

Année 2019/2020

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
DES de PSYCHIATRIE
Diplôme d'État
par

LEROUX Lucie

Né(e) le 04/09/1989 à Blois (41)

Et

VOUKASSOVITCH Pauline

Né(e) le 23/03/1988 à Paris (75)

TITRE

**Influence du niveau de satisfaction du patient suicidaire ou
suicidant quant à sa prise en charge aux urgences psychiatriques
du CHRU de Tours sur la suicidalité à distance**

Présentée et soutenue publiquement le **28/01/2020** devant un jury composé de :

Président du Jury :

Professeur Vincent Camus, Psychiatrie d'adultes, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Professeur Nicolas BALLON, Psychiatrie ; addictologie, Faculté de Médecine -Tours

Professeur Bénédicte GOHIER, Psychiatrie d'adultes, Faculté de Médecine -Angers

Directrice de thèse :

Docteur Florence DUBOIS-CARMAGNAT, Psychiatrie d'adultes, PH, Faculté de Médecine -Tours

Co-directrice de thèse :

Docteur Pauline LEMERCIER, Psychiatrie d'adultes, PH, Faculté de Médecine –Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Philippe ARBEILLE

Pr Catherine BARTHELEMY

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Alain CHANTEPIE

Pr Pierre COSNAY

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Dominique GOGA

Pr Alain GOUDEAU

Pr Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr Gérard LORETTE

Pr Roland QUENTIN

Pr Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD –
P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P.
CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI –
P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y.
LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C.
MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P.
RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D.
SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique

MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BARBIER Louise Chirurgie digestive
BERHOUE Julien Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GOUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON Antoine Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie

Faculté de Médecine – 10, boulevard Tonnellé – CS 73223 – 37032 TOURS Cedex 1 – Tél : 02.47.36.66.00 – www.med.univ-tours.fr

3

IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure	Génétique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BOREL Stéphanie	Orthophonie
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier
----------------------	-----------------------

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements

A notre président de jury, Monsieur le Professeur CAMUS,

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir présider notre thèse et de juger notre travail, veuillez recevoir nos sincères remerciements.

A Monsieur le Professeur BALLON,

Vous avez accepté d'apporter votre expérience à la critique de ce travail de thèse en siégeant dans notre jury. Vous nous avez également autorisées à occuper les locaux de l'ELSA pour la réalisation de notre travail sur place. Nous vous témoignons notre profonde reconnaissance.

A Madame le Professeur GOHIER,

Nous vous prions de recevoir nos sincères remerciements pour avoir accepté de juger notre travail de thèse. Veuillez croire en l'expression de notre respectueuse considération.

A notre directrice de thèse, Madame le Docteur Florence DUBOIS-CARMAGNAT,

Vous avez accepté de nous soutenir dans ce projet de thèse à deux. Nous vous remercions pour votre gentillesse et vos conseils. Etant toutes les deux passées en stage aux urgences psychiatriques de Trousseau, nous pouvons également vous témoigner combien vous avez été à l'écoute, pédagogue et protectrice avec nous. Le contact avec les urgences n'a fait que renforcer la passion que nous avons pour la psychiatrie et aura été très formateur. Recevez notre sincère gratitude.

A notre co-directrice de thèse, Madame le Docteur Pauline LEMERCIER,

Nous t'exprimons notre profonde reconnaissance pour nous avoir orientées, encouragées et soutenues tout au long de ce travail de thèse. Ton écoute et ta compréhension ont été une aide précieuse. Nous garderons un souvenir marquant de ton professionnalisme et de ta bienveillance, autant envers les patients qu'avec ton équipe.

A l'équipe infirmière des urgences psychiatriques du CHRU Trousseau,

Vous avez contribué à ce que ce travail de thèse soit réalisable et nous vous remercions profondément. Nous nous excusons pour le « harcèlement » que nous vous avons fait subir et les dérangements en pleines transmissions... Nous garderons également un souvenir joyeux de notre passage aux urgences en tant qu'internes grâce à vous, à votre accueil, votre sympathie,

vosre humour et aux moments conviviaux, ô combien importants, même si vous savez être sérieux quand il le faut ! Chacun d'entre vous est unique. Vous êtes une équipe très professionnelle, ne changez rien.

Au Service d'Information Médicale, Epidémiologie et Economie de la Santé (SIMEES) et à Geoffrey BERTHON,

Nous vous remercions très sincèrement pour nous avoir aiguillées au début de notre projet. Un grand merci à Geoffrey, interne en santé publique. Nous t'avons confié la lourde tâche des analyses statistiques de notre (trop ? gros) recueil de données... ! Tu as passé beaucoup de temps sur ce travail et nous t'en sommes extrêmement reconnaissantes.

A tous les patients qui ont accepté de participer à cette étude,

Nos « rencontres téléphoniques » ont été très enrichissantes. Vous avez accepté de participer à ce travail alors que la situation était difficile pour chacun d'entre vous. Ce travail de thèse n'aurait pas été possible sans vous et nous voulions vous témoigner nos sincères remerciements. Nous vous souhaitons beaucoup de positif dans l'avenir.

Remerciements Lucie

Merci à Alex,

L'homme de ma vie depuis 9 ans et depuis peu le père de notre trésor. Tu m'es d'un soutien sans faille. 1000 mercis pour toutes ces belles années passées (et encore à venir !), le quotidien à tes côtés est un réel bonheur, je t'aime tellement.

Merci à Albane,

Un des plus beaux cadeaux que la vie nous ait offert. Tu me remplis de bonheur chaque jour. Je suis si fière de toi, de nous !

Merci à mes parents,

Pour votre soutien inébranlable depuis mon premier jour de fac en 2007 (et même bien avant en réalité). Vous n'imaginez pas combien il m'aura été précieux... Je réalise la chance que j'ai de vous avoir, vous êtes des parents en or, je vous aime.

Merci à mes sœurs, Marion et Clarisse,

Pour leur soutien et leur accompagnement bien à elles ! Vous avez supporté mes humeurs les week-ends et à chaque période de révisions intensives. Marion, tu es une mère épanouie, je suis fière de toi. Clarisse, ton caractère fait de toi quelqu'un d'unique, on t'aime comme ça et je suis aussi très fière de ce que tu es devenue.

Merci à Castille,

Pour tes câlins, tes dessins, et pour être la petite fille que tu es. Tata Lulu est tellement heureuse de t'avoir grenouille !

Merci à mes grands-parents, Papiou, Mamiou, Madettoune et Papy Jeanine

Pour leur chaleureuse présence à mes côtés. Vous êtes les piliers de cette belle et grande famille, tellement importante à mes yeux. Merci pour ce que vous êtes, tous uniques vous aussi, et si attachants.

Merci à mes tantes,

Pour avoir été présentes à chaque moment important. Vous constituez un poulailler de « miss potins » formidable, ne changez rien.

Merci à ma marraine Marie-Do,

Qui fait partie de ce poulailler ! Tu réalises ton rôle de marraine à merveille. Toi et Tonton Olive me faites rire. Merci pour tous les bons moments passés ensemble et ton accompagnement bienveillant.

Merci à ma belle-famille,

Pour leur accueil et leur soutien. Je suis heureuse de vous avoir à nos côtés.

Merci à mes cousins et cousines, et plus particulièrement à Amandine, Arnaud et Sarah, Elise et Pitou,

Pour m'avoir divertie et soutenue très régulièrement. Je ne sais pas si vous saviez que ces moments partagés étaient si importants mais je vous le dis, vous avez contribué à mon bien-être durant ces nombreuses années et je me réjouis des moments encore à venir avec vous.

Merci à mes amis de longue date, Djib, Gunter, Anne-So, Bobo, Thomas, Alex (B) et leur moitié, à Alex (G), Mouliche, GG,

Pour être ce que vous êtes ! Des amis sur lesquels on peut compter. Vous n'imaginez pas à quel point vous êtes précieux pour moi.

Merci aux T-ToC, Pierro, Sam, Rima, Papy, Médoche, Jean Q,

Pierro, tu as été un parrain exemplaire. Même si la distance et les projets de chacun ne nous permettent plus de se voir régulièrement, je garderai un souvenir indélébile de nos années fac, des vacances et week-ends passés avec vous. Je vous souhaite tout le bonheur du monde.

Merci à ma co-interne Pauline,

Nous avons hésité, douté, puis foncé, puis redouté... mais ça l'a fait ! J'ai pu te faire entière confiance tout au long de ce travail de thèse (mais je n'en doutais pas lorsque l'on s'est lancées dans le projet), sache que cela a été un réel plaisir de travailler avec toi.

Remerciements Pauline

Merci à mes parents,

Pour m'avoir ouvert la voie de la psychiatrie, pour avoir cru en moi et pour avoir toujours été présents dans les moments difficiles. J'espère que vous serez fiers de moi.

Merci à mes frères, Hugo et Milan,

Pour avoir toujours été d'un soutien sans faille.

Merci à ma belle-famille,

Pour m'avoir toujours encouragée, soutenue et m'avoir accueillie dans votre cercle. Je suis heureuse de faire partie de votre famille.

Merci à ma co-interne, Lucie,

Pour avoir accepté de participer avec moi à ce projet, pour ta constance et ta rigueur dans le travail. Travailler à tes côtés (pour la thèse, ainsi que pour le semestre effectué ensemble à Vendôme) fut un plaisir.

Merci à mes amis : Engué, Laure, Marjorie, Mathilde, Emilie F, Emilie R, Kevin...

Pour tous ces moments de partage et d'amusement.

Merci à mon mari, Maxime,

Pour ton amour et ton soutien durant toutes mes études, pour m'avoir toujours encouragée et réconfortée dans les moments de doute. Pour ces 14 années de bonheur passées ensemble et pour avoir accepté d'être le père de notre fille. Je t'aime.

Merci à ma fille, Manon,

Pour ton amour inconditionnel, tes sourires, tes pitreries et ta malice qui m'ont accompagnée et réconfortée jusqu'au bout. Tu es le soleil de nos vies.

Merci à tout le reste de ma famille et à tous ceux que j'aurais pu oublier.

RESUME

Introduction : La crise suicidaire est une problématique majeure aux urgences psychiatriques. La satisfaction du patient quant à sa prise en charge aux urgences doit être optimale, il se pourrait qu'elle ait un impact sur la suite de son parcours de soins et sur son évolution clinique.

Objectif : Etudier l'influence du niveau de satisfaction des patients suicidaires et suicidants pris en charge aux urgences psychiatriques du CHRU de Tours sur leur suicidalité à distance.

Méthodologie : Un formulaire de consentement a été distribué aux patients suicidaires ou suicidants ayant consulté aux urgences du CHRU de Tours. Un premier appel était effectué à 15 jours de leur passage afin d'évaluer leur satisfaction vis-à-vis de leur prise en charge via le questionnaire CSQ-8. Un second appel était effectué à 12 semaines afin d'évaluer leur suicidalité via le questionnaire RSD ainsi que leur parcours de soins post-urgence.

Résultats : 80 patients ont été inclus sur une période de 7 mois. La satisfaction observée s'est avérée très satisfaisante (score moyen de 27,05/32 points). Le risque suicidaire évalué à 12 semaines était statistiquement associé à la satisfaction. Quand la satisfaction augmentait d'une unité, la probabilité que le risque suicidaire passe dans la catégorie supérieure était diminuée de 12,5%. En revanche, le taux de satisfaction n'avait pas d'impact sur l'adhésion aux soins.

Conclusion : Ce travail préliminaire a permis de mettre en évidence un lien entre la satisfaction des patients et la suicidalité à distance. Tenir compte de la satisfaction des patients n'est pas une démarche habituelle chez les soignants. Généraliser ce type d'enquête à tous les services de psychiatrie et écouter le point de vue du patient sur les pratiques soignantes pourraient être d'une grande richesse, tant pour créer une relation de partenariat avec le patient que pour permettre une amélioration des pratiques professionnelles.

Mots clés : urgences - satisfaction – suicidalité – parcours de soins

ABSTRACT

Introduction : Suicidal crisis is a major issue in the psychiatric emergencies department. The patient's satisfaction regarding the emergencies department must be optimal, since it may have an impact on the following of their care pathways and on their clinical evolution.

Objective : To study the influence of suicidal patients or attempted suicide patients' satisfaction level regarding their care at the psychiatric emergencies at the CHRU of Tours on their future suicidality.

Methodology : A consent form was given to the suicidal patients or attempted suicide patients who were cared for at the psychiatric emergencies at the CHRU of Tours. A first call was made 15 days after their visit, in order to evaluate their satisfaction towards their taking care through a CSQ-8 questionnaire. A second call was made at 12 weeks in order to evaluate their suicidality through a RSD questionnaire and their post emergencies care pathway.

Results : 80 patients were included within a period of 7 months. The observed satisfaction was satisfactory (average score 27.05/32 points). The suicidal risk at 12 weeks was statistically associated with the patient's satisfaction. When the satisfaction increased by one unit, the probability of suicidal risk stepping to the upper category went down by 12.5%. However, the satisfaction rate did not have an impact on the therapeutic adherence.

Conclusion : This preliminary work showed a link between the patients' satisfaction and their suicidality. Taking into account the patients' satisfaction is not a usual process among caregivers. Promoting this type of survey in every psychiatric service and listen to the opinion of the patient regarding the caregivers procedures could be a great resource, both to create a partnership with the patient and to allow the professional practices to improve.

Key words : emergencies– satisfaction – suicidality– care pathway

I.	INTRODUCTION.....	16
II.	REVUE DE LA LITTÉRATURE	17
1.	PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SUICIDAIRES ET SUICIDANTS AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES	17
A.	<i>Le suicide, une problématique de santé publique</i>	17
a)	Généralités.....	17
b)	Impact de cette problématique	17
c)	Données concernant le suicide	18
B.	<i>Suicidalité : évaluation et objectifs thérapeutiques</i>	19
a)	Evaluation du potentiel suicidaire aux urgences psychiatriques	19
b)	Objectifs de l'évaluation clinique	20
1)	Alliance thérapeutique	20
2)	Adhésion aux soins et observance thérapeutique	21
3)	Orientation : exemple des urgences psychiatriques de Trousseau.....	22
C.	<i>Facteurs influençant l'alliance thérapeutique et l'adhésion aux soins des patients suicidaires/suicidants</i>	24
a)	L'évaluation du risque suicidaire.....	24
b)	La psychopathologie	25
c)	L'éventuelle consommation de toxiques	25
d)	Le professionnel de santé	25
e)	L'environnement.....	26
f)	Technique thérapeutique	27
D.	<i>Lien entre alliance thérapeutique et satisfaction du patient</i>	27
2.	LA SATISFACTION DES USAGERS DE SOINS	28
A.	<i>Définition du concept</i>	28
B.	<i>Cadre législatif et réglementaire.....</i>	29
C.	<i>Pourquoi mesurer la satisfaction des patients à l'égard des soins reçus ?</i>	29
a)	Les attentes des établissements et professionnels de santé	30
b)	Les attentes des régulateurs de l'offre de soins	30
c)	Les attentes des usagers	30
D.	<i>Moyens et outils de mesure de la satisfaction des usagers</i>	31
a)	De façon continue :	31
b)	De façon ponctuelle ou périodique.....	32
c)	Outils de mesure de la satisfaction validés en France pour les usagers de soins psychiatriques adultes.....	33
3.	APPORT DES ETUDES PORTANT SUR LA SATISFACTION DES PATIENTS VIS-A-VIS DES SOINS PSYCHIATRIQUES	34
A.	<i>Taux de satisfaction globale.....</i>	34
a)	Chez les patients hospitalisés en psychiatrie	34
b)	Chez les patients pris en charge aux urgences psychiatriques.....	34
B.	<i>Liens entre la satisfaction et certaines variables</i>	35
a)	Relations entre satisfaction et caractéristiques socio-démographiques	35
b)	Relations entre satisfaction et diagnostic clinique.....	35
c)	Relation entre satisfaction, fonctionnement social et qualité de vie.....	35
d)	Relation entre satisfaction, lieu et mode d'hospitalisation	35

C.	<i>Liens entre satisfaction, suicidalité et adhésion aux soins</i>	36
a)	Relation entre satisfaction et risque suicidaire	36
b)	Relation entre satisfaction, adhésion aux soins, alliance thérapeutique et observance médicamenteuse	36
D.	<i>Particularités des études de satisfaction</i>	37
a)	Existence d'un lien entre satisfaction et qualité de l'enquêteur	37
b)	Importance du biais de désirabilité	37
c)	Caractéristiques des non-répondants	37
III.	ETUDE	38
1.	MATERIEL ET METHODE	38
A.	<i>Hypothèses diagnostiques</i>	38
a)	Hypothèse principale	38
b)	Hypothèses secondaires	38
B.	<i>Design de l'étude</i>	39
a)	Participants	39
b)	Description de l'étude et mode de recueil des données	39
1)	Description générale de l'étude	39
2)	Première étape : évaluation des participants à 15 jours	41
3)	Seconde étape : évaluation des participants à 12 semaines	42
C.	<i>Analyses statistiques</i>	43
2.	RESULTATS	44
A.	<i>Diagramme de flux</i>	44
B.	<i>Première étape</i>	46
a)	Description des participants	46
b)	Satisfaction des participants	52
C.	<i>Seconde étape : devenir des patients à 12 semaines de leur passage aux urgences</i>	52
D.	<i>Analyse des facteurs associés à la satisfaction des patients</i>	55
a)	Influence des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et du mode de prise en charge sur le niveau de satisfaction.	55
b)	Influence du niveau de satisfaction sur la suicidalité à 12 semaines	57
c)	Influence du niveau de satisfaction sur la qualité du suivi et l'observance médicamenteuse à 12 semaines	58
IV.	DISCUSSION	59
1.	LES PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ETUDE	59
A.	<i>Taux de réponse</i>	59
B.	<i>Score de satisfaction</i>	59
C.	<i>Lien entre caractéristiques sociodémographiques, cliniques et satisfaction.</i>	60
D.	<i>Lien entre satisfaction et suicidalité</i>	60
E.	<i>Lien entre satisfaction, qualité du suivi et observance médicamenteuse</i>	61
2.	LIMITES DE L'ETUDE	61
3.	INTERET CLINIQUE DE L'ETUDE ET PERSPECTIVES	62
V.	CONCLUSION	63

I. Introduction

La genèse de ce travail de thèse est née des interrogations communes que nous nous sommes posées durant notre internat sur le vécu subjectif qu'avaient les patients de leur prise en charge psychiatrique et notamment en période de crise. Il nous semble effectivement primordial qu'un patient soit satisfait des soins reçus, que cela soit en phase aiguë ou durant des soins prolongés, afin que ceux-ci aient un impact sur le plan clinique mais aussi sur la suite de son parcours de soins. Nous nous sommes aperçues que peu d'études s'étaient intéressées à ce sujet. Après de longs échanges, nous avons décidé de cibler la population des patients en crise suicidaire ayant reçu des soins aux urgences psychiatriques du CHRU de Tours, où nous sommes passées toutes les deux en stage durant notre internat.

La première partie, qui s'appuie sur les données de la littérature, traite dans un premier temps de la prise en charge des patients suicidaires et suicidants et définit les grands concepts de la suicidalité, de l'alliance thérapeutique et de l'adhésion aux soins, mais expose également les différents facteurs pouvant influencer cette alliance et l'adhésion aux soins de cette population. Dans un second temps, nous définissons le concept de satisfaction des patients à l'égard des soins reçus ainsi que l'intérêt de la mesurer et les moyens pour y parvenir. Enfin, nous exposons les quelques résultats d'études portant sur le sujet.

Notre étude est détaillée en seconde partie. Nous avons réalisé un travail qui s'est déroulé en deux étapes : la première était d'évaluer la satisfaction des patients suicidaires et suicidants à 15 jours de leur passage aux urgences, et la seconde était de recontacter ces patients à 12 semaines afin d'évaluer le risque suicidaire à distance, leur adhésion aux soins et plus globalement leur parcours de soins post-urgence. L'objectif était de montrer s'il existait une corrélation positive entre le niveau de satisfaction des patients et leur suicidalité à distance, mais aussi entre le niveau de satisfaction et le risque de récurrence suicidaire d'une part, ainsi qu'entre le niveau de satisfaction et l'adhésion aux soins d'autre part. Nous nous sommes aussi intéressées aux facteurs sociodémographiques et cliniques ainsi qu'au mode de prise en charge, que nous supposons être des facteurs influençant le niveau de satisfaction de cette population.

Enfin, nous terminerons par la partie discussion, qui comparera les résultats de notre travail aux études déjà réalisées par le passé.

II. Revue de la littérature

1. Prise en charge des patients suicidaires et suicidants aux urgences psychiatriques

A. Le suicide, une problématique de santé publique

a) Généralités

En 2014, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1) a rédigé un rapport sur la prévention du suicide, affirmant que « toutes les 40 secondes, une personne se suicide quelque part dans le monde et bien plus tentent de mettre fin à leurs jours. Aucune région ni aucune tranche d'âge ne sont épargnées ». Le suicide constitue la 18^{ème} cause de mortalité mondiale, et la 2^{ème} pour la catégorie des 15-29 ans. On estime 800 000 décès par suicide chaque année, soit 1,4% des décès mondiaux. D'autre part, les tentatives de suicide seraient 10 à 20 fois plus nombreuses que les suicides (2) . Après la création en 2013 de l'Observatoire National du Suicide (3) par Marisol Touraine, la ministre des Solidarités et de la Santé Agnès Buzyn a souhaité consolider la compréhension et la prévention de ce phénomène de société. Il s'agit en effet d'une cause majeure de décès prématurés qui constitue une mortalité évitable, notamment grâce à la prévention. La France connaît un taux élevé de suicide et se situe au 10^{ème} rang sur 32 pays avec 8 885 suicides enregistrés en France métropolitaine en 2014, soit 24 décès par jour, c'est-à-dire 1 suicide toutes les heures. Les chiffres issus de l'exploitation des certificats de décès par le CépiDc de l'Inserm (4) feraient l'objet d'une sous-estimation d'environ 10%, ce qui augmenterait vraisemblablement le chiffre réel à 10 000 décès par suicide cette année-là. La prévention du suicide constitue donc une priorité de santé publique.

b) Impact de cette problématique

Un patient suicidaire peut verbaliser ses envies de suicide dans la relation avec son médecin et/ou dans le cadre familial. Il n'est pas rare que les familles se sentent désemparées face à cette situation. Au domicile, la famille pourra observer certaines manifestations de cette crise psychique chez leur proche comme le sentiment de perte de contrôle, d'échec ou d'injustice, une perte d'investissement au travail avec arrêts de travail à répétition ou à l'inverse un surinvestissement professionnel, ou encore des difficultés relationnelles au sein de la famille. Le contexte de vulnérabilité entraîne inévitablement d'importantes conséquences dans le domaine familial et notamment conjugal. L'ensemble de la famille est mis à mal par la crise. Dans le domaine professionnel, les affections psychiques en général ont un fort impact pour les ressources humaines. Les durées moyennes des arrêts de travail liés à un trouble psychique sont

de 112 jours. Les répercussions sont encore plus graves pour les entreprises lorsque l'affection psychique est reconnue comme maladie professionnelle. Dans ces cas-là, les arrêts de travail durent en moyenne 400 jours (5) . A l'échelle locale mais aussi nationale et internationale, les comportements suicidaires suscitent un intérêt du fait de leur importance en tant que statistiques sociales, et plus particulièrement en ce qui concerne les prestations de services dans le domaine de la santé, la médecine légale et la médecine préventive (2) (6) (7).

c) Données concernant le suicide

En France et d'après le premier rapport de l'Observatoire National du Suicide (2014) (3) :

Nombre de suicides :

- Taux moyen de suicide en France par an : 25,2/100 000
- 8 885 décès en 2014 soit 24 décès par jour (sous-estimé de 10% car ce chiffre ne correspond qu'aux décès enregistrés comme « morts volontaires », s'ajoute à cela des erreurs ou l'absence de codage du décès) et environ 200 000 tentatives de suicides

Sexe :

- Femmes 6,8/100 000
- Hommes 23,1/100 000 (3 fois plus)

Age :

- 15-24 ans : 7,5/100 000
- 45-54 ans : 33,4/100 000
- Après 74 ans : 59,4/100 000

Moyens :

- Pendaison : 75% (42% chez les femmes ; 61% chez les hommes)
- Armes à feu : 12% (16% chez les hommes)
- IMV ou autres substances : 11% (24% chez les femmes)
- Défenestration ou saut dans le vide : 7% (13% chez les femmes)

Catégories socio-professionnelles :

- Métiers de la santé et de l'action sociale : 34,3 cas/100 000

- *Agriculteurs* : 20% de suicides en plus par rapport à la population générale, de la même tranche d'âge (485 suicides d'agriculteurs répertoriés de 2007 à 2009, 166 suicides en 2010 et 130 en 2011 selon l'Institut national de veille sanitaire) (8)
- *Médecins* : les médecins de sexe masculin ont 1,41 fois plus de risque de se suicider par rapports aux hommes de la population générale et les femmes ont 2,27 fois plus de risque que les femmes de la population générale (9)
- *Policiers* : 40 à 55 suicides chaque année

Localisation géographique (par rapport au taux de suicide moyen en France) :

- *Bretagne* : 47,7% de plus
- *Normandie, Haut de France, Pays de la Loire* : 20% de plus
- *Auvergne Rhône Alpes, Corse* : 15% de moins

B. Suicidalité : évaluation et objectifs thérapeutiques

a) Evaluation du potentiel suicidaire aux urgences psychiatriques

Différents auteurs estiment que le dépistage du suicide doit être réalisé à l'hôpital et recommandent d'évaluer le potentiel suicidaire « de façon systématique lors des entretiens psychiatriques et infirmiers initiaux, puis de façon répétée. Elle doit être consignée par écrit et transmise à l'ensemble des soignants » (10) (11).

Une méthode concrète, développée par Shea (12) aux USA puis adaptée en français par Séguin et al.(13) et connue comme le modèle du « **RUD** » en suicidologie, s'est étendue et est désormais utilisée à grande échelle pour évaluer ce potentiel suicidaire : « R » pour Risque (facteurs de risque individuels, familiaux, psycho-sociaux ; facteurs protecteurs), « U » pour Urgence (probabilité de mourir dans les 48 heures) et « D » pour Dangereusité (dangereusité du scénario, accessibilité du moyen).

D'autres types d'évaluation sont possibles :

- **SE-EC** (Sonde Exploratoire par Entretien Clinique) et la grille **ASA** (Activité Suicidaire Actuelle) : il s'agit d'une démarche d'investigation simple de l'activité suicidaire en utilisant la technique d'un entretien semi-structuré. Elle peut être utilisée avec les patients suspectés d'avoir une telle activité ou pour qui l'on souhaiterait explorer les composantes et la dynamique exacte. Le principe est de reconstituer a posteriori, étape par étape, l'activité suicidaire du patient de façon logique et pragmatique (circuit

d'exploration clinique bien déterminé). Cet entretien s'appuie sur la grille de report ASA, pratique et rapide (14).

- **C-SSRS** (« Columbia-Suicide Severity Rating Scale ») : cet outil permet d'évaluer le degré de suicidalité du patient. Les questions sont formulées pour être utilisées sous la forme d'un entretien. Elle comprend des questions ciblées qui identifient des comportements spécifiques pouvant indiquer l'intentionnalité létale d'un individu. La détermination de la présence d'idées suicidaires ou de conduites suicidaires repose, in fine, sur l'appréciation de l'intervenant qui fait passer l'échelle au patient (15).
- **SBQ-R** (« Suicidal Behaviors Questionnaire – Revised ») : le SBQ-R est un nom abrégé pour le questionnaire sur les comportements suicidaires révisé. Il s'agit d'un auto-questionnaire cliniquement valide et fiable qui comporte 4 questions avec une seule réponse possible. Il permet d'identifier rapidement les personnes qui présentent un risque suicidaire important en fonction d'un score. La particularité de ce questionnaire est l'anticipation, d'après le patient lui-même, de la probabilité à plus long terme de passage à l'acte (16).
- **RSD (Risque Suicidaire de Ducher)** : il s'agit d'une échelle d'évaluation du risque suicidaire en 11 items hiérarchisés, qui permet ainsi une évaluation progressive du risque suicidaire sous la forme d'un entretien semi-structuré. La lecture directe et immédiate de cette échelle avec cotation seulement de l'item le plus fort autorise une passation dans un temps court. Sa particularité tient à sa démarche qui s'intéresse plus à la volonté du patient d'en finir avec la vie, donc à son risque de passage à l'acte, qu'à une simple quantification de ses idéations suicidaires (voir annexe n°1 : Echelle du risque suicidaire de Ducher) (17) (18).

b) Objectifs de l'évaluation clinique

1) Alliance thérapeutique

Un des objectifs de la prise en charge de la crise suicidaire est d'atteindre un certain niveau d'alliance thérapeutique avec le patient. Les équipes de santé mentale doivent reconnaître l'importance d'instaurer puis de consolider cette alliance thérapeutique avec ce type de patients. A l'origine, l'alliance thérapeutique est un concept qui a été défini par Freud en 1913 (19) comme étant « un intérêt sérieux et une compréhension bienveillante de la part du thérapeute qui permettrait de développer avec le patient une communauté d'intérêts et une obligation réciproque ». D'autres la définissent comme « un processus de liaison interpersonnelle entre un prestataire de soins et un patient, ce qui implique un travail émotionnel des deux protagonistes ainsi qu'une confiance mutuelle » (20). Jobes et Ballard insistent sur le critère de confiance que

le patient acquière auprès du personnel soignant, la qualité et la force de leur relation. Ainsi, la relation thérapeutique peut offrir une base sécurisée et sécurisante (21). Rogers met l'accent sur la présence, l'écoute, l'empathie et l'absence de jugement de la part du soignant ainsi que sur la responsabilité du patient face à ses propres possibilités d'évolution et de collaboration pour y parvenir (22). Plus généralement, l'ensemble des définitions données à ce grand concept s'accordent pour inclure les dimensions de collaboration, de mutualité et de négociation. Cela permettrait au patient de s'investir dans une démarche positive de mieux-être, de mettre en place un projet de soins commun, et de considérer le soignant comme un partenaire de soins. Le rôle central est de plus en plus donné au patient comme individu autonome, informé, qui décide et est acteur de ses soins. Cette relation de collaboration qu'est l'alliance thérapeutique a pour objectif l'autonomie du patient dans la gestion de sa pathologie (23). Le soignant, par la qualité de sa relation avec le patient, pourrait donc avoir une grande influence sur sa progression clinique. Avec le soutien d'une équipe soignante, les possibilités d'amélioration clinique semblent s'accroître significativement (24). Certaines études ont démontré l'impact de l'alliance thérapeutique sur les résultats de la prise en charge (25). Une méta-analyse montre que cette corrélation entre l'alliance thérapeutique et les résultats était significativement positive mais que cette corrélation s'avérait très variable. Il semblerait effectivement que la variabilité du thérapeute soit plus importante que la variabilité du patient pour améliorer les résultats du patient (26). Les recherches ont permis par la suite de démontrer que l'alliance thérapeutique initiale était le facteur pronostic principal dans de nombreux types de psychothérapie mais aussi dans le champ de la chimiothérapie (27). Aux urgences, il paraît important de réfléchir sur notre manière d'être avec le patient. La relation thérapeutique créée lors du premier contact, lorsqu'elle est de qualité, constitue donc une véritable matrice du changement et est à l'origine d'une alliance thérapeutique bilatérale indéniablement utile pour la suite de la prise en charge.

2) Adhésion aux soins et observance thérapeutique

Dans toute prise en charge, les effets thérapeutiques recherchés sont des résultats positifs à distance : l'adhésion du patient aux soins proposés, une bonne observance des traitements pour obtenir une amélioration clinique significative in fine. L'**adhésion aux soins** du patient correspond à une approbation réfléchie de la prise en charge globale, de ses traitements, avec une volonté de poursuivre la pratique d'un comportement prescrit par le soignant. Cela traduit le maintien d'un changement de comportement sur la durée et l'implication du patient dans le processus. L'adhésion correspond donc au degré d'acceptation du patient quant à sa thérapeutique (28). L'**observance médicamenteuse** a été définie par Haynes et ses

collaborateurs en 1979 (29) comme étant « l'importance avec laquelle les comportements d'un individu coïncident avec les conseils médicaux ou de santé ». En 2002, Tourette-Turgis (30) décrit l'observance comme « les capacités d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée ». De façon beaucoup plus objective, l'observance peut être décrite comme le rapport entre le nombre de prises de médicaments effectives sur une période donnée et le nombre total de prises de médicaments prescrites sur cette même période. En 2003, l'OMS (31) souligne l'importance « d'optimiser l'observance médicamenteuse » car cela « aurait plus d'impact en termes de santé mondiale que le développement de nouveaux médicaments ». Les comportements de santé semblent dépendre de différents facteurs mis en évidence par plusieurs études depuis 1990 : les facteurs cognitifs (savoirs, compétences), métacognitifs (conscience de ses connaissances, de ses compétences et des actions réalisées), psychosociaux (croyances, représentations, ressentis, motivations, contexte), sanitaires (diagnostic et pronostic) et sociaux (revenu, statut, lieu de vie...) (32) (33). En effet, le but ultime d'une prise en charge médicale quelle qu'elle soit est l'amélioration clinique in fine, sans rechute ni récurrence. Adhérer aux traitements médicamenteux ne constitue pas une finalité en soi pour le patient. Aborder l'individu dans ses différentes dimensions et le considérer dans son processus d'adaptation face à la psychopathologie vont permettre aux soignants de mieux appréhender son adhésion aux soins et par la suite adapter leur éducation thérapeutique pour obtenir une amélioration clinique à long terme.

3) Orientation : exemple des urgences psychiatriques de Trousseau

Aux urgences psychiatriques de Trousseau, la prise en charge des problématiques suicidaires occupe une place importante puisque les consultations pour idées suicidaires ou tentatives de suicide représentent 45% des situations (voir avec Vanessa secrétaire aux urg psy) et le RUD est la méthode utilisée à chaque fois qu'un patient est adressé aux urgences pour « idées suicidaires » ou « tentative de suicide ». Un patient suicidaire ou suicidant peut arriver aux urgences psychiatriques par différents moyens : venue spontanée, adressé par son médecin traitant, accompagné par sa famille/ses amis ou être amené par les secours. L'individu peut avoir donné son accord pour être amené aux urgences psychiatriques mais dans d'autres cas, il peut y avoir été contraint. Lorsque le patient suicidaire ou suicidant se présente, il est systématiquement accueilli par l'équipe infirmière qui réalise une première évaluation clinique. A la suite de cette évaluation, le patient est orienté vers une prise en charge médicale psychiatrique. L'équipe médicale des urgences de Trousseau est constituée d'internes, d'assistants en psychiatrie et de praticiens hospitaliers. L'évaluation médicale psychiatrique

peut être réalisée avec le patient seul ou en présence d'un(e) infirmier(e) selon le contexte et l'activité du service à ce moment-là. Cette évaluation consiste à déterminer si le potentiel suicidaire est faible, modéré ou élevé mais aussi de déceler la présence d'une psychopathologie sous-jacente. En fonction de cette évaluation et des contacts familiaux pris, plusieurs orientations sont possibles. Il y a de manière constante une discussion entre soignants au sujet de la conduite à tenir.

Dans les situations où le potentiel suicidaire est **faible** et que le patient n'est pas dans une démarche de soins, un retour à domicile est possible sans indication particulière. A l'inverse, s'il se montre dans une démarche de soins, il pourra être orienté vers un suivi en ambulatoire : suivi psychologique ou psychiatrique, en vue de mettre en place une psychothérapie à plus long terme et un traitement de fond si cela s'avère indiqué. Dans les situations où le potentiel suicidaire est **modéré**, un suivi de crise est indiqué et il peut se réaliser de deux manières. Il peut être proposé une hospitalisation au CAC (Centre d'Accueil et de Crise) qui peut durer jusqu'à 72 heures maximum. Ce temps d'hospitalisation dans le service des urgences permet de désamorcer la crise suicidaire, de réévaluer cliniquement le patient ponctuellement et/ou de proposer une solution alternative en cas de refus d'hospitalisation complète afin de travailler l'alliance thérapeutique. Il peut également y avoir un retour à domicile avec un rappel suicidant la semaine qui suit, accompagné d'une consultation post-urgence à distance (15 jours – 3 semaines en moyenne) du passage aux urgences psychiatriques. L'évaluation clinique à distance permet ainsi d'évaluer l'efficacité de la prise en charge et de réadapter la conduite à tenir si nécessaire. Dans les situations où le potentiel suicidaire est **élevé**, l'hospitalisation complète est indiquée. Si le patient se montre compliant et donne son accord pour une hospitalisation en psychiatrie, il sera accueilli en hospitalisation libre. Si le patient refuse d'être hospitalisé, il est possible de mettre en place une hospitalisation sous contrainte. Il est très important de contacter les proches du patient afin de les informer et de leur demander leur avis. Mais faire le lien avec les intervenants extérieurs ne se limite pas à la famille. Ce lien s'avère également pluridisciplinaire : il s'agit de contacter, quand cela est possible, les différents partenaires de soins. Cela permet de recueillir ou de donner des informations aux intervenants concernés. La prescription de traitements aux urgences psychiatriques est essentiellement symptomatique et ponctuelle. Les traitements de fond (antidépresseurs, thymorégulateurs, antipsychotiques) sont généralement instaurés dans les services d'affectation par la suite. Au-delà de l'évaluation du potentiel suicidaire, les consultations aux urgences psychiatriques de Trousseau comporte une dimension très médicale dans le sens où un diagnostic clinique (CIM10) est demandé à chaque interne, assistant ou PH qui prend en charge un patient suite à ce premier contact aux urgences. D'ailleurs, une bonne partie de l'entretien vise à décrire les

symptômes qui permettent ensuite de définir ce diagnostic, à titre indicatif. Une compréhension de la problématique à l'origine de la crise est également nécessaire à la bonne mise en place des soins.

Plus généralement, le caractère aigu de la crise suicidaire justifie pleinement la décision d'intervenir. La médicalisation des idées suicidaires ou des tentatives de suicide concerne la manière dont ces problématiques sont « traitées ». Elle concerne également la compréhension et l'explication du processus suicidaire, considéré aujourd'hui comme un symptôme à part entière d'un trouble psychique. La problématique suicidaire s'appréhende dans une dimension bio-psycho-sociale. Il s'agit d'un processus complexe qui se doit interactif et où s'engage autant le patient que le soignant. La vision médicale de cette problématique donnerait au suicide un caractère involontaire et cela pourrait permettre au patient suicidaire de déculpabiliser, ainsi que les familles et la société (34).

C. Facteurs influençant l'alliance thérapeutique et l'adhésion aux soins des patients suicidaires/suicidants

Les paramètres qui ont une influence sur la relation thérapeutique, l'adhésion aux soins et sur la satisfaction globale du patient quant à sa prise en charge médicale sont nombreux.

a) L'évaluation du risque suicidaire

Vandevorde (14) émet quelques critiques discutables concernant **l'évaluation du potentiel suicidaire** à l'hôpital puisqu'aucune étude n'est parvenue à ce jour à prédire le passage à l'acte suicidaire. Nous rencontrons de nombreuses difficultés lors de cette évaluation. Par exemple, le fait que le patient révèle ou non des éléments suicidaires peut dépendre de la formulation des questions de la part du soignant et de la forme d'investigation. Le suicide et le nombre de gestes suicidaires ne peuvent pas être prédits par des intentions suicidaires seules. De plus, les crises suicidaires et les tentatives de suicide ne sont pas toutes identiques. Le risque suicidaire évolue dans le temps, le paroxysme ne peut pas être évalué systématiquement. Par conséquent, l'évaluation du risque suicidaire est souvent biaisée, comme dans des situations où le patient présente une amélioration clinique trompeuse, quand le discours est peu voire non élaboré, s'il refuse l'échange, si le patient ment, nie la présence d'idées suicidaires, simule, manipule ou encore lorsque nous sommes confrontés à des amnésies réelles ou simulées... L'évaluation du potentiel suicidaire est donc une démarche clinique difficile, à risque d'erreur, avec de nombreux faux positifs et faux négatifs. Il s'agit malgré tout d'une exploration indispensable pour évaluer cliniquement l'activité suicidaire d'un patient, quand bien même il ne passerait pas à l'acte.

b) La psychopathologie

Une autre difficulté notable relève des symptômes de la **psychopathologie** elle-même, qui peuvent mettre en péril la qualité de l'alliance thérapeutique, comme l'alexithymie du trouble dépressif caractérisé, qui correspond à une difficulté à identifier et à décrire verbalement ses émotions. Les résultats d'une étude de 2017 suggèrent que le manque d'expression des émotions affecte négativement la perception du patient de l'alliance thérapeutique ainsi que la réponse du patient à la psychothérapie (35). Le niveau élevé de détresse psychologique peut remettre en cause l'établissement de l'alliance fondée sur la confiance et entraîner une perte de qualité des soins. De même, les patients souffrant de troubles psychotiques présentent des scores d'alliance thérapeutique plus bas et sont donc susceptibles d'être moins satisfaits, de moins adhérer aux soins proposés (36). On imagine facilement que l'absence d'insight peut compliquer l'adhésion à la prise en charge globale proposée. La méfiance et la réticence que l'on peut parfois rencontrer chez certains patients conduisent également à une alliance thérapeutique médiocre. Il est extrêmement difficile d'aider les patients qui ne s'engagent pas dans la relation thérapeutique, et parfois même qui s'y opposent (37). Certains mécanismes de défenses présentés par le patient empêcheraient le changement et compliqueraient ainsi l'adhésion aux soins (38). A l'inverse, les patients n'ayant pas de troubles de l'attachement et présentant des compétences sociales bien développées semblent contribuer à une relation thérapeutique de qualité et donc avoir de meilleurs pronostics (26).

c) L'éventuelle consommation de toxiques

En 2017, une étude met l'accent sur la difficulté du soignant dans sa relation avec le patient consommateur de toxiques. Quatre sources principales de difficultés sont identifiées chez les patients polyconsommateurs : l'attrait de la substance addictive, la vulnérabilité du professionnel, le manque de soutien de l'environnement social et le patient lui-même. Quand le patient présente une problématique addictive, la **substance consommée** peut avoir un impact sur la personnalité et sur le comportement, rendant parfois le patient très agressif. Ces substances peuvent parfois être perçues comme des « rivaux » par le soignant, influençant obligatoirement l'instauration d'une relation de confiance (37).

d) Le professionnel de santé

Plusieurs études suggèrent que la qualité de la relation thérapeutique initiale n'est pas liée aux caractéristiques du patient mais que le développement de cette alliance s'effectue au cours du (des) premier(s) entretien(s) en fonction de l'attitude et du travail du **professionnel de santé**. Baldwin, Dinger, Marcus et leurs collaborateurs affirment que la contribution du thérapeute est

plus importante que celle du patient dans la corrélation alliance/résultats (39) (40) (41) (26). Les professionnels en santé mentale se considèrent souvent comme insuffisamment formés pour faire face aux fortes émotions qu'ils ressentent dans leur relation avec les patients et trouvent souvent difficile de trouver « la bonne distance » pour une alliance de qualité (37). Mais le sujet de la formation du thérapeute semble controversé. Pour certains, la formation du professionnel n'est pas liée au développement de l'alliance thérapeutique (27) alors que d'autres établissent clairement un lien entre le degré de formation du thérapeute et l'établissement d'un accord entre le patient et son thérapeute sur les objectifs de la prise en charge, ce qui ne semble pas être le cas de la construction du lien sur le plan émotionnel. La difficulté à traiter les conflits dans les propres relations du thérapeute compromettrait leur capacité à instaurer une alliance thérapeutique de qualité (42). L'alliance est également influencée négativement par les préconceptions de la relation thérapeutique de la part du professionnel, mais aussi par leur représentation de leur passé. A l'inverse, il semblerait que la capacité du thérapeute à accepter la responsabilité de son contre-transfert améliore l'alliance (43). L'étude de Luborsky montre que le degré de « similarité » entre le thérapeute et son patient facilite la construction d'une bonne relation. L'alliance peut nettement être améliorée par la bienveillance, la compétence et le respect du thérapeute pour son patient (44). Dans le désamorçage de la crise suicidaire, il est important d'être proactif, d'avoir des qualités d'ouverture à l'autre, d'empathie, de respect et de bienveillance. Dans la formation du « repérage et orientation de la crise suicidaire » élaborée par Seguin, un module « intervention de crise » s'adresse aux professionnels et insiste sur le développement de ces qualités humaines (45).

e) L'environnement

L'**environnement** comprend plusieurs enveloppes comme la famille et les amis, les équipes soignantes et les institutions, la société... Ces différentes enveloppes peuvent avoir des attitudes et transmettre un discours sur les soins qui peuvent compromettre l'implication du patient dans la relation avec les soignants. Dans le cas des patients (poly)consommateurs par exemple, la sphère sociale du patient ne soutient pas les professionnels dans la démarche de soins et la relation thérapeutique. D'autres auteurs pensent que l'influence des mesures interpersonnelles antérieures à la prise en charge (soutien social, relations intrafamiliales, événements de vie stressants...) sur la qualité de l'alliance thérapeutique est plutôt faible, ce qui signifierait que la personnalité du patient n'est pas déterminante et que la relation thérapeutique reste malléable (27).

f) Technique thérapeutique

Le **type de thérapie utilisée** est également un facteur influençant cette relation. L'impact des interventions semblent dépendre du niveau initial de l'alliance d'après Despland et ses collaborateurs. Un faible niveau d'alliance thérapeutique pourrait nécessiter davantage de soutien en psychothérapie, en lien avec un fonctionnement moins mature de la part du patient. A l'inverse, un bon niveau d'alliance pourrait requérir davantage d'interprétations de la part du thérapeute en raison des facultés du patient à prendre conscience de ses contradictions internes. Mais les avis divergent concernant ces deux types d'interventions dans le domaine psychodynamique. Certains pensent que l'interprétation est la seule technique qui permet d'établir une alliance de qualité et d'arriver aux objectifs fixés, alors que d'autres n'y voient aucune relation directe (27).

D. Lien entre alliance thérapeutique et satisfaction du patient

L'alliance thérapeutique et l'adhésion aux soins restent donc des objectifs difficiles à atteindre en psychiatrie. Certaines études soutiennent que les thérapeutes qui nouent de meilleures alliances avec leurs patients obtiennent dans la majeure partie du temps de meilleurs résultats, et donc une meilleure adhésion aux soins de ces derniers. L'alliance pourrait être améliorée par la bienveillance, la compétence et le respect du thérapeute pour son patient d'après Luborsky (44), ce qui améliorerait la satisfaction du patient quant à sa prise en charge. Et vice versa, on imagine facilement qu'un patient satisfait du premier contact avec le thérapeute permet d'entraîner une certaine « accroche », ébauche d'adhésion de la part du patient. En 2015, Lessard (46) a tenté de mettre en relation l'alliance thérapeutique, la satisfaction du patient, et les résultats sur le plan symptomatique pour observer de quelle façon ces variables pouvaient s'inter-influencer au cours du processus thérapeutique. Généralement, les patients ont tendance à sélectionner les éléments confirmant l'image positive que les thérapeutes ont d'eux-mêmes, la logique étant de se sentir « bon » dans le regard d'autrui (le contraire peut aussi être vrai). La capacité du patient à affirmer ses insatisfactions à son thérapeute serait alors corrélée à la résolution de ruptures empathiques (47). C'est là que la notion de satisfaction s'avère importante car elle documente l'expérience subjective du patient tout en apportant un éclairage complémentaire au processus dynamique de l'alliance thérapeutique. Cette recherche affirme que le thérapeute participe activement au lien entre la satisfaction du patient et son adhésion ou non à la thérapie. Le thérapeute pourrait agir comme un régulateur des états mentaux et affectifs du patient. Ces états mentaux influenceraient les représentations que le patient se fait de l'autre et de lui-même, qui influenceraient à leur tour l'alliance thérapeutique ainsi que la satisfaction et la décision de mettre un terme ou non à la thérapie (48). Ainsi, l'étude suggère que le

thérapeute peut participer à réguler les variations d'humeur de son patient et donc les mouvements d'idéalisation et de dévalorisation. Il peut aussi amener une évolution positive, maintenir une certaine satisfaction au long court, et amener son patient à adhérer aux soins, c'est-à-dire à poursuivre la thérapie. L'abandon thérapeutique serait donc lié à une altération de l'alliance. Les résultats de cette étude sont en accord avec les études antérieures qui stipulent qu'un patient ayant un vécu de changement thérapeutique significatif est davantage satisfait et que les résultats positifs doivent être obtenus à un certain moment du processus pour que l'alliance thérapeutique se maintienne, que le patient soit satisfait et qu'il poursuive la thérapie (49) (50). Cela suppose que la satisfaction, tout comme l'alliance thérapeutique, n'est pas un phénomène statique mais bel et bien un processus dynamique évoluant au cours du suivi. Cela offre des perspectives intéressantes à ce sujet considérant la satisfaction du patient incluse dans un processus intersubjectif au sein duquel le thérapeute et le patient participent activement à sa co-construction. Mais il n'y a pas assez d'études qui s'intéressent à ce sujet... Des projets ultérieurs pourraient aboutir à une meilleure compréhension des éléments participant au succès ou à l'échec d'une thérapie, ce qui permettrait ainsi d'offrir des soins plus adaptés.

2. La satisfaction des usagers de soins

A. Définition du concept

La satisfaction est un concept difficile à définir. Dans la majorité des études portant sur la satisfaction, les auteurs ont éludé la question de la définition de la satisfaction. Il n'existe pas de réelle définition claire ni de consensus sur le sujet. Littéralement (51), la satisfaction est « l'acte par lequel on obtient la réparation d'une offense, en particulier par les armes ». D'après le dictionnaire Larousse (51), c'est « l'action de satisfaire un besoin, un désir, une demande, une tendance » ou bien « le contentement, la joie résultant en particulier de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait » ou encore « ce qui satisfait, répond à la demande de quelqu'un ». Selon J. Lebow, la satisfaction correspond « au degré de réponse des services, aux désirs, souhaits et demandes des usagers par rapport au traitement et à l'environnement des services de soins (réactions à la qualité des soins, à l'aide apportée, à la disponibilité, à l'accessibilité du soignant...) (52). Une autre définition souvent utilisée dans la littérature anglo-saxonne : « la satisfaction du patient sera définie comme étant sa réaction à son expérience personnelle dans les services. » Dans cette formulation, la satisfaction consiste en une évaluation cognitive (notion de connaissances) et une réaction émotionnelle (domaine affectif) aux structures, procédures et résultats des services (53).

B. Cadre législatif et réglementaire

Née dans les années 1970 aux États-Unis, puis en Angleterre et en Europe du Nord, l'évaluation de la satisfaction des usagers des services de santé mentale date du milieu des années 90 en France (54). La qualité des soins est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme la garantie « que chaque patient reçoive la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » (55). Partie intégrante du processus d'accréditation, elle a été rendue obligatoire par l'ordonnance du 24 avril 1996 qui stipule que « la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour » (56). Le décret N° 74-27 du 14 janvier 1974 rend obligatoire la remise d'un questionnaire de sortie au format papier dans les centres hospitaliers (57). Le décret N° 97-1165 du 16 décembre 1997 relatif aux « conditions de réalisation de l'évaluation permettant l'octroi ou le renouvellement de l'autorisation d'activité des établissements de santé » stipule que celle-ci doit notamment intégrer les modalités d'évaluation de la satisfaction des usagers et les résultats de cette évaluation (58). La loi N° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit la constitution, dans chaque établissement de santé, d'une Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge (CRUQ) chargée de veiller au respect des droits des usagers et rappelle l'obligation d'évaluer la satisfaction des patients (59). Depuis 2014, les établissements MCO (médecine, chirurgie ou obstétrique) sont obligés de participer au recueil de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés au travers de l'étude e-SATIS, piloté par la HAS (60). La Charte de l'Usager en Santé Mentale signée à Paris le 8 décembre 2000 rappelle également cette obligation : « la satisfaction de l'utilisateur en santé mentale doit être régulièrement évaluée par des enquêtes portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour, enquêtes qui servent de base à l'amélioration de la qualité de l'information et des soins » (61).

C. Pourquoi mesurer la satisfaction des patients à l'égard des soins reçus ?

S'il est acquis que la mesure de la satisfaction des usagers à toute son importance, les objectifs recherchés, selon le point de vue des établissements et professionnels de santé, celui du régulateur de l'offre de soins ou celui des usagers, ne sont pas les mêmes.

a) Les attentes des établissements et professionnels de santé

Ils désirent en général connaître l'avis des usagers pour pouvoir (53) :

- Repérer des dysfonctionnements qui seraient passés inaperçus auprès de l'établissement et des professionnels de santé eux-mêmes.
- Suivre les effets des mesures prises pour améliorer la qualité des prises en charge des patients.
- Tirer parti de la comparaison avec les autres établissements et services.

b) Les attentes des régulateurs de l'offre de soins

Les régulateurs de l'offre de soins ont pour rôle de vérifier la qualité des services rendus et d'assurer la meilleure protection possible de la population, particulièrement sur le plan de la santé. C'est pourquoi ces structures s'intéressent à la satisfaction des usagers. La mesure de la satisfaction permet d'une part de rendre des comptes aux usagers et de s'assurer de l'efficacité des actions en termes de protection et d'autre part, c'est un outil sur lequel les organismes de régulation peuvent s'appuyer afin d'obtenir une amélioration de l'organisation et du fonctionnement du dispositif de soins.

Ce rôle levier opère de deux façons (53) :

- En suscitant des conduites vertueuses de la part des établissements encouragés à se corriger en tenant compte des résultats des enquêtes réalisées auprès de leur patientèle.
- En utilisant les réactions des patients désireux d'éviter la fréquentation des établissements peu appréciés, pour obtenir les restructurations hospitalières nécessaires.

c) Les attentes des usagers

Les usagers veulent avant tout s'adresser aux professionnels, aux services et aux établissements susceptibles de leur proposer des soins de la meilleure qualité possible. Ils souhaitent que les dysfonctionnements dont ils ont pu faire l'objet soient corrigés, afin que d'autres personnes n'en soient pas également victimes. Ils veulent que les pratiques soignantes soient à la hauteur des connaissances scientifiques et techniques d'une médecine moderne. En sommes, ils voudraient pouvoir (53) :

- Evaluer les professionnels de santé afin qu'ils puissent améliorer la qualité de leurs pratiques.
- Imposer des exigences, notamment en termes de sécurité.

- Refuser la révérence excessive au savoir médical et que l'on tienne compte de leur connaissance de la maladie et des soins : certains voudraient plus d'écoute et de considération de la part des professionnels et d'autres redoutent les conséquences d'une autorité médicale exercée sans contrôle et sans partage.

D. Moyens et outils de mesure de la satisfaction des usagers

Les services de soins disposent de nombreux éléments pour pouvoir appréhender le niveau de satisfaction des usagers. Leurs avis peuvent être recueillis de façon continue, tout au long de l'année ou de façon ponctuelle à travers des enquêtes plus complètes explorant plusieurs dimensions de la population étudiée.

a) De façon continue :

Le niveau de satisfaction peut être évalué de façon continue à travers l'analyse des plaintes, les questionnaires de sortie papier ou en ligne et les enquêtes téléphoniques à la sortie. Les résultats de ces questionnaires se présenteront couramment sous la forme de scores associés à des dimensions telles que l'accueil, la prise en charge, l'hôtellerie... qui seront généralement par la suite rendus publiques.

Etude des plaintes et réclamations

Les plaintes ou réclamations des patients sont généralement adressées directement à l'établissement de santé concerné. L'analyse des plaintes est souvent réalisée dans le but de diminuer les situations contentieuses. La procédure de traitement des plaintes est définie par le décret du 2 mars 2005, en implication de la loi du 4 mars 2002 instituant la CRUQ (59). La mission première de la CRUQ est de contrôler le respect des droits des usagers. Ainsi les réponses apportées par l'établissement à la suite d'une plainte ou réclamation doivent être mises à disposition des membres de la commission. Néanmoins, le traitement des plaintes ne permet généralement pas d'engendrer de modifications de l'organisation ou du fonctionnement de l'établissement autre que ponctuellement. Rares sont les situations où une vue d'ensemble permet de relier l'analyse des plaintes avec les résultats d'enquêtes de satisfaction ou l'étude de questionnaires de sortie. Les établissements et les Agences Régionales de Santé (ARS) s'accordent pour considérer que généralement les plaintes sont dues à des problèmes de communication entre soignants et usagers (53).

Questionnaire de sortie au format papier

Lors de son admission, le patient reçoit un livret d'accueil comportant, entre autres, un questionnaire de sortie à remettre à la fin de son hospitalisation. Le but de ce questionnaire est de recueillir des données en continu. Les questionnaires comportent des questions généralement

simples, rapides et faciles à traiter. Ils portent couramment sur l'accueil, l'information reçue, la qualité des soins, le respect du consentement et de l'intimité, ainsi que l'hôtellerie. Souvent ces questionnaires sont peu remplis par les patients, mais il faut noter une grande disparité entre les établissements et les services, notamment en fonction de leur mobilisation. Les établissements procèdent ensuite à des analyses statistiques des réponses obtenues et les résultats sont transmis à la CRUQ (53).

Questionnaire de sortie en ligne

Depuis janvier 2015, la Haute Autorité de Santé (HAS) pilote le dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés : e-Satis. Et depuis 2016, dans le cadre de ce dispositif, les établissements ayant une activité de médecine, chirurgie ou d'obstétrique (MCO) ont l'obligation de participer au recueil de l'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés. Ainsi, chaque patient hospitalisé pendant une durée supérieure à 48 heures peut donner son avis sur son séjour grâce à un questionnaire en ligne regroupant 63 questions portant sur l'accueil, la prise en charge, la chambre, les repas et l'organisation de la sortie (60).

Enquête téléphonique après la sortie

Les enquêtes téléphoniques peuvent être réalisées soit par le service qualité de l'établissement, soit par les représentants des usagers auprès d'un échantillon prédéterminé.

Elles ont plusieurs avantages :

- La parole des personnes questionnées paraît souvent plus libre.
- Les causes d'insatisfaction sont généralement plus facilement exprimées.
- L'échange téléphonique permet d'évoquer d'autres sujets en lien avec les droits des usagers.
- Les représentants d'usagers comprennent mieux les attentes des usagers et peuvent ainsi participer plus activement aux programmes d'amélioration de la qualité de la structure (62).

b) De façon ponctuelle ou périodique

La satisfaction peut également être évaluée de façon ponctuelle ou périodique à travers des enquêtes plus complètes, explorant toutes les dimensions de la population étudiée. Ce type d'enquêtes est préconisé par l'INSERM qui conseille de mesurer la satisfaction périodiquement sur des échantillons de patients, à distance de l'hospitalisation (environ 15 jours après la sortie). En effet, ces enquêtes auraient un meilleur taux de participation, une bonne qualité de

l'information recueillie et les résultats seraient plus représentatifs que ceux des enquêtes continues (62).

c) Outils de mesure de la satisfaction validés en France pour les usagers de soins psychiatriques adultes

La perception du soin peut apparaître légèrement différente pour les patients hospitalisés en psychiatrie et en somatique. Ainsi, l'aspect relationnel comptera généralement plus que l'aspect technique du soin pour les patients hospitalisés en psychiatrie (52). Des outils de mesure de la satisfaction spécifiques ont donc été élaborés pour cette population.

Voici quelques exemples de questionnaires reconnus et validés mesurant la satisfaction des usagers en santé mentale :

- L'échelle de référence internationale pour la mesure de la satisfaction des patients est la CSQ (Client Satisfaction Questionnaire). Il en existe différentes versions, la plus fréquemment employée étant la **CSQ-8**. C'est une échelle d'utilisation simple, qui existe aussi en version française et dont les propriétés psychométriques ont été validées. Elle permet d'évaluer la satisfaction globale du bénéficiaire de soins hospitalisé ou suivi en ambulatoire. Chacun de ses items comprend 4 possibilités de réponses sur une échelle de Likert. Le score moyen va de 1 à 4 points et le score global va de 8 à 32 points. Cette échelle permet d'évaluer la satisfaction de l'utilisateur en ce qui concerne le service reçu, la nature et la qualité de celui-ci, les entretiens ou consultations, les procédures administratives ou encore les résultats obtenus (voir annexe n°2 : Client Satisfaction Questionnaire) (63).
- Perreault et al. ont élaboré un questionnaire de satisfaction pour les services ambulatoires : le **Questionnaire d'opinion sur les services externes (QOSE)** qui évalue un plus grand nombre de dimensions de la satisfaction que le CSQ, notamment le traitement, l'information, l'environnement, l'accessibilité, l'alliance thérapeutique, la relation thérapeutique et l'atmosphère du service (64).
- Martin et Tignol ont créé un questionnaire axé sur l'hospitalisation, le **Questionnaire d'Autoévaluation de la Satisfaction (QAES)**, il est composé de 7 questions fermées et d'1 question ouverte, portant sur la vision qu'a le patient de l'évolution de son état de santé et sur l'influence qu'ont pu avoir sur cette évolution la relation avec les médecins, les médicaments, les infirmiers et les autres patients durant son hospitalisation (54).

- Ruggieri a travaillé sur La **Verona Service Satisfaction Scale (VSSS)** dont il existe une version francophone et qui permet de mesurer la satisfaction des patients mais aussi celle de leurs proches et des professionnels (65).

3. Apport des études portant sur la satisfaction des patients vis-à-vis des soins psychiatriques

A. Taux de satisfaction globale

a) Chez les patients hospitalisés en psychiatrie

La plupart des études publiées portent sur la satisfaction des usagers envers les services hospitaliers. Les taux de satisfaction sont en général élevés, pouvant atteindre jusqu'à 89% de patients globalement satisfaits ou très satisfaits (54). Ils sont souvent plus élevés pour les soins en ambulatoire que pour les soins hospitaliers (52). Les points de satisfaction les plus hauts concernent essentiellement les rapports avec l'équipe soignante, les qualités personnelles et professionnelles des membres de l'équipe (66) (67) et l'implication des proches dans la prise en charge (68). Les taux de satisfaction les plus bas portent notamment sur l'information de la pathologie et des traitements (66) et sur l'organisation des services (69) (54).

b) Chez les patients pris en charge aux urgences psychiatriques

Peu d'études s'intéressent spécifiquement à la satisfaction du patient pris en charge aux urgences psychiatriques dans un contexte de crise. Alexius et al. (66) ont étudié la satisfaction des patients à l'égard des informations reçues au cours d'une prise en charge aux urgences psychiatriques, ils ont trouvé que 80% des patients étaient satisfaits de la relation avec l'équipe soignante. Les taux de satisfaction concernant l'information étaient, à l'exception de l'information sur les médicaments, faibles.

Ampélas et al. (67) ont étudié la satisfaction des patients ayant bénéficié d'une prise en charge ambulatoire dans un contexte de crise par un service mobile d'urgence et de post-urgence psychiatrique (Équipe Rapide d'Intervention de Crise (ERIC)). Ils ont retrouvé des taux de satisfaction globale élevés, dépassant les 90 % suivant les questions. La satisfaction concernait essentiellement les qualités humaines et professionnelles du personnel, l'écoute, les méthodes d'intervention, la disponibilité, la rapidité d'intervention et l'implication des proches dans la prise en charge. L'insatisfaction portait sur les délais de la prise en charge, la multiplicité des intervenants, l'organisation du relais avec les structures en aval, le manque d'information sur les médicaments et sur la maladie du patient, ainsi que la tristesse des locaux.

B. Liens entre la satisfaction et certaines variables

Des relations existent entre la satisfaction et certaines caractéristiques liées au traitement ou au patient.

a) Relations entre satisfaction et caractéristiques socio-démographiques

Certaines caractéristiques socio-démographiques telles que l'âge, le sexe, le statut socio-économique, le niveau de scolarité et le statut marital semblent être associés à la satisfaction. Ainsi, une plus grande satisfaction semble être associée au sexe masculin, à un âge plus avancé, à un niveau de scolarité et à un niveau socio-économique plus faible. Les personnes célibataires sont en général moins satisfaites. Les auteurs indiquent néanmoins le faible poids des variables socio-démographiques sur la satisfaction (54) (70) (71).

b) Relations entre satisfaction et diagnostic clinique

Le diagnostic clinique semble également être associé à la satisfaction du patient. Les études montrent que la satisfaction est corrélée positivement au diagnostic de dépression par rapport à celui de psychose, ainsi qu'à l'absence d'idées suicidaires par rapport à leur présence (72) (66) (52) (54). Les patients atteints d'une maladie chronique seraient plus satisfaits des soins que ceux souffrant d'une maladie d'évolution récente (73).

c) Relation entre satisfaction, fonctionnement social et qualité de vie

Les études montrent que le bon taux de satisfaction serait lié à un meilleur niveau de fonctionnement social, mesuré par le *Social function questionnaire* et à une meilleure qualité de vie, mesurée par le *Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire* (73).

d) Relation entre satisfaction, lieu et mode d'hospitalisation

Certaines caractéristiques concernant le lieu de soins tel que le type de service, la durée de l'hospitalisation ou la taille du service, pourraient influencer la satisfaction des patients (74). Le mode d'hospitalisation peut également avoir son influence, il apparaît effectivement que les patients hospitalisés sous contrainte sont généralement moins satisfaits que ceux qui sont hospitalisés librement (66).

C. Liens entre satisfaction, suicidalité et adhésion aux soins

a) Relation entre satisfaction et risque suicidaire

Le lien entre satisfaction et risque suicidaire a été assez peu étudié. Pourtant, dès 1976, Richman et Charles (75) retrouvaient un lien entre risque suicidaire élevé et insatisfaction envers les soins. Aoun et Johnson (76) ont étudié l'impact d'un programme d'intervention contre le suicide du point de vue de l'utilisateur et ont retrouvé que les idées suicidaires et tentatives de suicides déclarées étaient beaucoup plus nombreuses chez les patients ayant un faible niveau de satisfaction. Gruat et al.(77) ont étudié le vécu des patients ayant participé à l'étude SYSCALL, étude menée dans le Nord Pas de Calais mesurant l'impact d'un contact téléphonique systématique sur la récurrence dans les semaines suivant une tentative de suicide. Globalement, les patients étaient satisfaits (94,5% de satisfaction) et 29,4% estimaient que le contact téléphonique à distance leur avait évité une récurrence suicidaire. Ils n'ont en revanche pas trouvé de lien entre insatisfaction et risque de récurrence suicidaire.

b) Relation entre satisfaction, adhésion aux soins, alliance thérapeutique et observance médicamenteuse

La satisfaction des patients joue un rôle important dans le processus de soins. Elle influence sur le comportement des patients, sur l'observance du traitement et sur les résultats thérapeutiques (78). En effet, les études montrent que la satisfaction du patient serait positivement corrélée à l'alliance thérapeutique (79) et qu'il existerait un lien entre les résultats thérapeutiques favorables auto-évalués par le patient et leur satisfaction (54) (80).

De plus, la satisfaction serait un élément pris en compte par le patient dans sa décision de poursuivre ou non les soins après la première séance (79), et les patients qui arrêtent prématurément leur démarche de soins seraient généralement moins satisfaits que ceux qui la terminent (81).

En revanche, la satisfaction du patient ne serait pas liée à celle de son psychiatre par rapport à la prise en charge, ni avec celle du patient, évaluée par son psychiatre. Les praticiens auraient donc une mauvaise estimation de la satisfaction de leurs patients (54).

Concernant l'observance médicamenteuse, la composante qui est la plus souvent étudiée est la satisfaction des patients à l'égard de leurs traitements médicamenteux qui peut être classée en plusieurs domaines de satisfaction : l'efficacité, la présence ou non d'effets secondaires, la facilité d'usage, l'impact sur la qualité de vie et la satisfaction générale (82). Plusieurs études ont montré un lien entre satisfaction et observance médicamenteuse dans les maladies

chroniques et notamment dans la prise en charge de la douleur (83), en diabétologie (84) ou en psychiatrie (85).

Une autre composante importante à prendre en compte est la satisfaction du patient vis-à-vis de la relation qu'il entretient avec son médecin. En effet, dans de nombreuses études, la qualité de la relation médecin-soignant apparaît comme un facteur d'influence majeur de l'adhésion au traitement médicamenteux (86) (87) (88). Fuertes et al. ont montré que la qualité de l'alliance thérapeutique avait un impact sur la perception de l'utilité de son traitement par le patient, son sentiment d'auto-efficacité, son adhésion thérapeutique et sa satisfaction (89).

D. Particularités des études de satisfaction

a) Existence d'un lien entre satisfaction et qualité de l'enquêteur

Polowczyck et al. (90) ont observé que les patients interrogés par d'anciens patients exprimaient plus aisément leur insatisfaction que quand l'enquêteur était un soignant. Il se sentiraient alors plus libre de répondre, ce qui diminuerait le nombre de réponses socialement souhaitables ou acquises. Dans les deux cas, il existerait un biais de désirabilité sociale qui conduirait à une exagération des réponses négatives dans les enquêtes patient-patient et à une exagération des réponses positives dans les enquêtes patient-soignant.

b) Importance du biais de désirabilité

Le biais de désirabilité sociale correspond à la volonté de l'individu de se présenter, de manière consciente ou inconsciente, sous un jour favorable à son interlocuteur. Dans une enquête de satisfaction, le mode de recueil direct, en face-à-face, de par l'absence d'anonymat tend à augmenter ce biais. Le patient peut donc être amené à apporter des réponses non pas en fonction de ce qu'il pense ou éprouve, mais plutôt en fonction de ce qu'il suppose que son interlocuteur attend de lui. Les enquêtes téléphoniques ont tendance à diminuer ce biais (54) (91).

c) Caractéristiques des non-répondants

Un des biais importants des enquêtes de satisfaction est le taux de réponses. Plus ce taux est bas, plus les résultats devront être interprétés avec précaution car les études montrent que les usagers ne répondant pas sont généralement les plus insatisfaits. En effet, Stallard (92) a étudié la différence entre les répondants et les non-répondants à une enquête de satisfaction postale en recontactant les non-répondants. Il a ainsi trouvé que les non-répondants étaient plus susceptibles d'avoir une moins bonne adhésion aux soins et d'être plus insatisfaits que les répondants. Il est donc nécessaire d'utiliser un mode de recueil favorisant un taux de réponse élevé pour éviter de majorer le taux de réponses positives.

III. Etude

1. Matériel et méthode

Notre sujet de recherche porte sur l'évaluation de la satisfaction des soins dans le service des urgences psychiatriques du CHRU de Tours par une population spécifique : les patients suicidants et suicidaires. Comme nous l'avons vu précédemment, la satisfaction des patients et l'alliance thérapeutique sont étroitement liées. Or, nous avons pu constater que l'évaluation de la qualité des soins est rarement évaluée malgré le fait qu'elle pourrait avoir un impact sur la suicidalité à distance de cette population. Dans une volonté d'éclairer ce point et de préciser l'influence de cette variable, notre étude a été construite avec trois objectifs. Pour chaque objectif, nous nous intéressons aux patients suicidaires ou suicidants ayant bénéficié d'une prise en charge aux urgences psychiatriques. Elle avait pour premier objectif de montrer s'il existait une corrélation positive entre le niveau de satisfaction que le patient avait vis-à-vis des soins reçus et le risque suicidaire à distance. Le second objectif était de montrer s'il existait un lien entre le niveau de satisfaction et le comportement suicidaire à distance d'une part, la qualité du suivi et l'observance médicamenteuse d'autre part. Enfin, le troisième objectif de l'étude était de montrer si les facteurs sociodémographiques, cliniques ainsi que le mode de prise en charge pouvaient influencer le niveau de satisfaction.

Nous présenterons dans cette partie les hypothèses, les modalités, les outils de mesures employés et le détail de l'analyse statistique que nous avons utilisé pour traiter nos données.

A. Hypothèses diagnostiques

a) Hypothèse principale

Chez les patients suicidaires ou suicidants ayant bénéficié d'une prise en charge aux urgences psychiatriques, il existerait un lien entre leur satisfaction et le risque suicidaire évalué par l'échelle RSD : lorsque la satisfaction augmente, la probabilité que le risque suicidaire passe dans la catégorie supérieure diminuerait.

b) Hypothèses secondaires

Chez les patients suicidaires ou suicidants ayant bénéficié d'une prise en charge aux urgences psychiatriques :

- Il existerait un lien entre la satisfaction et le comportement suicidaire à distance.
- Il existerait un lien entre la satisfaction, la qualité du suivi et l'observance médicamenteuse à distance.
- Il existerait un lien entre la satisfaction et les caractéristiques sociodémographiques, cliniques ainsi que le mode de prise en charge aux urgences.

B. Design de l'étude

a) Participants

Chaque participant a donné son consentement écrit après avoir reçu une information détaillée écrite sur les modalités de l'étude. Les informations cliniques et anamnestiques ont été recueillies à partir du dossier médical et des entretiens téléphoniques avec le patient.

Les critères d'inclusion retenus pour les participants de l'étude étaient :

- Patients majeurs
- En état de crise suicidaire : patients suicidaires (ayant des idées suicidaires) ou suicidants (ayant fait une tentative de suicide)
- Ayant consulté aux urgences psychiatriques sur la période allant du 14/03/2019 au 20/07/2019
- Toute pathologie psychiatrique confondue
- Ayant signé le formulaire de consentement

Les critères d'exclusion retenus étaient :

- Les situations rendant impossible le consentement ou la compréhension de l'étude par le patient
- Les patients n'ayant pas répondu au téléphone à 15 jours ou à 12 semaines

b) Description de l'étude et mode de recueil des données

1) Description générale de l'étude

Un formulaire de consentement explicitant la méthode ainsi que les objectifs de l'enquête était distribué par les infirmiers ou les médecins des urgences psychiatriques aux patients répondant aux critères d'inclusions. Les formulaires ont été distribués sur la période allant du 14/03/2019 au 20/07/2019.

1^{ère} étape :

Les patients ayant signé le formulaire de consentement étaient rappelés à 15 jours +/- 5 jours de leur passage aux urgences afin de répondre au questionnaire de satisfaction (CSQ8) et de compléter le 1^{er} fichier de recueil des données si certaines étaient manquantes. Les appels pour l'étape 1 ont été passés sur la période allant du 28/03/2019 au 03/08/2019.

Nous avons rappelé à chaque patient ayant répondu au 1^{er} appel qu'un second appel serait effectué à 12 semaines +/- 5 jours.

2^{ème} étape :

Les patients ayant répondu au premier appel étaient rappelés à 12 semaines +/- 5 jours de leur passage aux urgences afin de compléter le 2^{ème} fichier de recueil des données. Les rappels pour l'étape 2 ont été passés sur la période allant du 06/06/2019 au 12/10/2019.

Pour augmenter les chances de réponse et donc diminuer les risques de perdus de vue, les patients étaient appelés le soir (entre 17h30 et 20h30) en semaine, depuis un téléphone de l'hôpital pour que le numéro du CHRU s'affiche et soit identifiable par le patient. Pour effectuer nos appels et recueils de données, nous disposions des locaux de l'ELSA avec ordinateur et téléphone fixe. Un maximum de 4 appels par patient étaient passés à des jours et horaires différents. Un message vocal expliquant l'objet de l'appel était laissé à chaque appel n'ayant pas abouti à une réponse.

Il nous est arrivé pour certains patients d'adapter notre procédure. Par exemple, lorsque les patients étaient hospitalisés dans un service de psychiatrie intra-hospitalier à la date prévue de l'appel, nous appelions directement dans le service concerné afin d'augmenter les chances de réponse. S'ils étaient hospitalisés en clinique institutionnelle, de la même façon, nous contactions la clinique en question et expliquions notre démarche afin d'avoir le patient en ligne. Lorsque les numéros de téléphone, marqués par les patients eux-mêmes la plupart du temps, étaient faux ou non attribués, nous contactions la personne de confiance ou les proches inscrits dans le dossier du patient concerné afin de récupérer le bon numéro.

Pour une meilleure coordination et afin de ne perdre aucune donnée, nous avons complété à tour de rôle nos fichiers Excel à chaque fois que l'une de nous allait aux CHRU Trousseau pour recueillir les données et passer les appels téléphoniques, et nous nous sommes envoyées par mail ces fichiers mis à jour systématiquement après chaque session. Nous avons respecté l'anonymat des patients sur ces fichiers informatiques en numérotant chaque patient et en rapportant ce numéro sur chaque feuille de consentement que nous avons laissée sur place, aux urgences psychiatriques.

Nous avons également élaboré un protocole d'urgence à mettre en place au cas où nous trouverions un risque suicidaire élevé chez un patient au cours de nos appels. Nous devions inciter le patient à se rendre aux urgences, confier son nom et numéro de téléphone aux infirmiers et nous devions en parler au médecin de garde ce jour-là. En cas d'extrême urgence, nous devions transférer directement l'appel à l'équipe soignante afin que la prise en charge soit immédiate.

2) Première étape : évaluation des participants à 15 jours

Les données ont pour la majorité été recueillies de manière prospective, à l'aide du dossier médical informatisé. Les données manquantes ont quant à elles ont été recueillies par téléphone auprès du patient lors du 1^{er} appel à 15 jours.

Un fichier Excel a été élaboré afin de recueillir les données suivantes pour chaque patient répondant aux critères d'inclusion :

Données sociodémographiques	○ Sexe ○ Age ○ Origine (française/étrangère) ○ Statut marital ○ Entourage social ○ Activité professionnelle ○ Contexte résidentiel (urbain/rural)
Soins mis en place avant le passage aux urgences	○ Suivi par un spécialiste en santé mentale ○ Qualité du suivi chez les patients suivis/adhésion aux soins ○ Traitement psychotrope ○ Qualité de l'observance médicamenteuse chez les patients traités
Antécédents psychiatriques :	○ Antécédent personnel de tentative de suicide ○ Antécédent familial de tentative de suicide/suicide ○ Antécédent personnel de psychopathologie, d'addictions, de suivi ou d'hospitalisation en psychiatrie
Evaluation clinique aux urgences	○ RUD ○ Circonstances du geste suicidaire ○ Tentative de suicide sous l'emprise d'alcool/toxiques ○ Mode opératoire du geste suicidaire ○ Diagnostic clinique principal et diagnostics associés du patient (selon classification CIM10)
Devenir du patient après son passage aux urgences	○ Hospitalisation au CAC ○ Durée d'hospitalisation au CAC ○ Devenir (retour au domicile ou hospitalisation)

Les données concernant la satisfaction ont été recueillies par téléphone auprès du patient à 15 jours de leur passage aux urgences à l'aide du questionnaire CSQ8 (annexe 2).

3) Seconde étape : évaluation des participants à 12 semaines

Les données ont été recueillies par téléphone auprès du patient à 12 semaines de leur passage aux urgences. Un fichier Excel a été élaboré afin de recueillir les données suivantes pour chaque patient ayant répondu au premier appel :

Parcours de soins du patient après le passage aux urgences	○ Nouveaux passages aux urgences ○ Nouvelles hospitalisations
Soins mis en place à 12 semaines du passage aux urgences	○ Suivi du patient par un spécialiste en santé mentale ○ Qualité du suivi chez les patients suivis/adhésion aux soins ○ Traitement psychotrope ○ Qualité de l'observance médicamenteuse chez les patients traités
Evaluation de la suicidalité à 12 semaines du passage aux urgences	○ Evaluation de la suicidalité à 12 semaines à l'aide de l'échelle RSD (annexe 1) ○ Comportements suicidaires (passage à l'acte suicidaire chez le suicidaire ou récurrence chez le suicidant) depuis le passage aux urgences
Reprise des activités à 12 semaines du passage aux urgences	○ Professionnelles ○ Loisirs

Pour définir le temps nécessaire avant le second appel, les différents CMP de Tours ont été contactés afin de connaître leurs délais d'attente avant la mise en place d'une prise en charge.

CMP	Délai pour un premier entretien infirmier	Délai pour un entretien médical ou psychologique
Psychiatrie A	16 semaines	Psychiatre : 6 semaines après le 1 ^{er} entretien infirmier (soit 22 semaines).
Psychiatrie B	4 semaines	Psychologue : 6 semaines Psychiatre : 20 semaines sauf urgences.
Psychiatrie D	4 semaines	Psychiatre : 1 à 8 semaines après le 1 ^{er} entretien infirmier en fonction de l'urgence (soit une moyenne de 8 semaines).
CPU (Clinique Psychiatrique Universitaire)	8 semaines	Psychiatre : 4 à 8 semaines après le 1 ^{er} entretien infirmier (soit 12 à 16 semaines).

A noter que le service de psychiatrie A se trouvait dans une situation particulière de déménagement de service ce qui allongeait les délais de prise en charge. Le service de psychiatrie B était quant à lui dans l'attente d'un nouveau médecin qui est arrivé en novembre 2019, d'où le délai de 20 semaines pour un rendez-vous médical. A la CPU, deux des médecins du service étaient absents sur la période de notre étude, ce qui augmentait considérablement les délais de prise en charge médicale. Les patients ayant été hospitalisés dans un service de psychiatrie avaient généralement un délai plus court de prise en charge à la sortie (2 à 4 semaines).

A la vue de ces différents éléments, il apparaît que, sur le CHRU, un délai minimum de 12 semaines était nécessaire pour que nous puissions évaluer la mise en place d'un suivi régulier si cela était indiqué.

Concernant l'évaluation de la suicidalité à 12 semaines du passage aux urgences, nous avons choisi l'échelle du Risque Suicidaire de Ducher (RSD). En effet, il s'agit d'une échelle validée, en français, qui permet une évaluation progressive du risque suicidaire en cotant uniquement l'item le plus fort et qui peut se réaliser dans un temps plutôt court, donc idéal pour une évaluation par téléphone.

C. Analyses statistiques

Afin d'obtenir une aide à la réalisation de notre étude, nous sommes passées devant la commission de consultation méthodologique du Service d'Information Médicale, Epidémiologie et Economie de la Santé (SIMEES) le 31/01/2019 pour présenter notre projet de thèse. Notre sujet ayant été retenu pour pouvoir bénéficier d'une aide méthodologique, nous avons été ensuite régulièrement en contact avec le SIMEES pour ajuster nos catégories de variables à analyser et valider nos fichiers Excel.

Dans un second temps, le SIMEES nous a aidé dans la réalisation des analyses statistiques.

Les variables quantitatives ont été analysées sous forme d'effectifs et de pourcentages, les variables qualitatives sous forme de moyennes et d'écart-types.

Nous avons testé l'association entre la satisfaction d'une part et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques d'autre part, d'abord en univarié en utilisant un modèle de régression linéaire simple, puis en multivarié pour les variables dont la p-value était $< 0,2$ en univarié, en utilisant un modèle de régression linéaire multiple.

Nous avons également testé l'association entre le risque suicidaire d'une part et la satisfaction, la qualité du suivi et l'observance au traitement à 12 semaines d'autre part, d'abord en univarié en utilisant un modèle de régression logistique ordinale, puis en multivarié pour les variables

dont la p-value était $< 0,2$ en univarié, en utilisant un modèle de régression logistique ordinale multiple.

Enfin, nous avons testé l'association entre la satisfaction d'une part et le comportement suicidaire, la qualité du suivi et l'adhésion aux soins à 12 semaines d'autre part en utilisant un modèle de régression logistique simple. Le seuil de significativité retenu était de $p \leq 0,05$.

2. Résultats

A. Diagramme de flux

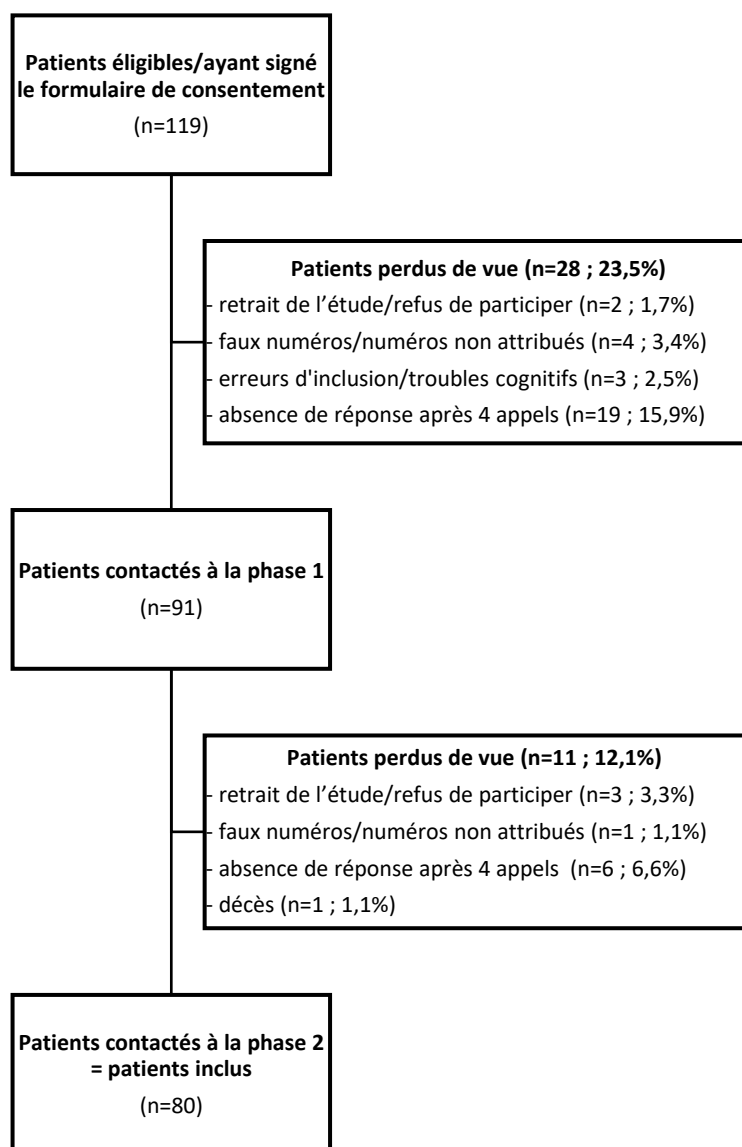


Diagramme de flux de la population de l'étude

Il s'avère que les patients ont « plus facilement » répondu à 12 semaines de leur passage aux urgences qu'à 15 jours.

- A J15, 263 appels ont été passés, avec une moyenne de 2,21 appels par patient. Cette première phase compte 28 (23,5%) perdus de vue.

- A S12, **171** appels ont été passés, avec une moyenne de **1,9** appels par patient. Cette deuxième phase compte **11 (12,1%)** perdus de vue.

Au total, 80 patients ont été inclus dans l'étude.

Les appels ont été passés sur une période de 29 semaines, avec 2 sessions par semaine (une session chacune). Nous avons donc comptabilisé 58 sessions de 4 heures en moyenne sur cette période, soit 232 heures de travail sur place. Cela représente **434** appels au total, dont **263** appels passés à J15 et **171** appels passés à S12. A noter que plusieurs tentatives d'appels ont été effectuées pour beaucoup de patients et les appels des perdus de vue (tous contactés 4 fois) ont également été comptabilisés.

Certains appels se sont avérés relativement rapides, environ 5 minutes, notamment pour faire passer le questionnaire de satisfaction lors des premiers appels à J15 ; mais d'autres appels ont été beaucoup plus longs, pouvant aller jusqu'à 30 minutes. Ces appels plus complexes concernaient les situations compliquées, notamment lorsque le patient présentait à nouveau des idées suicidaires lors du second appel à S12, à l'évaluation du RSD, ou tout simplement lorsque le patient se montrait logorrhéique et difficilement canalisable du fait de sa psychopathologie et/ou de sa personnalité. Nous avons comptabilisé **10** situations complexes à S12 pour lesquelles nous avons pris la décision d'orienter le patient vers les urgences psychiatriques ou de faire le lien avec le psychiatre de garde aux urgences en raison d'un risque suicidaire avéré, afin que l'équipe le contacte et prenne en charge la situation. Nous avons aussi orienté certains de ces patients qui n'avaient aucun suivi à 12 semaines de leur passage aux urgences (souvent parce qu'ils l'avaient refusé à ce moment-là) vers leur CMP de secteur, soit parce qu'il était eux-mêmes demandeurs à distance, soit parce que nous pensions que cela était indiqué et qu'ils ont accepté notre proposition d'être suivi régulièrement.

B. Première étape

a) Description des participants

Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

Les résultats des caractéristiques sociodémographiques sont présentés dans le tableau I.

Tableau I : **Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon**

Caractéristiques sociodémographiques		N (%)
<i>Sexe</i>		
	Homme	34 (42,5)
	Femme	46 (57,5)
<i>Origine</i>		
	Française	73 (91,25)
	Etrangère	7 (8,75)
<i>Statut marital</i>		
	Célibataire	15 (18,75)
	Marié/en couple	41 (51,25)
	Divorcé(e), séparé(e)	23 (28,75)
	Veuf(ve)	1 (1,25)
<i>Entourage social</i>		
	Isolement social	27 (33,75)
	Entourage social aidant (famille, amis...)	53 (66,25)
<i>Activité professionnelle^a</i>		
	Oui	27 (33,75)
	Non	53 (66,25)
<i>Contexte résidentiel^b</i>		
	Urbain	67 (83,75)
	Rural	13 (16,25)

a : Concernant l'activité professionnelle, les patients ayant une activité professionnelle ou étant en arrêt de travail étaient considérés comme exerçant une activité professionnelle. En revanche, les patients sans emploi, en invalidité, à la retraite ou les étudiants étaient considérés comme n'exerçant pas d'activité professionnelle.

b : Concernant le contexte résidentiel des patients, nous avons choisi d'utiliser une version simplifiée de la définition de l'INSEE pour définir les zones urbaines et rurales. Ainsi, les patients vivant dans une commune de plus de 2000 habitants étaient considérés comme vivant en zone urbaine et ceux vivant dans une commune de moins de 2000 habitants comme vivant dans une zone rurale (93).

Les patients inclus avaient une moyenne d'âge de 41,1 ans (écart type (ET) = 15,74 ans) avec des âges extrêmes allant de 18 à 85 ans. Les autres données sociodémographiques sont présentes dans le tableau I. Plus de la moitié des patients étaient en couple ou mariés et/ou avaient un entourage social aidant. Près des deux tiers n'exerçaient pas d'activité professionnelle. La majorité des patients étaient d'origine française et vivaient en milieu urbain.

Soins mis en place avant le passage aux urgences psychiatriques

Les résultats des soins mis en place avant le passage aux urgences psychiatriques sont présentés dans le tableau II.

Tableau II : Soins mis en place avant le passage aux urgences psychiatriques

Soins avant le passage aux urgences psychiatriques	N (%)
<i>Patients suivis par un spécialiste en santé mentale (psychologue libéral, psychiatre libéral, CMP de secteur, addictologie/CSAPA, autres) avant le passage aux urgences</i>	
Oui	38 (47,5)
Non	42 (52,5)
<i>Qualité du suivi^a</i>	
Suivi régulier	27 (71,05)
Suivi irrégulier	11 (28,95)
<i>Patients traités par psychotrope(s) (antidépresseur, thymorégulateur, neuroleptique, anxiolytique) avant le passage aux urgences</i>	
Oui	53 (66,25)
Non	27 (33,75)
<i>Qualité de l'observance médicamenteuse^b :</i>	
Bonne	27 (50,94)
Mauvaise	20 (37,74)
Inobservance totale	6 (11,32)

a :Concernant la qualité du suivi, les patients ayant des rendez-vous à une fréquence régulière (consultations bimensuelles, mensuelles...) et dont tous les rendez-vous étaient honorés étaient considérés comme ayant un suivi régulier. Les patients dont tous les rendez-vous n'étaient pas honorés, ne prenant contact auprès du psychiatre traitant qu'en cas de besoin ou uniquement pour le renouvellement d'ordonnance étaient considérés comme ayant un suivi irrégulier.

b :Concernant l'observance, elle était considérée comme « bonne » lorsque les prescriptions médicamenteuses étaient toutes respectées et « mauvaise » lorsqu'il y avait des prises irrégulières, des oublis ou un mésusage des traitements. L'inobservance totale correspond à l'absence totale de prise médicamenteuse selon la volonté du patient malgré les prescriptions du médecin.

Avant leur passage aux urgences psychiatriques, près de la moitié (47,5%) des patients avaient un suivi psychiatrique dont plus des deux tiers (≈71%) avaient un suivi considéré comme régulier et plus des deux tiers (≈66%) étaient traités par psychotropes. L'observance médicamenteuse était considérée comme bonne pour la moitié (≈51%) des patients. Pour le reste des patients traités, nous avons constaté une mauvaise observance (≈38%) ou une inobservance totale (≈11%).

Antécédents psychiatriques

Les résultats des antécédents psychiatriques sont présentés dans le tableau III.

Tableau III : **Antécédents psychiatriques**

Antécédents psychiatriques	N (%)
<i>Antécédents personnels de tentative de suicide</i>	
Antécédent personnel d'une TS	17 (21,25)
Antécédents personnels de plusieurs TS	21 (26,25)
Pas d'antécédent de TS	42 (52,5)
<i>Antécédents personnels de psychopathologie, addictions, suivis ou hospitalisations en psychiatrie</i>	
Oui	61 (76,25)
Non	19 (23,75)
<i>Antécédents familiaux de tentative de suicide/suicide</i>	
Oui	14 (17,5)
Non	66 (82,5)

Près de la moitié des patients avaient un ($\approx 21\%$) ou plusieurs ($\approx 26\%$) antécédents personnels de TS (tentative de suicide) et plus des trois quarts ($\approx 76\%$) avaient au moins un antécédent personnel de soins psychiatriques.

Evaluation clinique aux urgences

Les résultats de l'évaluation clinique aux urgences sont présentés dans le tableau IV.

Tableau IV : **Evaluation clinique aux urgences**

Evaluation clinique	N (%)
<i>Tentative de suicide</i>	42 (52,5)
<i>Circonstances du geste suicidaire</i>	
Impulsivité	37 (88,1)
Préméditation	4 (9,52)
Autre	1 (2,38)
<i>TS sous l'emprise d'alcool/toxiques</i>	
Oui	16 (38,1)
Non	26 (61,9)
<i>Mode opératoire du geste suicidaire</i>	
IMV	31 (73,8)
Défenestration	0 (0)
Phlébotomie	7 (16,7)
Pendaison	1 (2,38)
Noyade	2 (4,76)
Arme à feu	0 (0)
Autre	1 (2,38)
<i>RUD</i>	
Faible	16 (20)
Faible-modéré	9 (11,25)
Modéré	19 (23,75)
Modéré-élevé	9 (11,25)
Elevé	13 (16,25)
Non évalué	14 (17,5)

Près de la moitié des patients inclus (42 patients dont 23 femmes et 19 hommes) avaient pour motif d'hospitalisation une tentative de suicide. Parmi ces patients, la majorité ($\approx 88\%$) avaient eu un geste impulsif et près d'un tiers ($\approx 38\%$) étaient sous l'emprise d'alcool ou de toxiques au moment du geste. Le mode opératoire était majoritairement l'IMV ($\approx 74\%$). Le RUD évalué aux urgences était relativement homogène entre les différents patients (cf tableau IV).

Diagnostics principaux et associés des patients selon la CIM-10

Les résultats des diagnostics principaux et des diagnostics associés des patients sont présentés dans le tableau V.

Tableau V : **Diagnosics principaux et associés des patients selon la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies)**

Diagnostic CIM-10	N (%)
<i>F00-F09 Troubles mentaux organiques</i>	0 (0)
<i>F10 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives : alcool</i>	2 (2,5)
<i>F40-48 Troubles anxieux (trouble anxieux phobique, autres troubles anxieux, trouble obsessionnel-compulsif, réaction à un facteur de stress sévère et trouble de l'adaptation, trouble dissociatif, trouble somatoforme, autres troubles névrotiques)</i>	19 (23,75)
Comorbidités :	
F10 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives : alcool	7 (36,84)
F11-16 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives : opiacés, dérivés du cannabis, sédatifs ou hypnotiques, cocaïne, autres stimulants, hallucinogènes	6 (31,58)
Pathologie(s) somatique(s) associée(s)	1 (5,26)
<i>F20-F29 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants</i>	1 (1,25)
Comorbidités :	
F10 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives : alcool	1 (100)
<i>F31 Trouble affectif bipolaire</i>	5 (6,25)
Comorbidités :	
F10 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives : alcool	1 (0,2)
F60-69 Trouble du comportement ou de la personnalité	2 (0,4)
<i>F32 Episode dépressif</i>	38 (47,5)
Comorbidités :	
F10 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives : alcool	5 (13,16)
F11-16 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives : opiacés, dérivés du cannabis, sédatifs ou hypnotiques, cocaïne, autres stimulants, hallucinogènes	6 (15,79)
F40-48 Troubles anxieux (trouble anxieux phobique, autres troubles anxieux, trouble obsessionnel-compulsif, réaction à un facteur de stress sévère et trouble de l'adaptation, trouble dissociatif, trouble somatoforme, autres troubles névrotiques)	15 (39,47)
F20-F29 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	
F31 Trouble affectif bipolaire	
F32 Episode dépressif	
F60-69 Trouble du comportement ou de la personnalité	6 (15,79)
Pathologie(s) somatique(s) associée(s)	5 (13,16)
<i>F60-69 Troubles du comportement ou de la personnalité</i>	15 (18,75)
Comorbidités :	
F10 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives : alcool	4 (26,67)
F11-16 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives : opiacés, dérivés du cannabis, sédatifs ou hypnotiques, cocaïne, autres stimulants, hallucinogènes	2 (13,33)
F40-48 Troubles anxieux (trouble anxieux phobique, autres troubles anxieux, trouble obsessionnel-compulsif, réaction à un facteur de stress sévère et trouble de l'adaptation, trouble dissociatif, trouble somatoforme, autres troubles névrotiques)	9 (60)

Parmi les patients recrutés, 19 (23,75%) souffraient de troubles anxieux (codes F40-48), 1 (1,25%) souffrait de troubles psychotiques (code F20-F29), 5 (6,25%) souffraient de troubles affectifs bipolaires (code F31), 38 (47,5%) souffraient d'un épisode dépressif (code F32) et 15 (18,75) souffraient d'un trouble du comportement ou de la personnalité (code F60-69). 52 patients (65%) présentaient une ou plusieurs comorbidités psychiatriques. On retrouvait un total de 70 diagnostics associés, dont notamment 32 fois un trouble addictif, 24 fois un trouble anxieux, 8 fois un trouble du comportement ou de la personnalité et 6 fois une pathologie somatique associée. Ces données sont reprises dans le tableau V.

Devenir du patient après sa prise en charge aux urgences

Les résultats du devenir des patients après leur prise en charge aux urgences sont présentés dans le tableau VI.

Tableau VI : Devenir du patient après sa prise en charge aux urgences

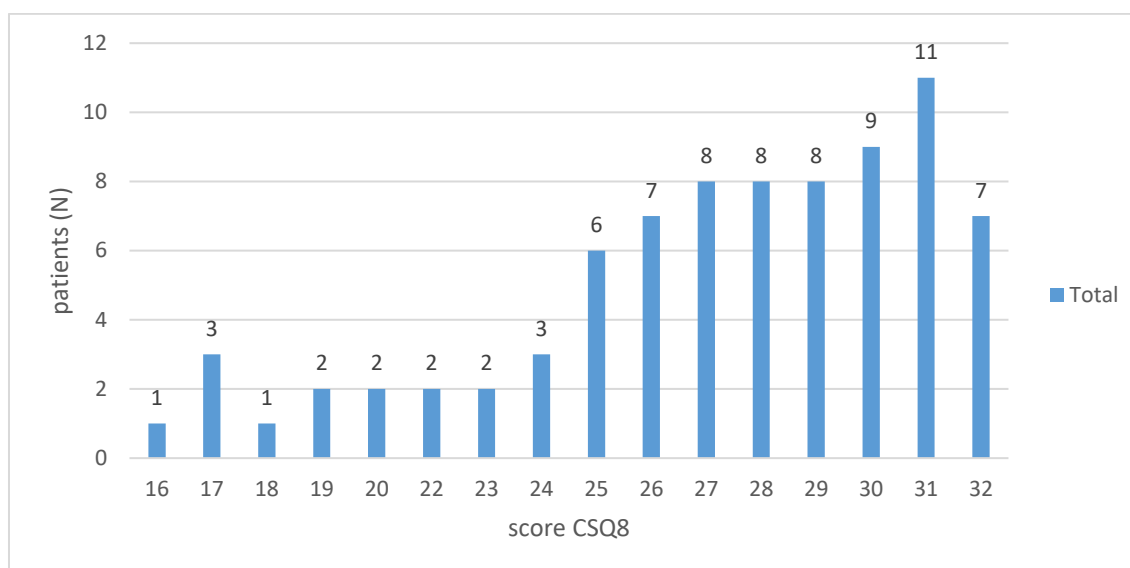
Devenir	N (%)
<i>Patients hospitalisés au CAC</i>	
Oui	50 (62,5)
Non	30 (37,5)
<i>Devenir après la prise en charge</i>	
Retour au domicile	53 (66,25)
Hospitalisation en soins libres	27 (33,75)
Hospitalisation sous contrainte	0 (0)

Près des deux tiers (62,5%) des patients de l'étude ont été hospitalisés au CAC pour une durée moyenne de 2,1 jours avec des durées allant de 1 à 5 jours. Plus des deux tiers (≈66%) sont rentrés au domicile après leur prise en charge aux urgences psychiatriques, les autres ont été hospitalisés en soins libres. Aucun des patients de l'étude n'a été hospitalisé sous contrainte.

b) Satisfaction des participants

Les résultats de la satisfaction des patients sont présentés dans le graphique 1.

Graphique 1 : **Satisfaction des participants**



La satisfaction globale a été évaluée en additionnant les huit items de la CSQ-8 (score total sur 32 points). Le score moyen était de 27,05 points, (écart type (ET) = 4,12 points) avec des scores extrêmes allant de 16 à 32 points. Près des trois quarts (72,5%) des patients avaient un score total supérieur ou égal à 27 points (cf. tableau VII).

Un tableau récapitulatif des scores recueillis pour chaque item est repris en annexe (Annexe 3 : Scores de satisfaction des usagers).

C. **Seconde étape : devenir des patients à 12 semaines de leur passage aux urgences**

Parcours de soins du patient après le passage aux urgences

Au total, 26 (32,5%) patients avaient reconsulté aux urgences psychiatriques ou avaient été hospitalisés à 12 semaines de leur passage aux urgences, 18 patients pour le même motif et 8 pour un autre motif psychiatrique.

Soins mis en place à 12 semaines du passage aux urgences psychiatriques

Les résultats des soins mis en place à 12 semaines du passage aux urgences psychiatriques sont présentés dans le tableau VII.

Tableau VII : Soins à 12 semaines du passage aux urgences psychiatriques

Soins à 12 semaines du passage aux urgences psychiatriques	N (%)
<i>Patients suivis par un spécialiste en santé mentale (psychologue libéral, psychiatre libéral, CMP de secteur, addictologie/CSAPA, autres) avant le passage aux urgences</i>	
Oui	55 (68,75)
Non	25 (31,25)
<i>Qualité du suivi</i>	
Suivi régulier	49 (89,09)
Suivi irrégulier	6 (10,90)
<i>Patients traités par psychotrope(s) (antidépresseur, thymorégulateur, neuroleptique, anxiolytique) avant le passage aux urgences</i>	
Oui	67 (83,75)
Non	13 (16,25)
<i>Qualité de l'observance médicamenteuse :</i>	
Bonne	51 (76,12)
Mauvaise	14 (20,89)
Inobservance totale	2 (2,98)

A 12 semaines de leur passage aux urgences psychiatriques, plus des deux tiers (68,75%) des patients avaient un suivi psychiatrique dont la majorité ($\approx 89\%$) étaient considérés comme réguliers. A noter que 21 (50%) des patients non suivis auparavant avaient instauré un suivi à 12 semaines et que 4 ($\approx 10,5\%$) des patients qui étaient suivis avant leur passage aux urgences avaient arrêté leur suivi.

A 12 semaines, il y avait $\approx 1,45$ fois plus de patients ayant un suivi psychiatrique qu'avant le passage aux urgences et le suivi était régulier pour $\approx 1,25$ fois plus de patients.

A 12 semaines, la majorité ($\approx 84\%$) des patients étaient traités par psychotropes, l'observance médicamenteuse était considérée comme bonne pour les trois quart ($\approx 76\%$) des patients et comme mauvaise ($\approx 21\%$) ou inobservance totale ($\approx 3\%$) pour le reste des patients traités. A noter que 17 ($\approx 63\%$) des patients non traités auparavant en avaient un à 12 semaines et que 3 ($\approx 5,7\%$) des patients qui étaient traités avant leur passage aux urgences avaient arrêté leur traitement.

A 12 semaines, il y avait $\approx 1,26$ fois plus de patients traités par psychotropes qu'avant le passage aux urgences et l'observance était bonne pour $\approx 1,49$ fois plus de patients.

Suicidalité à 12 semaines du passage aux urgences psychiatriques

La suicidalité à 12 semaines du passage aux urgences psychiatriques est présentée dans le tableau VIII.

Tableau VIII : **Suicidalité à 12 semaines du passage aux urgences psychiatriques**

Suicidalité	N (%)
<i>Echelle RSD</i>	
Ne pense pas plus à la mort qu'habituellement	57 (71,25)
Pense plus à la mort qu'habituellement	1 (1,25)
Pense souvent à la mort	3 (3,75)
A quelques idées de suicide	8 (10)
A assez souvent des idées de suicide	3 (3,75)
Pense très souvent au suicide et parfois ne voudrait plus exister	2 (2,5)
Désire mourir ou plutôt être mort	0 (0)
Désir de mort très fort, mais retenu par quelque chose (être cher...)	3 (3,75)
Veut mettre fin à ses jours	0 (0)
Sait comment il veut mettre fin à ses jours	1 (1,25)
A déjà préparé son suicide ou a commencé de passer à l'acte	2 (2,5)
<i>Comportement suicidaire^a depuis le passage aux urgences</i>	
Tentative(s) de suicide	10 (12,5)
Suicide réussi	0 (0)

a : le comportement suicidaire correspondait au passage à l'acte suicidaire chez le suicidaire ou à la récurrence suicidaire chez le suicidant.

A 12 semaines du passage aux urgences, plus des deux tiers ($\approx 71\%$) des patients n'avaient pas d'idées suicidaires, 16% avaient des idées suicidaires sans désir de mourir et presque 4% avaient un scénario construit ou avaient commencé à passer à l'acte. Ces données sont reprises dans le tableau IX.

A 12 semaines, 10 (12,5%) patients avaient eu un comportement suicidaire depuis leur passage aux urgences.

Reprise des activités professionnelles et de loisirs à 12 semaines

Les résultats de la reprise des activités professionnelles et de loisirs des patients sont présentés dans le tableau IX.

Tableau IX : Reprise des activités professionnelles et de loisirs à 12 semaines

Reprise des activités professionnelles et de loisirs à 12 semaines	N (%)
<i>Reprise d'une activité professionnelle ^a</i>	
Reprise d'une activité	16 (20)
Reprise d'une activité de manière adaptée	1 (1,25)
Pas de reprise d'activité	49 (61,25)
<i>Reprise des activités de loisir</i>	
Oui	55 (68,75)
Non	25 (31,25)

a : Concernant la reprise d'activité professionnelle : les patients ayant repris ou poursuivi leur activité professionnelle antérieure ou une activité professionnelle équivalente étaient considérés comme ayant repris une activité professionnelle, les patients ayant repris une activité professionnelle avec aménagement du temps de travail ou reclassement professionnel étaient considérés comme ayant repris une activité professionnelle de manière adaptée et les patients en arrêt de travail à 12 semaines, au chômage ou en invalidité étaient considérés comme n'ayant pas repris d'activité professionnelle. Les étudiants et retraités n'étaient pas concernés par cet item.

A 12 semaines, plus de la moitié ($\approx 61\%$) des patients n'avaient pas repris d'activité professionnelle et plus des deux tiers ($\approx 69\%$) avaient repris des activités de loisir.

D. Analyse des facteurs associés à la satisfaction des patients

a) Influence des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et du mode de prise en charge sur le niveau de satisfaction.

L'influence des caractéristiques sociodémographiques sur le niveau de satisfaction des patients est présentée dans le tableau X.

Tableau X : Relation entre variables sociodémographiques et satisfaction

Variables	Coefficients	p-value
Sexe		
Homme (Intercept)	26.3529	<2e-16
Femme	1.2123	0.195
Age		
(Intercept)	27.59497	<2e-16
Age	-0.01326	0.655
Statut marital		
Célibataire/veuf (Intercept)	26.0000	<2e-16
Marié/en couple	1.7073	0.163
Divorcé(e), séparé(e)	0.6087	0.650
Activité professionnelle		
Oui (Intercept)	26.9630	<2e-16
Non	0.1314	0.894

Pour toutes les variables sociodémographiques étudiées (le sexe, l'âge, le statut marital, l'activité professionnelle), le p-value était $> 0,05$, nous ne pouvions donc pas conclure à une association statistiquement significative entre ces différentes variables et la satisfaction.

L'influence des caractéristiques cliniques sur le niveau de satisfaction des patients est présentée dans le tableau XI.

Tableau XI : Relation entre variables cliniques et satisfaction

Variables	Coefficients	p-value
Dépression (Intercept)	27.68421	$<2e-16$
Trouble anxieux	-1.53421	0.180
Trouble de la personnalité	-1.75564	0.175
Bipolarité	-0.08421	0.966
Addiction	3.81579	0.204
Schizophrénie	-2.68421	0.520

Pour tous les diagnostics principaux étudiés (addictions, troubles anxieux, schizophrénie, bipolarité, dépression, troubles de la personnalité), les p-value étaient $> 0,05$, nous ne pouvions donc pas conclure à une association statistiquement significative entre le diagnostic principal et la satisfaction.

L'influence du mode de prise en charge sur le niveau de satisfaction des patients est présentée dans le tableau XII.

Tableau XII : Relation entre variables liées au mode de prise en charge et satisfaction

Variables	Coefficients	p-value
<i>Patients hospitalisés au CAC</i>		
Oui (Intercept)	26.9400	$<2e-16$
Non	0.2933	0.76
<i>Durée d'hospitalisation</i>		
(Intercept)	26.7761	$<2e-16$
Durée d'hospitalisation	0.2048	0.56

Le mode de prise en charge aux urgences (hospitalisation ou non au CAC) n'était pas associé statistiquement à la satisfaction (p-value $> 0,05$), quelle que soit la durée de prise en charge.

b) Influence du niveau de satisfaction sur la suicidalité à 12 semaines

L'influence du niveau de satisfaction sur le risque suicidaire à 12 semaines est présentée dans le tableau XIII.

Tableau XIII : **Relation entre risque suicidaire à 12 semaines et satisfaction**

Variable	RSD 12S	
	Coefficient	p-value
<i>CSQ-8 total</i>	0.875	0.0182

Le risque suicidaire évalué par l'échelle RSD à 12 semaines était statistiquement associé à la satisfaction ($p\text{-value} < 0,05$). En moyenne, quand la satisfaction augmentait d'une unité, la probabilité que le risque suicidaire passe dans la catégorie supérieure était multipliée par 0,875 (c'est-à-dire qu'elle était diminuée de 12,5%).

L'influence du niveau de satisfaction sur le comportement suicidaire à 12 semaines est présentée dans le tableau XIV.

Tableau XIV : **Relation entre comportement suicidaire à 12 semaines et satisfaction**

Variable	Comportement suicidaire ^a 12S	
	OR	p-value
<i>CSQ-8 total</i>	1.11	0.158

a : le comportement suicidaire correspondait au passage à l'acte suicidaire chez le suicidaire ou à la récurrence suicidaire chez le suicidant

En revanche, nous ne retrouvons pas d'association statistiquement significative entre la satisfaction et le comportement suicidaire à 12 semaines ($p\text{-value} > 0,05$).

c) Influence du niveau de satisfaction sur la qualité du suivi et l'observance médicamenteuse à 12 semaines

L'influence du niveau de satisfaction sur la qualité du suivi et sur l'observance médicamenteuse à 12 semaines est présentée dans la tableau XV.

Tableau XV : **Relation entre qualité du suivi et observance médicamenteuse à 12 semaines et satisfaction**

Variable	Qualité suivi 12S		Observance 12S	
	OR	p-value	OR	p-value
<i>CSQ-8 total</i>	1.09	0.143	1.10	0.154

Pour la qualité du suivi (suivi régulier ou irrégulier) et l'observance médicamenteuse (bonne, mauvaise, inobservance totale) à 12 semaines, les p-value étaient $> 0,05$, nous ne pouvions donc pas conclure à une association statistiquement significative entre ces variables et la satisfaction.

IV. Discussion

Notre étude portait sur la satisfaction des patients suicidants ou suicidaires pris en charge aux urgences psychiatriques, alors que très peu d'études se sont intéressées à ce sujet. Ce choix d'étude constitue son originalité mais également sa limite car nous ne pouvons comparer les résultats obtenus qu'aux données de la littérature qui s'avèrent peu nombreuses sur le lien entre la satisfaction des usagers du système de soin et le risque suicidaire.

1. Les principaux résultats de l'étude

A. Taux de réponse

Avec un taux de réponse téléphonique total de 67,2%, notre taux de réponse peut être considéré comme satisfaisant car il se situe dans la norme des taux de réponses moyens des enquêtes de satisfaction allant de 60 à 80% (53). Le fait de devoir contacter chaque patient à deux temps différents a eu pour impact de diminuer ce taux de réponse puisque, pris isolément, nos taux de réponse étaient bien meilleurs, allant respectivement de 76,5% de réponses téléphoniques au premier appel à 87,9% au second appel.

B. Score de satisfaction

Avec un score moyen de 27,05/32 points, la satisfaction observée est plutôt très satisfaisante et similaire voir supérieure aux taux habituellement observés chez les patients pris en charge en psychiatrie (67) .

Certaines études (94) utilisent des seuils pour catégoriser les données de la CSQ-8 et retrouvaient pour des patients hospitalisés en soins libres en psychiatrie 1% de patients faiblement satisfaits (score 8-13), 11% de patients moyennement satisfaits (score 14-19), 26% de patients satisfaits (score 20-25) et 62% de patients très satisfaits (score 26-32). Ces taux apparaissent inférieurs à ceux retrouvés dans notre étude. En utilisant la même catégorisation nous retrouvons : 0% de patients faiblement satisfaits (score 8-13), 8,75% de patients moyennement satisfaits (score 14-19), 18,75% de patients satisfaits (score 20-25) et 72,5% de patients très satisfaits (score 26-32).

De plus, il est encourageant de constater que 82,5% des patients seraient prêts à refaire appel au service des urgences du CHRU de Tours s'ils devaient demander de l'aide à nouveau (question 8 de la CSQ-8). Ceci témoigne de la confiance qu'ils accordent aux soins dispensés.

Compte-tenu du nombre important de patients pris en charge suite à une tentative de suicide (52,5%), et donc n'ayant pas toujours fait le choix de venir aux urgences, il est également très

encourageant d'obtenir des taux de satisfaction aussi hauts. En effet, ces taux témoignent certainement, non seulement d'une prise de conscience des patients de leur pathologie, mais aussi de l'amélioration clinique ressentie puisque 81,25% des patients interrogés affirmaient que les soins qu'ils avaient reçus les avaient aidés à faire face de façon plus efficace à leurs problèmes (question 6 du CSQ-8). Et même 91,25% des patients recommanderaient le service à un ami qui aurait besoin du même genre d'aide (question 4 du CSQ-8).

C. Lien entre caractéristiques sociodémographiques, cliniques et satisfaction.

Dans notre étude, le niveau de satisfaction n'était pas associé aux différentes variables sociodémographiques. Ces résultats sont concordants avec ceux de la littérature qui retrouvent un faible poids des variables sociodémographiques sur la satisfaction (54) (70) (71).

Le niveau de satisfaction n'était pas non plus associé au diagnostic clinique. Ces résultats ne sont pas concordants avec ceux de la littérature qui retrouvent notamment que la satisfaction est corrélée positivement au diagnostic de dépression par rapport à celui de psychose et que les patients atteints d'une maladie chronique seraient plus satisfaits que ceux atteints d'une pathologie d'évolution récente (54). Cette différence pourrait être expliquée par le biais de sélection retrouvé dans notre étude, en effet un (1,25%) seul patient souffrant de trouble psychotique a été recruté contre 38 (47,5%) présentant un épisode dépressif.

D. Lien entre satisfaction et suicidalité

Dans notre étude, le risque suicidaire à 12 semaines était statistiquement associé à la satisfaction. Ces résultats sont concordants avec ceux de la littérature qui retrouvaient un lien entre risque suicidaire élevé et insatisfaction envers les soins (75) ou entre présence d'idées suicidaires et faible niveau de satisfaction (76).

Nous n'avons en revanche pas retrouvé de lien entre la satisfaction et le comportement suicidaire à 12 semaines, ce qui n'est pas concordant avec la littérature (76). Le faible taux de comportement suicidaire à 12 semaines (10 sujets (12,5%) retrouvés dans notre étude) aura certainement été un frein à l'analyse de cette donnée.

Il est important de noter que très peu d'études se sont intéressées au lien qu'il peut exister entre risque suicidaire et satisfaction des soins, ce qui ne nous permettait pas une comparaison optimale de nos résultats avec la littérature.

E. Lien entre satisfaction, qualité du suivi et observance médicamenteuse

Dans notre étude, le niveau de satisfaction n'était pas associé ni à la qualité du suivi, ni à l'observance médicamenteuse à 12 semaines. Ces résultats ne sont pas concordants avec ceux de la littérature qui retrouvent notamment que la satisfaction du patient serait positivement corrélée à l'alliance thérapeutique (79) et qu'elle aurait une influence sur le comportement des patients, sur l'observance du traitement et sur les résultats thérapeutiques (78). A noter que dans la littérature, ce type d'études s'intéresse à la satisfaction de l'usager dans le cadre d'une prise en charge prolongée (suivi ambulatoire ou hospitalisation), ce qui n'est pas le cas de notre étude. Il apparaît donc difficile de comparer nos résultats avec ceux de la littérature.

De plus, les taux très élevés de satisfaction recueillis et la faible dispersion des résultats a certainement été un frein dans notre étude pour pouvoir juger de son influence sur les différentes variables étudiées.

2. Limites de l'étude

La première limite est en lien direct avec les modalités d'évaluation que nous avons réalisées. En effet, l'étude de la satisfaction s'associe systématiquement à un ensemble de biais qui limitent l'interprétation et la généralisation des résultats obtenus.

Parmi ces biais, nous pouvons citer :

- Le biais de désirabilité sociale qui correspond à un comportement suivant lequel le patient veut se montrer sous une facette positive lorsqu'il est interrogé. Pour limiter ce biais, nous avons systématiquement rappelé aux patients au début de chaque appel que nous ne travaillions pas aux urgences psychiatriques et que de ce fait, nous étions totalement neutres et prêtes à accueillir toute critique s'il y en avait. Nous leur avons aussi rappelé que les résultats de l'enquête étaient anonymisés.
- Les perdus de vue qui correspondent aux patients ayant acceptés de participer à l'étude mais n'ayant pas répondu aux appels. Pour limiter ce biais, nous avons mis en place un protocole de rappel, comportant plusieurs appels à date et horaires différents afin de maximiser le taux de réponse.
- Le biais de recrutement/sélection lié à la distribution des formulaires de consentement par le personnel des urgences. Pour diminuer ce biais, nous rappelions fréquemment à l'équipe soignante la nécessité de distribuer le formulaire à tous les patients correspondant aux critères d'inclusion.

Une autre limite à prendre en compte est le biais de confusion. Nous en avons identifié plusieurs potentiels dans notre étude, notamment le fait d'être hospitalisé immédiatement après le passage aux urgences, le fait d'avoir un suivi psychiatrique et le fait d'avoir un traitement psychotrope à 12 semaines. En effet, on pourrait supposer que ces trois variables seraient susceptibles de diminuer le risque suicidaire à 12 semaines.

Or dans notre étude, pour ces trois variables en analyse univarié, toutes les p-value étaient $> 0,05$, on ne pouvait donc pas conclure à une association statistiquement significative entre ces variables et la satisfaction. En analyse multivariée, seules les variables satisfaction et existence d'un traitement psychotrope à 12 semaines étaient retenues (p-value $< 0,2$). Pour chacune de ces variables, la p-value était $< 0,05$. On pouvait donc conclure, lorsque l'on prenait en compte ces deux variables à une association statistiquement significative entre chacune d'elle et le risque suicidaire à 12 semaines, l'autre variable étant constante par ailleurs.

On peut donc affirmer que dans notre étude, l'association retrouvée entre la satisfaction et le risque suicidaire à 12 semaines n'était pas biaisée par une de ces variables.

A noter également certaines situations particulières, notamment pour les patients hospitalisés aux urgences médicales ou en Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée (UHTCD) pour des raisons somatiques suite à leur passage à l'acte. En effet, ces patients avaient tendance à évaluer la qualité des soins qu'ils avaient reçus dans ces services, et non par l'équipe de psychiatrie qui s'était déplacée les voir (activité de liaison). Pour diminuer ce biais, nous avons dû fréquemment leur rappeler que nous ciblions uniquement leur niveau de satisfaction quant à leur prise en charge psychiatrique.

3. Intérêt clinique de l'étude et perspectives

Cette étude a permis de démontrer que les usagers de soins en santé mentale sont parfaitement à même de participer aux enquêtes de satisfaction. Ils sont tout à fait aptes à répondre de manière précise et discriminante aux différentes questions.

L'amélioration de la satisfaction des usagers pris en charge aux urgences psychiatriques pourrait avoir un impact clinique significatif, notamment concernant le risque suicidaire à distance. Au vu de ces résultats, il paraît primordial que la prise en charge aux urgences soit optimale et que le patient soit satisfait des soins.

Néanmoins, tenir compte de la satisfaction des patients n'est pas une démarche habituelle chez les soignants, bien que toute activité soignante vise au bien-être du patient et donc en quelques sortes à sa satisfaction. Le fait d'accepter de prendre en compte cette satisfaction fait courir le risque aux professionnels d'être jugés et que leurs décisions soit remises en cause.

Généraliser ce type d'enquête à tous les services de psychiatrie et écouter le point de vue du patient sur les pratiques soignantes pourraient être d'une grande richesse. Cela permettrait de développer une relation de partenariat avec le patient et de faire des choix qui tiendraient autant compte des décisions médicales que des attentes du patient.

A terme, l'évaluation de la satisfaction n'a d'intérêt que si elle aboutit à une modification des pratiques professionnelles.

V. Conclusion

Notre travail de thèse nous permet donc de retenir que le niveau de satisfaction des patients suicidaires et suicidants vis-à-vis des soins reçus aux urgences psychiatriques est corrélé de façon statistiquement significative au risque suicidaire à distance ; ce qui est extrêmement intéressant puisque cela voudrait dire que la façon dont le patient vit subjectivement les soins reçus permet de réduire le risque suicidaire à long terme si celui-ci est satisfait de sa prise en charge. Même si les résultats ne montraient pas de corrélation statistiquement significative entre le niveau de satisfaction et la qualité du suivi, ni entre le niveau de satisfaction et l'observance médicamenteuse, il apparaît primordial de porter une attention particulière à la pratique que nous avons au quotidien, afin de plus prendre en compte l'avis du patient et le vécu qu'il a des soins reçus. Cela passe par une pratique plus déontologique, avec une empathie profonde, une écoute et une bienveillance inébranlables, une relation de confiance soignant-soigné, un échange de qualité ainsi qu'une décision commune (dans la mesure du possible) afin d'élaborer un plan de soins adapté, qui convienne au professionnel de santé comme au patient. Le suicide s'avère être une problématique de santé publique majeure qui représente une cause importante de décès prématurés et qui constitue une mortalité évitable, contre laquelle la prévention doit être consolidée. Il nous paraît donc indispensable de se montrer proactifs dans la prise en charge, attentifs au vécu subjectif de chaque patient, afin d'avoir un impact clinique à long terme, dans l'intérêt du patient. Il nous semble donc important de généraliser les enquêtes de satisfaction à tous les services de psychiatrie dans le but d'améliorer la relation patient-soignant et la qualité des soins en général. Par ailleurs, compte tenu des limites de notre étude, il serait particulièrement intéressant que ce travail puisse servir de base à des travaux ultérieurs en considérant une population plus importante. Cela permettrait d'une part de confirmer ou d'infirmer les résultats que nous avons obtenus et d'autre part de mettre en évidence une éventuelle corrélation entre le niveau de satisfaction du patient et son adhésion aux soins. Nous pourrions ainsi avoir une meilleure compréhension des éléments qui participent au succès de la prise en charge psychiatrique et donc conduire à une amélioration de la qualité des soins et des pratiques professionnelles.

Bibliographie

1. World Health Organization. Prévention du suicide: l'Etat d'urgence mondial. World Health Organization; 2014.
2. Demirçin S, Akkoyun M, Yilmaz R, Gökdoğan MR. Suicide of elderly persons: towards a framework for prevention. *Geriatr Gerontol Int.* janv 2011;11(1):107-13.
3. Observatoire national du suicide (France). Suicide: état des lieux des connaissances et perspective de recherche. Paris, France: Observatoire national du suicide (ONS); Nov 2014.
4. Interroger les données de mortalité | CépiDc [Internet]. Disponible sur: <https://cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/interroger-les-donnees-de-mortalite>
5. 10 000 affections psychiques reconnues en accident du travail [Internet]. Janvier 2018. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/actualite/10-000-affections-psychiques-reconnues-en-accident-du-travail>
6. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Keyes KM, Oquendo MA, Hasin DS, Grant BF, et al. Suicidal ideation and suicide attempts in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. *Mol Psychiatry.* mars 2010;15(3):250-9.
7. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet Lond Engl.* 18 avr 2009;373(9672):1372-81.
8. Khireddine-Medouni I, Breuillard É, Bossard C. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Situation 2010-2011 et évolution 2007-2011. Saint-Maurice: Santé publique France ; 2016. 29 p.
9. Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry.* déc 2004;161(12):2295-302.
10. Jonas C. Suicide prevention: screening in the emergency department. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. mai 2006;35(5 Pt 1):743-4.
11. Martelli C, Awad H, Hardy P. In-patients suicide: epidemiology and prevention. *L'Encephale.* juin 2010;36 Suppl 2:D83-91.
12. Shea SC. The Practical Art of Suicide Assessment: A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors. New York: Mental Health Presses; 2011. 336 p.
13. Lafleur, C. et Séguin, M. Intervenir en situation de crise suicidaire, Presses de l'UniversitéLaval; 2008.122 p
14. Vandevoorde J. L'évaluation du potentiel suicidaire. *J Psychol.* 5 juin 2014;n° 318(5):60-3.
15. Posner K, Brent D, Lucas C, Gould M, Stanley B, Brown G, Fisher P, Zelazny J, Burke A, Oquendo M, Mann J (2008) Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc., Columbia
16. Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment.* déc 2001;8(4):443-54.

17. Ducher J-L. Echelle d'évaluation du risque suicidaire RSD.2014.
18. Ducher JL, Terra JL. L'échelle d'évaluation du risque suicidaire RSD possède-t-elle une valeur prédictive ? : Is the suicidal risk assessment scale RSD of predictive value ? L'Encéphale. 1 oct 2006;32(5, Part 1):738-45.
19. Freud S. Le Début du traitement » (1913) in *La technique psychanalytique*, Presses universitaires de France, 2007, coll. « Quadrige Grands textes »
20. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*. mars 2011;48(1):9-16.
21. Jobes DA, Ballard E. The therapist and the suicidal patient. In: Building a therapeutic alliance with the suicidal patient. Washington, DC, US: American Psychological Association; 2011. p. 51-61.
22. Rogers CR. L'approche centrée sur la personne. Genève; Le Touvet: Ambre Editions; 2013. 544 p.
23. Behra F, Bühler C, Daval A, Mic C, Richelet S. L'éducation thérapeutique du patient en psychiatrie : l'expérience de la région franc-comtoise. *Médecine Mal Métaboliques*. 1 déc 2018;12(8):694-8.
24. Margot Phaneuf, PhD. L alliance thérapeutique comme instrument de soins.Mars 2016.
25. Howgego IM, Yellowlees P, Owen C, Meldrum L, Dark F. The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Aust N Z J Psychiatry*. avr 2003;37(2):169-83.
26. Del Re AC, Flückiger C, Horvath AO, Symonds D, Wampold BE. Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: a restricted-maximum likelihood meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. nov 2012;32(7):642-9.
27. Despland J-N. L'alliance thérapeutique: un concept empirique. *Médecine Hygiène J Suisse Inf Médicales Paraméd Réservé À Corp Médicale*. 2000;
28. Price PE. Education, psychology and « compliance ». *Diabetes Metab Res Rev*. juin 2008;24 Suppl 1:S101-105.
29. Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL. Compliance in health care. Baltimore Johns Hopkins University Press; 1979, 516p
30. Tourette-Turgis C, Rébillon M. Mettre en place une consultation d'observance aux traitements contre le VIH/sida. De la théorie à la pratique, avec CD-ROM. Paris: Comment dire; 2002.
31. Sabaté E, World Health Organization, éditeurs. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. 198 p.
32. Lamouroux A, Magnan A, Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Rev Mal Respir - REV MAL RESPIR*. 1 févr 2005;22:31-4.
33. Deccache A. La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques : approche éducative globale. 323 p. Thèse : Doctorat en santé publique : UCL - Université Catholique de Louvain; 1994.

34. Michela Canevascini. *Le suicide comme langage de l'oppression. Ethnographie d'un service d'urgences psychiatriques*. 464 p. Thèse: Doctorat en Sciences Sociales: Université de Lausanne, Faculté des Sciences Sociales et politiques, 2012.
35. Quilty LC, Taylor GJ, McBride C, Bagby RM. Relationships among alexithymia, therapeutic alliance, and psychotherapy outcome in major depressive disorder. *Psychiatry Res*. 2017;254:75-9.
36. Farrelly S, Brown G, Rose D, Doherty E, Henderson RC, Birchwood M, et al. What service users with psychotic disorders want in a mental health crisis or relapse: thematic analysis of joint crisis plans. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(10):1609-17.
37. Reyre A, Jeannin R, Lagueche M, Moro MR, Baubet T, Taieb O. Overcoming professionals' challenging experiences to promote a trustful therapeutic alliance in addiction treatment: A qualitative study. *Drug Alcohol Depend*. 01 2017;174:30-8.
38. Cungi C, Cottraux J. *L'alliance thérapeutique*. Retz; 2006. 286 p.
39. Baldwin SA, Wampold BE, Imel ZE. Untangling the alliance-outcome correlation: exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *J Consult Clin Psychol*. déc 2007;75(6):842-52.
40. Dinger U, Strack M, Leichsenring F, Wilmers F, Schauenburg H. Therapist effects on outcome and alliance in inpatient psychotherapy. *J Clin Psychol*. mars 2008;64(3):344-54.
41. Marcus DK, Kashy DA, Wintersteen MB, Diamond GS. The therapeutic alliance in adolescent substance abuse treatment: a one-with-many analysis. *J Couns Psychol*. juill 2011;58(3):449-55.
42. Saketopoulou A. The therapeutic alliance in psychodynamic psychotherapy: Theoretical conceptualizations and research findings. *Psychother Theory Res Pract Train*. 1999;36(4):329-42.
43. Safran JD, Muran JC, Samstag LW. Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In: *The working alliance: Theory, research, and practice*. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1994. p. 225-55. (Wiley series on personality processes).
44. Luborsky L. Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. In: *The working alliance: Theory, research, and practice*. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1994. p. 38-50. (Wiley series on personality processes).
45. Séguin, M. Comment désamorcer une crise suicidaire avant la phase aiguë ou le passage à l'acte ? In *La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge*. Conférence de Consensus de la Fédération Française de Psychiatrie. Paris : John Libbey Eurotext. 2001.
46. Lessard D. *Projet pilote: Exploration des relations entre la satisfaction, l'alliance thérapeutique, et les résultats dans un processus thérapeutique multimodal avec des patients présentant une organisation limite de la personnalité*. 95 p. Thèse: Doctorat en psychologie: Université du Québec à Montréal, 2015.
47. Rhodes RH, Hill CE, Thompson BJ, Elliott R. Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *J Couns Psychol*. 1994;41(4):473-83.

48. Rüsch N, Schiel S, Corrigan PW, Leihener F, Jacob GA, Olschewski M, et al. Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. déc 2008;39(4):497-503.
49. Barber JP, Khalsa S-R, Sharpless BA. The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. In: *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. New York, NY, US: The Guilford Press; 2010. p. 29-43.
50. Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P, Gladis L, Siqueland L. Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Personal Disord Theory Res Treat*. 2009;S(1):80-9.
51. Larousse É. Définitions : satisfaction - Dictionnaire de français Larousse [Internet].. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/satisfaction/71085>
52. Lebow JL. Research assessing consumer satisfaction with mental health treatment: a review of findings. *Eval Program Plann*. 1983;6(3-4):211-36.
53. Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé (Rapport Igas de Alain Lopez et Pierre-Louis Rémy daté de mars 2007) [Internet]. Disponible sur: <https://www.adiph.org/ressources/textes-officiels/qualite-gestion-des-risques/mesure-de-la-satisfaction-des-usagers-des-etablissements-de-sante-rapport-igas-de-alain-lopez-et-pierre-louis-remy-date-de-mars-2007>
54. Ampélas J-F. Les enquêtes de satisfaction des patients et de leurs proches vis-à-vis des soins psychiatriques : revue de la littérature. *Inf Psychiatr*. 1 févr 2004;80(2):141-6.
55. Haute Autorité de Santé - L'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de la certification (ex-accréditation) des établissements de santé - juin 2005 [Internet] Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436571/fr/l-evaluation-des-pratiques-professionnelles-dans-le-cadre-de-la-certification-ex-accréditation-des-etablissements-de-sante-juin-2005
56. Code de la santé publique - Article L710-1-1. Code de la santé publique.
57. Décret n°74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux.
58. Décret no 97-1165 du 16 décembre 1997 relatif aux conditions de réalisation de l'évaluation prévue à l'article L. 712-12-1 du code de la santé publique et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 97-1165 déc 16, 1997.
59. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
60. Haute Autorité de Santé - Satisfaction des patients hospitalisés : donnez votre avis en quelques clics ! [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2624388/fr/satisfaction-des-patients-hospitalises-donnez-votre-avis-en-quelques-clics
61. Une charte de l'utilisateur en santé mentale [Internet]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/boutique/acheter-article/une-charte-de-l-usager-en-sante-mentale.html>

62. Carré S. Etude de la satisfaction du patient et de son entourage en établissements de santé; Colloque «Les usagers d’hier à aujourd’hui» Arras, 9 juin 2017.
63. Kapp C, Perlini T, Baggio S, Stéphan P, Rojas-Urrego A, Rengade C-E, et al. Qualités psychométriques du Consumer satisfaction questionnaire (CSQ-8) et du Helping alliance questionnaire (HAQ). *Sante Publique (Bucur)*. 24 juill 2014;Vol. 26(3):337-44.
64. Perreault M, Tempier R, Tardif H, Bernier J, Pawliuk N, Garceau L, et al. [Consumers’ perspective of mental health service in front line, second and third stages clinics.]. *Sante Ment Que*. 1999;24(2):52-73.
65. Corbière M, Lesage A, Lauzon S, Ricard N, Reinhartz D. [French validation of the Verona Service Satisfaction Scale-VSSS-54F]. *L’Encephale*. avr 2003;29(2):110-8.
66. Alexius B, Berg K, Aberg-Wistedt A. Patient satisfaction with the information provided at a psychiatric emergency unit. *Patient Educ Couns*. avr 2000;40(1):51-7.
67. Ampélas J-F, Robin M, Caria A, Basbous F, Rakowski F, Mallat V, et al. Évaluation de la satisfaction des patients et de leurs proches vis-à-vis d’une prise en charge de crise ambulatoire par un service mobile d’urgence et de post-urgence psychiatrique. *L’Encéphale*. 1 avr 2005;31(2):127-41.
68. Perreault M, Paquin G, Kennedy S, Desmarais J, Tardif H. Patients’ perspective on their relatives’ involvement in treatment during a short-term psychiatric hospitalization. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 avr 1999;34(3):157-65.
69. Perreault M, Katerelos TE, Tardif H, Pawliuk N. Patients’ perspectives on information received in outpatient psychiatry. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. févr 2006;13(1):110-6.
70. Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 1982. 1990;30(7):811-8.
71. Linn MW, Linn BS, Stein SR. Satisfaction with ambulatory care and compliance in older patients. *Med Care*. juin 1982;20(6):606-14.
72. Barker DA, Shergill SS, Higginson I, Orrell MW. Patients’ views towards care received from psychiatrists. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. mai 1996;168(5):641-6.
73. Berghofer G, Lang A, Henkel H, Schmidl F, Rudas S, Schmitz M. Satisfaction of inpatients and outpatients with staff, environment, and other patients. *Psychiatr Serv Wash DC*. janv 2001;52(1):104-6.
74. Rubin HR. Can patients evaluate the quality of hospital care? *Med Care Rev*. 1990;47(3):267-326.
75. Richman J, Charles E. Patient dissatisfaction and attempted suicide. *Community Ment Health J*. 1976;12(3):301-5.
76. Aoun S, Johnson L. A consumer’s perspective of a suicide intervention programme. *Aust N Z J Ment Health Nurs*. juin 2001;10(2):97-104.
77. Gruat G, Cottencin O, Ducrocq F, Duhem S, Vaiva G. Vécu subjectif du recontact téléphonique après tentative de suicide. *L’Encéphale*. 1 juin 2010;36.

78. Westbrook JI. Patient satisfaction: methodological issues and research findings. *Aust Health Rev Publ Aust Hosp Assoc.* 1993;16(1):75-88.
79. Hersoug AG, Høglend P, Havik OE, Monsen JT. Development of working alliance over the course of psychotherapy. *Psychol Psychother.* juin 2010;83(Pt 2):145-59.
80. Joyce AS, Piper WE, Ogrodniczuk JS. Therapeutic alliance and cohesion variables as predictors of outcome in short-term group psychotherapy. *Int J Group Psychother.* juill 2007;57(3):269-96.
81. Sabourin S, Gendreau P, Frenette L. Le niveau de satisfaction des cas d'abandon dans un service universitaire de psychologie. [The satisfaction level of drop-out cases in a university psychology service.]. *Can J Behav Sci Rev Can Sci Comport.* 1987;19(3):314-23.
82. Shikiar R, Rentz AM. Satisfaction with medication: an overview of conceptual, methodologic, and regulatory issues. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res.* avr 2004;7(2):204-15.
83. Hirsh AT, Atchison JW, Berger JJ, Waxenberg LB, Lafayette-Lucey A, Bulcourn BB, et al. Patient satisfaction with treatment for chronic pain: predictors and relationship to compliance. *Clin J Pain.* août 2005;21(4):302-10.
84. Pollack MF, Purayidathil FW, Bolge SC, Williams SA. Patient-reported tolerability issues with oral antidiabetic agents: Associations with adherence; treatment satisfaction and health-related quality of life. *Diabetes Res Clin Pract.* févr 2010;87(2):204-10.
85. Bates JA, Whitehead R, Bolge SC, Kim E. Correlates of medication adherence among patients with bipolar disorder: results of the bipolar evaluation of satisfaction and tolerability (BEST) study: a nationwide cross-sectional survey. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2010;12(5).
86. Gopinath B, Radhakrishnan K, Sarma PS, Jayachandran D, Alexander A. A questionnaire survey about doctor-patient communication, compliance and locus of control among south Indian people with epilepsy. *Epilepsy Res.* mars 2000;39(1):73-82.
87. Weiss KA, Smith TE, Hull JW, Piper AC, Huppert JD. Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophr Bull.* 2002;28(2):341-9.
88. Jin J, Sklar GE, Min Sen Oh V, Chuen Li S. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Ther Clin Risk Manag.* févr 2008;4(1):269-86.
89. Fuertes JN, Mislouack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, et al. The physician-patient working alliance. *Patient Educ Couns.* avr 2007;66(1):29-36.
90. Polowczyk D, Brutus M, Orvieto AA, Vidal J, Cipriani D. Comparison of patient and staff surveys of consumer satisfaction. *Hosp Community Psychiatry.* 1993;44(6):589-91.
91. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse - Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. 13 mai 2019;
92. Stallard P. Parental satisfaction with intervention: differences between respondents and non-respondents to a postal questionnaire. *Br J Clin Psychol.* sept 1995;34 (Pt 3):397-405.

93. Définition - Unité urbaine / Agglomération / Agglomération multicommunale / Agglomération urbaine / Agglomération / Agglomération multicommunale / Agglomération urbaine | Insee [Internet]. Disponible sur:<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>
94. Smith D, Roche E, O'Loughlin K, Brennan D, Madigan K, Lyne J, et al. Satisfaction with services following voluntary and involuntary admission. J Ment Health Abingdon Engl. févr 2014;23(1):38-45.

Annexes

Annexe n°1 : Echelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher	72
Annexe 2 : Client Satisfaction Questionnaire	73
Annexe 3 : Score de satisfaction des usagers	75

Annexe n°1 : Echelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher

ECHELLE D'EVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE DE DUCHER (R.S.D.) <i>COTER L'ITEM LE PLUS FORT</i>			
0	PAS D'IDEES DE MORT		Ne pense pas plus à la mort qu'habituellement
1			Pense plus à la mort qu'habituellement
2	IDEES DE MORT		Pense souvent à la mort
3			A quelques idées de suicide
4	IDEES DE SUICIDE		A assez souvent des idées de suicide
5			Pense très souvent au suicide et parfois ne voudrait plus exister
6	DESIR PASSIF DE MOURIR		Désire mourir ou plutôt être mort
7	a : lien fort b : lien faible		Désir de mort très fort, mais retenu par quelque chose (être cher...)
8	VOLONTE ACTIVE DE MOURIR		Veut mettre fin à ses jours
9	a : projet défini à long terme b : projet défini à court terme		Sait comment il veut mettre fin à ses jours
10	DEBUT DE PASSAGE A L'ACTE		A déjà préparé son suicide ou a commencé de passer à l'acte

Annexe 2 : Client Satisfaction Questionnaire

Questionnaire de satisfaction du client

CSQ-8, de C. Attkisson, 1979; Traduction: O.Charnbon, 1992.

Ayez la gentillesse de nous aider à améliorer notre programme, s'il vous plaît, en répondant aux 8 questions suivantes. Nous sommes intéressés à connaître votre opinion sincère, qu'elle soit positive ou négative. S'il vous plaît, répondez à toutes les questions. Nous accueillerons aussi avec joie vos commentaires et suggestions. Merci beaucoup, nous apprécions réellement votre aide.

Encerclez votre réponse:

1. Comment évaluez-vous la qualité du soin que vous avez reçu?

4
excellente

3
bonne

2
moyenne

1
médiocre

2. Avez-vous obtenu le type de prestations que vous vouliez?

1
non, absolument pas

2
non, pas vraiment

3
oui, globalement

4
oui, tout à fait

3. A quel point notre programme a-t-il satisfait vos besoins?

4
A peu près tous mes
besoins ont été satisfaits

3
La plupart de mes besoins
ont été satisfaits

2
Seuls quelques uns de
mes besoins ont été satisfaits

1
Aucun de mes besoins
n'a été satisfait

4. Si un de vos amis avait besoin d'une aide similaire, lui recommanderiez-vous notre programme?

1
non, absolument pas

2
non, je ne pense pas

3
oui, pense

4
oui, absolument

5. A quel point êtes-vous satisfait de l'ensemble de l'aide que vous avez reçue?

1
assez insatisfait

2
indifférent ou
légèrement insatisfait

3
globalement satisfait

4
très satisfait

6. Les soins que vous avez reçus vous ont-ils aidé à faire face de façon plus efficace à vos problèmes?

4
oui, ils m'ont beaucoup
aidé

3
oui, ils m'ont un peu aidé

2
non, ils ne m'ont pas
aidé

1
non, ils semblent avoir
aggravé les choses

7. D'une manière globale et générale, à quel point êtes-vous satisfait des soins que vous avez reçus?

4
très satisfait

3
globalement satisfait

2
indifférent ou légèrement
insatisfait

2
assez insatisfait

8. Si vous aviez à nouveau besoin d'aide, retourneriez-vous à notre programme?

1	2	3	4
non, absolument pas	non, je ne pense pas	oui, pense	oui, absolument

Commentaires :

—

—

—

—

—

Suggestions :

—

—

—

—

—

—

—

Annexe 3 : Score de satisfaction des usagers

Satisfaction (questionnaire CSQ8)	N (%)
<i>Question 1 : Comment évaluez-vous la qualité du soin que vous avez reçu ?</i>	
Médiocre	1 (1,25)
Moyenne	6 (7,5)
Bonne	40 (50)
Excellente	33 (41,25)
<i>Question 2 : Avez-vous obtenu le type de prestations que vous vouliez ?</i>	
Non, absolument pas	2 (2,5)
Non, pas vraiment	8 (10)
Oui, globalement	31 (38,75)
Oui, tout à fait	39 (48,75)
<i>Question 3 : Jusqu'à quel point les services reçus ont-ils répondu à vos besoins ?</i>	
Aucun de mes besoins n'ont été satisfaits	1 (1,25)
Seulement quelques-uns de mes besoins ont été satisfaits	9 (11,25)
La plupart de mes besoins ont été satisfaits	26 (32,5)
Presque tous mes besoins ont été satisfaits	44 (55)
<i>Question 4 : Si un de vos amis avait besoin du même genre d'aide, lui recommanderiez-vous nos services ?</i>	
Non, certainement pas	3 (3,75)
Non, je ne crois pas	4 (5)
Oui, je crois	20 (25)
Oui, certainement	53 (66,25)
<i>Question 5 : Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à la quantité d'aide reçue ?</i>	
Très insatisfait	0 (0)
Plutôt insatisfait	6 (7,5)
Plutôt satisfait	35 (43,75)
Très satisfait	39 (48,75)
<i>Question 6 : Les soins que vous avez reçus vous ont-ils aidé à faire face de façon plus efficace à vos problèmes ?</i>	
Non, ils semblent avoir aggravé les choses	2 (2,5)
Non, ils ne m'ont pas aidé	13 (16,25)
Oui, ils m'ont un peu aidé	32 (40)
Oui, ils m'ont beaucoup aidé	33 (41,25)
<i>Question 7 : De façon générale et globale, quel est votre niveau de satisfaction par rapport aux services reçus ?</i>	
Très insatisfait	0 (0)
Plutôt insatisfait	3 (3,75)
Plutôt satisfait	40 (50)
Très satisfait	37 (46,25)
<i>Question 8 : Si vous deviez demander de l'aide à nouveau, referiez-vous appel à nos services ?</i>	
Non, certainement pas	2 (2,5)
Non, je ne crois pas	12 (15)
Oui, je crois	17 (21,25)
Oui, certainement	49 (61,25)

LEROUX Lucie et VOUKASSOVITCH Pauline

76 pages – 15 tableaux – 1 figure – 1 graphique

RESUME

Introduction : La crise suicidaire est une problématique majeure aux urgences psychiatriques. La satisfaction du patient quant à sa prise en charge aux urgences doit être optimale, il se pourrait qu'elle ait un impact sur la suite de son parcours de soins et sur son évolution clinique.

Objectif : Etudier l'influence du niveau de satisfaction des patients suicidaires et suicidants pris en charge aux urgences psychiatriques du CHRU de Tours sur leur suicidalité à distance.

Méthodologie : Un formulaire de consentement a été distribué aux patients suicidaires ou suicidants ayant consulté aux urgences du CHRU de Tours. Un premier appel était effectué à 15 jours de leur passage afin d'évaluer leur satisfaction vis-à-vis de leur prise en charge via le questionnaire CSQ-8. Un second appel était effectué à 12 semaines afin d'évaluer leur suicidalité via le questionnaire RSD ainsi que leur parcours de soins post-urgence.

Résultats : 80 patients ont été inclus sur une période de 7 mois. La satisfaction observée s'est avérée très satisfaisante (score moyen de 27,05/32 points). Le risque suicidaire évalué à 12 semaines était statistiquement associé à la satisfaction. Quand la satisfaction augmentait d'une unité, la probabilité que le risque suicidaire passe dans la catégorie supérieure était diminuée de 12,5%. En revanche, le taux de satisfaction n'avait pas d'impact sur l'adhésion aux soins.

Conclusion : Ce travail préliminaire a permis de mettre en évidence un lien entre la satisfaction des patients et la suicidalité à distance. Tenir compte de la satisfaction des patients n'est pas une démarche habituelle chez les soignants. Généraliser ce type d'enquête à tous les services de psychiatrie et écouter le point de vue du patient sur les pratiques soignantes pourraient être d'une grande richesse, tant pour créer une relation de partenariat avec le patient que pour permettre une amélioration des pratiques professionnelles.

Mots clés : urgences - satisfaction – suicidalité – parcours de soins

Jury :

Président du jury :

Professeur Vincent CAMUS

Directrice de Thèse :

Docteur Florence DUBOIS-CARMAGNAT

Co-directrice de Thèse :

Docteur Pauline LEMERCIER

Membres du jury :

Professeur Nicolas BALLON

Professeur Bénédicte GOHIER

Date de soutenance : 28/01/2020