le dossier médical informatisé).

Hormis pour les critères « épisode dépressif », « dépendance alcoolique » et « risque suicidaire léger » et « élevé », il n'a pas été possible de faire des comparaisons entre les deux populations en raison des trop faibles effectifs dans la population UAUP.

Cependant, la différence est hautement significative ( $p$ -values < 0,01) entre le groupe inclus et la population générale sur les diagnostics suivants, nettement sur-représentés chez les appelants :

- épisode dépressif actuel (diagnostic CIM 10 : F 32) ;

TABLEAU 7

	pop. UAUP	effectif UAUP	pop. Générale	effectif pop G
<b>Troubles de l'humeur</b>		<b>N=47</b>		<b>Tot=36105</b>
épisode dépressif	27,50%	13	11,00%	3972
dysthymie	4,20%	2	2,40%	866
épisode maniaque	2,10%	1	1,60%	578
<b>Troubles anxieux</b>				
anxiété généralisée	6,40%	3	12,80%	4621
phobie sociale	4,20%	2	4,30%	1553
trouble panique	8,50%	4	4,20%	1516
agoraphobie	6,40%	3	2,10%	758
état de stress post-traumatique	0	0	0,70%	253
<b>Syndromes d'allure psychotique</b>	8,50%	4	2,80%	1011
dont trouble récurrent actuel	6,40%	3	1,20%	433
dont trouble récurrent passé	0	0	0,80%	289
dont trouble isolé actuel	0	0	0,20%	72
dont trouble isolé passé	2,10%	1	0,60%	217
<b>Risque suicidaire</b>		<b>N=25</b>		
léger	60,00%	15	9,70%	3502
moyen	4,00%	1	2,10%	758
élevé	20,00%	5	1,90%	686
<b>Dépendance alcoolique</b>		<b>N=47</b>		<b>N=11172</b>
globale	44,50%	21		51,4% F / 48,6% H
chez les femmes	37,00%	10 sur 27	2,00%	115 sur 5743
chez les hommes	55,00%	11 sur 20	11,60%	630 sur 5429

– dépendance alcoolique (F 10.2).

Le risque suicidaire évalué comme léger et élevé est également significativement plus important ( $p$ -values < 0,001) dans le groupe UAUP.

Nous signalons que les données concernant la dépendance alcoolique en population générale ne sont pas issues de l'enquête SMPG qui n'a apparemment pas utilisé le questionnaire MINI dans sa forme complète (*voir annexes*) ou qui n'a pas diffusé les résultats des items sur les addictions. On trouve d'ailleurs peu de données concernant la dépendance alcoolique dans la littérature, d'une part, faute de définition consensuelle et d'autre part, du fait de la difficulté à obtenir des informations fiables des personnes interrogées (minimisation très fréquente de la consommation).

Ces données proviennent de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de 2002 [11, 12], une enquête biennale sur l'état de santé, la couverture maladie et le recours aux soins de la population en fonction de ses caractéristiques

sociales. L'ESPS est réalisée par l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) auprès d'un échantillon d'assurés sociaux représentatifs de la population générale. La consommation d'alcool a été évaluée par le test AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test).

Ainsi, à la question : « la population des appelants du 15 transférés à un dispositif d'écoute spécialisé psychiatrique est-elle différente de la population générale sur le plan psychopathologique ? », on peut répondre oui.

- Les appelants ont déjà eu beaucoup plus recours à la psychiatrie (4/5 sont déjà des patients connus) ;
- les appelants ont fait beaucoup plus de tentatives de suicide (environ 1 sur 2) ;
- ils ont un risque suicidaire beaucoup plus élevé ;
- et, en terme de diagnostic psychiatrique, les épisodes dépressifs et la dépendance alcoolique sont très nettement sur-représentés dans le sous-groupe étudié de la population UAUP.

Il existe donc, au regard du profil de ces appelants du 15, une réelle indication à une prise en charge psychiatrique, ce qui conforte l'existence de ce dispositif consultatif spécialisé auquel les permanenciers et médecins régulateurs du SAMU peuvent recourir 24 heures sur 24. Ses modalités de fonctionnement actuelles et les suggestions de modifications qui peuvent émerger au vu des résultats de l'étude seront discutées plus loin.

### 10.3. Critères secondaires

Il s'agissait de définir les appelants du 15 transférés à l'UAUP non plus sur le plan psycho-pathologique mais sur le plan démographique et socio-professionnel et d'identifier leur type de recours au SAMU.

**10.3.1. Profil de l'appelant.** — Les données descriptives chiffrées se trouvent dans la partie « Résultats ».

- a) profil démographique et socio-professionnel :
- l'appelant est 3 fois sur 5 une femme ;
  - âgée de 40 à 50 ans (classe d'âge la plus représentée : 29% de la population UAUP) ;
  - vivant seule (les 3/4 des appelants vivent seuls, le plus souvent après une séparation ou un divorce) ;

- et inactive (plus de la moitié des appelants sont inactifs professionnellement, toute raison confondue).

Ce même profil d'appelant du SAMU pour raison de souffrance psychologique a déjà été identifié en 1999 dans une étude lilloise [2] : « adultes jeunes (54% entre 20 et 50 ans), majorité de femmes, profil socio-environnemental marqué par la solitude et l'isolement (58%) et l'inactivité (45%) ».

En outre, l'étude SMPG [4], qui étudie également les caractéristiques socio-démographiques de la population repérée comme présentant un trouble psychiatrique au MINI, met en évidence des liaisons statistiquement significatives :

- dépression et sexe féminin ;
- anxiété et sexe féminin ;
- dépression chez les personnes séparées, divorcées ou au chômage ;
- anxiété chez les personnes séparées ;
- risque suicidaire élevé chez les personnes séparées, au chômage et inactives.

Il semble que les facteurs identifiés : sexe féminin, solitude (plus particulièrement dans le contexte d'un échec relationnel) et inactivité soient réellement des facteurs de risque de pathologie psychiatrique.

Il n'est donc pas étonnant que la population d'appelants transférés à l'UAUP présente ce profil à risque, ce qui signifie également que l'adressage par le SAMU est pertinent et conforte l'idée d'une prise en charge téléphonique spécialisée psychiatrique de ces patients.

b) profil de l'appelant-patient :

par patient, nous entendons patient de psychiatrie, puisque 8 appelants sur 10 sont ou ont été suivis en psychiatrie.

L'appelant-patient :

- a été déjà hospitalisé en psychiatrie (8 patients sur 10) ;
- a déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide (6 patients sur 10) ;
- est suivi actuellement en psychiatrie dans moins de 50% des cas (4 patients sur 10) ;
- prend des psychotropes dans 67,5% des cas, prescrits quasiment 1 fois sur 2 par son médecin traitant.

Nous n'avons la plupart du temps pas pu dater l'arrêt du suivi pour évaluer si cet élément avait un lien avec le recours au SAMU. Ce choix de parcours de soins, qui n'est pas forcément « éclairé » car il survient en général en période de crise, prouve néanmoins que des patients connaissant le réseau de

soins ambulatoires psychiatriques n'arrivent pas à s'y réinscrire dans une période sub-aigue. Ces patients semblent ne pas percevoir ou du moins minimiser les prémisses de l'état de crise qui devraient les ramener vers les soins psychiatriques plus précocément.

Question d'insight ? D'accessibilité aux soins ambulatoires (on sait qu'elle n'est pas toujours optimale, dans le privé comme dans le public) ? Ou encore question d'image des soins psychiatriques qui semblent évités tant que possible ?

Nous noterons également la fréquence des cas où le suivi médical d'une pathologie psychiatrique est assuré par le médecin traitant puisque dans près de 50% des cas, la prescription de psychotropes est effectuée par celui-ci.

Faudrait-il alors renforcer la collaboration des médecins traitants avec les structures de soins ambulatoires pour réorienter ces patients vers un suivi spécialisé et éviter qu'ils ne dépassent le seuil critique de l'état de crise ?

c) profil de l'appelant récidiviste : (établi à partir du groupe C comportant 14 patients)

- il vit seul ;  
critère présentant un lien statistiquement significatif (test géométrique ou test exact de Fisher, une valeur-test égale à 2 correspond à une  $p$ -value égale à 0,05 en loi normale, ici valeur-test >2) ;
- il est alcoolisé lors de l'appel (valeur-test=2,2) ;
- il est alcoolo-dépendant ;  
critère à la limite de la significativité statistique (valeur-test=1,93) ;
- c'est un patient de psychiatrie (93% du groupe C) ;
- il s'agit dans 64% des cas d'une femme (contre 59% de l'ensemble des appelants) ;
- il est encore moins souvent suivi que le reste des appelants (23% contre 42%).

Notons que le groupe C est trop petit pour qu'on puisse faire une analyse statistique plus poussée.

Les appelants récidivistes sont en général bien connus des PARM et des médecins régulateurs du SAMU qui ont envers eux deux attitudes opposées : soit ils filtrent et ne nous basculent pas l'appel, soit ils basculent systématiquement car connaissent la problématique.

Y a-t-il une bonne attitude envers ces patients qui peuvent appeler, pour certains, jusqu'à plus de 10 fois par jour ? À quoi répond ce réflexe d'appel

et que peut-on proposer à ces appelants comme alternative ? Un entretien téléphonique avec un patient ivre a-t-il un sens et un intérêt pour ce dernier ? Cela reste à discuter.

Il est intéressant de citer deux articles [10, 27] ciblant les appelants récidivistes de lignes téléphoniques d'aide qui rapportent pour l'un [10] des niveaux d'anxiété significativement plus élevés chez les récidivistes que chez les autres appelants, des plaintes centrées sur la solitude, la maladie physique et l'anxiété, et pour l'autre [27] une proportion importante (51%) de diagnostics de dépendance alcoolique ou toxique chez ces appelants.

**10.3.2. Profil de l'alcoolodépendant dans la population UAUP.** — Rappelons que le sous-groupe de la population UAUP répondant au diagnostic d'alcoolodépendance (F 10.2 de la CIM 10) comporte 21 patients sur les 47 patients inclus dans l'étude (44,7%), ce qui représente 32% de la population totale des 66 appelants, soit environ 1 appelant sur 3.

Le diagnostic d'alcoolodépendance est significativement lié aux 5 caractéristiques suivantes :

- les antécédents de tentative de suicide (test géométrique, valeur-test >2) ;
- l'âge compris entre 40 et 50 ans (valeur-test >2) ;
- les antécédents psychiatriques (valeur-test >2) ;
- la consommation de psychotropes (valeur-test >2) ;
- l'état d'ébriété au téléphone (valeur-test >2).

Donc l'alcoolodépendant appelant le SAMU et transféré à l'UAUP est un patient de psychiatrie âgé de 40 à 50 ans, ivre au bout du fil, prenant des psychotropes et dont le risque suicidaire est plutôt plus élevé que chez les autres appelants. Bien que le mode de tentative de suicide n'ait pas été étudié, d'expérience, il s'agit le plus souvent d'intoxication médicamenteuse volontaire « arrosée ».

On remarquera que dans cette population d'alcoolodépendants, les patients ne se distinguent pas par leur genre alors que les études sur la consommation d'alcool en population générale [11, 12], identifient la dépendance comme un phénomène surtout masculin.

Les liens de causalité entre dépendance alcoolique et morbidité psychiatrique, dans un sens comme dans l'autre, ne sont plus à démontrer [16, 26], notamment en ce qui concerne les troubles anxieux, dépressifs et l'exacerbation du risque suicidaire.

Dans cette population d'appelants coexistent les deux entités et il est difficile dans l'urgence de concilier les soins du problème psychiatrique et du problème alcool car la définition des soins d'alcoologie exclut la notion d'immédiateté. En outre, dans l'urgence, le risque suicidaire axe immédiatement les soins sur le versant psychiatrique. L'agencement de soins d'alcoologie et de psychiatrie nécessairement complémentaires mais de temporalités différentes reste complexe à réaliser et ces patients sont le plus souvent hospitalisés en psychiatrie, même quand la souffrance psychologique n'est pas au premier plan.

La dépendance alcoolique peut évidemment être prise en charge en psychiatrie mais quelle est alors la place des soins d'addictologie ou d'alcoologie en service spécialisé? S'adressent-ils seulement à des patients qui n'ont pas de souffrance psychique? Ces patients-là sont-ils demandeurs de soins? L'articulation entre soins spécialisés psychiatriques et alcoologiques dans le cadre de l'urgence mériterait d'être redéfinie puisque les expressions aiguës de ces pathologies intriquées y sont si courantes.

# CHAPITRE 11

## DISCUSSION DE LA MÉTHODOLOGIE

Nous évoquerons brièvement ici les difficultés rencontrées lors du déroulement de cette étude à petite échelle et les éléments qui peuvent entacher la validité des résultats présentés.

### 11.1. Recueil des données

**11.1.1. Un recueil exhaustif?**— Sur la période de l'étude d'environ 5 mois (123 jours), nous avons recueilli 92 fiches téléphoniques établies par les infirmiers de l'UAUP, ce qui représente une moyenne de 0,75 appel par jour, bien inférieure à la moyenne observée en 2009 de 1,7 appel par jour.

Face à cette différence inexplicée, nous nous sommes renseignés auprès du SAMU qui enregistre tous les appels : sur la période considérée, 272 appels ont été basculés (2,2 appels par jour), soit trois fois plus.

Outre le biais de sélection que cela représente, on peut faire 2 remarques :

- d'une part, le taux de bascule semble s'être accru pendant la période de l'étude, ce qui est peut-être lié au fait que l'équipe du SAMU avait été informée de l'étude ;
- d'autre part, quand on consulte les appels archivés au SAMU, on s'aperçoit que les appels non répertoriés sont le plus souvent des appels de patients « multi-récidivistes » ou des appels d'un même patient dans la même journée qui ont été l'objet d'une seule fiche de recueil.

Il est alors impossible de savoir si le profil de la population établi sur nos 66 appelants est représentatif. Si la majorité des appels non recueillis concerne des patients récidivistes, il est probable que ces patients soient inclus dans les 66 appelants étudiés et le fait qu'ils aient appelé 1 fois ou 20 fois sur la période de l'étude ne change rien.

**11.1.2. Une comparaison impossible.** — Il était initialement prévu de comparer la population de l'étude à celle des appelants de SOS Amitié sur des critères purement démographiques pour confirmer l'intuition que ces appelants n'ont pas le même profil.

Les écoutants de SOS Amitié Nancy avaient d'ailleurs très aimablement accepté de remplir notre fiche téléphonique pendant la période de l'étude et l'ont réalisé très consciencieusement. Mais, malheureusement, il n'a pas été possible d'utiliser cette source de données parce que, faute d'explications de notre part ou de compréhension de la méthodologie de la leur, les écoutants ont trié les appels et renseigné seulement les appels à connotation psychiatrique, ce qui représente un biais de sélection incontournable.

**11.1.3. Obtention des diagnostics psychiatriques.** — La réunion dans le groupe des inclus de 2 sous-groupes où les données diagnostiques ont été obtenues de deux manières différentes pourrait être discutable.

a) Groupe diagnostique MINI

Théoriquement, c'est le groupe de référence où les données sont les plus fiables, d'autant plus qu'au cours de l'étude, la passation a toujours été faite par le même évaluateur, ce qui exclut des variations interpersonnelles dans le recueil.

Cependant, cette échelle, validée et largement utilisée en recherche clinique, présente l'inconvénient de comporter des intitulés de question souvent longs et formulés dans un vocabulaire plutôt soutenu voire scientifique (*voir en annexe*), ce qui fait qu'en pratique, et surtout par téléphone, nous avons souvent été obligés de reformuler les questions, ce qui rend alors la reproductibilité des résultats obtenus discutable.

b) Groupe diagnostique dossier informatisé

L'évaluation diagnostique s'est appuyée sur les différents diagnostics et observations présents dans le dossier et sur les éléments cliniques actuels recueillis dans les dernières observations médicales ou infirmières consignées (quand elles étaient suffisamment récentes) et lors de l'entretien téléphonique infirmier. Seuls les diagnostics concordants avec ceux du MINI ont été retenus.

Bien que l'évaluation s'appuie sur des avis de professionnels en psychiatrie et ait été réalisée par une seule et même personne, elle reste empreinte de subjectivité et évidemment moins pertinente qu'en ayant un contact direct, même téléphonique, avec le patient.

## 11.2. Sélection des personnes incluses

On pourra critiquer le recrutement du groupe A' qui a été réalisé à partir d'un dossier médical informatisé déjà existant dans la base de données du CPN et qui sélectionne des appelants-patients par définition.

Dans le groupe B des exclus, beaucoup d'appelants, qui n'ont pu être inclus malgré leur accord pour être recontactés, ne possédaient pas de dossier médical informatisé non pas du fait de leur absence d'antécédents psychiatriques mais parce qu'ils ne dépendaient pas du secteur géographique couvert par le CPN. Dans le groupe B, le taux d'antécédents psychiatriques « déclarés » est de 52,5%, ce qui semble inférieur au taux de 79% sur l'ensemble de la population et qui pourrait s'expliquer par une sous-déclaration (5 appelants sur 19 n'ont pas donné ce renseignement).

Le seul risque est alors de minorer le taux global d'antécédents psychiatriques sur la population UAUP qui est déjà remarquablement élevé et suffisant pour conclure que la population UAUP est différente de la population générale en terme d'incidence de morbidité psychiatrique.

## 11.3. Comparabilité des groupes

Il est d'usage de comparer les groupes des inclus et des exclus pour pouvoir extrapoler les résultats du groupe d'inclus à l'ensemble de la population considérée, dans le cas où les groupes ne diffèrent pas significativement.

Dans le cas présent, nous n'avons pas pu comparer statistiquement les groupes des inclus (A+A') et des exclus (B) en raison d'un manque trop important de données dans le groupe B.

Pour contourner ce problème, nous avons artificiellement étendu les résultats en terme de diagnostics identifiés à l'ensemble de la population en considérant le groupe B sans diagnostic (le risque étant plutôt de se tromper par excès) et comparé ces nouveaux résultats à la population générale (voir tableau 8 page suivante).

Toutes les différences significatives observées en comparant les inclus (N=47) à la population générale sont également significatives en comparant la population UAUP (N=66) à la population générale, soit :

- significativement plus d'épisodes dépressifs ( $p$ -value=0,02);
- significativement plus de dépendance alcoolique chez les femmes ( $p$ -value<0,001) comme chez les hommes ( $p$ -value<0,001);

TABLEAU 8

	pop. UAUP	effectif UAUP	pop UAUP	pop. Générale	effectif pop G
<b>Épisode dépressif</b>	27,50%	N=47 13	N=66 13 soit <b>19,7%</b>	11,00%	N=36105 3972
<b>Risque suicidaire</b>		N=25			
léger	60,00%	15	15 soit <b>22,7%</b>	9,70%	3502
élevé	20,00%	5	5 soit <b>7,5%</b>	1,90%	686
<b>Dépendance alcoolique</b>		N=47			N=11172
chez les femmes	37,00%	10 sur 27	10 sur 39 soit <b>25,6%</b>	2,00%	115 sur 5743
chez les hommes	55,00%	11 sur 20	11 sur 27 soit <b>40,7%</b>	11,60%	630 sur 5429

– risque suicidaire léger et sévère significativement plus élevés ( $p$ -values=0,001 et 0,008).

On peut donc extrapoler les résultats obtenus sur le groupe des inclus à la population entière des appelants de l'UAUP.

## CHAPITRE 12

### REMARQUES

Au-delà d'une caractérisation de la population des appelants du 15 basculés à l'UAUP permettant de conforter l'existence du dispositif nancéen, cette étude nous permet d'identifier des points de réflexion sur son fonctionnement propre comme sur son intégration dans le système de soins et sur la trajectoire des usagers de ce dispositif.

- a) Le profil « psychiatrique » des appelants basculés à l'UAUP montre que la bascule est la plupart du temps correctement pratiquée par les médecins régulateurs ou les PARM du SAMU, bien qu'il n'existe aucun protocole établi pour encadrer cette pratique.

On peut toutefois identifier le profil des patients appelants récidivistes qui pose problème car, bien que minoritaires, leurs appels représentent une part importante des appels au 15 pour détresse psychologique. Cet « embouteillage » de la régulation du SAMU est d'autant plus problématique que ces entretiens téléphoniques, en général longs et difficiles avec des patients souvent ivres, ne débouchent généralement sur aucune solution satisfaisante. C'est d'ailleurs la bascule de ce type d'appel qui paraît régulateur-dépendante, certains basculant systématiquement, d'autres faisant « le barrage ».

Peut-être faut-il accepter que ce recours répété à une prise en charge téléphonique en urgence représente une forme de suivi pour ces patients qui semblent peu adhérer aux soins ambulatoires. Faut-il nécessairement une écoute spécialisée ?

En tout cas, ces aspects mériteraient une réflexion commune des régulateurs et des psychiatres voire une protocolisation de la pratique. En gardant à l'esprit que systématiser une pratique, c'est risquer de perdre de vue la dimension humaine du soin ou minimiser la gravité potentielle de l'état de

ces patients dont le profil (solitude, alcoolodépendance et état d'ébriété) les expose à un risque suicidaire non négligeable.

- b) L'étude a mis en évidence le problème de l'alcool et en particulier la dépendance alcoolique aux urgences psychiatriques. Une étude réalisée en 1998 [8] aux urgences de l'hôpital Bichat (Paris) montrait déjà que 38% des patients examinés aux urgences psychiatriques contre 8% des patients examinés aux urgences médicales présentaient une dépendance alcoolique et que l'alcoolodépendance était à l'origine d'une demande de soins psychiatriques urgents comparable à celle des autres pathologies psychiatriques.

Dans la pratique courante de soins psychiatriques aux urgences à Nancy, les liens avec les intervenants spécialisés en alcoologie sont ténus mais ils existent : une infirmière consultante en alcoologie est présente à temps partiel aux urgences et intervient auprès des patients à la demande des médecins urgentistes. Ce sont pour la plupart des patients qui nécessitent également une évaluation psychiatrique. Mais il est rare que ces deux interventions soient concertées, faute de temps et d'organisation. Ainsi, dans les cas où problématiques psychiatrique et alcoologique sont intriquées, on n'a pas déterminé qui fait quoi, quand et comment. Un facteur confusionnel est ajouté par l'assimilation quasi-systématique faite entre alcoolisation aiguë et conduite suicidaire, ce qui amène les psychiatres à évaluer tous les problèmes d'alcool.

Doit-on systématiquement dépister une dépendance alcoolique aux urgences psychiatriques, comme le préconisait l'étude sus-citée [8]? Un renforcement et une redéfinition de la collaboration entre psychiatres et alcoologues paraît essentielle pour améliorer la prise en charge de ces patients.

- c) L'étude montre que la quasi totalité des appelants du 15 basculés à l'UAUP ont des antécédents psychiatriques. Il ne faut pas assimiler antécédents psychiatriques avec pathologie psychiatrique chronique, ce qui explique en partie le fait qu'une minorité des appelants aient un suivi spécialisé au moment de leur appel.

Cependant, une part importante des appelants prend un traitement psychotrope, prescrit 4 fois sur 10 par un médecin généraliste, ce qui prouve une

certaine actualité des troubles psychiques malgré l'absence de suivi spécialisé. La question n'est pas de discuter des compétences du médecin généraliste à prendre en charge des troubles psychiques, car, heureusement pour le psychiatre, le généraliste sait les gérer.

Il s'agirait plutôt de favoriser les liens et la communication entre les médecins généralistes et les structures de soins ambulatoires psychiatriques pour orienter les patients vers les soins spécialisés en amont de la crise. Il n'est pas rare que des médecins généralistes se tournent vers les urgences psychiatriques pour des situations qui relèvent de la pratique ambulatoire courante car ils n'ont pas trouvé d'autre interlocuteur ou parce que les modalités d'accueil en ambulatoire manquent de souplesse, peut-être par manque de moyens ?

## CONCLUSION

La fréquence notable des appels au 15 pour détresse psychologique qui paraît s'accroître au fil du temps est à l'origine d'une collaboration des psychiatres avec les médecins régulateurs du SAMU 54 pour la régulation de ces appels.

Dans un souci de réflexion au sujet de cette pratique originale nancéenne s'étant développée empiriquement depuis 2003, nous avons étudié les caractéristiques psycho-pathologiques des appelants du 15 dont l'appel est transféré en psychiatrie pour les comparer à celles de la population générale à laquelle se destine le 15, puisque c'est un service médical d'urgence sans orientation particulière.

L'étude a permis de montrer que la population des appelants orientés vers une écoute spécialisée psychiatrique par les permanenciers ou les médecins régulateurs du SAMU se distingue nettement de la population générale par sa fréquence d'antécédents psychiatriques et notamment celle des tentatives de suicide. Deux pathologies sont pré-éminentes dans cette population d'appelants : la dépression et la dépendance alcoolique et leur prévalence est également nettement supérieure à celle de la population générale.

L'analyse de cette pratique montre que la trajectoire de soins de ces appelants en détresse présente des zones de faiblesse qui pourraient être travaillées. En amont de l'urgence, l'augmentation des capacités d'accueil ambulatoire psychiatrique et l'amélioration de la communication entre médecins généralistes et psychiatres ambulatoires pourraient désamorcer certaines situations de crise. En aval de l'urgence, une redéfinition de la collaboration entre psychiatres et alcoologues serait bénéfique pour les nombreux patients présentant à la fois un trouble psychiatrique et une consommation d'alcool pathologique dont l'un entretient l'autre.

Ce travail permet, au vu du profil des appelants, de conforter l'existence du dispositif de bascule des appels au 15 pour détresse psychologique vers le service d'accueil des urgences psychiatriques. L'intérêt voire la nécessité de compétences spécifiques psychiatriques pour la régulation des appels au 15 étaient déjà soulignées dans quelques publications françaises récentes [5, 13]. La revue de la littérature au sujet de l'accueil téléphonique médical des urgences psychiatriques a d'ailleurs montré qu'il existe bien peu de dispositifs spécifiques, en France comme dans le monde, alors qu'il existe une multitude de services téléphoniques d'aide psychologique non médicaux. La réticence commune à aller consulter en psychiatrie par crainte d'être assimilé au « fou » donne son importance à cet accueil téléphonique, anonyme, impersonnel et à distance. C'est là où une écoute professionnelle spécialisée peut vraiment avoir un intérêt, apportant une réponse médicale à un état de détresse souvent pathologique et respectant une distance avec le patient qui lui permet d'oublier sa peur du psychiatre.

## ANNEXES



**Présence d'idées suicidaires ?**

- aucune ;  
 passives ;  
 actives, avec scénario ?  OUI  NON ;  
 menaces de passage à l'acte ;  
 appel après passage à l'acte.

**Antécédents de TS ?**  OUI  NON ; si oui, nombre : .....

**Antécédents psychiatriques ?**  OUI  NON ; si oui, diagnostic(s) rapporté(s) par le patient : .....  
 avec hospitalisation(s) ?  OUI  NON ; si oui, nombre et lieu : .....  
 .....

**Suivi actuel ?**  OUI  NON ; si oui, où ? .....  
 si interrompu, depuis quand ? .....

**Traitement actuel ?**  OUI  NON ; si oui, lequel ? .....  
 prescripteur :  psychiatre ;  médecin traitant ;  autre : .....

**Situation familiale**

- vit seul, depuis : ..... ;  en couple ;  séparé ou divorcé ;  veuvage ;  
 non connue.  
 Enfants ?  OUI  NON ; si oui, combien ? .....

**Situation socio-professionnelle**

- salarié-emploi fixe ;  salarié-emploi précaire (CDD, intérim...) ;  sans emploi / chômage ;  au foyer ;  retraite ;  étudiant / formation ;  invalidité / AAH / longue maladie ;  non connue.

À L'ISSUE DE L'ENTRETIEN

**Durée totale :** .....

**Moyens mis en oeuvre**

- patient rassuré sans besoin d'autre intervention ;  
 renvoyé auprès de ses intervenants habituels ( ..... ) ;  
 coordonnées CMP ou autre intervenant données ;  
 RdV UAUP donné  médical  infirmier ;  
 mise en place VAD ;  
 envoi d'un transport sanitaire de type : .....

**Évaluation de l'urgence** (impression subjective) :  vert  orange  rouge.

# **M.I.N.I.**

## **Mini International Neuropsychiatric Interview**

**French Version 5.0.0**

### **CIM-10**

**Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine**  
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

**D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**  
University of South Florida - Tampa - USA.

© 1992, 1994, 1998, 1999 **Lecrubier Y., Weiller E., Hergueta T., Sheehan D. *et al.***

Tous droits réservés. Ce document ne doit être reproduit, tout ou partie, ou transmis, quelle que soit la forme, y compris les photocopies, ni stocké sur système informatique sans une autorisation écrite préalable des auteurs. Les chercheurs et les cliniciens travaillant dans des institutions publiques (comme les universités, les hôpitaux, les organismes gouvernementaux) peuvent faire de simples copies du M.I.N.I. afin de l'utiliser dans le cadre strict de leurs activités cliniques et de recherches

<b>NOM DU PATIENT :</b>	_____	<b>PROTOCOLE NUMERO :</b>	_____
<b>DATE DE NAISSANCE :</b>	_____	<b>Heure de Début :</b>	_____
<b>ENTRETIEN REALISE PAR :</b>	_____	<b>Heure de Fin :</b>	_____
<b>DATE DE L'ENTRETIEN :</b>	_____	<b>DUREE TOTALE :</b>	_____

**M.I.N.I. 5.0.0 / French version / CIM-10 / current**

MODULES	PERIODES EXPLORÉES	
A. EPISODE DEPRESSIF	Actuelle (2 dernières semaines) + vie entière	
B. DYSTHYMIE	Actuelle (2 dernières années)	
C. RISQUE SUICIDAIRE	Actuelle (mois écoulé)	
D. EPISODE MANIAQUE	Actuelle + Vie entière	
E. AGORAPHOBIE	Actuelle	
F. TROUBLE PANIQUE	Actuelle	
G. PHOBIE SOCIALE	Actuelle	
H. TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF	Actuelle (2 dernières semaines)	
I. ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE	Actuelle (6 derniers mois)	
J. ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	Actuelle	<u>Optionnel</u>
K. BOULIMIE	Actuelle (3 derniers mois)	
L. ANOREXIE MENTALE	Actuelle	
M. ALCOOL (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
N. DROGUES (DEPENDANCE /ABUS)	Actuelle (12 derniers mois)	
O. EPISODE PSYCHOTIQUE	Actuelle + Vie entière	

➔ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

### A. EPISODE DEPRESSIF

<b>A1</b>	<b>Au cours des deux dernières semaines :</b>		
a	Vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	NON	OUI
b	Aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	NON	OUI
c	Vous sentiez-vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie ?	NON	OUI ➔
	<b>Y A-T-IL MOINS DE 2 OUI EN A1</b>	NON	OUI
<b>A2</b>	<b>Au cours de ces deux dernières semaines, lorsque vous vous sentiez déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses / fatigué(e) :</b>		
a	Votre appétit a-t-il notablement changé <u>et</u> avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ? COTER <b>OUI</b> , SI <b>OUI</b> A L'UN ET L'AUTRE	NON	OUI
b	Aviez-vous des problèmes de sommeil (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, hypersomnie) presque toutes les nuits ?	NON	OUI
c	Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place ?	NON	OUI
d	Manquiez-vous de confiance en vous-même, ou vous sentiez-vous sans valeur, voire inférieur(e) aux autres ?	NON	OUI
e	Vous êtes-vous fait des reproches, ou vous êtes-vous senti(e) coupable ?	NON	OUI
f	Avez-vous eu du mal à réfléchir ou à vous concentrer, ou aviez-vous du mal à prendre des décisions ?	NON	OUI
g	Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?	NON	OUI
	<b>Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI DEPUIS A1 ?</b>	<b>F</b>	<b>NON</b> <b>OUI</b>
	<b>SI LE PATIENT PRESENTE UN EPISODE DEPRESSIF :</b>	<b>3</b>	<b>EPISODE DEPRESSIF</b>
<b>A3</b>	<b>a</b> Au cours de votre vie, avez-vous eu d'autres périodes ayant duré au moins deux semaines où vous vous sentiez déprimé(e) tout en ayant les problèmes dont nous venons de parler ?	➔	NON      OUI
	<b>b</b> Cette fois ci, avant de vous sentir déprimé(e) / sans intérêt pour la plupart des choses / fatigué, vous sentiez-vous bien depuis au moins deux mois ?	NON	OUI
	<b>A3b EST-ELLE COTEE OUI ?</b>	<b>F</b>	<b>NON</b> <b>OUI</b>
		<b>3</b>	<b>TROUBLE DEPRESSIF RECURRENT</b>

➔ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

## B. DYSTHYMIE

NE PAS EXPLORER CE MODULE SI LE PATIENT PRESENTE UN TROUBLE DEPRESSIF RECURRENT

B1	Au cours des deux dernières années, vous êtes-vous senti(e) triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps ?	➔ NON	OUI
B2	Durant cette période, vous est-il arrivé de vous sentir bien pendant plusieurs semaines ?	NON	➔ OUI
B3	<b>Depuis que vous vous sentez déprimé(e) la plupart du temps :</b>		
a	Manquez-vous d'énergie ?	NON	OUI
b	Avez-vous des problèmes de sommeil ? (endormissement, réveils nocturnes ou précoces)	NON	OUI
c	Avez-vous perdu confiance en vous-même et vous sentez-vous moins valable que les autres ?	NON	OUI
d	Avez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	OUI
e	Vous arrive-t-il souvent de pleurer ?	NON	OUI
f	Avez-vous perdu l'intérêt ou perdu le plaisir pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?	NON	OUI
g	Vous arrive-t-il souvent de perdre espoir ?	NON	OUI
h	Avez-vous souvent l'impression de ne pas pouvoir faire face aux responsabilités de la vie quotidienne ?	NON	OUI
i	Avez-vous souvent l'impression que votre vie n'a jamais été satisfaisante ou que cela ne pourra jamais aller mieux ?	NON	OUI
j	Avez-vous moins d'activités avec les autres, ou avez-vous tendance à rester replié(e) sur vous-même ?	NON	OUI
k	Parlez-vous moins qu'avant ?	NON	OUI
Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN B3 ?		F 3 4 : 1	NON      OUI  <b>DYSTHYMIE</b>

➔ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

### C. RISQUE SUICIDAIRE

#### Au cours du mois écoulé, avez-vous :

C1	Pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou souhaité être mort(e) ?	NON	OUI	1
C2	Voulu vous faire du mal ?	NON	OUI	2
C3	Pensé à vous suicider ?	NON	OUI	3
C4	Etabli la façon dont vous pourriez vous suicider ?	NON	OUI	4
C5	Fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	5

#### Au cours de votre vie,

C6	Avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	NON	OUI	6
----	--	-----	-----	---

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI CI-DESSUS ?

SI OUI, SPECIFIER LE NIVEAU DU RISQUE SUICIDAIRE COMME SI DESSOUS :

**C1 ou C2 ou C6 = OUI : LEGER**  
**C3 ou (C2 + C6) = OUI : MOYEN**  
**C4 ou C5 ou (C3 + C6) = OUI : ELEVE**

<b>NON</b>	<b>OUI</b>
<b>RISQUE SUICIDAIRE</b>	
<b>LEGER</b>	
<b>MOYEN</b>	
<b>ELEVE</b>	

➔ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

#### D. EPISODE MANIAQUE

D1 a	Avez-vous déjà eu une période où vous vous sentiez tellement exalté(e) ou plein(e) d'énergie que cela vous a posé des problèmes, ou que des personnes de votre entourage ont pensé que vous n'étiez pas dans votre état habituel ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.  Si OUI	NON	OUI
b	Vous sentez-vous, en ce moment, exalté(e) ou plein(e) d'énergie ?	NON	OUI
D2 a	Avez-vous déjà eu une période où vous étiez tellement irritable que vous en arriviez à insulter les gens, à crier, voire même à vous battre ? NE PAS PRENDRE EN COMPTE LES PERIODES SURVENANT UNIQUEMENT SOUS L'EFFET DE DROGUES OU D'ALCOOL.  Si OUI	NON	OUI
b	Vous sentez-vous excessivement irritable, en ce moment ?	NON	OUI
	<b>D1a OU D2a SONT-ELLES COTEES OUI ?</b>	➔ NON	OUI
D3	L'une de ces périodes a-t-elle duré au moins une semaine ou avez-vous déjà été hospitalisé(e) à cause de ces problèmes ?	➔ NON	OUI
D4	Au cours du mois écoulé avez-vous eu ces problèmes ?	NON	OUI
D5	Si D1b OU D2b = OUI : EXPLORER SEULEMENT L'EPISODE ACTUEL Si D1b ET D2b = NON : EXPLORER L'EPISODE LE PLUS GRAVE  <b>Lorsque vous vous sentiez exalté(e), plein d'énergie / irritable :</b>		
a	Vous sentiez-vous agité ou aviez-vous besoin d'une telle activité physique que vous ne pouviez rester en place ?	NON	OUI
b	Aviez-vous l'impression de mieux communiquer avec les autres ou d'avoir envie de parler constamment ?	NON	OUI
c	Vos pensées défilaient-elles si vite dans votre tête que vous ne pouviez pas bien les suivre ?	NON	OUI
d	Vous sentiez-vous tellement à l'aise que vous en arriviez à faire des choses inappropriées ?	NON	OUI
e	Aviez-vous moins besoin de sommeil que d'habitude ?	NON	OUI
f	Aviez-vous le sentiment que vous pourriez faire des choses dont les autres seraient incapables, ou que vous étiez quelqu'un de particulièrement important ?	NON	OUI
g	Etiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption vous faisait perdre le fil de ce que vous faisiez ou pensiez ?	NON	OUI

➔ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

h Certaines activités vous paraissaient-elles tellement agréables ou tentantes que vous aviez tendance à en oublier les risques ou les difficultés qu'elles auraient pu entraîner, comme faire des achats inconsidérés ou commettre des imprudences ?

NON OUI

i Vos désirs sexuels étaient-ils si forts que vous aviez une activité sexuelle inhabituelle pour vous ?

NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN D5  
OU 4 SI D1a = NON (EPISODE PASSE) OU D1b = NON (EPISODE ACTUEL) ?

➔  
NON OUI

D6 Ces problèmes vous ont-ils vraiment gêné dans votre travail ou dans vos relations avec les autres, ou bien encore ont-ils nécessité une hospitalisation ?

NON OUI

D6 EST-ELLE COTEE OUI ?

SI OUI, SPECIFIER SI L'EPISODE EXPLORE EST ACTUEL OU PASSE

NON	OUI
<i>EPISODE MANIAQUE</i>	
<i>ACTUEL</i>	<i>PASSE</i>

F  
3  
0  
·  
1

➔ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

### E. AGORAPHOBIE

E1	Etes-vous particulièrement mal à l'aise dans des situations comme :		
a	Etre dans une foule,	NON	OUI
b	Etre dans un endroit public,	NON	OUI
c	Lorsque vous vous déplacez seul,	NON	OUI
d	Lorsque vous sortez de chez vous ?	NON	OUI
		➔	
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN E1 ?	NON	OUI
E2	Redoutez-vous tellement ces situations que vous les évitez ou que vous ressentez un malaise intense lorsque vous devez les affronter ?	➔	
		NON	OUI
E3	Pensez-vous que ces peurs sont excessives ou déraisonnables ?	➔	
		NON	OUI
E4	<b>Vous est-il déjà arrivé dans l'une de ces situations :</b>		
a	D'avoir des palpitations ou de sentir votre cœur battre très fort ?	NON	OUI
b	De transpirer ?	NON	OUI
c	De trembler ou d'avoir des secousses musculaires ?	NON	OUI
d	D'avoir la bouche sèche ?	NON	OUI
		➔	
	Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN E4 (a-d) ?	NON	OUI
	<b>Vous est-il également arrivé dans l'une de ces situations :</b>		
e	D'avoir du mal à respirer ?	NON	OUI
f	D'avoir l'impression d'être étranglé ?	NON	OUI
g	De ressentir une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?	NON	OUI
h	D'avoir la nausée ou la sensation d'avoir l'estomac noué ?	NON	OUI
i	De vous sentir étourdi(e), pris(e) de vertiges ou avec la tête vide ?	NON	OUI
j	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI
k	D'avoir peur de devenir fou (folle), de perdre le contrôle ou de vous évanouir ?	NON	OUI
l	D'avoir eu l'impression que vous alliez mourir ?	NON	OUI
m	D'avoir des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI
n	D'avoir des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI
		➔	
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN E4 (a-n) ?	NON	OUI
		F	
		4	
		0	
		.	
		0	
		NON	OUI
		<b>AGORAPHOBIE</b>	

➔ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

### F. TROUBLE PANIQUE [Anxiété épisodique paroxystique]

F1	Avez-vous fréquemment des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) <b>subitement</b> très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ? NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES	➔ NON	OUI
F2	Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles ?	➔ NON	OUI
F3	<b>Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :</b>		
a	D'avoir des palpitations ou de sentir votre cœur battre très fort ?	NON	OUI
b	De transpirer ?	NON	OUI
c	De trembler ou d'avoir des secousses musculaires ?	NON	OUI
d	D'avoir la bouche sèche ?	NON	OUI
	Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN F3 (a-d) ?	➔ NON	OUI
	<b>Vous est-il également arrivé dans l'une de ces situations :</b>		
e	D'avoir du mal à respirer ?	NON	OUI
f	D'avoir l'impression d'être étranglé ?	NON	OUI
g	De ressentir une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?	NON	OUI
h	D'avoir la nausée ou la sensation d'avoir l'estomac noué ?	NON	OUI
i	De vous sentir étourdi(e), pris(e) de vertiges ou avec la tête vide ?	NON	OUI
j	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI
k	D'avoir peur de devenir fou (folle), de perdre le contrôle ou de vous évanouir ?	NON	OUI
l	D'avoir eu l'impression que vous alliez mourir ?	NON	OUI
m	D'avoir des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI
n	D'avoir des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI
	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN F3 (a-n) ?	F 4 1 . 0	NON OUI <b>TROUBLE PANIQUE</b>
	SI LE PATIENT PRESENTE UNE AGORAPHOBIE (F40.0) :		
F4	Vous avez dit être particulièrement mal à l'aise dans certaines situations comme [CITER LES SITUATIONS REDOUTEES EN E1]. Les crises que nous venons de décrire surviennent-elles <b>uniquement</b> dans ces situations ?	NON	OUI
	<b>F4 EST-ELLE COTEE OUI ?</b>	F 4 0 . 0 1	NON OUI* <b>AGORAPHOBIE avec TROUBLE PANIQUE</b>

\* SI « AGORAPHOBIE avec TROUBLE PANIQUE » (F40.01), les DIAGNOSTICS F40.0 et F41.0 NE DOIVENT PAS ÊTRE NOTES

➔ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

### G. PHOBIE SOCIALE

G1	Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger en public ou arriver dans un petit groupe ?	➔ NON	OUI
G2	Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ?	➔ NON	OUI
G3	Redoutez-vous tellement ces situations que vous les évitez ou que vous ressentez un malaise intense lorsque vous devez les affronter ?	➔ NON	OUI
G4	<b>Vous est-il déjà arrivé dans l'une de ces situations :</b>		
a	De rougir ou de trembler ?	NON	OUI
b	D'avoir peur de vomir ?	NON	OUI
c	De ressentir un besoin urgent d'aller aux toilettes, ou de le redouter ?	NON	OUI
	Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN G4?	➔ NON	OUI
G5	<b>Vous est-il également arrivé dans l'une de ces situations :</b>		
a	D'avoir des palpitations ou de sentir votre cœur battre très fort ?	NON	OUI
b	De transpirer ?	NON	OUI
c	De trembler ou d'avoir des secousses musculaires ?	NON	OUI
d	D'avoir la bouche sèche ?	NON	OUI
e	D'avoir du mal à respirer ?	NON	OUI
f	D'avoir l'impression d'être étranglé ?	NON	OUI
g	De ressentir une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?	NON	OUI
h	D'avoir la nausée ou la sensation d'avoir l'estomac noué ?	NON	OUI
i	De vous sentir étourdi(e), pris(e) de vertiges ou avec la tête vide ?	NON	OUI
j	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI
k	D'avoir peur de devenir fou (folle), de perdre le contrôle ou de vous évanouir ?	NON	OUI
l	D'avoir eu l'impression que vous alliez mourir ?	NON	OUI
m	D'avoir des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI
n	D'avoir des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN G5 ?	F 4 0 . 1	NON OUI <b>PHOBIE SOCIALE</b>

➔ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

## H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

H1	Au cours des deux dernières semaines, avez-vous, presque tous les jours, eu des pensées qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple penser que vous étiez sale <b>ou</b> que vous aviez des microbes <b>ou</b> que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous ?	NON	OUI
	NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIEES A UN AUTRE TROUBLE COMME UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, A DES DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU A UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL		

Si **H1 = NON**, PASSER A **H3**

H2	Pensez-vous que ces idées qui reviennent sans cesse sont le produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous sont pas imposées de l'extérieur ?	NON	OUI
----	---	-----	-----

H3	Au cours des deux dernières semaines, avez-vous souvent éprouvé le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter, vérifier des choses, ranger ou collectionner ?	NON	OUI
----	--	-----	-----

**H2 OU H3 SONT-ELLES COTEES OUI ?**

➔  
NON OUI

H4	Pensez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs sont déraisonnables, absurdes ou hors de proportion ?	➔ NON	OUI
----	--	----------	-----

H5	Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?	➔ NON	OUI
----	--	----------	-----

H6	Ces pensées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous gênent-ils(elles) vraiment dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations avec les autres, ou vous prennent-ils (elles) plus d'une heure par jour ?	NON	OUI
----	--	-----	-----

**H6 EST-ELLE COTEE OUI ?**

**F**  
**4**  
**2**

NON	OUI
<b>TROUBLE OBSESSIONNEL- COMPULSIF</b>	

➔ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

### I. ANXIETE GENERALISEE

NE PAS EXPLORER CE MODULE SI LE PATIENT PRESENTE UN AUTRE TROUBLE ANXIEUX (F40.- ; F41.0 ; F42)

I1	Depuis au moins six mois, vous sentez-vous particulièrement tendu(e) et inquiet(e), anxieux(se) pour des problèmes de la vie de tous les jours ?	➔ NON	OUI
I2	<b>Durant cette période, vous est-il souvent arrivé :</b>		
a	D'avoir des palpitations ou de sentir votre cœur battre très fort ?	NON	OUI
b	De transpirer ?	NON	OUI
c	De trembler ou d'avoir des secousses musculaires ?	NON	OUI
d	D'avoir la bouche sèche ?	NON	OUI
	Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN I2 (a-d) ?	➔ NON	OUI
	<b>Vous est-il également souvent arrivé durant cette période :</b>		
e	D'avoir du mal à respirer ?	NON	OUI
f	D'avoir l'impression d'être étranglé ?	NON	OUI
g	De ressentir une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?	NON	OUI
h	D'avoir la nausée ou la sensation d'avoir l'estomac noué ?	NON	OUI
i	De vous sentir étourdi(e), pris(e) de vertiges ou avec la tête vide ?	NON	OUI
j	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI
k	D'avoir peur de devenir fou (folle), de perdre le contrôle ou de vous évanouir ?	NON	OUI
l	D'avoir eu l'impression que vous alliez mourir ?	NON	OUI
m	D'avoir des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI
n	D'avoir des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI
o	D'avoir vos muscles tendus, endoloris ou douloureux ?	NON	OUI
p	De vous sentir fébrile, d'avoir du mal à vous détendre ?	NON	OUI
q	D'être énervé(e), crispé(e), d'avoir les nerfs à fleur de peau ?	NON	OUI
r	D'avoir du mal à avaler, l'impression d'avoir une boule dans la gorge ?	NON	OUI
s	De sursauter facilement ?	NON	OUI
t	D'avoir des difficultés à vous concentrer sur ce que vous faites ou des passages à vide ?	NON	OUI
u	De vous sentir constamment irritable ?	NON	OUI
v	D'avoir des difficultés à vous endormir à cause de vos soucis ?	NON	OUI
	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN I2 (a-v) ?	F 4 1 . 1	NON OUI <b>ANXIETE GENERALISEE</b>

➔ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

### J. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (optionnel)

J1	Avez-vous déjà vécu ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ? EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...	➔ NON	OUI
J2	Pensez-vous souvent de façon pénible à cet événement, en rêvez-vous ou avez-vous fréquemment l'impression de le revivre ?	➔ NON	OUI

#### Depuis cet événement :

J3	Avez-vous tendance à éviter tout ce qui pourrait vous rappeler cet événement ?	➔ NON	OUI
J4	Avez-vous du mal à vous souvenir exactement ce qu'il s'est passé ?	NON	OUI
J5	<b>Depuis cet événement, avez-vous constaté que vous aviez changé et notamment actuellement :</b>		
a	Avez-vous des difficultés à vous endormir ou vous réveillez-vous souvent ?	NON	OUI
b	Etes-vous particulièrement irritable ou vous mettez-vous facilement en colère ?	NON	OUI
c	Avez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	OUI
d	Etes-vous nerveux(se), constamment sur vos garde ?	NON	OUI
e	Un rien vous fait-il sursauter ?	NON	OUI
J6	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN J5 ?	NON	OUI

**J4 OU J6 SONT-ELLES COTEES OUI ?**  
(

F	NON	OUI
4		
3		
.		
1		

**ETAT DE STRESS  
POST-TRAUMATIQUE**

➔ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

### K. BOULIMIE

K1	Avez-vous fréquemment des crises de boulimie durant lesquelles vous mangez de grandes quantités de nourriture dans une période de temps limitée ?	➔ NON	OUI
K2	Au cours de ces trois derniers mois, avez-vous eu au moins deux crises de boulimie par semaine ?	➔ NON	OUI
K3	Etes-vous constamment préoccupé(e) par le fait de manger, avec un désir ou un besoin irrésistible de manger ?	➔ NON	OUI
K4	Actuellement, vous trouvez-vous trop gros(se) ou avez-vous peur de devenir gros(se) ?	➔ NON	OUI
K5	<b>De façon à éviter la prise de poids liée à vos crises de boulimie :</b>		
a	Vous faites-vous vomir ?	NON	OUI
b	Prenez-vous des laxatifs ?	NON	OUI
c	Prenez-vous des médicaments tels que des « coupes-faim », des diurétiques, ou des extraits thyroïdiens ?	NON	OUI
d	Vous astreignez-vous à des périodes de jeûne ?	NON	OUI
Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN K5 ?		F 5 0 . 2	NON OUI <b>BOULIMIE</b>



➔ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

### M. TROUBLES LIES A LA CONSOMMATION D'ALCOOL

M1 Au cours de l'année écoulée, vous est-il arrivé à plus de trois reprises de boire, en moins de 3 heures, plus que l'équivalent d'une bouteille de vin (ou de 3 verres d'alcool fort) ?

➔  
NON OUI

#### M2 Au cours de l'année écoulée :

a Vous est-il souvent arrivé d'avoir un tel besoin ou une telle envie de boire que vous ne pouviez y résister ?

NON OUI

b Vous est-il arrivé d'essayer de ne pas boire mais sans y arriver, ou d'avoir du mal à arrêter avant d'être complètement ivre ?

NON OUI

c Lorsque vous buviez moins, vos mains tremblaient-elles, transpiriez-vous ou vous sentiez-vous agité(e) ?

Ou bien, vous arrivait-il de prendre un verre pour éviter d'avoir ces problèmes ou pour éviter d'avoir la « gueule de bois » ?

NON OUI

COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE

d Avez-vous constaté que vous deviez boire plus pour obtenir les mêmes effets qu'auparavant ?

NON OUI

e Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) parce que vous buviez ?

NON OUI

f Avez-vous continué à boire tout en sachant que cela vous entraînait des problèmes physiques ou des problèmes psychologiques ?

NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN M2 ?

F  
1  
0  
:  
2

NON	OUI
<b>DEPENDANCE à L'ALCOOL</b>	

➔

LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE A L'ALCOOL ?

NON OUI

#### M3 Au cours de l'année écoulée :

a Le fait de boire vous a-t-il causé des problèmes de santé tels qu'une maladie de foie, une hépatite, une maladie de l'estomac, une pancréatite, des vomissements de sang, des fourmillements ou une perte de sensation dans vos pieds, ou bien encore des problèmes psychologiques comme ne plus vous intéresser à rien, vous sentir déprimé(e) ou vous méfier des autres ?

NON OUI

b Avez-vous eu des problèmes au travail ou avec votre entourage parce que vous buviez ?

NON OUI

c Avez-vous eu un accident alors que vous aviez bu (accident de voiture, en utilisant une machine ou un couteau, ...) ?

NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN M3 ?

F  
1  
0  
:  
1

NON	OUI
<b>UTILISATION NOCIVE D'ALCOOL</b>	

➔ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

## N. TROUBLES LIES A LA CONSOMMATION DE DROGUES

N1	Maintenant je vais vous montrer (MONTRER LA CARTE DES SUBSTANCES), une liste de drogues et de médicaments et vous allez me dire si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé à plusieurs reprises de prendre l'un de ces produits dans le but de planer, de changer votre humeur ou de vous « défoncer » ? SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMEE(S) : _____	➔ NON	OUI
N2	<b>Au cours de l'année écoulée :</b>		
a	Vous est-il souvent arrivé d'avoir un tel besoin ou une telle envie de prendre [NOMMER LA SUBSTANCE], que vous ne pouviez y résister ?	NON	OUI
b	Vous est-il arrivé d'essayer de ne pas en prendre mais sans y arriver ou d'avoir du mal à arrêter avant de planer complètement ?	NON	OUI
c	Lorsque vous en preniez moins ou arrêtiez d'en prendre, aviez-vous des symptômes de sevrage (douleurs, tremblements, fièvre, faiblesse, diarrhée, nausée, transpiration, accélération du cœur, difficultés à dormir ou se sentir agité(e), anxieux(se), irritable ou déprimé(e)) ? Ou vous arrivait-il de prendre autre chose pour éviter d'être malade (SYMPTOMES DE SEVRAGE) ou pour vous sentir mieux ? COTER OUI, SI OUI A L'UN OU L'AUTRE	NON	OUI
d	Avez-vous constaté que vous deviez en prendre plus pour obtenir les mêmes effets qu'auparavant ?	NON	OUI
e	Avez-vous réduit vos activités (loisirs, travail, quotidiennes) à cause de la drogue ?	NON	OUI
f	Avez-vous continué à prendre [NOMMER LA SUBSTANCE] tout en sachant que cela vous entraînait des problèmes physiques ou des problèmes psychologiques ?	NON	OUI
	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN N2 ?	F 1 (x) · 2	NON OUI <b>DEPENDANCE à une (des) DROGUE(S)</b>
	SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMEE(S) : _____		
	LE PATIENT PRESENTE-T-IL UNE DEPENDANCE POUR LA(LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMEE(S) ?	➔ NON	OUI
N3	<b>Au cours de l'année écoulée :</b>		
a	La consommation de [NOMMER LA SUBSTANCE] a-t-elle entraîné chez vous des problèmes de santé tels qu'une overdose accidentelle, une toux persistante, une crise convulsive, une infection, une hépatite, ou une blessure ?	NON	OUI
b	Depuis que vous en prenez, avez-vous des problèmes psychologiques comme ne plus vous intéresser à rien, vous sentir triste, vous méfier des autres ou vous sentir persécuté(e), ou bien encore avoir des idées étranges ?	NON	OUI

➔ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

c Avez-vous eu des problèmes au travail ou avec votre entourage parce que vous preniez de [NOMMER LA SUBSTANCE]?

NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI EN N3 ?

F  
1  
(x)  
.  
1

NON OUI  
**UTILISATION NOCIVE DE  
DROGUE(S)**

SPECIFIER LA (LES) SUBSTANCES(S) CONSOMMEE(S) :

---

➔ : ALLEZ DIRECTEMENT A LA (AUX) CASE(S) DIAGNOSTIQUE(S), ENTOUREZ NON DANS CHACUNE ET PASSEZ AU MODULE SUIVANT

### O. EPISODE PSYCHOTIQUE

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, DEMANDER UN EXEMPLE EN CAS DE REPONSE POSITIVE.

NE COTER OUI QUE SI LES EXEMPLES MONTRENT CLAIREMENT UNE DISTORSION DE LA PENSEE ET / OU DE LA PERCEPTION.

A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.

- |    |  |     |     |
|----|--|-----|-----|
| O1 | Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?  | NON | OUI |
| O2 | Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?   | NON | OUI |
| O3 | Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous ? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé ?  | NON | OUI |
| O4 | Avez-vous déjà eu l'impression l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision, la radio, ou les journaux ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?   | NON | OUI |
| O5 | Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ?<br>NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRESENTE CLAIREMENT DES IDEES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITE, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLOREES PAR LES QUESTIONS O1 A O4 | NON | OUI |
| O6 | Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ?   | NON | OUI |
| O7 | Vous est-il déjà arrivé d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ?   | NON | OUI |
|    | ➔  |     |     |
|    | Y A-T-IL AU MOINS 1 OUI DE O1 A O7 ?   | NON | OUI |
| O8 | Vous m'avez dit avoir déjà (CITER LES SYMPTÔMES COTES OUI DE O1 à O7), cela vous est-il arrivé récemment ?<br>SPECIFIER (EX. MOIS ECOULE) :  | NON | OUI |
| O9 | Au cours de votre vie, cela vous est-il arrivé à plusieurs reprises ?  | NON | OUI |

**O9 EST-ELLE COTEE NON ?**

SPECIFIER SI L'EPISODE EST ACTUEL OU PASSE (O8)

F  
2  
(x)

NON	OUI
<b>EPISODE PSYCHOTIQUE ISOLE</b>	
<i>ACTUEL</i>	<i>PASSE</i>

**O9 EST-ELLE COTEE OUI ?**

SPECIFIER SI LE DERNIER EPISODE EST ACTUEL OU PASSE (O8)

F  
2  
(x)

NON	OUI
<b>EPISODE PSYCHOTIQUE RECURRENT</b>	
<i>ACTUEL</i>	<i>PASSE</i>

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] « Convention SAMU de Paris-CPOA » – juin 2005.
- [2] C. ANDRIANSEN, F. DUCROCQ, V. VAN LAER, N. BENAMEUR & P. GOLDSTEIN – « Appels à connotations psychiatriques : Étude prospective du SAMU régional de Lille », Poster, Journées Lilloises d'Anesthésie Réanimation et Médecine d'Urgence, 1999.
- [3] A. BAGUELIN-PINAUD – « La régulation des appels psychiatriques au SAMU centre 15 du CHU de Rouen », Thèse, CHU de Rouen, 2005.
- [4] V. BELLAMY, J.-L. ROELANDT & A. CARIA – « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale », *Études et Résultats* (2004), no. 347.
- [5] N. BORGNE & D. TABONE-WEIL – « Les appels psy au samu », *Santé Mentale* (2001), no. 58, p. 39–42.
- [6] J. BOUCEK – « Psychiatric first aid by telephone—"the telephone of trust" », *Psychiatr Neurol Med Psychol Beih* **22-23** (1977), p. 142–148.
- [7] J. BOUCEK, I. PESKA & L. TIRAYOVA – « Solving crisis situations in psychiatry », *Acta Univ Palacki Olomuc Fac Med* **138** (1994), p. 35–39.
- [8] S. BOULENGUIEZ – « Étude de la dépendance alcoolique chez les patients consultant aux urgences psychiatriques », Thèse, CHU Lariboisière, Paris VII, 1998.
- [9] M. BRONCHARD, F. MAURIAC, M.-N. NOIROT & M. ROBIN – « Régulation et urgences psychiatriques préhospitalières : l'expérience du service ERIC », *Revue des SAMU* **23** (2001), no. 3, p. 163–164.

- [10] N. BURGESS, H. CHRISTENSEN, L. S. LEACH, L. FARRER & K. M. GRIF-FITHS – « Mental health profile of callers to a telephone counselling service. », *J Telemed Telecare* **14** (2008), no. 1, p. 42–47.
- [11] L. COM-RUELLE, P. DOURGNON, F. JUSOT, E. LATIL & P. LENGAGNE – « Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale », *Bulletin d'information en économie de la santé* (2005), no. 97.
- [12] L. COM-RUELLE, P. DOURGNON, F. JUSOT & P. LENGAGNE – « Les problèmes d'alcool en France : quelles sont les populations à risque ? », *Bulletin d'information en économie de la santé* (2008), no. 129.
- [13] T. DALLA, P. WEISS & H. E. A. VILLENEUVE – « L'urgence psy à l'hôpital général », *Santé Mentale* (2001), no. 58, p. 43–46.
- [14] I. GILAT & Z. E. GIL – « Characteristics of calls by psychiatric patients to an emergency telephone helpline », *Harefuah* **130** (1996), no. 10, p. 669–672.
- [15] I. GILAT & Z. E. GIL – « Suicidal calls to a telephone emergency service », *Harefuah* **134** (1998), no. 7, p. 523–528.
- [16] P. GORWOOD – « Alcohol dependence and anxious disorders : dangerous liaisons », *Rev Prat* **60** (2010), no. 6, p. 801–806.
- [17] M. S. GOULD, J. KALAFAT, J. L. HARRISMUNFAKH & M. KLEINMAN – « An evaluation of crisis hotline outcomes. part 2 : Suicidal callers. », *Suicide Life Threat Behav* **37** (2007), no. 3, p. 338–352.
- [18] H. J. GRABE, H. J. FREYBERGER, E. HOLZER & R. KERNPEISS – « Organization of telephone counseling for psychosocial emergencies. an evaluation after 12 months », *Psychiatr Prax* **26** (1999), no. 1, p. 29–31.
- [19] H. GRIVOIS – « Régulation téléphonique des urgences psychiatriques », *Revue des SAMU* **5** (1982), no. 7, p. 283–287.
- [20] G. GRUAT, O. COTTENCIN, F. DUCROCQ, S. DUHEM & G. VAIVA – « Vécu subjectif du recontact téléphonique après tentative de suicide », *L'Encéphale* **36** (2010), no. supplément 2, p. D7–D13.

- [21] A. GUNN-SECHEHAYE – « Suicide prevention : role and efficacy of telephone assistance services », *Soz Präventivmed* **24** (1979), no. 1, p. 28–33.
- [22] J. JIANLIN – « Hotline for mental health in shanghai, china. », *Crisis* **16** (1995), no. 3, p. 116–120.
- [23] J. KALAFAT, M. S. GOULD, J. L. H. MUNFAKH & M. KLEINMAN – « An evaluation of crisis hotline outcomes. part 1 : Nonsuicidal crisis callers. », *Suicide Life Threat Behav* **37** (2007), no. 3, p. 322–337.
- [24] R. C. KESSLER, K. A. MCGONAGLE, S. ZHAO, C. B. NELSON, M. HUGHES, S. ESHLEMAN, H. U. WITTCHEM & K. S. KENDLER – « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the united states. results from the national comorbidity survey », *Arch Gen Psychiatry* **51** (1994), no. 1, p. 8–19.
- [25] R. KING, B. NURCOMBE, L. BICKMAN, L. HIDES & W. REID – « Telephone counselling for adolescent suicide prevention : changes in suicidality and mental state from beginning to end of a counselling session. », *Suicide Life Threat Behav* **33** (2003), no. 4, p. 400–411.
- [26] M. LEJOYEUX & M. MARINESCU – « Alcohol dependence and abuse and psychiatric disorders », *Rev Prat* **56** (2006), no. 10, p. 1081–5.
- [27] D. LESTER & G. W. BROCKOPP – « Chronic callers to a suicide prevention center. », *Community Ment Health J* **6** (1970), no. 3, p. 246–250.
- [28] P. LOUVILLE – « SAMU et urgences médico-psychologiques : état des lieux en 1998 », *Revue Française de Psychiatrie et Psychologie Médicale* **24** (1999), p. 222–224.
- [29] G. D. LYGSTAD – « Mental health's hot line. a report from the first year of the service », *Tidsskr Nor Laegeforen* **114** (1994), no. 18, p. 2117–2119.
- [30] L. MAFRICI – « Prise en charge des appels à connotation psychiatrique par le centre 15 du SAMU 59 », Thèse, CHU de Lille, 1998.
- [31] C. MEYERS & C. LORQUET – « Tele-accueil : avantages and inadequacies of the tool. viewpoint of the neuropsychiatrist », *Acta Psychiatr Belg* **83** (1983), no. 5, p. 509–516.

- [32] F. G. PAJONK, J. LUBDA, H. SITTINGER, H. MOECKE, B. ANDRESEN & G. VON KNOBELSDORFF – « Assessment of psychiatric emergencies by physicians in the pre-hospital emergency medical system. a re-evaluation after 7 years », *Anaesthetist* **53** (2004), no. 8, p. 709–716.
- [33] F. G. PAJONK, P. SCHMITT, A. BIEDLER, J. C. RICHTER, W. MEYER, T. LUIZ & C. MADLER – « Psychiatric emergencies in prehospital emergency medical systems : a prospective comparison of two urban settings », *Gen Hosp Psychiatry* **30** (2008), no. 4, p. 360–366.
- [34] J.-G. PASCALIS, F. CAROLI & B. CHAUVOT – « Du service ouvert à l'accueil : G.Daumezon, le C.P.O.A. et les Annales Médico-Psychologiques », *Annales Médico-Psychologiques* **151** (1993), no. 3, p. 251–253.
- [35] M. L. PULIER, D. S. CICCONE, C. CASTELLANO, K. MARCUS & S. J. SCHLEIFER – « Medical versus nonmedical mental health referral : clinical decision-making by telephone access center staff. », *J Behav Health Serv Res* **30** (2003), no. 4, p. 444–451.
- [36] J. E. STEEN-HANSEN – « Medical emergency service. descriptions of a one-year activity at an emergency communication center », *Tidsskr Nor Laegeforen* **115** (1995), no. 9, p. 1063–1066.
- [37] G. SWIATECKA – « Twenty-five years of telephonic emergency service in poland : the aim and role of the telephone helpline in the prevention of social pathology », *Psychiatr Pol* **27** (1993), no. 6, p. 613–621.
- [38] G. VAIVA, F. DUCROCQ, P. MEYER, D. MATHIEU, A. PHILIPPE, C. LIBERSA & M. GOUEMAND – « Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department : randomised controlled study », *Br Med J* **332** (2006), p. 1241–1245.
- [39] C. R. VICTOR, J. L. PEACOCK, C. CHAZOT, S. WALSH & D. HOLMES – « Who calls 999 and why ? a survey of the emergency workload of the london ambulance service. », *J Accid Emerg Med* **16** (1999), no. 3, p. 174–178.

VU

**NANCY, le 13 septembre 2010**  
Le Président de Thèse

**Professeur R. SCHWAN**

**NANCY, le 17 septembre 2010**  
Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Par délégation,

**Mme le Professeur M.C. BÉNÉ**

**AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE**

**NANCY, le 21 septembre 2010**

**LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1**  
Par délégation

**Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON**

## **Résumé :**

Ce travail expose une étude épidémiologique s'intéressant aux caractéristiques psycho-pathologiques d'une population d'appelants du 15 dont l'appel est basculé vers un dispositif d'écoute spécialisé psychiatrique, dans le cadre d'une réflexion autour de cette pratique originale nancéenne faisant collaborer psychiatres et médecins du SAMU pour la régulation des appels. Les données sont recueillies lors de l'appel initial et lors d'une phase de rappel comportant la passation d'une échelle d'évaluation diagnostique : le M.I.N.I.(Minimal International Neuropsychiatric Interview). Ces données sont comparées aux résultats de l'étude Santé Mentale en Population Générale utilisant le même outil diagnostique.

Ce travail est l'occasion de faire le point au sujet de l'accueil téléphonique médicalisé des urgences psychiatriques en proposant une revue de la littérature ainsi que de discuter des intérêts d'une telle pratique et de pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge des appelants dont l'étude a permis de préciser le profil.

---

**Titre en anglais :**

**Epidemiologic study of a population of callers to a 15 center whose calls are switched to a hotline dedicated to psychiatry**

---

Thèse de Psychiatrie - Année 2010

---

Mots-clefs : *appels - psychiatrie - urgences - régulation - centre 15 - SAMU*

---

**Faculté de médecine de Nancy**

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex