



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Tentatives et menaces de suicide : étude des appels au CRRA 62 et
du parcours de soins au Centre Hospitalier d'Arras**

Présentée et soutenue publiquement le 15 Mai 2019 à 16 heures
au Pôle Formation

Par Anne-Sophie COUPÉ

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Koffi KOMLANVI

Codirecteur de Thèse

Monsieur le Docteur Enayet EDUN

AVERTISSEMENT

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs. »

LISTE DES ABREVIATIONS

ACR : Arrêt cardio respiratoire

AMU : Aide Médicale Urgente

ARM : Assistant de régulation médicale

CHA : Centre hospitalier d'Arras

CODIS : Centre opérationnel départemental d'incendie et de secours

CRRA : Centre de réception et de régulation des appels

CRRAL : Centre de réception et de régulation des appels libéraux

DR : Dossier de régulation

EVA : Echelle visuelle analogique

HAS : Haute autorité de santé

IOA : Infirmier d'accueil et d'orientation

ISP : Infirmier sapeur-pompier

MA : Menace d'autolyse

MCO : Médecine, chirurgie et obstétrique

OMS : Organisation mondiale de la santé

OSCOUR : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences

PMSI-MCO : Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique

RIM-P : Recueil d'information médicalisé en psychiatrie

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAU : Service d'accueil et de traitement des urgences

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SP : Sapeurs-pompiers

SSSM : Service de santé et secours médical

TA : Tentative d'Autolyse

TS : Tentative de suicide

VLSSSM : Véhicule léger du service de santé et de secours médical

ZHTCD : Zone d'hospitalisation de très courte durée

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
INTRODUCTION	2
I. Définition des concepts	2
II. Epidémiologie	4
A. Données de l'Organisation Mondiale de la Santé.....	4
B. En France	4
C. Dans le Pas de Calais	4
III. Organisation du Centre de réception et de régulation des appels (CRRA)	5
IV. Organisation du Centre Hospitalier d'Arras (CHA)	7
A. Le SAMU 62	7
B. Le service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) du centre hospitalier d'Arras	10
V. Objectifs de l'étude	11
MATERIEL ET METHODES	12
I. Schéma et période d'étude	12
II. Population	12
A. Population cible	12
B. Population source	12
C. Echantillonnage	12
III. Nature et origine des données recueillies	13
A. Au CRRA	13
B. Au SAU	17
C. Origine des données recueillies.....	20
IV. Gestion et analyse des données	21
V. Considérations éthiques	21
RESULTATS	22
I. Tentatives et menaces prises en charge au CRRA	22
A. Caractéristiques sociodémographiques des patients suicidants et menaçants..	22
B. Antécédents psychiatriques	24
C. Données temporelles de l'appel	26
D. Caractéristiques de l'appel	29
E. Lieu de l'intervention	30
F. Suspicion d'alcoolisation.....	31
II. Description des tentatives de suicide	32
A. Intoxication.....	33
B. Arme blanche.....	35
C. Arme à feu	36
D. Chute d'un lieu élevé	36
E. Pendaison.....	37
F. Brûlure	37
G. Submersion.....	38
H. Autre	38
III. Etat somatique des patients suicidants	39
IV. Régulation	40
A. Procédure de régulation	40
B. Gestion de l'appel	40
C. Moyen envoyé	41
D. Moment d'envoi du moyen.....	41
E. Utilisation du score ETC dans les intoxications	42
F. Appel du centre antipoison dans les intoxications	42

V. Parcours de soin et devenir	42
A. Transport	42
B. Orientation	42
C. Décès.....	43
VI. Tentatives et menaces prises en charge au SAU	43
A. Caractéristiques sociodémographiques des patients	43
B. Caractéristiques des admissions au SAU.....	45
VII. Description des tentatives de suicide au SAU	49
A. Intoxication.....	49
B. Arme blanche.....	51
VIII. Etat clinique des patients suicidants au SAU	52
A. Etat somatique des patients	52
B. Alcoolémie	52
IX. Prise en charge thérapeutique des suicidants.....	53
A. Thérapeutique des intoxications	53
B. Avis psychiatrique.....	53
X. Prise en charge au SAU.....	54
A. Secteur de prise en charge.....	54
B. Durée de prise en charge au SAU.....	54
C. Orientation	54
D. Diagnostic	55
E. Décès.....	56
DISCUSSION	57
I. Caractéristiques sociodémographiques des patients suicidants et menaçants lors de l'appel au CRRA.....	57
A. Données sociodémographiques	57
B. Antécédents psychiatriques des patients lors de l'appel au CRRA	60
C. Données temporelles de l'appel au CRRA	61
D. Caractéristiques de l'appel	63
E. Description des tentatives de suicide	65
F. Etat somatique des patients suicidants	72
G. Régulation.....	72
H. Parcours de soin et devenir	74
II. Tentatives et menaces prises en charge au SAU.....	76
A. Caractéristiques sociodémographiques des patients	76
B. Caractéristiques des admissions au SAU.....	78
C. Description des tentatives de suicide	81
D. Etat clinique des patients suicidants au SAU	84
E. Prise en charge thérapeutique des suicidants.....	84
F. Prise en charge au SAU	86
III. Biais, limites et points forts de l'étude.....	91
A. Limites de l'étude.....	91
B. Méthodologie	91
C. Points forts de l'étude	92
CONCLUSION	93
BIBLIOGRAPHIE	94
ANNEXES	101

RESUME

Titre : Tentatives et menaces de suicide : étude des appels au CRRA 62 et du parcours de soins au centre hospitalier d'Arras

Introduction : La problématique des conduites suicidaires est un des enjeux de santé publique en France. Les appels au Samu Centre 15 s'intègrent dans la surveillance des tentatives de suicide. L'objectif de l'étude était de décrire les appels concernant les patients suicidants et menaçants pris en charge par le centre de réception et de régulation des appels (CRRA) du Pas de Calais.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale prospective à visée descriptive et monocentrique réalisée au CRRA du Pas de Calais et au SAU du Centre Hospitalier d'Arras (CHA) entre le 1^{er} avril et le 15 mai 2018. Nous avons analysé les appels pour tentative, menace ou suicide et les séjours des patients admis au SAU du CHA après prise en charge initiale par le CRRA 62.

Résultats : Le CRRA a recueilli 521 appels pour tentative de suicide, et 279 pour menace de suicide qui ont entraîné respectivement 81 et 47 admissions au SAU. Notre étude montrait des données comparables aux données de la littérature concernant la représentation plus importante des femmes (54,4%) chez les suicidants et la prépondérance des intoxications comme type de tentative (73,93%). Notre étude a montré une suspicion d'alcoolisation associée dans 65% des tentatives et 69,8% des menaces. Le score ETC n'a été utilisé que dans une seule régulation d'intoxication. La majorité des patients suicidants et menaçants ont été orientés vers les urgences, respectivement 91,8% et 85,2%.

Conclusion : Le CRRA et les SAU sont des maillons importants dans la prise en charge initiale des patients suicidants et menaçants. La sensibilisation des professionnels intervenant auprès de ces patients pourrait permettre d'optimiser leur parcours de soins.

INTRODUCTION

I. Définition des concepts

Le **suicide** est « l'acte de se donner volontairement la mort », du latin *sui*, de soi et *caedere*, tuer(1). Le sujet « **suicidé** » est une personne décédée par suicide(2).

La **tentative de suicide** (TS) ou tentative d'autolyse (TA), est un « acte intentionnel posé par une personne dans le but de se suicider mais qui n'aboutit pas à la mort »(3).

Le sujet « **suicidant** » est celui qui commet une tentative de suicide, ou qui s'est manifesté par un comportement auto-agressif à finalité plus ou moins suicidaire(2).

Les **idées suicidaires** correspondent à l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort, qu'il soit actif ou passif.

Le sujet présentant ces idées est appelé « **suicidaire** » (4).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la **crise suicidaire** est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Elle constitue un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture.

Elle peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité(5). L'envahissement de l'esprit par les idées suicidaires suit des étapes distinctes : la recherche active de solutions, l'apparition des idées suicidaires, la rumination des idées suicidaires, la cristallisation et la planification d'un scénario puis la prise de décision (6).

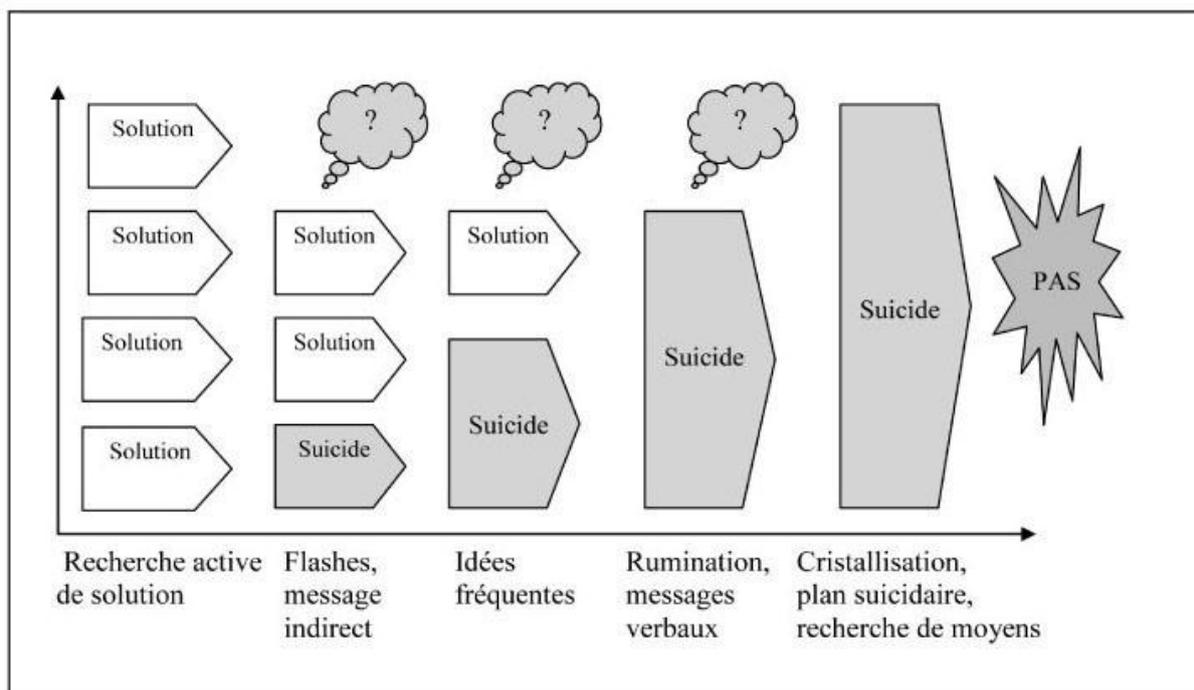


Figure 1 : Crise suicidaire

La conduite suicidaire est associée à un véritable processus pouvant comporter des recherches de solutions, puis des idées suicidaires qui, lorsqu'elles se figent, mènent à des scénarios suicidaires.

Le terme de « **menace suicidaire** » peut apparaître dans les dossiers médicaux ou dans la littérature médicale. Il correspond à l'intensité des idées suicidaires et au niveau de risque de crise suicidaire et de passage à l'acte. Cette notion reste toutefois éminemment subjective (4).

La menace suicidaire correspond à une volonté de suicide clairement exprimée oralement, par écrit, ou par tout autre moyen de communication (2).

II. Epidémiologie

A. Données de l'Organisation Mondiale de la Santé

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 800 000 personnes se suicident dans le monde chaque année (7).

B. En France

En France métropolitaine, en 2014, 8 885 décès par suicide ont été enregistrés, soit près de 24 décès par jour. Malgré une baisse de 26 % du taux de suicide entre 2003 et 2014, la France présente, au sein des pays européens, un des taux de suicide les plus élevés derrière les pays de l'Est, la Finlande et la Belgique (8). En faisant l'hypothèse d'une sous-estimation de 10 %, on compterait après correction près de 9773 décès (8).

En 2015, 78128 patients ont été hospitalisés dans les services de médecine ou chirurgie après une tentative de suicide (8).

C. Dans le Pas de Calais

En 2015, 2813 personnes ont été hospitalisées avec un diagnostic de tentative de suicide dans le Pas-de-Calais représentant un haut niveau de morbidité suicidaire, à l'exception de l'Arrageois, qui appartient aux territoires moins touchés dans la région (9).

Trois cent onze décès sont enregistrés annuellement dans ce département entre 2012 et 2014, soit 51% de plus que s'il avait connu les mêmes taux de décès pour cette cause qu'en France métropolitaine (9).

En 2009, 87% des patients pris en charge aux urgences ou hospitalisés pour tentatives de suicide dans les services d'urgence de la région Nord-Pas-de-Calais avaient bénéficié d'une gestion pré-hospitalière ou secondaire par le centre de réception et de régulation des appels (CRRA) (10).

III. Organisation du Centre de réception et de régulation des appels (CRRA)

Les services d'aide médicale urgente (SAMU) comportent un CRRA qui est doté des numéros 15 et 112, conçus pour traiter des appels d'urgence à caractère médical (11).

Le SAMU doit assurer une écoute médicale permanente, déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée, s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés, organiser les cas échéant le transport, faire préparer l'accueil du patient et veiller à son admission (11). Un assistant de régulation médicale (ARM) prend les coordonnées de l'appelant, le motif d'appel, ouvre un dossier de régulation (DR), recherche les signes de détresse vitale puis transmet l'appel au médecin régulateur. L' ARM détaille les moyens disponibles, guide les effecteurs et participe à la préparation de l'accueil des patients (11).

Les réponses possibles à un appel sont :

- l'envoi d'une équipe médicale mobile d'urgence et de réanimation
- le guidage des gestes de secourisme
- le conseil médical
- la prescription médicamenteuse par téléphone
- l'orientation vers un centre de consultation non programmée
- l'intervention d'un effecteur médical sur place
- le recours à un transport sanitaire en ambulance
- le recours aux sapeurs-pompiers (SP) ou aux secouristes pour secours à personne(12)

Les forces de l'ordre peuvent également être sollicitées dans le cadre de l'aide médicale d'urgence (AMU).

Toute personne composant le 18 sur le territoire du Pas de Calais est mise en relation avec un opérateur du centre de traitement de l'alerte. Le Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours (CODIS) a pour mission principale la coordination des opérations de secours(13).

La régulation médicale se définit comme la réception et la gestion de tout appel à caractère médical urgent ou vécu comme tel par une structure d'écoute médicale spécialisée et permanente. La régulation médicale débute dès la réception de l'appel et se termine avec la fin validée de la mission de l'intervenant (11).

Un acte de régulation médicale s'effectue, dans le CRRRA du Samu Centre 15, sous la responsabilité d'un docteur en médecine et comprend une transmission d'informations par l'ARM au médecin régulateur, un interrogatoire médical de l'appelant par le médecin régulateur, au moins une décision prise ou validée par le médecin régulateur, le suivi du déroulement des interventions et l'analyse des bilans médicaux ou non médicaux des différents effecteurs, l'orientation et la préparation d'un éventuel accueil du ou des patients. Un dossier de régulation est qualifié de dossier de régulation médicale (DRM) dès lors qu'il a bénéficié d'un acte de régulation médicale par application des règles spécifiées dans le règlement intérieur du Samu Centre 15 (14).

La régulation médicale est donc un réel acte médical effectué à distance du patient et s'intègre dans le cadre général de la télémédecine et du télédiagnostic. Il s'agit d'une décision médicale réalisée dans des conditions difficiles, qui comme tout acte médical, engage la responsabilité du praticien (11).

Des procédures de déclenchement des moyens permettent de classer la priorité de régulation médicale selon 3 niveaux (14) :

- P0 : entraîne le déclenchement réflexe d'une équipe du Service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) et bénéficie d'une régulation prioritaire
- P1 : régulation prioritaire
- P2 : régulation pouvant être mise en attente si d'autres régulations sont en cours, sans risque pour le patient.

Utilisés dans les CRRA, quelques scores ont été conçus pour permettre une évaluation des tentatives de suicide. Le score ETC(15) (Annexe 1) est recommandé par les sociétés savantes d'urgence pour les tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse. Il permet d'aider le médecin régulateur dans sa décision en préconisant l'envoi d'un SMUR si le score est supérieur ou égal à 9 (intoxication médicamenteuse volontaire grave). Le score ETC a été conçu à partir de l'analyse de 337 appels au SAMU pour tentative de suicide médicamenteuse et validé par une enquête prospective multicentrique nationale de 1274 cas. La sensibilité et la spécificité, le rapport de vraisemblance positif et négatif, étaient respectivement égaux à 94%, 89%, 8,5 et 0,07. Ce score ne prend en compte que l'aspect somatique de l'intoxication médicamenteuse, sans s'intéresser à l'aspect psychiatrique (15).

Cependant, il n'y a pas de consensus concernant la régulation des tentatives de suicide. Des recherches opérationnelles sont nécessaires pour évaluer les pratiques de régulation et identifier les déterminants utilisés.

IV. Organisation du Centre Hospitalier d'Arras (CHA)

Le Centre hospitalier d'Arras est un établissement public qui répond aux besoins de santé d'un territoire de plus de 300 000 personnes, en plein cœur de l'Artois (16).

A. Le SAMU 62

Le centre hospitalier d'Arras est le siège du centre de réception et de régulation des appels (CRRA) du Pas-de-Calais correspondant au SAMU Centre 15 du département.

Il accueille aussi le centre de réception et de régulation des appels libéraux (CRRAL 62) qui assure la permanence des soins en médecine libérale (17).

Le centre de régulation médicale du Pas de Calais coordonne les 7 services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) du territoire : Arras, Lens, Béthune, St-Omer, Calais, Boulogne et Montreuil (18). En 2016, on comptabilisait 673 392 appels entrants pour 268 035 dossiers ouverts (19).

L'organisation de la prise en charge médicale des urgences repose sur un large réseau d'intervenants publics et privés, dont la régulation est assurée par les Samu. Les territoires de proximités de la région ont au moins un SMUR et une structure d'urgence (20).

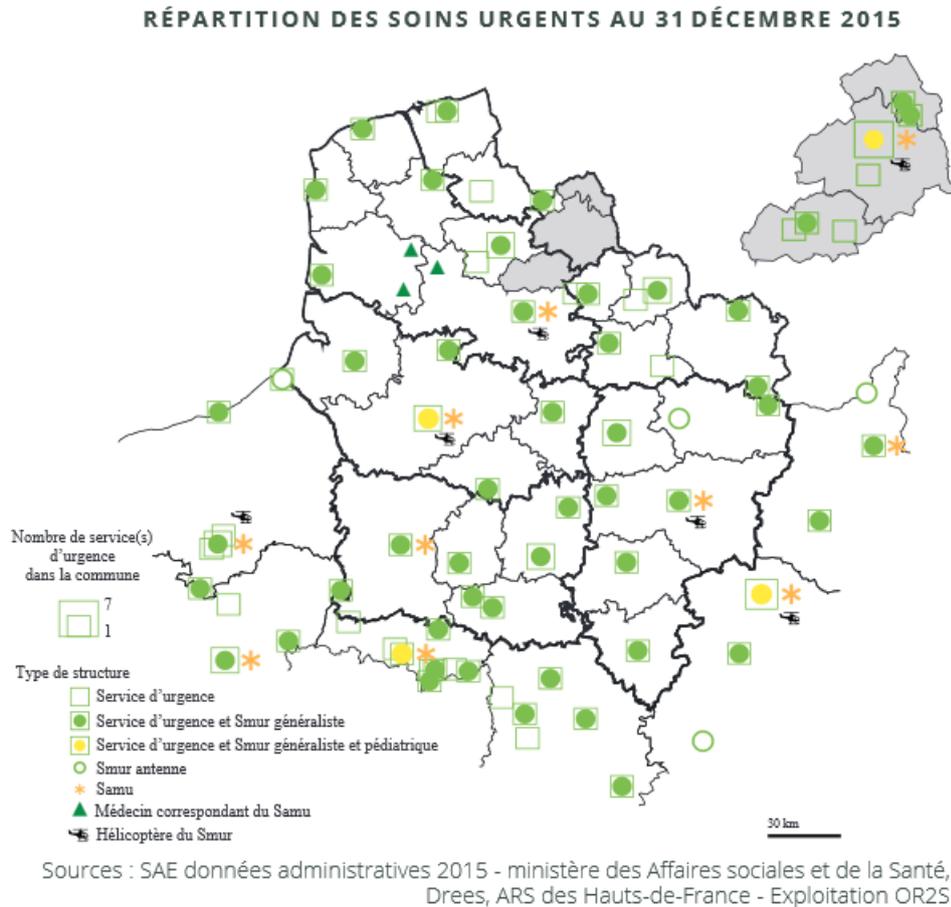
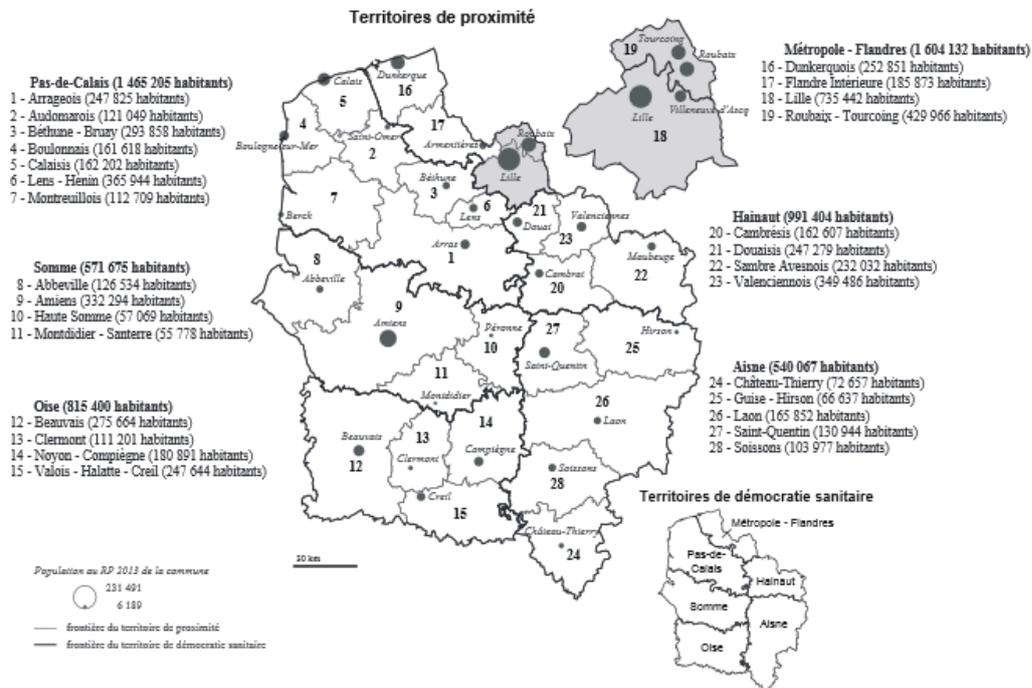


Figure 2 : Cartographie des soins urgents des Hauts-de-France

ZONAGES GÉOGRAPHIQUES ET POPULATION AU 1^{ER} JANVIER 2013



Les listes ci-dessus, ordonnées par territoire de démocratie sanitaire, permettent la correspondance entre le numéro sur la carte et le nom du territoire de proximité et donne sa population totale au recensement de 2013. Figure sur la carte principale, la ville du territoire de proximité qui est la plus peuplée. Pour ceux de Lille et Roubaix - Tourcoing sont également mentionnées (cf. zoom) respectivement les villes de Villeneuve-d'Ascq et de Tourcoing qui comptent chacune plus de 50 000 habitants.

Source : Insee - Exploitation OR25

Figure 3 : Cartographie des zones géographiques des Hauts-de-France

Au CRRA 62 : en semaine, la régulation médicale est assurée par deux médecins urgentistes sur 24 heures, et un médecin de 13h30 à 23h30. L'organisation est différente les jours fériés, le samedi et le dimanche où trois médecins assurent la permanence en continu sur 24 heures.

La régulation est assurée par :

- 26 médecins régulateurs (Praticiens hospitaliers SAMU/SMUR/Urgences)
- 7 Assistants de Régulation Médicale (ARM) Référents
- 41 Assistants de Régulation Médicale (ARM) (18).

Le CRRA se compose de deux zones :

- le « front office 1 » constitué d'assistants de régulation médicale (ARM) qui gèrent le décroché et le traitement initial de l'appel

-le « front office 2 » constitué des médecins régulateurs et d'ARM qui gèrent le suivi opérationnel : un ARM est dédié à l'envoi des équipes SMUR et travaille en collaboration avec les médecins régulateurs ; un « ARM-radio » s'occupe des bilans des secouristes et des accords d'hospitalisation dans certaines structures ; un superviseur gère l'activité, prévoit les besoins en personnel par rapport aux flux.

B. Le service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) du centre hospitalier d'Arras

Le SAU du centre hospitalier d'Arras comptabilisait 55 261 passages aux urgences en 2016 (adultes, pédiatriques, néonatales, gynécologiques et obstétriques) dont 40 287 adultes (19).

Le SAU est divisé en plusieurs secteurs :

-la zone d'accueil qui établit le premier contact avec la secrétaire d'accueil et l'infirmière d'accueil et d'orientation (IOA) qui oriente le patient vers les différents secteurs en fonction des signes cliniques et des critères de gravité (21) ;

-la zone de déchoquage ou zone d'accueil des urgences vitales qui permet d'accueillir des patients dont un ou plusieurs troubles peuvent mettre rapidement le pronostic vital en jeu (21).

-la zone de soins externes qui permet de prendre en charge les patients ne présentant pas un risque vital immédiat et n'ayant pas besoin d'exams complémentaires. Cette zone permet de traiter la traumatologie courante. Une salle de consultation de gynécologie se trouve également dans cette zone (21) ;

-la zone boxée ou zone d'accueil des urgences non vitales, composée de 12 box dont un pour les urgences AVC, permet de prendre en charge des patients nécessitant une prise en charge complexe avec de multiples exams et nécessitant une surveillance rapprochée (21) ;

-la zone d'accueil des urgences pédiatrique, qui permet de prendre en charge des patients jusque 15 ans et 3 mois, excepté pour la traumatologie (prise en charge aux soins externes)

-la zone d'hospitalisation de très courte durée (ZHTCD), permet une hospitalisation des patients pour surveillance pendant 24 heures.

Le triage des patients selon les différents secteurs de prise en charge est géré par l'infirmier d'accueil et d'orientation selon le protocole du service (Annexe 2).

V. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude était de décrire les caractéristiques épidémiologiques des patients suicidants et menaçants au CRRA.

Les objectifs secondaires de cette étude étaient :

- Comparer les caractéristiques sociodémographiques et la prise en charge des patients suicidants et menaçants au CRRA
- Décrire les modalités des tentatives de suicide et l'état somatique des patients suicidants au CRRA
- Décrire et comparer la prise en charge des patients suicidants et menaçants dans le service des urgences du CH d'Arras après la régulation médicale.

MATERIEL ET METHODES

I. Schéma et période d'étude

Une étude transversale prospective à visée descriptive et monocentrique a été réalisée au CRRA 62 et au SAU du Centre Hospitalier d'Arras entre le 1^{er} avril et le 15 mai 2018.

II. Population

A. Population cible

La population cible est constituée par les sujets suicidants et menaçants résidant en France.

B. Population source

La population source était constituée par tous les sujets suicidants et menaçants pour lesquels le CRRA 62 avait été appelé pendant la période d'étude.

C. Echantillonnage

1. Critères d'inclusion

Tous les appels pour tentative, menace ou suicide arrivant au CRRA 62 pendant la période d'étude ont été inclus.

Tous les patients pris en charge initialement par le CRRA 62 pour menace, ou tentative de suicide et secondairement admis au SAU du CH d'Arras pendant la période d'étude ont été inclus.

2. Critères de non inclusion

Les appels concernant des patients âgés de moins de 15 ans et 3 mois au moment de l'appel n'ont pas été inclus.

III. Nature et origine des données recueillies

A. Au CRRA

Un questionnaire (annexe 3) a été élaboré et testé avant le début de l'étude. Le recueil de données du questionnaire de régulation portait sur les :

- caractéristiques sociodémographiques des patients
- antécédents psychiatriques des patients
- données temporelles de l'appel
- caractéristiques de l'appel
- caractéristiques de la tentative
- état somatique du patient
- caractéristiques de la régulation
- résultats du score ETC
- éléments du parcours de soin

1. Caractéristiques sociodémographiques des patients

Il était noté le mois et l'année de naissance, l'âge, le sexe du patient avec précision du statut de grossesse en cours ou non pour les femmes, le statut matrimonial du patient (en couple, célibataire, séparé/divorcé, veuf) et le code postal et le lieu de résidence du patient.

2. Antécédents psychiatriques

Il était recherché la présence ou l'absence de suivi psychiatrique avant la menace ou le geste suicidaire et un antécédent de tentative de suicide avant celui concerné par l'appel.

3. Données temporelles de l'appel

Il était précisé la date de l'appel, la période et l'heure de l'appel au CRRA.

La date d'appel a été classée selon la période scolaire (période scolaire ou vacances scolaires), selon le jour de la semaine (du lundi au dimanche), et selon 3 catégories (jours de semaine, jours de week-end et jours fériés).

Les vacances scolaires dans notre zone étaient du 21 avril au 06 mai 2018 inclus.

L'heure d'appel a été classée en 3 catégories : la journée de 8h30 à 18h30, le soir de 18h30 à 00h00, et la nuit de 00h00 à 8h30.

4. Caractéristiques de l'appel

L'identité de l'appelant était recueillie (le patient lui-même suicidant ou suicidaire, la famille, l'entourage, un tiers, le médecin traitant, une structure hospitalière ou de soins, les forces de l'ordre).

La provenance de l'appel directe ou par transmission du CODIS était précisée.

Le motif d'appel était distingué (menace de suicide ou tentative de suicide). Les suicides étaient considérés comme des tentatives, avant confirmation médicale du décès qui était précisé par la suite.

Le lieu de la tentative était recherché (domicile, lieu public, structure de soins, lieu de travail) avec un champ « autre » laissé libre à préciser. La ville et le code postal du lieu de la tentative de suicide ou du lieu d'intervention étaient également recueillis. Un délai entre la tentative de suicide et l'appel aux secours était estimé.

5. Caractéristiques de la tentative

Le ou les types de tentative de suicide étaient distingués.

Concernant les intoxications, il était précisé le caractère unique ou multiple, lorsqu'il s'agissait de médicaments, le nom des médicaments, la posologie et la quantité ingérée supposée étaient listés. Les médicaments ont ensuite été rassemblés par classes médicamenteuses (les benzodiazépines, les autres psychotropes rassemblant les antidépresseurs et les antipsychotiques ; le paracétamol ; les anti arythmiques ; les antalgiques de palier 2 ou 3, et les autres classes médicamenteuses. Il était également précisé les produits non médicamenteux ou l'absence d'information concernant les produits ingérés. L'heure supposée d'ingestion était si possible notée.

La suspicion d'alcoolisation associée ou non était relevée.

Concernant les tentatives de suicide par arme blanche, phlébotomie ou scarification, la localisation de la plaie était précisée (extrémité céphalique (atteinte crânienne, cervicale ou faciale), plaie thoracique, plaie abdominale, atteinte vasculonerveuse proximale d'un membre, ou autre). Ce classement des localisations a été établi à partir des recommandations du guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15 (22). En effet les critères positifs de gravité concernant la localisation des plaies rassemblaient l'atteinte crânienne, faciale, cervicale, thoracique, abdominale, vasculonerveuse proximale d'un membre. La nature de l'arme était précisée.

Concernant les armes à feu, il était noté le caractère unique ou multiple de la plaie, sa localisation (extrémité céphalique (crânienne, faciale ou cervicale), tronc (thoracique ou abdominale), vasculonerveuse ou autre). La plaie était différenciée selon qu'elle était non pénétrante, pénétrante ou perforante.

Concernant les chutes d'un lieu élevé, la hauteur était distinguée (inférieure ou supérieure à 5 mètres), la nature du sol était précisée et l'existence d'un traumatisme corporel était précisé.

Concernant les pendaisons/ strangulations, la durée de la pendaison était estimée, et le caractère complet ou incomplet de cette pendaison précisé.

Concernant les brûlures, le mécanisme de la brûlure était distingué (thermique, chimique ou électrique), la localisation de la brûlure (cervico-faciale, atteinte circulaire d'un membre, mains, pieds ou périnée ou autre), la surface corporelle touchée en pourcentage et la profondeur des brûlures (1^{er} degré, 2^{ème} degré, 3^{ème} degré).

Concernant les immersions, la durée estimée de submersion était recherchée. Un item autre était disponible avec des précisions laissées libres à apporter.

Le choix des différentes données recueillies s'est basé sur le guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15 (annexes 4-5-6-7-8-9) (22).

6. Etat somatique du patient

Les relevés correspondant à l'état clinique du patient rassemblaient la conscience (conscience, somnolence ou coma), le score de Glasgow (annexe 10), l'arrêt cardiorespiratoire, la fréquence respiratoire classée en trois catégories (<10, 10-30, >30), la présence d'un déficit moteur ou non, l'existence de convulsions après la tentative de suicide ou non, une hémorragie extériorisée ou non, l'existence d'une douleur chez le patient, avec précision de l'échelle visuelle analogique (EVA), associée à l'échelle numérique de douleur sur 10.

Le coma était défini comme un score de Glasgow inférieur à 8.

7. Caractéristiques de la régulation

La procédure de régulation était distinguée (P0 ou autre).

Le ou les régulateurs intervenant dans la prise en charge (ARM seul, ARM + médecin, ou l'absence de régulation (recueil d'un rapport d'infirmier sapeur-pompier (ISP)) étaient précisés. Le ou les moyens envoyés étaient notés (équipe SMUR, sapeurs-pompiers (SP), ambulance, forces de l'ordre, médecin correspondant du SAMU, véhicule léger du service de santé et de secours médical (VLSSSM), ISP, médecin de garde) avec précision de la temporalité du moyen (avant ou après régulation médicale).

Concernant les tentatives de suicide médicamenteuses, il était relevé l'utilisation ou non du score ETC de Leveau, et lors de l'utilisation du score, il était différencié un score calculé entre 0 et 8, ou entre 9 et 33.

Concernant les intoxications, il était également noté le contact avec le centre anti poison ou non.

8. Eléments du parcours de soins

Lorsque le patient était transporté, il était noté si le transport était médicalisé, non médicalisé ou pris en charge par un VLSSSM.

L'orientation du patient était également précisée (urgences CH Arras, urgences autre CH ou clinique, réanimation, laissé sur place, psychiatrie ou autre avec possibilité de précision).

Il était également noté si le patient était décédé ou non. Dans le cas d'un décès, il était spécifié si le décès avait eu lieu avant ou après réanimation, et si un obstacle médicolegal avait été mis ou pas sur le certificat de décès.

B. Au SAU

Le recueil de données du questionnaire des urgences (annexe 11) portait sur les:

- données concernant l'entrée au SAU
- caractéristiques de la tentative
- état somatique du patient
- données concernant la prise en charge au SAU
- parcours de soins et devenir du patient.

1. Données concernant l'entrée au SAU

La date, la période et l'heure d'arrivée au SAU étaient relevées, avec précision d'un accompagnant (famille, conjoint, collègue, entourage) et des professionnels accompagnants (équipe SMUR, Pompiers, ambulanciers, ISP). Le ou les motifs d'entrée étaient indiqués.

La date et l'heure d'appel étaient classées selon les mêmes catégories qu'au CRRA.

2. Caractéristiques de la tentative

Les différents types de tentatives étaient distingués selon les mêmes critères qu'au CRRA.

Concernant les intoxications, il était précisé le caractère unique ou multiple, lorsqu'il s'agissait de médicaments, le nom des médicaments, la posologie et la quantité ingérée supposée était relevée. Les médicaments ont ensuite été rassemblés par classes médicamenteuses selon les mêmes modalités qu'au CRRA. Il était également précisé les produits non médicamenteux ou l'absence d'information concernant les produits ingérés. L'heure supposée d'ingestion était si possible notée. L'appel au centre anti poison ou non était noté.

Concernant les tentatives de suicide par arme blanche, phlébotomie ou scarification, la localisation de la plaie était précisée (extrémité céphalique (atteinte crânienne, cervicale ou faciale), plaie thoracique, plaie abdominale, atteinte vasculonerveuse proximale d'un membre, ou autre). La nature de l'arme était précisée.

Concernant les armes à feu, il était noté le caractère unique ou multiple de la plaie, sa localisation (extrémité céphalique (crânienne, faciale ou cervicale), tronc (thoracique ou abdominale), vasculonerveuse ou autre). La plaie était différenciée selon si elle était non pénétrante, pénétrante ou perforante.

Concernant les chutes d'un lieu élevé, la hauteur était distinguée (inférieure ou supérieure à 5 mètres), la nature du sol était précisée et l'existence d'un traumatisme corporel était précisé.

Concernant les pendaisons/ strangulations, la durée de la pendaison était estimée, et le caractère complet ou incomplet de cette pendaison précisé.

Concernant les brûlures, le mécanisme de la brûlure était distingué (thermique, chimique ou électrique), la localisation de la brûlure (cervico-faciale, atteinte circulaire d'un membre, mains, pieds ou périnée ou autre), la surface corporelle touchée en pourcentage et la profondeur des brûlures (1^{er} degré, 2^{ème} degré, 3^{ème} degré).

Concernant les immersions, la durée estimée de submersion était recherchée. Un item autre était disponible avec des précisions laissées libres à apporter.

3. Etat somatique du patient

Les relevés correspondant à l'état clinique du patient rassemblaient les mêmes éléments qu'au CRRA : la conscience (conscience, somnolence ou coma), le score de Glasgow (annexe 10), l'arrêt cardiorespiratoire (ACR), la fréquence respiratoire classée en trois catégories (<10, 10-30, >30), la présence d'un déficit moteur ou non, l'existence de convulsions après la tentative de suicide ou non, une hémorragie extériorisée ou non, l'existence d'une douleur chez le patient, avec précision de l'échelle visuelle analogique (EVA), associée à l'échelle numérique de douleur sur 10.

Le coma était défini comme un score de Glasgow inférieur à 8.

Il était cette fois précisé la suspicion d'alcoolisation, avec le taux d'alcoolémie recueilli.

4. Données concernant la prise en charge au SAU

Il était noté si le patient avait bénéficié pendant sa prise en charge d'un avis psychiatrique ou non, le secteur de prise en charge (soins externes, box, déchoquage).

Concernant les tentatives de suicide par intoxication, la réalisation ou non d'un lavage gastrique était relevée, ainsi que l'utilisation de charbon activé ou d'un antidote, qui pouvait être précisé.

5. Eléments du parcours de soins

La durée de la prise en charge était calculée (de l'enregistrement à l'accueil à la sortie, au transfert ou à la mutation interne du patient).

Il était précisé l'orientation du patient (retour à domicile, mutation dans un service de médecine, en réanimation, en chirurgie, réalisation d'un bloc chirurgical en urgence, transfert en psychiatrie, transfert dans un autre hôpital) L'observation en zone d'hospitalisation de très courte durée était également notée.

Si le patient décédait pendant la prise en charge au SAU, il était précisé si ce décès avait été précédé d'une réanimation ou non, et la précision de l'obstacle médico-légal ou non sur le certificat de décès.

Enfin, le diagnostic de sortie, de transfert ou de mutation était inscrit.

C. Origine des données recueillies

Les données du CRRA ont été recueillies à partir des questionnaires de régulation remplis au moment de l'appel par les assistants de régulation médicale et les médecins régulateurs et complétés à partir des dossiers Centaure.

Les données du SAU ont été recueillies à partir des questionnaires remplis au SAU du CH d'Arras par les internes et médecins urgentistes et complétés à partir des dossiers Clinicom des urgences.

IV. Gestion et analyse des données

Les données recueillies ont été saisies dans une base de données Excel conçue à cet effet. En analyse descriptive, les variables qualitatives ont été présentées sous forme d'effectifs et de pourcentages, et les variables quantitatives ont été décrites par leurs moyennes et écart-types. Les statistiques étaient basées sur toutes les observations comportant des données valides.

Des analyses bi-variées pour la comparaison des différentes variables recueillies ont été réalisées. Les tests de comparaison ont été effectués en utilisant le test du chi 2 pour les variables qualitatives et le test t student pour les moyennes.

Le seuil de signification était fixé à $\alpha = 0,05$.

Les analyses ont été réalisées au moyen du logiciel R 3.5.1®.

V. Considérations éthiques

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Correspondant Informatique et Liberté (Annexe 12).

Les coupons présents sur les questionnaires papier, comportant le numéro du dossier Centaure ont été détachés et détruits afin d'anonymiser les questionnaires. Les fichiers informatisés étaient anonymes.

RESULTATS

I. Tentatives et menaces prises en charge au CRRA

Au total, 38075 appels ont été reçus sur la période d'étude dont 521 (1,37%) pour des tentatives et 279 (0,73%) pour des menaces.

A. Caractéristiques sociodémographiques des patients suicidants et menaçants

1. Sexe

L'échantillon était constitué par 49,43% d'hommes. La proportion de femmes (54,4%) était plus élevée en cas de TA et il y avait une prédominance masculine (56,5%) en ce qui concernait les menaces ($p=0,004$).

Le sexe ratio était de 0,8 pour les patients suicidants, et 1,3 pour les patients menaçants.

Tableau 1 : Sexe des patients suicidants et menaçants

Sexe	Patients suicidants N=515	Patients menaçants N= 276	P value
Homme	235 (45,6%)	156 (56,5%)	0, 004
Femme	280 (54,4%)	120 (43,5%)	

2. Age

L'âge moyen (\pm écart type) des patients suicidants était de 39,71 ans \pm 15,44 ans, et celui des patients menaçants était de 39,58 ans \pm 14,38 ans. Il n'y avait pas de différence d'âge selon les groupes étudiés ($p=0,612$).

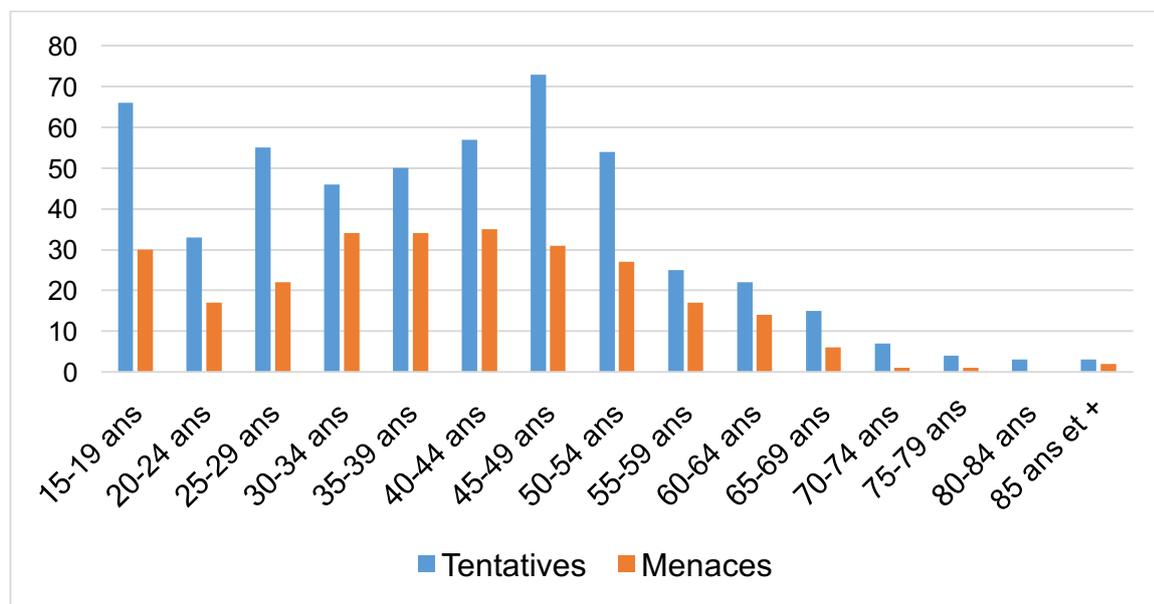


Figure 4 : Répartition des tentatives et menaces selon les classes d'âge des patients

Les classes d'âges les plus représentées étaient les 45-49 ans, suivie des 15-19 ans et des 40-44 ans.

3. Grossesse

Une (1,2%) grossesse était retrouvée dans le groupe tentatives et deux (6,7%) dans le groupe menaces sans différence significative ($p=0,114$).

4. Statut matrimonial

Les patients « en couple » et les « séparés/divorcés » étaient les plus représentés dans les deux groupes avec respectivement 51% et 29,7% chez les patients suicidants et 44,3% et 32,9% chez les patients menaçants.

La différence entre les groupes n'était pas significative ($p=0,604$).

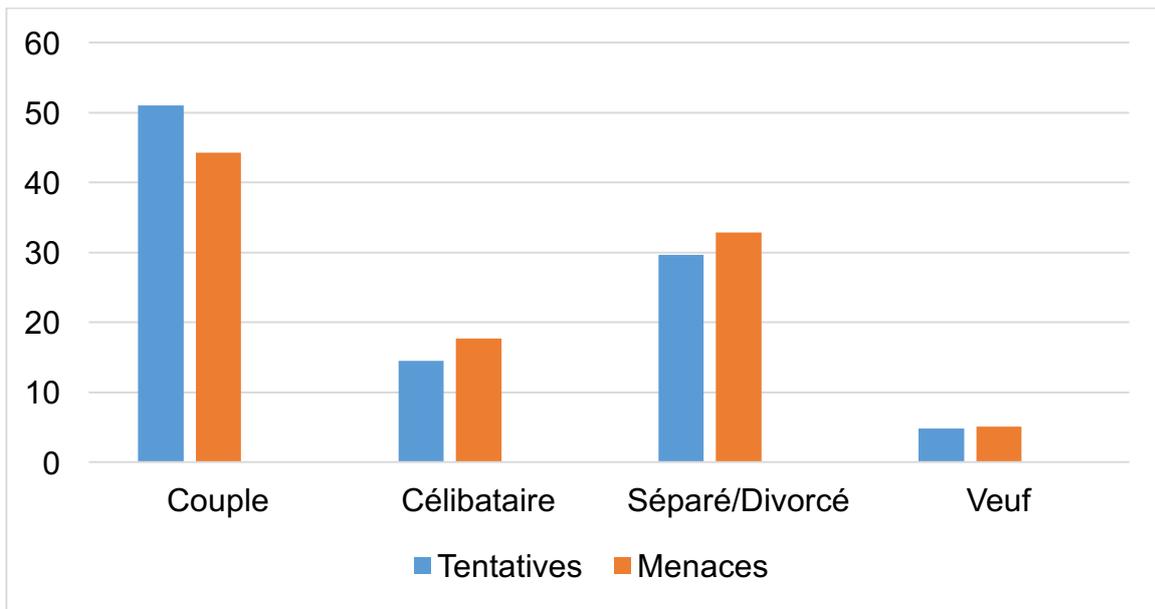


Figure 5 : Statut matrimonial des patients suicidants et menaçants

B. Antécédents psychiatriques

1. Suivi psychiatrique antérieur

Un suivi psychiatrique était retrouvé chez 70,3% des suicidants et 76,3% des menaçants sans différence significative entre les deux groupes ($p=0,334$).

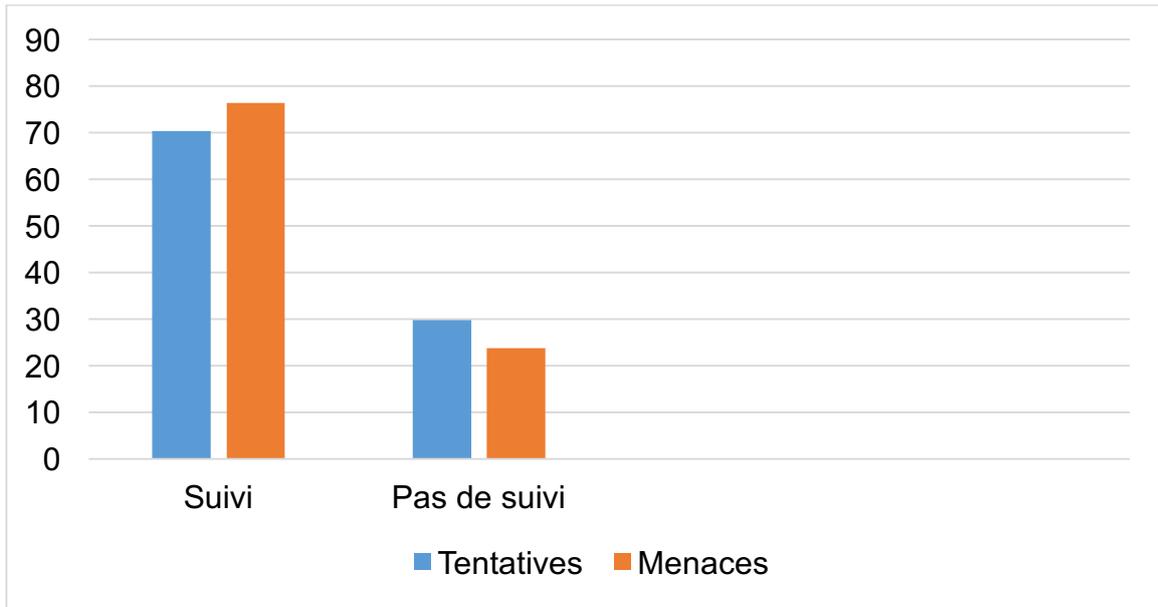


Figure 6 : Répartition des tentatives d'autolyse (TA) et menaces d'autolyse (MA) selon les antécédents de suivi psychiatrique

2. Antécédent de tentative de suicide

Plus des 2/3 des patients avaient des antécédents de TA avec respectivement 64,1% pour les suicidants et 61,9% pour les menaçants. La différence n'était pas significative ($p=0,760$).

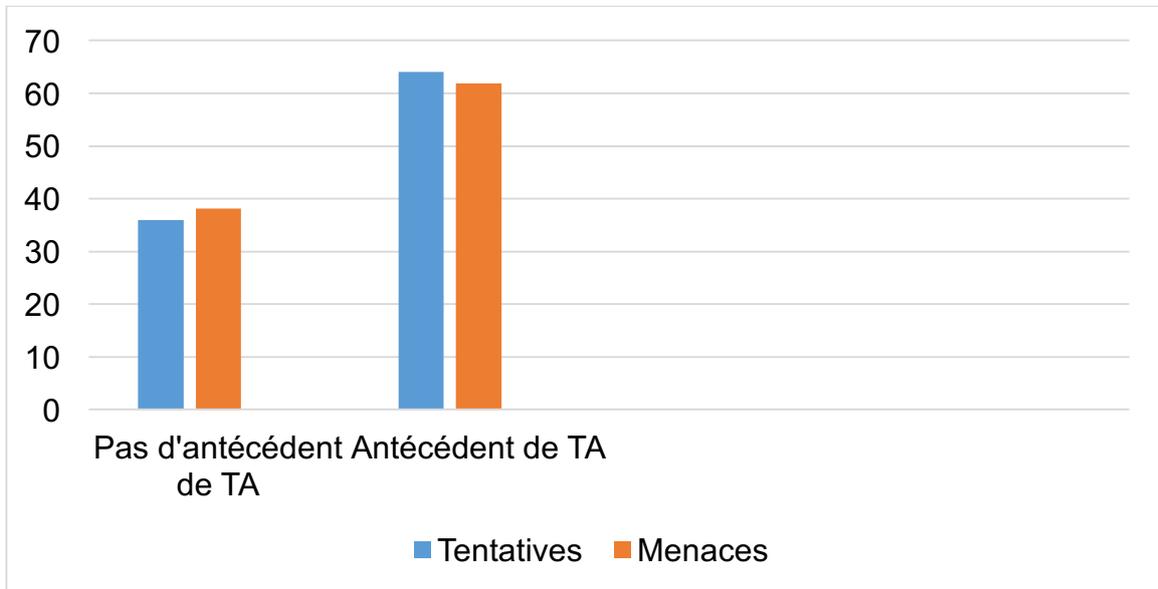


Figure 7 : Répartition des TA et MA selon les antécédents de tentative de suicide

C. Données temporelles de l'appel

1. Périodicité

Le nombre d'appels par jour était plus important en semaine pour les TA (59,5%) et les MA (60,2%) que les jours de week-end et jours fériés.

Tableau 2 : Périodicité des appels selon le type de jour

	Nombre d'appels Tentatives	Nombre d'appels Menaces	P value
Semaine	310 (59,5%)	268 (60,2%)	0,858
Week-end	156 (29,9%)	85 (30,5%)	
Férié	55 (10,6%)	26 (9,3%)	

En tenant compte des moyennes d'appels par jour, la moyenne des appels par jour férié était plus élevée (13,75) que les autres dans le groupe TA alors que les moyennes sont presque identiques dans le groupe MA.

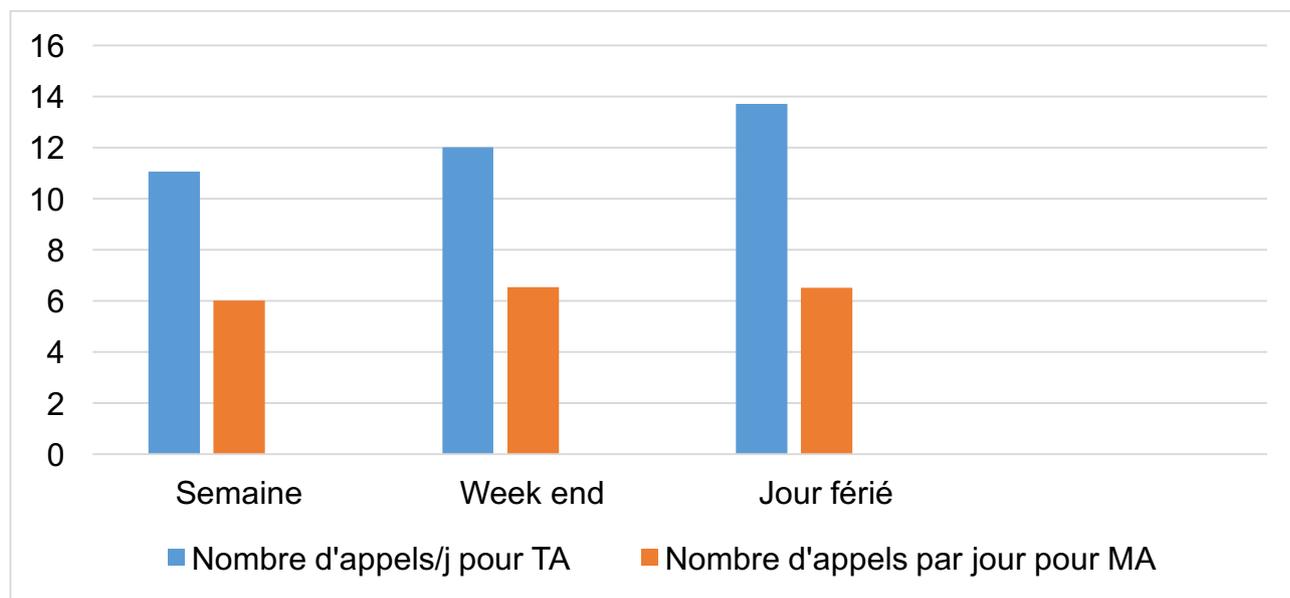


Figure 8 : Ratio du nombre d'appels par jour pour TA et MA selon le type de jour

Il y a eu davantage d'appels pour TA les lundis, samedis et dimanches.

Concernant les menaces, le ratio des appels par jour était plus important le dimanche.

Tableau 3 : Périodicité des appels selon les jours de la semaine

Jour de la semaine	Tentatives	Menaces	P value
Lundi	12,43	6,57	0,307
Mardi	10,71	4,29	
Mercredi	11,33	5,5	
Jeudi	11,83	6,83	
Vendredi	10,67	7,33	
Samedi	12	4,83	
Dimanche	12	8	

2. Période scolaire

Le nombre d'appels était plus élevé en période scolaire dans les deux groupes, respectivement 64,5% pour les TA et 59,9% pour les MA sans différence significative entre les deux groupes ($p=0,196$).

Tableau 4 : Appels pour TA et MA selon la période scolaire

	TA	MA	P value
Période scolaire	336 (64,5%)	167 (59,9%)	0,196
Vacances	185 (35,5%)	112 (40,1%)	

Le ratio d'appels par jour en période scolaire était respectivement de 11,59 et 11,56 dans les groupes TA et MA.

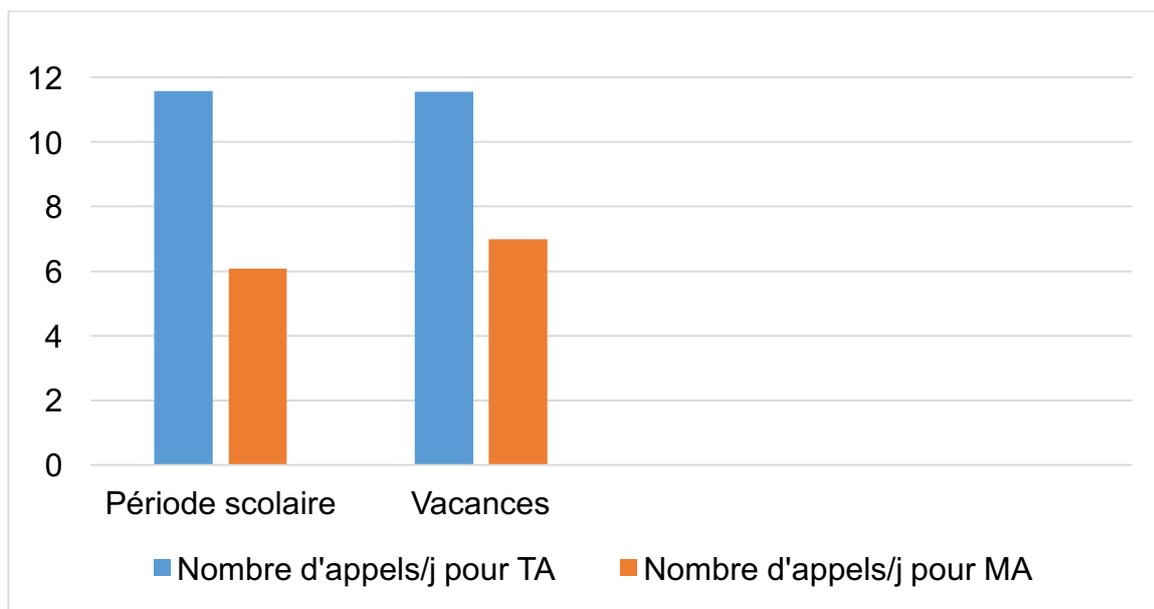


Figure 9 : Ratio des appels par jour pour TA et MA selon la période scolaire

3. Horaire

Le ratio des appels par heure était plus important en soirée pour les tentatives de suicide avec 78 appels/ 100 heures le soir.

Il y avait moins d'appels dans les deux groupes la nuit, respectivement 22 appels/100 heures de nuit pour les TA et 10 appels/100 heures de nuit pour les menaces.

La différence n'était pas significative entre les groupes ($p=0,474$).

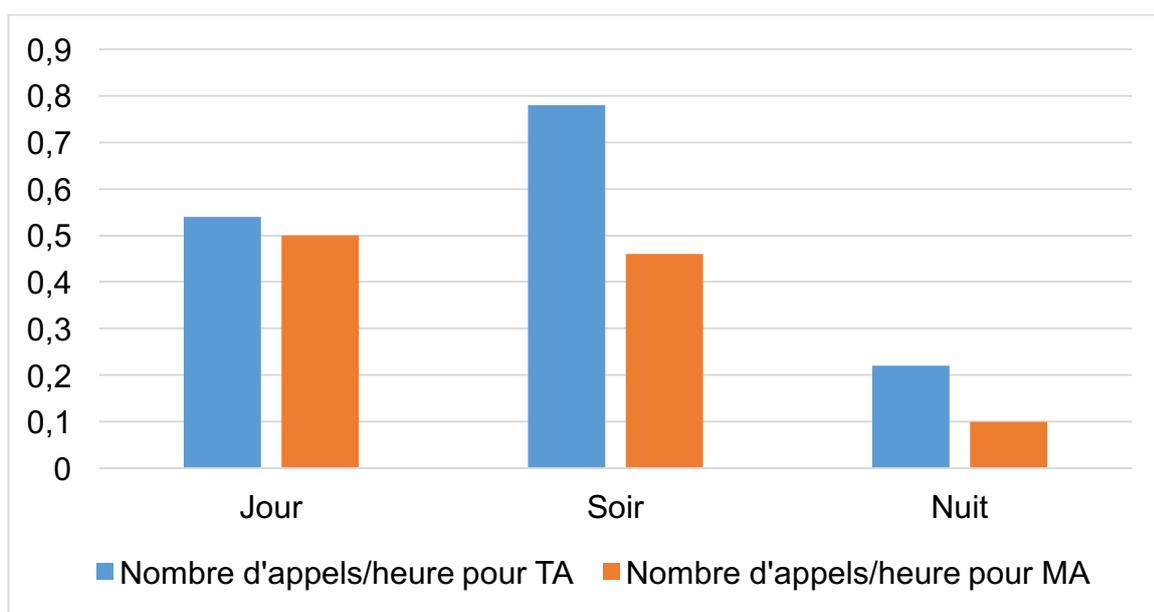


Figure 10 : Répartition des appels selon les horaires

D. Caractéristiques de l'appel

1. Appelant

Concernant les TA, les appels provenaient plus de la famille (48,66%), suivi de l'entourage (21,43%). Pour les menaces, les appels provenaient plus de la famille (31,54%) suivi des tiers (24,61%) et du menaçant (22,31%).

La différence entre les deux groupes était significative ($p < 0,01$).

Tableau 5 : Type d'appelant pour TA et MA

Appelant	Tentatives N= 224	Menaces N=130	P Value
Suicidant/ Menaçant	23(10,27%)	29 (22,31%)	<0,01
Famille	109 (48,66%)	41 (31,54%)	
Entourage	48 (21,43%)	16 (12,31%)	
Tiers	20 (8,93%)	32 (24,61%)	
Médecin traitant	1 (0,45%)	0 (0%)	
Structure hospitalière	13 (5,80%)	3 (2,31%)	
Centre pénitentiaire	6 (2,68%)	0 (0%)	
Forces de l'ordre	4 (1,78%)	9 (6,92%)	

2. Provenance de l'appel

Les appels via le CODIS représentaient 72,2% et 76,6% respectivement chez les TA et les menaçants sans différence significative entre les deux groupes ($p=0,202$).

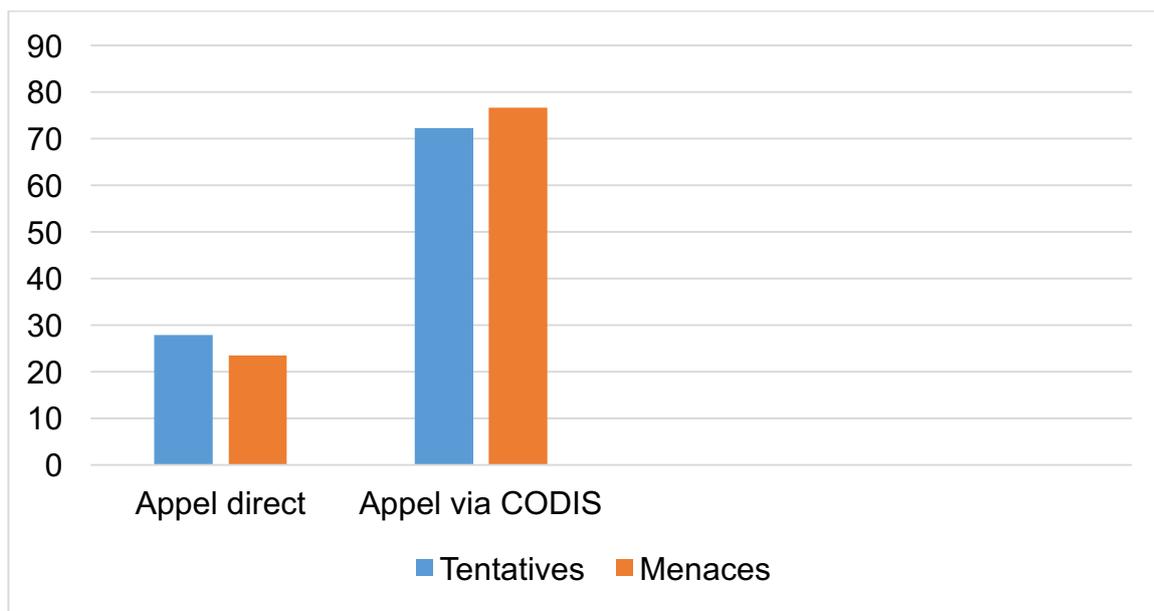


Figure 11 : Provenance de l'appel

E. Lieu de l'intervention

La majorité des suicidants (85,88%) et des menaçants (81,22%) se trouvaient à domicile.

Il y avait une différence significative selon le lieu d'intervention ($p= 0,014$).

Tableau 6 : Lieu de l'intervention

Lieu de l'intervention	Tentatives (N=418)	Menaces (N=213)	P-value
Domicile	359 (85,88%)	173 (81,22%)	0,014
Lieu public	42 (10,05%)	33 (15,49%)	
Structure de soin	4 (0,96%)	1 (0,47%)	
Lieu de travail	2 (0,48%)	4 (1,88%)	
Autre	11 (2,63%)	2 (0,94%)	

Les autres lieux rassemblaient les centres de détention, les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, les établissements scolaires, et une voiture.

F. Suspicion d'alcoolisation

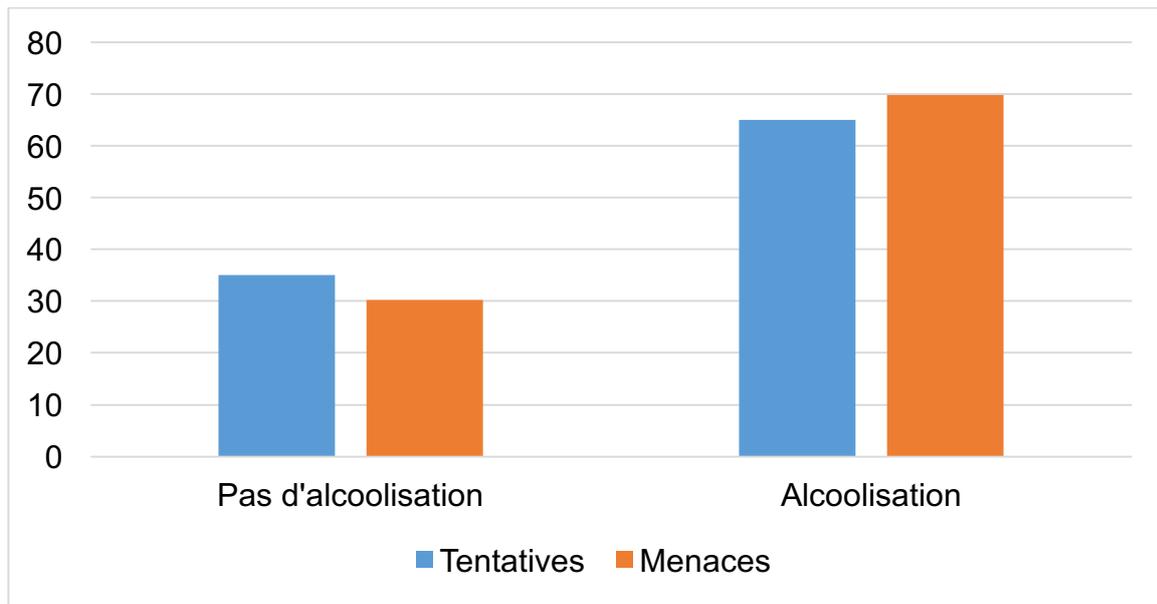


Figure 12 : Suspicion d'alcoolisation en pourcentage

La suspicion d'alcoolisation était de 65% chez les suicidants et de 69,8% chez les menaçants. La différence entre les deux groupes n'était pas significative ($p=0,342$).

II. Description des tentatives de suicide

Les intoxications (73,93%) étaient les plus nombreuses, suivies des tentatives d'autolyse par arme blanche (14.01%).

Tableau 7 : Type de tentative de suicide

Type de tentative	Effectif (n=514)	Pourcentage (en%)
Intoxication	380	73,93
Arme blanche	72	14,01
Arme à feu	0	0
Chute d'un lieu élevé	5	0,97
Pendaison	22	4,28
Brûlure	3	0,58
Submersion	3	0,58
Autre	6	1,17
Intoxication + arme blanche	15	2,92
Intoxication + arme blanche +autre	1	0,19
Intoxication + pendaison	4	0,78
Intoxication + submersion	1	0,19
Arme blanche + brûlure	1	0,19
Chute d'un lieu élevé+ submersion	1	0,19

A. Intoxication

Les caractéristiques des tentatives sont résumées dans les tableaux.

1. Nombre de produits

Sur 391 intoxications, 190 étaient uniques (48,6%), 201 étaient multiples (51,4%).

Tableau 8 : Nombre de produits dans les intoxications

Nombre de produits	Effectif (N=391)	Pourcentage (en %)
Un produit	190	48,6
Au moins deux produits	201	51,4

2. Type d'intoxication

Les médicaments représentaient 92,5% des TA.

Tableau 9 : Type d'intoxication

Type d'intoxication	Effectif (n=400)	Pourcentage (en %)
Médicament	370	92,5
Produit non médicamenteux	9	2,25
Produit inconnu	6	1,5
Médicament+ produit non médicamenteux	10	2,5
Médicament + produit inconnu	5	1,25

3. Classes médicamenteuses

Les benzodiazépines étaient les plus souvent retrouvées seules (35,92%), ou associées à d'autres produits (32,44%).

Tableau 10 : Classes médicamenteuses dans les intoxications

Classe médicamenteuse	Effectif (n=373)	Pourcentage (en%)
Benzodiazépines	135	35,92
Autres psychotropes	17	3,22
Paracétamol	20	5,36
Antiarythmiques	3	0,80
Antalgiques palier 2 ou 3	12	3,22
Autres classes	29	8,85
Benzodiazépines + autres psychotropes	43	10,72
Benzodiazépines + autres psychotropes + autres classes	21	5,90
Benzodiazépines + autres classes	56	15,82
Autres associations	37	10,19

Les autres classes rassemblaient les antidiarrhéiques, les antagonistes des opiacés, les antibiotiques, les antispasmodiques, les hormones, les antiémétiques, les antiagrégants plaquettaires, les anticoagulants, les anti inflammatoires, les inhibiteurs de la phosphodiesterase, les anti histaminiques, les antiépileptiques, les antihypertenseurs (bétabloquants, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II), les anti diabétiques, les corticoïdes, les inhibiteurs de la pompe à protons, les antiparkinsoniens, les myorelaxants, les antigoutteux dont la colchicine.

B. Arme blanche

1. Localisation

La majorité des tentatives de suicide par arme blanche concernait les autres localisations (65.96%). Les autres localisations comprenaient les doigts, les mains, les poignets, les avant-bras, les bras et les jambes.

Tableau 11 : Localisation des plaies par arme blanche

Localisation	Effectif (n=47)	Pourcentage (en %)
Extrémité céphalique	1	2,13
Thoracique	4	8,51
Abdominale	2	4,26
Vasculonerveuse proximale d'un membre	4	8,51
Autre localisation	31	65 ,96
Extrémité céphalique + abdominale	1	2,13
Extrémité céphalique + autre localisation	2	4,26
Thoracique + autre localisation	1	2,13
Vasculo nerveuse + autre localisation	1	2,13

2. Arme

Le couteau et les lames de rasoir représentaient chacun 37,5% des armes utilisées.

Tableau 13 : Type d'arme blanche

Type d'arme :	Effectif	Pourcentage (en %)
Lame de rasoir	12	37,5
Couteau	12	37,5
Cutter	4	12,5
Autre	3	9,4
inconnu	1	3,1

Les autres armes étaient une lame, un morceau d'assiette et du verre.

C. Arme à feu

Pendant la durée du recueil, il n'y a pas eu de tentative de suicide par arme à feu.

D. Chute d'un lieu élevé

Sur 6 chutes d'un lieu élevé, 4 patients ont chuté de moins de 5 mètres.

Tableau 14 : Hauteur de chute lors des précipitations

Hauteur de chute	Effectif (n=6)	Pourcentage (en %)
<5 mètres	4	66,7
>5 mètres	2	33,3

La nature du sol était relevée : dans un cas, il s'agissait de l'autoroute, dans un cas, de l'eau et dans un cas des graviers.

Sur 4 patients ayant chuté d'un lieu élevé, 1 patient n'a pas eu de traumatisme, 1 patient a eu un traumatisme costal et iliaque, 1 patient a eu un traumatisme des membres supérieurs et inférieurs, 1 patient a eu un traumatisme du rachis cervical et dorsal.

E. Pendaison

La pendaison incomplète (12) était le plus souvent retrouvée, soit 66.7%.

Tableau 15 : Type de pendaison

	Effectif (n=18)	Pourcentage (en %)
Pendaison complète	6	33,3
Pendaison incomplète	12	66,7

Sur 8 patients ayant tenté de se pendre, la durée de pendaison était de 10 secondes pour un patient (12,5%), inférieure à 30 secondes pour un patient (12,5%) ; 5 minutes pour 3 patients (37,5%), moins de 10 minutes pour un patient (12,5%), 3 heures pour un patient (12,5%) ; et inférieure à 13 heures pour un patient (12,5%).

F. Brûlure

Les brûlures thermiques étaient le plus souvent retrouvées (66,7%) avec une superficie >5% (66,7%).

Tableau 16 : Caractéristiques des brûlures volontaires

Brûlure	Effectif (N=3)	Pourcentage (en %)
Type		
- thermique	2	66,7
- chimique	1	33,3
Surface		
- <5%	1	33,3
- >5%	2	66,7
Localisation		
- cervicofaciale	1	33,3
- cervicofaciale et autre	2	66,7
Profondeur (n=2)		
- 2 ^{ème} degré	1	50
- 2 ^{ème} et 3 ^{ème} degré	1	50

Les autres localisations rassemblaient les dos, le thorax, les bras pour un patient et l'hémithorax gauche et un membre supérieur pour un autre patient.

G. Submersion

La durée de submersion était de moins de 5 minutes pour un des patients, et 5 minutes et plus pour les deux autres patients.

H. Autre

Concernant les autres tentatives, 1 suicidant, en prison, avait avalé une lame de rasoir, 1 suicidant a essayé de se jeter sous une voiture, 1 suicidant a essayé de s'asphyxier avec un sac sur la tête, 1 suicidant a fait un accident de la voie publique avec tonneau, 2 suicidants ont essayé de se suicider avec du gaz d'échappement, 1 suicidant a essayé de se suicider par traumatisme crânien contre un mur.

III. Etat somatique des patients suicidants

Pour la conscience, 84,36% des patients étaient conscients et 16 patients (3,79%) étaient dans le coma. Parmi les patients, 14 (3%) étaient en ACR.

Tableau 17 : Etat somatique des patients suicidants

Etat	Effectif	Pourcentage (en %)
Conscience (n=422)	356	
conservée		84,36
Somnolence	50	11,85
Coma	16	3,79
ACR (n=466)		
Absent	452	97
Présent	14	3
Convulsion (n =114)		
Absent	113	99,1
Présent	1	0,9
Hémorragie (n=134)		
Absent	112	83,6
Présent	22	16,4
Douleur (n=128)		
Absent	110	85,9
Présent	18	14,1
Déficit moteur (n=172)		
Absent	172	100

IV. Régulation

A. Procédure de régulation

Il y a eu 28 (6,9%) procédures de régulation P0, et 379 (93,1%) autres procédures pour les TA.

Il y a eu 1 (0,4%) procédure P0, et 275 (99,6%) autres procédures pour les MA.

La différence était significative entre les deux groupes ($p < 0.01$).

Tableau 18 : Procédure de régulation

Procédure de régulation	Tentatives n=407	Menaces	P-value
P0	28 (6,9%)	1 (0,4%)	P<0,01
Autre (P1 ou P2)	379 (93,1%)	275 (99,6%)	

B. Gestion de l'appel

La gestion de l'appel faite par l'ARM seul était plus élevée dans le groupe menaces.

Tableau 19 : Gestion de l'appel

Gestion d'appel	Tentatives N=514	Menaces N=279	P value
ARM	303 (58,95%)	254 (91,04%)	<0,01
ARM + médecin	196 (38,13%)	24 (8,6%)	
Non régulé	15 (2,92%)	1 (0,36%)	

C. Moyen envoyé

Tableau 20 : Effecteur

Moyen envoyé	Tentatives (N=508)	Menaces (N=275)	P value
SMUR	1 (0,20)	0	<0,01
Sapeurs-Pompiers	335 (65,94)	196 (71,27)	
Ambulance	59 (11,61)	34 (12,36)	
Forces de l'ordre	1 (0,20)	2 (0,73)	
SMUR + SP	49 (9,65)	2 (0,73)	
SMUR + SP + VLSSSM	16 (3,15)		
SMUR + SP + forces de l'ordre	7 (1,37)	2 (0,73)	
SMUR + ambulance	1(0,20)	0	
SP+ VLSSSM	10 (1,97)	2 (0,73)	
SP + forces de l'ordre	26 (5,12)	36 (13,09)	
Ambulance + forces de l'ordre	3 (0,59)	1 (0,36)	

L'intervention des pompiers était majoritaire dans les deux groupes, 65,94% seuls et 21,26% en association avec d'autres effecteurs pour les tentatives et 71,27% seuls et 15,28% en association avec d'autres effecteurs pour les menaces.

Le SMUR est intervenu dans 14,57% des tentatives.

D. Moment d'envoi du moyen

L'envoi de moyens était fait à 80,5% pour les tentatives et 90,5% pour les menaces avant régulation médicale.

Tableau 21 : Moment d'envoi du moyen

Moment d'envoi	Tentatives	Menaces	P value
Avant	157 (80,5%)	19 (90,5%)	0,687
Après	26 (13,3%)	1	
Avant et après	12 (6,2)%	1	

E. Utilisation du score ETC dans les intoxications

Le score ETC n'a été utilisé que dans 1 cas (0,6%).

F. Appel du centre antipoison dans les intoxications

Le centre antipoison a été appelé dans 4 cas (2,4%).

V. Parcours de soin et devenir

A. Transport

Le transport était non médicalisé dans 99,59% des cas de menaces et 89,73% des cas de tentatives avec une différence significative entre les deux groupes ($p < 0,01$).

Tableau 22 : Type de transport

Transport	Tentatives	Menaces	P value
Médicalisé	46 (9,45 %)	1 (0.41%)	<0,01
Non médicalisé	437 (89,73%)	240 (99.59%)	
VLSSSM	4 (0,83%)	0 (0%)	

B. Orientation

Tableau 23 : Orientation des patients suicidants et menaçants après prise en charge du CRRA

Orientation	Tentatives (n=512)	Menaces (n=277)	P value
Urgences	470 (91,80%)	236 (85,2%)	0,010
Réanimation	10 (1,95%)	0 (0%)	
Laissé sur place	15 (2,93%)	17 (6,14%)	
Psychiatrie	1 (0,20%)	2 (0,72%)	
Autre	16 (3,12%)	22 (7,94%)	

La plupart des patients des deux groupes TA (91,80%) et MA (85,20%) ont été orientés aux urgences. La différence entre les groupes était significative ($p=0,010$).

L'orientation autre regroupait le bloc opératoire d'un autre CH, l'unité d'accueil et de déchocage médical (UADM) d'un autre CH, le caisson hyperbare, le transfert d'appel à un autre SAMU, l'absence d'intervention, le conseil médical, la prise en charge par la police, le refus de prise en charge, ou la fuite.

C. Décès

Les patients décédés étaient 11 dont 6 avant réanimation (54,5%) et 5 après réanimation (45,5%).

La cause du décès était la pendaison (70%), l'intoxication médicamenteuse (20%) et l'asphyxie (10%).

Le certificat de décès a été réalisé avec obstacle médico-légal dans les 11 cas (100%).

VI. Tentatives et menaces prises en charge au SAU

Après régulation par le CRRA, 81 patients suicidants et 47 patients menaçants ont été pris en charge au SAU du Centre Hospitalier d'Arras.

A. Caractéristiques sociodémographiques des patients

1. Sexe

La proportion de femmes est plus élevée dans les deux groupes avec respectivement 55,6% pour les suicidants et 57,4% pour les patients menaçants.

La différence entre les groupes n'était pas significative ($p=0,835$).

Le sexe ratio était de 0,74 pour les menaçants et de 0,8 pour les suicidants.

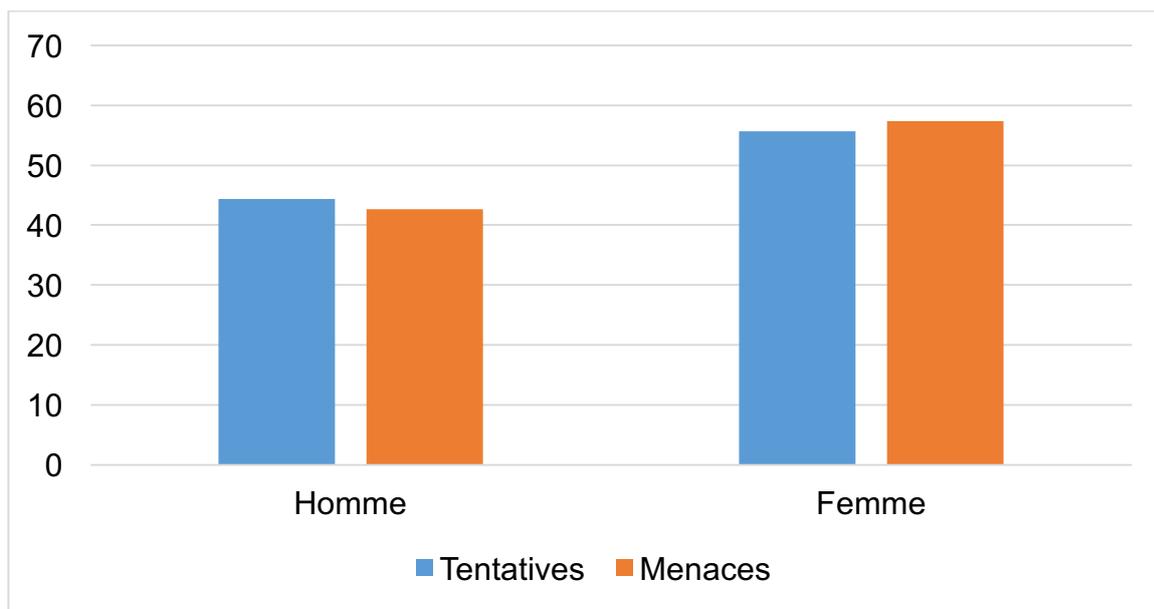


Figure 13 : Répartition des patients suicidants et menaçants en fonction du sexe au SAU (en pourcentage)

2. Age

L'âge moyen des patients suicidants admis aux SAU après régulation était de 40,01 ans avec un écart type de 13,517, avec des âges compris entre 16 et 77 ans. L'âge moyen des patients menaçants admis au SAU après régulation était de 40,51 ans avec un écart type de 13,87.

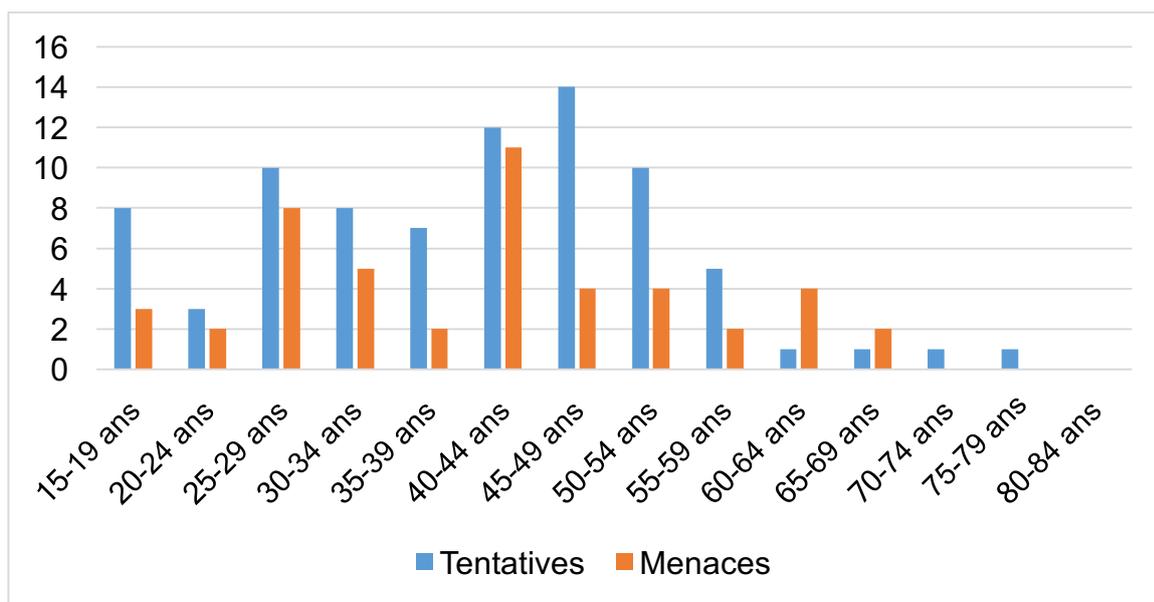


Figure 14 : Répartition des admissions pour TA et MA selon les classes d'âge au SAU

La différence entre les deux groupes n'était pas significative ($p=0,484$).

B. Caractéristiques des admissions au SAU

1. Périodicité

Dans notre étude, il y a eu plus d'admissions pour tentatives de suicide le lundi, alors qu'il y a eu davantage d'admissions pour menaces de suicide le vendredi ($p=0,521$).

Tableau 24 : Périodicité des TA et MA selon le jour d'admission au SAU

Jour de la semaine	Tentatives	Menaces	P value
Lundi	2,43	0,86	0,521
Mardi	2	0,71	
Mercredi	1,5	1	
Jeudi	2	1,5	
Vendredi	2	2,17	
Samedi	1	0,5	
Dimanche	1,57	0,71	

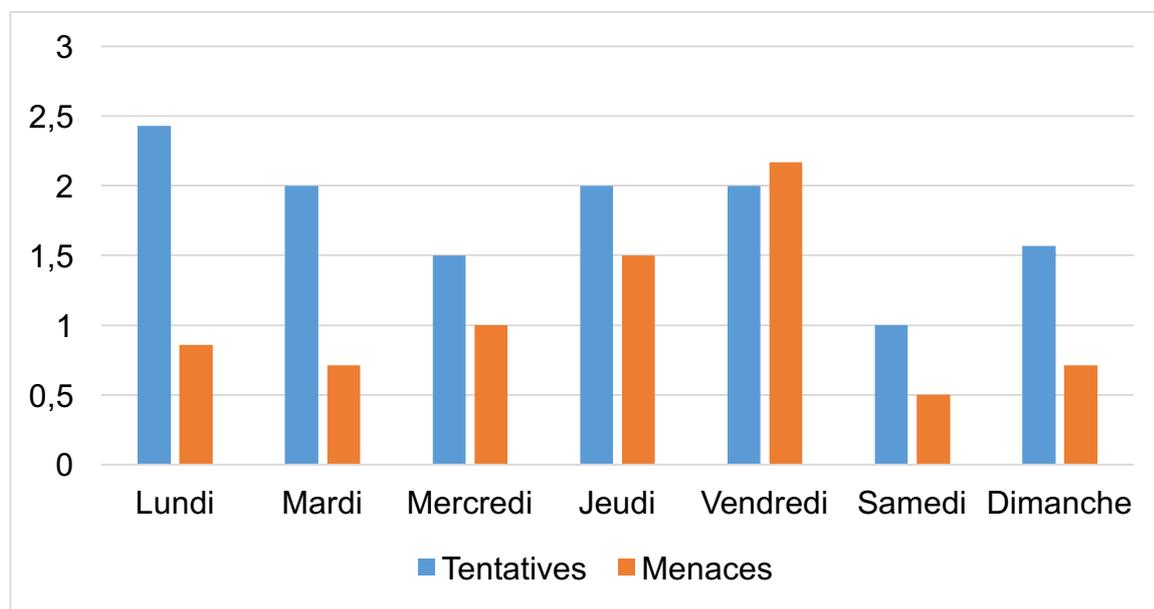


Figure 15 : Ratio du nombre d'appels/j pour TA et MA selon le jour

2. Vacances

Il y avait plus d'admissions pour tentatives de suicide pendant les vacances que pendant la période scolaire, respectivement 1,9 admission/ jour pour TA pendant les vacances et 1,7 pendant la période scolaire. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes ($p=0,632$).

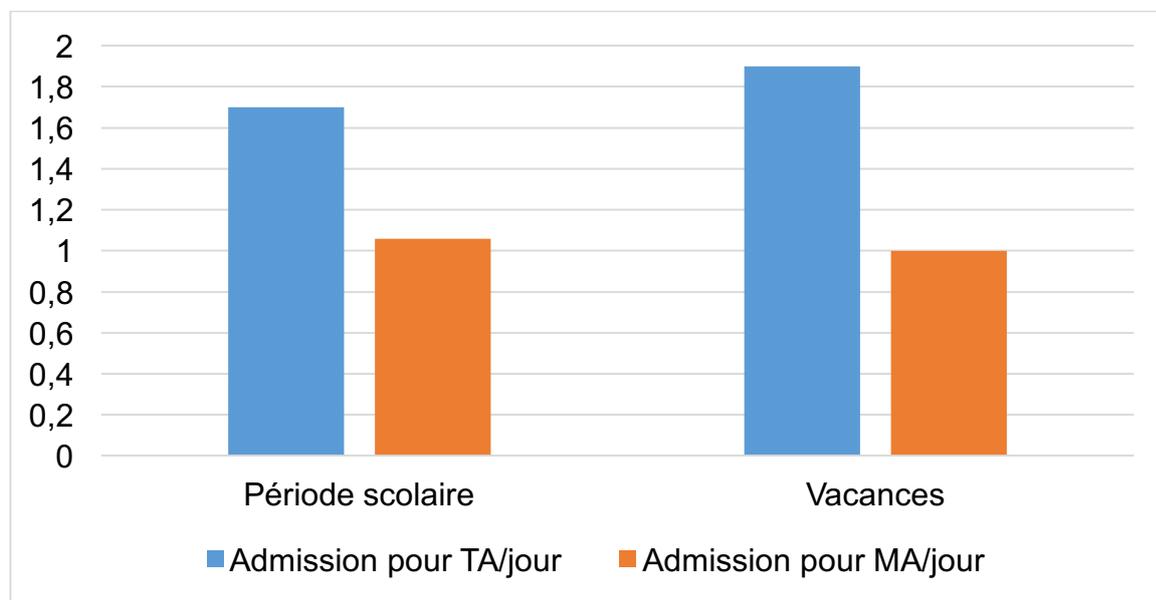


Figure 16 : Ratio des admissions par jour pour TA et MA au SAU selon la période scolaire

3. Horaire

Le nombre d'admissions par heure était plus grand en soirée dans les deux groupes, avec respectivement 14 admissions pour 100 heures de soirée pour les TS, et 8 admissions pour 100 heures de soirée pour les menaces. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes ($p=0,255$).

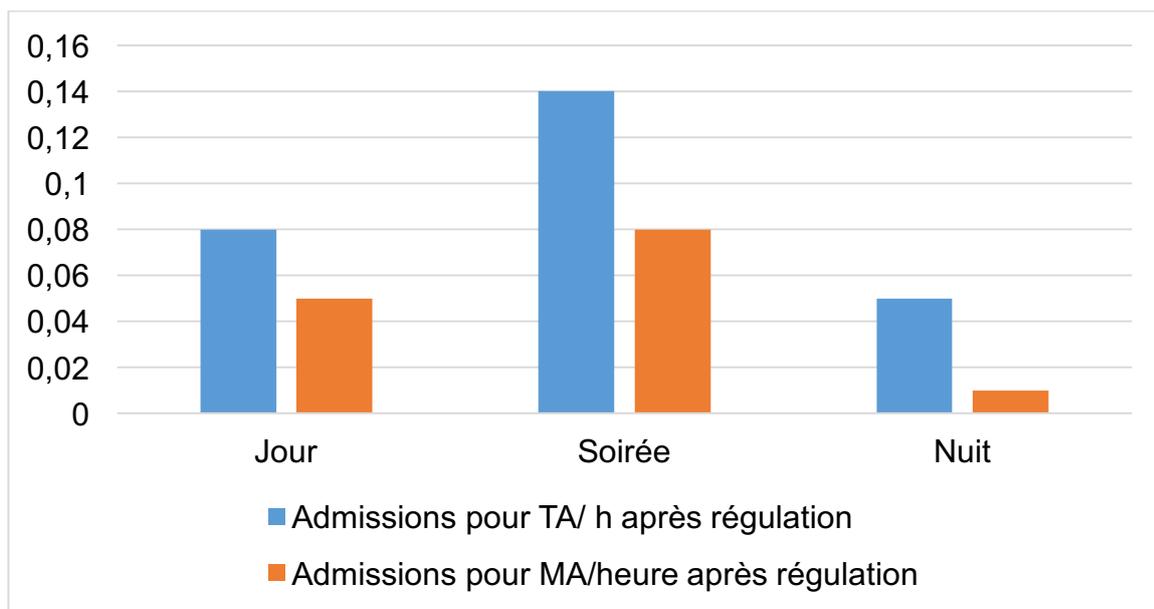


Figure 17 : Ratio des admissions par heure pour TA et MA au SAU selon l'horaire

4. Professionnels accompagnants

Le transport à l'hôpital était réalisé majoritairement par les pompiers (71,11%), suivi du SMUR (15,56%) dans le groupe tentatives. Dans celui des menaces, le transport était surtout réalisé par les pompiers (82,98%) puis les ambulanciers (17,02%)

La différence entre les groupes était significative ($p=0,012$).

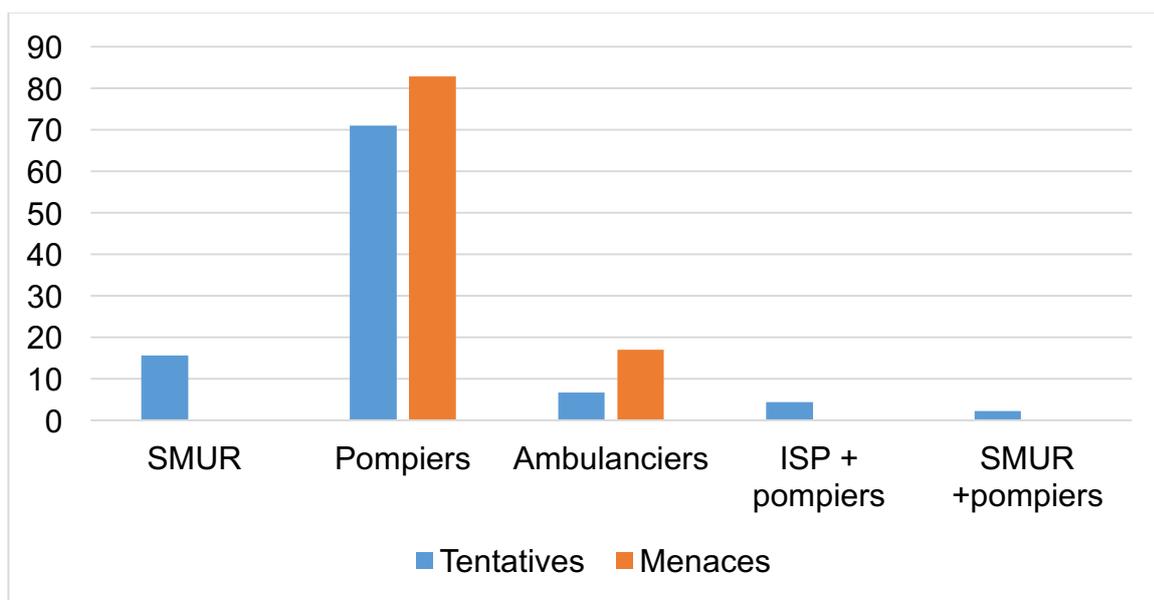


Figure 18 : Professionnels accompagnants lors de l'admission au SAU

5. Motif d'admission

Le motif intoxication médicamenteuse était plus retrouvé dans le groupe TA (52,5%) alors que dans le groupe menaces, c'était le motif « troubles psychiatriques » (68,08%), avec une différence significative entre les deux groupes ($p < 0,01$).

Tableau 25 : Motifs d'admission au SAU

Motif	Tentatives	Menaces	P value
Intoxication médicamenteuse	42 (52,5%)	2 (4,26%)	<0,01
Intoxication médicamenteuse + éthylisation	13 (16,25%)	1 (2,13%)	
TA par arme blanche	8 (10%)	0	
Problème psychiatriques	10 (12,5%)	32 (68,08)	
Autre	7 (8,75%)	12 (25,53%)	

Les autres motifs d'admission étaient :

- suspicion de problème neurologique
- intoxication éthylique
- troubles du comportement
- urgence gynécologique
- angoisse
- agitation
- malaise
- altération de l'état général

VII. Description des tentatives de suicide au SAU

La majorité des tentatives était par intoxication (74,7%) suivie des plaies par armes blanches (17,3%).

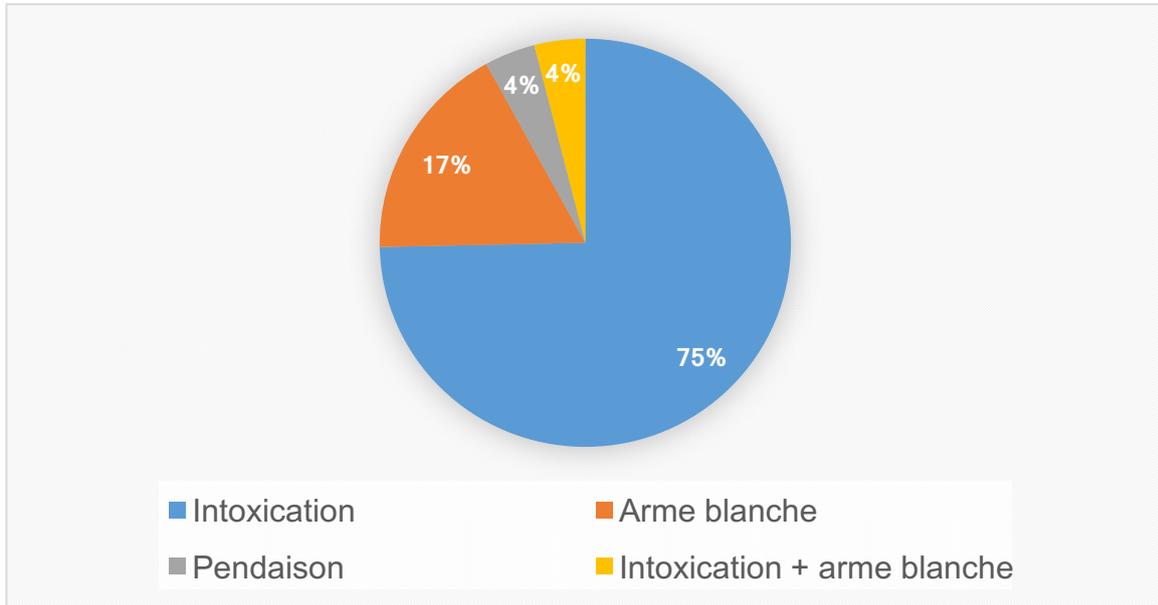


Figure 19 : Types de tentatives de suicide au SAU

A. Intoxication

1. Nombre de produits et type d'intoxication

Les intoxications multiples représentaient la plus forte proportion avec 54,7%. Les intoxications médicamenteuses représentaient 87,7% des intoxications.

2. Classes médicamenteuses

Les benzodiazépines étaient les plus souvent retrouvées (35,3%), ainsi qu'en association avec d'autres produits (33,3%).

Tableau 26 : Classes médicamenteuse des intoxications au SAU

Classe médicamenteuse	Effectif (n=51)	Pourcentage (en%)
Benzodiazépines	18	35,3
Autres psychotropes	3	5,9
Paracétamol	1	2
Antalgique palier 2 ou 3	3	5,9
Autres classes	3	5,9
Benzodiazépines + autres psychotropes	8	15,7
Benzodiazépines + autres psychotropes + autres classes	4	7,8
Benzodiazépines + autres classes	5	9,8
Autres associations	6	11,7

Les autres classes médicamenteuses regroupaient les anti-inflammatoires, les antispasmodiques, les antiépileptiques.

3. Appel centre anti poison

Le centre anti poison a été appelé pour une intoxication.

B. Arme blanche

1. Localisation

Une plaie vasculonerveuse proximale d'un membre avait été retrouvée.

La majorité des plaies se localisaient sur la partie distale des membres (93.8%), de façon majoritaire aux poignets et mains.

Tableau 27 : Localisation des plaies par armes blanches au SAU

Localisation	Effectif (n=47)	Pourcentage (en %)
Vasculonerveuse proximale d'un membre	1	6,3
Autre localisation	15	93,8

Les autres localisations rassemblaient les poignets, les avant-bras, les mains, le membre supérieur.

2. Arme

Les lames de rasoir représentaient 44,4% des armes utilisées.

Tableau 29 : Type d'arme blanche

Type d'arme :	Effectif	Pourcentage (en %)
Lame de rasoir	4	44,4
Couteau	2	22,2
Cutter	1	11,1
Verre	2	22,2

3. Pendaison

Sur 2 patients ayant tenté de se pendre, la pendaison était complète pour 1 patient (50%) et incomplète pour 1 patient (50%).

VIII. Etat clinique des patients suicidants au SAU

A. Etat somatique des patients

La conscience était conservée chez 48 patients (76,8%) et 1 (1,25%) patient était dans le coma. Il n'y avait pas de patient en ACR.

Tableau 30 : Etat clinique des patients suicidants au SAU

Etat	Effectif	Pourcentage (en %)
Conscience (n=65)		
conservée	48	73,8
Somnolence	16	24,6
Coma	1	1,5
ACR (n=68)		
Absent	68	100
Convulsions (n=21)		
Absentes	21	100
Hémorragie (n=20)		
Absente	19	95
Présente	1	5
Douleur (n=31)		
Absente	30	96,8
Présente	1	3,2
Déficit moteur (n=41)		
Absent	39	95,1
Présent	2	4,9

B. Alcoolémie

Concernant le taux d'alcoolémie, 35 (64,8%) patients étaient positifs dans les groupes des tentatives et 7 (46,7%) dans le groupe menaces.

La différence entre les groupes n'était pas significative ($p=0,203$).

IX. Prise en charge thérapeutique des suicidants

A. Thérapeutique des intoxications

Concernant la prise en charge thérapeutique des intoxications, 3 patients ont eu un lavage gastrique (7%) ; 4 ont eu du charbon activé (9,5%) et 5 ont bénéficié d'un antidote (10,9%). Les antidotes utilisés étaient l'anexate, le narcan, le N-acétylcystéine.

B. Avis psychiatrique

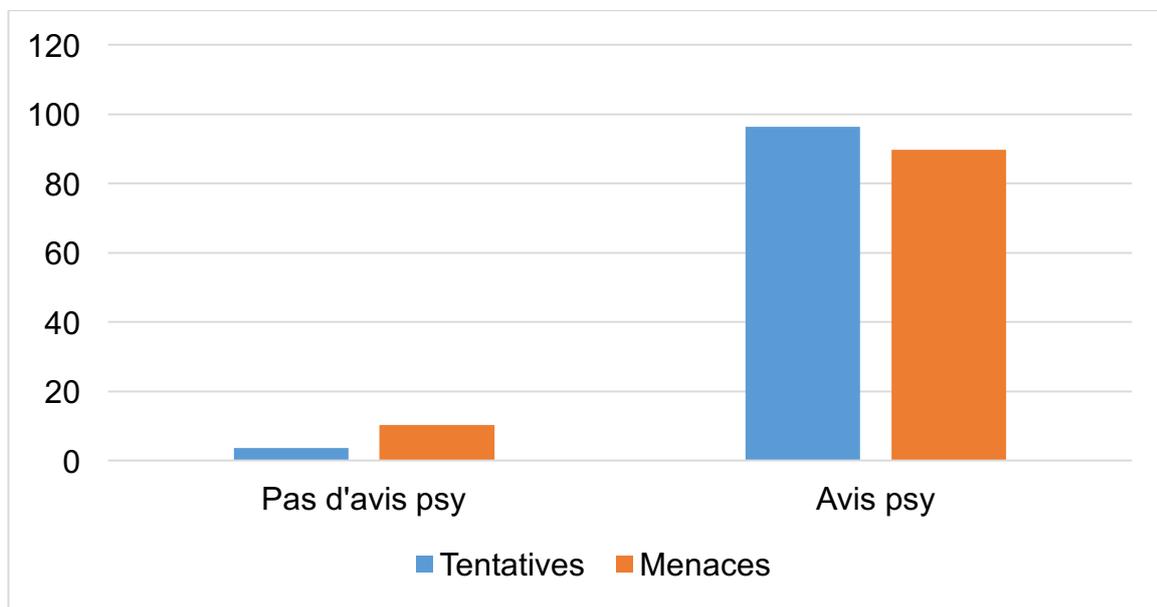


Figure 20 : Répartition des patients TA et MA selon avis psychiatrique

La majorité des patients suicidants, (96,36%) et menaçants (89,66%) ont bénéficié d'un avis psychiatrique.

La différence entre les groupes n'était pas significative ($p=0,217$).

X. Prise en charge au SAU

A. Secteur de prise en charge

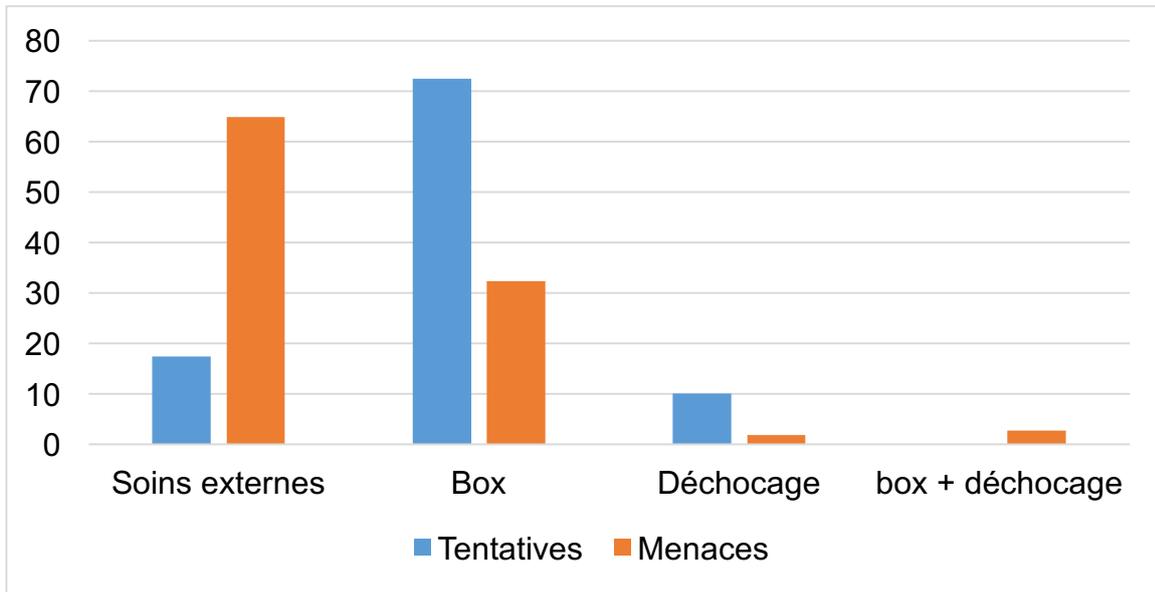


Figure 21 : Secteur de prise en charge au SAU des TA et MA

La plupart des patients (72,5%) étaient pris en charge dans une zone boxée en cas de tentatives mais en zone « soins externes » (64,9%) en cas de menaces avec une différence significative entre les groupes ($p < 0,01$).

B. Durée de prise en charge au SAU

La durée moyenne de prise en charge au SAU était de 11 heures et 14 minutes pour les patients suicidants, et de 6 heures et 25 minutes pour les patients menaçants.

La différence entre les deux groupes était significative ($p < 0,01$).

C. Orientation

Pour les tentatives, la majorité des patients était hospitalisée (70,8%) notamment en ZHTCD (40,28%), alors que pour l'orientation des patients menaçants, le retour à domicile était le plus fréquent (40,62%), suivi de l'hospitalisation en psychiatrie (31,25%).

Tableau 31 : Orientation des TA et MA après prise en charge au SAU

Orientation	Tentatives	Menaces	P value
Retour à domicile	21 (29,17%)	13 (40,62%)	0,072
ZHTCD	29 (40,28%)	5 (15,63%)	
Réanimation	8 (11,11%)	0	
Chirurgie	2 (2,77%)	0	
Psychiatrie	11 (15,28%)	10 (31,25%)	
Transfert	1 (1,39%)	0	

D. Diagnostic

Le diagnostic « intoxications médicamenteuses » (45,83%) était le plus souvent représenté pour les tentatives de suicide. Dans 13,89% des cas, le diagnostic était « intoxication médicamenteuse » et alcoolisation associée.

Tableau 32 : Diagnostics au SAU

Diagnostic	Tentatives	Menaces	P value
Intoxication médicamenteuse	33 (45,83%)	2 (5%)	<0,01
Intoxication médicamenteuse + alcoolisation	10 (13,89%)	0	
TA par arme blanche	10 (13,89%)	0	
Autre TA	3 (4,17%)	0	
Autre diagnostic	16 (22,22%)	38 (95%)	

Les autres diagnostics comprenaient :

- éthylisation
- tremblements dus à l'alcool : intoxication aiguë sans complication
- tremblements dus à l'alcool : syndrome de dépendance
- observation pour suspicion de tremblement
- anxiété généralisée
- autres troubles anxieux précisés
- troubles anxieux sans précision
- trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte sans précision
- personnalité émotionnellement labile,
- trouble bipolaire, sans précision
- état dépressif, sans précision
- psychose non organique, sans précision
- menace de tentative de suicide
- idées suicidaires
- difficultés dans les rapports avec l'entourage (partenaire, parents, beaux-parents, entourage immédiat)
- entorse grave cervicale
- douleur thoracique atypique
- lombalgie basse
- acte non effectué par décision du sujet pour des raisons autres et non précisées
- fugue

E. Décès

Aucun patient n'est décédé pendant la prise en charge dans le service.

DISCUSSION

I. Caractéristiques sociodémographiques des patients suicidants et menaçants lors de l'appel au CRRA

A. Données sociodémographiques

1. Sexe

Dans notre étude, le sexe ratio des patients suicidants était de 0,8 et de 1,3 pour les patients menaçants. Parmi les patients suicidants, 54,4% étaient des femmes.

Le sexe ratio de la population du Pas de Calais était de 0,94 en 2018(23).

Les résultats de notre étude retrouvent une prédominance féminine chez les patients suicidants, ressemblant aux données de la littérature.

Dans les appels au Samu-centre 15 du Nord de 2009 à 2011, le pourcentage des femmes était de 55%(24).

Dans la thèse de Lucile Deffense sur l'intérêt d'un recontact téléphonique spécifique des suicidants au sein du Centre Antipoison de Lille, le sexe ratio des patients suicidants à l'appel était de 0,78(25).

Les données de notre étude discordent avec la littérature pour les patients menaçants.

En effet, dans l'étude ESEMeD, le pourcentage de femmes était plus important pour les idées suicidaires, les projets suicidaires et les tentatives de suicide(26). Cependant, cette étude a été menée en population générale, sur un échantillon de sujets stratifié selon la région et la taille de la ville d'habitation. Notre population n'est donc pas comparable à celle de cette étude.

L'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense ESCAPAD 2014 retrouvait quant à elle un sexe ratio de 0,57 pour les pensées suicidaires et de 0,45 pour les tentatives de suicide chez les adolescents de 17 ans(8). Cette enquête ciblait uniquement les adolescents de 17 ans, et se basait sur un auto-questionnaire interrogeant sur les antécédents de tentatives de suicide au cours de leur vie, et les pensées suicidaires au cours des douze derniers mois.

A la différence des autres études concernant les menaces suicidaires, notre étude rapporte les appels au CRRA. Les autres études tiennent compte des déclarations de patients sous forme de questionnaires, Il n'y a pas d'évidence sur le fait qu'ils aient pris contact avec le système de soins dont le CRRA.

Selon l'étude de Weissman et al, concernant les idées suicidaires et tentatives de suicides dans 9 pays, les taux d'idées suicidaires étaient légèrement plus élevés chez les femmes que chez les hommes mais la plupart des différences n'étaient pas significatives(27).

2. Age

L'âge moyen des patients suicidants était de 39,71 ans et celui des patients menaçants était de 39,58 ans.

Il y a une ressemblance entre notre étude et les appels au Samu-Centre 15 du Nord de 2011, rapportés dans la synthèse des conduites suicidaires de la FR2SM 2014, où l'âge moyen des suicidants était de 37,9 ans avec un écart type de 14,9 ans(28).

La classe d'âges la plus représentée était les 45-49 ans, suivie des 15-19 ans et des 40-44 ans.

Ces données ressemblent aux données retrouvées dans la thèse de Lucile Deffense(25). Cependant dans son étude, les patients entre 15 et 18 ans n'étaient pas inclus.

3. Grossesse

Une (1,2%) grossesse était retrouvée dans le groupe tentatives et deux (6,7%) dans le groupe menace sans différence significative ($p=0,114$).

Dans la thèse de Lucile Deffense, parmi les femmes suicidantes, une grossesse était rapportée dans 1,6% des cas(25).

Il n'y avait pas de données dans la littérature comparant les menaces et les tentatives. Une étude avec un plus grand échantillon pourrait permettre de rechercher une différence significative.

4. Statut matrimonial

Les patients « en couple » et les « séparés/divorcés » étaient les plus représentés dans les deux groupes avec respectivement 51% et 29,7% chez les patients TA et 44,3% et 32,9% chez les patients MA.

Toutefois, la différence entre les groupes n'était pas significative ($p=0,604$).

En France au 1^{er} janvier 2018, 42,5% de la population de 15 ans ou plus étaient mariés, 41,3% étaient célibataires, 8,8% divorcés et 7,4% veufs(29).

Les données de notre étude diffèrent des données de la littérature.

Selon le 2^{ème} rapport de l'ONS, pour tous les pays, le fait d'être célibataire est un facteur de risque pour les comportements suicidaires autres que le suicide abouti(30).

Selon l'enquête Santé Mentale en Population Générale, le fait d'être marié protégerait du risque suicidaire ; les personnes séparées auraient un risque suicidaire plus important (29,8%) que la population générale (15,02%), et les personnes mariées auraient un risque suicidaire plus faible (10,98%). Les individus habitant seuls (célibataires et veufs) auraient un risque suicidaire augmenté(31).

Dans notre étude, le statut matrimonial était renseigné pour 145 tentatives. La situation matrimoniale a parfois été complétée à partir de l'identité de l'appelant (exemple partenaire), ce qui a pu entraîner un biais.

Dans l'étude ESEMeD, le statut marital ne constituait pas un facteur de risque pour le projet suicidaire ni pour la tentative de suicide(26).

Selon l'étude de Weissman et al, les personnes divorcées ou séparées avaient des taux d'idées suicidaires plus élevés(27).

B. Antécédents psychiatriques des patients lors de l'appel au CRRA

1. Suivi psychiatrique antérieur

Un suivi psychiatrique était retrouvé chez 70,3% des suicidants et 76,3% des menaçants sans différence significative entre les deux groupes ($p=0,334$).

Ces données descriptives sont assez similaires avec les autres études, qui retrouvaient une plus grande proportion d'antécédents psychiatriques chez les suicidants. Selon l'enquête Santé Mentale en Population Générale, le risque suicidaire est significativement majoré en cas de troubles mentaux(31).

Dans l'audit de N.Attard et al, 73% des patients suicidants pris en charge aux urgences avaient des antécédents psychiatriques(32).

Dans l'étude ESEMeD, les troubles mentaux sont associés à une augmentation significative de la probabilité d'avoir des idées suicidaires, des projets suicidaires et de tentative de suicide(26).

L'association Suicide Ecoute rapportait que lorsque la question était posée d'un suivi psychologique ou psychiatrique en cours, la réponse était positive dans près de 8 fois sur 10(30). Cependant ce suivi inclut également les suivis psychologiques seuls.

Ces données diffèrent de l'étude Hajji et al, dans laquelle les antécédents personnels psychiatriques n'étaient retrouvés que chez 36,4% des patients suicidants. Ces données sont probablement différentes car cette étude ne prend pas la même population.

Il n'y avait pas de données dans la littérature comparant le suivi psychiatrique entre les patients suicidants et menaçants.

2. Antécédent de tentative de suicide

Plus de 2/3 des patients avaient des antécédents de TA avec respectivement 64,1% pour les suicidants et 61,9% pour les menaçants. La différence n'était pas significative ($p=0,760$).

Ces données sont assez similaires aux données de la thèse de Lucile Deffense, où 65% des patients suicidants avaient un antécédent de tentative de suicide(25).

C. Données temporelles de l'appel au CRRA

1. Périodicité

Le nombre d'appels par jour était plus important pour les TA les jours fériés.

En moyenne, il y a eu davantage d'appels pour TA les lundis, samedis et dimanches avec un maximum le lundi.

Concernant les menaces, la moyenne des appels par jour était plus importante le dimanche.

Dans les données du Samu-Centre 15 du Nord de 2009 à 2011, le jour de la semaine avec le plus d'appels pour TS était le dimanche(24). Les données recueillies entre 2006 et 2008 retrouvaient des TS plus fréquentes le dimanche également(33). Dans la littérature, les dimanches et lundi sont également les jours avec le plus de tentatives de suicide par intoxication pour l'étude américaine de Beauchamp et al(34).

Dans la thèse de Lucile Deffense, le dimanche était le jour avec le plus de TS, suivi du lundi(25).

Une hypothèse concernant la majoration des appels le week-end, serait l'absence de contact avec le médecin traitant, mais cela n'expliquerait pas la prédominance du lundi.

En raison de la saisonnalité observée et des variations quotidiennes du nombre de suicides, il avait été suggéré que les facteurs environnementaux et leur relation avec l'humeur pourraient jouer un rôle dans le suicide(34). Des études antérieures avaient évalué les tentatives de suicide en fonction de la saisonnalité, de la phase lunaire, du jour de la semaine et de l'heure de l'appel dans un centre antipoison(35)(36)(37)(38).

A l'état actuel de notre étude et de la recherche bibliographique, nous n'avons pas d'explication concernant la périodicité retrouvée.

2. Période scolaire

Dans notre étude, la moyenne des appels/jour était similaire entre la période scolaire et les vacances pour les tentatives, et supérieure pendant les vacances (7 appels/j) par rapport à la période scolaire (6,07 appels/j) pour les menaces.

L'étude Beauchamp et al ne retrouvait pas de différence entre les vacances, et les 3 jours précédant et suivant les vacances(34).

3. Horaire

Le ratio des appels par heure était plus important en soirée pour les tentatives de suicide avec 78 appels/ 100 heures le soir.

Il y avait moins d'appels dans les deux groupes la nuit, respectivement 22 appels/100 heures de nuit pour les TA et 10 appels/100 heures de nuit pour les menaces.

Dans les appels au Samu-Centre 15 du Nord en 2011, il y avait également plus d'appel le soir(28).

Dans la thèse de Lucile Deffense, la tranche horaire avec le plus de TS était celle du soir (de 18h à 23h59) et la tranche horaire avec le moins de TS, celle la nuit (de 00h00 à 05h59)(25).

Dans l'étude de Leikin et al concernant les appels au centre antipoison pour tentative de suicide par intoxication, il était également retrouvé un pic d'appels en début de soirée(39).

D. Caractéristiques de l'appel

1. Appelant

Concernant les TA, les appels provenaient plus de la famille (48,66%), suivi de l'entourage (21,43%). Pour les menaces, les appels provenaient plus de la famille (31,54%) suivi des tiers (24,61%) et du suicidant (22,31%).

D'après l'association Suicide Ecoute, un peu moins de 5% des appels provenaient de tiers, et près de 25% des appels provenaient de personnes qualifiées de « suicidaire ». Le restant des appels n'indiquait pas de pensées suicidaires(30).

Ces données provenant d'une association ont été valorisées et harmonisées avec d'autres associations par l'INPES afin de permettre une comparaison du profil des appelants(30).

2. Provenance de l'appel

La majorité des appels provenaient du CODIS dans les deux groupes, respectivement 72,2% et 76,6% chez les TA et les menaçants.

Il n'y avait pas de données comparables dans la littérature.

L'hypothèse de l'absence de données est probablement liée à la singularité du système de soins français.

3. Lieu de l'intervention

La majorité des suicidants (85,88%) et des menaçants (81,22%) se trouvaient à domicile.

Il y avait une différence significative selon le lieu où se trouvait le patient ($p= 0,014$).

Les données de notre étude sont similaires aux données du Samu-Centre 15 du Nord entre 2009 et 2011. Il s'agissait dans cette étude du domicile dans 86,7% des cas, de lieux publics dans 11,2% des cas, du milieu scolaire dans 1,2% des cas, des institutions dans 0,5% des cas et des autres lieux dans 0,4% des cas(24).

Les données concordent avec les résultats de l'étude de Villa et al, dans laquelle le lieu d'exposition des intoxications volontaires était principalement le domicile (86,1%)(40). Cependant, cette étude n'a pas été faite sur la même population car elle concernait les appels pour intoxications aux centres antipoison.

Le lieu d'intervention était significativement différent entre les patients menaçants et suicidants. Il y avait davantage de patients menaçants que suicidants dans les lieux publics ou sur les lieux de travail. Une hypothèse serait que les patients menaçants peuvent verbaliser leur menace avec un bénéfice secondaire recherché quant aux personnes les entourant, notamment sur le lieu de travail.

Certains patients menaçants peuvent également changer de lieu plus facilement, par exemple aller à l'extérieur, alors qu'un patient suicidant serait plus susceptible de rester sur place, notamment à domicile après sa tentative.

4. Suspicion d'alcoolisation

La suspicion d'alcoolisation était de 65% chez les suicidants et de 69,8% chez les menaçants. Notre étude retrouve des similarités avec les données de la littérature.

Dans l'évaluation quantitative 2015 de la FR2SM sur le programme de recontact des personnes suicidantes Vigilans, un contexte d'alcoolisation au moment de la tentative de suicide était signalé dans près d'un cas sur deux (41).

Dans la synthèse réalisée par les Professeurs Adès et Lejoyeux, la moitié des tentatives de suicide médicamenteuses comportaient une consommation d'alcool ajoutée(42).

Dans la thèse de Lucile Deffense, une alcoolisation au moment du geste était présente dans 38% des cas(25).

E. Description des tentatives de suicide

Les intoxications isolées (73,93%) étaient les plus nombreuses, et 4,08% des tentatives de suicide comportaient une intoxication associée à un autre moyen.

Ces données concordent avec les données de la littérature, dans lesquelles les intoxications représentent la majorité des tentatives de suicide.

Selon la synthèse d'octobre 2014 sur les conduites suicidaires dans le Nord Pas de Calais publiée par la F2RSM, dans plus de 4 cas sur 5, le moyen employé est l'auto médication(28).

Dans le 2^{ème} rapport de l'ONS, les auto-intoxications médicamenteuses représentaient 80,3% des hospitalisations pour tentative de suicide chez les personnes résidant en Nord Pas de Calais en 2013. Les auto intoxications par d'autres produits comptaient pour 8,1% de l'échantillon étudié (30). Les données du Samu-centre 15 étaient utilisables et cohérentes avec les données d'hospitalisation pour TS(30).

1. Intoxication

Sur 391 intoxications, 190 étaient uniques (48,6%) et 201 étaient multiples (51,4%).

Notre étude n'a pas étudié la répartition des différentes classes médicamenteuses en fonction du caractère unique ou multiples de l'intoxication.

Toutefois, les médicaments représentaient 92,5% des TA.

Les benzodiazépines étaient les plus souvent retrouvées (35,92%), ainsi qu'en association avec d'autres produits (32,44%).

Notre étude retrouve des données similaires à la littérature concernant les types d'intoxication. Dans le rapport de Adnet de al, les benzodiazépines sont généralement la première classe médicamenteuse des intoxications volontaires avec des fréquences variant selon les études entre 20 et 67%(43).

Dans l'étude anglaise de Prescott et al, les médicaments les plus utilisés étaient le paracétamol (45,2%) et l'ibuprofène (17,3%)(44).

Une hypothèse serait la différence d'accessibilité du paracétamol entre la France et l'Angleterre.

2. Arme blanche

Dans notre étude, les autolyses par arme blanche représentaient 14,01% des tentatives de suicide.

Nos données retrouvent une proportion un peu plus importante des autolyses par arme blanche.

Dans le 2^{ème} rapport de l'ONS, les phlébotomies représentaient 8,8% des hospitalisations pour tentative de suicide chez les personnes résidant en Nord Pas de Calais en 2013. Les données du Samu-centre 15 étaient utilisables et cohérentes avec les données d'hospitalisation pour TS(30).

Cette différence peut s'expliquer par la durée de recueil qui n'est peut-être pas suffisante. Une étude sur un an pourrait permettre d'avoir un plus grand échantillon pour juger des proportions des types de tentatives.

La majorité des tentatives de suicide par arme blanche concernait les autres localisations (65.96%). Les autres localisations comprenaient les doigts, les mains, les poignets, les avant-bras, les bras et les jambes.

Les armes utilisées lors des tentatives de suicide étaient les lames de rasoir, les couteaux, les cutters, les lames, le verre et un morceau d'assiette.

Selon le 3^{ème} rapport de l'ONS, la frontière entre les lésions cutanées auto-infligées (scarification, automutilations) et les comportements suicidaires est floue. Différentes théories existent. L'une d'elle serait que les automutilations précèderaient généralement les comportements suicidaires. Une autre théorie considère que les lésions cutanées auto-infligées pourraient constituer une protection en permettant au patient d'exprimer sa souffrance par un autre biais que la tentative de suicide et ainsi pourrait éviter le suicide(8).

3. Arme à feu

Pendant la durée du recueil, il n'y a pas eu de tentative de suicide par arme à feu.

Selon le 2^{ème} rapport de l'ONS, les tentatives de suicide par arme à feu représentaient 0,5% des tentatives de suicide en 2013 dans le Nord Pas de Calais(30). Les données du Samu-centre 15 étaient utilisables et cohérentes avec les données d'hospitalisation pour TS(30).

Une des hypothèses pour laquelle nous ne retrouvons pas ces données dans notre étude, est la taille de l'échantillon, la prévalence des tentatives par arme à feu étant faible. Une étude sur un an permettrait d'avoir un échantillon plus grand et peut être de pouvoir retrouver ces données.

Une deuxième hypothèse est que notre étude s'est basée sur les motifs d'appel évoquant une tentative de suicide, alors que certaines tentatives auraient pu être confondu avec des blessures par arme à feu accidentelles.

4. Chute d'un lieu élevé

Les chutes d'un lieu élevé représentaient 0,97% des tentatives de suicide dans notre étude.

Ces données concordent avec le 2^{ème} rapport de l'ONS, dans lequel les sauts dans le vide représentaient 1% des hospitalisations pour tentative de suicide chez les personnes résidant en Nord Pas de Calais en 2013(30). Les données du Samu-centre 15 étaient utilisables et cohérentes avec les données d'hospitalisation pour TS(30).

Sur 6 chutes d'un lieu élevé, 4 patients étaient tombés de moins de 5 mètres.

Sur 4 patients ayant chuté d'un lieu élevé, 1 patient n'a pas eu de traumatisme, 1 patient a eu un traumatisme costal et iliaque, 1 patient a eu un traumatisme des membres supérieurs et inférieurs, 1 patient a eu un traumatisme du rachis cervical et dorsal.

Selon l'étude de Eudier et al, lorsque les patients s'étaient jetés d'une fenêtre d'immeuble, 7 l'avaient fait à partir du premier étage (<5m) et 9 à partir du 2^{ème} ou 3^{ème} étage(45). Selon cette étude, les lésions osseuses étaient prédominantes au niveau du rachis et des membres inférieurs(45).

Selon l'étude de El Ibrahimy et al, le suicide par saut ou par précipitation représente 5% des suicides.(46) Dans cette étude, 7 patients (50%) s'étaient jetés du premier étage (<5m), et 7 de plus de 5m. Dans leur étude, le bilan lésionnel retrouvait majoritairement des fractures des membres inférieurs(46).

5. Pendaison

La pendaison représentait 4,28% des tentatives de suicide dans notre étude.

Dans le 2^{ème} rapport de l'ONS, les pendaisons représentaient 2,7% des hospitalisations pour tentative de suicide chez les personnes résidant en Nord Pas de Calais en 2013. Les données du Samu-centre 15 étaient utilisables et cohérentes avec les données d'hospitalisation pour TS(30).

La différence entre nos données et la littérature peut s'expliquer par le fait que les suicides par pendaison ont été inclus dans les tentatives de suicide en régulation, le décès n'étant pas initialement déclaré. Les suicides par pendaison ont donc majoré les résultats des tentatives de suicide par pendaison.

La pendaison incomplète (12) était le plus souvent retrouvé.

Sur 8 patients ayant tenté de se pendre, la durée de pendaison était de 10 secondes pour un patient (12,5%), inférieure à 30 secondes pour un patient (12,5%) ; 5 minutes pour 3 patients (37,5%), moins de 10 minutes pour un patient (12,5%), 3 heures pour un patient (12,5%) ; et inférieure à 13 heures pour un patient (12,5%).

Il n'y avait pas de données comparables dans la littérature concernant la durée de pendaison.

6. Brûlure

Dans notre étude, les brûlures représentaient 0,58% des tentatives.

Dans le 2^{ème} rapport de l'ONS, les tentatives de suicide par fumée, gaz ou brûlure représentaient 0,4% des hospitalisations pour tentative de suicide chez les personnes résidant en Nord Pas de Calais en 2013. Les données du Samu-centre 15 étaient utilisables et cohérentes avec les données d'hospitalisation pour TS(30).

L'immolation par le feu représente 0,5% des suicides en France(47).

Les brûlures thermiques étaient le plus souvent retrouvés (66,7%) avec une superficie > 5% (66,7%).

Dans l'étude de Chatelain et al, réalisée au centre de traitement des brûlés de l'hôpital Saint-Louis à Paris de 2011 à 2016, les immolations représentaient 5% de la population hospitalisée dans ce service. Parmi ces immolations, 2% étaient d'origine criminelle et 98% étaient un passage à l'acte suicidaire(47).

La prévalence des immolations en France est inférieure à celle des pays orientaux et à certains pays occidentaux comme la Suisse. D'après Chatelain et al, le fait qu'elle soit légèrement inférieure à certains pays occidentaux pourrait laisser penser que les techniques de prévention contre l'immolation et la prise en charge des patients ayant des maladies psychiatriques pourrait être meilleure que dans les autres pays(47).

La surface cutanée totale brûlée s'étendait de 5% à 95%(47).

Selon la thèse de Pierre Guerreschi, sur la prise en charge des brûlés suite à une tentative de suicide, les suicidants représentaient 1,3% des patients hospitalisés dans le centre des brûlés de Lille. Parmi les brûlés, 80% présentaient des brûlures avec plus de 10% de surface cutanée totale atteinte(48). Cependant la population de cette étude n'est pas la même car elle se porte sur les patients hospitalisés en centre des brûlés.

Nos données sont difficilement comparables en raison du faible effectif de notre étude.

De même des brûlures ont pu être pris en charge, sans connaître le caractère suicidaire ou accidentel de celles-ci.

7. Submersion

Dans notre étude, les submersions représentaient 0,58% des tentatives de suicide. Ces données sont concordantes avec la littérature.

Dans le 2^{ème} rapport de l'ONS, les noyades représentaient 0,4% des hospitalisations pour tentative de suicide chez les personnes résidant en Nord Pas de Calais en 2013. Les données du Samu-centre 15 étaient utilisables et cohérentes avec les données d'hospitalisation pour TS(30).

Sur 3 patients, la durée de submersion était de moins de 5 minutes pour un des patients, et d'au moins 5 minutes pour 2 patients.

Il n'y avait pas de données comparables dans la littérature pour la durée de submersion.

8. Autre

Concernant les autres tentatives, 1 suicidant en prison avait avalé une lame de rasoir, 1 suicidant a essayé de se jeter sous une voiture, 1 suicidant a essayé de s'asphyxier avec un sac sur la tête, 1 suicidant a fait un accident de la voie publique avec tonneau, 2 suicidants ont essayé de se suicider avec du gaz d'échappement, 1 suicidant a essayé de se suicider par traumatisme crânien contre un mur.

Il n'y a pas de données comparables dans la littérature concernant ce rassemblement de conduites suicidaires.

Cependant, nous pouvons citer le cas clinique rapporté par Alouane et al, d'une patiente incarcérée ayant présenté des conduites impulsives d'automutilation à répétition. Cette patiente avait essayé de se suicider en s'exposant aux voitures sur la voie publique à l'adolescence après avoir été victime d'un inceste de son oncle. Incarcérée par la suite pour le meurtre de sa cousine, cette patiente avait ingéré plusieurs fois divers objets métalliques comme des lames de rasoir(49).

L'ingestion de corps étrangers pouvait être considérée comme une forme d'automutilation(49).

Selon l'étude de Bishara et al, chez les adultes, l'ingestion intentionnelle d'objets se produit fréquemment chez les patients psychiatriques et les détenus. Dans ce dernier groupe, les lames de rasoir, les piles et autres objets métalliques tranchants sont le plus souvent rencontrés(50).

Il n'y avait pas de données épidémiologiques publiées décrivant la prévalence réelle d'ingestion de corps étrangers dans la population carcérale. D'après l'examen des séries de cas publiées, le nombre de patients affectés varie de 22 à 167 cas dans la série des États-Unis à 261 cas dans le cadre d'études européennes(50).

D'après le Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) et le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) 2012, les collisions intentionnelles représentaient 0,3% des séjours hospitaliers pour tentative de suicide(51).

F. Etat somatique des patients suicidants

Pour la conscience, 84.36% des patients étaient conscients et 16 patients (3,79%) étaient dans le coma. Parmi ces patients, 14 se trouvaient en ACR.

Nous n'avons pas retrouvé d'études examinant l'état somatique des suicidants dans la littérature.

Cependant l'étude de Foucault et al concernant l'épidémiologie des ACR extrahospitaliers à Caen en 2003, retrouvait comme cause d'ACR les suicides dans 14% des cas(52).

G. Régulation

1. Procédure de régulation

Il y a eu 28 (6,9%) procédures de régulation P0 pour les suicidants et 1 (0,4%) pour les menaçants.

Les autres procédures (P1 et P2) représentaient respectivement 93,1% et 99,6% pour les tentatives et les menaces avec une différence significative ($p < 0.01$).

Il n'y avait pas de données comparables dans la littérature. La régulation est organisée de façon différente en fonction des pays, donc ces résultats ne sont pas comparables.

2. Gestion de l'appel

La gestion de l'appel faite par l'ARM seul était plus élevée dans le groupe menaces.

Il n'y avait pas de données comparables dans la littérature.

Une hypothèse serait que la gestion initiale de l'appel par l'ARM a pu être plus importante dans le groupe menaces, car il s'agissait d'urgences relatives (hors P0).

3. Moyen envoyé

L'intervention des pompiers était majoritaire dans les deux groupes, 65,94% seuls et 21,26% en association avec d'autres effecteurs pour les tentatives et 71,27% seuls et 15,28% en association avec d'autres effecteurs pour les menaces.

Le SMUR est intervenu dans 14,57% des tentatives.

La part majoritaire des interventions des pompiers peut être expliquée par l'appel initiale au CODIS, avec envoi des moyens avant transmission au CRRA.

Il n'y avait pas de données comparables dans la littérature, probablement de par la singularité du système de soins en France.

4. Moment d'envoi du moyen

L'envoi de moyens était fait à 80,5% pour les tentatives et 90,5% pour les menaces avant régulation médicale.

Il n'y avait pas de données comparables dans la littérature.

5. Utilisation du score ETC dans les intoxications

Sur 155 suicidants par intoxication, le score ETC a été utilisé dans 1 cas (0,6%), et non utilisé dans 154 cas (99,4%).

Cet outil est recommandé par les sociétés savantes mais semble très peu utilisé en pratique.

Il pourrait être intéressant d'étudier la connaissance de ce score utilisable en régulation par les ARM et les médecins régulateurs, et les freins à son utilisation.

Sa valeur prédictive positive est faible alors que sa valeur prédictive négative est élevée, il servirait donc davantage à discerner les cas où il ne faudrait pas envoyer d'équipe médicale, ce qui peut expliquer pourquoi ce score est peu utilisé (53).

Une hypothèse sur la faible utilisation de ce score peut être émise. Le score ETC peut être considéré comme chronophage par les équipes. Le pré-test n'a pas évalué la connaissance de ce score par les équipes.

6. Appel du centre antipoison dans les intoxications

Sur 166 intoxications, il n'y a pas eu d'appel du centre antipoison dans 162 cas (97,6%), le centre antipoison a été appelé dans 4 cas (2,4%).

Dans notre étude, nous n'avons pas étudié le nombre d'appels au centre antipoison émanant du Centre 15.

Dans l'étude de Glaizal et al, bilan de 11 ans de consultations du centre antipoison de Marseille, 3 demandes sur 5 proviennent des personnes exposées ou de leur entourage, et 26,8% de professionnels de santé hospitaliers(54). Les tentatives de suicide représentaient 11,8% des exposés(54).

Dans l'étude de Villa et al, concernant les intoxications signalées aux centres antipoison français en 2006, l'exposition volontaire représentait 15,7% des cas, dont 92,6% de conduites suicidaires(40).

Dans l'étude de Nisse et al, concernant les appels téléphoniques transmis par les SAMU au centre antipoison de Lille entre 1997 et 2006, l'intoxication était volontaire dans 9% des cas(55).

H. Parcours de soin et devenir

1. Transport

Le transport était non médicalisé dans 99,59% des cas de menaces et 89,73% des cas de tentatives avec une différence significative entre les deux groupes ($p < 0,01$).

Il n'y avait pas de données comparables dans la littérature.

La différence est significative entre les deux groupes par rapport au transport utilisé, En effet, les patients du groupe tentatives bénéficient d'un transport médicalisé plus fréquemment que les patients menaçants.

Une hypothèse pour expliquer cette différence serait la nécessité de médicalisation pour certaines tentatives en raison de la gravité de l'état clinique.

2. Orientation

La plupart des patients des deux groupes TA et MA ont été orientés aux urgences, respectivement 91,80% et 85,20%.

La différence entre les groupes était significative ($p=0,010$).

La différence entre les deux groupes pourrait être expliquée par la prise en compte de l'état somatique prédominant dans les tentatives. En effet, l'orientation du patient suicidant est guidée en priorité par le risque physique. Un patient suicidant peut nécessiter une surveillance clinique, une prise en charge spécifique, notamment avec des soins techniques, réalisés dans un service adapté, comme les urgences ou la réanimation. La prise en charge des intoxications se fait généralement aux urgences avant l'orientation en psychiatrie si elle s'avère indiquée(56). Si l'état clinique le nécessite, le patient sera orienté en réanimation(56).

Pour la prise en charge des menaçants, une hypothèse serait que la priorité soit la prise en charge psychiatrique, ce qui peut expliquer la différence d'orientation, avec des hospitalisations directes en psychiatrie plus importantes.

L'orientation autre regroupait le bloc opératoire d'un autre CH, l'unité d'accueil et de déchocage médical (UADM) d'un autre CH, le caisson hyperbare, le transfert d'appel à un autre SAMU, l'absence d'intervention, le conseil médical, la prise en charge par la police, le refus de prise en charge, ou la fuite.

Dans la thèse de Aurélie Sabattie concernant les intoxications médicamenteuses volontaires, la majorité des patients était également conduite aux urgences(57).

3. Décès

Onze patients sont décédés dont 6 avant réanimation.

La cause du décès était la pendaison (70%), l'intoxication médicamenteuse (20%) et l'asphyxie (10%).

Ces données concordent avec les données de la littérature concernant les pendaisons mais discordent concernant les suicides par armes à feu, auto intoxications.

Dans le 2^{ème} rapport de l'ONS, la part des suicides par pendaison dans le Nord Pas de Calais en 2012 était de 62,1%.

La part de décès par arme à feu et par auto-intoxication était dans le Nord Pas de Calais en 2012 respectivement de 12% et de 10,7%(30).

Ces différences peuvent s'expliquer par la petite taille de notre échantillon. Une étude sur un an permettrait d'avoir des données plus fiables, et de pouvoir faire ressortir des proportions plus significatives.

Le certificat de décès a été réalisé avec obstacle médico-légal dans les 11 cas (100%).

Ces données concordent avec les recommandations du Bulletin du Conseil national de l'Ordre des médecins et les recommandations européennes relatives à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale qui préconisent de cocher l'obstacle médico-légal lors de la suspicion d'un décès par suicide(58).

II. Tentatives et menaces prises en charge au SAU

Après régulation par le CRRA, 81 patients suicidants et 47 patients menaçants ont été pris en charge au SAU du centre hospitalier d'Arras.

A. Caractéristiques sociodémographiques des patients

1. Sexe

La proportion de femmes est plus élevée dans les deux groupes avec respectivement 55,6% pour les suicidants et 57,4% pour les patients menaçants.

Le sexe ratio était de 0,74 pour les menaçants et de 0,8 pour les suicidants.

Ces données concordent avec les données de la littérature où les femmes sont majoritaires dans les tentatives de suicide(28).

Selon l'INVS et le PMSI-MCO 2004-2011, les séjours féminins représentaient 65% de l'ensemble des séjours pour TS, quelle que soit l'année entre 2004 et 2011(59).

Selon le réseau d'Organisation de la surveillance coordonnée des urgences (Oscour) en 2012, 57,2% des suicidants passés aux urgences étaient des femmes(28).

Dans le 2^{ème} rapport de l'ONS, la part des hospitalisations concernant les hommes représentait 45% de l'ensemble des séjours pour TS. La part des hommes admis pour TS dans notre étude est de 44,4%(30). Les données du Samu-centre 15 étaient utilisables et cohérentes avec les données d'hospitalisation pour TS(30).

Les données d'un service d'accueil des urgences d'un autre centre hospitalier du département concordent également (56% des suicidants étaient des femmes au CH de Béthune)(60).

Dans l'étude de Hajji et al en Tunisie, la proportion des femmes suicidantes était encore plus importante avec un sexe ratio de 0,3(61).

Sur les 47 patients menaçants, 20 étaient des hommes (42,6%) et 27 des femmes (57,4%).

Ces données concordent avec l'étude ESEMeD où le sexe féminin était associé à une prévalence plus élevée d'idées suicidaires(26).

Dans l'enquête ESCAPAD 2014, le sexe ratio était de 0,57 pour les pensées suicidaires(8).

Des variations locales pourraient également expliquer ces différences. La population prise en compte au CRRRA incluant l'ensemble du département alors que les données du SAU n'incluent que les patients pris en charge au centre hospitalier d'Arras. Il pourrait être intéressant de réaliser cette étude dans différents centres hospitaliers du département.

2. Age

L'âge moyen des patients suicidants admis aux SAU après régulation était de 40,01 ans avec un écart type de 13,517, avec des âges compris entre 16 et 77 ans. L'âge moyen des patients menaçants admis au SAU après régulation était de 40,51 ans avec un écart type de 13,87.

Notre moyenne d'âge est comparable aux données de la littérature.

Dans le 2^{ème} rapport de l'ONS, l'âge moyen à l'admission des patients suicidants était de 38 ans(30).

Selon le réseau Oscour de 2012, l'âge moyen des patients suicidants était de 38,5 ans avec un écart type de 16,6(28).

Selon l'audit sur 100 patients consécutifs réalisé par N.Attard et al, l'âge moyen des suicidants était de 39 ans(32).

Dans le 2^{ème} rapport de l'ONS, le nombre d'hospitalisations pour TS était plus important dans les classes des 40-44 ans et 45-49 ans.

Dans notre étude, les classes d'âges les plus représentées au SAU pour TS étaient également les 45-49 ans (17,28%), suivie des 40-44 ans (14,81%).(30) Les données du Samu-centre 15 étaient utilisables et cohérentes avec les données d'hospitalisation pour TS(30).

B. Caractéristiques des admissions au SAU

1. Périodicité :

Dans notre étude, en moyenne, il y a eu plus d'admissions pour tentatives de suicide le lundi, alors qu'il y a eu davantage d'admissions pour menaces de suicide le vendredi.

En moyenne, il y avait plus d'admissions pour tentatives de suicide pendant les vacances que pendant la période scolaire, respectivement 1,9 admission/ jour pour TA pendant les vacances et 1,7 pendant la période scolaire.

Nos données concordent avec celles des bases Oscore de 2012, dans lesquelles le lundi était le jour du plus grand nombre de prises en charge de tentatives de suicide(28).

L'étude réalisée au Royaume-Uni par Prescott et al concernant les auto-intoxications ne retrouvait pas de différence significative dans le nombre d'épisodes selon le jour de semaine(44).

2. Horaire

La moyenne des hospitalisations par heure était plus grande en soirée dans les deux groupes, avec respectivement 14 admissions pour 100 heures de soirée pour les TS, et 8 admissions pour 100 heures de soirée pour les menaces.

Selon la synthèse d'octobre 2014 sur les conduites suicidaires dans le Nord Pas de Calais publiée par la F2RSM, d'après les données Oscore, les tentatives de suicide sont également plus nombreuses en soirée(28).

3. Professionnels accompagnants

Le transport à l'hôpital était réalisé majoritairement par les pompiers (71,11%), suivi du SMUR (15,56%) dans le groupe tentatives. Dans celui des menaces, le transport était surtout réalisé par les pompiers (82,98%) puis les ambulanciers (17,02%)

La différence entre les groupes était significative ($p=0,012$).

La différence de transports entre les patients suicidants et menaçants peut s'expliquer par la nécessité d'une surveillance ou de soins spécifiques pour certains patients suicidants contrairement aux patients menaçants. En effet, l'état somatique des patients suicidants nécessite parfois une prise en charge médicalisée, alors que la prise en charge des patients menaçants est avant tout psychiatrique et le transport sanitaire ne nécessite pas de moyens techniques particuliers, ni d'équipes médicalisées.

Il n'y avait pas d'étude dans la littérature étudiant le mode de transport des patients suicidants admis aux urgences après régulation médicale.

Selon l'observatoire régional des urgences du pays de la Loire, 68% se rendaient aux urgences par leurs « moyens personnels », 18% étaient transportés par une ambulance privée, 12% bénéficiaient d'un transport des pompiers, 1% de l'aide médicale urgente (SMUR) et 1% était amené par les forces de l'ordre(62).

Une enquête nationale rapportait que la grande majorité des personnes (près des trois quarts) arrivait par ses propres moyens, 14 % étaient conduits en ambulance, la même proportion était amenée par les pompiers, le SMUR et Police secours prenant en charge un peu moins de 3 % d'entre elles(63).

Ces enquêtes concernent l'ensemble des patients admis aux urgences, alors que dans notre étude, seuls les patients suicidants et menaçants admis après une prise en charge par le CRRA sont concernés. La majorité des appels gérées par le CRRA provenaient du CODIS, ce qui peut expliquer la prédominance des interventions des pompiers, avec le plus souvent un envoi du moyen avant contact au CRRA.

4. Motif d'admission

Le motif « intoxication médicamenteuse » était plus retrouvé dans le groupe TA (52,5%) alors que dans le groupe menaces, c'était le motif « troubles psychiatriques » (68,08%).

Dans le cadre du réseau Oscour sur les passages aux urgences ayant eu lieu en 2012, les auto-intoxications représentaient 83,8% des tentatives(24).

Dans l'étude Hajji et al, l'intoxication était le procédé suicidaire le plus fréquemment retrouvé (93,4%)(61).

Dans la littérature, les intoxications représentent la majorité des tentatives de suicide. Cependant, il n'y a pas d'étude comparant le motif d'entrée dans les tentatives ou menaces de suicide. En effet, pour pouvoir comparer le motif d'entrée, il faut pouvoir sélectionner les dossiers dans lesquels la tentative ou menace est évoquée. Notre étude a permis cette comparaison car les dossiers ont été sélectionnés à partir des informations recueillies par le CRRA. Les études antérieures concernant les tentatives de suicide aux urgences se basent sur le résumé de passage aux urgences (RPU), avec le codage des diagnostics principaux ou associés alors que notre étude a recueilli le parcours de soin des patients suicidants et menaçants, pris en charge à partir du CRRA et ensuite adressés au SAU du CHA.

Cette différence de recrutement permet une évaluation du motif d'admission.

Certains motifs d'admission étaient renseignés par codage, alors que certains motifs ont été recueillis à partir du motif d'admission relevé dans le dossier informatique.

C. Description des tentatives de suicide

La majorité des tentatives était par intoxication (74,7%) suivie des plaies par armes blanches (17,3%).

Dans le 2^{ème} rapport de l'ONS, la répartition du pourcentage d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les personnes résidant en Nord Pas de Calais en 2013, était de 80,3% pour les auto intoxications médicamenteuses, 8,8% pour les phlébotomies, 8,1% pour les auto intoxications par d'autres produits, 2,7% par pendaison, 1% par saut dans le vide, 0,5% par arme à feu, 0,4% par noyade, 0,4% par lésion par fumée, gaz, flammes, 0,2% par collision intentionnelle et 1,8% non précisé(30).

Dans le cadre du réseau Oscour de 2012, les auto-intoxications représentaient 83,8% des tentatives, les pendaisons 2,6%, les objets tranchants 3,2%, les sauts dans le vide 1%(24).

Selon le PMSI-MCO 2004-2011, les auto intoxications médicamenteuses représentent 81,7%, les auto intoxications par autres produits 7,9%, les phlébotomies 5%, la pendaison 1,6%, le saut dans le vide 0,9%(59).

Les données de la littérature internationale sont aussi semblables aux nôtres.

Dans l'étude anglaise multicentrique de David Gunnell and al, les intoxications représentaient 79,4%, les automutilations 11,4%, les intoxications et automutilations 4,8%, et les autres méthodes rassemblaient les 4,4% restants(64).

1. Intoxication

Les intoxications multiples représentaient la plus forte proportion avec 54,7%. Les intoxications médicamenteuses représentaient 87,7% des intoxications.

Les données de notre étude sont assez similaires à la littérature.

Dans l'étude de Vanbelle et al, les intoxications multiples représentaient 62% des cas(65).

Selon le rapport de l'InVS Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour 2007-2011, l'auto-intoxication médicamenteuse était le mode opératoire le plus fréquent et concernait 82% des TS hospitalisées.(59) Les médicaments les plus utilisés étaient les psychotropes, dont 60% de sédatifs et hypnotiques, 8% d'antidépresseurs(59).

Dans l'étude Hajji et al, les médicaments étaient les produits d'intoxication les plus utilisés (69%), avant les produits agricoles et les produits ménagers, respectivement 19,5% et 10% des cas(61).

Les benzodiazépines étaient les plus souvent retrouvées (35,3%), ainsi qu'en association avec d'autres produits (33,3%).

2. Arme blanche

Une plaie vasculonerveuse proximale d'un membre a été retrouvée.

La majorité des plaies se trouvait sur les autres localisations.

Les autres localisations rassemblaient les poignets, les avant-bras, les mains, le membre supérieur.

Les lames de rasoir représentaient 44,4% des armes utilisées.

Les tentatives de suicide par arme blanche représentaient 17,3% des admissions aux urgences pour TS après régulation. Cette proportion est plus importante que celle des hospitalisations pour phlébotomie dans le Nord Pas de Calais en 2013. La phlébotomie représentait 8,8% des TS hospitalisées(30).

Cette différence peut s'expliquer par le fait que nos données sont recueillies uniquement aux urgences du centre hospitalier d'Arras alors que les données régionales rassemblent les données de différents services, dont la réanimation. La proportion de patients hospitalisés après admissions aux urgences pour tentative de suicide par arme blanche serait peut-être moins importante que pour les patients suicidants par intoxication. En effet, les intoxications peuvent nécessiter une surveillance somatique plus longue, avec des hospitalisations plus fréquentes que chez les patients présentant des plaies, si celles-ci peuvent être prises en charge au SAU et permettre ensuite un retour à domicile.

3. Pendaison

Sur 2 patients ayant tenté de se pendre, la pendaison était complète pour 1 patient (50%) et incomplète pour 1 patient (50%).

Les tentatives de suicide par pendaison représentaient 4% des tentatives admises au SAU après prise en charge par le CRRA.

Selon le 2^{ème} rapport de l'ONS, les hospitalisations pour tentatives de suicide par pendaison dans le Nord Pas de Calais représentaient 2,7% des séjours hospitaliers pour TS en 2013(30).

D. Etat clinique des patients suicidants au SAU

1. Conscience

La conscience était conservée chez 48 patients (76,8%) et 1 (1,25%) patient était dans le coma. Il n'y avait pas de patient en ACR.

Il n'y avait pas de données comparables dans la littérature.

2. Alcoolémie

Concernant le taux d'alcoolémie, 35 (64,8%) patients étaient positifs dans le groupe des tentatives et 7 (46,7%) dans le groupe menaces.

La différence entre les groupes n'était pas significative ($p=0,203$).

Selon les Professeurs Adès et Lejoyeux, 35 à 60% des patients hospitalisés dans les suites d'une crise suicidaire avaient consommé de l'alcool(42). La publication de l'INVS et le PMSI-MCO 2004-2011 mettait en évidence une intoxication alcoolique aiguë dans environ 40% des cas(59).

E. Prise en charge thérapeutique des suicidants

1. Thérapeutique des intoxications

Concernant la prise en charge thérapeutique des intoxications, 3 patients ont eu un lavage gastrique (7%) ; 4 ont eu du charbon activé (9,5%) et 5 ont bénéficié d'un antidote (10,9%). Les antidotes utilisés étaient l'anexate, le narcan, le N-acétylcystéine.

Les données de notre étude sont difficilement comparables avec la littérature en raison du faible effectif de l'échantillon pour lequel la thérapeutique était renseignée.

Dans l'étude de Levailant et al sur l'impact somatique des intoxications médicamenteuses volontaires chez l'adolescent, un traitement par charbon actif avait été instauré dans 14% des cas et 21% des patients avaient reçu un antidote(66). Cependant dans cette étude, la population étudiée regroupe des adolescents de 10 à 18 ans, et les médicaments ingérés diffèrent également (intoxication plus fréquente au paracétamol). Ces différences peuvent expliquer la différence d'utilisation d'antidotes et de charbon actif.

Dans l'étude de Vanbelle et al concernant des intoxications médicamenteuses volontaires reçues dans un service d'urgence, 9% des patients avaient eu un lavage gastrique, 39% du charbon activé, et 6% un antidote(65).

2. Avis psychiatrique

La majorité des patients suicidants, (96,36%) et menaçants (89,66%) a bénéficié d'un avis psychiatrique.

Selon la conférence de consensus sur la crise suicidaire, passé le cap de l'accueil aux urgences avec mise au calme, l'évaluation de la crise suicidaire participe impérativement à son bilan. Un avis spécialisé ou une hospitalisation brève est recommandée en principe de référence(5).

L'absence d'avis psychiatrique pour certains patients peut être expliquée par le transfert dans un autre service pour prise en charge somatique. L'avis psychiatrique pourrait alors être donné dans un second temps, dans le service d'hospitalisation. Un refus de soins, avec sortie du service avant avis psychiatrique peut également expliquer l'absence d'avis psychiatrique. L'évaluation par le médecin urgentiste, peut également permettre de réévaluer la situation. En effet, dans certaines situations, une prise médicamenteuse a pu être supposée à visée suicidaire, alors que le patient ne rapporte pas d'idées suicidaires expliquant sa prise médicamenteuse par une autre raison.

F. Prise en charge au SAU

1. Secteur de prise en charge

La plupart des patients (72,5%) étaient pris en charge dans une zone boxée en cas de tentatives mais en zone « soins externes » (64,9%) en cas de menaces avec une différence significative entre les groupes ($p < 0,01$).

Il n'y avait pas de données comparables dans la littérature.

En effet, l'organisation des secteurs de prise en charge est différente entre les hôpitaux. Au centre hospitalier d'Arras, les urgences psychiatriques sont d'abord évaluées aux urgences par les urgentistes et un avis psychiatrique est demandé à l'équipe de liaison. Les patients peuvent ensuite être transférés au centre d'accueil et de crise. Les patients qui ne nécessitent pas de soins somatiques ou qui nécessitent une prise en charge de plaie sont évalués aux soins externes. Les patients qui nécessitent une surveillance clinique avec notamment surveillance des constantes, sont orientés en priorité en zone boxée ce qui peut expliquer la différence significative entre les groupes concernant le secteur de prise en charge.

2. Durée de prise en charge au SAU

La durée moyenne de prise en charge au SAU était de 11 heures et 14 minutes pour les patients suicidants, et de 6 heures et 25 minutes pour les menaçants.

La différence entre les deux groupes était significative ($p < 0,01$).

La différence de durée de prise en charge entre les groupes peut s'expliquer par le temps de la prise en charge somatique des patients suicidants. La nécessité d'une surveillance clinique est également plus longue pour les patients suicidants. Par exemple, les intoxications médicamenteuses volontaires justifient d'une surveillance pour évaluer leur gravité et leur potentiel évolutif, et l'évaluation psychiatrique peut être retardée en fonction de l'état clinique du patient.

Dans l'étude de Gunnell et al, le temps médian de prise en charge aux urgences était de 3,9 heures pour les patients n'ayant pas été hospitalisés après le passage aux urgences.

Le travail de Hadjeb et al, réalisé pendant une semaine dans les services du Nord Pas de Calais, retrouvait une durée de prise en charge aux urgences de moins de 12 heures pour un tiers des suicidants, comprise entre 12 et 24 heures pour plus de la moitié des patients et de plus de 48 heures pour 1,5% des patients(67).

Concernant la durée de prise en charge psychiatrique, pour 57% des patients, la prise en charge psychiatrique durait moins d'une heure et moins d'une demi-heure pour 21% d'entre eux(67).

L'hospitalisation en ZHTCD a entraîné un biais dans le calcul de la durée de prise en charge aux urgences. En effet, la prise en charge en ZHTCD a parfois été incluse dans la durée de prise en charge au SAU, augmentant cette durée et la moyenne.

Certains dossiers n'ont pas été clôturés à l'heure de sortie du patient, la clôture étant automatique à minuit le lendemain. Cela peut également expliquer une majoration des durées de prise en charge au SAU.

La durée de prise en charge peut également varier selon les centres hospitaliers en fonction de l'existence d'un centre d'accueil de crise au sein de l'hôpital ou non.

Certains centres hospitaliers possèdent un centre d'accueil de crise, qui permet aux patients menaçants et suicidants d'être plus rapidement évalués par les psychiatres. Le temps de prise en charge au SAU correspond alors uniquement au temps d'évaluation et de prise en charge somatique et non au temps d'attente d'avis psychiatrique.

3. Orientation

Pour les tentatives, la majorité des patients était hospitalisée (70.8%) dont 40,28% en ZHTCD, 15,28% en psychiatrie et 11,11% en réanimation, alors que pour l'orientation des patients menaçants, le retour à domicile était le plus fréquent (40,62%), suivi de l'hospitalisation en psychiatrie (31,25%).

Nos données concordent avec les données de la littérature concernant le taux d'hospitalisation des patients suicidants, mais il n'existe pas de données comparant la différence d'orientation entre les patients suicidants et menaçants..

Dans l'étude Gardère et al, réalisée à Bordeaux concernant les intoxications médicamenteuses volontaires, 29% des patients retournaient au domicile, 43% étaient hospitalisés à l'UHCD, 6% en réanimation, et 17% en psychiatrie(68).

Selon la synthèse d'octobre 2014 sur les conduites suicidaires dans le Nord Pas de Calais publiée par la F2RSM, concernant l'origine et la destination des patients avec un diagnostic de tentative de suicide pris en charge aux urgences (Oscour 2012), 63,2% des suicidants étaient hospitalisés dans l'établissement, 13,2% étaient hospitalisés dans un autre établissement, et 23,6% sont rentrés à domicile. La nécessité d'une réanimation ne représentait qu'un cas (2,5%) sur 40(28).

Selon le rapport de l'InVS Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour 2007-2011, les données de la littérature internationale seraient comparables aux données françaises concernant les admissions en hospitalisation après passage aux urgences(59). Entre 2007 et 2011 en France, 63% des personnes passées aux urgences pour TS ont été hospitalisées, 9% en psychiatrie et 54% dans les unités médicales ou chirurgicales.

En 2011, 52,8% des patients suicidants ont été hospitalisés en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et 12% en psychiatrie(59).

Après passage aux urgences, 46% des TS étaient hospitalisées en médecine et 10% en psychiatrie en Angleterre(64). Aux Etats Unis, les données étaient plus disparates. Une étude retrouvait une hospitalisation après intoxication volontaire dans 49,4% des cas(69).

Une autre étude rapportait 34% d'hospitalisation après passage aux urgences pour tentatives de suicide, mais avec 27% de transfert dans un autre établissement(70).

Concernant l'orientation en psychiatrie, les données de l'étude Hajji et al étaient concordantes avec 15% de suicidants hospitalisés en psychiatrie après passage aux urgences(61). Dans cette étude, 7,7% des hospitalisations en psychiatrie avaient été effectuées sans consentement. Nous n'avons pas abordé cette notion dans notre étude.

Le travail de Hadjeb et al retrouve des données différentes. Parmi les suicidants, 60,5% sont rentrés à domicile après le prise en charge aux urgences, 28,5% ont été hospitalisés en psychiatrie et 7% dans d'autres services(67).

Cette différence peut s'expliquer par la prise en charge en hospitalisation de courte durée, parfois considérée comme prise en charge des urgences, ou considérée comme hospitalisation.

4. Diagnostic

Le diagnostic « intoxications médicamenteuses » (45,83%) était le plus souvent représenté pour les tentatives de suicide avec 13.89% supplémentaires avec une alcoolisation associée.

Dans 22,22% des tentatives, le diagnostic de tentative de suicide n'était pas évoqué dans le codage.

Ces données peuvent correspondre à une absence de tentative de suicide, ou des difficultés dans les dossiers ou le codage.

Au centre hospitalier d'Arras, le codage est effectué par les secrétaires à partir des données du dossier informatisé.

La réalisation du codage par les médecins lors de la clôture de chaque dossier, ou l'amélioration du recueil des données cliniques et des diagnostics dans les dossiers informatisés pourrait permettre un meilleur codage.

Comme le rapporte l'enquête sur le codage des tentatives de suicide en psychiatrie dans le Nord Pas de Calais, lors du codage des tentatives de suicide en MCO, ce sont les diagnostics associés qui témoignent de l'auto agressivité par les diagnostics codés entre X60 et X84 (auto-intoxication et lésion auto-infligée)(71). Dans cette étude, un diagnostic compris entre X60 et X84 était codé dans 60% des cas de tentatives de suicide(71).

Selon le 3^{ème} rapport de l'ONS, les diagnostics ne sont codés que dans 75% des résumés de passage aux urgences(8).

Les données de notre étude sont similaires aux données de la littérature.

Le manque de codage et les différences dans le codage des diagnostics peuvent expliquer en partie le sous diagnostic des tentatives de suicide.

5. Décès

Sur 71 patients suicidants pris en charge au SAU, aucun n'est décédé pendant la prise en charge dans le service.

Selon le rapport de l'InVS Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011, 0,8% des patients hospitalisés pour TS sont décédés(59). Cependant, dans notre étude, seul le devenir pendant la prise en charge au SAU était étudié. Nous n'avons pas d'informations, concernant la suite de la prise en charge et les éventuels décès, notamment en réanimation.

III. Biais, limites et points forts de l'étude

A. Limites de l'étude

Le nombre de tentatives de suicide ou de menaces est sous-estimé par rapport aux tentatives et menaces dans la population générale car les patients n'ont parfois pas de contact avec le système de soins. Selon le rapport de l'InVS Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour 2007-2011, l'absence de recours au système de soins regroupe les patients ayant fait des tentatives de suicide « peu graves » ou décédés immédiatement(59).

Le nombre de tentatives ou de menaces ne correspond pas au nombre de patients. En effet, la récurrence suicidaire est à prendre en compte. Certains patients ont pu contacter le CRRA à plusieurs reprises pour plusieurs menaces ou tentatives. Nous n'avons pas étudié cette récurrence dans notre étude.

Cette étude a des données manquantes, notamment car il s'agit d'une étude prospective.

Les motifs d'admission dépendent au SAU du centre hospitalier d'Arras, du logiciel Clinicom. Cette classification à partir du logiciel peut entraîner un biais.

B. Méthodologie

L'étude était monocentrique et ne permet donc pas une extrapolabilité des données au niveau national.

L'étude était prospective mais certaines informations manquantes ont été remplies à partir des dossiers Centaure et Clinicom.

1. Biais de recrutement

Les menaces et tentatives ont été analysées à partir des dossier remplis par les ARM et les médecins régulateurs. Certaines menaces ou tentatives n'ont pas été incluses lorsque le motif initial n'était pas « autolyse » et quand le questionnaire n'avait pas été complété ou commencé par les ARM ou médecins régulateurs.

Les patients suicidés étaient également inclus dans les tentatives de suicide, lorsque le décès n'était pas affirmé à l'appel initial, ce qui peut provoquer un biais.

Les patients pris en charge par le CRRA pour menace suicidaire évoquaient un projet suicidaire, alors que dans la majorité des études, les idées suicidaires étaient prises en compte. La différenciation entre idée et menace de suicide est difficile et cela peut expliquer un biais de recrutement. Dans notre étude, le critère d'inclusion était la tentative ou la menace de suicide, ce qui a peut-être exclu du recueil certains patients avec des idées suicidaires sans menace verbalisée.

2. Biais d'information

L'étude retrouve un biais d'information concernant la durée de prise en charge au SAU lorsque la clôture du dossier n'a pas été faite en temps réel.

C. Points forts de l'étude

Notre étude comporte cependant plusieurs points forts.

L'échantillon était important.

En effet, il s'agissait de la première étude à comparer le profil des patients suicidants et menaçants à partir de données de CRRA et au SAU.

Les études antérieures sur les menaces ou idées suicidaires se basaient sur des auto-questionnaires.

Les caractéristiques recueillies concernant la régulation étaient nombreuses.

CONCLUSION

La problématique du comportement suicidaire est un des enjeux de santé publique en France(30).

Cette étude a permis de décrire la prise en charge des patients suicidants et menaçants par le CRRA 62, et de tracer leur parcours de soins au centre hospitalier d'Arras.

Le CRRA et le SAU sont des maillons importants dans la prise en charge initiale des patients suicidants et menaçants. Afin d'améliorer la prise en charge de ces patients, des procédures de régulations pourraient être proposées, ainsi qu'un travail en collaboration avec le CODIS et le SAU.

Une formation spécifique des ARM et des médecins régulateurs concernant l'écoute et la gestion du patient menaçant ou suicidant pourrait être envisagée afin d'optimiser la prise en charge.

L'utilisation du score ETC pourrait être une aide à la régulation. Il serait intéressant d'informer les équipes sur l'existence et l'intérêt de ce score.

Une optimisation de collaboration entre les urgentistes et les psychiatres intervenant dans la prise en charge des suicidants et des menaçants pourrait faciliter le parcours de soins.

Cette étude a permis d'exploiter, à travers les appels au CRRA, une nouvelle source d'information pour appréhender les menaces de suicide. La sensibilisation des équipes au concept de la crise suicidaire et l'intégration des patients menaçants aux dispositifs de suivi, comme le dispositif Vigilans pourraient apporter une contribution dans la prévention du passage à l'acte suicidaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - suicide ou autolyse [Internet]. [cited 2018 Jul 9]. Available from: <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/suicide/16329>
2. Définitions [Internet]. Conduites suicidaires. [cited 2018 Jul 9]. Available from: <http://www.conduites-suicidaires.com/le-suicide/definitions/>
3. Définitions | Prévention des suicides [Internet]. [cited 2018 Jul 9]. Available from: <http://www.preventionsuicide.info/connaissances/definitions.php>
4. Suicide et conduite suicidaire. Repérage et perspectives de prise en charge - Article de revue - INRS [Internet]. [cited 2018 Jul 9]. Available from: <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TM%2029>
5. Haute Autorité de Santé - La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. [cited 2018 Jul 9]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge
6. Chapitre 3. L'approche séquentielle : les propriétés de la crise suicidaire. In 2013 [cited 2018 Jul 9]. p. 13. Available from: <https://www.cairn.info/psychopathologie-du-suicide--9782100598212-p-35.htm>
7. 9789242564778_fre.pdf [Internet]. [cited 2017 Mar 25]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1&ua=1
8. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport / février 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cited 2018 Jul 9]. Available from: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>
9. Retrouvez les diagnostics territoriaux sur la santé mentale [Internet]. [cited 2018 Jul 9]. Available from: <https://www.f2rsmpsy.fr/retrouvez-diagnostics-territoriaux.html>
10. Enquête un jour donné sur la prise en charge des suicidants dans les services d'urgence de la région Nord-Pas-de-Calais [Texte imprimé] / Lounes Hadjeb ; sous la direction de François Ducrocq.
11. La Coussaye J-E de. Les urgences préhospitalières: [organisation et prise en charge. Paris: Masson; 2003.

12. Haute Autorité de Santé - Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale [Internet]. [cited 2019 Apr 8]. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1061039/en/modalites-de-prise-en-charge-d-un-appel-de-demande-de-soins-non-programmes-dans-le-cadre-de-la-regulation-medecale
13. SDIS 62 - Le CTA-CODIS / Le 18, appel d'urgence / Accueil [Internet]. [cited 2019 Apr 8]. Available from: http://www.sdis62.fr/fr/menu/le_18_appel_d_urgence/le_cta_codis
14. sfmu-sudf_referentiel_samu_2015.pdf [Internet]. [cited 2018 Jul 31]. Available from: http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/155/802/sfmusudf_referentiel_samu_2015.pdf
15. Score ETC – Régulation d'une Intoxication Médicamenteuse Volontaire [Internet]. [cited 2017 Mar 31]. Available from: <http://www.sfmu.org/calculateurs/ETCIMV.htm>
16. Le CHA [Internet]. [cited 2018 Jul 9]. Available from: <http://www.ch-arras.fr/Le-CHA>
17. Les pôles d'excellence [Internet]. [cited 2018 Jul 9]. Available from: <http://www.ch-arras.fr/Le-CHA/Les-poles-d-excellence>
18. Le SAMU [Internet]. [cited 2018 Jul 9]. Available from: <http://www.ch-arras.fr/Offre-de-soins/Urgences/Le-SAMU>
19. Chiffres clés du GHAT 2016 [Internet]. [cited 2018 Jul 9]. Available from: <http://www.ch-arras.fr/Le-CHA/Chiffres-cles-du-GHAT-2016>
20. ORS-Diagnostic_part_2.pdf [Internet]. [cited 2019 Mar 25]. Available from: https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/ORS-Diagnostic_part_2.pdf
21. Les urgences [Internet]. [cited 2018 Jul 9]. Available from: <http://www.ch-arras.fr/Offre-de-soins/Urgences/Les-urgences>
22. Syndicat national de l'aide médicale urgente (France), Menthonnex P. Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15. Paris (22-24 rue du Château-des-Rentiers, 75013): SFEM éd.; 2004.
23. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2019 | Insee [Internet]. [cited 2019 Mar 21]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
24. Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amariei A, et al. Les sources d'information sur les tentatives de suicide dans le Nord - Pas-de-Calais. Apports et limites. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. 2014 Dec 1;62(6):351–60.

25. Intérêt d'un recontact téléphonique spécifique des suicidants au sein du centre antipoison de Lille et vécu des patients [Internet]. [cited 2019 Mar 29]. Available from: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-2115>
26. Nicoli M, Bouchez S, Nieto I, Gasquet I, Kovess V, Lépine J-P. Idéation et conduites suicidaires en France : prévalence sur la vie et facteurs de risque dans l'étude ESEMeD. *Httpwwwem-Premiumcomdoc-Distantuniv-Lille2frdatarevues00137006v38i4S001370061100042X* [Internet]. 2012 Sep 12 [cited 2018 Feb 19]; Available from: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/751667/resultatrecherche/1>
27. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu H-G, Joyce PR, et al. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychol Med*. 1999 Jan;29(1):9–17.
28. Monographie : les conduites suicidaires dans le Nord - Pas-de-Calais, octobre 2014 [Internet]. [cited 2019 Mar 19]. Available from: <https://www.f2rsmpsy.fr/092-monographie-conduites-suicidaires-nord-pas-calais.html>
29. État matrimonial légal des personnes selon le sexe en 2018 | Insee [Internet]. [cited 2019 Mar 21]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381496>
30. 2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf [Internet]. [cited 2018 Feb 19]. Available from: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf
31. Danel T, Vilain J, Roelandt JL, Salleron J, Vaiva G, Amarie A, et al. Risque suicidaire et tentative de suicide en Nord-Pas de Calais. Enseignements de l'enquête santé mentale en population générale. *L'Encéphale*. 2010 Jan 1;36(3, Supplement 1):39–57.
32. Attard N, Alfonsi P, Moraly J, Nouvellet S, Glaser L, Alazia M. PRISE EN CHARGE DES SUICIDANTS AUX URGENCES : RÉSULTAT D'UN AUDIT SUR 100 PATIENTS CONSÉCUTIFS. *Wwwem-Premiumcomdatarevues0993985700170HS112* [Internet]. 2008 Mar 7 [cited 2019 Mar 21]; Available from: <https://www-em-premium-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/article/110064/resultatrecherche/2>
33. Plancke L, Amariei A, Ducrocq F, Lemanski-Brulin C, Hadjeb L, Danel T, et al. Les tentatives de suicide appréhendées par un Service d'aide médicale d'urgence (Samu). *Ann Fr Médecine Urgence*. 2011 Nov 1;1(6):387–94.
34. Beauchamp GA, Ho ML, Yin S. Variation in suicide occurrence by day and during major American holidays. *J Emerg Med*. 2014 Jun;46(6):776–81.

35. Chew KS, McCleary R. The spring peak in suicides: a cross-national analysis. *Soc Sci Med* 1982. 1995 Jan;40(2):223–30.
36. Kposowa AJ, D’Auria S. Association of temporal factors and suicides in the United States, 2000–2004. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Apr 1;45(4):433–45.
37. Postolache TT, Mortensen PB, Tonelli LH, Jiao X, Frangakis C, Soriano JJ, et al. Seasonal spring peaks of suicide in victims with and without prior history of hospitalization for mood disorders. *J Affect Disord*. 2010 Feb;121(1–2):88–93.
38. Maldonado G, Kraus JF. Variation in suicide occurrence by time of day, day of the week, month, and lunar phase. *Suicide Life Threat Behav*. 1991;21(2):174–87.
39. Leikin JB, Morris RW, Lipscomb JW. Periodicity of suicide attempts reported to a poison control center. *Vet Hum Toxicol*. 1994 Oct;36(5):415–7.
40. Villa A, Cochet A, Guyodo G, DSE. Les intoxications signalées aux centres antipoison français en 2006 [Internet]. 2008. 825–31 p. Available from: http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=3561
41. Programme de recontact des personnes suicidantes Vigilans, 2017 [Internet]. [cited 2019 Mar 21]. Available from: <https://www.f2rsmpsy.fr/programme-recontact-personnes-suicidantes-vigilans.html>
42. Relations entre crise suicidaire et alcool [Internet]. [cited 2019 Mar 28]. Available from: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/lejoyeux.html>
43. Adnet F, Atout S, Galinski M, Lapostolle F. Évolution des intoxications médicamenteuses volontaires en France. *Réanimation*. 2005 Dec;14(8):721–6.
44. Prescott K, Stratton R, Freyer A, Hall I, Le Jeune I. Detailed analyses of self-poisoning episodes presenting to a large regional teaching hospital in the UK. *Br J Clin Pharmacol*. 2009 Aug;68(2):260–8.
45. Eudier F, Ledu T, Gault S, Vialleton C. La précipitation comme 1er mode suicidaire : étude épidémiologique et psychopathologique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2003 May;161(4):283–8.
46. Abdelhalim El I, Mohammed S, Abdelkrim D, Abdelmajid E. La prise en charge des suicides par précipitation en traumatologie. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2010 Sep 17 [cited 2019 Apr 3];6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3120988/>
47. Chatelain S, Serror K, Chaouat M, Mimoun M, Boccara D. Immolation dans notre centre de traitement des brûlés de 2011 à 2016. *Ann Chir Plast Esthét*. 2018 Feb 1;63(1):41–6.

48. Guerreschi P. La tentative de suicide par le feu : prise en charge initiale au centre des brûlés de Lille et discussion éthique [Internet]. [cited 2019 Apr 7]. Available from: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-1465>
49. Aalouane R, Lahlou F, Aarab C, Barrimi M, Zaidi K, Khelafa S, et al. Ingestion volontaire d'objets métalliques à répétition chez une patiente en milieu carcéral. *L'Encéphale*. 2015 Feb 1;41(1):78–83.
50. Bisharat M, O'Donnell ME, Gibson N, Mitchell M, Refsum SR, Carey PD, et al. Foreign Body Ingestion in Prisoners – The Belfast Experience. *Ulster Med J*. 2008 May;77(2):110–4.
51. Chan Chee C, Paget L-M. Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 2017 Sep 1;65(5):349–59.
52. Arrêt cardiaque. *Ann Fr Anesth Réanimation*. 2005 Sep 1;24(9):994–5.
53. Danel V, Maignan M. Prise en charge préhospitalière des intoxications aiguës graves. In: Baud F, Hantson P, Thabet H, editors. *Intoxications aiguës* [Internet]. Paris: Springer Paris; 2013 [cited 2019 Apr 3]. p. 1–11. (Références en réanimation. Collection de la SRLF). Available from: https://doi.org/10.1007/978-2-8178-0301-2_1
54. Glaizal M, Schmitt C, Tichadou L, Hayek-Lanthois M, de Haro L. Réponse à l'urgence et toxicovigilance : bilan de 11ans de consultations du centre antipoison de Marseille (2002–2012). *Toxicol Anal Clin*. 2014 Jun 1;26(2):87–98.
55. Nisse P, Peucelle D, Mathieu-Nolf M. Intoxications aiguës : bilan de dix années de gestion intégrée de la réponse préhospitalière centre antipoison et SAMU. /data/revues/09939857/0020001S/131_2/ [Internet]. 2008 Mar 8 [cited 2019 Apr 7]; Available from: <https://www.em-consulte.com/en/article/110791>
56. Intoxications volontaires - Urgences-Online [Internet]. [cited 2019 Apr 8]. Available from: <https://urgences-serveur.fr/intoxications-volontaires,81.html>
57. Sabattie A. Proposition d'un outil d'aide à la régulation pour les Intoxications Médicamenteuses Volontaires (IMV) : analyse de la régulation au Centre 15 de Pau. 2016 Feb 18;101.
58. Jean-Marc L, Ludes B. L'obstacle médicolegal en pratique. *Ann Fr Médecine Urgence*. 2015 Mar 1;5:77–84.

59. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011 / 2014 / Maladies chroniques et traumatismes / Rapports et synthèses / Publications et outils / Accueil [Internet]. [cited 2019 Mar 19]. Available from: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2014/Hospitalisations-et-recours-aux-urgences-pour-tentative-de-suicide-en-France-metropolitaine-a-partir-du-PMSI-MCO-2004-2011-et-d-Oscour-R-2007-2011>
60. Molin F, Scala L, El-Achkar W, Leclercq M, Caron J, Dubart AE. CARACTÉRISTIQUES DES SUICIDANTS DANS UN SERVICE D'URGENCES. A PARTIR D'UN REGISTRE SUR 1 AN DANS UN CENTRE HOSPITALIER GÉNÉRAL. /data/revues/09939857/00170HS1/11_3/ [Internet]. 2008 Mar 7 [cited 2019 Mar 22]; Available from: <https://www.em-consulte.com/en/article/110063#N10040>
61. Hajji K, Marrag I, Bouanene I, Ben Mohamed B, Younes S, Hadj Ammar M, et al. Facteurs associés aux tentatives de suicide. *Toxicol Anal Clin*. 2016 Jun 1;28(2):158–63.
62. panoramaorupdl2015.pdf [Internet]. [cited 2019 Apr 6]. Available from: <http://www.oru-paysdelaloire.fr/files/00/01/36/00013620-a39107e67ce8c1f66625d8bd8da0bea4/panoramaorupdl2015.pdf>
63. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cited 2019 Apr 6]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-usagers-des-urgences-premiers-resultats-d-une-enquete-nationale>
64. Gunnell D, Bennewith O, Peters TJ, House A, Hawton K. The epidemiology and management of self-harm amongst adults in England. *J Public Health*. 2005 Mar 1;27(1):67–73.
65. Vanbelle A, Mathieu-Nolf M, Babé M-A, Nisse P, Depelchin A, Desprez P. Intoxications aiguës volontaires reçues dans un service d'urgence. /data/revues/09939857/002100S1/08001350/ [Internet]. 2008 Jun 3 [cited 2019 Apr 6]; Available from: <https://www.em-consulte.com/en/article/164957>
66. Le Vaillant J, Pellerin L, Brouard J, Nimal-Cuvillon D. Intoxications médicamenteuses volontaires chez 58 adolescents : étude prospective sur l'impact somatique et les complications biologiques. *Arch Pédiatrie*. 2016 May 1;23(5):461–7.

67. Hadjeb L. Les suicidants dans le dispositif d'urgence de la région Nord-Pas-de-Calais - Enquête du 1 au 7 Février 2010 [Internet]. [cited 2019 Apr 5]. Available from: <https://www.f2rsmpsy.fr/094-les-suicidants-dispositif-drurgence-region-nord-pas-calais-enquete-fevrier-2010.html>
68. Gardère JJ, Lasfar A, Forzan S, Cherifi H, Faure I, Fiévet E, et al. DEVENIR À 6 MOIS DE 235 TENTATIVES DE SUICIDE (TS) PAR INTOXICATION MÉDICAMENTEUSE VOLONTAIRE (IMV). /data/revues/09939857/00170HS1/12_3/ [Internet]. 2008 Mar 7 [cited 2019 Mar 22]; Available from: <https://www.em-consulte.com/en/article/110066>
69. Prosser JM, Perrone J, Pines JM. The epidemiology of intentional non-fatal self-harm poisoning in the United States: 2001–2004. *J Med Toxicol.* 2007 Mar;3(1):20–4.
70. Ting SA, Sullivan AF, Boudreaux ED, Miller I, Camargo CA. Trends in US Emergency Department Visits for Attempted Suicide and Self-inflicted Injury, 1993–2008. *Gen Hosp Psychiatry.* 2012 Sep;34(5):557–65.
71. Psy.Brèves n°6, janvier 2015. Le codage des tentatives de suicide en psychiatrie, dans le Nord - Pas-de-Calais [Internet]. [cited 2019 Mar 21]. Available from: <https://www.f2rsmpsy.fr/085-psy-breves-nd6-janvier-2015-codage-tentatives-suicide-psychiatrie-nord-pas-calais.html>

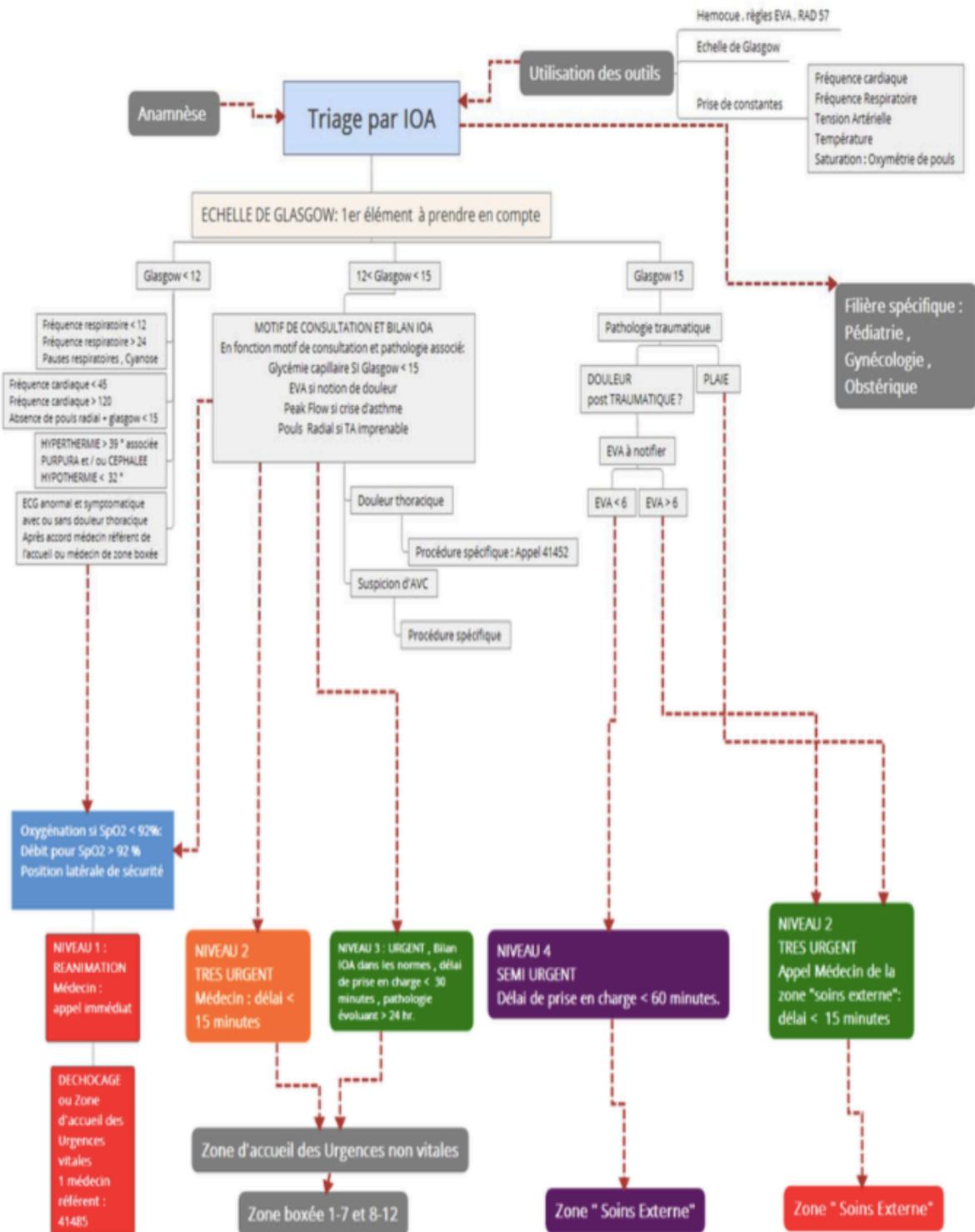
ANNEXES

Annexe 1 :

Score ETC :

<u>Critères épidémiologiques</u>	
Age <19 ans et imprécision sur la nature des toxiques	4
Antécédents psychiatriques graves (suivi psychiatrique, récurrence)	2
<u>Critères toxicologiques</u>	
Association médicamenteuse ou avec de l'alcool	2
Toxiques inconnus	1
Dose supposée ingérée toxique	3
Délai d'absorption au moment de l'appel >1h30	2
Toxique à risque supposé ingéré (tricyclique, quinidinique, bêta-bloquant, anti-arythmique, hypoglycémiant...)	9
<u>Critères cliniques</u>	
Antécédents médicaux chroniques personnels	2
Signes cliniques mineurs apparus depuis l'absorption des toxiques (troubles digestifs, somnolence, vertiges, agitation...)	2
Signes cliniques majeurs apparus depuis l'absorption des toxiques (coma, troubles respiratoires, convulsions...)	9

Annexe 2 : Protocole de triage par IOA



1- N° dossier Centaure : _____
2- N° questionnaire : _____

Questionnaire régulation des tentatives de suicide (TS)

3- Initiale Prénom (première lettre) :

4- Initiale Nom (première lettre) :

Profil patient :

5- Mois et année de naissance : ___ / ___ / _____ Age : _____

6- Sexe : homme femme

7- Grossesse : non oui

8- Suivi psychiatrique avant le geste suicidaire : non oui

9- Antécédent de tentative de suicide : non oui

10- Statut matrimonial : en couple
 célibataire
 séparé/divorcé
 veuf

11- Lieu de résidence : _____

12- Code postal du lieu de résidence : _____

Données concernant l'appel:

13- Date de l'appel : ___ / ___ / _____

14- Période: Semaine
 Week-end
 Férié
 Vacances

15- Heure de l'appel : __H__

16- Appellant : Suicidant
 Famille
 Entourage
 Tiers
 Médecin traitant
 Structure hospitalière
 Centre pénitentiaire
 Média (SMS, réseaux sociaux)
 Forces de l'ordre

17- Appel : Direct CODIS

18- Lieu : Domicile
 Lieu public
 Structure de soin
 Lieu de travail
 Autre : _____

19- Ville : _____

20- Code postal du lieu de la tentative de suicide : _____

21- Motif d'appel : Menace de suicide Tentative de suicide

22- Délai entre tentative de suicide et appel aux secours : _____

Informations concernant la tentative de suicide :

23- Suspicion d'alcoolisation : non oui

24- Type :

a) **Intoxication :** unique multiple

Médicaments : - _____ posologie et quantité : - _____
- _____ - _____
- _____ - _____
- _____ - _____

Produits non médicamenteux : _____

Produit inconnu

Heure supposée d'ingestion : _____

b) **Arme blanche :**

Localisation : extrémité céphalique (atteinte crânienne, cervicale ou faciale)
 thoracique
 abdominale
 vasculonerveuse proximale d'un membre
 autre

pénétrante superficielle

Nature de l'arme : _____

c) **Arme à feu :** unique multiple

Localisation : extrémité céphalique (crânienne, faciale, cervicale)
 tronc (thoracique ou abdominale)
 vasculonerveuse
 autre

non pénétrante pénétrante perforante

d) **Chute d'un lieu élevé :** < 5m > 5m

Nature du sol : _____

Traumatisme de : _____

e) **Pendaison/strangulation :** Durée de pendaison : _____

complète incomplète

f) **Brûlures:** Mécanisme: thermique

chimique

électrique

Localisation : cervico-faciale
 atteinte circulaire d'un membre
 mains, pieds ou périnée
 autre

Surface corporelle touchée : _____ %

Profondeur : 1^{er} degré

2^{ème} degré

3^{ème} degré

g) **Submersion** : Durée estimée d'immersion : _____

h) **Autre** : _____

Etat clinique :

25- Conscience : conscience somnolence coma

26- Glasgow : _____ /15

27- Arrêt cardio respiratoire : non oui

28- Fréquence respiratoire : < 10 10-30 > 30

29- Déficit moteur : non oui

30- Convulsions : non oui

31- Hémorragie extériorisée non oui

32- Douleur non oui EVA : ___/10

Régulation :

33-Procédure de régulation : P0 autre

34-Régulateur : ARM ARM + médecin non régulé (bilan ISP)

35-Moyen/ effecteurs : SMUR
 SP
 ambulance
 forces de l'ordre
 médecin correspondant du SAMU
 VLSSSM
 ISP
 médecin de garde (permanence de soins ambulatoires)

36-Envoi du moyen : avant régulation médicale après régulation médicale

37-Outil de régulation : Score ETC de Leveau: non utilisé
 0-8 9-33

38-Appel Centre Anti Poison : non oui

Parcours de soin et devenir :

39-Transport : médicalisé
 non médicalisé
 VLSSSM

40-Orientation : urgences CH Arras
 urgences autre CH
 réanimation
 laissé sur place
 psychiatrie
 autre : _____

41-Décès : non oui

Si oui : avant réanimation après réanimation

Certificat de décès : avec obstacle médico-légal
 sans obstacle médico-légal

Intoxication médicamenteuse volontaire

Mots-clefs : tentative de suicide, intoxication, autolyse	CIM 10 X64
Rédacteurs : Ph. LEVEAU, P. HARRY	Septembre 2003
© SAMU de France http://www.samu-de-france.com	

PARM

1. identifier l'appelant, le lieu d'intervention et le patient
2. déterminer le niveau de priorité de l'appel initial :
 - P1.
3. chercher à savoir : évaluation rapide des fonctions vitales (personne consciente ? respiration ?), quels médicaments (nom de spécialités ou classe pharmacologique : médicaments pour le cœur, pour les nerfs, pour le diabète, pour la tension, somnifères, aspirine, paracétamol, ...) ?
4. conseils en attendant la régulation médicale et l'arrivée des secours : laisser la porte d'entrée ouverte si l'appelant est lui-même la victime.
5. appliquer les procédures dégradées si l'appel ne peut être régulé immédiatement :
 - si l'appel ne peut être régulé immédiatement, envoi d'une UMH si notion de prise de Nivaquine®, Anafranil®, médicaments pour le cœur, médicaments pour le diabète, bêtabloquant, ou si détresse vitale avérée à l'appel.
 - envoi ambulance dans les autres cas avec bilan rapide.

MÉDECIN RÉGULATEUR

Régulation

1. critères positifs absolus et relatifs, critères de gravité :
 - affirmer l'intoxication aiguë médicamenteuse : emballages vides, lettre, témoins ...
 - évaluer les fonctions vitales : conscience : réponse aux questions ? profondeur du coma (ronflements, chute de la main, clignement des yeux), convulsions ? ventilation ?
 - évaluation du risque toxique : quels sont les produits suspectés ? quelle est la quantité maximale ? quelle est l'heure probable d'intoxication ?
 - rechercher d'autres signes cliniques : troubles digestifs, agitation, mouvements anormaux, troubles neurosensoriels, ...
 - se méfier d'une évaluation clinique rassurante malgré la prise potentielle d'un toxique à haut risque (quinidinique, antidépresseur tricyclique, hypoglycémiant, antiarythmiques, vasodilatateurs, bêtabloquant, digitaline, théophylline,...) cf. liste dans "outils d'aide à la régulation".
 - dans des cas sans critère de gravité formel, on peut s'aider du score ETC (cf "outils d'aide à la régulation").
 - en cas d'incertitude, toujours choisir l'option la plus pessimiste (eg "il aurait peut-être pris ..." signifie jusqu'à preuve du contraire "il a pris ...").

2. déterminer le niveau d'urgence :
 - **R1** (envoi d'une UMH) : en cas de détresse vitale (arrêt cardio-respiratoire, coma ou détresse respiratoire), en cas de dose toxique d'un produit à haut risque, en cas de score ETC supérieur ou égal à 9.
 - **R2** : envoi d'une ambulance privée (ou à défaut d'un VSAV) ; en cas de refus de la victime à venir à l'hôpital, envoi d'un médecin généraliste ; l'objectif est que toute tentative de suicide soit expertisée par un médecin.
3. conseils médicaux :
 - en attendant l'arrivée des secours : mettre en PLS en cas de coma, rechercher et collecter tous les emballages, ouvrir la porte d'entrée (si la personne appelant est la victime elle-même).
 - en l'absence de nécessité d'envoi de secours : rappel du 15 en cas de modification ou d'aggravation.
4. bilan et niveau de soins attendu par le premier secours professionnel : compléter et valider les critères sémiologiques téléphoniques, mesurer les paramètres vitaux (fréquence cardiaque, saturation périphérique en oxygène, niveau de conscience).
5. bilan et mise en condition par le SMUR : recherche d'une complication éventuelle (hypothermie, inhalation, point de compression, ...), conditionnement et évolution de la victime ; demande éventuelle d'indications spécifiques sur le toxique et discussion d'un traitement spécifique.

Orientation, suivi

1. critères d'orientation du patient :
 - service de réanimation polyvalente ou spécialisée en toxicologie selon la présentation clinique (détresse vitale, convulsions, complication, modifications électrocardiographiques, ...), selon les données toxicologiques (ingestion de toxiques à haut risque vital à dose supposée toxique) et si un traitement spécifique a été mis en route.
 - service d'accueil des urgences dans les autres cas.
2. suivi des affaires :
 - conseils de prise en charge au médecin de l'UMH selon la nature des toxiques, appel au CAP pour des produits inhabituels.

Procédures dégradées

1. de régulation : en cas d'urgence de niveau R1 et d'absence d'UMH disponible, envoi d'un médecin correspondant du SAMU ou d'un médecin pompier ou d'un médecin généraliste en attendant l'arrivée du SMUR.
2. d'orientation : en l'absence de place en réanimation, malade orienté vers le service des urgences le plus proche.

Outils d'aide à la décision

Score ETC (cf fiche).

Listes des médicaments les plus toxiques (cf fiche).

Annexe 5 : Guide d'aide à la régulation Plaie par arme blanche

126

Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15

Plaie par arme blanche

Mots-clefs : arme blanche, coup de couteau, phlébotomie	CIM 10 Y28
Rédacteurs : G. BAGOU	Janvier 2004
© SAMU de France http://www.samu-de-france.com	

PARM

1. identifier l'appelant, le lieu d'intervention et le patient
2. déterminer le niveau de priorité de l'appel initial :
 - P0 : agression avec plaie cervicofaciale, thoracique, abdominale.
 - P1 : plaie cervicofaciale, thoracique, abdominale sans agression ; plaie pénétrante d'un membre chez l'adulte sans retentissement actuel sur les fonctions vitales ; plaie chez l'enfant.
 - P2 : plaies distales superficielles d'un membre chez l'adulte.
3. chercher à savoir : circonstances (agression, tentative de suicide, accident domestique), localisation des plaies (témoignage initial souvent imprécis), nature de l'arme.
4. conseils en attendant la régulation médicale et l'arrivée des secours : mise en sécurité des personnes présentes en cas d'agression, gestes élémentaires de survie si nécessaire.
5. appliquer les procédures dégradées si l'appel ne peut être régulé immédiatement : s'assurer de l'engagement des SP si niveau P1.

MÉDECIN RÉGULATEUR

Régulation

1. critères positifs absolus et relatifs, critères de gravité :
 - circonstances (agression, tentative de suicide, accident domestique), localisation précise des plaies, retentissement sur les fonctions vitales, intoxication médicamenteuse volontaire associée aux phlébotomies suicidaires (cf. fiches).
 - critères de gravité : atteinte crânienne, faciale, cervicale, thoracique, abdominale, vasculonerveuse proximale d'un membre ; atteinte distale d'un membre avec hémorragie active chez l'enfant.
2. déterminer le niveau d'urgence :
 - **R1** : si un critère de gravité est présent.
 - **R2** : plaie distale d'un membre sans hémorragie ni douleur importante chez l'adulte.
 - **R4** : plaie superficielle.
 - exiger la présence des Forces de l'Ordre (sécurité des personnes) si un agresseur est présent.
3. conseils médicaux :
 - en attendant l'arrivée des secours : ne pas mobiliser un blessé présentant un critère de gravité, ne pas toucher ni retirer une arme pénétrante,

gestes élémentaires de survie, dégagement des voies aériennes avec précaution, compression si hémorragie.

- en l'absence de nécessité d'envoi de secours : désinfection et pansement protecteur pour une plaie superficielle domestique, consultation d'un médecin en cas de doute, douleur intense, fièvre, écoulement anormal, gêne fonctionnelle.
4. bilan et niveau de soins attendu par le premier secours professionnel : description des lésions, paramètres vitaux, gestes élémentaires de survie, immobilisation, pansement compressif si nécessaire.
 5. bilan et mise en condition par le SMUR : examen clinique méticuleux, prise en charge hémodynamique, respiratoire, neurologique, analgésique, lésionnelle.

Orientation, suivi

1. critères d'orientation du patient :
 - SAUV pour toute victime avec un critère de gravité même stabilisée.
 - SU dans les autres cas.
 - médecin généraliste (certains n'effectuent pas de petite chirurgie).
2. suivi des affaires :
 - en fonction de l'état clinique.
 - penser à la nécessité éventuelle d'une chirurgie spécialisée (cardiaque...) en urgence.
 - le régulateur est le gardien du temps et doit en faire prendre conscience aux intervenants.
 - tout décès par arme blanche doit être signé avec obstacle médico-légal.

Procédures dégradées

1. de régulation : envoi systématique des SP.
2. d'orientation : nécessité d'un plateau technique performant (réanimation, imagerie, chirurgie lourde, microchirurgie) où dominant l'hémostase et l'exploration chirurgicale.

Outils d'aide à la décision

Outre l'état clinique, la connaissance des circonstances participe à la décision : violence d'une agression, lésion généralement très distale des accidents domestiques, caractère multiple mais souvent superficiel des phlébotomies volontaires volontiers associées à une intoxication médicamenteuse.

La relative rareté des appels et la gravité potentielle des agressions par arme blanche conduit à l'envoi d'une équipe SMUR au moindre doute.

Plaie par arme à feu

Mots-clefs : arme à feu, traumatisme balistique	CIM 10 W33 W34 Y23 Y24
Rédacteurs : G. BAGOU	Janvier 2004
© SAMU de France http://www.samu-de-france.com	

PARM

1. identifier l'appelant, le lieu d'intervention et le patient
2. déterminer le niveau de priorité de l'appel initial :
 - P0 : plaie de l'extrémité céphalique ou du tronc, plaies multiples.
 - P1 : plaie distale d'un membre chez l'adulte, traumatisme par projectile non pénétrant (Flash-Ball®,...) sans atteinte des fonctions vitales.
3. chercher à savoir : circonstances (agression, tentative de suicide, accidents de manipulation, fusillade), points d'impact, nombre de victimes.
4. conseils en attendant la régulation médicale et l'arrivée des secours : mise en sécurité des personnes présentes, gestes élémentaires de survie si nécessaire.
5. appliquer les procédures dégradées si l'appel ne peut être régulé immédiatement : envoi du SMUR, des SP et des Forces de l'Ordre (si la sécurité n'est pas assurée).

MÉDECIN RÉGULATEUR

Régulation

1. critères positifs absolus et relatifs, critères de gravité :
 - circonstances (agression, tentative de suicide, accidents de manipulation, fusillade), nombre de victimes, points d'impact, éventuellement type d'arme et de munition.
 - critères de gravité : atteinte crânienne, faciale, cervicale, thoracique, abdominale, vasculonerveuse d'un membre ; toute atteinte chez l'enfant.
2. déterminer le niveau d'urgence :
 - R1 : si un critère de gravité est présent.
 - R2 : plaie distale d'un membre sans hémorragie ni douleur importante chez l'adulte, traumatisme par projectile non pénétrant sans atteinte des fonctions vitales.
 - exiger la présence nécessaire des Forces de l'Ordre (sécurité des personnes) en cas d'agression.
3. conseils médicaux :
 - en attendant l'arrivée des secours : ne pas mobiliser, gestes élémentaires de survie, dégagement des voies aériennes avec précaution, compression si hémorragie.
 - en l'absence de nécessité d'envoi de secours : non applicable, secours systématique.

4. bilan et niveau de soins attendu par le premier secours professionnel : primauté du 1^{er} bilan secouriste des SP, description des lésions, paramètres vitaux, gestes élémentaires de survie, immobilisation, pansement compressif si nécessaire.
5. bilan et mise en condition par le SMUR : 1^{er} message d'ambiance précoce si plusieurs victimes (renfort SMUR ou déclenchement de la CUMP) ; examen clinique méticuleux, prise en charge hémodynamique, respiratoire, neurologique, analgésique, lésionnelle.

Orientation, suivi

1. critères d'orientation du patient :
 - SAUV pour toute victime avec un critère de gravité même stabilisée.
 - SU dans les autres cas.
2. suivi des affaires :
 - l'incertitude sur les lésions et leur évolution conduit à prévenir les équipes d'accueil pour optimiser précocement la prise en charge hospitalière.
 - tout décès par arme à feu doit être signé avec obstacle médico-légal.

Procédures dégradées

1. de régulation : envoi systématique des SP.
2. d'orientation : nécessité d'un plateau technique performant (réanimation, imagerie, chirurgie lourde, microchirurgie).

Outils d'aide à la décision

La relative rareté des appels et la gravité potentielle des plaies par balle conduit à l'envoi d'une équipe SMUR au moindre doute.

À PROPOS DE

La connaissance du mécanisme des lésions aide la démarche diagnostique et thérapeutique mais c'est l'organe blessé qui fait la gravité du traumatisme balistique. La vitesse du projectile importe plus que sa masse et son calibre mais ces paramètres sont incertains donc souvent sans intérêt lors de l'appel au secours. L'examen du point d'entrée permet d'évaluer la distance de tir. Une blessure pénétrante (absence de point de sortie) est plus grave qu'une blessure perforante (entrée et sortie). Le point d'entrée, avec ou sans point de sortie, n'est pas prédictif du trajet interne du projectile. Les lésions résultent du passage du projectile, de la chaleur transmise, de l'onde de choc interne et du phénomène de cavitation. Les lésions des cartouches à grenailles peuvent être majeures. Toute plaie par balle est septique et les complications infectieuses sévères. Les conséquences judiciaires fréquentes imposent de rappeler à l'équipe intervenante son devoir de réserve et au médecin la nécessité de comptes rendus et certificats rigoureux.

BIBLIOGRAPHIE

- LAMOUR O, TILLANT D. Plaies par armes à feu : éléments de balistique lésionnelle, in : Traumatismes graves. Beydon L, Carli P, Riou B. Arnette Paris 2000;pp39-46.
 ROUVIER B, LENOIR B, RIGAL S. Les traumatismes balistiques. Conférences d'actualisation, Congrès National SFAR. Elsevier Paris1997.
 STEELE J, MCBRIDE S, KELLY J, DEARDEN C, ROCKE L. Plastic bullet injuries in northern Ireland. J Trauma 1999;46:711-4.

Annexe 7 : Guide d'aide à la régulation Chute d'un lieu élevé

122

Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15

Chute d'un lieu élevé

Mots-clefs : défenestration, chute, lieu élevé	CIM 10 : Y30
Rédacteurs : G. BAGOU	Janvier 2004
© SAMU de France http://www.samu-de-france.com	

PARM

1. identifier l'appelant, le lieu d'intervention et le patient
2. déterminer le niveau de priorité de l'appel initial :
 - P0 : chute > 5m ou coma ou ACR.
 - P1 : autre cas.
3. chercher à savoir : compétences des témoins, difficultés d'accès (falaise, puits...).
4. conseils en attendant la régulation médicale et l'arrivée des secours : ne pas mobiliser, gestes élémentaires de survie, dégagement des voies aériennes avec précaution, comprimer une hémorragie avec un linge propre, couvrir le blessé, mise en sécurité du site et des personnes.
5. appliquer les procédures dégradées si l'appel ne peut être régulé immédiatement : s'assurer de l'engagement des SP en précisant les circonstances en cas de difficultés d'accès à la victime.

MÉDECIN RÉGULATEUR

Régulation

1. critères positifs absolus et relatifs, critères de gravité :
 - hauteur de la chute, nature du sol, conscience, lésions apparentes, plaintes spontanées.
 - critères de gravité : chute > 5 m, enfant, troubles de conscience, hémorragie non maîtrisable, douleur intense.
2. déterminer le niveau d'urgence :
 - **R1** : en présence de critère de gravité.
 - **R2** : en l'absence de critère de gravité.
3. conseils médicaux :
 - en attendant l'arrivée des secours : ne pas mobiliser, gestes élémentaires de survie, dégagement des voies aériennes avec précaution, compression si hémorragie.
 - en l'absence de nécessité d'envoi de secours : examen médical impératif.
4. bilan et niveau de soins attendu par le premier secours professionnel : description des lésions, paramètres vitaux, gestes élémentaires de survie, immobilisation, pansement compressif si nécessaire.
5. bilan et mise en condition par le SMUR : examen clinique méticuleux, prise en charge hémodynamique, respiratoire, neurologique, analgésique, lésionnelle.

Orientation, suivi

1. critères d'orientation du patient :
 - en fonction du bilan lésionnel, penser aux limites des plateaux techniques (imagerie, spécialités chirurgicales, saturation...) : indications larges de SAUV avec équipe d'accueil prévenue.
 - privilégier le service adapté le plus proche si un geste d'hémostase est urgent même en l'absence de place d'hospitalisation (mutation secondaire précoce) mais, si l'état hémodynamique le permet, discuter le renfort sur les lieux d'un SMUR éloigné notamment hélicoptère pour transporter le blessé d'emblée vers un plateau technique performant.
2. suivi des affaires :
 - transport médicalisé pour tout traumatisme à cinétique élevée en se méfiant de ne pas sous-estimer les lésions et l'évolution potentielle.
 - veiller à une prise en charge sur place de qualité mais de courte durée.
 - discuter une escorte pour un transport facilité et stable.
 - prévenir le service d'accueil, anticiper l'arrivée du blessé (réanimateur, transfusion, imagerie, bloc opératoire...).

Procédures dégradées

1. de régulation : en cas d'urgence de niveau R1 et d'absence d'UMH disponible, envoyer un VSAV et faire prévenir un MCS ou le SSSM.
2. d'orientation : examen médical nécessaire même si le bilan secouriste reste négatif.

Outils d'aide à la décision

La hauteur d'une chute est toujours surestimée mais le pronostic vital est engagé dès 5 mètres voire moins compte tenu des mécanismes lésionnels : 12 % de décès pour une chute du 1^{er} étage, 97 % du 5^e étage.

La contrainte sociale peut justifier l'envoi d'une équipe SMUR même pour une victime dont le décès est certain au moment de l'appel.

À PROPOS DE

La connaissance des circonstances du traumatisme (hauteur, réception) entre dans l'évaluation de la gravité des lésions donc dans la démarche diagnostique et le traitement. La qualité de la 1^{ère} heure de prise en charge est fondamentale. Le risque neurologique est souvent surestimé alors que le risque hémodynamique est sous-estimé.

BIBLIOGRAPHIE

AMMIRATI Ch, VINCENT G. L'accident grave : quelle activation de moyens, quels moyens de transport, quelle orientation ? in : Actualités en réanimation préhospitalière. Le traumatisé grave. Journées Scientifiques de SAMU de France, Vittel, 2002. SFEM éditions 2003:pp9-24.

BEYDON L, CARLI P, RIOU B. Traumatismes graves. Arnette, Paris 2000:522p.

TENTILLIER E, SÉNAMAUD K, LASSIÉ P, THICOÏPÉ M, DABADIE P. Biomécanique : critères prédictifs de gravité. 44^e Congrès national d'anesthésie et de réanimation. Elsevier et SFAR, Paris 2002.

Annexe 8 : Guide d'aide à la régulation Pendaïson

274

Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15

Pendaïson

Mots-clefs : pendaïson, suicide	CIM 10 Y20
Rédacteurs : G. BAGOU, F. BAGES-LIMOGES	Janvier 2004
© SAMU de France http://www.samu-de-france.com	

PARM

1. identifier l'appelant, le lieu d'intervention et le patient
2. déterminer le niveau de priorité de l'appel initial :
 - P0 : pendaïson très récente.
 - P1 : découverte d'une victime décédée.
3. chercher à savoir : pendaïson suicidaire ou accidentelle (jeu d'enfant...), pendaïson très récente avec témoin ou découverte de cadavre (sans délai connu).
4. conseils en attendant la régulation médicale et l'arrivée des secours : après avoir évalué les capacités des témoins, dépendre rapidement en maintenant l'axe tête-cou-tronc et en se méfiant de la chute ; ne pas toucher au cadavre en cas de victime de toute évidence décédée.
5. appliquer les procédures dégradées si l'appel ne peut être régulé immédiatement : s'assurer de l'engagement systématique des SP.

MÉDECIN RÉGULATEUR

Régulation

1. critères positifs absolus et relatifs, critères de gravité : l'acte de pendaïson est en lui-même un critère de gravité, il n'y a pas de signe rassurant même si le patient est conscient et asymptotique ; un coma aréactif avec une durée de pendaïson supérieure à 15 minutes conduit à ne pas réanimer.
2. déterminer le niveau d'urgence :
 - R1 : intervention SMUR sauf décès évident.
 - R3 : envoi d'un médecin si nécessaire pour l'entourage d'une victime décédée.
3. conseils médicaux :
 - en attendant l'arrivée des secours : si la pendaïson vient de se produire et après avoir réévalué les capacités des témoins, dépendre rapidement en maintenant l'axe tête-cou-tronc et en se méfiant de la chute ; ACR : réanimation cardiopulmonaire de base ; coma qui respire : mise en PLS, libération des voies aériennes ; conscient : allonger sur le dos sans oreiller, parler et rassurer.
 - en l'absence de nécessité d'envoi de secours : tenir les témoins à l'écart, envoi des forces de l'ordre et du médecin (légiste si possible).
4. bilan et niveau de soins attendu par le premier secours professionnel : dépendre rapidement, bilan des fonctions vitales, réanimation cardiopulmonaire de base (ACR) ou installation de la victime (cf 3).

5. bilan et mise en condition par le SMUR : détresse respiratoire (haute, traumatisme médullaire ou œdème lésionnel), signes neurovégétatifs (HTA, tachycardie, sueurs, horripilation, température corporelle), examen neurologique, signes locaux (sillon de pendaison, lésion du larynx à la laryngoscopie).

Orientation, suivi

1. critères d'orientation du patient :
 - SAUV ou réanimation dans tous les cas.
2. suivi des affaires :
 - en cas de décès, certificat avec obstacle médico-légal.

Procédures dégradées

1. de régulation : envoi systématique d'un VSAV.
2. d'orientation : hospitalisation indispensable.

Outils d'aide à la décision

Pièges :

- patient conscient paraissant asymptomatique (se méfier d'une aggravation secondaire), hospitaliser et ne pas laisser transporter par l'entourage,
- pendaison basse avec le corps qui ne pèse pas en totalité sur le lien : la décision est inchangée.

Hospitalisation indispensable même en l'absence de tout symptôme (décompensation secondaire, prise en charge psychiatrique).

À PROPOS DE

Penser aux traumatismes cervicaux et laryngotrachéaux, à l'éventuelle prise médicamenteuse suicidaire associée.

BIBLIOGRAPHIE

- LABORIE JM. Réanimation et urgences préhospitalières. Frison-Roche, 2000:359-63.
 SZAMEJER M, JANNIÈRE D. Pendaison, in : Urgences médicochirurgicales de l'adulte. Arnette, Paris 1991:654-7.
 LAPORTE C, SANAHA C, BENAZET JP. Évaluation et orientation thérapeutique devant un traumatisme du rachis cervical. in : AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 2000, tome 2, 0608.

Brûlure de l'adulte

Mots-clefs : brûlure	CIM 10 T30.0
Rédacteurs : G. BAGOU, M. BERTIN-MAGHIT, C. MAGNIN	Janvier 2004
© SAMU de France http://www.samu-de-france.com	

PARM

1. identifier l'appelant, le lieu d'intervention et le patient
2. déterminer le niveau de priorité de l'appel initial :
 - P1 : tentative de suicide, plusieurs victimes, incendie ou explosion de lieu habité, brûlure de la tête ou du tronc, brûlure oculaire, toute brûlure chez l'enfant.
 - P2 : brûlure isolée de surface limitée.
3. chercher à savoir : mécanisme de la brûlure (thermique, chimique, électrique), circonstances (domestique, travail, incendie, tentative de suicide), contexte traumatique, nombre de victimes .
4. conseils en attendant la régulation médicale et l'arrivée des secours : soustraction à un risque toxique éventuel, refroidissement des brûlures thermiques limitées (niveau de priorité P2), rinçage sous l'eau courante des brûlures chimiques, proscrire toute application de produits divers.
5. appliquer les procédures dégradées si l'appel ne peut être régulé immédiatement : s'assurer de l'engagement des SP en précisant le contexte de la brûlure (matériel spécifique) et détailler les premiers conseils médicaux (paragraphe 3 suivant).

MÉDECIN RÉGULATEUR

Régulation

1. critères positifs absolus et relatifs, critères de gravité :
 - horaire et mécanisme de la brûlure, description des lésions (localisation, coloration, phlyctènes, carbonisation, atteinte circulaire d'un membre).
 - critères de gravité : superficie >20% surface corporelle (SC), brûlure manifestement profonde, localisation cervicofaciale, lésions ou intoxications associées, sujet âgé ou mauvais terrain.
2. déterminer le niveau d'urgence :
 - **R1** : présence d'un critère de gravité.
 - **R2** : lésion de 3 à 20% SC ou brûlure d'une main, d'un pied ou du périnée.
 - **R3** : autres brûlures.
3. conseils médicaux :
 - en attendant l'arrivée des secours : ne pas enlever les vêtements brûlés adhérents, enlever ceux imprégnés de liquides chauds ou caustiques en se protégeant, refroidir une brûlure thermique sous l'eau courante (15 minutes à 15° C) sauf la brûlure étendue du petit enfant ou du

vieillard (risque d'hypothermie), ôter bagues et alliance des doigts atteints.

- en l'absence de nécessité d'envoi de secours : avis médical indispensable.
4. bilan et niveau de soins attendu par le premier secours professionnel : paramètres vitaux, description des lésions, évaluation de la douleur, refroidissement (brûlure thermique), rinçage (brûlure chimique), protection par un champ stérile ou BRULSTOP[®], immobilisation par matelas à dépression si contexte traumatique.
 5. bilan et mise en condition par le SMUR : évaluation de la surface et de la profondeur, examen clinique méticuleux (brûlures, traumatismes, intoxications), prise en charge hémodynamique (voies d'abord, perfusions prescrites) et analgésique, protection thermique, oxygénothérapie. Intubation et ventilation éventuelles en cas de brûlures très étendues ou cervicofaciales avec symptomatologie respiratoire et des sujets inconscients. Prise en charge des lésions associées.

Orientation, suivi

1. critères d'orientation du patient :
 - SU de proximité pour tout brûlé sans critère de gravité et à distance d'un centre spécialisé.
 - SAUV ou réanimation de proximité en cas de critère de gravité et à distance d'un centre spécialisé.
 - Centre de Brûlés de proximité après bilan complet en SAUV si contexte traumatique ou directement en l'absence de toute autre atteinte.
2. suivi des affaires :
 - concertation impérative (régulation SAMU, SAUV, réanimation, Centre de Brûlés référent) dès le bilan lésionnel transmis par l'équipe SMUR.
 - programmation du transfert et de l'hospitalisation secondaires.

Procédures dégradées

1. de régulation : envoi systématique des SP.
2. d'orientation : service de réanimation chirurgicale de proximité pour parfaire la mise en condition et adapter les thérapeutiques dans l'attente de place en Centre de Brûlés.

Outils d'aide à la décision

La prise en charge complexe du brûlé grave justifie l'envoi d'une équipe chevronnée. La concertation avec le Centre de Brûlés référent est nécessaire et doit être très précoce.

Annexe 10 score de Glasgow

Score de Glasgow : 3 à 15		
Réponse verbale	Appropriée, orientée :	5
	Confuse	4
	Incohérente	3
	Incompréhensible	2
	Aucune réponse	1
Réponse motrice	A la demande	6
	A la douleur :	
	-adaptée, orientée	5
	-retrait	4
	-flexion, à type de décortication	3
	-extension, à type de décérébration	2
-nulle	1	
Ouverture des yeux	Spontanée	4
	A la commande verbale	3
	A la douleur	2
	Nulle	1

Prise en charge aux urgences des patients pour Tentative de Suicide après régulation du SAMU

- 1- Initiale Prénom (1^{ère} lettre) :
- 2- Initiale Nom (1^{ère} lettre) :
- 3- Mois et année de naissance : ___ / _____
- 4- Sexe : Homme Femme

I) Données concernant l'entrée au SAU du CH d'Arras :

- 5- Date d'arrivée au SAU : __ / __ / __
- 6- Période : Semaine
 Week-end
 Férié
 Vacances
- 7- Heure d'arrivée : __ H __
- 8- Accompagnant : Famille
 Conjoint(e)
 Collègue
 Entourage (Voisins, Amis)
- 9- Professionnels accompagnants : SMUR
 Pompiers
 Ambulanciers
 ISP

10- Motif d'entrée : _____

II) Caractéristiques de la tentative:

11- Type :

a) **Intoxication :** unique multiple

<input type="checkbox"/> Médicaments- _____	posologie et quantité : - _____
- _____	- _____
- _____	- _____
- _____	- _____

Produits non médicamenteux : _____

Produit inconnu

Heure supposée d'ingestion : __ H __
 inconnue

Appel centre anti poison : non oui

b) **Arme blanche :**

Localisation : extrémité céphalique (atteinte crânienne, cervicale ou faciale)
 thoracique
 abdominale
 vasculonerveuse proximale d'un membre
 autre
 pénétrante superficielle
Nature de l'arme : _____

c) **Arme à feu :** unique multiple

localisation : extrémité céphalique (atteinte crânienne, cervicale ou faciale)
 tronc (thoracique et abdominale)
 vasculonerveuse
 autre
 non pénétrante non pénétrante perforante

d) **Chute d'un lieu élevé:** < 5m > 5m

Nature du sol : _____

Traumatisme de : _____

e) **Pendaison/strangulation :** complète incomplète

durée de pendaison : _____

f) **Brûlures :**

Mécanisme : thermique
 chimique
 électrique

Localisation : cervico-faciale
 atteinte circulaire d'un membre
 mains, pieds ou périnée
 autre

Surface corporelle touchée : _____ %

Profondeur : 1^{er} degré

2^{ème} degré

3^{ème} degré

g) **Submersion :** durée estimée d'immersion : _____

h) **Autre :** _____

IV) Etat clinique :

- 11- conscience : conscience somnolence coma
12- Glasgow : ____/15
13- arrêt cardio respiratoire non oui
14- fréquence respiratoire : <10 10-30 >30
15- déficit moteur : non oui
16- convulsions : non oui
17- hémorragie : non oui
18- douleur non oui EVA : ____/10
19- Suspicion d'alcoolisation : non oui
20- Alcoolémie : _____
21- Avis psychiatrique : non oui

V) Données concernant la prise en charge au SAU:

- 22- Secteur de prise en charge : Soins externes
 Box
 Déchoquage
23- Lavage gastrique : non oui
24- Charbon activé : non oui
25- Antidote : non oui : _____

VI) Parcours de soin et devenir :

- 26- Durée de prise en charge au SAU :
27- Orientation : Retour au domicile
 Service de médecine
 Réanimation
 Chirurgie
 Bloc chirurgical en urgence
 Psychiatrie
 Observation en ZHTCD (zone d'hospitalisation de très courte durée)
 Transfert autre hôpital
28- Décès pendant la prise en charge au SAU : non oui
Si oui : avant réanimation après réanimation
Certificat de décès : avec obstacle médico-légal
 sans obstacle médico-légal

29- Diagnostic de sortie / transfert : _____

AUTEUR : Nom : COUPÉ

Prénom : Anne-Sophie

Date de Soutenance : 15 mai 2019

Titre de la Thèse : Tentatives et menaces de suicide : étude des appels au CRRA 62 et du parcours de soins au Centre Hospitalier d'Arras

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Diplôme d'études spécialisées de médecine générale

Mots-clés : Tentative de suicide, menace de suicide, CRRA, Samu, urgences ; Arras (Pas-de-Calais)

Introduction : La problématique des conduites suicidaires est un des enjeux de santé publique en France. Les appels au Samu Centre 15 s'intègrent dans la surveillance des tentatives de suicide. L'objectif de l'étude était de décrire les appels concernant les patients suicidants et menaçants pris en charge par le centre de réception et de régulation des appels (CRRA) du Pas de Calais.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale prospective à visée descriptive et monocentrique réalisée au CRRA du Pas de Calais et au SAU du Centre Hospitalier d'Arras (CHA) entre le 1^{er} avril et le 15 mai 2018. Nous avons analysé les appels pour tentative, menace ou suicide et les séjours des patients admis au SAU du CHA après prise en charge initiale par le CRRA 62.

Résultats : Le CRRA a recueilli 521 appels pour tentative de suicide, et 279 pour menace de suicide qui ont entraîné respectivement 81 et 47 admissions au SAU. Notre étude montrait des données comparables aux données de la littérature concernant la représentation plus importante des femmes (54,4%) chez les suicidants et la prépondérance des intoxications comme type de tentative (73,93%). Notre étude a montré une suspicion d'alcoolisation associée dans 65% des tentatives et 69,8% des menaces. Le score ETC n'a été utilisé que dans une seule régulation d'intoxication. La majorité des patients suicidants et menaçants ont été orientés vers les urgences, respectivement 91,8% et 85,2%.

Conclusion : Le CRRA et les SAU sont des maillons importants dans la prise en charge initiale des patients suicidants et menaçants. La sensibilisation des professionnels intervenant auprès de ces patients pourrait permettre d'optimiser leur parcours de soins.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Eric WIEL

Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA
Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Koffi KOMLANVI

Co-directeur de thèse : Monsieur le Docteur Enayet EDUN