

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2021

N° 2021-278

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Marc, OZDEMIR

Présentée et soutenue publiquement le *23 novembre 2021*

**Evaluation de l'utilisation du score RUD en pratique courante au sein du service de
régulation médicale du SAMU de Loire Atlantique**

Président : Monsieur le Professeur Éric BATARD

Directeur de thèse : Madame le Docteur Stéphanie LEFEUVRE

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les Professeurs Éric Batard, Anne Sauvaget et Cyrille Vartanian pour leur disponibilité et la bienveillance avec laquelle ils ont accepté d'évaluer mon travail.

Merci au Professeur Rémy Senand, mon dernier maître de stage, pour l'aide qu'il nous a apporté, qui m'aura rendu plus humble et pour l'ouverture d'esprit qu'il m'a apporté.

Merci au Docteur Joël Jenvrin qui m'a accordé sa confiance pour mener à bien cette étude.

Merci au Docteur Helene Vergnaux pour sa disponibilité, sa bienveillance manifeste et pour toute l'aide qu'elle a pu nous apporter.

Merci au Docteur Stéphanie Lefeuvre, pour sa disponibilité, sa rigueur, ses bonnes idées, son art de la syntaxe et qui m'a accompagné jusqu'au bout tout en accueillant de « bonnes nouvelles ».

Merci à l'unité Evaluation et Risques Cliniques du service de santé publique du CHU de Nantes pour l'aide qu'ils ont pu nous apporter.

Merci aux régulateurs du SAMU 44 qui ont accepté de participer au recueil de données.

Merci à mes parents, leur soutien indéfectible, à tous leurs sacrifices, aux valeurs et à l'espoir vers des lendemains toujours meilleurs qu'ils m'ont transmis.

Merci à Elisa, ma petite sœur chérie, pour laquelle je m'efforce d'être un exemple, mais qui me sert encore plus souvent d'exemple.

Merci à ma moitié, Gelincik, puissent les coquelicots paver notre avenir commun.

Merci à Fabien et Adriaan, pour votre exemplarité, votre droiture, votre abnégation et votre soutien, ne changez pas. Merci à Ulysse, tu es l'incarnation de la poésie médicale.

Merci à Claire, pour tous les problèmes qu'elle m'a créés et la grande aventure dans laquelle je suis engagé.

Merci à mes collègues de Luçon : Sylvianne, Cathy, Corinne, Florence, Fleur, Cyril, Elodie, Julie, Nathalie, Pierre, Thierry, Nicolas, votre bonne humeur me manquera en Alsace.

Merci à toutes les personnes qui se sentiraient lésés à ne pas trouver leurs noms sur cette liste.

Merci à mon petit Popette, qui sait me réconforter quand ça ne va pas, si seulement tu pouvais te contenir et ne pas me couvrir de ton affection ronronnante (notamment entre 4h et 6h du matin).

Merci à mon fidèle Cavalier King Charles Bandy, je me souviens de toi veillant chaque nuit de préparation au concours de première année de médecine. On s'était promis de terminer ensemble nos études, mais la maladie en a décidé autrement.

Merci au chocolatier Lindt et aux madeleines Belle Maman sans lesquels le recueil de données n'aurait pu être possible.

**« Guérir parfois, soulager
souvent, écouter toujours »**

Louis Pasteur

LISTE DES ABREVIATIONS

SAMU : Service d'aide médicale urgente

RUD : Risque Urgence Dangerosité

OMS : Organisation mondiale de la santé

HAS : Haute autorité de santé

ONS : Observatoire nationale du suicide

INVS : Institut de veille sanitaire

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

SPF : Santé publique France

ORS : Observatoire régional de la santé

ORU : Observatoire régional des urgences

ARS : Agence régionale de santé

EDC : Etat dépressif caractérisé

TS : Tentative de suicide

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

IMV : Intoxication médicamenteuse volontaire

OSCOUR : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences

CIM : Classification internationale des maladies

DRM : Dossier de régulation médicale

CS MG : Consultation de médecine générale

CS Psy : Consultation de psychiatrie

ATCD : Antécédent

LSP : Laissé sur place

NR : Non renseigné

CMP : Centre médico-psychologique

SAS : Service d'accès aux soins

OSNP : Opérateur de soins non programmés

TABLE DES MATIERES

Table des matières

I.	Introduction	13
II.	Exposé du contexte	16
A.	Définition.....	16
B.	Données statistiques	17
C.	Prise en charge d'une crise suicidaire.....	26
D.	Outils d'aide à la régulation médicale	27
E.	Spécificité du SAMU	29
III.	Matériel et Méthodes	31
A.	Hypothèses de la recherche	31
1)	Objectif principal de la recherche.....	31
2)	Les objectifs secondaires de la recherche	31
B.	Conception de la recherche.....	31
1)	Méthodologie	31
2)	Critères d'inclusion et d'exclusion	33
3)	Critères de jugement principal et secondaire.....	33
C.	Analyse des résultats	34
IV.	RESULTATS	36
A.	Analyse descriptive.....	36
1)	Population de l'étude	36
2)	Régulateurs ayant participé au recueil de données.....	37
3)	Impact du jour ou de l'heure	37
4)	Evaluation du niveau de risque (R)	38
5)	Evaluation du niveau d'urgence (U)	42
6)	Evaluation du niveau de dangerosité (D).....	43
7)	Orientation des patients.....	45
8)	Complétude du questionnaire.....	46
B.	Orientation des patients.....	47
1)	Conformité de l'orientation du patient	47
2)	Orientation selon conformité	48
3)	Conformité selon jour de la semaine.....	51
4)	Conformité selon tranche horaire	51
5)	Conformité selon erreur de calcul du risque	52
		10

C.	Ressenti et retour des régulateurs	52
V.	Discussion.....	56
A.	Conformité de l'orientation.....	56
1)	Orientations non conformes	57
2)	Orientations conformes	59
3)	Impact du jour ou de l'horaire sur l'orientation des patients.....	62
B.	Questionnaire RUD.....	62
1)	Utilisation du questionnaire	62
2)	Connaissance et formation.....	64
C.	Le contexte sanitaire	65
D.	Perspectives envisagées pour l'avenir	65
1)	Les moyens de prévention	65
2)	L'organisation en régulation médicale	67
E.	Limite et biais du travail	68
1)	Recueil de données	69
2)	Questionnaire RUD et orientation des patients	70
VI.	Conclusion.....	72
	Bibliographie	74
	Annexes.....	79
	Liste des figures.....	97
	Liste des tableaux.....	99

INTRODUCTION

I. Introduction

Le suicide (1) est un problème de santé publique majeur en France et concerne chaque année près de 9 000 personnes (2). Dans la moitié des cas, ces personnes ont consulté un médecin dans le mois ayant précédé leur geste, et pour un tiers de ces patients, cette consultation a eu lieu la semaine précédente (3) (4).

Il est donc important de développer des outils pour aider les soignants à percevoir et identifier le risque suicidaire.

Parmi les soignants susceptibles de faire face à ce risque suicidaire, se trouvent les médecins régulateurs du service d'aide médicale urgente (SAMU). L'évaluation de ce risque n'est alors pas toujours aisée, le patient n'est pas présent physiquement, et celui-ci n'est parfois pas à l'origine de l'appel. L'objectif de la régulation médicale est d'aboutir à la meilleure orientation du patient et dans le cas de ces personnes suicidaires, d'éviter un passage à l'acte.

Pour s'aider, le médecin régulateur peut s'appuyer sur le guide d'aide à la régulation médicale (5). Ce guide, créé sous l'égide de SAMU-Urgences de France, offre aux médecins régulateurs les outils indispensables pour répondre à chaque situation qui se présente dans le cadre de leur mission. Dans le cadre du risque suicidaire, il contient un questionnaire qui permet d'évaluer le risque, l'urgence et la dangerosité (RUD) du passage à l'acte. Il s'agit du questionnaire RUD (Annexe 1).

Selon le niveau de risque suicidaire, le régulateur peut décider d'orienter le patient vers son médecin généraliste ou vers un psychiatre pour une évaluation. Et si le régulateur estime que le patient relève d'une consultation urgente, celui-ci peut être amené à devoir se rendre à l'hôpital pour y être évalué. En cas de refus du patient celui-ci peut y être également contraint.

Au sein du SAMU de Loire-Atlantique (SAMU 44), l'évaluation du risque suicidaire incombe majoritairement au régulateur en médecine générale. Les appels d'ordre psychologiques représentent un volume d'appels important, sur la période du 23 novembre 2020 au 25 avril 2021, 2963 appels ont été recensés.

L'objectif de notre étude est donc d'évaluer l'utilisation du questionnaire RUD présent dans le guide d'aide à la régulation médicale, dans le but de décrire les pratiques au sein du SAMU 44. Notre travail consistera, après une phase de rappel aux médecins régulateurs, en la description de l'utilisation de ce questionnaire et de l'orientation qui en découle pour le patient.

EXPOSE DU CONTEXTE

II. Exposé du contexte

A. Définition

Le suicide est défini par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme l'acte de se donner délibérément la mort. La tentative de suicide (TS) se réfère, quant à elle à tout comportement suicidaire non mortel, qu'il s'agisse d'un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'auto-agressions et qu'il existe une intention de mourir ou non (1).

La haute autorité de santé (HAS) définit la crise suicidaire comme une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. La crise suicidaire peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à une impossibilité ressentie d'échapper à cette impasse. Elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte. La tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité. La crise suicidaire n'est pas un cadre nosographique simple. C'est un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation. Elle peut être difficile à identifier (6).

Les services de soins peuvent être sollicités à n'importe quel moment de cette crise suicidaire par le patient ou ses proches. Pendant la crise, la sollicitation d'un service de soins peut se faire lors de la formulation d'idées noires ou plus tardivement lors de la tentative de suicide.

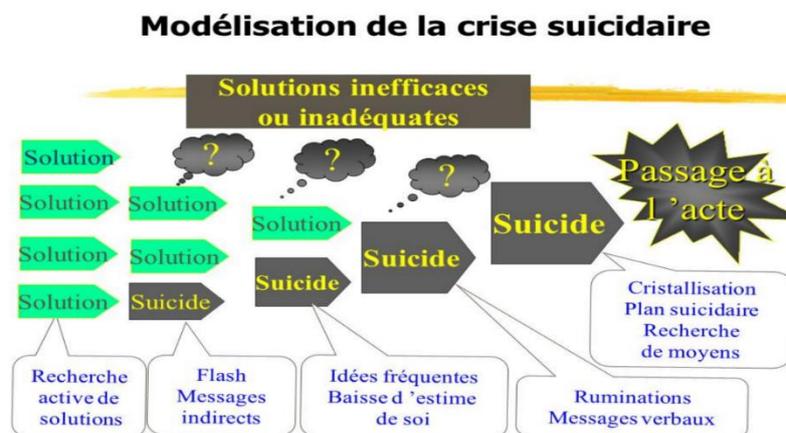


Figure 1 : Modélisation de la crise suicidaire

B. Données statistiques

L'OMS dénombre près de 800 000 décès imputables au suicide chaque année dans le monde, ce qui représente la quinzième cause de mortalité toute cause confondue. Le suicide représente même la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans dans le monde en 2012 (2).

Le taux de suicide décroît chaque année grâce à une meilleure prise en charge et un meilleur suivi des patients (7). L'observatoire national du suicide (ONS) a été créé en 2013, il a pour objectif de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide dans notre pays. Cet observatoire a également pour but de produire des recommandations, notamment en matière de prévention. Il est composé à la fois d'experts, de professionnels de santé, de parlementaires, de représentants d'administrations centrales et de représentants d'associations de familles et d'usagers (8).

Les travaux de cet observatoire s'appuient sur deux groupes de travail. Le premier piloté par l'institut de veille sanitaire (INVS), porte sur la surveillance des suicides et des tentatives de suicide (8). Le second, piloté par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (9), rattaché au ministère des solidarités et de la santé, a pour but d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide et de promouvoir la recherche sur ce thème.

L'ONS a publié quatre rapports concernant les suicides en France. Le rapport de février 2016 a permis de recenser le nombre de suicide et de tentatives de suicide.

La France dénombre près de 9 000 suicides par an, il s'agit d'un des taux de suicide les plus élevés en Europe. Le suicide représente donc 16% des décès et correspond à la deuxième cause de mortalité des 15-24 ans immédiatement après les accidents de la circulation (7).

Les données les plus récentes sont issues de Santé publique France (SPF) et du baromètre de la santé, publié par les observatoires régionaux de santé (ORS).

Et depuis 2015, l'ORS (10) met en œuvre l'observatoire régional des urgences (ORU), à la demande et avec le soutien financier de l'agence régionale de santé (ARS).

Ces deux organismes ont récemment publié les résultats de plusieurs études datant de 2017 (11).

Le tableau 1, issu de l'ORS (12) nous présente l'évolution de la fréquence des états de détresse psychologique, des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) (13), des pensées suicidaires et des tentatives de suicide entre 2005 et 2017 pour la population des Pays de la Loire de 18 à 75 ans.

	Pays de la Loire				France métropolitaine
	Taux bruts redressés			Taux standardisé ¹	Taux bruts redressés
	2005	2014	2017	2017	2017
Deux sexes					
Détresse psychologique ²	nd	15,3%	17,1% (+)	17,2%	20,0% ^{ns-0.07}
EDC ³ dans l'année	5,8%	nd	8,4% (+)	8,5%	9,8%
EDC sévère dans l'année	1,5%	nd	3,2% (+)	3,2%	3,9%
Pensées suicidaires dans l'année ⁴	nc	6,0%	3,7% (+)	3,7%	4,7%
Tentative(s) de suicide au cours de la vie	6,0%	6,9%	6,4% (+)	6,4%	7,2%
Hommes					
Détresse psychologique	nd	9,5%	9,5%	9,5%	13,4%*
EDC dans l'année	5,0%	nd	4,8%	4,8%	6,4%
EDC sévère dans l'année	1,5%	nd	1,5%	1,6%	2,4%
Pensées suicidaires dans l'année	nc	5,5%	4,4%	4,4%	4,0%
Tentative(s) de suicide au cours de la vie	4,0%	4,6%	4,1%	4,1%	4,4%
Femmes					
Détresse psychologique	nd	20,3%	25,1% (+)	25,0%	26,4%
EDC dans l'année	6,5%	nd	11,9% (+)	12,0%	13,0%
EDC sévère dans l'année	1,4%	nd	4,8% (+)	4,8%	5,3%
Pensées suicidaires dans l'année	nc	6,4%	3,1% (+)	3,1%	5,4%*
Tentative(s) de suicide au cours de la vie	7,6%	8,8%	8,6% (+)	8,6%	9,9%

Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2010, 2014, 2017, exploitation ORS Pays de la Loire

1. Taux standardisé sur l'âge et le sexe. Population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

2. Selon l'échelle MH-5. En 2017, les questions du MH-5 ont été posées à un sous échantillon de 826 personnes dans les Pays de la Loire, 355 hommes et 471 femmes.

3. Episode dépressif caractérisé selon le CIDI-SF.

4. Déclarer avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois.

* différence entre les Pays de la Loire et la France statistiquement significative au seuil de 5 % en 2017 (à structure par âge et sexe identique).

(+)/(+) : évolution statistiquement significative (au seuil de 5 %) entre 2014 et 2017 ; (+)/(+) entre 2010 et 2017 ; (+)/(+) entre 2005 et 2017.

Lecture : en 2017, 17,1 % des Ligériens de 18-75 ans présentent un état de détresse psychologique. Cette proportion atteint 20,0 % au plan national. L'écart Région/France n'est pas statistiquement significatif au seuil de 5 % (à structure selon l'âge et le sexe identique). On observe une évolution significative entre 2010 et 2017.

Tableau 1 : Evolution entre 2005 et 2017 de la fréquence des états de détresse psychologique, des épisodes dépressifs caractérisés, des pensées suicidaires et des tentatives de suicide

La lecture de ce tableau nous montre une augmentation significative du taux de détresse psychologique, d'épisodes dépressifs caractérisés, d'épisodes dépressifs caractérisés sévères et de la proportion de personnes ayant réalisé une tentative de suicide au cours de leur vie entre 2005 et 2017.

Le mal être psychologique semble cependant moins fréquent au sein de notre région.

On y constate également un taux d'hospitalisation inférieur de 10 à 20 % comparativement au niveau national (Figure 2).

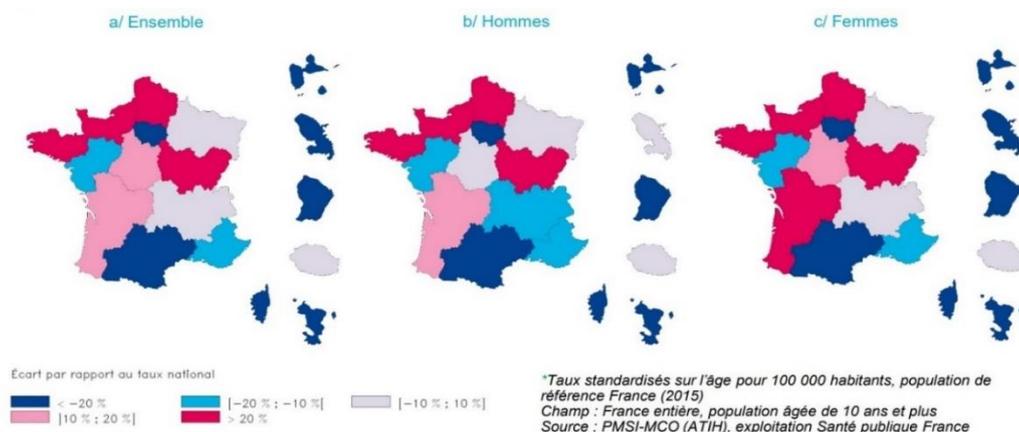


Figure 2 : Ecart des taux régionaux d'hospitalisation pour tentative de suicide en 2017

Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide en France et en Pays de la Loire, diminuent depuis 2010 (Figure 3) à l'exception de la Mayenne et de la Vendée où ces taux stagnent. Entre 2014 et 2017 ces deux départements avaient des taux plus élevés (respectivement de +24% et +13%) comparativement au taux national.

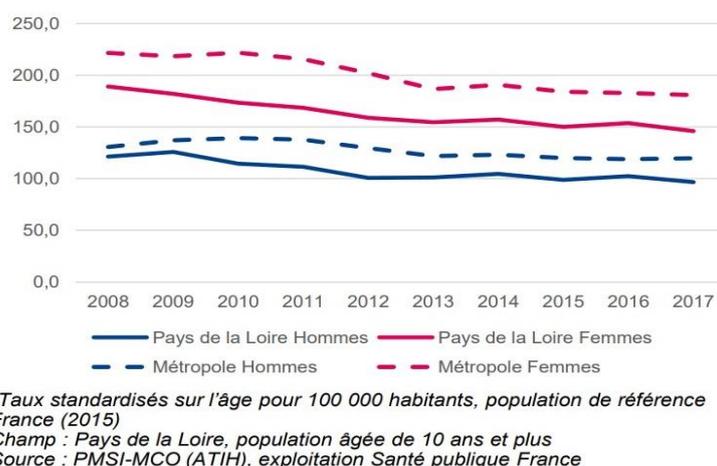
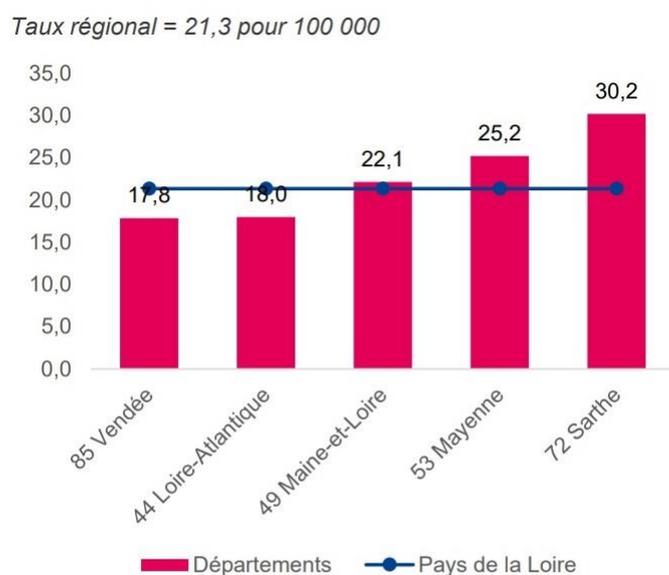


Figure 3 : Evolution des taux annuels des séjours hospitaliers pour tentative de suicide en Pays de la Loire et en France entre 2008 et 2017

Les taux de mortalité par suicide sont similaires en Vendée (17,8 pour 100 000) et en Loire Atlantique (18 pour 100 000), et en deçà de la moyenne des Pays de La Loire (21,3 pour 100 000).

A l'inverse en Mayenne (25,2 pour 100 000) et en Sarthe (30,2 pour 100 000) ils sont plus élevés (figure 4).



**Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence France (2015)
Champ : Population âgée de 10 ans et plus
Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France*

Figure 4 : Taux de mortalité par suicide par département au sein des Pays de la Loire en 2015

Le taux moyen d'hospitalisation pour tentative de suicide dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en pays de la Loire est de 124 pour 100 000 habitants (Figure 5).

La Loire Atlantique est en deçà de la moyenne régionale (77 pour 100 000). A l’inverse, la Vendée qui présentait des taux de mortalité par suicide similaire à ceux de la Loire Atlantique, a un taux d’hospitalisation plus élevé (164,3 pour 100 000).

Le taux d’hospitalisation pour tentative de suicide et le taux de mortalité par suicide ne semblent donc pas directement corrélés (Figure 4).

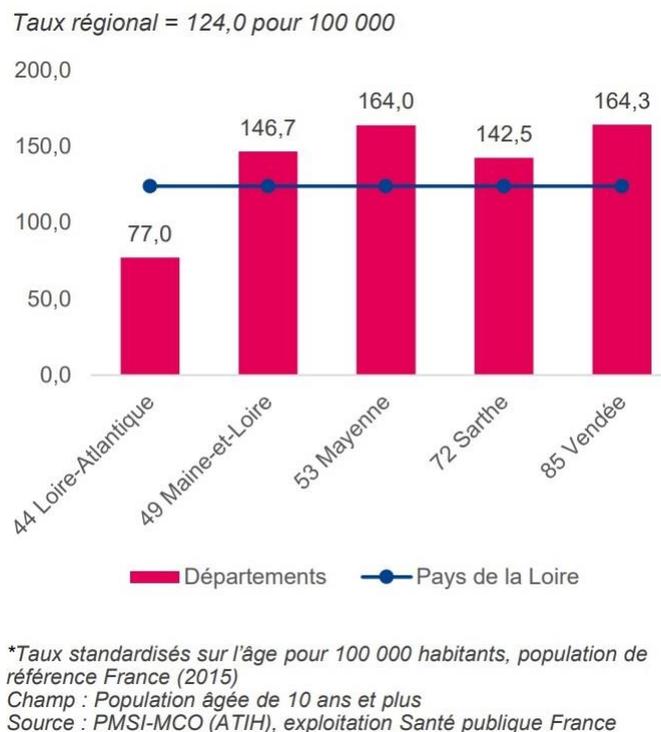


Figure 5 : Taux d’hospitalisation pour tentative de suicide par département au sein des Pays de la Loire en 2015

La figure 6 représente le taux de recours aux urgences pour tentative de suicide selon l’âge et le sexe. Les femmes sont majoritaires pour toutes les classes d’âge. On retrouve deux pics, le premier chez les quadragénaires, le second chez les adolescents de 15-19 ans.

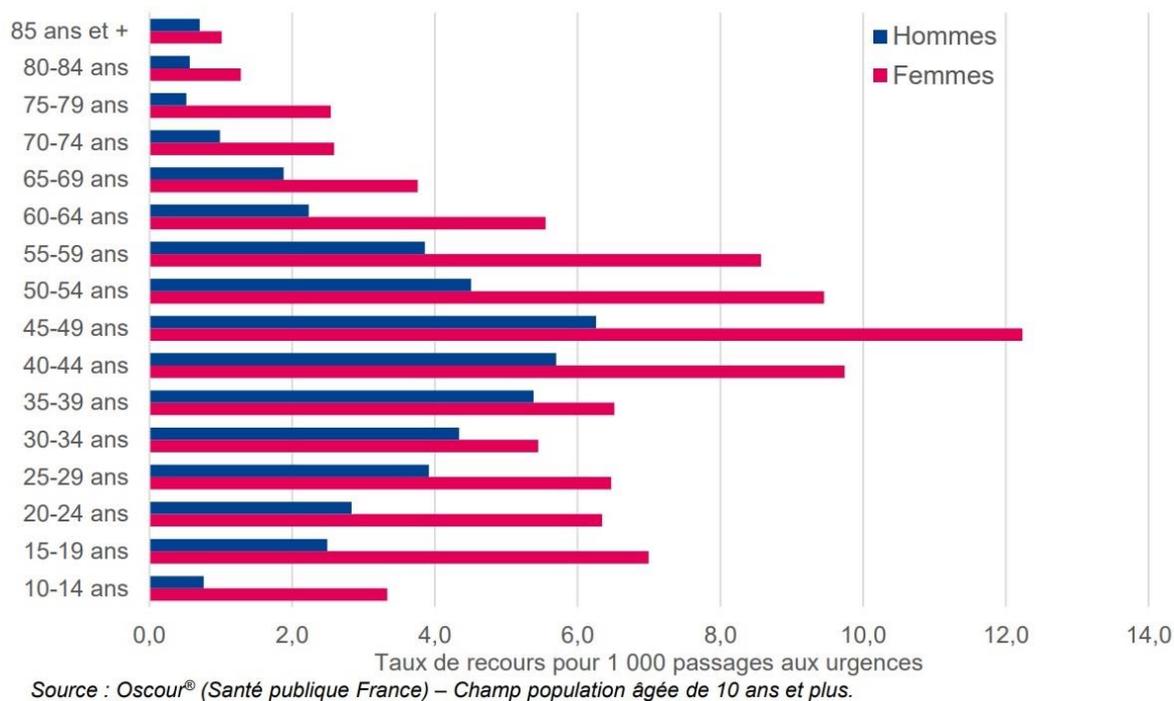


Figure 6 : Taux de recours aux services d’urgence pour tentative de suicide par classe d’âge et par sexe en Pays de la Loire en 2017

La figure 7 représente le taux annuel de séjours hospitaliers pour tentative de suicide. Elle comprend les 12 182 hospitalisations pour tentative de suicide de 2015 à 2017. 91% de ces hospitalisations ont fait l’objet d’un passage aux urgences en amont. Un retour à domicile a été observé à l’issue du séjour dans 67% des cas.

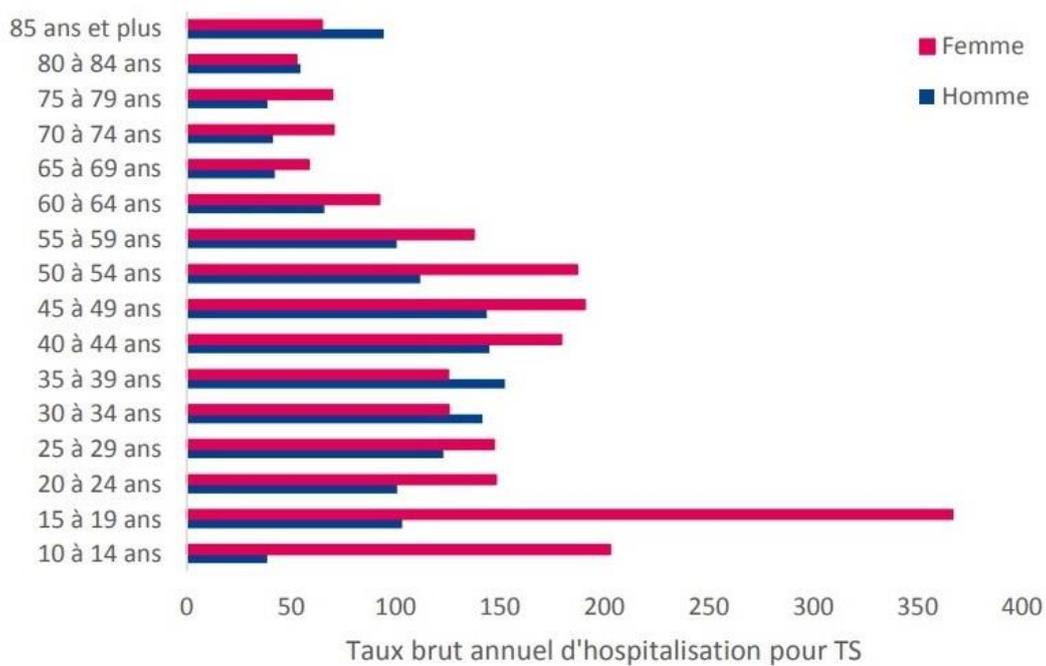


Figure 7 : Taux annuel des séjours hospitaliers pour tentative de suicide par sexe et âge entre 2015 et 2017 en Pays de la Loire

Le tableau 2 nous renseigne sur la durée d’hospitalisation médiane des patients selon le type de tentative de suicide en Pays de la Loire.

La durée médiane des séjours hospitaliers, tout âge confondu, est de 1 jour. Celle-ci est plus élevée chez les personnes de 85 ans et plus, puisqu’elle monte à 9 jours et chez les 10-14 ans où la durée médiane d’hospitalisation est de 5 jours.

La durée médiane des séjours varie avec le mécanisme de tentative de suicide. Les hospitalisations sont plus longues pour les TS par saut dans le vide, la durée médiane est alors de 7,5 jours. Elle est de 1 jour dans le cadre d’une TS par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV).

Les pendaisons et les tentatives de suicide par utilisation d’armes à feu sont les deux méthodes aux taux de létalité les plus élevés (respectivement 126,2 et 232,9 décès pour 1000 hospitalisations).

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation	Létalité
	n	%	%	%	nombre de jours	nombre de décès pour 1000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	8 937	73,4%	77,4%	67,0%	1,0	5,4
Objet tranchant	1 233	10,1%	11,0%	8,7%	2,0	5,7
Auto-intoxication par d'autres produits	953	7,8%	6,0%	10,7%	1,0	9,4
Pendaison	523	4,3%	2,2%	7,6%	2,0	126,2
Saut dans le vide	132	1,1%	0,9%	1,3%	7,5	83,3
Arme à feu	73	0,6%	0,1%	1,4%	3,0	232,9
Noyade	71	0,6%	0,5%	0,7%	2,0	42,3
Collision intentionnelle	39	0,3%	0,2%	0,5%	2,0	0,0
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	48	0,4%	0,3%	0,6%	4,0	125,0
Mode non précisé	1 518	12,5%	11,9%	13,3%	1,0	17,1

Note : Les modes ne sont pas exclusifs. Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France

Tableau 2 : Durée médiane du séjour hospitalier et létalité chez les patients hospitalisés pour tentative de suicide en Pays de la Loire entre 2015 et 2017

Le tableau 3 nous rapporte les données du réseau OSCOUR (réseau de recueil de données via la classification internationale des maladies (CIM) des services d'urgence de France). Les tentatives de suicide par IMV sont nettement majoritaires (96%) au sein des services d'urgence de notre région.

Cependant ce tableau ne concerne que les tentatives de suicide ayant conduit à une hospitalisation, il ne comprend donc pas les méthodes de suicide aboutis qui ne sont pas hospitalisées.

Modes de TS	Femmes n (%)	Hommes n (%)	Total n (%)
Auto-intoxications médicamenteuses	1998 (98%)	1160 (94%)	3158 (96%)
Objets tranchants, contondants	24 (1%)	21 (2%)	45 (1%)
Pendaisons	10 (<1%)	22 (2%)	32 (<1%)
Auto-intoxications non médicamenteuses	5 (<1%)	3 (<1%)	8 (<1%)
Sauts dans le vide	1 (<1%)	4 (<1%)	5 (<1%)
Noyades	2 (<1%)	2 (<1%)	4 (<1%)
Armes à feu	2 (<1%)	1 (<1%)	3 (<1%)
Expositions aux fumées, flammes, vapeurs, gaz	0 (<1%)	1 (<1%)	1 (<1%)
Collisions intentionnelles	0 (<1%)	0 (<1%)	0 (<1%)
Autres modes non précisés (X83 et X84) et séquelles de lésions auto-infligées (Y870)	5 (<1%)	30 (2%)	35 (1%)

Source : Oscour® 2017 - Champ : Population âgée de 10 ans et plus

Tableau 3 : Mode de tentative de suicide en Pays de la Loire en 2017

Le tableau 4 répertorie les méthodes de suicide en Pays de la Loire entre 2013 et 2015. La pendaison est le moyen le plus répandu (62,6%) suivi du suicide par armes à feu (10,7%).

Ces méthodes divergent selon le sexe de l'individu, le premier mode retenu pour les hommes (65,6%) et pour les femmes (51,4%) est la pendaison. Le second mode est l'usage des armes à feu pour les hommes (13%) et la noyade pour les femmes (17%).

Mode de suicide	Ensemble	Femmes	Hommes
	n	%	%
Auto-intoxication médicamenteuse	151	7,1%	5,2%
Objet tranchant	17	0,8%	0,8%
Auto-intoxication par d'autres produits	40	1,9%	1,6%
Pendaison	1 325	62,6%	65,8%
Saut dans le vide	84	4,0%	3,4%
Arme à feu	227	10,7%	12,9%
Noyade	139	6,6%	3,7%
Collision intentionnelle	38	1,8%	1,8%
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	15	0,7%	0,7%
Mode non précisé	143	6,8%	6,6%

Note : les modes ne sont pas exclusifs. Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France

Tableau 4 : Mode de suicide chez les hommes et chez les femmes en Pays de la Loire entre 2013 et 2015

Les modalités de tentative de suicide des patients pris en charge aux urgences ou en hospitalisation ne sont donc pas les modalités les plus létales pouvant être utilisées (tableau 3 et 4).

C. Prise en charge d'une crise suicidaire

La crise suicidaire est définie par l'HAS comme l'étape préalable au passage à l'acte. Elle succède à une période où le patient épuise progressivement les solutions envisageables à ses difficultés. Il ne trouve plus comme unique solution que son décès. Les idées suicidaires s'ancrent progressivement dans son raisonnement jusqu'à apparaître comme unique solution. Le contact avec un soignant peut avoir lieu à n'importe quel moment de cette crise. La régulation médicale du SAMU via le 15, peut faire partie de ces recours d'appel à l'aide.

L'analyse des trajectoires biographiques des patients qui se suicident nous apprennent que ces derniers ont consulté leur médecin traitant dans 60% des cas le mois précédent l'acte et dans 36% des cas la semaine précédente (4) (3).

Un des rôles du médecin régulateur du SAMU doit être de déterminer le niveau d'avancement de la crise suicidaire. Il doit évaluer le risque suicidaire du patient et agir en conséquence. Si ce risque est important, c'est-à-dire s'il existe un mode de passage à l'acte bien défini en termes de moyen et de temporalité alors l'intervention est urgente et le patient doit être présenté à un psychiatre. Il peut être hospitalisé avec ou sans son consentement.

Si le risque est estimé faible, la prise en charge peut éventuellement être temporisée. Le patient sera alors réorienté rapidement vers son médecin traitant ou son psychiatre référent pour une évaluation et une prise en charge adaptée.

Cette décision et l'orientation de ces patients est parfois difficile. En cas de mauvaise orientation, il existe un risque de passage à l'acte et de décès pour le patient. La régulation médicale est une tâche délicate, et pour ce faire, le praticien peut s'appuyer sur des outils d'aide à la décision.

D. Outils d'aide à la régulation médicale

Pour aider à évaluer ce risque suicidaire et la potentialité du passage à l'acte, de multiples études ont tenté de déterminer des facteurs de risque pour aboutir à la mise en place d'échelles d'évaluation du risque suicidaire.

Une de ces échelles a été retenue dans le guide d'aide à la régulation. Il s'agit du manuel de référence en terme de régulation médicale (5). L'échelle SAD PERSONS, permet de calculer le risque suicidaire et elle est incluse au score RUD (Risque, Urgence, Dangereusité). Le SAD PERSONS (annexe 5) a été élaboré en avril 1983 par W.M. Patterson (professeur de psychiatrie à l'University of Alabama School of Medicine), cette échelle a initialement été utilisée pour former les étudiants en médecine à l'évaluation du risque suicidaire.

Par la suite l'échelle SAD PERSONS a été mise à jour (annexe 6), on parle alors de l'échelle de SAD PERSONS modifiée. La principale modification concerne les âges retenus comme facteur de risque (de 15 à 25 ans et au-delà de 59 ans), ainsi que la présence d'antécédents de soins psychiatriques (à la place de tentative de suicide).

Pour le calcul de l'intensité du risque du score RUD, c'est l'échelle ci-dessous qui a été retenue dans le guide d'aide à la régulation :

• Intensité du Risque (R) : qui ?	
faible, moyen, élevé selon le total des points de l'échelle de <u>Sadpersonas</u> : faible = 0-4 ; moyen = 5-9 ; élevé = 10-14	
1- homme	1 point
2- âge <19 ans ou >45 ans	1 point
3- déprimé ou désespéré	1 ou 2 points
4- antécédent de tentative de suicide	1 point
5- éthyilisme, abus de substances actuel	1 point
6- jugement détérioré par psychose ou confusion	1 ou 2 points
7- séparé, divorcé ou vie isolé	1 point
8- intention exprimée ou geste organisé	2 points
9- absence de lien social significatif	1 point
10- incapacité de garantir ses gestes ultérieurs	2 points

Elle se base sur 10 items, chaque item correspondant à 1 ou 2 points. Un calcul cumulatif est réalisé permettant de classer le risque suicidaire du patient en 3 catégories. De 0 à 4 le risque est considéré comme faible, de 5 à 9 le risque est moyen et entre 10 et 14 le risque est élevé.

Au calcul du risque s'ajoute le degré d'urgence qui répond à une question : quand le patient a-t-il prévu de passer à l'acte ? L'urgence est faible lorsqu'il n'existe pas de scénario précis, le patient est en souffrance mais cherche des solutions. L'urgence est moyenne lorsque l'intention du suicide est claire, il ne trouve plus que cette solution, mais la réalisation du suicide est différable dans le temps, le patient cherche de l'aide et il l'exprime. L'urgence est élevée quand le plan est précis et planifié à court terme, il est non différable, le patient rationalise son geste. Il s'agit souvent d'un patient agité, émotif, troublé ou bien à l'opposé il peut sembler inerte. Il est dans l'impasse, souvent isolé socialement, sa souffrance est omniprésente ou non exprimée.

La dangerosité, répond à la question : comment a-t-il envisagé son geste ? Cette question a pour but d'identifier le moyen envisagé, ainsi que l'accessibilité à ce dernier (pendaison, arme à feu, traitements).

Le calcul du risque se fait indépendamment du degré d'urgence et de dangerosité, mais c'est l'ensemble de ces trois critères qui composent le Score RUD.

D'autres échelles existent. L'échelle de SAD PERSONS modifiée qui n'a pas été retenue dans la pratique de la médecine générale pour évaluer l'état dépressif du patient ou son risque suicidaire. Des études portant spécifiquement sur le SAD PERSONS et sa version modifiée ont évalué l'aptitude de ces échelles à déterminer les risques de récurrence de tentative de suicide. Elles tendent à la même conclusion, à savoir qu'il n'y a pas assez de sensibilité ni de spécificité pour être utilisés en pratique courante (14) (15).

Il existe une multitude d'autres questionnaires visant à évaluer le risque suicidaire. L'échelle de désespoir de Beck, se composant de 20 questions, elle est donc peu adaptée à l'évaluation rapide imposée par la régulation médicale. L'échelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher, la Prime MD (16), plutôt développée pour les médecins généralistes est composée de 4 questions, l'échelle MADRS (17) qui porte sur 10 items et permet d'évaluer l'état de gravité de la dépression. Il existe d'autres questionnaires moins formalisés mis en place par certains services d'urgence et étudiés (18). L'échelle SPS (suicide Probability Scale) dont la validité prédictive a été confirmée sur une population carcérale et a montré l'importance d'une réévaluation régulière du patient (19).

Une dernière étude portant sur 136 patients affirme être cependant en bonne voie pour modéliser une équation qui pourrait déterminer le risque suicidaire à court terme (20). Mais le questionnaire à remplir (43 items pour la première partie du questionnaire) ne permet pas une utilisation en régulation médicale.

Aucune étude n'a été réalisée au sein d'un service de régulation médicale à ce jour.

E. Spécificité du SAMU

Le médecin régulateur du SAMU a pour principale mission d'évaluer et d'orienter au mieux le patient. Cette évaluation a plusieurs particularités, le praticien n'ayant pas de contact visuel avec son patient, cette évaluation peut être rendue plus difficile, il existe une distance engendrée par l'appel téléphonique, une absence de visuel sur les expressions non verbales du patient.

La difficulté peut être également accentuée par le fait que le patient ne soit pas systématiquement à l'origine de l'appel et de la demande de prise en charge. Malgré cela, le régulateur se doit d'évaluer l'existence ou non d'un risque suicidaire.

Après avoir évalué ce risque suicidaire, le médecin dispose de plusieurs options. Se pose alors la question de la temporalité de la prise en charge et de son degré d'urgence.

Il lui est possible d'adresser le patient dans un service hospitalier, par ses propres moyens ou via un transporteur sanitaire. Il a également la possibilité d'engager un médecin généraliste sur place pour une évaluation médicale ou une hospitalisation sous contrainte s'il le juge nécessaire. Il peut également temporiser la prise en charge et orienter le patient vers un médecin généraliste ou un psychiatre dans les heures ou les jours suivants l'appel initial.

MATERIEL & METHODES

III. Matériel et Méthodes

A. Hypothèses de la recherche

Evaluer le risque suicidaire et notamment le risque de passage à l'acte peut être difficile pour un soignant. Cette difficulté peut être accentuée en régulation médicale du fait de l'absence de contact direct avec le patient. De multiples études ont tenté de déterminer des facteurs de risque de passage à l'acte lors d'une crise suicidaire. Ces études ont abouti à la création d'échelles d'évaluation du risque suicidaire. Le Guide d'aide à la régulation médicale, outil de base à la régulation médicale, retient l'échelle de SAD PERSONS et l'inclut au score RUD (Risque, Urgences, Dangerosité).

1) Objectif principal de la recherche

L'objectif principal de ce travail est d'évaluer l'utilisation du score RUD, présent dans le guide d'aide à la régulation médicale (annexe 1), dans le but de décrire les pratiques courantes au sein du service de régulation médicale du SAMU de Loire Atlantique.

2) Les objectifs secondaires de la recherche

Les critères secondaires sont le taux d'utilisation du score et la complétude du questionnaire. Il s'agit également de décrire la population de l'étude et d'évaluer une éventuelle influence de l'heure et du jour de la semaine sur la décision du régulateur. Cette étude nous permettra également de déterminer la population médicale sensibilisée à l'utilisation de ce score mais également de faire un état des lieux des patients transportés vers les urgences à l'heure actuelle. Nous évaluerons aussi le ressenti des régulateurs interrogés sur cet outil de régulation.

B. Conception de la recherche

1) Méthodologie

Il s'agit d'une étude prospective, monocentrique, observationnelle, non interventionnelle se déroulant au sein du service de régulation médicale du SAMU de Loire Atlantique.

La première phase de cette étude consiste en un rappel de connaissance aux médecins généralistes régulateurs intervenant au sein du SAMU 44.

Un mail à destination de l'ensemble de ces médecins est transmis. Il les informe de ce travail d'évaluation concernant l'orientation des patients contactant le 15 pour une crise suicidaire. A l'occasion de ce mail, un rappel leur est fait sur le score RUD et les différents items le constituant (annexe 2).

Après ce rappel, il est demandé aux différents médecins régulateurs de remplir de manière prospective, un questionnaire papier (mis à leur disposition sur chaque poste de travail) pour chaque appel décroché concernant une crise suicidaire. Si le médecin ne souhaite pas utiliser le questionnaire, il lui sera demandé d'indiquer uniquement le numéro de dossier de régulation médical (DRM) et l'orientation retenue pour le patient (annexe 3).

Dans le cas contraire, il devra remplir les différents items présents sur le document. Les critères recueillis sont les suivants :

- Heure d'appel
- Jour d'appel
- Lieu d'orientation
- Item du score RUD

Les éléments suivants pourront être recherchés à posteriori au sein du dossier de régulation médical.

- Engagement de moyen
- Appelant
- Horaires d'appel et d'engagements des moyens

Il est demandé au médecin régulateur d'orienter son patient selon les modalités habituelles de ses pratiques, indépendamment du niveau de risque défini par le questionnaire.

Ces questionnaires seront recueillis par la suite pour l'analyse des données. L'ensemble des informations recueillies sera retransmis via un masque de saisie dans un logiciel informatique (Lynx®) dans le but de créer une base de données Excel®.

Durant la phase prospective de ce travail, nous avons inclus 64 dossiers sur une période s'étendant du 23 novembre 2020 au 25 avril 2021.

A l'issue de cette phase de recueil, un nouveau mail a été envoyé aux régulateurs, via un questionnaire informatisé, afin qu'ils puissent exprimer leur ressenti sur l'utilisation de ce score et leurs éventuelles difficultés sur ces appels (annexe 4).

2) Critères d'inclusion et d'exclusion

Seront inclus tous les appels au 15 relevant d'une crise suicidaire.

3) Critères de jugement principal et secondaire

a. Critère de jugement principal

Il s'agit de la conformité de l'orientation du patient ayant contacté le 15 pour une crise suicidaire.

Au préalable il a été validé une orientation idéale avec les psychiatres référents des urgences du CHU de Nantes afin d'orienter au mieux le patient selon le niveau de risque résultant du score RUD.

Les patients dont le risque, l'urgence et la dangerosité sont faibles relèvent dans les 24-48h suivant l'appel, d'une évaluation par leur médecin traitant ou leur psychiatre référent. Dès lors qu'il existe un niveau élevé de risque, d'urgence ou de dangerosité, le patient doit être orienté vers les urgences médico-psychologiques avec ou sans son accord si nécessaire. Lorsqu'il existe un niveau de risque intermédiaire, la consultation aux urgences doit être envisagée dès lors que le patient est sous l'emprise de toxiques ou qu'il présente une perte de la rationalité des idées (confusion ou délire).

Volontairement, cette information n'a pas été transmise aux médecins régulateurs, l'objectif de l'étude étant de faire l'état des lieux des pratiques actuelles.

b. Critères de jugement secondaires

Les critères secondaires sont le taux d'utilisation du score et la complétude du questionnaire. Il s'agit également de décrire la population de l'étude (sexe, âge des patients). D'évaluer une éventuelle influence de la période de l'appel (jour et heure) sur la décision du régulateur. Il s'agira également de déterminer le nombre de régulateurs sensibilisés à ce questionnaire, le nombre de transport aux urgences pour une évaluation immédiate engendré par ces appels. Nous évaluerons également le ressenti des régulateurs face à l'utilisation de cette échelle d'évaluation.

C. Analyse des résultats

L'ensemble des données recueillies ont été anonymisées et renseignées dans une base de données dans le logiciel Excel®.

Les données statistiques ont été analysées par l'unité Evaluation et Risques Cliniques du service de Santé Publique du CHU de Nantes.

RESULTATS

IV. RESULTATS

A. Analyse descriptive

1) Population de l'étude

Notre étude se porte sur une période de 5 mois s'étendant du 23 novembre 2020 au 25 avril 2021, au cours de laquelle nous avons pu inclure 64 patients.

Sur les dossiers étudiés, la proportion de patients de sexe féminin sollicitant le SAMU 44 est de 53% (n=34) et celle des hommes de 47% (n=30), soit un sex-ratio de 0,9.

Les patients de plus de 45 ans représentent 52% (n=33) et les patients de moins de 19 ans 13% (n=8) de notre population. Ils sont tous mineurs.

CHU de Nantes
Evaluation du score RUD

Résultats
Evaluation du RISQUE

Profil des patients :

- 47% étaient des hommes
- 13% étaient âgés de moins de 19 ans
- 52% étaient âgés de plus de 45 ans

Homme

Taux de réponse : 100%

Nb	
Oui	30 47%
Non	34 53%
Total	64

< 19 ans

Taux de réponse : 100%

Nb	
Oui	8 13%
Non	56 88%
Total	64

> 45 ans

Taux de réponse : 100%

Nb	
Oui	33 52%
Non	31 48%
Total	64



Unité Evaluation et Risques Cliniques (ERiC)
Service de Santé Publique
PHU 11

8

Figure 8 : Répartition de la population étudiée

2) Régulateurs ayant participé au recueil de données

Notre étude porte sur l'analyse de 64 appels en lien avec une crise suicidaire.

27 médecins généralistes ont participé à ce recueil de données. Les régulateurs libéraux sont au nombre de 38 au SAMU 44. Chaque médecin participant a inclus entre 1 et 10 patients à notre étude. Ils ont fait le choix pour 100% d'entre eux de remplir le questionnaire.

Les trois premiers médecins ayant le plus participé ont réalisé 41% des inclusions soit 26 DRM sur 64.

14 médecins sur les 27 participants ont réalisé un unique recueil, soit 52% d'entre eux.

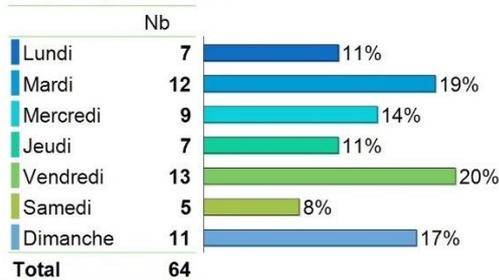
3) Impact du jour ou de l'heure

Les appels ont lieu les vendredis pour 20% (n=13) d'entre eux, les mardis pour 19% (n=12) et les dimanches pour 17% (n=11).

Deux créneaux horaires ont été fixés définissant une tranche horaire de jour (8h30-18h30) et une tranche horaire de nuit (18h30-8h30). Les appels ont lieu pour 55% des cas sur la tranche horaire de nuit (n= 35).

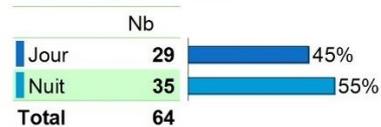
Jour de la semaine

Taux de réponse : 100%



Heure

Taux de réponse : 100%



Les heures ont été regroupées de la façon suivante :
Jour : de 8h30 à 18h30
Nuit : de 18h30 à 8h30

Figure 9 : Répartition des appels selon le jour de la semaine et l'heure

4) Evaluation du niveau de risque (R)

Parmi les items recherchés définissant le niveau de risque, 42% des patients inclus sont qualifiés de déprimés (n=27), 52% de désespérés (n=33), et 5 % d'entre eux ne sont définis ni déprimés, ni désespérés (n=3). Pour 1 patient ce recueil n'est pas effectué.

63% des patients inclus ont réalisé par le passé une tentative de suicide (n=40). Pour 3 patients cette donnée n'est pas renseignée.

45% des patients affirment avoir consommé de l'alcool ou un autre toxique (n=29). Pour 4 patients cette donnée n'est pas renseignée.

6% des patients présentent des idées délirantes (n=4) et 8% présentent un état de confusion (n=5). Pour 2 patients cette donnée n'est pas renseignée.

63% des patients sont séparés, divorcés ou isolés (n=40).

78% des patients expriment une intention suicidaire (n=50). Pour 1 patient cette donnée n'est pas renseignée.

39% des patients ne présentent pas de liens sociaux significatifs (n=25). Pour 3 patients cette donnée n'est pas renseignée.

45% des patients ne sont pas capables de garantir leurs gestes ultérieurs (n=29). Pour 14 patients cette donnée n'est pas renseignée.

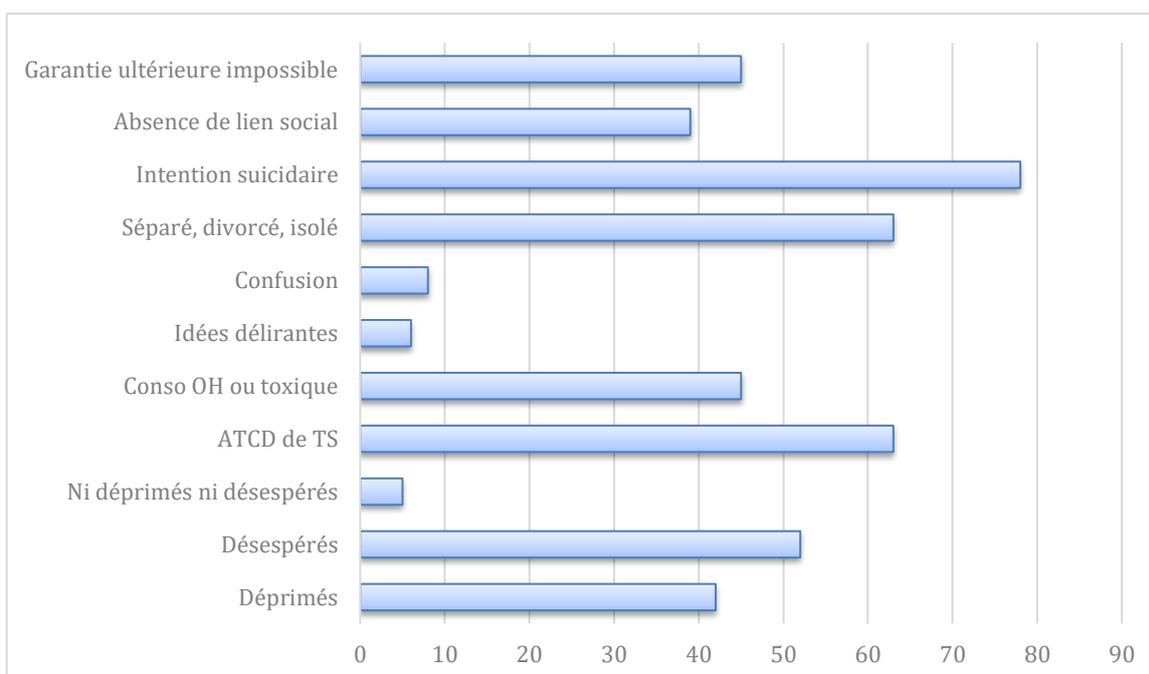


Figure 10 : Répartition des facteurs de risque de la population

Le niveau de risque est calculable pour 92% des appels (n=59). Pour 8% des fiches de recueil il manque un ou plusieurs items rendant le calcul impossible (n=5).

Pour 93% des dossiers dont le score est calculable, celui-ci est effectué par le médecin régulateur (n=55), dans 7% des cas le calcul est effectué lors de l'analyse des recueils (n=4).

Le niveau de risque intermédiaire (total entre 5 et 9 points) est en proportion le niveau de risque majoritaire avec 56% des recueils (n=33) suivi du niveau de risque élevé à 32% (n=19) puis du niveau de risque faible à 12% (n=7).

15,6% des recueils comportent une erreur de calcul du risque (n=10). Le niveau de risque retenu, est alors celui du score corrigé lors de l'analyse des résultats.

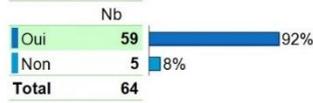
9 dossiers ont vu leur niveau de risque sous-évalué. Pour 2 recueils, le niveau a nécessité d'être requalifié de faible à intermédiaire et pour 7 dossiers le niveau initial retenu était intermédiaire alors qu'il est élevé.

1 recueil surévalue le niveau de risque, celui-ci est donc requalifié d'élevé à intermédiaire.

Le score de risque était calculable pour 92% des appels (59/64)
Parmi ces scores calculables, c'est le médecin qui l'a calculé dans 93% des cas (55/59)

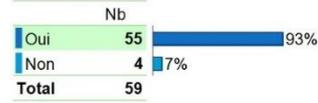
Score calculable

Taux de réponse : 100%



Score calculé par le médecin

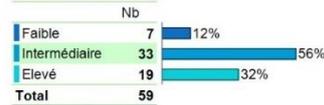
Taux de réponse : 100%



Résultats du calcul du risque :

Risque

Taux de réponse : 100%



Unité Evaluation et Risques Cliniques (ERIC)
Service de Santé Publique
PHU 11

13

Figure 11 : Proportion des recueils à score calculable, de score calculé par le médecin et répartition des niveaux de risque

Parmi la population des 19-45 ans le niveau de risque intermédiaire est majoritaire (78% ; n=18).

La population des plus de 45 ans présente avec un taux de 42% le nombre de questionnaires à un niveau de risque élevé le plus important (n= 14).

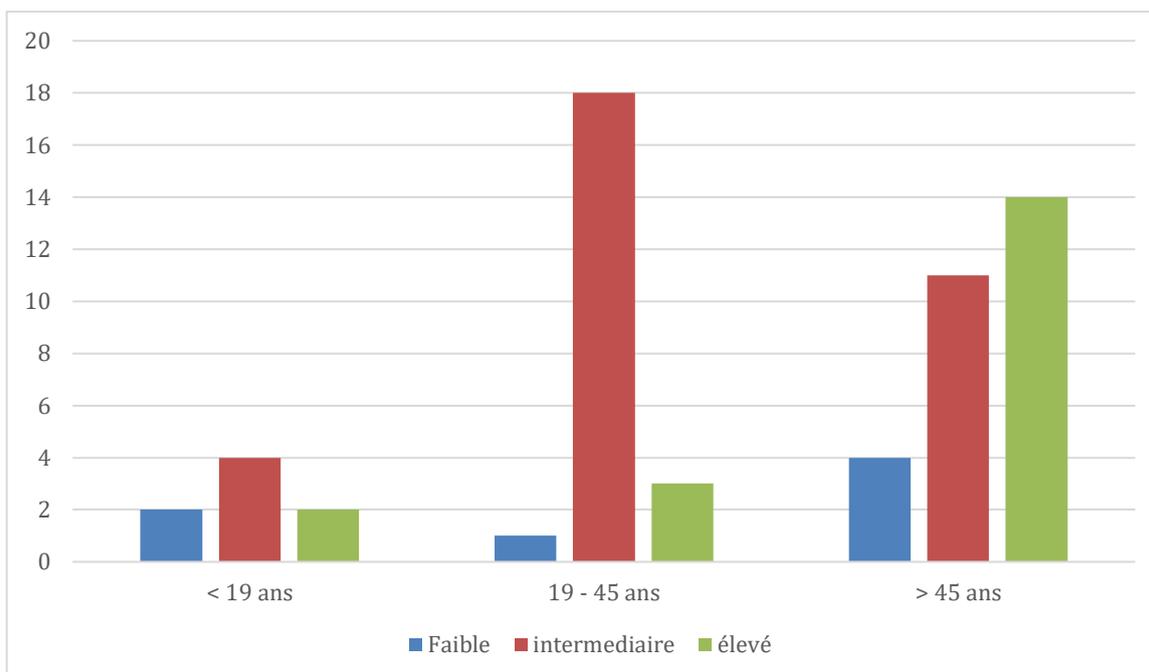


Figure 12 : Niveaux de risque selon la tranche d'âge

Il n'existe pas de niveau de risque faible chez les hommes. Les niveaux intermédiaires et élevés sont de 50% (n=14). Chez les femmes le niveau de risque intermédiaire est majoritaire (61% ; n=19) suivi du niveau de risque faible (23% ; n=7). Le niveau de risque élevé est minoritaire (16% ; n=5).

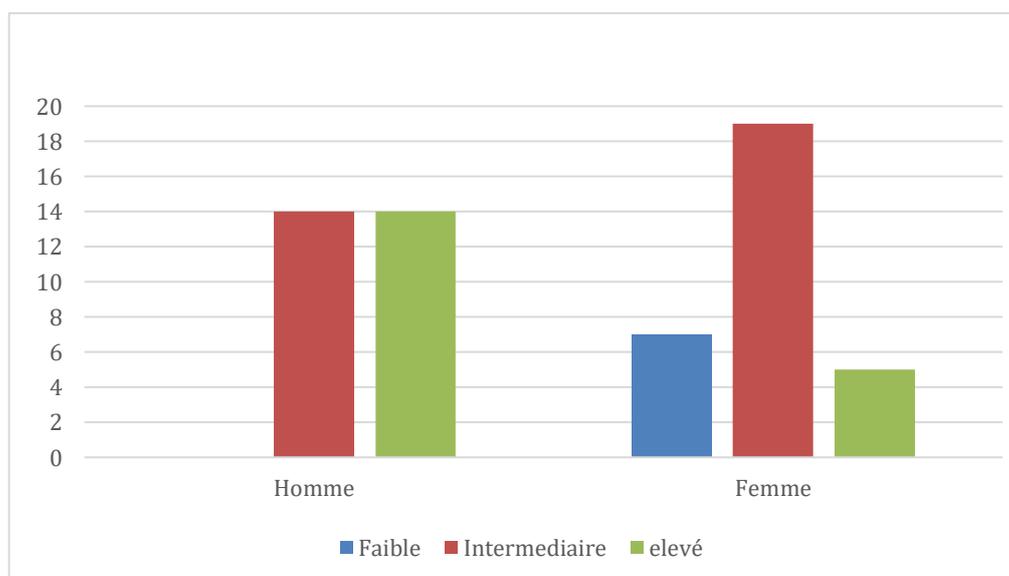


Figure 13 : Niveaux de risque selon le sexe.

5) Evaluation du niveau d'urgence (U)

La majorité des patients contactant le 15 pour une crise suicidaire répondent à un niveau d'urgence intermédiaire (42% ; n=27). 36% des DRM relève d'une urgence faible (n=23) et 22% correspondent à une urgence élevée (n=14).

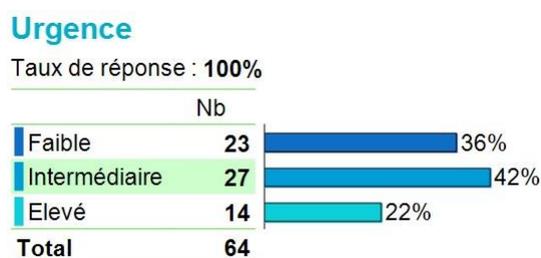


Figure 14 : Niveau d'urgence

L'étude du niveau d'urgence selon la tranche d'âge nous montre une majorité d'urgence faible chez les plus de 45 ans (42% ; n=14) suivi d'un niveau d'urgence intermédiaire (33% ; n=11) puis d'un niveau élevé (25% ; n=8).

La tranche d'âge des 19-45 ans se caractérise par une majorité d'urgence intermédiaire (45% ; n=10) puis faible (32% ; n= 7) puis élevé (23% ; n=5).

Chez les moins de 19 ans le niveau d'urgence majoritaire est intermédiaire (63% ; n= 5).

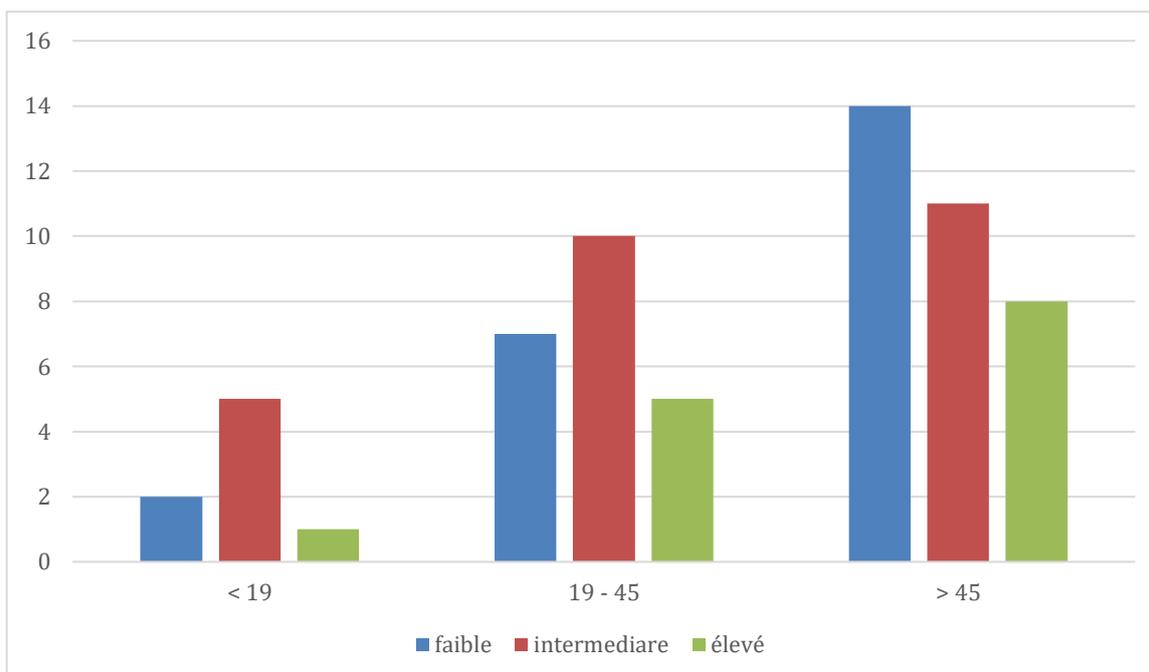


Figure 15 : Niveau d'urgence selon la tranche d'âge

6) Evaluation du niveau de dangerosité (D)

Les patients de notre étude ont pour la plupart un niveau de dangerosité intermédiaire, ce niveau représente 36% de nos patients (n=23). 34% relève d'un niveau de dangerosité faible (n=22) et 24% d'un niveau élevé (n=15).

Pour 6% des dossiers, ce niveau n'a pas été renseigné (n=4).

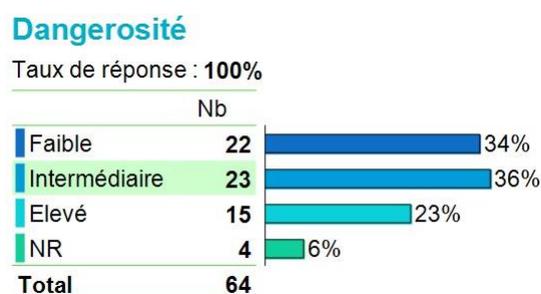


Figure 16 : Niveau de dangerosité

Le niveau de dangerosité majoritaire chez les plus de 45 ans est d'abord faible (39% ; n=12) puis intermédiaire (35% ; n=11) puis élevé (26% ; n=8).

Chez les 19-45 ans le niveau de dangerosité est d'abord intermédiaire (39% ; n=9) puis élevé (35% ; n=8) puis faible (26% ; n=6).

Chez les moins de 19 ans, le niveau de dangerosité est d'abord faible (57% ; n=4) puis intermédiaire (43% ; n=3). Il n'a pas été recensé de niveau élevé.

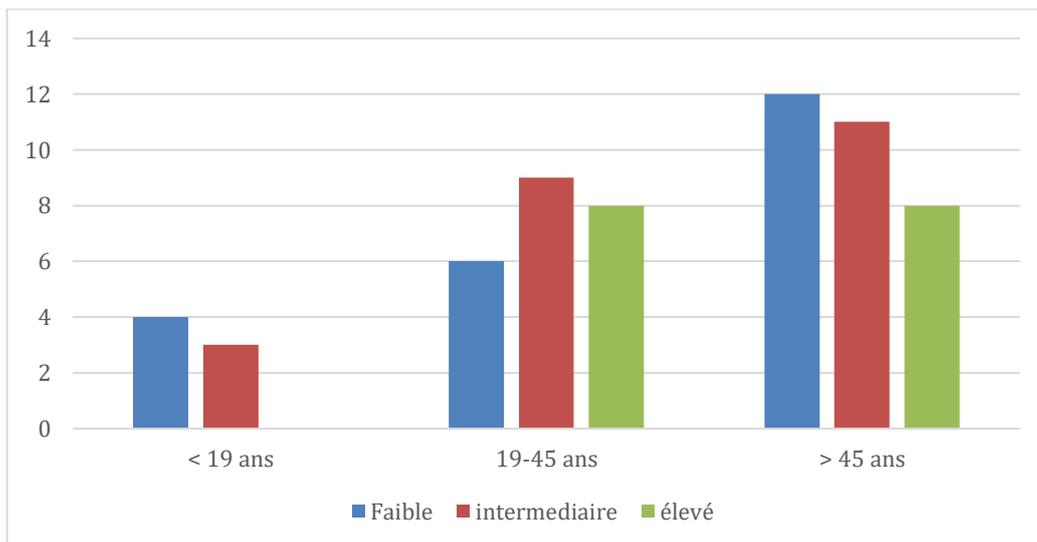


Figure 17 : Niveau de dangerosité selon la tranche d'âge

Lorsque le degré de dangerosité est rapporté au sexe, on observe une majorité de niveau faible (52% ; n=17) chez les femmes, suivi du niveau intermédiaire (27% ; n=9) puis du niveau élevé (21% ; n=7).

Chez les hommes le degré de dangerosité majoritaire est d'abord intermédiaire (52% ; n=14) puis élevé (29% ; n=8) puis faible (19% ; n=5).

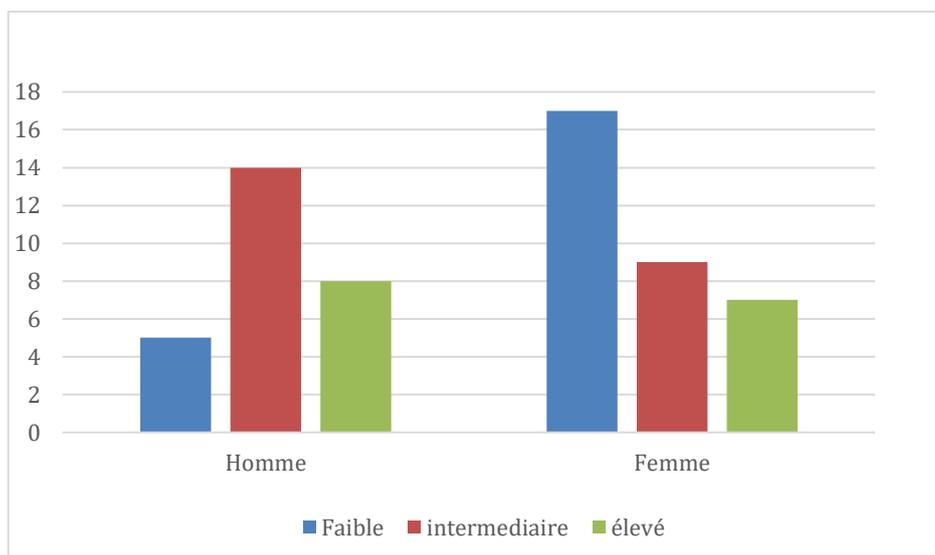


Figure 18 : Niveau de dangerosité selon le sexe

7) Orientation des patients

70% des dossiers de régulation ont conduit à une orientation hospitalière (n=45) du patient.

30% des recueils conduisent à laisser le patient sur place (n=19). Parmi ces patients, 37% sont réorientés vers une consultation de psychiatrie dans les 24-48h (n=7) et 16% vers leur médecin généraliste (n=3). Les autres sont laissés sur place (47% ; n=9) sans réorientation.

Orientation

Taux de réponse : 100%

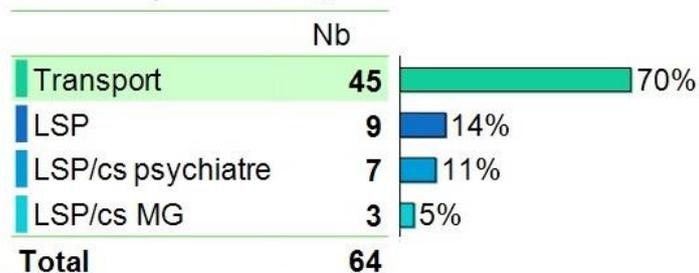


Figure 19 : Orientation des patients

Parmi les patients transportés vers une structure hospitalière, 23 patients ont été orientés vers le CHU de Nantes, 12 patients vers la Cité Sanitaire de Saint Nazaire, et 3 aux urgences du CH de Châteaubriant.

8) Complétude du questionnaire

Sur les 64 appels inclus seulement 63% avaient leur risque complètement renseigné (n=40). Les items les plus rigoureusement renseignés portent sur l'âge, le sexe et l'environnement familial.

Les items les moins bien renseignés portent sur la capacité du patient à garantir ses gestes ultérieurs (22% ; n=14), suivi de la consommation d'alcool (6% ; n=4), d'antécédants de TS (5% ; n=3) et l'absence de lien social (5% ; n=3).

CHU de Nantes
Evaluation du score RUD

Résultats
Evaluation du RISQUE

Les items RISQUE renseignés de manière exhaustive :

- Homme
- < 19 ans
- > 45 ans
- Séparé, divorcé, isolé

Les items RISQUE "plus difficiles" à renseigner :

- | | |
|---|---------------------|
| • Incapacité de garantir ses gestes ultérieurs | (14 non renseignés) |
| • Consommation d'alcool ou de toxique | (4 non renseignés) |
| • Antécédent de tentative de suicide | (3 non renseignés) |
| • Absence de lien social significatif | (3 non renseignés) |
| • Patient délirant ou confus | (2 non renseignés) |
| • Patient déprimé ou désespéré | (1 non renseigné) |
| • Intention suicidaire exprimée ou geste organisé | (1 non renseigné) |



Unité Evaluation et Risques Cliniques (ERIC)
Service de Santé Publique
PHU 11

12

Tableau 5 : Listes des items risque les mieux et moins bien remplis

Le niveau d'urgence a été renseigné pour l'ensemble des appels inclus (n=64).

6% des appels n'ont pas de niveau de dangerosité renseigné (n=4).

Seulement 58% des feuilles de recueil ont été remplies de manière exhaustive (n=37), avec un niveau de risque, d'urgence et de dangerosité renseignés.

B. Orientation des patients

1) Conformité de l'orientation du patient

Selon les critères fixés au préalable, 27% des orientations ne sont pas conformes (n=17). Pour rappel, tout patient présentant un niveau de risque, d'urgence ou de dangerosité faible ou intermédiaire peut être laissé sur place. Des lors que le patient présente un score RUD intermédiaire avec une perte de la rationalité des idées ou une consommation de toxiques, il doit être alors être transporté aux urgences.

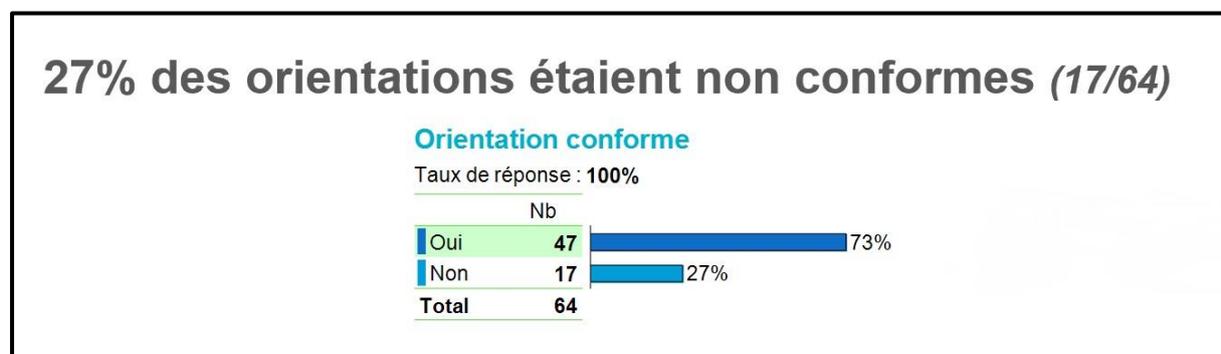


Figure 20 : Taux de conformité des orientations

2) Orientation selon conformité

a. Orientations non conformes

27% des dossiers n'ont pas une orientation conforme (n=17).

i. Patient orienté en excès vers une structure d'urgence

Sur ces 17 dossiers, 47% des patients ont été orientés vers un service hospitalier pour une évaluation (n= 8) alors que leurs niveaux de RUD ne le justifiaient pas. Ils représentent 12,5% des appels inclus (n=8).

25% ont un score RUD faible (n=2) et 75% ont un score RUD intermédiaire sans notion de prise de toxique, de délire ou de confusion (n=6). 50% de ces patients présentent un antécédent de tentative de suicide (n=4).

88% de ces patients ne sont pas alcoolisés (n=7), pour le patient restant cette donnée n'est pas renseignée (n=1).

38 % disposent d'un entourage familial (n = 3).

Le score RUD de ces patients est représenté ci-dessous :

	Risque	Urgence	Dangerosité
Patient 1	Intermédiaire	Faible	Intermédiaire
Patient 2	Faible	Faible	Faible
Patient 3	Intermédiaire	Intermédiaire	Faible
Patient 4	Faible	Faible	Faible
Patient 5	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire
Patient 6	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire
Patient 7	Intermédiaire	Intermédiaire	Faible
Patient 8	Intermédiaire	Faible	Faible

Tableau 6 : Score RUD des patients orientés en excès vers les urgences

ii. Patient laissé sur place par excès

53% des orientations non conformes concernent des patients qui ont été laissés sur place alors que le score RUD était assez élevé pour justifier d'une évaluation rapide dans un service d'urgence (n=9).

Sur les 9 patients laissés sur place, 56% ont pour consigne de consulter un psychiatre ou un médecin généraliste dans les 24-48h (n=5) et 44% n'ont pas de consignes de reconsultation (n=4).

78% des patients laissés sur place par excès ont avoué une consommation de toxique (n=7) et 11% présentent une altération de leur raisonnement (n=1).

56% des patients laissés sur place ont un antécédent de tentative de suicide (n=5) et 33% sont isolé socialement (n=3) c'est-à-dire sans conjoint ni lien social significatif.

Le score RUD de ces patients est représenté ci-dessous :

	Risque	Urgence	Dangerosité
Patient 1	NR	Faible	Faible
Patient 2	Intermédiaire	Intermédiaire	Faible
Patient 3	Intermédiaire	Faible	Faible
Patient 4	Intermédiaire	Faible	NR
Patient 5	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire
Patient 6	Intermédiaire	Faible	Faible
Patient 7	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire
Patient 8	Elevée	Faible	Faible
Patient 9	Elevé	Intermédiaire	Intermédiaire

Tableau 7 : Score RUD des patients laissés sur place par excès

b. Orientations conformes

73% des orientations sont conformes à l'orientation idéale pré définie (n=47).

Concernant le niveau de risque du score RUD, 11% des orientations conformes sont à risque faible (n=5), 45% sont à risque intermédiaire (n=21), 36% sont à risque élevé (n=17). Pour 8% des patients le risque n'est pas calculable (n=4).

21% sont laissés sur place (n=10) et 79% sont orientés vers une structure hospitalière (n=37).

i. Patient orienté vers une structure d'urgence

Parmi les 37 patients transportés aux urgences de manière conforme 73 % présentent au moins un item du score RUD élevé (n=27).

27 % des patients présentent un score RUD intermédiaire (n=10), ces patients sont sous l'emprise de toxique pour 70% d'entre eux (n=7) et confus ou délirants pour 30% d'entre eux (n=3). Aucun de ces patients ne présente un tableau de confusion ou de délire dans un contexte d'alcoolisation.

Le score RUD des patients avec un item intermédiaire ayant consommé un toxique ou avec perte de rationalité des idées est représenté ci-dessous :

	Risque	Urgence	Dangerosité
Patient 1	NR	Faible	Faible
Patient 2	Intermédiaire	Faible	Faible
Patient 3	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire
Patient 4	Intermédiaire	Intermédiaire	NR
Patient 5	Intermédiaire	Faible	Faible
Patient 6	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire
Patient 7	Intermédiaire	Faible	Faible
Patient 8	Intermédiaire	Faible	Faible
Patient 9	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire
Patient 10	Intermédiaire	Faible	Intermédiaire

Tableau 8 : Score RUD des patients à risque orientés de manière conforme vers une structure d'urgence.

Parmi ces patients au score RUD intermédiaire alcoolisés sans perte de rationalité des idées, 57% dispose d'un entourage familial (n=4).

ii. Patient laissé sur place

L'ensemble des items de risque, d'urgence et de dangerosité sont faibles pour ces patients.

10% sont sous l'emprise de toxique (n=1). 40% ont un antécédent de tentative de suicide (n=4) et 40% ne disposent pas d'entourage familial (n=4).

Parmi ces patients 50% sont réorientés vers une consultation externe chez le médecin généraliste ou le psychiatre (n=5).

3) Conformité selon jour de la semaine

L'orientation du patient est conforme dans 75% des cas en semaine (n=36) et dans 69% des cas le week-end (n=11). Il n'y a pas de différence statistiquement observable (p=0,62).

Orientation conforme selon le jour de la semaine

	Oui		Non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Semaine	36	75%	12	25%	48	100%
Week-end	11	69%	5	31%	16	100%

Tableau 9 : Taux de conformité selon la période de la semaine

4) Conformité selon tranche horaire

L'orientation du patient est conforme dans 76% des cas sur la tranche horaire de jour (n=22) et dans 71% des cas sur la tranche horaire de nuit (n=25). Il n'y a pas de différence statistiquement observable (p=0,69).

Orientation conforme selon l'heure

	Oui		Non		Total	
	N	% cit.	N	% cit.	N	% cit.
Jour	22	76%	7	24%	29	100%
Nuit	25	71%	10	29%	35	100%

Tableau 10 : Taux de conformité selon la tranche horaire

5) Conformité selon erreur de calcul du risque

15,6% des questionnaires RUD comportent une erreur de calcul du niveau de risque (n=10). 90% de ces erreurs sous évaluent le risque (n=9) tandis que 10% sur évaluent le risque (n=1). Les détails sont les suivants :

70% des questionnaires sous évaluent le niveau de risque puisqu'un niveau initial retenu intermédiaire était en réalité élevé (n=7). 5 de ces patients ont néanmoins été adressés aux urgences, cela n'a donc pas affecté leur prise en charge. Par contre 2 patients ont été laissés sur place alors qu'ils relevaient d'une évaluation aux urgences.

Pour 20% des patients, le niveau faible retenu par le régulateur était en réalité intermédiaire. Ceci n'a pas impacté le degré de conformité (n=2).

Pour 10% des patients, l'erreur sur évalue le niveau de risque, le niveau initial retenu élevé était après correction intermédiaire (n=1). L'orientation reste conforme car le patient était sous l'emprise de l'alcool et justifiait d'une évaluation aux urgences.

C. Ressenti et retour des régulateurs

Le questionnaire permettait d'apporter un commentaire libre en fin de recueil, le tableau ci-dessous regroupe les commentaires laissés par les régulateurs.

Commentaires apportés à la fin du questionnaire selon orientation conforme oui/non :

Orientation conforme	Commentaires
Oui	Antécédant psy et isolement justifiant le transport
Oui	SPDT via SOS et gendarmerie
Oui	risque de pendaison
Oui	transporté par la mère aux urgences pédiatriques
Oui	urgences chateaubriant
Oui	ambulance urgences psy
Oui	HDT famille SOS médecin
Oui	ATCD Psy bipolaire traité par IDE psy a domicile
Oui	hospit demandé par le patient
Oui	cité sanitaire
Oui	chu avec mobile med
Oui	corde autour du cou
Oui	Accepte proposition d'hospitalisation
Oui	OH avec idées noires CHU
Oui	urgences psy saint Nazaire
Oui	appels itératifs ayant conduit a une demande de transport
Oui	accepte hospitalisation
Oui	bipolaire sur le versant dépressif demande une hospitalisation car velléité suicidaire avec expression claire du passage a l'acte
Oui	ATCD psy TS
Oui	contexte bipolaire
Oui	conseil
Non	menaces et refus de soins, rappeler si besoin
Non	patient médecin
Non	épuisement psychologique
Non	Vient seul aux urgences
Non	mineur en famille d'accueil

Unité Evaluation et Risques Cliniques (ERIC)

Service de Santé Publique

PHU 11

19



Tableau 11 : Commentaires libres en fin de recueil

L'avis des régulateurs sur le questionnaire a également été recueilli tout le long du travail d'inclusion. Il faisait l'objet de discussions informelles reprenant l'avis des régulateurs.

La plupart trouvaient ce questionnaire utile. Un des régulateurs m'a informé utiliser régulièrement ce questionnaire lors de ses gardes de médecin mobile et ce depuis sa découverte pour cette étude.

Pour certains régulateurs, certains items manquent de clarté, pour beaucoup le dernier item du niveau de risque « incapacité à garantir ses geste ultérieurs » reste flou.

Suite à la période d'inclusion, un questionnaire formalisé de recueil d'avis a été envoyé par mail (annexe 3).

4 régulateurs ont répondu à ce questionnaire. Ils ont tous utilisé le questionnaire et ont trouvé son utilisation facile.

Un des régulateurs précise qu'il faut l'avoir déjà étudié une fois avant utilisation et qu'il sert de trame d'interrogatoire.

A la question des améliorations que nous pourrions apporter au questionnaire ou à la prise en charge des patients à risque suicidaire, ils répondent : que « c'est difficile de modéliser le risque suicidaire même après quarante ans de pratique », que « l'accès au dossier médical du patient pourrait être une aide », qu'avoir « un lien avec une IDE de psychiatrie pouvant rappeler les patients le lendemain pourrait être une alternative de passage aux urgences ».

Lors des discussions informelles réalisés lors de mes passages à la régulation, la proposition d'un « permanencier de psychiatrie qui recevrait et régulerait uniquement les appels pour troubles de l'humeur » a également été proposé.

DISCUSSION

V. Discussion

Les médecins régulateurs du SAMU 44 sont très régulièrement sollicités pour des appels relevant d'une crise suicidaire. Ces appels sont parfois complexes à gérer puisqu'ils peuvent conduire à une mauvaise évaluation du niveau de risque suicidaire et entraîner le passage à l'acte et le décès du patient. Pour faciliter la prise en charge de ces appels, ils ont la possibilité de s'appuyer sur des outils et des scores. Le score RUD fait partie des outils mis à leur disposition.

C'est dans le contexte de la régulation médicale que son utilisation a été évaluée afin de déterminer son degré de connaissance et d'utilisation au sein de notre service dans le but de clarifier une conduite à tenir quant à l'orientation des patients sollicitant le SAMU centre 15. La finalité étant de coller au mieux aux enjeux nationaux que représentent la prévention et la prise en charge du suicide.

Notre discussion abordera dans un premier temps la conformité de l'orientation des patients puis la connaissance et l'utilisation du questionnaire en pratique courante et enfin nous nous intéresserons au contexte actuel et aux perspectives d'avenir avant d'évoquer les limites et biais de notre étude.

A. Conformité de l'orientation

Sur les appels relevant d'une crise suicidaire reçus à la régulation, 70% ont conduit à une orientation vers les urgences tandis que 30% des patients ont été laissés sur place. Parmi ces 30% de patients laissés sur place seulement la moitié a été réorientée vers son médecin généraliste ou son psychiatre référent pour une consultation à 24-48 heures.

Parmi ces appels, près d'un quart n'ont pas abouti à une orientation idéale conforme. Pour rappel, il a été acté après discussion avec nos collègues psychiatres, qu'il était légitime de laisser sur place les patients dont l'ensemble des items du score RUD était faible ainsi que ceux présentant un score RUD intermédiaire, à l'exception des patients sous l'emprise de toxiques ou ceux présentant un tableau de confusion ou de délire. Les patients se devaient d'être réorientés vers une consultation externe chez leur médecin généraliste ou leur psychiatre référent. Pour les autres, une consultation aux urgences paraissait nécessaire.

Dès lors que l'un des items se révélait de niveau élevé, la consultation aux urgences devait également s'imposer.

1) Orientations non conformes

a. Patient orienté par excès vers une structure d'urgence

Parmi les orientations non conformes, près de la moitié des patients ont été adressés par « excès » aux urgences alors que le score RUD ne le justifiait pas.

L'orientation vers les urgences en excès participe à la saturation des services d'urgence. Les urgences des centres hospitaliers de notre région, connaissent un surcroît d'activité et une augmentation croissante du nombre de leur passage quotidien depuis plusieurs années (21). Dans ce contexte, il paraît donc légitime de limiter l'orientation des patients aux urgences aux situations qui le nécessitent réellement.

Trois quart des patients présentaient un score RUD intermédiaire (sans notion de toxique, de délire ou de confusion) et parmi ces patients, l'ensemble avait un niveau de risque intermédiaire (à savoir 5 à 9 points cotés sur l'item risque). Les niveaux d'urgence et de dangerosité étaient faibles ou intermédiaires.

Un niveau de risque intermédiaire (et donc non faible) pousserait-il le régulateur à orienter vers les urgences ces patients dont le risque n'est pas négligeable ? Ce sentiment peut-être accentué par le fait que le score RUD présent dans le guide d'aide à la régulation ne propose pas de réelle conduite à tenir quant à l'orientation des patients (annexe 1). La mention d'un niveau de risque intermédiaire peut donc participer à l'inquiétude du régulateur et faciliter l'envoi vers une structure hospitalière. Il est donc primordial de développer de concert avec le service des urgences médico psychiatriques un protocole d'orientation clair et adapté à la prise en charge de ces patients et au niveau du score RUD et de ces différents items.

Lors de notre travail d'évaluation des pratiques, un état des lieux a été réalisé sur l'orientation des patients et une proposition d'orientation idéale a été formulée par nos collègues psychiatriques, celle-ci sera probablement à confirmer par un travail ultérieur.

Sur la totalité des patients adressés aux urgences par excès plus d'un tiers n'a pas exprimé d'intentionnalité suicidaire claire. Et de même plus d'un tiers des patients vus aux urgences dispose d'un entourage familial (non divorcé, non séparé). Lorsque que l'on entre dans le détail, c'est donc un tiers des patients adressés par excès aux urgences, sans intentionnalité suicidaire claire qui disposent d'un entourage familial.

Devant ces considérations, il est légitime de questionner la présence de ces patients aux urgences.

Le jugement du régulateur peut prendre en considération des facteurs qui ne sont pas présents dans le questionnaire. Les items s'intéressant à l'entourage du patient ne renseignent pas précisément sur la présence physique ou la fiabilité d'une personne ressource. Il n'est pas rare que ce soit cette personne ressource qui appelle le SAMU centre 15 car elle se sent débordée ou inquiète. Ces patients pourraient relever d'une surveillance à domicile mais le vécu de l'accompagnant n'est pas le même que celui du soignant, dès lors un temps d'écoute et de réassurance de l'entourage doit être primordial mais pas toujours facile à mettre en place lors de période où les flux d'appels sont importants. Ces appels peuvent générer une prise en charge parfois longue et majorer par conséquent les délais de régulation, ils pourraient donc nécessiter une filière téléphonique de prise en charge spécifique et dédiée. Dans l'intervalle, il paraît indispensable de formaliser une conduite à tenir avec l'entourage de l'appelant lorsque c'est celui-ci qui est à l'origine de l'appel.

b. Patient laissé sur place par excès

A l'inverse du paragraphe précédent, l'autre moitié des patients à orientation non conforme n'a pas été adressée aux urgences alors que le score RUD le justifiait.

La moitié de ces patients ont eu comme consigne de consulter leur médecin traitant ou leur psychiatre dans les 24 à 48h de l'appel initial, tandis que l'autre moitié n'a pas été réorientée vers une consultation externe.

Dès lors qu'un patient est amené à appeler le SAMU centre 15 pour une crise suicidaire, il serait légitime d'inviter systématiquement celui-ci à reconsulter un médecin si l'orientation hospitalière n'est pas retenue. Même lorsque le niveau est considéré comme faible, cette

précaution doit être prise. Le questionnaire recueille des facteurs de risque mais ne permet pas de prévoir l'évolution de l'état de santé mentale du patient. Il paraît donc bénéfique de l'inscrire dans un parcours de soin.

8 patients sur 10 laissés sur place étaient sous l'emprise de toxique. L'alcoolisation est un facteur majeur de passage à l'acte par levée d'inhibition, ce qui légitime une surveillance renforcée (22). D'autant plus que la prise de toxique peut également être un barrage à la relation entre le médecin et le patient (23). La communication et le recueil des données peuvent être difficiles à mettre en place. L'évaluation hospitalière de ces patients doit donc être plus rapidement envisagée (24).

La prise de toxique peut également être un vecteur d'agressivité, et dès lors que le médecin régulateur pense que le patient doit être hospitalisé et que son score RUD le justifie, il peut mobiliser un médecin effecteur pour mettre en place une hospitalisation sous contrainte. Le refus du patient et l'agressivité de ce dernier peuvent conduire le médecin à pratiquer une sédation. Ces situations conflictuelles pouvant mettre en danger le médecin, le régulateur ou le médecin effecteur pourraient alors se montrer réticent à mettre en place une hospitalisation sous contrainte. L'engagement conjoint des forces de l'ordre peut donc s'imposer dans ce contexte (25).

L'item « prise de toxiques » est manquante sur un nombre non négligeable de questionnaires, ce qui nous amène à nous demander si tous les régulateurs considèrent l'alcoolisation ou la prise de toxiques comme un facteur majeur de passage à l'acte.

La levée d'inhibition et le caractère fluctuant des idées suicidaires présentes lors d'une alcoolisation, rend difficile la prédiction du passage à l'acte c'est pourquoi les psychiatres préconisent une surveillance et une évaluation dès lors que le score RUD devient intermédiaire.

2) Orientations conformes

a. Patient orienté vers une structure d'urgence

Plus de la moitié des patients appelant le SAMU ont bénéficié d'une orientation hospitalière et en majorité ces orientations sont considérées comme conformes.

Dès qu'il existe un niveau de risque, d'urgence ou de dangerosité élevé, le transport est justifié vers les urgences pour la prévention et la surveillance du passage à l'acte.

La moitié des patients qui ont été adressés aux urgences selon un schéma conforme sont sous l'emprise de toxiques, notamment l'alcool.

La problématique se pose alors de l'orientation du patient puisque ces patients nécessitent une évaluation psychiatrique aux urgences mais celle-ci ne sera possible qu'une fois le patient dégrisé. En effet, tout patient alcoolisé qui est adressé aux urgences du CHU de Nantes pour une évaluation psychiatrique doit d'abord être évalué au sein du service des urgences générales pour une surveillance jusqu'à son dégrisement avant d'être transféré vers les urgences psychiatriques. La taille et l'état de saturation des urgences générales ne permettent pas toujours une surveillance dans des conditions de confort idéale. Lors de cette attente, parfois longue aux urgences, il peut être amené à côtoyer des situations difficiles qui peuvent conduire à une aggravation de son mal être ou à l'apparition d'une agitation.

Pour une partie de ces patients alcoolisés avec formulation d'idées suicidaires, celles-ci s'atténuent avec une normalisation du taux d'alcoolémie et pour une grande partie d'entre eux, ils ne sont pas hospitalisés après évaluation (24) (26) (27).

Se pose alors la question d'une solution intermédiaire autre que l'orientation hospitalière devant l'absence d'évaluation immédiate possible chez les patients avec un score RUD intermédiaire. Deux tiers des patients au score RUD intermédiaires orientés alcoolisés aux urgences déclarent un entourage social. Une surveillance à domicile par un proche pourrait être alors envisagée avant une consultation aux urgences dès qu'il est possible d'exposer à l'entourage des consignes claires de surveillance et de rappel. Faut-il pondérer ce score intermédiaire chez le patient alcoolisé à d'autres items (antécédents de tentative de suicide, entourage, niveau d'urgence ou de dangerosité) ?

Se pose également la question de la responsabilité légale. La jurisprudence admet que les établissements hospitaliers soient déclarés, sur le plan civil, responsable d'agissements de patients dont ils ont la garde. Le médecin quant à lui peut être déclaré pénalement coupable

d'atteinte involontaire à la vie ou à l'intégrité physique s'il n'empêche pas un patient en état d'ébriété de conduire un véhicule (28).

Enfin, il est utile de rappeler que bon nombre d'hôpitaux ne disposent pas de service de psychiatrie ni de psychiatre de garde sur place. Parfois les patients sont adressés aux urgences générales, notamment la nuit, même lorsqu'ils ne sont pas alcoolisés, pour une évaluation. Le patient y est gardé plusieurs heures avant une évaluation au matin par une équipe de psychiatrie.

Dès lors il paraît indispensable d'établir un cadre et une conduite à tenir clair au vu des différents items du score RUD afin de définir précisément quels patients relèvent d'une évaluation psychiatrique immédiate (qui pourra se faire aux urgences médico-psychologiques ou dans l'établissement psychiatrique du secteur), d'un passage aux urgences générales dans l'attente d'une évaluation psychiatrique, d'une surveillance à domicile dans l'attente d'une consultation aux urgences psychiatriques ou de la prise en charge ambulatoire.

b. Patient laissé sur place

Dans notre étude, un sixième des patients sont laissés sur place de manière conforme à l'orientation idéale proposée par nos collègues psychiatres mais seulement la moitié des patients laissés sur place dans le cadre d'une orientation conforme ont eu comme consigne de consulter un médecin généraliste ou un psychiatre à 24-48h.

Cela étant, notre questionnaire ne permet pas de recueillir la présence ou non d'un médecin traitant ou d'un psychiatre pouvant recevoir le patient dans ce délai de 24 à 48h. La démographie médicale et les difficultés d'accès au rendez-vous existent au sein de notre région. Il en est de même pour les délais de consultation dans les centres médico-psychologiques (CMP) qui voient leurs fréquentations augmenter avec le contexte sanitaire actuel (29).

Il apparaît nécessaire de développer des filières de soins ambulatoires dédiées à la prise en charge psychiatrique et ceux de la régulation médicale. C'est dans ce contexte que le service d'accès aux soins (SAS) pourrait intégrer une filière en santé mentale.

3) Impact du jour ou de l'horaire sur l'orientation des patients

Notre étude n'a pas permis de démontrer une différence significative concernant le taux de non-conformité selon le jour de la semaine ou la tranche horaire des appels passés concernant une crise suicidaire.

Cependant, 9 des 10 erreurs de calcul du niveau de risque ont eu lieu pendant la tranche horaire de nuit, pour la plupart entre 19h30 et minuit. Cette erreur de comptabilité peut être mise sur le compte de la fatigue du régulateur ainsi que du flux d'appel sur cette tranche horaire. Après la fermeture des cabinets médicaux, les patients sont orientés vers la régulation médicale. La tranche horaire 18-24H représente une partie conséquente du nombre d'appels (30).

Lors de ces erreurs de calcul, 9 des 10 dossiers sous évaluaient un risque. Cette erreur peut être préjudiciable pour certains patients qui malgré un niveau de risque élevé n'ont pas été orientés vers les urgences. L'intégration du questionnaire au système informatique permettrait une correction systématique de ces erreurs et une évaluation plus rigoureuse du niveau de risque.

Ce type de score à calcul automatisé existe déjà, intégré à des fiches reflexes au sein du logiciel de régulation, c'est le cas par exemple du score SPIA, score qui permet de prédire l'imminence de l'accouchement extrahospitalier. L'accès informatique permettrait également d'inclure une trame à l'interrogatoire.

B. Questionnaire RUD

1) Utilisation du questionnaire

a. Risque

Seulement 58% des scores RUD étaient complétés de manière exhaustive. Un tiers des questionnaires étaient donc remplis de manière partielle.

Pour sa part, la partie risque était remplie de manière exhaustive pour seulement deux tiers des recueils mais le score de risque était calculable pour 92% des dossiers.

Ce score dans sa globalité peut paraître long et fastidieux à remplir, il permet pourtant une trame à un interrogatoire bien conduit, et permet de n'omettre aucun des facteurs de risque à rechercher, l'antécédent de tentative de suicide est le plus important des facteurs prédictifs de récurrence (7). Une informatisation de ce score dans un logiciel de régulation pourrait donc permettre de guider l'interrogatoire téléphonique et limiter les erreurs de calcul pouvant fausser l'orientation des patients. Ce genre de processus étant déjà effectif, il est par exemple possible de calculer le score SPIA prédictif de l'imminence d'un accouchement inopiné, il pourrait être simple à mettre en place (31).

Au-delà d'une utilisation parfois partielle, certains items sont apparus comme peu compréhensibles par les médecins régulateurs. L'item « incapacité à garantir ses gestes ultérieurs » est l'item le plus souvent laissé vacant (22% des DRM). Il aurait pu être remplacé par « le patient ne peut pas garantir qu'il ne passera pas à l'acte », nous avons gardé la formulation telle qu'elle est présentée dans le guide d'aide à la régulation médicale mais nous pourrions envisager de clarifier ou d'expliquer chacun des items via une infobulle.

Les items « patient séparé, divorcé, isolé » et « absence de lien social significatif » ont également pu porter à confusion. Le premier item porte sur le facteur de risque de passage à l'acte après une séparation. Le second item s'oriente davantage vers l'absence de personne ressource et l'isolement social, qui est un autre facteur de risque.

b. Urgence

La partie urgence a été renseignée pour tous les recueils, elle concerne le délai avant le passage à l'acte. Cette information est donc systématiquement recueillie.

c. Dangersité

Un peu moins d'un dixième des questionnaires n'ont pas leur partie dangersité renseignée. Cette partie concerne essentiellement le moyen létal que le patient va utiliser.

On peut supposer que le moyen n'est pas systématiquement demandé ou récupérable si le patient n'a pas de planification précise ou lorsque le délai de passage à l'acte est proche (hospitalisation d'emblée) ou que le patient est difficilement interrogeable.

La considération du moyen envisagé est importante. Certains moyens tels que l'utilisation des armes à feu, ou la pendaison font consensus sur la létalité. Les intoxications médicamenteuses volontaires quant à elles ont un niveau de létalité variable selon la molécule, la dose ingérée et la surveillance d'une tierce personne pouvant intervenir pour limiter les prises.

Les modalités de tentatives de suicide ou de suicide sont bien connus (tableau 3 et 4) et varient selon le sexe. Le principal moyen de tentative de suicide avec passage aux urgences est l'intoxication médicamenteuse volontaire. Les modalités de tentative de suicide des patients survivants transportés aux urgences ne sont pas les mêmes que ceux des certificats de décès. Ceci nous montre l'importance du critère de dangerosité. La profession du requérant n'est pas recueillie par le questionnaire, pourtant certaines professions sont plus à risque. Les policiers et gendarmes disposent d'une arme à feu, les médecins disposent d'une connaissance et d'un accès aux molécules pharmaceutiques. Le recueil de cette donnée et la mise à distance de la méthode retenue doit faire partie de nos recommandations.

2) Connaissance et formation

Le recueil de données a été précédé d'un temps d'évaluation des connaissances et de formation des régulateurs. Un mail (annexe 2 et 3) contenant un questionnaire a été transmis à l'ensemble des régulateurs médicaux. Ce questionnaire avait comme objectif de recueillir les connaissances des différents médecins et de rappeler les différents items constituant le score RUD.

La faible réponse à ce questionnaire permet tout de même de porter le constat d'une faible connaissance et d'utilisation de ce score en pratique courante. Seule une petite partie des régulateurs intervenants au SAMU 44 ont utilisé ce score et près d'un tiers des dossiers ne sont pas correctement complétés.

Il semble nécessaire si nous devons généraliser l'utilisation du score RUD de prévoir un temps de sensibilisation au risque suicidaire et un temps de formation supplémentaire auprès de nos médecins régulateurs quant à son utilisation.

C. Le contexte sanitaire

La période du recueil, de novembre 2020 à avril 2021, a été concomitante de la crise sanitaire causée par la pandémie de COVID 19. Cette période a créé un contexte anxigène majeur.

Trois confinements ont été mis en place et 2 de ces confinements ont eu lieu pendant notre phase de recueil.

Ces périodes ont pu marquer une diminution de l'offre de soins (annulation de rendez-vous médicaux aux CMP, chez le médecin traitant, report d'hospitalisation...), tout autant de consultations pouvant conduire à un dépistage et aux soins des troubles de l'humeur. Le lien social entre les patients s'est trouvé entravé, pouvant limiter le champ d'action des personnes ressources et majorer le nombre d'appels au 15.

Le dispositif OSCOUR (32) qui permet un suivi hebdomadaire des hospitalisations via les urgences, par le recueil de la cotation CIM 10 (33) et le bulletin épidémiologique du mois de septembre 2021 de santé publique France nous informe d'une majoration de passage aux urgences chez les 11 ans et plus en Pays de la Loire pour tentative de suicide en 2021 (+10% comparativement à 2019). Cette majoration est d'autant plus marquée chez les 11-17 ans. De même, on note une majoration de passage aux urgences pour idées suicidaires en 2020, +17% comparativement à 2019 et +62% comparativement à 2018 (34).

Du côté de SOS médecin, on dénombre une augmentation de sollicitation pour état dépressif et angoisse chez les plus de 15 ans depuis le second confinement.

D. Perspectives envisagées pour l'avenir

1) Les moyens de prévention

La prévention du suicide est un objectif de santé public donnant lieu à des recommandations régulières. L'ONS a publié quatre rapports (35) depuis 2014 :

- état des lieux et perspectives de recherche
- connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives

- enjeux éthiques de la prévention, singularité du suicide à l'adolescence
- quels liens avec le travail et le chômage ?

Ces rapports étayent par des données statistiques le travail de prévention.

Le rapport de prévention de santé publique France (36) nous donne des pistes de prévention du risque de passage à l'acte.

La restriction des moyens létaux est une première mesure qui peut être mise en place et ce dès l'appel téléphonique au SAMU centre 15. Notre étude a montré qu'un dixième des appels ne recherchait pas le moyen léthal envisagé par le patient. Lorsqu'il est décidé de laisser le patient à domicile sous la surveillance d'un proche, ce dernier pourrait bénéficier de consignes systématiques d'éviction : médicaments, armes à feu, cordage, objets tranchants, clefs de voiture.

Le maintien du contact avec les patients sortis d'hospitalisation suite à une tentative de suicide fait partie des recommandations de prévention. C'est dans ce cadre que le dispositif Vigilans a été mis en place en 2015 (37). Toute personne hospitalisée pour une tentative de suicide se voit proposer son inclusion dans Vigilans au moment de sa sortie. Une « carte ressource » lui est alors remise lui indiquant le numéro de téléphone où elle pourra joindre les « vigilanseurs », des soignants formés qui pourront répondre efficacement à un appel en cas de mal-être ou de problème. L'inclusion à ce dispositif pourrait être recherchée par le médecin régulateur dans le but d'activer un suivi. Dans ce cas, c'est le dispositif qui se charge de rappeler le patient pour suivre l'évolution de son état de santé mentale. Dans la région, ce dispositif est porté par le CHU d'Angers (38).

Par ailleurs, il existe des dispositifs d'écoute et d'intervention, ceux-ci ont un impact positif sur la réduction des taux de suicide (SOS amitié...) (39). Le niveau de risque de la population joignant le SAMU 44 est très varié (12% faible, 56% intermédiaire, 32% élevé). En fonction du niveau de risque et de l'orientation optée en fin de régulation, une solution de suivi peut être proposée. Pour les patients à risque faible, orienter le patient vers les associations d'écoute tel que SOS amitié (en plus du médecin traitant) peut être une solution de suivi.

Les interventions qui ont montré un impact sur la réduction des taux de suicide portaient sur des formations continues ou répétées, dispensées à une large proportion de médecins sur un même territoire (40) (41). Dans le cadre de la formation continue, les médecins libéraux des pays de la Loire ont pu bénéficier d'une formation de dépistage des idées suicidaires. Au sein du SAMU 44, ce sont des médecins généralistes libéraux, qui en plus de leur activité de ville viennent réguler en journée, en soirée ou le week-end. Leur formation est autonome, indépendante de la régulation et ne conditionne pas l'intégration à ce service. Ce travail montre la probable nécessité de nouvelles formations quant à la prise en charge de ces crises suicidaires en régulation et notamment en ce qui concerne le score RUD.

2) L'organisation en régulation médicale

Depuis mai 2021 le service de régulation médicale du CHU de Nantes s'est vu attribuer le projet pilote du service d'accès aux soins prévu par le Ségur de la santé et le pacte de refondation des urgences. Le SAS est un nouveau service qui vise à offrir à chaque citoyens une réponse à sa demande de soins vitaux, urgents et non programmés (42).

Cette nouvelle organisation du service permet un rapprochement étroit avec les soins de ville.

Chaque citoyen pourra accéder 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à un professionnel de santé. Après la création d'un dossier et la mise en contact avec un médecin régulateur, une solution adaptée au besoin de santé sera proposée (conseil médical, prescription en lien avec une pharmacie, organisation d'une consultation ou d'une téléconsultation, organisation d'une visite à domicile ou envoi d'un moyen de secours). Le SAS s'appuie pour cela sur une plateforme digitale conçu pour améliorer le lien avec les différents professionnels de santé.

Pour assister les médecins régulateurs, des opérateurs de soins non programmés (OSNP) ont été créés. L'OSNP a pour mission d'assister le médecin régulateur en sollicitant le médecin traitant ou à défaut de trouver le professionnel de santé ou la structure de santé adaptée à la décision du médecin. Il pourra prendre directement rendez-vous avec les professionnels de santé concernés. Pour s'aider, il aura accès à l'agenda partagé. Cet agenda, géré et renseigné par les professionnels de soins consiste à mettre à disposition du service de

régulation médicale des créneaux de consultation qui pourront être sollicités en cas de nécessité.

Les acteurs de la santé mentale pourraient être intégrés à ce dispositif. Ainsi on peut imaginer des créneaux de consultation en psychiatrie de ville (psychiatre libéraux, CMP) ou hospitalière qui seraient dédiées à la prise en charge de ces patients.

Ces acteurs pourraient également intégrer la régulation médicale via le SAS afin de mettre en place une ligne téléphonique pour la gestion de la santé mentale au sein de la région, ligne accessible aux professionnels de santé ou aux patients. Il pourrait être envisagée une présence médicale et infirmière pour répondre aux sollicitations des usagers, dédier un temps de rappel des patients ayant contacté le 15 et dont la régulation médicale a abouti à un laissé sur place.

Dans la continuité du cadre de la feuille de route santé mentale et psychiatrie de 2018 (43) confirmé par le Ségur de la santé, le CHU de Lille s'est vu confier depuis septembre 2021 l'organisation et le lancement d'un numéro national de prévention du suicide (44). Il s'agit d'un numéro permettant une prise en charge sanitaire immédiate et adaptée. Les objectifs de ce numéro sont de permettre aux personnes suicidaires d'accéder 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 gratuitement par téléphone ou messagerie à un service professionnel d'écoute, d'information, d'évaluation, d'intervention et d'orientation. Ce service doit également prendre en charge les appels des régulateurs du centre 15 ou d'autres dispositifs d'aide à distance identifiés comme relevant de la prévention, de la prise en charge ou de l'orientation des personnes suicidaires. Les intervenants pourront apporter conseils et avis spécialisés aux accompagnants de personnes suicidaires tout comme aux professionnels de soins. Ce dispositif devrait être décliné au sein de la région des Pays de la Loire au sein du CHU d'Angers (45).

E. Limite et biais du travail

Notre étude est descriptive, prospective, monocentrique et non interventionnelle et comme tout travail de ce type, l'interprétation des résultats doit rester prudente.

1) Recueil de données

Sur la période de recueil de données, le SAMU 44 a reçu près de 2963 appels pour « troubles d'ordre psychologique ». Il est cependant difficile de quantifier avec précision le nombre d'appels relevant d'une crise suicidaire qui auraient pu être inclus à notre travail puisque la terminologie « crise suicidaire » n'est pas un item de cotation présent dans le logiciel de régulation. 219 appels concernaient un appel pour syndrome dépressif sans que l'on ne puisse clairement les qualifier de crises suicidaires.

L'absence d'utilisation de notre questionnaire de façon systématique même en l'absence d'utilisation du score ne permet pas de quantifier le nombre d'appel pour crise suicidaire.

Un passage régulier auprès des régulateurs a permis une difficile inclusion de 64 appels. La période d'inclusion étant de 155 jours, cela correspond à une inclusion tous les 2,4 jours en moyenne, or ces appels pour crise suicidaire sont quotidiens au SAMU centre 15.

Cette moyenne peut être en partie liée à la difficulté qu'ont eu les régulateurs à inclure. La définition d'une crise suicidaire peut paraître complexe et certains régulateurs ne choisissaient d'inclure que les patients avec une formulation suicidaire claire, d'autres dès l'apparition d'idées noires sans velléité suicidaire franchement formulée.

L'HAS est quant à elle claire et définit la crise suicidaire comme une crise psychique dont le risque majeur est le suicide.

La crise suicidaire peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à une impossibilité ressentie d'échapper à cette impasse. Elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte. La tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.

La crise suicidaire n'est pas un cadre nosographique simple. C'est un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation. Elle peut être difficile à identifier (6).

Cela renforce donc la nécessité de s'appuyer sur des scores validés.

2) Questionnaire RUD et orientation des patients

Pour cette étude, nous avons utilisé le score RUD tel que proposé dans le guide d'aide à la régulation médicale. L'étude bibliographique réalisée n'a retrouvé aucune publication d'évaluation du score au sein des différents services de régulation en France. La majorité des études réalisés portant sur l'évaluation des échelles du risque suicidaire sont menés dans un contexte de suivi post hospitalisation (46) (14) (15). La régulation médicale est un cadre différent.

La partie risque du score RUD présent dans le guide d'aide à régulation médicale s'inspire des échelles de risque SAD PERSONS (annexe 5) et SAD PERSONS modifié (annexe 6) sans en respecter scrupuleusement les items et points les constituants.

Le score RUD présent dans le guide d'aide à la régulation médicale, ne donne pas de conduite à tenir selon le score obtenu, à l'inverse du SAD PERSONS modifié (47) (annexe 6).

Nous avons donc convenu d'une orientation idéale selon le score RUD avec le psychiatre référent des urgences médico-psychiatriques du CHU de Nantes. Il a été décidé que tous patients dès lors qu'il présentait un score RUD élevé sur un de ses items ou intermédiaire, avec la notion d'une consommation de toxiques ou de perte de rationalité des idées (confusion ou idées délirantes) devaient être adressé aux urgences pour évaluation.

Cette orientation n'a pas été transmise aux régulateurs, le guide d'aide à la régulation lui-même ne donnant pas de conduite à tenir (annexe 1). L'orientation était laissée au seul jugement du régulateur, qui a pu être influencé par le score du questionnaire.

Enfin, le questionnaire RUD ne prend pas en compte le nombre d'appels pour le même patient. Dans les protocoles de régulation, le rappel par un patient pour la même problématique doit être considéré comme un facteur de gravité et conduit plus volontiers à une consultation médicale rapide.

Par ailleurs, l'absence d'accès au dossier médical des patients orientés vers les différents services d'urgence ne nous a pas permis d'évaluer la pertinence de l'orientation.

CONCLUSION

VI. Conclusion.

Le score RUD est le score d'évaluation du risque suicidaire publié dans le guide d'aide à la régulation médicale. Ce score permet de déterminer en associant le calcul d'un score de risque à un degré d'urgence et de dangerosité le niveau de risque suicidaire du patient sans pour autant en déterminer une orientation claire.

Notre étude menée au sein de la régulation médicale du SAMU 44 a permis de révéler que ce score est peu utilisé en pratique courante et lorsqu'il est utilisé, il n'est entièrement renseigné que deux fois sur trois.

Notre travail a également montré que près d'un tiers des patients contactant le 15 pour une crise suicidaire ne sont pas orientés de manière conforme au niveau de risque défini par ce score RUD et déterminé en amont de notre travail avec les psychiatres du CHU de Nantes.

En vue de l'optimisation de l'orientation du patient, il est impératif de structurer la prise en charge de ces appels au 15 en généralisant l'utilisation du score RUD auprès des différents médecins régulateurs.

Cela nécessitera la mise en place d'un plan de formation indispensable auprès de nos régulateurs ainsi que le développement d'outils informatiques permettant d'intégrer le questionnaire au logiciel de régulation. En amont, il paraît capital de définir une conduite à tenir selon le score obtenu, avec les acteurs de la santé mentale dont la finalité sera à valider par la poursuite de ce travail.

L'évolution de la régulation médicale dans les années à venir au travers notamment de la mise en place du service d'accès aux soins doit permettre d'intégrer une filière dédiée à la santé mentale afin de faciliter l'orientation de ces patients.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

1. OMS | Suicide [Internet]. WHO. [cité 18 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/suicide/fr/>
2. OMS | Données et statistiques sur le suicide [Internet]. WHO. [cité 22 avr 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/
3. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. juin 2002;159(6):909-16.
4. Turbelin C, Jehel L, Boelle P-Y, Kieffer A, Blanchon T, Flahault A. Recours au médecin généraliste avant un acte suicidaire. /data/revues/03987620/005605SS/08004860/ [Internet]. 8 sept 2008 [cité 23 nov 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/182011>
5. Syndicat national de l'aide médicale urgente. Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15. Paris, France: SFEM éd.; 2009. 517 p.
6. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 23 nov 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
7. ons2016_mel_220216.pdf [Internet]. [cité 23 nov 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf
8. SPF. Accueil [Internet]. [cité 1 août 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/>
9. Accueil | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
10. Notre organisation | ORS Pays de la Loire [Internet]. [cité 1 août 2021]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/qui-sommes-nous/notre-organisation>
11. Nos publications | ORS Pays de la Loire [Internet]. [cité 25 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.orspaysdelaloire.com/publications?publication=180&page=3>
12. 2020_bs2017_Troubles_SanteMentale_6.pdf [Internet]. [cité 1 août 2021]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_bs2017_Troubles_SanteMentale_6.pdf
13. Annexe_4 Définition de l'EDC selon le DSM-5 (proposition de traduction). :1.
14. Bolton JM, Spiwak R, Sareen J. Predicting Suicide Attempts With the SAD PERSONS Scale: A Longitudinal Analysis. *J Clin Psychiatry*. 15 juin 2012;73(6):735-41.

15. Saunders K, Brand F, Lascelles K, Hawton K. The sad truth about the SADPERSONS Scale: an evaluation of its clinical utility in self-harm patients. *Emerg Med J*. 1 oct 2014;31(10):796-8.
16. Recommandations courtes de la conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » [Internet]. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/texcourtsuic.html>
17. Échelle de Dépression de Montgomery et Asberg [Internet]. Apprendre les TCC. [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/catalogue/tests-psychologiques/echelle-madrs.html>
18. Masson E. Validation de l'échelle d'évaluation du risque suicidaire RSD après tentative de suicide chez 320 patients hospitalisés dans un service d'urgence [Internet]. *EM-Consulte*. 2009 [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/216353/validation-de-lechelle-devaluation-du-risque-suici>
19. Drapeau M, Blouin L, Guay J-P. Validité prédictive du Suicide Probability Scale auprès d'une population carcérale masculine séjournant en centre psychiatrique. *Rev Psychoéducation*. 2018;47(2):255-63.
20. Hawes M, Yaseen Z, Briggs J, Galynker I. The Modular Assessment of Risk for Imminent Suicide (MARIS): A proof of concept for a multi-informant tool for evaluation of short-term suicide risk. *Compr Psychiatry*. 1 janv 2017;72:88-96.
21. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6852.html>
22. Blairy S. 15. L'alcool favorise-t-il le passage à l'acte suicidaire ? [Internet]. *Mardaga*; 2015 [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-alcool-en-questions--9782804702724-page-77.htm>
23. Alcoolisme et violence : dangerosité et relation médecin-malade [Internet]. *Revue Medicale Suisse*. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2011/revue-medicale-suisse-302/alcoolisme-et-violence-dangerosite-et-relation-medecin-malade>
24. Poncet F, Feral A. Le patient alcoolisé : un fléau oublié des urgences. *Decembre 2001*. 2001;(10):6.
25. *hospitalisation_sans_consentement_rap.pdf* [Internet]. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/hospitalisation_sans_consentement_rap.pdf
26. Stefan F, Le Galudec M, Walter M. Quels sont les critères d'hospitalisation en psychiatrie des patients suicidants ? 2011;12.

27. Moigne PL, Pisu F. Seulement s'ils veulent mourir. Les urgences générales face aux patients suicidaires. *Sci Soc Sante*. 12 avr 2019;Vol. 37(1):75-98.
28. FRANCK (Jérôme), FRANCK (Jérôme). Le patient alcoolique : quelle est la responsabilité juridique du médecin ? *Maladies de l'alcool. Patient Alcool Quelle Est Responsab Jurid Médecin Mal Alcool*. 2006;
29. Dupays S, Emmanuelli DJ. Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient. :132.
30. Adriaan D. Meilleure connaissance du flux d'appels de régulation libérale à La Roche-sur-Yon au SAMU centre 15 en 2020 : quelle est la part du flux, liée à l'absence de réponse médicale possible aux soins non programmés de la médecine générale aux heures d'ouverture des cabinets ? Nantes: Université de Nantes; 2021.
31. Score SPIA [Internet]. [cité 18 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.sfm.org/calculateurs/SPIA.htm>
32. Réseau OSCOUR® - Organisation de la surveillance coordonnée des urgences [Internet]. [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/reseau-oscour-R-organisation-de-la-surveillance-coordonnee-des-urgences>
33. L'OMS publie sa nouvelle Classification internationale des maladies (CIM-11) [Internet]. [cité 24 sept 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/fr/news/item/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))
34. SPF. Santé mentale en région Pays de la Loire. Point épidémiologique bimestriel du 23 septembre 2021. [Internet]. [cité 14 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/pays-de-la-loire/documents/bulletin-regional/2021/sante-mentale-en-region-pays-de-la-loire.-point-epidemiologique-bimestriel-du-23-septembre-2021>
35. Observatoire national du suicide | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 25 sept 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/observatoire-national-du-suicide>
36. SPF. Bulletin de santé publique Pays de la Loire. Février 2019. [Internet]. [cité 25 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/pays-de-la-loire2/bulletin-de-sante-publique-pays-de-la-loire.-fevrier-2019>
37. DGS_Céline.M, DGS_Céline.M. Le dispositif de recontact Vigilans [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 12 août 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans>
38. Capitaine A. CHU-ANGERS - Prévention du suicide : la cellule de recontact Vigilans s'établit au CHU d'Angers [Internet]. CHU-ANGERS. Audrey Capitaine; [cité 19 oct 2021].

Disponible sur: <https://www.chu-angers.fr/le-chu-angers/espace-presse/communiqués-de-presse/communiqués-année-2019/prevention-du-suicide-la-cellule-de-recontact-vigilans-s-etablit-au-chu-d-angers-87215.kjsp?RH=1548346601737>

39. info-depression.fr - Liens utiles [Internet]. [cité 13 août 2021]. Disponible sur: http://www.info-depression.fr/?page=liens_utiles

40. Rutz W, Wålinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring AL, von Knorring L, et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand.* janv 1989;79(1):19-26.

41. adsp n° 45 - La prévention du suicide [Internet]. [cité 25 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=86>

42. Service d'accès aux soins (SAS) : expérimentation en Loire-Atlantique pour garantir un accès aux soins partout et à toute heure [Internet]. [cité 7 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/service-daccés-aux-soins-sas-experimentation-en-loire-atlantique-pour-garantir-un-acces-aux-soins>

43. CAB_Solidarites, CAB_Solidarites. Feuille de route - Santé mentale et psychiatrie - Jeudi 28 juin 2018 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 15 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018>

44. Numéro national de prévention du suicide : les premiers centres régionaux répondants seront opérationnels le 10 septembre [Internet]. [cité 25 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.encephale.com/Actualites/Breves/2021/Numero-national-prevention-suicide-premiers-centres-regionaux-repondants-operationnels-10-septembre>

45. CAPITAINE A. CHU-ANGERS - 3114 : numéro national de prévention du suicide [Internet]. CHU-ANGERS. AUDREY CAPITAINE; [cité 19 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.chu-angers.fr/le-chu-angers/espace-presse/communiqués-de-presse/communiqués-année-2021/3114-numero-national-de-prevention-du-suicide-111131.kjsp?RH=1609424198303>

46. Info suicide. Info suicide.org actualités: ETUDE RECHERCHE Angleterre Précision des échelles de risque pour prédire la récurrence d'automutilation et le suicide [Internet]. Info suicide.org actualités. 2018 [cité 1 mai 2019]. Disponible sur: <https://blogdinfosuicide.blogspot.com/2018/08/etude-recherche-angleterre-precision.html>

47. Lampros Perogamvros, Ioana Chauvet, Grégoire Rubovszky. Quand référer aux urgences un patient présentant une crise suicidaire ? [Internet]. *Revue Médicale Suisse.* 2010 [cité 12 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-259/Quand-referer-aux-urgences-un-patient-presentant-une-crise-suicidaire>

ANNEXES

Annexes

Annexe 1 : RUD extrait du guide d'aide à la régulation médicale

Risque suicidaire
Le risque suicidaire peut être une urgence vitale immédiate car les ressources du sujet sont épuisées. Plus de 50% des patients suicidaires annoncent leur intention de vouloir mourir et 80% leur passage à l'acte suicidaire ; 40% récidivent après une tentative de suicide dont la moitié dans l'année.
Assistant de Régulation Médicale
Identifier l'appelant, le lieu d'intervention et le patient
Déterminer le niveau de priorité de régulation médicale : <ul style="list-style-type: none">• P1 : si notion de risque suicidaire imminent.• P2 : autres situations.
Chercher à savoir : Antécédent de tentative de suicide et modalités, intention et scénario exprimés (envahissement), sentiment d'impasse, prise de toxique et contexte de la crise.
Conseiller en attendant la régulation médicale : Demander à parler au patient ; si refus, recommander aux témoins de garder un contact physique et verbal avec lui pour le protéger du risque sans se mettre eux-mêmes en danger. Mettre en confiance le patient, tenir compte de sa détresse et lui exprimer la mise en place d'une aide. Poser des questions simples et directes du type « avez-vous envie de mourir ? ».
Adapter la décision si l'appel ne peut être régulé immédiatement : Envoi d'un moyen secouriste rapidement.
Médecin Régulateur
Régulation médicale
Éléments d'analyse et critères de gravité : <ul style="list-style-type: none">• Se préparer à un entretien téléphonique parfois long (brusquer le patient pour ne pas perdre de temps peut augmenter le risque). L'évaluation du potentiel suicidaire repose sur les 3 éléments indépendants du score R.U.D. (Risque épidémiologique = qui ? Urgence = quand ? Dangersité = comment ?).• Critères de gravité : contexte de vulnérabilité (isolement, absence de personne ressource, absence de contact, conflit, arrêt des soins...), élément précipitant ; intention suicidaire depuis moins de 48h, scénario suicidaire établi et moyen potentiellement léthal à disposition (lieu élevé, professionnel de santé, port d'arme, stockage de médicaments...) ; passage à l'acte imminent ; prise de toxique, trouble psychiatrique sous-jacent, impulsivité, antécédent de tentative de suicide ; enfant, adolescent ou sujet âgé.• Signes rassurants : pas d'intentionnalité du geste, ébauche de coopération par le dialogue, communication des coordonnées de tiers, acceptation de différer le geste, facteurs de protection.
Déterminer le niveau d'urgence : Pas de modélisation univoque ; pas de classification stricte des niveaux d'urgence : <ul style="list-style-type: none">• R1 : si risque RUD élevé.• R2 : critères de gravité.• R3 : signes rassurants.• R4 : pas d'idéation suicidaire.
Conseils médicaux :

- En attendant l'arrivée des secours : rester en ligne avec le patient, discuter la prise d'un anxiolytique ; installer le patient dans un environnement calme et sécurisé ; rester empathique et l'écouter.
- En l'absence de nécessité d'envoi des secours : informer le médecin traitant du patient avec son accord, sinon un tiers.

Niveau de soins attendu et bilan par le premier effecteur :

Secouristes : protection contre un comportement impulsif, paramètres vitaux si possible, confirmation des moyens de suicide disponibles (nature, accessibilité, létalité).

Médecin : évaluation du risque de passage à l'acte, administration d'un traitement si besoin, rédaction des certificats si une hospitalisation sous contrainte est nécessaire ; en cas de doute, évaluation psychiatrique.

Mise en condition et bilan par le SMUR :

Pas de spécificité sauf recherche de prise de toxique et éventuelles sédation et rédaction de certificats pour une hospitalisation sous contrainte.

Orientation du patient

- SU avec psychiatre : dans la majorité des cas et notamment si une intoxication médicamenteuse volontaire est associée.
- service agréé pour une hospitalisation sous contrainte : en cas de propos délirants caractérisés chez un patient connu pour ces troubles, ou en cas de refus de soins lors d'une volonté exprimée de suicide avec un moyen légal (en l'absence d'intoxication ou d'atteinte somatique associée).

Suivi de la régulation médicale

- Transmission directe de l'information à l'équipe de psychiatrie d'accueil.
- En cas d'hospitalisation sous contrainte, s'assurer des possibilités d'accueil (disponibilité, niveau de soins requis...).

Adaptation de la décision

En l'absence de dangerosité, moyen de transport sanitaire si un médecin ne peut être présent dans un délai acceptable ou accompagnement vers un SU par la famille ou une personne de confiance.

Aide au raisonnement

Score RUD d'évaluation du potentiel suicidaire :

- Intensité du **Risque (R)** : qui ?

Faible, moyen, élevé selon le total des points de l'échelle de Sadpersons : faible = 0-4 ; moyen = 5-9 ; élevé = 10-14

1- homme	1 point
2- âge <19 ans ou >45 ans	1 point
3- déprimé ou désespéré	1 ou 2 points
4- antécédent de tentative de suicide	1 point
5- éthyliste, abus de substances actuel	1 point
6- jugement détérioré par psychose ou confusion	1 ou 2 points
7- séparé, divorcé ou vie isolé	1 point
8- intention exprimée ou geste organisé	2 points
9- absence de lien social significatif	1 point
10- incapacité de garantir ses gestes ultérieurs	2 points

Degré d'**Urgence (U)** : quand ?

- faible : pas de scénario suicidaire précis, persistance de stratégies pour faire face à la crise, recherche de solutions à ses problèmes ; souffrance psychologique.

- moyenne : l'intention du suicide est claire, l'exécution du scénario est différable, le patient ne voit pas

d'autre recours que le suicide pour cesser de souffrir, le patient a besoin d'aide et l'exprime, il se trouve isolé ; fragilité émotionnelle.

- élevée : plan précis, accès immédiat au moyen légal, passage à l'acte prévu dans un délai de quelques jours, rationalisation de la décision ; patient très émotif, agité et troublé ; inertie psychique ou grande excitation ; souffrance omniprésente ou non exprimée ; sentiment d'impasse ; isolement majeur.

Niveau de **Dangerosité (D)** : comment ?

Faible, moyenne ou élevée, selon la létalité du moyen envisagé, l'accessibilité à des moyens létaux, l'accumulation de facteurs de risques.

Le refus de soins du patient ne peut pas être suffisant devant la présence d'un trouble mental. Une hospitalisation sous contrainte peut être justifiée pour le protéger de ses actes.

Se méfier des patients qui banalisent leur comportement ou changent soudain d'avis pour se rallier à la demande médicale et échapper à sa surveillance.

Hospitalisation sous contrainte : s'organiser précocement pour le bon déroulement de la procédure.

Annexe 2 : Le mail et le questionnaire de présentation et de mise à jour des connaissances adressé aux régulateurs

1. Le mail :

Chers confrères, chères consœurs,

Je me permets de vous contacter ce jour dans le cadre de ma thèse de recherche en médecine générale au sein du SAMU 44.

La régulation médicale est un maillon central de la prise en charge des urgences. Cette dernière permet une adaptation de la réponse médicale et une orientation optimale du patient.

Les crises suicidaires font partie des nombreuses urgences que le médecin régulateur est amené à évaluer. Pour ce faire, le régulateur peut s'appuyer sur l'utilisation du score RUD, celui-ci évalue le risque, l'urgence et la dangerosité du passage à l'acte suicidaire.

L'objectif de ma thèse est d'évaluer l'utilisation du score RUD, score permettant le calcul du risque suicidaire, présent dans le Guide d'aide à la régulation médicale dans le but de décrire les pratiques courantes au sein du service de régulation du SAMU Loire Atlantique. Aussi votre contribution me serait d'une grande aide.

Il s'agit d'une étude observationnelle.

Dans un premier temps je vous propose un rappel du score RUD.

Merci de renseigner ce questionnaire qui me permettra de faire un état des lieux de l'utilisation du score avant le recueil de données :

<https://forms.gle/o7huzVYfE6deH9tY6>

Il est très rapide à compléter.

Dans un second temps, **à partir du 23/11** vous aurez à votre disposition le score RUD.

Il doit être utilisé lors de tous les appels pour crise suicidaire.

Il se présente sous forme d'une feuille en format A4 avec des items à cocher permettant de calculer le risque suicidaire. Il sera disposé sur vos bureaux respectifs.

- Si le régulateur ne l'utilise pas : il devra uniquement remplir le n° du dossier DRM et l'orientation choisie.

- Si le régulateur l'utilise : il devra remplir la feuille. L'utilisation se veut simple et rapide avec des cases à cocher. Mais en aucun cas le résultat du score ne conditionne la prise en charge finale choisie par le régulateur, car après tout, l'intuition et l'expérience du régulateur ne sont pas prises en compte par les questionnaires.

Je vous serai donc infiniment reconnaissant de bien vouloir m'aider pour le recueil de données et ainsi participer à l'avancement des connaissances dans le domaine de la régulation médicale.

J'espère à terme que cette étude permettra de d'améliorer les outils pour aider le régulateur dans ses prises de décision.

Je suis à votre disposition si vous avez des questions.

A très bientôt.

2. Le questionnaire :

Thèse Marc Ozdemir

Utilisation du questionnaire RUD en pratique courante à la régulation du SAMU 44

INTRODUCTION

Bonjour, je me permets de vous solliciter dans le cadre d'une thèse de recherche en médecine générale.

La régulation médicale est un maillon central de la prise en charge des urgences.

Cette dernière permet une adaptation de la réponse médicale et une orientation optimale du patient.

Les crises suicidaires font partie des nombreuses urgences que le médecin régulateur est amené à évaluer. Pour ce faire, le régulateur peut s'appuyer sur l'utilisation du score RUD, celui-ci évalue le risque, l'urgence et la dangerosité du passage à l'acte suicidaire.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'utilisation du score RUD, présent dans le guide d'aide à la régulation médicale, dans le but de décrire les pratiques courantes au sein du service de régulation médicale du SAMU de Loire Atlantique.

Je vous serai donc infiniment reconnaissant si vous pouviez répondre à ce questionnaire.

Celui-ci est anonyme et me permettra de faire un état des lieux en amont du recueil de données.

1. Quelle est votre spécialité ?

Une seule réponse possible.

- Médecin généraliste
 - Médecin urgentiste
 - Autre :
-

2. Vous participez à la régulation téléphonique depuis :

Une seule réponse possible.

- Moins de 5 ans
 De 5 à 10 ans
 Plus de 10 ans

3. Vous participez en moyenne aux gardes de régulation :

Une seule réponse possible.

- Une fois par semaine ou d'avantage
 Une à deux fois par mois
 Moins d'une fois par mois

4. Utilisez-vous dans votre pratique courante en régulation des questionnaires ou échelles normalisés ? (Échelle de Hamilton, MADRS, EVA, Epworth ...)

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non *Passer à la question 7*

Si oui

5. Si oui, utilisez-vous une échelle / un questionnaire pour vous aider à déterminer le risque suicidaire ?

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

6. Laquelle ?

Le score RUD

7. Connaissez-vous le score RUD (Risque, Urgence, Dangérosité) ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

Définition :

Le Score RUD est un questionnaire de calcul du risque suicidaire. Il est repris dans le Guide d'aide à la régulation médicale.

Il permet via ses trois paramètres : Risque, Urgence et Dangérosité d'évaluer le risque de passage à l'acte d'un patient appelant pour idées suicidaires.

L'item RISQUE permet la recherche et l'addition des facteurs de risque de passage à l'acte. Certains items se cotent un point, d'autres deux.

Je vous propose un quizz pour vous challenger sur les différents facteurs de risque de suicide repris dans le score RUD :

Le Risque :

8. Selon vous, quels sont les facteurs de risque retenus pour le calcul du score RUD ?

Plusieurs réponses possibles.

- Sexe masculin
- Age < 19 ans et > 45 ans
- Sentiment de déprime ou de désespoir
- Antécédent de tentative de suicide

- Patient sous l'emprise d'alcool ou d'autres substances
- Jugement détérioré par une psychose ou une confusion
- Patient séparé, divorcé ou habitant seul
- Intentions suicidaires avec ou sans geste organisé
- Absence de lien social significatif, de personne ressource
- Incapacité du patient à garantir ses gestes ultérieurs

Les bonnes réponses :

Toutes les propositions sont justes.

L'ensemble de ces critères sont donc à rechercher pour évaluer le risque, ils correspondent au score SAD PERSONS. En fonction des facteurs de risque retrouvés, on peut retenir un ou deux points. Il suffit d'additionner tous les points pour obtenir le score du risque.

Score RUD d'évaluation du potentiel suicidaire :

- Intensité du **Risque (R)** : qui ?

Faible, moyen, élevé selon le total des points de l'échelle de Sadpersons : faible = 0-4 ; moyen = 5-9 ; élevé = 10-14

1- homme	1 point
2- âge <19 ans ou >45 ans	1 point
3- déprimé ou désespéré	1 ou 2 points
4- antécédent de tentative de suicide	1 point
5- éthylisme, abus de substances actuel	1 point
6- jugement détérioré par psychose ou confusion	1 ou 2 points
7- séparé, divorcé ou vie isolé	1 point
8- intention exprimée ou geste organisé	2 points
9- absence de lien social significatif	1 point
10- incapacité de garantir ses gestes ultérieurs	2 points

Quelques précisions :

Les femmes réalisent davantage de tentatives de suicide, mais le taux de mortalité est plus élevé chez les hommes.

Les suicides aux âges extrêmes sont souvent davantage réfléchis, les moins de 19 ans et plus de 45 ans sont donc plus à risque.

Le patient déprimé présente une tristesse de l'humeur tandis que le patient désespéré ne conçoit le suicide que comme unique solution à sa souffrance.

L'antécédent de tentative de suicide est un facteur de risque majeur de récurrence : 40 % des patients ayant réalisé une tentative de suicide réitèrent leur acte et pour la moitié d'entre eux lors de la même année.

La consommation de substance ou d'alcool est faussement rassurante : elle peut conduire à une levée de l'inhibition ce qui favorise le passage à l'acte. Il en est de même pour les autres substances psycho actives.

D'une manière globale, la perte de la rationalité des idées est un facteur de risque majeur : qu'elle soit de l'ordre de la psychose hallucinatoire (avec idées délirantes) ou de la confusion. Les patients souffrant de schizophrénie se suicident en moyenne dix fois plus que la population générale.

L'isolement social est un facteur de risque, donner un espace de parole pour désamorcer une crise (conflit familiale, rupture récente...) peut suffire à interrompre un processus de crise suicidaire. La personne ressource peut permettre de laisser le patient sur place, et d'entamer une surveillance.

Si le patient est incapable de garantir qu'il ne passera pas à l'acte prochainement, cela constitue un autre facteur de risque majeur. L'ambivalence ou le changement d'opinion brutal doit également alerter le régulateur.

L'urgence :

Le second paramètre du score d'évaluation RUD est l'urgence. Il répond à la question : Quand ?

9. Associer le degré d'urgence à sa définition :

Une seule réponse possible par ligne.

	Faible	Moyenne	Elevé
Le patient a un plan précis, avec accès immédiat au moyen létal, le passage à l'acte est prévu dans un délai de quelques jours. Il rationalise la décision. Le patient est très émotif ou agité ou troublé. La souffrance est omniprésente ou non exprimé, il a un sentiment d'impasse, d'isolement majeur.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'intention du suicide est claire, l'exécution du scénario différable, pas d'autre recours que le suicide perçu comme unique solution, il a besoin d'aide et l'exprime, il est isolé, fragilité émotionnel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le patient n'a pas de scénario précis, il persiste des stratégies pour faire face à la crise, il recherche des solutions à ses problèmes, il est en souffrance psychologique.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bonnes
réponses

FAIBLE : Le patient n'a pas de scénario précis, il persiste des stratégies pour faire face à la crise, il recherche des solutions à ses problèmes, il est en souffrance psychologique.

MOYENNE : L'intention du suicide est claire, l'exécution du scénario différable, pas d'autre recours que le suicide perçu comme unique solution, il a besoin d'aide et l'exprime, il est isolé, fragilité émotionnel.

ELEVE : Le patient a un plan précis, avec accès immédiat au moyen létal, le passage à l'acte est prévu dans un délai de quelques jours. Il rationalise la décision. Le patient est très émotif ou agité ou troublé. La souffrance est omniprésente ou non exprimé, il a un sentiment d'impasse, d'isolement majeur.

La dangerosité :

Le niveau dangerosité est le dernier paramètre à prendre en compte. Il peut être faible, moyen ou élevé en fonction de :

- La létalité du moyen envisagé (médicamenteuse, arme à feu, pendaison...)
- L'accessibilité à des moyens létaux (détention d'arme à feu, stock de médicaments, profession...)
- L'accumulation des facteurs de risque.

Le Score RUD :

Voici le score RUD qui sera mis à disposition du régulateur. Le régulateur peut choisir de l'utiliser (il remplit l'ensemble du document) ou de ne pas l'utiliser (il lui sera demandé de noter uniquement le n° du DRM et l'orientation choisie).

Utilisation du score RUD : OUI NON

(Si vous n'utilisez pas ce score, renseigner uniquement le n°DRM et l'orientation du patient)

Heure :

Jour :

DRM :

1-Risque : Qui ?			
	Oui	Non	Si oui points
Homme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
< 19 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
> 45 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Patient déprimé (tristesse humeur) ou Désespéré (plus aucune solution envisagée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ou 2
ATCD de TS*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Consommation d'alcool ou de toxique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Patient délirant ou Patient confus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ou 2
Séparé, divorcé, isolé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Intention suicidaire exprimée ou geste organisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Absence de lien social significatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Incapacité de garantir ses gestes ultérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Faible (0-4)	<input type="checkbox"/>	Intermédiaire (5-9)	<input type="checkbox"/>
			Elevé (10-14)
			<input type="checkbox"/>

*TS = tentative de suicide, *LSP = Laissé sur place, *cs = consultation

2-Urgence : Quand ?
<input type="checkbox"/> Faible = Pas de scénario précis
<input type="checkbox"/> Intermédiaire = Intention claire, scénario différable
<input type="checkbox"/> Elevé = Scénario précis, accès immédiat au moyen létal, passage à l'acte prévu dans les jours à venir, patient agité

3- Dangerosité : Comment ?
A déterminer selon la létalité du moyen envisagé, l'accessibilité à des moyens létaux et l'accumulation de facteurs de risque
<input type="checkbox"/> Faible
<input type="checkbox"/> Intermédiaire
<input type="checkbox"/> Elevé

Orientation

*LSP LSP/*cs psychiatre LSP/cs MG Transport

Commentaires :

.....

Annexe 3 : Questionnaire de satisfaction de fin de recueil

Questionnaire de satisfaction du Score RUD

Pour rappel :

Utilisation du score RUD : **OUI** **NON**

(Si vous n'utilisez pas ce score, renseigner uniquement le n°DRM et l'orientation du patient)

Heure :

Jour :

DRM :

1-Risque : Qui ?			
	Oui	Non	Si oui points
Homme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
< 19 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
> 45 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Patient déprimé (tristesse humeur) ou Désespéré (plus aucune solution envisagée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ou 2
ATCD de TS*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Consommation d'alcool ou de toxique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Patient délirant ou Patient confus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ou 2
Séparé, divorcé, isolé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Intention suicidaire exprimée ou geste organisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Absence de lien social significatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Incapacité de garantir ses gestes ultérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Faible (0-4)	<input type="checkbox"/>	Intermédiaire (5-9)	<input type="checkbox"/>
			Elevé (10-14)
			<input type="checkbox"/>

*TS = tentative de suicide, *LSP = Laissé sur place, *cs = consultation

2-Urgence : Quand ?
<input type="checkbox"/> Faible = Pas de scénario précis
<input type="checkbox"/> Intermédiaire = Intention claire, scénario différé
<input type="checkbox"/> Elevé = Scénario précis, accès immédiat au moyen létal, passage à l'acte prévu dans les jours à venir, patient agité

3- Dangerosité : Comment ?
A déterminer selon la létalité du moyen envisagé, l'accessibilité à des moyens létaux et l'accumulation de facteurs de risque
<input type="checkbox"/> Faible
<input type="checkbox"/> Intermédiaire
<input type="checkbox"/> Elevé

Orientation

*LSP LSP/*cs psychiatre LSP/cs MG Transport

Commentaires :

.....

1. Avez-vous pu utiliser le questionnaire RUD ?

Une seule réponse possible.

oui

non

2. Avez-vous rencontré des difficultés lors de son utilisation ? L'avez-vous trouvé facile d'utilisation ?

3. Quelles améliorations pourrions-nous apporter au questionnaire / à la prise en charge des patients à risque suicidaire contactant le SAMU 44 ?

Annexe 4 : Questionnaire de recueil mis à disposition des régulateurs

Utilisation du score RUD : OUI **NON**
 (Si vous n'utilisez pas ce score, renseignez uniquement le n°DRM et l'orientation du patient)

Heure :
 Jour :

DRM :

1-Risque : Qui ?

	Oui	Non	Si oui points
Homme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
< 19 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
> 45 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Patient déprimé (tristesse humeur) ou Désespéré (plus aucune solution envisagée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ou 2
ATCD de TS*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Consommation d'alcool ou de toxique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Patient délirant ou Patient confus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 ou 2
Séparé, divorcé, isolé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Intention suicidaire exprimée ou geste organisé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Absence de lien social significatif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Incapacité de garantir ses gestes ultérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Faible (0-4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Elevé (10-14)

*TS = tentative de suicide, *LSP = Laissé sur place, *cs = consultation

2-Urgence : Quand ?

- Faible** = Pas de scénario précis
- Intermédiaire** = Intention claire, scénario différé
- Elevé** = Scénario précis, accès immédiat au moyen légal, passage à l'acte prévu dans les jours à venir, patient agité

3- Dangerosité : Comment ?

A déterminer selon la létalité du moyen envisagé, l'accessibilité à des moyens létaux et l'accumulation de facteurs de risque

- Faible**
- Intermédiaire**
- Elevé**

Orientation

- *LSP
- LSP/*cs psychiatre
- LSP/cs MG
- Transport

Commentaires :

Annexe 5 : Echelle d'évaluation SAD PERSONS

The score is calculated from ten yes/no questions, with one point for each affirmative answer:

- **S**: Male sex
- **A**: Age (<19 or >45 years)
- **D**: Depression
- **P**: Previous attempt
- **E**: Excess alcohol or substance use
- **R**: Rational thinking loss
- **S**: Social supports lacking
- **O**: Organized plan
- **N**: No spouse
- **S**: Sickness

This score is then mapped onto a risk assessment scale as follows:

- 0–4: Low
- 5–6: Medium
- 7–10: High

Annexe 6 : Echelle d'évaluation SAD PERSONS modifié

The score is calculated from ten yes/no questions, with points given for each affirmative answer as follows:

- **S**: Male sex → 1
- **A**: Age 15–25 or 59+ years → 1
- **D**: Depression or hopelessness → 2
- **P**: Previous suicidal attempts or psychiatric care → 1
- **E**: Excessive ethanol or drug use → 1
- **R**: Rational thinking loss (psychotic or organic illness) → 2
- **S**: Single, widowed or divorced → 1
- **O**: Organized or serious attempt → 2
- **N**: No social support → 1
- **S**: Stated future intent (determined to repeat or ambivalent) → 2

This score is then mapped onto a risk assessment scale as follows:

- 0–5: May be safe to discharge (depending upon circumstances)
- 6–8: Probably requires psychiatric consultation
- >8: Probably requires hospital admission

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Liste des figures

Figure 1 : Modélisation de la crise suicidaire

Figure 2 : Ecart des taux régionaux d'hospitalisation pour tentative de suicide en 2017

Figure 3 : Evolution des taux annuels des séjours hospitaliers pour tentatives de suicide en Pays de la Loire et en France entre 2008 et 2017

Figure 4 : Taux de mortalité par suicide par département au sein des Pays de la Loire en 2015

Figure 5 : Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide par département au sein des Pays de la Loire en 2015

Figure 6 : Taux de recours aux services d'urgence pour tentative de suicide par classe d'âge et par sexe en Pays de la Loire en 2017

Figure 7 : Taux annuel des séjours hospitaliers pour tentative de suicide par sexe et âge entre 2015 et 2017 en Pays de la Loire

Figure 8 : Répartition de la population étudiée

Figure 9 : Répartition des appels selon le jour de la semaine et l'heure

Figure 10 : Répartition des facteurs de risque de la population

Figure 11 : Proportion des recueils à score calculable, de score calculé par le médecin et répartition des niveaux de risque

Figure 12 : Niveaux de risque selon la tranche d'âge

Figure 13 : Niveaux de risque selon le sexe

Figure 14 : Niveau d'urgence

Figure 15 : Niveau d'urgence selon la tranche d'âge

Figure 16 : Niveau de dangerosité

Figure 17 : Niveau de dangerosité selon la tranche d'âge

Figure 18 : Niveau de dangerosité selon le sexe

Figure 19 : Orientation des patients

Figure 20 : Taux de conformité des orientations

Liste des tableaux

Tableau 1 : Evolution entre 2005 et 2017 de la fréquence des états de détresse psychologique, des épisodes dépressifs caractérisés, des pensées suicidaires et des tentatives de suicide

Tableau 2 : Durée médiane du séjour hospitalier et létalité chez les patients hospitalisés pour tentative de suicide en Pays de la Loire entre 2015 et 2017

Tableau 3 : Mode de tentative de suicide en Pays de la Loire en 2017

Tableau 4 : Mode de suicide chez les hommes et chez les femmes en Pays de la Loire entre 2013 et 2015

Tableau 5 : Listes des items risque les mieux et moins bien remplis

Tableau 6 : Score RUD des patients orientés en excès vers les urgences

Tableau 7 : Score RUD des patients laissés sur place par excès

Tableau 8 : Score RUD des patients à risque orientés de manière conforme vers une structure d'urgence.

Tableau 9 : Taux de conformité selon la période de la semaine

Tableau 10 : Taux de conformité selon la tranche horaire

Tableau 11 : Commentaires libres en fin de recueil

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Evaluation de l'utilisation du score RUD en pratique courante au sein du service de régulation médicale du SAMU de Loire Atlantique

RESUME

Le suicide est un problème de santé publique majeur en France. Il concerne chaque année près de 9000 personnes et dans la moitié des cas, ces personnes ont consulté un médecin le mois précédent leur geste. Il paraît donc essentiel de développer des outils pour aider les soignants à identifier ce risque suicidaire. Parmi ces soignants, se trouve les médecins régulateurs du SAMU qui ont à leur disposition le score RUD (Risque, Urgence, Dangersité), score qui permet de déterminer le niveau de risque de passage à l'acte et d'en recueillir le degré d'urgence et de dangersité. Devant le nombre croissant des appels au SAMU Centre 15 relevant d'une crise suicidaire, nous avons réalisé une étude prospective monocentrique et observationnelle visant à décrire l'utilisation du score RUD en pratique courante au sein d'un service de régulation médicale. En amont de cette étude, une orientation idéale selon ce score RUD a été définie avec nos collègues des urgences médico-psychiatriques. 64 appels pour crise suicidaire au SAMU Centre 15 ont été inclus. Le score RUD est peu utilisé en pratique courante et lorsque celui-ci est renseigné, il l'est de manière complète dans seulement 58% des cas. Un tiers des orientations qui découle de l'utilisation du score RUD ne correspondent pas à l'orientation idéale prédéfinie en amont du travail. Pour la moitié il s'agit de patients dont le score ne justifie pas une orientation vers les urgences, participant à une saturation de ces dernières. Pour l'autre, il s'agit de patients laissés sur place dont le niveau de risque suicidaire justifie d'une évaluation hospitalière. En vue de l'optimisation de la prise en charge de ces patients et afin de répondre aux enjeux nationaux que sont la prévention et la prise en charge du suicide, il paraît nécessaire de généraliser l'utilisation du score RUD en régulation médicale et de mettre en place une conduite à tenir claire quant à l'orientation de ces patients.

MOTS-CLES

Service des urgences, tentative de suicide, idées suicidaires, évaluation de risque, suicide, orientation, organisation et administration, hospitalisation.

Evaluation of the use of the RUD score in current practice within the medical regulation service of the SAMU de Loire Atlantique

SUMMARY

Suicide is a major public health issue in France. It affects nearly 9,000 people every year and in half of the cases, these people consulted a physician the month before self-harm.

Therefore, it is essential to develop tools that can help physicians to identify the suicidal risk.

Among the medical staff are medical regulators of SAMU who dispose of the RUD score (Risk, Urgency, Danger). This score enables to determine the level of suicidal risk and to evaluate the level of urgency and danger.

Because of the raising number of incoming calls at SAMU Centre 15 regarding suicidal crisis, we decided to realise a single-centre, observational prospective study that aims at describing the use of the RUD score in everyday practice within a medical regulation service. Prior to this study, we defined an orientation of reference of this RUD score with our colleagues in medico-psychiatric emergencies. This study includes 64 suicidal crisis calls to the SAMU Centre 15. The RUD score is scarcely used in everyday practice. And when filled, it is fully completed in only 58% of cases.

One third of the resulting use of the RUD score does not comply with the orientation of reference predefined before the study. Half of these are patients whose score does not justify referral to the emergency room, contributing to their saturation. The other half are patients staying at home whose level of suicidal risk would legitimise a hospital assessment.

In order to optimizing the care of these patients and to respond to the national challenges of suicide prevention and management, it seems necessary to generalise the use of the RUD score in medical regulation and to put in place a procedure to be kept clear regarding the orientation of these patients.

KEY WORDS

medical emergency services, attempted suicide, suicidal ideation, risk assessment, suicide, dispatch, organization and administration, hospitalization.