



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2000 –

**Opportunité et faisabilité
des réseaux de prévention des suicides**

– thème n° 2 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

Animatrice

– Murielle BAUCHET

Nous remercions Madame Murielle BAUCHET, animatrice et coordonnatrice de ce séminaire, pour ses conseils.

Nous remercions également tous les professionnels et les bénévoles qui ont bien voulu nous accorder de leur temps afin de répondre à nos questions dans le cadre de ce séminaire interprofessionnel. Leur ouverture d'esprit, leur implication et leur connaissance du terrain nous ont permis de mieux appréhender la thématique.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
1. CLARIFICATION DES CONCEPTS.....	4
1.1. Suicide	4
1.1.1. Quelques données d'épidémiologie.....	4
1.1.1.1. <i>Suicide</i>	4
1.1.1.2. <i>Tentatives de suicide (TS)</i>	4
1.1.1.3. <i>Difficultés d'établir des chiffres</i>	4
1.1.2. Profil des suicidants et suicidés.....	5
1.1.2.1. <i>Profil démographique</i>	5
1.1.2.2. <i>De forts contrastes géographiques</i>	5
1.1.2.3. <i>Les facteurs de risque</i>	5
1.2. Réseau	6
1.2.1. Caractéristiques des réseaux	6
1.2.1.1. <i>Définition, typologie</i>	6
1.2.1.2. <i>Distinction réseau/filière</i>	7
1.2.1.3. <i>Une double attente à l'égard des réseaux : une prise en charge globale, un intérêt économique</i>	7
1.2.2. Difficultés.....	7
1.3. Prévention.....	8
2. PENSER LES RÉSEAUX DE PREVENTION DES SUICIDES	9
2.1. Etat des lieux de la prévention	9
2.1.1. La prévention primaire.....	9
2.1.2. Une prise en charge aujourd'hui inachevée, segmentée et/ou inadéquate	10
2.1.2.1. <i>Hospitalisation</i>	10
2.1.2.2. <i>Suivi après hospitalisation</i>	10
2.2. Conception et fonctionnement des réseaux.....	11
2.2.1. Comment réaliser cette prise en charge globale ?	11
2.2.2. Les difficultés d'émergence des réseaux de prévention des suicides.....	12
2.2.2.1. <i>Difficultés propres à tout type de réseaux</i>	12
2.2.2.2. <i>Difficultés spécifiques aux réseaux de prévention des suicides</i>	12
2.2.3. Faut-il des réseaux spécialisés pour la prévention des suicides ?	13
2.2.4. Quelles conditions de fonctionnement pour un réseau ?	13
2.2.4.1. <i>Les acteurs</i>	13
2.2.4.2. <i>La zone géographique pertinente</i>	14
2.2.4.3. <i>Animation et coordination</i>	14
2.2.4.4. <i>Financement</i>	15
2.2.4.5. <i>La circulation de l'information dans le réseau</i>	15
2.2.4.6. <i>L'évaluation du réseau</i>	15
2.3. Quels réseaux pour quels objectifs ?	16
2.3.1. Niveaux de prévention.....	16
2.3.2. Une mise en place progressive des réseaux.....	17
2.3.3. Articuler réseaux centrés autour du patient et réseaux verticaux.....	18
CONCLUSION	19
ANNEXE 1 : HISTORIQUE DES RÉSEAUX DE SANTÉ MENTALE.....	21
ANNEXE 2 : TYPOLOGIE DES RÉSEAUX	23
ANNEXE 3 : L'EXEMPLE D'UN RÉSEAU DANS LES CÔTES D'ARMOR.....	25
ANNEXE 4 : L'EXEMPLE D'UN RÉSEAU A VANNES (MORBIHAN).....	27
PERSONNES RENCONTRÉES.....	28
BIBLIOGRAPHIE	29
RESUME	

INTRODUCTION

« Je passe mon temps à conseiller le suicide par écrit et à le déconseiller par la parole. C'est que dans le premier cas il s'agit d'une issue philosophique ; dans le second, d'un être, d'une voix, d'une plainte... » Ces mots d'Emil CIORAN¹ portent l'extrême charge émotionnelle que renferme le suicide, qui se rapporte à ce que l'homme a de plus profond, ce dont on craint de parler, ce que l'on refoule, réprouve ou comprend, bref ce qui nous atteint, dans notre chair.

Sujet longtemps tabou, il a aujourd'hui une place plus importante dans l'espace public. Depuis le rapport du Haut Comité de la santé publique (1994) classant le suicide au rang des priorités de santé, repris par les deux premières conférences nationales de santé (1996/1997), une réelle démarche a été engagée. Le 5 février 1997 a eu lieu la première Journée Nationale pour la prévention du suicide. Le premier programme national de prévention du suicide chez les adolescents et adultes jeunes a débuté en 1998. Des Programmes Régionaux de Santé (PRS) ont été mis en place dans certaines régions (actuellement au nombre de 13). Quelques uns ont démarré avant le plan national. Plus récemment, le gouvernement a demandé à Dominique Gillot de mettre en place un programme d'actions pour la période 2000-2005. Ce programme a été présenté publiquement lors d'une conférence à Nantes (19 et 20 septembre).

En 1999, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) a élaboré des recommandations professionnelles sur la prise en charge hospitalière des adolescents (11-20 ans) après une tentative de suicide. Une conférence de consensus sur la crise suicidaire (reconnaître et prendre en charge) a été organisée par l'ANAES en octobre 2000. L'objectif de cette démarche est de diffuser une série de recommandations en matière de prévention et de prise en charge du suicide, applicables sur l'ensemble du territoire et fondées sur des actions ayant prouvé leur efficacité et reconnues par un comité scientifique.

Un préliminaire sémantique impose d'établir des distinctions entre les termes utilisés. Etymologiquement le suicide signifie « homicide contre soi ». Une tentative de suicide est un acte volontaire et délibéré à l'issue non fatale (le suicide ayant, lui, une issue fatale), par lequel un individu se cause un préjudice physique avec un désir de mort plus ou moins affirmé. Sont exclues les automutilations à but non suicidaire observées chez certains malades mentaux, les conduites à risque non suicidaires telles que certaines intoxications éthyliques ou toxicomanogènes. Il faut par ailleurs différencier conduite suicidaire et conduite à risque (mise en danger par un individu de sa propre vie sans projet suicidaire : tabagisme, alcoolisme...). Le suicidé est une personne morte par suicide, le suicidant, celui qui réalise une tentative de suicide, le suicidaire, celui qui par son comportement multiplie les situations de risques où sa vie, sa santé peuvent être mises en danger.

Phénomène protéiforme et multifactoriel, le suicide se trouve à la conjonction de la liberté individuelle et de la problématique sociale. Depuis 1810, la tentative de suicide n'est plus punissable en droit français. Rien n'interdit de se tuer mais le suicidant ne peut réclamer réparation du préjudice qu'on lui fait subir en lui portant secours et en l'obligeant à vivre contre sa volonté. De plus, tout témoin d'un geste suicidaire peut être poursuivi pour non-assistance à personne en danger (article 63 *alinéa* 2 du Code pénal). Empêcher ce geste suicidaire est un devoir pour tout individu. Prévenir le suicide en est un pour la société. Si l'on s'accorde sur ce principe, il est plus délicat de déterminer comment il faut s'y prendre. En effet, la complexité du phénomène interdit de confier cette prévention à un acteur ou une institution isolé. Dans ces conditions, le réseau peut-il et doit-il être une modalité dans les préventions des suicides ? Ceux-ci sont un comportement face à une détresse ; il y a autant de formes de suicide qu'il y a de formes de détresse ; il n'y a donc pas *une* prévention mais *des* préventions.

¹ Moraliste roumain d'expression française, 1911-1995, in *Ecartèlement*

1. CLARIFICATION DES CONCEPTS

1.1. Suicide

1.1.1. Quelques données d'épidémiologie

1.1.1.1. *Suicide*

Le nombre de suicides est passé de 12 300 en 1993 à 11 130 en 1997, soit un taux de 19 pour 100 000 habitants. Le suicide représente 2% des décès, toutes causes confondues. La France fait partie des pays occidentaux à forte mortalité par suicide, elle se place au 4^{ème} rang européen.

Les moyens utilisés sont par ordre d'importance, la pendaison (près de 38% des cas), les armes à feu (23%), les intoxications médicamenteuses (13%), la noyade (10%) et autres moyens (10%).

1.1.1.2. *Tentatives de suicide (TS)*

On estime de façon générale que les TS sont au moins 10 fois plus fréquentes que les suicides aboutis (120 000). Selon plusieurs sources hospitalières, ce nombre serait dépassé et avoisinerait les 150 000 par an, dont 40 000 concernent les jeunes de moins de 25 ans.

L'augmentation des TS serait en partie imputable aux récidives : un suicidant sur deux a déjà fait au moins une TS et la gravité somatique des gestes augmente avec la répétition. Le risque de récidive est évalué autour de 40% ; celle-ci se produit dans de courts délais après la précédente tentative : un quart avant trois mois, 6 sur 10 moins d'un an après la précédente tentative. Près de la moitié des suicidants de moins de 25 ans ont récidivé dans l'année.

1.1.1.3. *Difficultés d'établir des chiffres*

D'après Alain PHILIPPE, épidémiologiste à l'INSERM², la connaissance épidémiologique des suicides repose sur un enregistrement exhaustif des décès et, bien que la statistique médicale soit imparfaite (on peut évaluer à environ 20% le nombre des suicides qui ne sont pas déclarés³), elle fournit, année par année, une évaluation très fiable des tendances et évolutions du risque de suicide. Pour les TS, on ne dispose pas d'enregistrement de cette nature, c'est à partir d'enquêtes hospitalières ad hoc que l'on peut décrire les caractéristiques épidémiologiques. Seule une estimation du nombre de tentatives de suicides accueillies par les services d'urgence des hôpitaux non spécialisés est possible. Des enquêtes montrent que seules un tiers des TS sont médicalement prises en charge et donc recensées.

En milieu hospitalier, la nature du codage PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) ne permet pas de recenser les tentatives de suicide de façon précise.

² *Le suicide chez les jeunes*, CFES, DGS

³ mention de suicide non précisée sur le certificat de décès

1.1.2. Profil des suicidants et suicidés

1.1.2.1. Profil démographique

- Suicides

La mortalité par suicide est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Elle augmente avec l'âge. Comparativement à la population, c'est après 75 ans que la fréquence de la mortalité par suicide est la plus élevée.

Les adultes jeunes connaissent la plus forte augmentation du taux de mortalité ces dernières années. Si les suicides restent plus nombreux chez les personnes âgées, ils pèsent plus lourdement dans la mortalité des jeunes. Entre 15 et 24 ans, le suicide représente la deuxième cause de mortalité après les accidents de la voie publique et, entre 25 et 34 ans, il s'agit de la première cause de décès.

- Tentatives de suicide

Les tentatives sont beaucoup plus fréquentes chez les jeunes. Les taux les plus élevés de TS s'observent entre 15 et 35 ans, avec une décroissance rapide ensuite.

Les TS concernent deux fois plus les femmes que les hommes. En effet, deux TS sur trois sont le fait de femmes alors que plus de deux morts par suicide sur trois sont des hommes.

1.1.2.2. De forts contrastes géographiques

L'analyse régionale met en évidence une mortalité plus élevée que la moyenne nationale dans les régions rurales du centre de la France et dans les régions du Nord-Ouest ; ce phénomène est particulièrement évident pour le sexe masculin, il est moins net chez les femmes où la plupart des régions intermédiaires affichent une mortalité proche de la moyenne française.

Les taux de mortalité par suicide varient de 1 à 10 à l'échelle des zones d'emploi.

1.1.2.3. Les facteurs de risque

Il convient d'être prudent dans l'utilisation des facteurs de risque. Ils indiquent seulement une fragilisation de la personne, ils peuvent favoriser l'apparition d'idées suicidaires mais ne sont en aucun cas des déterminants du suicide. La survenue d'un événement déclenchant est primordiale dans le passage à l'acte. La prédiction du geste suicidaire est donc impossible, même en cas d'accumulation des facteurs de risque.

- Risques individuels

Les **antécédents familiaux** constituent un premier facteur de risque individuel. Le suicide apparaît comme un comportement qui s'apprend (phénomène de mimétisme). La parenté de premier degré avec un suicidé est un facteur de risque important, ce qui milite pour une prise en charge des familles en postvention. Une étude, menée en Pennsylvanie, a mis en évidence l'existence de familles de suicidés et de familles épargnées par le phénomène. Certaines études sembleraient prouver qu'il y a un terrain génétique.

Des **difficultés familiales** (avec les parents ou la fratrie) et/ou conjugales, fragilisent l'individu. L'insertion familiale semble a contrario être un facteur de protection, pour les femmes particulièrement.

Une enquête des Observatoires Régionaux de la Santé Bretagne et Nord-Pas-de-Calais⁴ signale le facteur **solitude** : comparées à la population générale, les personnes mariées sont sous-représentées alors que les célibataires, divorcés et veufs sont sur-représentés dans 3 des 4 sites de l'enquête. Les veufs marginalisés sont particulièrement exposés.

Enfin, le **nombre de récidives** accroît la probabilité de décès par suicide.

- Risques médicaux

La relation entre conduite suicidaire et **pathologie psychiatrique** suscite de nombreux débats.

Il n'en reste pas moins que le syndrome anxio-dépressif est fréquemment diagnostiqué. De plus, le risque de suicide se trouve multiplié en cas de schizophrénie aiguë ou chronique, de troubles affectifs, troubles neurologiques et troubles de la personnalité. L'enquête des Observatoires Régionaux de la Santé Bretagne et Nord-Pas-de-Calais établit qu'environ la moitié des patients ont été déjà hospitalisés pour motif psychiatrique avant la tentative de suicide. Dans son rapport, le Haut Comité de Santé Publique estime à 15% les personnes présentant une dépression grave qui tentent de mettre fin à leurs jours et à 50% les personnes faisant une tentative de suicide qui souffrent de troubles dépressifs.

La **consommation de médicaments psychotropes** (anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques...), d'alcool, d'autres drogues, peut favoriser le passage à l'acte.

- Risques sociaux

La **situation économique** peut jouer un rôle : le lien entre *chômage* et suicide apparaît complexe et la causalité directe n'est pas établie formellement. Ainsi entre 1990 et 1993, on observe simultanément une forte augmentation du chômage et une baisse des suicides. En Espagne, le taux de chômage est plus important qu'en Suisse alors que le taux de suicide est plus élevé en Suisse. Il existe une corrélation positive entre niveau de vie et dépression.

Le taux de suicide chez les *employés, ouvriers* est trois fois supérieur à celui des professions libérales et cadres supérieurs pour les hommes de 25 à 54 ans.

Le **milieu rural** est sur-représenté dans la mortalité par suicide (par rapport à l'étude de Durkheim, c'est un retournement de tendance certainement dû à l'exode rural : diminution et vieillissement de la population).

Les **minorités ethniques** et migrants sont des groupes exposés au risque de suicide.

Le **milieu carcéral** présente en France un taux de suicide supérieur à la plupart des autres pays européens. Il est six fois plus élevé qu'en milieu libre, après correction des données brutes (en tenant compte des spécificités de la population carcérale en termes de structure d'âge et de sexe).

1.2. Réseau

1.2.1. Caractéristiques des réseaux

1.2.1.1. Définition, typologie

Le terme de réseau, emprunté à la théorie des organisations, s'applique dans le domaine sanitaire à un mode d'organisation mettant en relation des éléments indépendants. Deux finalités distinctes apparaissent dans les réseaux les plus achevés. Il s'agit d'une part de recueillir, de traiter et de diffuser de l'information dans le but d'améliorer le niveau général de santé d'une population,

⁴ Prémutam

et d'autre part de coordonner les rôles de professionnels divers dans la prise en charge des patients.

Les réseaux de soins ont pour objectif de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres sur un territoire donné autour des besoins des personnes. Ils peuvent donc associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé à des organismes à vocation sanitaire et sociale. Ils organisent un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans la prise en charge qu'il s'agisse de soins ou de prévention.

Un réseau repose sur quatre dimensions : un projet médical et social liant les acteurs ; une coordination des actions ; la formation et l'information des intervenants ; une évaluation qualitative et économique, qui conditionne son financement par l'Etat.

Certains auteurs tentent de dresser une typologie des réseaux : ils coexistent des réseaux de proximité, des réseaux thématiques purs, des réseaux inter-établissements et des réseaux expérimentaux dits « SOUBIE » (cf. Annexe 2 page 23).

Si l'on se réfère à la classification proposée par DURET, les réseaux éventuels de prévention du suicide sont nécessairement inclassables puisqu'ils visent la population générale, parce que le suicide n'est pas une pathologie mais un comportement, parce que le champ d'action est extrêmement large (secteurs sanitaire, social, éducatif...) et parce que les acteurs relèvent de personnes morales différentes et que leur objectif mêle prévention et soins.

1.2.1.2. Distinction réseau/filière

Réseau	Filière
Coopération horizontale (personne qui requiert simultanément plusieurs formes d'aide à un instant t)	Coopération verticale par exemple, chaînage entre prévention, soins, post-cure en psychiatrie (perspective dynamique contrairement à la notion de réseau)
Organisation de l'offre	Organisation de la demande (organisation de la trajectoire d'un usager pour circuler dans le dispositif)

1.2.1.3. Une double attente à l'égard des réseaux : une prise en charge globale, un intérêt économique

L'organisation en réseau doit viser la permanence et la continuité de la prise en charge. A cette fin, un décloisonnement du sanitaire et du social est indispensable car l'étanchéité entre le sanitaire et le social constitue un frein à l'innovation et à la mise en place de programmes réellement adaptés à certaines catégories de population.

Une harmonisation des pratiques, via la protocolisation des prestations de soins et une coordination entre les différents acteurs, doit permettre au patient d'être adressé au bon interlocuteur au bon moment, ce qui évite une surconsommation de soins.

En outre, les financeurs du système de soins attendent des réseaux un résultat d'ordre économique grâce à l'optimisation des ressources existantes.

1.2.2. Difficultés

L'obstacle majeur dans la constitution des réseaux réside dans le compromis qu'il faut réaliser entre personnes aux intérêts et aux logiques divergents dans un contexte de séparation des champs de compétences.

Il est difficile de trouver un langage commun pour des acteurs de cultures différentes (travailleurs sociaux, enseignants, hospitaliers, magistrats, bénévoles...).

A cela s'ajoutent les multiples segmentations du système de soins (hôpital-médecine de ville ; généralistes-spécialistes ; public-libéral ; préventif-curatif ; professionnels-administration).

Le travail en réseau, du moins au départ suppose un investissement en temps très important.

1.3. Prévention

On peut définir trois niveaux de prévention : primaire, secondaire et tertiaire⁵.

La prévention primaire repose sur la promotion de la santé d'une part, la mise en place de protections spécifiques d'autre part. Il s'agit pour la première de conditions générales de vie, de confort et d'éducation (sanitaire, scolaire) telles que l'accès au logement, une nutrition d'une qualité suffisante... A un niveau très général, cette prévention consiste à agir sur le tissu social, sur tout ce qui contribue à le disloquer ou le reformer (travail, famille, associations). Par exemple, à ce niveau, la prévention des suicides peut passer par des mesures facilitant l'adaptation au pays d'accueil (cours de langue, attribution d'un emploi...). Concernant les protections spécifiques en matière de prévention des suicides, la limitation d'accès aux moyens de suicide est un des objectifs du plan national.

La prévention secondaire consiste à repérer les populations à risque : dépressifs, toxicomanes, jeunes ayant subi des maltraitances (les violences subies peuvent porter atteinte à l'image qu'ils ont d'eux-mêmes)...

La prévention tertiaire intervient après la survenue du risque ou du phénomène, en aval. Il s'agit de prévenir la répétition du geste. La prévention des récurrences s'inscrit ici.

Enfin, certains utilisent le concept de postvention pour désigner la prise en charge des familles de suicidés ou pour évoquer les actions menées dans un établissement scolaire après le suicide d'un élève afin d'éviter la reproduction du geste par mimétisme.

⁵ *Preventive medicine for the doctor in his community*, Leavell, Clark

2. PENSER LES RESEAUX DE PREVENTION DES SUICIDES

2.1. Etat des lieux de la prévention

2.1.1. La prévention primaire

L'élaboration d'un message de prévention primaire est complexe. Actuellement, les experts préconisent d'intégrer la problématique du suicide dans une prévention plus globale du mal-être et de la souffrance psychique.

Au plan national, les actions de prévention apparaissaient éparées et peu coordonnées jusqu'au programme national de prévention du suicide (1998-2000). Il est en lien très étroit avec les PRS (Programmes Régionaux de Santé) afin de modéliser et coordonner les diverses stratégies régionales, les évaluer et repérer de nouvelles actions à mettre en place. Les actions sont en majeure partie axées sur la prévention primaire : restriction de l'accès aux armes, protection des voies ferrées. Dix sites pilotes de prévention primaire sont inscrits dans le programme national. Les quatre axes de travail privilégiés sont :

- l'éducation pour la santé dans le cadre de la consultation médicale pour adolescents
- des actions en direction des jeunes en difficulté (16-25 ans) en lien avec les dispositifs existants de prise en charge de ces jeunes (missions locales, points d'écoute...)
- la promotion de la santé en milieu scolaire
- la sensibilisation et la construction d'outils à destination des professionnels afin de renforcer leurs compétences en matière d'écoute et d'orientation.

Les Programmes Régionaux de Santé comportent des actions telles que la formation de médecins généralistes, la mise en réseau de différents acteurs, des annuaires de professionnels ...

Certaines administrations comme l'Education Nationale font preuve de réticences : les enseignants ne se sentent pas formés, l'administration préfère rester centrée sur sa mission d'enseignement.

La difficulté en matière de prévention primaire consiste à bien doser l'information sur le suicide. Il faut faire tomber le tabou et prévenir, mais une surinformation risque d'inciter les personnes fragilisées à passer à l'acte.

Localement, la municipalité de Rennes, en adhérant au projet Villes-Santé lancé par l'O.M.S. en 1986, s'est mobilisée pour coordonner les différentes ressources dans le domaine de la santé. En 1996, un Comité Consultatif « Pour la Santé dans la ville » a été constitué et propose la mise en œuvre d'actions concertées et prioritaires. La prévention du suicide s'inscrit dans ce contexte. Elle fait partie du programme de réduction des inégalités d'accès aux soins et de lutte contre toute forme d'exclusion.

Les associations (S.O.S. Amitié, Familles rurales, Médecine Préventive Universitaire...) ont toutes leur place dans ce niveau de prévention. Les institutions (Caisse Régionale d'Assurance Maladie Bretagne, Conseil Général, Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ...) apportent un soutien financier dans leurs réalisations. La Maison Associative de la Santé, née de la convergence des préoccupations de la Ville de Rennes et de l'Office Social et Culturel Rennais en 1986, apporte le soutien logistique (locaux et secrétariat). Ce collectif d'associations

participe chaque année à la journée nationale de prévention du suicide en organisant, entre autres, un théâtre forum sur ce thème.

2.1.2. Une prise en charge aujourd'hui inachevée, segmentée et/ou inadéquate

2.1.2.1. Hospitalisation

Une prise en charge hospitalière des tentatives de suicide, si elle risque par sa nature de médicaliser le suicide, se justifie de plusieurs façons. Certains produits absorbés ont un effet retard et il est souvent difficile de connaître avec certitude, en l'absence de recherches toxicologiques, la nature exacte des produits en cause. De plus, l'hospitalisation est cohérente dans le sens où elle répond au désir de rupture exprimé implicitement à travers l'acte suicidaire. L'hôpital a, dans ce contexte, un rôle institutionnel de gestion de la crise relationnelle à l'origine de l'acte ainsi que de maîtrise du désir de rupture.

Néanmoins la prise en charge initiale pose problème en l'absence de médecin traitant, dans les difficultés à joindre la famille et surtout dans l'instabilité même des patients qui soit refusent l'hospitalisation, soit sortent contre avis médical ou fuguent.

Le Docteur EUDIER, psychiatre au service des urgences au CHU de Rennes nous précise les modalités d'orientation des patients vus après une tentative de suicide : 30% sont hospitalisés en clinique ou hôpital psychiatrique, parmi les 70% des patients sortants, un tiers qui bénéficiait d'un suivi avant le passage à l'acte est réorienté vers son psychiatre, tandis que l'on recommande aux deux autres tiers de prendre rendez-vous avec un psychiatre (mais le délai d'attente reste un frein à une prise en charge satisfaisante) et/ou de consulter son médecin traitant .

2.1.2.2. Suivi après hospitalisation

Actuellement, la mauvaise observance des traitements proposés constitue la première carence du suivi : 10 à 30% des patients (selon les pays) respectent la démarche thérapeutique de façon satisfaisante et appropriée.

Le suivi est essentiellement confié aux médecins généralistes et aux psychiatres. Les établissements psychiatriques ou les centres spécialisés (alcoolisme, toxicomanie) peuvent aussi l'assurer. Mais la rupture entre la prise en charge hospitalière et la prise en charge extra-hospitalière est fréquente. Par exemple, les contacts entre hôpital et médecine de ville sont peu fréquents. Le médecin est mal informé sur le séjour du patient. Les contacts avec un autre médecin ou une structure d'accueil pour préparer la sortie du patient sont rares.

Un autre problème est qu'aujourd'hui la gravité somatique prime encore sur la gravité psychologique (c'est moins vrai pour la prise en charge des jeunes pour lesquels un effort semble être fait) alors que tout geste suicidaire est grave, quelles qu'en soient les conséquences physiques. En l'absence de suivi après une tentative de suicide, la probabilité d'une récurrence dans les deux ans est multipliée par 1,5 et elle suit une croissance exponentielle en fonction du nombre de récurrences.

Le dispositif mis en place à Cholet à partir de 1986 a permis de ramener le taux de récurrences à seulement 10%. Il dépasse le cadre strictement hospitalier puisque l'hôpital a créé une unité de soins pour adolescents en difficulté (5 lits) au sein du service de pédiatrie, un hôpital de jour qui fonctionne dans une maison du centre ville (10 places) et parce que la mairie met à disposition un local pour permettre l'organisation d'une consultation en ville. A l'hôpital, des bénévoles interviennent dans les services. Pendant l'hospitalisation, des contacts sont établis avec l'entourage (famille, services sociaux, médecine scolaire), un courrier est systématiquement envoyé au médecin traitant et, à la sortie, un rendez-vous est obligatoirement pris en consultation en centre ville.

2.2. Conception et fonctionnement des réseaux

2.2.1. Comment réaliser cette prise en charge globale ?

Ce n'est pas l'accès aux soins qui pose problème, par contre, il est impératif de procéder à la **formation des médecins et acteurs de première intention** (personnels hospitaliers, bénévoles d'association, travailleurs sociaux...). Les médecins généralistes sont les premières vigies : une grande majorité des suicidants sont connus du médecin avant le passage à l'acte⁶. A Gotland (île du Danemark), la formation des médecins généralistes à la prévention et aux traitements de la dépression a fait chuter les hospitalisations psychiatriques et les arrêts de travail. Le taux de suicide a été divisé par trois pour les femmes seulement (il est passé de 22 pour 100 000 à 7,1 pour 100 000). La ré-augmentation des taux à trois ans (16,2 pour 100 000) montre la nécessité de répéter ces programmes. C'est aussi l'un des axes choisis par le réseau de Santé mentale Yvelines sud. Les psychiatres du département ainsi que des confrères parisiens se relaient pour cette formation au rythme d'un week-end par mois : apprendre la prise en charge et la coordination. La formation concerne également le SAMU : elle vise à l'amener à consulter par téléphone un psychiatre pour avoir des conseils quand il faut faire face à une TS.

Selon l'enquête des Observatoires Régionaux de la Santé Bretagne et Nord-Pas-de-Calais⁷, les médecins se plaignent de la sous-évaluation, de la part des hôpitaux, des risques suicidaires et vitaux.

La démographie médicale est insuffisante (saturation de l'offre psychiatrique), mais l'idée qu'à un patient donné, à un moment de son évolution, correspond une modalité de réponse permet d'utiliser la **diversité des approches professionnelles** et des compétences et de ne pas psychiatriser la prise en charge. Par exemple, les services de psychologie médicale sont un intermédiaire entre la médecine et la psychiatrie et évitent toute stigmatisation. Il est primordial, à ce stade, de donner au patient l'expérience de l'écoute, de montrer qu'il peut être compris. En effet, dans les étapes de la décision suicidaire, il traverse systématiquement un sentiment d'absolue solitude (« personne ne peut me comprendre »). Dans les stades ultérieurs de l'insertion sociale, avoir eu une expérience de l'écoute enclenche la fréquentation d'un centre d'écoute.

Augmenter la **coordination** et mettre en place un **système d'information** conduit au niveau individuel à un meilleur suivi des suicidants (repérage des groupes exposés, prise en charge) et au niveau collectif à une meilleure connaissance du phénomène. La protocolisation des prises en charge œuvre pour l'harmonisation des pratiques mais elle est difficile car l'état des connaissances est encore incertain et controversé. Un coordonnateur, membre de l'équipe des urgences psychiatriques par exemple, pourrait faire la liaison à l'entrée du patient (prévenir le médecin traitant, la famille, les acteurs sociaux), préparer la sortie (contacts avec le médecin traitant, les structures susceptibles d'accueillir le patient), assurer le suivi effectif de la prise en charge extra-hospitalière. Dans le réseau santé mentale Yvelines sud, la mise en réseau de professionnels⁸ a permis de lever un point critique : la réduction des délais des consultations de psychiatrie (5 à 6 mois d'attente pour des rendez-vous en Centre Médico-Psychologique). Tout médecin adhérent à l'association qui adresse un patient est sûr que celui-ci sera reçu dans l'un des quatre centres de consultation avant le samedi en huit.

⁶ enquête PREMUTAM auprès de 474 médecins généralistes

⁷ enquête PREMUTAM auprès de 474 médecins généralistes

⁸ 2 associations : généralistes, psychiatres libéraux ; le Centre Hospitalier de Versailles (promoteur du réseau), le Centre Hospitalier Spécialisé Charcot, la clinique Médipsy, la clinique MGEN

2.2.2. Les difficultés d'émergence des réseaux de prévention des suicides

Tout le monde souhaite-t-il des réseaux ? La question reste en suspens.

2.2.2.1. Difficultés propres à tout type de réseaux

Un compromis reste à trouver entre les possibles inconvénients de réseaux formels venant se superposer ou se substituer aux réseaux informels existants et les bénéfices qui sont à retirer d'une formalisation. Celle-ci peut saper les bases de réseaux informels en place qui fonctionnent bien. D'un autre côté, ces derniers reposent sur une ou des personnalités nécessitant une très forte implication du chef de projet, avec le risque de disparition quand les personnes s'en vont. Bien souvent, le réseau naît d'une initiative locale à partir de laquelle se développe un réseau plus formel. L'exemple des professionnels de Vannes et de l'hôpital des Yvelines montre l'importance de la rencontre d'une volonté médicale et administrative conjointe.

Il existe également un problème d'accès à l'information, notamment pour les petites structures en défaveur desquelles joue un effet de taille. Il manque des lieux où les initiatives se rencontrent. Peut-être faut-il suggérer un site Intranet ? Dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire, le groupe MEDIPSY⁹ a demandé un guichet unique (URCAM ou ARH¹⁰) sur les réseaux pour être mis au courant des embryons de réseaux (« Il est frustrant d'apprendre après coup l'existence d'un réseau. »). Un guichet unique publierait les travaux des réseaux, mettrait à disposition des documents juridiques, des conseils ... A ce jour, cette idée n'a pas été mise en œuvre.

2.2.2.2. Difficultés spécifiques aux réseaux de prévention des suicides

Le nombre colossal d'acteurs intervenant dans un réseau de prévention, le cloisonnement entre eux avec les difficultés de communication et d'information que cela entraîne, sont autant de freins au développement du réseau. Sans oublier la complexité du phénomène suicidaire, encore mal connu et l'absence de consensus sur la prise en charge.

Une autre difficulté, soulignée par le Professeur TERRA, psychiatre à l'ANAES¹¹, vient du fait que les médecins se positionnent au centre du dispositif de prévention et ne délèguent pas (ou pas suffisamment) aux non-professionnels du soin (contrairement au Canada).

En France, contrairement aux pays anglo-saxons, le manque de reconnaissance du psychologue empêche ce dernier de jouer pleinement le rôle qui lui revient en matière de prévention des suicides, c'est ce que relève le docteur COHEN. Même si le psychiatre a toute sa place dans la prise en charge du suicidant (eu égard à la fréquence des troubles mentaux dans les suicides¹²), une prise en charge exclusive par ce dernier est à proscrire. A titre d'exemple, le docteur COHEN fait observer qu'aujourd'hui encore, les actes psychologiques ne sont pas recensés dans la nomenclature hospitalière.

⁹ branche psychiatrie de la Compagnie Générale de Santé qui aide 17 cliniques de psychiatrie à se développer

¹⁰ URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie - ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

¹¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

¹² Données INSERM 1994, sur 12 041 suicides, 4510 sont associés à une névrose, une dépression ou un état dépressif, 682 à une psychose, 295 à l'alcoolisme, 114 à d'autres troubles mentaux

2.2.3. Faut-il des réseaux spécialisés pour la prévention des suicides ?

Le docteur GALLOT, responsable du programme national à la Direction Générale de la Santé (DGS), signale l'intérêt de cibler l'action sur un sujet relativement circonscrit (le suicide plutôt que la santé mentale en général). Cela permet au ministère de fixer des objectifs concrets, lisibles par le grand public. Or, la volonté politique est primordiale pour développer des actions de santé publique. En outre, selon le docteur GALLOT, les freins de type syndicaux s'avèrent moins puissants lorsque le champ d'intervention est plus restreint.

Cependant, les acteurs de terrain s'accordent sur la nécessité de ne pas réduire les réseaux à la seule question du suicide, d'autant que ce dernier est un symptôme parmi d'autres (toxicomanies, anorexie, fugues...), des pathologies du mal-être. Ainsi, à l'instar du réseau santé mentale Yvelines sud, la majorité des réseaux semble opter pour une prise en charge orientée plus globalement vers la santé mentale. Dans les Côtes d'Armor, le réseau est baptisé « souffrances psychiques et phénomènes suicidaires » parce que ce sont les mêmes intervenants et qu'il existe une intrication entre les différents comportements liés au mal-être. Dans les hôpitaux, il semble peu judicieux de créer des unités pour suicidants exclusivement. Cela risque d'encourager le recours au suicide pour exprimer son mal-être, et le risque de stigmatisation n'est pas exclu. Aussi, des unités pour adolescents en difficultés (suicidants, anorexiques...) paraissent plus adaptées.

De plus, les généralistes sont statistiquement peu confrontés au problème du suicide dans leur clientèle (1 à 2 fois par an). Aussi, l'inscription dans un réseau spécifique suicide semble peu pertinente d'autant que les sollicitations pour participer à bien d'autres réseaux thématiques sont nombreuses.

2.2.4. Quelles conditions de fonctionnement pour un réseau ?

2.2.4.1. Les acteurs

Si certains acteurs paraissent avoir un domaine d'intervention spécifique, tels que les urgentistes en matière de soins ou le Comité départemental d'éducation pour la santé en matière de prévention primaire, une grande partie d'entre eux agit à plusieurs moments de l'évolution d'une personne potentiellement "candidate" au suicide.

De même, l'Éducation nationale, qui est un acteur incontournable de prévention primaire doit aussi se préoccuper du dépistage des jeunes fragilisés et de la postvention pour éviter la multiplication de gestes suicidaires quand un jeune est passé à l'acte.

- Liste des acteurs du réseau des Côtes d'Armor :
 - Éducation nationale : public, privé (chef d'établissement, conseiller d'orientation, équipe médico-sociale, enseignants, psychologues)
 - CODES (comité départemental de l'éducation pour la santé)
 - Services municipaux : travailleurs sociaux en circonscription, CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), service enfance jeunesse, comités cantonaux d'entraide
 - Conseil général : assistants sociaux et éducateurs
 - Associations
 - UDAF (Union Départementale des Associations Familiales)
 - Services sociaux des Caisses : Assurance maladie, MSA (Mutualité Sociale Agricole), ENIM (Etablissement National des Invalides de la Marine) ...
 - Services sociaux de grandes entreprises

- Médecine du travail
- ANPE (Agence Nationale Pour l'Emploi)
- Justice : Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation, Centre d'action éducative
- Médecins hospitaliers
- Médecins libéraux
- Généralistes
- Psychiatres
- Psychologues
- Services hospitaliers : urgences, pédiatrie, gériatrie, psychiatrie
- Services d'urgence : pompiers, gendarmerie, police
- Etablissements sociaux : CAT (centre d'aide par le travail), CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale), centres d'hébergement pour adultes, pour adultes handicapés, mission locale, maisons de retraite.

Pour que l'implication des acteurs soit durable, il est essentiel que la pratique de travail en réseau débouche rapidement sur une modification des pratiques, qu'elle ne se limite pas au niveau de la seule réflexion.

L'importance de la convivialité est un élément que soulignent de nombreux acteurs. « Un réseau, c'est d'abord des visages, des relations humaines, des gens qui se rencontrent et qui se connaissent » (B. MEUR, éducateur spécialisé dans le réseau PASSE-MURAILLE de Vannes). Ce sont aussi des gens qui se reconnaissent en tant qu'acteurs ayant une compétence spécifique ou un regard permettant d'enrichir la vision de l'autre. La rencontre permet de faire tomber des préjugés sur l'autre, de limiter les effets des corporatismes.

2.2.4.2. *La zone géographique pertinente*

La taille du réseau doit permettre à la fois la rencontre des acteurs et l'accès des usagers au réseau. Ces arguments sont en faveur de réseaux de petite extension géographique.

Pour autant, s'il est trop petit, certains acteurs manqueront pour que tous les niveaux de la prise en charge soient assurés, ce qui permet de bénéficier au mieux de complémentarités. Dans les Yvelines, le réseau de santé mentale couvre un secteur sanitaire représentant 600 000 habitants. Dans un département rural, l'échelle départementale sera plus adaptée.

2.2.4.3. *Animation et coordination*

Pour qu'un réseau ne repose pas uniquement sur le bénévolat et sur la motivation de quelques militants, il est indispensable qu'un coordonnateur – animateur du réseau soit rapidement désigné. Dans le cas contraire, la pérennisation n'est pas assurée, l'épuisement risquant de gagner les plus motivés.

Dans les réseaux, il est absolument nécessaire que les coordonnateurs aient une crédibilité très large. Le réseau de santé mentale Yvelines sud a opté pour la mise en place d'un comité de pilotage médical composé de représentants de tous les professionnels médicaux et d'un comité de pilotage administratif composé des représentants des institutions. Le but étant d'assurer un équilibre dans la représentation des différents acteurs pour garantir l'indépendance de la structure de coordination. Sur le plan opérationnel et quotidien, il y a un coordonnateur médical et un coordonnateur administratif, qui sont les initiateurs du réseau.

Selon Monsieur LECOURT, chargé de la coopération entre secteurs public et privé au sein du groupe MEDIPSY, l'animateur ne peut être un établissement de santé, ni même l'URCAM qui inscrirait la représentation du suicide dans le champ des pathologies.

2.2.4.4. *Financement*

La pratique en réseau implique des coûts nouveaux : rémunération d'un coordinateur, frais administratifs (organisation de réunions, reprographie...), mise en place d'un système d'information, coût de l'évaluation.

Pour les acteurs libéraux, la participation à de nombreuses réunions semble devoir s'accompagner d'une indemnisation compensatrice.

Depuis que le suicide est devenu une priorité de santé publique et que les pouvoirs publics incitent à l'organisation en réseau, les tutelles encouragent ce type d'initiatives pour peu qu'elles soient formalisées.

Le financement émane généralement d'une pluralité de financeurs. A titre d'exemple, le réseau santé mentale Yvelines sud est financé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, la Direction Générale de la Santé, l'Agence Régionale d'Hospitalisation, la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, l'assurance maladie, les établissements hospitaliers publics et privés, un établissement bancaire, les collectivités locales et l'industrie pharmaceutique (sans contrepartie).

Il serait souhaitable que les financements soient assurés dans le temps, un réseau de prévention n'ayant de sens que s'il s'inscrit dans la durée. Citons à titre d'exemple la remise en cause des subventions allouées annuellement aux associations assurant l'écoute téléphonique.

2.2.4.5. *La circulation de l'information dans le réseau*

➤ L'information sur les patients

Dans la mesure où le suicide reste encore plus ou moins tabou dans la société, l'information manque, alors qu'elle est nécessaire (connaître l'histoire, les antécédents familiaux, psychiatriques du patient...). Pour autant, la diffusion d'informations peut représenter un danger (volonté du patient de ne pas être étiqueté « ayant fait une tentative de suicide », sur le milieu de travail par exemple. Dans cette situation paradoxale, la confidentialité des informations détenues par un réseau d'acteurs très large est une question délicate.

L'existence même de relations personnelles de confiance entre les membres d'un réseau permet mieux le partage d'informations confidentielles. Par ailleurs, chaque professionnel n'ayant pas besoin des mêmes informations, un dispositif Intranet avec des niveaux d'accès différenciés semble constituer une réponse possible.

➤ L'information sur le réseau et sur le suicide

Le support informatique permet la diffusion de nombreuses informations sur le réseau . Un forum d'échanges peut être organisé par l'animateur du réseau et des références documentaires peuvent être sélectionnées et diffusées par un comité scientifique. Formation et information peuvent ainsi se rejoindre.

2.2.4.6. *L'évaluation du réseau*

Malgré les nombreux biais statistiques que comporte une évaluation en l'absence de données épidémiologiques fiables au niveau local, l'évaluation de l'efficacité du réseau en terme de résultats de santé publique est indispensable. L'évaluation de l'efficacité du réseau est également nécessaire. C'est une condition du maintien du financement¹³, mais c'est aussi, en cas de résultats

¹³ Annexe I de la circulaire du 25 novembre 1999

positifs, une source de motivation pour les acteurs du réseau. Toutefois, le coût de l'évaluation ne doit pas excéder celui de l'action mesurée.

2.3. Quels réseaux pour quels objectifs ?

2.3.1. Niveaux de prévention

Quand on passe de la prévention primaire à la prévention secondaire ou tertiaire, on passe d'une logique collective à une logique plus individuelle, de l'anonymat (prévention de « masse », grand public) à la définition et au ciblage de populations à risque.

L'un des problèmes majeurs que posent les conduites suicidaires est celui des récidives : le risque physique augmente avec la répétition, facteur important de morbidité (risque de séquelles, hospitalisations plus longues...). La mortalité immédiate est faible : 1,3 % tous moyens confondus. Elle est par contre très élevée par récurrence : 18 % à 18 mois et 30 % à 5 ans.

Les avis divergents et les expériences de chacun illustrent à nouveau la complexité du phénomène suicidaire et le caractère délicat de toute réflexion menée sur la (les) prévention(s) des suicides.

Selon Mme QUITTANÇON, Médecin Inspecteur de Santé Publique à la DDASS¹⁴ des Côtes d'Armor (Réseau « Souffrance psychique et phénomènes suicidaires »), il ne faut pas de réseaux différents selon les niveaux de prévention puisque ceux-ci sont tous articulés et imbriqués.

Le professeur TERRA (psychiatre – ANAES) conforte cet avis en décrivant trois phases (les idées suicidaires, le passage à l'acte ou tentative de suicide et le suicide) dans le parcours du patient suicidant avec à chaque niveau des facteurs de risque, des actions à mener et les acteurs impliqués. Dans le cadre de la prévention, il faudrait intervenir à chaque étape afin de détecter les personnes en souffrance. Il considère que cette prévention ne doit pas être seulement de la compétence des acteurs du domaine sanitaire.

L'expérience de M. MEUR, éducateur spécialisé à Vannes, est intéressante : cet acteur intervient à mi-temps dans un lieu d'écoute téléphonique, en amont de la tentative de suicide et pour l'autre mi-temps à l'hôpital, après passage à l'acte où il assure le suivi socio-éducatif et prépare la sortie. Cela montre l'intérêt que les mêmes acteurs interviennent à des moments différents auprès des personnes au sein d'un seul réseau. Ainsi, dans le réseau de Vannes, la même personne agit à deux niveaux de prévention : primaire et secondaire.

La vraie question est peut-être moins de savoir s'il faut un type de réseau par niveau de prévention mais plutôt comment il faudrait organiser des réseaux autour de catégories de population. Monsieur LECOURT du groupe MEDIPSY, nous suggère de penser la prévention autour des thèmes suivants :

- caractère non psychiatrique du suicide

Le suicide est un fait psychologique, pas forcément pathologique, donc pas à psychiatriser d'emblée : il faut faire se rencontrer des gens ayant la même représentation du suicide. L'initiative doit plutôt appartenir au champ associatif (type politique de quartier).

La prévention du suicide des adolescents en fait partie. Ils ont besoin d'un groupe de pairs de leur âge après une TS, ainsi que d'un centre d'intérêt. A Paris, un lycée a créé un ensemble d'appartements servant à la fois de lieu de classe pour seconde, première, terminale, et de logement. Les enseignants qui le veulent donnent des cours. L'adolescent ne se focalise pas trop sur l'acte suicidaire, il quitte le milieu parental qui peut être « pathogène », mais n'est pas laissé à

¹⁴ DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

se morfondre seul. On s'est rendu compte, avec les expériences de « débriefing » psychologique immédiat suite à un traumatisme (événements du Rwanda et du Kosovo), que les enfants ont une capacité de refoulement de l'impact émotif. Ce fonctionnement est très utile ; c'est une stratégie de « coping » c'est à dire de défense, résistance. Quand on intervient trop vite avec le « débriefing », on empêche le refoulement (mécanisme inconscient) et l'enfant tombe malade, car on casse un mécanisme de défense. Il est possible que ça ressorte comme post-traumatisme lorsque l'enfant atteint l'âge adulte. Chez les adolescents, il n'y a pas de refoulement : le lendemain d'une TS, l'adolescent peut parler de l'impact dramatique qui a généré le geste. Il faut trouver quelque chose d'intermédiaire.

- caractère psychiatrique du suicide

La souffrance psychiatrique est fortement marquée par le désir de mourir et ce, quelle que soit la nosographie (dépressive, anxieuse ou alimentaire).

Jusqu'aux années 50, les schizophrènes ne vivaient pas au-delà de 40 ans, la première cause de mortalité étant le suicide, la seconde, la déshydratation. La mortalité par suicide des malades psychiatriques a fortement diminué grâce à la prévention et à la pharmacopée. Aujourd'hui, les psychotiques chroniques vivent jusqu'à 60 ans.

- un intermédiaire entre les deux premiers : suicide lié au stress, aux modes de vie etc...

Des individus fragilisés peuvent éprouver un coup de déprime qui donne une envie de suicide (à la suite, par exemple, d'un harcèlement au travail, d'événements familiaux, etc. Ils ne sont pas repérables médicalement mais peuvent l'être indirectement. Dans les Yvelines, le groupe ERIC fonctionne avec une dizaine de psychiatres publics et privés qui interviennent au domicile des patients pour une thérapie systémique familiale sur signalement par la police pour dénoyauter la crise.

- des populations spécifiques, par exemple les personnes âgées

On connaît les signes précurseurs du suicide chez les personnes âgées. On peut faire quelque chose. Monsieur LECOURT relève donc une grave faute de solidarité sociale.

Envisager des maisons de retraite psychiatriques (gérontopsychiatrie) est impensable, ce serait une institution « hyper-violente » sur le plan moral. Il est impossible de concentrer des personnes atteintes de paranoïa. Par contre, l'expérience de maisons de quartier (« Cantou ») où se regroupent des personnes âgées permettrait d'intégrer une personne âgée démente et ainsi d'avoir des structures mieux réparties (il en existe en Loire Atlantique).

2.3.2. Une mise en place progressive des réseaux

Pour commencer, on doit procéder à un état des lieux. Il est recommandé de créer des annuaires régionaux afin de désigner et de repérer les acteurs de la prévention et de la formation. Il est important pour les acteurs impliqués de se connaître et se reconnaître afin d'aboutir à un réseau informel (travail en partenariat).

Selon le Professeur TERRA, pour favoriser l'émergence d'un réseau, il faut des objectifs partagés, donner sa juste place à chacun, réunir les acteurs isolés, avoir une meilleure connaissance des partenaires en amont et en aval (chacun transmettant des flux), avoir une communication et une information fluide, un système documentaire fluide et partagé, l'idée étant de faire converger les points de vue. Penser réseau, c'est penser en terme de processus : comment accumuler les connaissances, favoriser un décloisonnement entre les différents acteurs, mieux synchroniser l'action et former les personnes.

Le Docteur DANIEL de la DDASS de Loire-Atlantique signale le caractère progressif de la mise en place d'un dispositif permettant une couverture de toute la population avec un maillage

relativement serré. Dans un premier temps des annuaires peuvent être réalisés, mais nécessitent une actualisation régulière. L'action sera ensuite ciblée sur des objectifs assez précis afin de mobiliser les énergies et d'obtenir des résultats sensibles. Ainsi, on mettra l'accent sur l'amélioration de la prise en charge hospitalière. Par la suite, on pourra porter l'attention sur le dépistage des populations à risque. La mise en place d'un véritable partenariat entre les acteurs, la constitution de vraies filières de soins n'interviendront que dans un troisième temps. Il faut, en la matière accepter d'inscrire l'action dans la durée.

2.3.2. Une mise en place progressive des réseaux

On peut distinguer d'une part des réseaux au niveau local et d'autre part une coordination nationale.

Les réseaux locaux sont concernés par des actions de proximité, par la prise en charge des individus fragilisés et par la prévention primaire ; ils sont centrés sur les patients. Cela implique pour une prévention primaire et secondaire un maillage serré du territoire.

La coordination nationale a pour vocation d'organiser la cohérence d'une politique de santé publique. Il est nécessaire pour avoir une action pluridisciplinaire sur le terrain d'avoir une démarche inter-institutionnelle au niveau national et régional. Il est également utile qu'un centre identifié puisse apporter un appui méthodologique aux acteurs de terrain, favoriser des retours d'expérience, élaborer des recommandations par le biais des conférences de consensus et proposer une évaluation. Pour autant, la démarche ne doit pas être uniquement descendante (du niveau national au niveau local). Au contraire, les organes régionaux et nationaux doivent s'enrichir des initiatives nées localement et parvenir à une mutualisation et à une diffusion des expériences les plus intéressantes.

Il est donc souhaitable de penser les réseaux à la fois de façon horizontale pour assurer la diffusion des informations et le suivi des patients localement, et à la fois de façon verticale : mutualisation des expériences, conférences de consensus.

CONCLUSION

« Se donner la mort, c'est clore son destin, en se précipitant dans l'immédiatement antérieur. Mais c'est aussi maintenir jusqu'au dernier instant l'ouverture de ce que Sénèque appelle, avant Sartre le "chemin de la liberté". C'est prouver la maîtrise que le sujet exerce sur ses conditions d'existence. » (Encyclopédie Universalis)

Bien que la prévention des suicides soit au rang des priorités de santé publique, le manque patent de coordination, de communication, de formation et d'information des professionnels concernés par la prise en charge des suicides, freine la mise en place d'actions de prévention globales et efficaces.

Dans la prévention des suicides, le réseau semble constituer une modalité opportune. Il présente l'avantage certain de permettre une reconnaissance mutuelle des différents professionnels acteurs de la prise en charge, de faciliter ipso facto l'orientation des suicidants et, d'assurer un suivi plus cohérent et adapté à la singularité de chaque situation ayant conduit au passage à l'acte.

Néanmoins, eu égard à la complexité du phénomène suicidaire, cette modalité d'organisation se heurte à des difficultés de deux ordres : d'une part, une difficulté à penser le réseau (notamment à cause du nombre de professionnels concernés à coordonner), d'autre part, une difficulté à le mettre en place. En effet, cette complexité des tenants et aboutissants du passage à l'acte pose le problème de l'identification de la « cible » du réseau de prévention : comment repérer les individus qui seraient potentiellement concernés ? De ce problème découlent la difficulté constatée d'émergence de réseaux de prévention et la question de leur spécialisation, voire psychiatrisation ou non. La question de la faisabilité de réseaux de prévention du suicide reste donc ouverte.

Compte tenu des effets du suicide en termes de mortalité mais aussi de bouleversement de l'entourage des suicidants-suicidés, le réseau doit être une modalité de prévention des suicides dans la mesure où il permet une prise en charge plus globale, plus complète et de meilleure qualité (il est à noter cependant qu'aucun réseau à ce jour n'a fait l'objet d'une procédure d'évaluation).

Mais ce qui sous-tend cette affirmation et ce que nous avons posé comme un postulat implicite tout au long de notre réflexion, c'est un droit à intervenir dans la vie privée d'autrui, en l'empêchant de se donner la mort.

Or quelle légitimité a-t-on pour prévenir le suicide ? Il y a une certaine violence (symbolique) à aller contre la liberté individuelle d'un sujet humain, à le protéger contre lui-même. Une réponse possible réside dans la présence des familles et le phénomène de mimétisme, largement observé dans l'environnement des suicidés-suicidants.

Malgré les avancées, le suicide garde une part de tabou. Au sein même du phénomène, le suicide des personnes âgées est occulté, voire ignoré. C'est la mort d'un enfant ou d'un adolescent qui choque les consciences. Celle d'une personne âgée paraît plus normale. Cela est lié au regard que l'homme porte sur son propre vieillissement et celui que la société porte sur ses vieillards, qui provoquent un sentiment d'inutilité et un isolement affectif et social.

Il est difficile d'éviter un jugement moral à l'égard du suicide. Le suicidant ou suicidé dresse un procès de la vie en général mais par là même de ses parents, de ses proches, de la société. De l'estime (« il a eu le courage d'aller jusqu'au bout ») à la lâcheté, de la sympathie au dégoût, de la pitié à la culpabilité, le suicide suscite une multitude de sentiments mélangés, contradictoires et véhicule une forte intensité émotionnelle.

Pour autant, si l'on considère que l'acte suicidaire peut être défini, au-delà même du choix d'en finir avec la vie, par la volonté d'un individu de mettre un terme à une situation de détresse telle qu'elle est devenue insupportable, le suicide apparaît alors comme un échec de la solidarité sociale. Il ne s'agit plus en l'espèce d'empêcher quelqu'un d'attenter à sa vie contre son gré, mais d'offrir à celui-ci le libre choix d'une autre alternative. C'est en ce sens que le développement des réseaux de prévention des suicides trouve sa légitimité, même si la pratique nous prouve que l'émergence de ces derniers n'est pas chose aisée.

ANNEXE 1 : HISTORIQUE DES RESEAUX DE SANTE MENTALE

Circulaire du 15 mars 1960 : grandes orientations de la politique de santé mentale

jetait les bases d'un réseau sectoriel de psychiatrie (assurer une continuité entre dépistage, traitement sans hospitalisation, soins avec hospitalisation, post-cure)

Loi du 31 juillet 1968 consacre la place des hôpitaux psychiatriques dans le giron hospitalier général, obligation étant faite à l' hôpital psychiatrique de s'associer à d'autres établissements publics ou privés dans la lutte contre les maladies mentales

Arrêté du 14 mars 1972 : "équipe pluridisciplinaire" sous la responsabilité de son chef de secteur

Circulaire n°431 du 14 mars 1972 : préconisait la création de **Conseils de Secteurs**, à l'instar des conseils départementaux de santé mentale ; permet la création de réseaux spécialisés par voie de conventions

Circulaire n°443 du 16 mars 1972 : fonde l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile ; précise les différents domaines d'intervention des équipes de secteur

Circulaire DGS-2030 du 12 décembre 1972 : insiste sur la concertation partenariale, la coordination des actions et l'articulation des acteurs ; recommande à nouveau l'articulation des "conseils de santé mentale de secteur"

Circulaires du 9 mai 1974 : n°DGS-891 : le conseil de santé mentale est un outil devant pallier le risque pour les équipes de s'enfermer dans leurs secteurs respectifs ; n°DGS-892 : relative à la sectorisation infanto-juvénile

Lois sociales de 1975 : modèle social et médico-social où les méthodes éducatives, pédagogiques ou d'insertion sociale prennent le pas sur la dimension proprement thérapeutique. Compartimenté d'une part le social et le médico-social, d'autre part le sanitaire

L'instruction du 24 août 1981 recommande en matière de psychiatrie infanto-juvénile la création d'antennes de consultations intégrées dans la cité et articulées avec le dispositif de soins

Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social donne une base légale au secteur psychiatrique

Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

C'est une structure de collaboration en matière de soins visant à éviter l'hospitalisation complète du malade ; assurer la continuité entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation, l'hospitalisation et les soins post-cure.

La participation des établissements de santé au secteur est obligatoire. Au sein du secteur assurent leurs missions les établissements de santé, toute personne morale de droit public ou privé ayant passé convention avec l'Etat. Les différents services et structures doivent s'organiser pour que le malade soit suivi par le professionnel qui correspond le mieux à son état de santé et pour qu'il puisse passer de l'un à l'autre en fonction de l'évolution de son état. L'hôpital est demeuré le pivot de cette organisation. Chaque secteur est placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier, assisté d'une équipe hospitalière pluridisciplinaire et médico-sociale.

Le décret n°86-602 du 14 mars 1986 définit la composition du conseil départemental de santé mentale, qui se substitue au conseil de santé mentale de secteur, mais se révèle être un échec ; distingue les secteurs de psychiatrie générale, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire

Circulaire n°90-5 du 14 mars 1990 : **grandes orientations de la politique de santé mentale** : élargit le champ de la psychiatrie à la santé mentale ; préconise la mise en place de **Conseils de Secteurs** : coordination de l'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux concernés, sur une même circonscription géographique, pour développer des programmes en **réseaux**, notamment sous la forme de "réseaux ville-hôpital". Le **Centre Médico-Psychologique (CMP)** est défini comme pivot du secteur. Les conseils de secteur n'ont jamais vu le jour.

Loi du 30 juillet 1991 incite les établissements de santé à "*participer en collaboration avec les médecins traitants et les services sociaux et médico-sociaux à l'organisation de soins coordonnés au domicile du malade et à des actions de coopération avec des personnes de droit public et privé avec lesquelles ils peuvent signer des conventions, participer à des syndicats inter-hospitaliers, des groupements d'intérêt public ou des groupements d'intérêt économiques.*".

Circulaire DGS-SP 2 n°88 du 1^{er} décembre 1994 relative aux actions de santé en faveur des personnes en difficultés : "*la mise en réseau des professionnels et des structures peut nécessiter des moyens de fonctionnement, un renforcement en personnel (...) et des actions de formation*".

L'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 installe définitivement le **réseau** comme un modèle à étendre à l'ensemble de la santé publique (**expérimentaux / médicaux / médico-sociaux**)

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 relative aux réseaux de soins et communauté d'établissements, ouvre la voie au **réseau thématique**

Article 51 de l'ordonnance hospitalière n° 96-346 du 24 avril 1996 : "*les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux*" visés par les lois de 1975 (...)

+ circulaire explicative du 20 février 1997

Le terme "réseau de soins" apparaît dans le Code de la Sécurité Sociale et celui de la Santé Publique le **24 mai 1996**.

Circulaire du 9 avril 1997 : modalités de création des réseaux impliquant des établissements de santé (convention agréée par l'Agence Régionale d'Hospitalisation)

Le **10 octobre 1998** : discours de Bernard KOUCHNER appelant à la mise en **réseau** et à l'ouverture sociale des secteurs de psychiatrie

Circulaire DGS-SG2-DAS-DH-DSS-DIRMI n°99-648 du 25 novembre 1999 reconnaît la pertinence de **réseaux de soins** préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux ; prévoit un **cahier des charges** pouvant prétendre à un financement de l'État

ANNEXE 2 : TYPOLOGIE DES RESEAUX

- **critères de classification des réseaux**

DURET propose de classer les réseaux selon

- la nature du bénéficiaire (personne âgée, handicapé, parturiente...)
- la pathologie prise en charge (grossesse, sida...)
- la nature du champ couvert (exclusivement sanitaire, exclusivement social, mixte...)
- la nature des personnes morales ou physiques constituant le réseau (établissements, établissement/ambulatoire, ambulatoire exclusif)
- la nature de l'objectif principal poursuivi (instaurer une complémentarité entre établissements, créer un dispositif en remplacement d'une prise en charge en établissement, coordonner les acteurs, favoriser l'accès aux soins des plus démunis, expérimenter des formules innovantes de tarification).

- **typologie des réseaux**

- réseaux de proximité

- visés par la circulaire DGS-SQ2-DAS-DH-DSS-DIRMI n°99-648 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs et sociaux
- les plus fréquents (1000 sur le territoire)
- les plus anciens (15-20 ans parfois)
- fondés par des professionnels militants avec relations interprofessionnelles solides, grande confiance mutuelle, absence de hiérarchie, ayant un idéal de santé publique, mais aussi des associations des usagers, des élus...
- le plus souvent entraînés par un leader charismatique
- quelques non-formalisés (sans statut fixe) ou loi 1901 mais toujours souple
- organisés autour de la relation soignant-soigné centrée sur le patient,
- toujours liés à l'hôpital, « ce qui pose des problèmes divers d'articulation, de financement conjoint ville-hôpital, voire de conventionnement »
- fragiles car financement aléatoire, donc pérennité très liée à la seule conviction des animateurs
- sont souvent passés de « réseau monopathologique » à « réseau de santé de proximité »
- ne survivent que s'ils peuvent sans cesse s'améliorer, contrairement à la « tendance naturelle de tout organisateur , en particulier institutionnel, à figer les dispositifs en tenant compte avant tout de sa propre sensibilité »

- réseaux thématiques purs

- très spécialisés (lutte contre la douleur, soins palliatifs, prise en charge du diabète, certains réseaux de périnatalité, réseaux psychiatriques...)
- plus institutionnalisés
- concernant essentiellement des professionnels
- souvent le point de départ est donné par une équipe hospitalière localisée dans un établissement pour se développer vers l'extérieur
- l'objectif est le plus souvent l'information des adhérents sur un thème bien précis
- le plus souvent étendus à l'ensemble du territoire (car très spécialisés)
- réseaux dit secondaires car souvent plus éloignés du malade
- voisins des « réseaux monopathologiques » mais n'ont pas tendance à évoluer vers les réseaux de proximité »

- réseaux inter-établissements

- relèvent de l'ordonnance du 24 avril 1996 et de l'article L. 712-3-2 du code de la santé publique

- très peu nombreux (exemple : réseau d'urgence entre SAMU et établissements, réseau de prise en charge des urgences périnatales, réseaux de complémentarité entre établissements...)
- centrés sur les établissements
- fixés par une convention entre établissements
- nécessitent l'agrément de l'ARH et soumis à la procédure d'accréditation
- limites géographiques souvent régionales
- réseaux expérimentaux (dits "réseaux SOUBIE")
- sont régis par l'article L.162-31-1 du code de la sécurité sociale
- les conditions d'existence :
 - assurer un meilleur service aux usagers
 - générer des économies pour l'assurance maladie
 - « protocoliser » les prestations délivrées aux usagers
 - forfaitiser les prestations de soins des professionnels libéraux (prise en charge globale du patient)
 - instaurer des règles d'exercice particulières dérogeant à celles de droit commun régissant l'activité ambulatoire
 - se doter d'un système d'information permettant l'évaluation coûts-efficacité
- expérimentation limitée à une durée de 3 ans.

ANNEXE 3 : L'EXEMPLE D'UN RESEAU DANS LES COTES D'ARMOR

Réseau « Souffrance psychique et phénomènes suicidaires »

Entretien avec Mme QUITTANÇON, Médecin Inspecteur de Santé Publique à la DDASS Côtes d'Armor

◆ Démarche de constitution :

▪ Modalités de sélection des acteurs locaux :

- Volonté de balayer toutes les dimensions : soins, prévention, accompagnement, éducation, justice, associatif.
- Volonté de ne pas "scinder" le public : prise en compte de tous les âges de la vie : de l'enfant au vieillard, car il y a toujours des interactions.

▪ Les différentes phases de constitution :

1) Constitution du groupe départemental de pilotage par la DDASS : 25 personnes dont un psychiatre et un psychologue

2) Objectifs du groupe : différentes actions, dont la constitution d'un réseau : pour ce faire, engagement d'une réflexion interne à la DDASS ; choix des acteurs (représentatifs, faisant le lien, faisant le retour d'information vers chaque discipline professionnelle, ...). Choix très important, construction faite pas à pas.

3) Rencontre du groupe départemental de pilotage avec toutes les équipes en hôpitaux, cliniques, cliniques psychiatriques accueillant les TS.

4) Réunions par secteurs : Saint Brieuc, Paimpol, Guingamp, ...

En deux temps :

- objectifs de la première rencontre :
 - . établir les conditions de confrontation des différents professionnels pour pallier leur méconnaissance, ce qui a permis la découverte de l'autre professionnel
 - . difficultés communes
- objectifs de la seconde rencontre :
 - . voir les ressources
 - . exploiter les difficultés rencontrées à la première rencontre
 - . tenter d'élaborer les réponses
- méthodologie :
 - . envoi à l'avance à chaque professionnel d'une fiche :
 - présentant la démarche
 - à compléter par le professionnel : identité, mission, difficultés, mode de confrontation au suicide, partenaires
 - . retour des fiches individuelles à la DDASS
 - . distribution à chacun d'un document regroupant les informations de l'ensemble des fiches, en particulier leurs coordonnées.

▪ Résultats constatés :

- accord des professionnels :

- sur ce qui fonctionne dans la prise en charge des suicides
 - sur les manques : isolement, sentiment d'être démuné, absence de coordination et d'articulation, difficulté de passer le relais
 - sur la nécessité de créer un réseau
- un autre manque : absence de bilan de ces rencontres.

◆ Forme du Réseau :

- minimum de formalisation : structure pivot facilitant la rencontre
- mais difficulté actuellement rencontrée : avoir des acteurs locaux jouant le rôle de coordination sur les secteurs.

◆ Evaluation du Réseau :

Les rencontres ont permis d'identifier les gens, de faciliter les articulations entre professionnels (liens informels)

Actuellement, le groupe régional de pilotage a proposé de faire une évaluation du réseau. Evaluer l'impact des réunions, pour savoir ce qu'il faut changer dans le fonctionnement. Le réseau est avant tout un outil de travail pour viser l'amélioration de la prise en charge.

ANNEXE 4 : L'EXEMPLE D'UN RESEAU A VANNES (MORBIHAN)

Entretien avec Mr MEUR, éducateur spécialisé

Le réseau vannetais est né de l'initiative conjointe du directeur du centre départemental de l'enfance du Morbihan et du chef de service de pédopsychiatrie du centre hospitalier de Vannes en 1991.

Mr MEUR partage son activité entre un mi-temps à Passe Muraille (écoute téléphonique et accueil) et un mi-temps à l'hôpital (prise en charge socio-éducative des jeunes qui sont passés à l'acte). L'objet de son intervention n'est pas spécifiquement le suicide, mais tous les comportements issus du mal-être.

<p>Local en centre ville mis à disposition par la municipalité</p>	<p>unité de 3 à 5 lits pour adolescents en difficulté)</p>
<p>Ecoute téléphonique des adolescents et jeunes adultes en situation de mal-être et des parents désemparés. Accueil physique Information sur le mal-être des jeunes par l'organisation de réunions publiques à la demande de collectivités ou d'associations Orientation éventuelle vers des professionnels pouvant traiter le problème identifié</p>	<p>Accompagner les adolescents dans le service de pédiatrie (dans une démarche socio-éducative. Préparer la sortie dans le domaine social</p>
<p>Mise en place d'un numéro vert pour lequel une large information est faite notamment sur les lieux scolaires Permanences assurées au téléphone et dans le local facile d'accès.</p>	<p>Plusieurs entretiens avec le jeune qui visent à la verbalisation de l'acte. Prise de contact avec les travailleurs sociaux du secteur dont dépend le jeune pour assurer un suivi post-hospitalisation. Organisation d'une réunion des travailleurs sociaux du secteur en cas de besoin. Echanges souvent informels entre les différents professionnels avant la rédaction de la synthèse par le pédiatre. Signalement éventuel au procureur</p>
<p>Rémunération par le centre départemental de l'enfance (conseil général) Convention entre diverses institutions pour mettre à disposition des intervenants sous forme de vacations Quelques bénévoles</p>	<p>Détachement de l'éducateur du centre départemental de l'enfance Rémunération par l'hôpital</p>

Quelques conditions de réalisation :

Une volonté maintenue dans le temps par les initiateurs du réseau
Une volonté politique constante pour assurer un financement
La limitation de l'action à une zone géographique restreinte.

PERSONNES RENCONTREES

Nom	Fonction	Structure
Mme BATT	Epidémiologiste	INSERM
M. LECORPS	Psychologue	ENSP
Dr QUITTANÇON	MISP	DDASS Côtes d'Armor
Dr LE BRIS	Médecin Directeur	Service communal d'hygiène et de santé de Rennes
Mme COATEVEN	Agent de santé social	Maison Associative de la Santé
Mme GARLADON	Permanente	S.O.S Amitiés
M. LECOURT	Psychologue	Groupe Médipsy
Dr EUDIER	Psychiatre	CHU Rennes
Dr GALLOT	MISP-cellule santé mentale	DGS
Pr TERRA	Psychiatre	ANAES
Dr DANIEL	MISP	DDASS Loire Atlantique
M. MEUR	Educateur Spécialisé	Réseau Passe-muraille (Vannes)
Pr HARDY BAYLE	Psychiatre	CH Versailles
Dr BINDER	Médecin généraliste	Lussant (17)

BIBLIOGRAPHIE

- ✓ *Prévention des suicides et tentatives de suicide, état des lieux, 1995-1997, Prémutam, Ed.FNMF, 1998*
- ✓ *La prévention primaire des troubles mentaux, neurologiques et psycho-sociaux, OMS, Ed. OMS, 1999*
- ✓ *Le suicide chez les jeunes, ANG B., PHILIPPE A., CHOQUET M., CFES, DGS*
- ✓ *Le suicide, DEBOUT M., Ed. Ellipses, Vivre et comprendre, 1996*
- ✓ *Le suicide, DURKHEIM E., Payot, 1980*
- ✓ *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui, DAVIDSON F. & PHILIPPE A., Etude épidémiologique, INSERM*
- ✓ *Suicide, un appel à vivre, DANIEL B., PIGNARD V., Module interprofessionnel, ENSP, 1996*
- ✓ *Quelle prévention du suicide ?, La santé de l'homme, Education pour la santé n° 342, CFES, juillet-août 1999*
- ✓ *Une politique de prévention des suicides ou des politiques de prévention, CHATELAIN A., LANGLAY F., Module interprofessionnel, ENSP, 1999*
- ✓ *Prévention des suicides et des tentatives de suicide en Pays de Loire, Contribution à l'évaluation du programme du Maine et Loire 1ère partie : évaluation du processus, 2^{ème} partie : évaluation d'impact et évaluation des résultats en terme de santé. Observatoire régional de la Santé des Pays de Loire, octobre 1999 et juin 2000 (site internet)*
- ✓ *Encyclopédie Universalis, article suicide*
- ✓ *La santé en France, 1996, Haut Comité de Santé Publique, la documentation française*
- ✓ *Aspects généraux des conduites suicidaires, PRIETO N, VIGNAT J.P, Objectifs Soins, n°60, 1998*
- ✓ *Le réseau Santé Mentale Yvelines Sud, HARDY-BAYLE MC, BRONNEC C., Le carnet psy, n° 52, mars 2000*
- ✓ *Atlas de la santé en France, volume 1, article les causes de décès.*
- ✓ *L'explicitation des concepts de filières et réseaux et leur application au champ social et au champ de la santé mentale, Technologie santé n° 38, septembre 1999.*
- ✓ *Réseaux de soins, Santé mentale n°44, janvier 2000*
- ✓ *Des réseaux pour la santé mentale, Pluriels n°17, avril 1999.*
- ✓ *L'annuaire des réseaux de soins, site internet medcost.fr*

Module interprofessionnel de santé publique

– 2000 –

Thème n°2

OPPORTUNITE ET FAISABILITE DES RESEAUX DE PREVENTION DES SUICIDES

Résumé :

Le suicide a clairement été identifié par le Haut Comité de la Santé publique comme un problème de santé majeur en France : le nombre de suicides atteignait 11 130 en 1997, ce chiffre est largement sous estimé. Un programme national de prévention du suicide a été lancé, en 1998 par B. Kouchner et 13 Programmes Régionaux de Santé (PRS) ont démarré. Une conférence de consensus sur la crise suicidaire est prévue fin 2000.

Le phénomène suicide est une notion délicate à approcher : il faut bien distinguer suicide « abouti », tentative de suicide et conduite suicidaire. La prévention de ces différentes entités ne peut être conçue suivant la même méthodologie : la prévention primaire a pour objectif de prévenir la première tentative de suicide à un niveau global, la prévention secondaire vise à repérer les groupes à risque, la prévention tertiaire a pour but de réduire le risque de récurrence.

Le problème posé est celui de la mise en place de réseaux englobant les préventions primaire, secondaire et tertiaire. Ils doivent tenir compte des objectifs suivants : former le personnel de santé, améliorer la communication entre les intervenants, accroître la coordination entre les acteurs, mettre en place un système de recueil de données...

La mise en place d'un réseau est difficile (confrontations des perceptions, intérêts, pratiques...). Mais les difficultés sont encore plus nombreuses dans le domaine de la prévention du suicide : faut-il créer un réseau pour la prévention primaire du suicide et un autre pour la prise en charge des suicidants ? Doit-il être placé dans le cadre de la santé mentale ? Bien qu'à peu près la moitié des suicidants aient une pathologie psychiatrique reconnue, on sait que beaucoup de gens craignent d'être identifiés comme relevant de la psychiatrie. Quelles sont les conditions de fonctionnement d'un réseau ? Quatre conditions paraissent indispensables : la nécessité, au moins au départ, d'un fondateur « charismatique », l'évolution vers un réseau formalisé, ne serait-ce que pour obtenir un financement de l'État, l'absolue nécessité d'un coordinateur compétent, l'obtention d'un financement pérenne.