

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

avril 2002

LUTTE CONTRE LE SUICIDE ET LES TENTATIVES DE SUICIDE

**APPROCHE INSTITUTIONNELLE
A PARTIR DE LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE
AU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL D'ORLÉANS**

Hélène de SEVERAC

Sommaire

1 - INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
1.1 « Le suicide est à l'ordre du jour... »,	1
1.1.1 La démarche de santé publique.....	1
1.1.2 La stratégie institutionnelle d'une politique de santé.....	2
1.1.3 La terminologie :	2
1.2 Contexte général	3
1.3 Contexte du mémoire	5
1.3.1 Choix du thème	5
1.3.2 La problématique.....	6
1.3.3 Les hypothèses	7
1.3.4 L'objectif	8
1.3.5 La méthodologie retenue	8
1.3.6 Plan du mémoire	10
2 - LE SUICIDE, UN PROBLÈME DE SANTÉ PUBLIQUE EN EVOLUTION	11
2.1 Les enjeux sanitaires : épidémiologie.....	11
2.1.1 Données épidémiologiques.	11
2.1.2 Tentatives de suicide et incertitudes épidémiologiques.....	17
2.1.3 Les récidives	19
2.2 Les enjeux sociaux et les orientations nationales	20
2.2.1 Suicide et société	20
2.2.2 Des données épidémiologiques aux choix politiques	21
2.2.3 Les recommandations de l'ANAES	23
2.3 Les enjeux institutionnels.....	24
2.3.1 La déclinaison des choix politiques.....	24
2.3.2 Les outils des politiques de santé et de soins	26
2.3.3 L'hôpital.....	28
2.4 Enjeux juridiques : La responsabilité.....	34
2.5 Conclusion de la première partie	37
3 - QUELLES STRUCTURES POUR QUELLE PRISE EN CHARGE ?.....	39
LES SUICIDANTS AU QUOTIDIEN AU CHR D'ORLÉANS.	39
3.1 Présentation du Centre hospitalier d'Orléans	39

3.2	Historique.....	40
3.3	L'utilisation du programme de médicalisation des systèmes d'information comme outil épidémiologique	45
3.4	Prise en charge au quotidien.....	45
3.4.1	Accueil au service des urgences de La Source	46
3.4.2	La prise en charge somatique.....	46
3.4.3	La prise en charge psychiatrique	47
3.4.4	La prise en charge sociale	49
3.4.5	Principales modalités d'orientation après une tentative de suicide.....	49
3.4.6	Protocole spécifique de l'accueil des jeunes en pédiatrie à l'hôpital de la Madeleine.....	50
3.4.7	Protocole utilisé dans les autres services d'hospitalisation	50
3.5	Eléments apportés par les entretiens semi-directifs.....	51
3.5.1	La motivation des personnels soignants et non- soignants	51
3.5.2	Les partenaires.....	52
3.5.3	Les structures.....	54
3.5.4	Les protocoles	56
3.5.5	Les difficultés recensées:	56
3.5.6	Le potentiel de suivi épidémiologique de la morbidité par le PMSI.....	58
3.5.7	L'articulation des politiques de santé et de la structure hospitalière	58
3.6	Conclusion de la deuxième partie	60
4 -	ANALYSE : DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE	61
4.1	Les recommandations de l'ANAES sont-elles applicables ?.....	61
4.1.1	La prise en charge somatique.....	61
4.1.2	La prise en charge psychiatrique	62
4.1.3	La préparation à la sortie, le suivi	63
4.1.4	La prise en charge sociale	64
4.2	Le support d'une politique de santé.....	65
4.2.1	Mobilisation et représentation sociale	65
4.2.2	L'évolution du service public	67
4.2.3	Une évaluation de la morbidité	68
4.3	L'articulation d'une politique de soins à la politique de santé	70
4.3.1	Le niveau administratif,.....	71
4.3.2	Le niveau politique.....	71
4.3.3	Le niveau méthodologique.....	71
4.3.4	Le niveau financier	72
4.4	Les structures hospitalières.	73

4.4.1	Les tendances	73
4.4.2	Les textes et les acteurs	74
4.4.3	La quantification des besoins.....	74
4.4.4	Une potentielle montée en charge	74
4.5	Les moyens.....	75
4.5.1	Aspect financier :	75
4.5.2	Aspect matériel et humain:	76
4.6	Autour de la psychiatrie	76
4.7	Propositions.....	77
4.7.1	Où sont les priorités ? La Quantification.	77
4.7.2	Concertation – Coopération - Coordination.....	78
4.7.3	Les missions des psychiatres, des psychologues et des infirmiers psychiatriques.	80
4.8	Conclusion de la troisième partie.....	81
5 -	CONCLUSION GÉNÉRALE	82

Liste des sigles utilisés

ANAES : Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé.

A.R.H. : Agence régionale de l'hospitalisation.

CAP : Centre d'accueil permanent.

CHRO : Centre hospitalier régional d'Orléans.

CIM : Classement international des maladies.

CMP : Centre médico - psychologique

CNS : Conférence nationale de santé

COM : Contrat d'objectifs et de moyens.

CRS : Conférence régionale de santé.

CROSS : Comité régional d'organisation sanitaire et sociale.

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

DIM : Département d'information médicale

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales.

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

FNORS : Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé.

FNPEIS : Fond national de prévention, d'éducation et d'information en santé

HCSP : Haut comité de santé publique.

HTCD : Hospitalisation de très courte durée

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers.

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national des statistiques et de la recherche médicale

ISA : Indice synthétique d'activité

MISP : Médecin inspecteur de santé publique.

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORS : Observatoire régional de la santé.

PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

PRS : Programme régional de santé.

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAU : Service accueil des urgences

SMUR : Service mobile d'urgences.

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

TS : Tentative de suicide.

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée.

1 - INTRODUCTION GENERALE

Il n'aurait fallu

Qu'un moment de plus

Pour que la mort vienne

Mais une main nue

Alors est venue

Qui a pris la mienne **Aragon¹**

1.1 « LE SUICIDE EST A L'ORDRE DU JOUR... »,

« Le suicide est à l'ordre du jour... », première phrase de l'ouvrage de Moreau de Tours² en ...1899.

Le suicide fait malheureusement partie des réalités sociales, il a toujours existé et dans toutes les cultures. S'il est considéré comme un phénomène social depuis l'analyse sociologique qu'en a fait Durkheim³ à la fin du siècle dernier, il concerne aussi l'individu à un niveau existentiel.

Qu'elles soient théologiques, philosophiques, médicales, psychiatriques, psychologiques, sociologiques ou autres, le suicide a fait l'objet de multiples approches et son analyse sous différentes perspectives montre des points de vue différents. Un point commun est la résistance fondamentale de l'homme devant le suicide.

Au cours du temps et selon les lieux, le suicide a pu être représenté comme un droit à la vie, un droit à la mort. Actuellement, dans notre société, il peut être synonyme d'un droit au secours. « On ne se tue jamais que pour exister » (Malraux).⁴

Ce mémoire s'inscrit dans une approche de santé publique dont nous allons décrire la démarche, au niveau institutionnel qui est celui du médecin inspecteur de santé publique.

1.1.1 La démarche de santé publique⁵

La démarche en santé publique comporte plusieurs étapes.

La révélation d'un problème de santé correspond à tout constat d'anormalité ou à tout doute à propos d'un événement ou d'une situation révélée par un des acteurs de santé. Son

¹ Le roman inachevé. 1956.

² Suicides et crimes étranges

³ Le Suicide, étude de sociologie, Ed. P.U.F., Paris, 1981, 463 p.

⁴ La voie royale, 1930

⁵ Bröker et Fassin., Santé Publique, Ellipses, 1989, 848 p.

importance est définie par trois critères, la fréquence actuelle et prévisible, la gravité qu'elle soit clinique (retentissement sur le pronostic vital), économique (coûts directs ou indirects), sociale (niveau socio-économique des populations concernées) et l'efficacité des moyens disponibles pour éviter ou traiter le problème.

Il est nécessaire de comprendre le phénomène pour pouvoir agir, les objectifs d'intervention sont à définir et à chiffrer à condition d'avoir des moyens d'intervention, c'est à dire des outils dont l'efficacité a été démontrée.

La stratégie d'intervention dépend de la faisabilité administrative et politique et de la faisabilité technique et financière. Elle doit intégrer les paramètres d'évaluation ; Elle doit permettre une amélioration de l'intervention.

1.1.2 La stratégie institutionnelle d'une politique de santé⁶

La stratégie institutionnelle d'une politique de santé repose sur des éléments bien identifiés : La mobilisation de l'ensemble des acteurs nécessite la formation des professionnels et l'information de la population.

Le développement de la recherche et l'utilisation des connaissances en santé concernent aussi l'analyse, l'évaluation des politiques sociales et du fonctionnement des dispositifs institutionnels aux différents niveaux.

L'amélioration de l'action administrative dans le domaine de la santé concerne la cohérence législative, budgétaire et contractuelle.

Le développement du partenariat et du système d'information doit améliorer la cohérence et la pertinence et favoriser des actions déterminées plus objectivement à partir des résultats validés des informations recueillies et rassemblées.

Le dernier élément concerne la prise en compte des aspects éthiques dans les décisions relatives à la santé.

1.1.3 La terminologie :

Un certain nombre de termes que nous utiliserons par la suite doivent être définis.

Suicide : Durkheim avait défini le suicide comme « un cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte accompli par la victime elle-même et qu'elle savait produire ce résultat ».

La Classification Internationale des Maladies (CIM) le définit comme « tout acte d'issue fatale posé volontairement dans l'intention de se donner la mort ». Le suicidé est donc une personne dont le geste a eu une issue fatale contrairement au suicidant dont le geste n'a pas

⁶ Haut Comité de Santé Publique, rapport au ministère, 1992.

eu d'issue fatale et qui a survécu. Une tentative de suicide (TS) représente un passage à l'acte non fatal du suicidant.

L'adjectif suicidaire s'applique lorsqu'il existe un risque de recours au suicide, les idées suicidaires représentent la conceptualisation et l'élaboration du suicide par la verbalisation ou le comportement. Plus que la notion de geste suicidaire, la notion de comportement suicidaire s'inscrit dans l'histoire du sujet. Un primo suicidant est une personne qui n'a jamais eu d'antécédent de tentative de suicide et qui passe à l'acte pour la première fois, un multi suicidant est une personne qui a des antécédents de tentative(s) de suicide.

Prévention : La prévention est une démarche active. On parle de prévention primaire lorsqu'il s'agit d'éviter l'apparition d'un trouble, d'une pathologie ou d'un phénomène indésirable. Dans notre mémoire, il s'agit d'éviter les décès liés aux gestes suicidaires. La prévention secondaire consiste à prendre en charge les suicidants et la prévention tertiaire se préoccupe d'en atténuer les complications et donc, ici, d'éviter les récurrences de tentatives de suicide. On parle de post-vention lorsqu'on intervient après le processus, en particulier, lors de suicide, en aidant la famille et les proches à faire le deuil du suicidé.

Santé et soins : Les dernières notions à définir sont les notions de santé et de soins : la santé englobe les soins mais recouvre un champ plus vaste. Le système de santé est défini comme le « fonctionnement de l'ensemble des éléments qui détermine l'état de santé de la population, il est composé du système de soins et aussi d'aspects ou d'éléments du système économique et social, du système culturel, du système économique, etc »⁷.

L'aspect **institutionnel** se réfère au concept d'une entité autonome, spécifique et durable dont on peut écrire l'histoire, décrire le fonctionnement : Les institutions sont des formes sociales établies ou des processus par lesquels la société s'organise⁸.

1.2 CONTEXTE GENERAL

En France, le nombre de décès par suicide a connu une augmentation importante au cours des 20 dernières années pour se stabiliser aux alentours de 11 à 12 000 décès par an. Le nombre de décès par suicide est actuellement supérieur à celui des décès par accident de la circulation⁹.

⁷ Godue, Chambaud, Les risques d'une politique de santé, in, Kovess & al « planification et évaluation des besoins en santé mentale », Médecine-Sciences, 2001

⁸ Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, Paris, Ed. d'organisation, 1982

⁹ Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Etudes et résultats 2001

Le suicide constitue donc un problème de santé publique, par sa fréquence et sa gravité.

Cependant, les statistiques les plus accessibles ne concernent que la mortalité. De plus, elles ne sont pas exemptes de biais qui conduisent probablement à une sous-estimation du nombre de décès par suicide¹⁰.

Le suicide entraîne non seulement des pertes en vies humaines mais il est également le témoin de problèmes psychologiques et sociaux importants. Les tentatives de suicide peuvent provoquer des séquelles invalidantes, source de handicaps et générant un coût social élevé.

La prévention est difficile, les facteurs étiologiques sont multiples, d'autant que les facteurs précipitants sont presque toujours incontrôlables¹¹.

La santé mentale est un des points de "la santé pour tous en l'an 2000" de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La prévention du suicide est une des dix priorités arrêtées par la Conférence Nationale de santé (CNS) de 1996.

Les actions de prévention du suicide commencent à se développer. Depuis 1997, une journée nationale pour la prévention du suicide est organisée chaque année, mobilisant l'ensemble des acteurs concernés.

Un premier programme national a été élaboré pour la période 1997/2000, puis reconduit pour la période 2000-2005.

Depuis 1995, certaines régions se mobilisent, des actions se mettent en place. Les conférences régionales de santé et les PRS en sont une illustration. La prise en charge hospitalière s'organise, notamment dans les services d'urgences hospitalières qui accueillent un grand nombre de suicidants, dont près de la moitié pour une récidive.

Le suicide est donc reconnu comme une priorité de santé publique.

Les études réalisées sur les récidives de suicide ont montré un risque accru de décès par suicide après tentative de suicide¹².

¹⁰ Cela est dû à un défaut de déclaration par les instituts médico-légaux ou à l'existence de « suicides cachés » inscrits dans d'autres rubriques de décès comme les accidents ou les intoxications...

¹¹ On parle de raptus suicidaire.

¹² OMS, 1992 ; Guérin et al, 1992, Harry et Johnson, 1996,

En 1998 étaient élaborées les recommandations de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) sur la prise en charge hospitalière des adolescents dont l'objectif est de diminuer le nombre de récives suicidaires.

Une conférence de consensus de l'ANAES en 2000 a élargi les propositions de prise en charge aux adultes et à certains publics ciblés (détenus, personnes âgées, toxicomanes).

Les données de la science définissent, à travers ces recommandations, un protocole de prise en charge permettant d'espérer une diminution des récives.

1.3 CONTEXTE DU MEMOIRE

Dans la région Centre, où je suis médecin inspecteur de santé publique (MISP) stagiaire, l'observatoire régional de la santé (ORS) annonce un excès de 25 % de décès dus au suicide comparativement à la moyenne nationale. Le thème du suicide a été reconnu comme une priorité régionale et inscrite dans le programme régional de santé (PRS) suite à la conférence régionale de santé, en 2000. Avant d'être reconnue comme priorité de santé au niveau de la région, une réflexion sur la prévention et la prise en charge des suicidants avait été développée depuis les années 80 par les professionnels de santé locaux et les acteurs associatifs, en particulier à Orléans.

1.3.1 Choix du thème

Le choix du thème a été guidé par l'actualité du PRS suicide en région Centre et après discussion avec le médecin de l'observatoire régional de la santé (ORS) qui a insisté sur l'importance du problème. Le maître de stage était favorable à ce choix et souhaitait que le mémoire me permette de connaître, à partir d'une priorité de santé publique, d'une part l'organisation de la politique de santé et d'autre part celle des centres hospitaliers afin d'en avoir une vue globale et de me situer en tant que médecin inspecteur de santé publique (MISP).

Ce travail s'inscrit dans le rôle du médecin de santé publique à trois niveaux :

Le niveau santé publique qui, par l'observation et à l'aide d'outils épidémiologiques, fait ressortir les besoins de la population.

Le niveau médecin qui recherche les solutions "thérapeutiques" adaptées à la situation.

Le niveau médecin inspecteur de santé publique comme acteur local transversal, comme acteur de la politique gouvernementale de santé et comme garant de la qualité du service public.

De plus, la dynamique santé-social est pour moi un sujet extrêmement motivant.

Nous avons limité le champ de ce mémoire à la prévention des récidives, pour lesquelles il existe un protocole validé, et à l'étude des démarches de santé publique à deux niveaux :

Au niveau national, l'émergence d'un problème de santé publique a entraîné des orientations en matière de politique de santé publique. La déclinaison des objectifs nationaux jusqu'au niveau local dépend des outils administratifs mis en place et de la mobilisation des acteurs locaux.

Au niveau du centre hospitalier régional d'Orléans : la demande de soins a permis la reconnaissance d'un problème de santé publique. Les professionnels hospitaliers ont dû s'adapter techniquement pour faire face aux besoins de la population.

1.3.2 La problématique

La problématique porte sur l'articulation entre deux démarches institutionnelles distinctes, d'une part, la mise en œuvre d'une politique de santé publique, d'autre part, une démarche locale concernant la coordination entre les besoins ressentis et la politique de soins. Ce n'est qu'après le premier stage et après avoir évoqué un grand nombre de questions relatives à la prise en charge des suicidants et au rôle de l'hôpital dans la politique de santé que la problématique a pu être cernée. Parmi les questions que l'on peut se poser, nous en avons retenu les quatre principales.

La politique nationale a annoncé des objectifs chiffrés (descendre en dessous de 10.000 suicides par an) ; comment est-elle déclinée, sur le plan institutionnel, du niveau national au niveau des établissements et des acteurs locaux ?

L'épidémiologie a permis de montrer qu'environ la moitié des suicidants récidivent. Il apparaît donc que la prévention des récidives est un problème aussi important que celle du dépistage du risque suicidaire en général. De plus, une intervention à ce niveau semble plus aisée puisque la plupart des suicidants ont un contact avec une équipe médicale.

C'est pourquoi, dans ce mémoire, sans méconnaître l'importance de la prévention primaire en ce qui concerne le suicide, nous nous sommes axés sur les préventions secondaire et tertiaire. Celles-ci reposent sur la prise en charge et le suivi des suicidants qui devraient permettre de diminuer le nombre de récidives.

Une conférence de consensus a été réalisée par l'ANAES, en 1998, définissant un protocole de prise en charge optimale. Comment les professionnels de soins des établissements de santé vont-ils pouvoir non seulement se l'approprier, mais aussi le mettre en œuvre ? Et ce d'autant qu'il existe des limites aux ressources tant économiques

qu'humaines et que l'obligation de donner "des soins consciencieux, diligents et conformes aux données actuelles de la science" engage la responsabilité médicale.

Dans un contexte local spécifique, quand un problème de santé publique apparaît comme ce fut le cas à Orléans, quelles démarches et quels moyens les acteurs locaux utilisent-ils pour réagir ?

Ces trois questions peuvent éclairer une dernière question : **quelle est l'influence de la mise en place d'une stratégie nationale de santé publique au niveau des soins et de la prise en charge locale des patients et quelles sont les difficultés rencontrées ?**

Pour répondre à ces questions, nous proposons quelques hypothèses.

1.3.3 Les hypothèses

Notre première hypothèse repose sur l'existence d'un filtre organisationnel¹³. Il peut être lié à des facteurs de type économique, technologique, humain par exemple. Ce filtre organisationnel peut créer une incohérence entre les objectifs et les résultats. En analysant la déclinaison des objectifs nationaux, idéale dans sa formulation et les résultats obtenus en application sur le terrain, au niveau d'un centre hospitalier, on peut observer un décalage. Il peut aussi entraîner une réaction d'opportunité ne tenant pas obligatoirement compte des priorités réelles, quantifiées.

La deuxième hypothèse découle des obligations nouvelles. Jusqu'à récemment, la plupart des structures hospitalières n'avaient pas développé d'organisation spécifique pour hospitaliser les suicidants qui en post-urgence ne nécessitaient pas un suivi somatique. Les recommandations de l'ANAES préconisant une hospitalisation quasi systématique des suicidants ont modifié l'abord thérapeutique des professionnels, engendrant un besoin nouveau et la nécessité d'une restructuration au sein de l'hôpital pour s'adapter à cette nouvelle demande.

La troisième hypothèse s'inscrit dans le contexte actuel de limitation des ressources économiques et humaines : les moyens du système de soins, adaptés à la situation actuelle,

¹³ Concept formé à partir de certaines contraintes stratégiques du HCSP et des analyses de Crozier et al. sur l'organisation pour tenir compte des différents facteurs qui interviennent dans la mise en œuvre de la politique de santé.

sont insuffisants pour permettre une déclinaison à la lettre des politiques de santé impliquant une augmentation de la demande de prise en charge.

En particulier, l'insuffisance du nombre des psychiatres pose le problème en temps et en lieu d'une prise en charge spécialisée qui introduit notre quatrième hypothèse. Malgré les contraintes réglementaires pour organiser la présence d'un psychiatre aux urgences et la psychiatrie de liaison, les infirmiers psychiatriques ou les psychologues vont être repositionnés pour l'évaluation psychiatrique de première intention afin de pallier le déficit en psychiatres.

Enfin, la réticence vis à vis du "psychiatrique" ne favorise pas la prise en charge psychologique et le suivi.

1.3.4 L'objectif

L'objectif principal de ce mémoire est de mieux connaître les processus existant entre des objectifs politiques affichés et la prise en charge effective au niveau local et d'identifier les facteurs interférents dans la mise en œuvre d'une politique de santé.

Les objectifs intermédiaires concernent, à propos de la prévention du suicide, l'identification d'un problème de santé publique, la déclinaison des objectifs nationaux, la description des outils des politiques de santé et de soins et l'analyse des éléments apportés par l'étude de la prise en charge des suicidants dans un centre hospitalier régional.

1.3.5 La méthodologie retenue

En premier lieu, une recherche documentaire permet de faire le point sur l'aspect épidémiologique du suicide et des tentatives de suicide ayant conduit à la détermination d'une politique de santé publique. Nous passerons en revue les outils institutionnels permettant la mise en œuvre des objectifs de la politique de santé publique à travers les outils de la planification et de l'organisation des soins.

Dans un deuxième temps, pour en percevoir les aspects plus réels, des entretiens sont réalisés localement ainsi qu'une recherche de documents finalisés pour chercher à comprendre l'émergence d'un problème de santé publique à partir d'une demande de soins spécifiques liés aux tentatives de suicide et les moyens mis en place par les professionnels pour lutter contre les risques de récurrences.

Dans un troisième temps, à partir d'une analyse qualitative des données recueillies et par la comparaison de l'écart entre les aspects théoriques et pratiques nous essayerons de faire la synthèse sur l'articulation entre une démarche générale de santé publique et une démarche

locale de soins en complétant les réponses aux questions posées et en testant les hypothèses avancées.

Recherche documentaire

Recherche de documents relatifs au thème du suicide et à la politique de lutte contre le suicide (au niveau local, départemental, régional, national, européen et mondial) et à la prévention du suicide, disponibles à la DRASS, sur intra net et sur Internet.

Interrogation de la base de données de santé publique.

Consultation des ouvrages disponibles à l'école nationale de santé publique (ENSP) traitant du suicide, de sociologie, des politiques de santé, de l'organisation sociale et sanitaire.

Thèse de médecin de Tours : une étude de l'efficacité du dispositif chez les primo-suicidants réalisée dans le service d'urgence du Centre hospitalier d'Orléans.¹⁴

Documents hospitaliers concernant les projets d'établissement et les conventions.

Protocole d'audit de l'ANAES, les audits déjà réalisés appartenant aux centres hospitaliers ne sont pas accessibles au public mais ils ont donné lieu à une synthèse éditée par la fédération nationale des observatoires de la santé (FNORS).

Entretiens semi-directifs à partir d'une grille d'entretien

La grille d'entretien permet

D'apprécier la sensibilisation de la personne interrogée au phénomène étudié, suicide et tentatives de suicide.

De comprendre le rôle des différents intervenants, des instances, des partenaires, des structures

De connaître les groupes de réflexion saisis sur la question et ce qui a été réalisé localement.

De percevoir la réalité : le circuit des patients, les critères utilisés pour les différentes procédures d'accueil, d'orientation, de prise en charge et de suivi, l'intégration des recommandations de l'ANAES dans des protocoles.

D'appréhender les satisfactions ou/et les difficultés rencontrées, leurs causes et les améliorations possibles

Pour ces entretiens j'ai rencontré des professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs du CHRO, des partenaires du CHRO ainsi que des personnels administratifs

¹⁴ APPADOO J.N. Prise en charge des suicidants d'une unité de courte durée et devenir de ces patients à un an. Thèse de doctorat en médecine, Tours, 1998.

des services déconcentrés. Une liste des personnes rencontrées figure en annexe 1 ainsi que la grille d'entretien.

Les éléments recueillis lors du premier stage ont illustré la dynamique lente mais progressive, depuis 1980, de la prise de conscience et de l'adaptation des professionnels et des structures. L'évolution est marquée de progrès successifs, selon les besoins du service, les motivations des personnels, les possibilités de l'établissement, et les priorisations des objectifs. Cependant, certaines difficultés ont été notées très rapidement concernant la prise en charge des suicidants. Ce premier stage a permis de définir la problématique du mémoire et d'avancer quelques hypothèses. Pour répondre aux questions posées, une recherche complémentaire des documents correspondant à l'évolution des organisations et des pratiques au CHRO a été nécessaire. Cependant tous les documents concernant l'évolution de la prise en charge des suicidants, évoqués par les acteurs hospitaliers, n'ont pu être retrouvés.

Les hypothèses retenues m'ont obligée, au cours des rencontres avec les administratifs, à développer plus spécifiquement les points de la grille d'entretien concernant les relations administratives autour du PRS.

1.3.6 Plan du mémoire

Ayant choisi une démarche de santé publique pour ce mémoire, nous commencerons dans une première partie que nous avons appelée « Le suicide, un problème de santé publique en évolution », par montrer comment, à partir des données épidémiologiques, la prise de conscience du problème de santé publique s'est imposée et a défini des objectifs nationaux et une stratégie de mise en œuvre de la politique de santé. Ces objectifs sont rendus opérationnels grâce aux outils de la politique de soins. Nous développerons plus particulièrement les points concernant l'hôpital, structure institutionnelle opérationnelle pour mettre en œuvre les objectifs nationaux de santé, mais aussi, structure locale de soins ayant une dynamique propre. La notion de responsabilité sera le dernier point exploré dans cette première partie.

Dans une deuxième partie, appelée « Les suicidants au quotidien au Centre Hospitalier Régional d'Orléans (CHRO) », nous étudierons, en prenant pour contexte le CHRO, l'émergence de ce même problème de santé publique, la population concernée et la façon dont les acteurs locaux ont réagi en fonction des possibilités administratives, techniques et financières qui leur étaient accessibles.

Enfin, dans la dernière partie, appelée « analyse, de la théorie à la pratique », nous analyserons l'adéquation politique, administrative et technique entre ces deux démarches qui sont sensées s'articuler autour d'un objectif commun, la réduction du nombre de tentatives de suicide et nous proposerons quelques pistes de réflexion et d'actions.

2 - LE SUICIDE, UN PROBLEME DE SANTE PUBLIQUE EN EVOLUTION

Des données épidémiologiques aux objectifs de santé publique, des objectifs de santé publique à leur déclinaison sur le terrain, les enjeux sont nombreux. Les enjeux sanitaires parlent à travers l'épidémiologie, les enjeux sociaux sont décrits par l'historique de la réponse politique, les enjeux institutionnels sont décrits par les outils mis en place pour répondre aux objectifs de santé et aux besoins de soins. La mise en place de ces outils a donné à l'hôpital un rôle d'acteur institutionnel de santé publique que nous retrouverons dans la lutte contre le suicide, au niveau de la prise en charge des suicidants et de la prévention des récidives.

2.1 LES ENJEUX SANITAIRES : EPIDEMIOLOGIE

C'est généralement à partir des données épidémiologiques que s'est élaborée la prise de conscience de l'existence d'un problème de santé publique. Ces données permettent aussi de suivre l'évolution du phénomène et d'évaluer les résultats de la politique mise en œuvre.

2.1.1 Données épidémiologiques.

Dans la plupart des pays où existent des statistiques sanitaires, on trouve deux sources d'informations pour étudier l'épidémiologie des gestes suicidaires : la mortalité et la morbidité.

En France, sur la mortalité en général, et pour le suicide en particulier, les données sont recueillies par l'institut national des statistiques et de la recherche médicale (INSERM) de manière presque exhaustive par les bulletins de décès qui apportent des données socio-démographiques et des données médicales.

Pour les tentatives de suicide, les données sont partielles, dépendantes des enquêtes menées, de leurs buts et des échantillons étudiés. Elles apportent cependant des renseignements plus qualitatifs en particulier sociaux et médicaux.

2.1.1.1 Dans le monde

Le nombre annuel de tentatives de suicide dans le monde se situe entre 10 et 20 millions par an et un million de personnes meurent par suicide chaque année¹⁵.

¹⁵ Les statistiques de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur le taux de suicide dans différents pays se trouvent en annexe 2.

D'après le dernier rapport 2001 de l'OMS, les taux de suicide en Europe vont de 11 à 36 pour 100 000 habitants, les taux les plus forts enregistrés dans la région européenne étant également les taux les plus élevés du monde. Certaines populations sont particulièrement exposées, telle la population masculine en Europe orientale. En Europe occidentale, toutefois, les adolescents et les femmes sont de plus en plus exposés.

Ce rapport mentionne que le coût d'un suicide, dans un pays du nord de l'Europe, pouvait atteindre environ 2,5 millions de dollars des États-Unis, celui d'une tentative de suicide, 7100 dollars. Dans un pays comme la Suède, où le nombre des suicides correspond assez à la moyenne, ces coûts équivaldraient à 1,5% du PNB annuel.

Comparativement à d'autres pays, la France fait partie des pays les plus touchés concernant les taux de suicides. La France occupe le 4^e rang en Europe et le 1^{er} rang en Europe pour la tranche d'âge 25-34 ans (INSERM 1997).

Il faut savoir que les comparaisons internationales peuvent être biaisées du fait de la disparité de recueil des statistiques sanitaires.

2.1.1.2 En France

2.1.1.2.1 *Les statistiques nationales de mortalité*

Depuis 1968, le service commun n° 8 (SC8) de l'Institut National des Statistiques et de la Recherche Médicale (INSERM), en collaboration avec l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), élabore les statistiques nationales annuelles des causes de décès. Ces données sont ensuite analysées (DREES, ORS¹⁶ ...).

Le suicide apparaît être la première cause de mortalité entre 25 et 34 ans et la deuxième cause de mortalité entre 15 et 24 ans après les accidents de la route.

Il faut considérer, de plus, que les données épidémiologiques fournies par les certificats de décès sont inférieures à la réalité. Cela est dû au fait que les morts suspectes peuvent entraîner une investigation médico-légale, le certificat médical n'est alors pas transmis directement à l'INSERM (la cause du décès étant établie après l'expertise, les conclusions arrivent à l'INSERM après enregistrement du dossier), le décès est alors codé en "cause non déclarée". L'INSERM, suite à des études réalisées avec les Instituts médico-légaux de Paris

¹⁶ DREES : Direction de la recherche et des études de l'évaluation et des statistiques.

ORS : Observatoire régional de la santé

et de Lyon avance un taux de correction de 25 % à ajouter au nombre de décès par suicide pour la tranche d'âge 15-24 ans.

D'autre part, le médecin appelé pour établir le certificat de décès peut avoir déclaré le mode de la mort sans préciser s'il s'agit d'un décès accidentel ou intentionnel. Le décès est alors codé sous la rubrique « traumatisme d'origine indéterminée ». Les médecins peuvent aussi masquer le suicide en mentionnant une autre affection précise (sida, accident, cancer...)

Enfin, le suicide peut être maquillé sous forme d'accident (de la circulation) pour des raisons personnelles ou d'assurances¹⁷... Baudelot et Establet estimaient, en 1994, que le nombre total de suicides devait être sur-corrigé de 20 %, non seulement du fait de raisons morales et des moyens matériels de le dissimuler mais aussi du fait d'un dysfonctionnement administratif. "La dissimulation serait différentielle, certains groupes sociaux réussissant à échapper à l'environnement statistique". Dans le Rapport du Conseil Économique et Social de 1993 M. Debout rapporte que certaines études ont évalué entre 5 et 10 % les accidents mortels de la circulation liés à des conduites suicidaires.

2.1.1.2.2 L'évolution des taux de suicide :

L'incidence des suicides est relativement stable et n'évolue qu'à long terme : après avoir augmenté au cours du XIX^e siècle, elle est passée par un premier pic en 1900.

Depuis, pendant les périodes de guerre, on a vu les taux de suicide diminuer alors que lors de la crise économique de 1930, ces taux ont augmenté.

Entre 1950 et 1970, l'incidence du suicide est restée relativement stable. Cette stabilité globale résultait de deux évolutions contraires : d'une part, une lente augmentation du suicide féminin et du suicide des hommes jeunes, d'autre part, une diminution du suicide chez les hommes de plus de 40 ans.

A partir des années 1970, le taux de suicide a augmenté très significativement. Entre 1970 et 1985, on a observé une augmentation globale du suicide de 58 %, due, en particulier, à une accélération de l'augmentation précédemment décrite chez les hommes jeunes (15,4 pour 100 000 habitants en 1970 / 26,3 pour 100 000 en 1985).

Entre 1985 et 1995, l'incidence globale diminue légèrement (tableau annexe 1). Cependant, depuis 1990, on assiste à une recrudescence des suicides masculins, avec en particulier dans le groupe des 30-49 ans un taux de suicide plus élevé en 1995 qu'en 1985. Pour les femmes, la diminution amorcée en 1985 s'est ralentie depuis 1990.

Depuis 1995, il semblerait que le taux des suicides tende à se stabiliser, voire à diminuer.

¹⁷ En matière d'assurance-vie, la loi de 1930 exonère la compagnie d'assurance du versement du capital si le décès suicide intervient dans les deux premières années de la souscription d'assurance sauf si le geste est "involontaire ou inconscient"

2.1.1.2.3 *L'état des lieux en 2000*

D'après le bilan de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS), mis à jour en 2000, le nombre de décès par suicide dépasse (d'environ 3 000 décès par an) le nombre de décès par accident de la circulation depuis 1982. Cependant, il existe des variations au niveau des régions. Le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes. On observe une surmortalité masculine pour chaque groupe d'âge ; le taux de mortalité des hommes est de 2 à 3 fois plus élevé que celui des femmes jusqu'à 75 ans et jusqu'à 6 fois plus élevé après. Le poids des décès par suicide dans l'ensemble des décès est maximal chez les jeunes (cf. tableau en annexe). La fréquence des tentatives de suicide aurait diminué de 2 % par an au cours des années 90.

Les données concernant le suicide fournies par la DREES, en 2001, font état de 11 000 décès par an dus à des suicides dont 8 000 chez les hommes.

2.1.1.2.4 *Les données socio-démographiques*

Les données socio-démographiques concernent l'âge, le sexe, le statut social et le niveau socio-économique, les lieux de résidence, la religion, l'ethnie, les rythmes sociaux et les modes de suicide¹⁸. Elles permettent de dégager des facteurs de risque socio-démographiques.

- Le taux de suicide augmente avec l'âge. Les suicides les plus nombreux interviennent entre 35 et 55 ans, avec plus de 2000 décès pour la tranche 35-44 et 2000 pour la tranche 45-54 ans.

Chez les 25-34 ans, le suicide représente la première cause de mortalité. Pour les personnes âgées, le suicide est la vingt cinquième cause de mortalité¹⁹.

On compte environ²⁰ : 700 suicides par an dans la tranche des 15-24 ans, 1400 suicides par an dans la tranche des 65-74 ans, 1100 suicides par an dans la tranche des 75-84 ans et 600 suicides par an dans la tranche des 85 et plus.

- Les suicides sont majoritairement masculins : 8100 hommes contre 3040 femmes.
- Les taux de suicide les plus élevés se retrouvent chez les célibataires jamais mariés, puis décroissent régulièrement chez les veufs (ves), les divorcé(e)s, les séparé(e)s, les sujets mariés sans enfants et les mariés avec enfants.

¹⁸ Les tableaux concernant certaines données socio-démographiques sont proposés en annexe 2.

¹⁹ Impact Médecins Hebdo - février 1998.

²⁰ Données Inserm 1997

- Au niveau socio-économique, ce sont les catégories sociales les plus démunies qui ont un taux de suicide le plus élevé, contrairement à ce qu'avait montré Durkheim à la fin du XIX^e siècle. Cependant, certaines professions de cadres supérieurs présentent aussi des taux élevés. Il existe de grandes variations interclasses, (par exemple, le suicide étant plus fréquent chez les ouvriers), mais aussi intra classes (taux élevés chez les policiers, les médecins).

Un cas particulier est celui des suicides en milieu carcéral, J.C. Chenais y rapporte un taux 4 fois plus élevé que dans le monde libre et jusqu'à 9 fois pour les détenus âgés de moins de 21 ans.

- Durkheim avait montré que la fréquence des suicides était plus importante chez les protestants qui se suicidaient plus que les catholiques et que les catholiques eux-mêmes se suicidaient plus que les juifs.
- Au XIX^e siècle, le suicide touchait davantage les zones urbaines, plus riches (culturellement). Aujourd'hui, ce sont les zones rurales les plus démunies qui sont les plus touchées.

D'autre part si l'on considère la géographie, les régions situées au nord d'une diagonale Bordeaux - Genève présentent une mortalité liée au suicide plus importante que celles situées au sud de cette ligne (cf. carte en annexe 2).

- Concernant l'ethnie, les taux de suicide des émigrés reflètent ceux des pays desquels ils sont natifs avant de s'homogénéiser à la deuxième génération.
- Les statistiques permettent de dégager une relation entre les rythmes sociaux et la fréquence des suicides. Ainsi, les suicides seraient plus fréquents le lundi, en été plutôt qu'en hiver, le jour plutôt que la nuit²¹,
- Concernant les modes de suicide²², tous âges confondus, le mode de suicide par pendaison reste le plus fréquent : 38% des cas, suivi de l'utilisation d'une arme à feu dans 24 % des cas, puis l'ingestion de substances toxiques dans 14 % des cas.

Le mode de suicide demeure très différent selon le sexe : la pendaison intervient dans 4 suicides masculins sur 10, mais seulement dans 1 suicide féminin sur 4.

On note aussi une plus grande utilisation des armes chez les plus jeunes (17 %) et près de 30 % de noyade chez les 65-74 ans.

Les facteurs de risque socio-démographiques représentent un aspect de l'épidémiologie analytique mais d'autres paramètres sont à considérer, psychologiques²³, socio-environnementaux ou biologiques²⁴.

²¹ Baudelot et Establet, La sociologie du suicide, la recherche, 1985

²² Source : Inserm 97.

2.1.1.2.5 Suicides et années de vie perdues

On parle de décès prématuré lorsque le décès survient avant 70 ans et de nombre d'années de vie perdues pour toutes les années potentielles entre l'âge du décès et 65 ans.

Le suicide représente 10% des morts prématurées en 1995, contre 5% en 1970 (source : Inserm 97).

Le suicide représente la 3^e cause de mortalité prématurée, soit 9.6 % de la mortalité prématurée après les accidents de la circulation et les tumeurs.

Si on analyse le poids du suicide sur les années potentielles de vie perdues, c'est à dire le pourcentage des décès par suicide par rapport à l'ensemble des décès, le suicide totalise 11.2 % des années de vie perdues avant l'âge de 65 ans chez les hommes et 9.1 % chez les femmes (FNORS 2000). Cependant, ces proportions sont très variables selon les régions. On retrouve les mêmes proportions d'années de vie perdues par accident de la circulation. Comparativement, les tumeurs représentent 25 % chez les hommes et 35 % chez les femmes.

2.1.1.3 En Région Centre²⁵

En Région Centre, qui est la région de référence de ce mémoire, il y a une surmortalité par rapport à la moyenne française dans les six départements de la région. L'indice comparatif de mortalité (ICM) est un indice permettant la comparaison d'un taux de mortalité, global ou spécifique, dans une région ou un département donné par rapport à celui de la moyenne nationale qui est conventionnellement fixée à 100. On compte 609 décès par suicide en 1997, l'indice comparatif de mortalité est de 125 en 1995-1997 (cf. tableau et carte en annexe 2), ce qui signifie que la population de la région se suicide 25 % fois plus qu'en moyenne en France. L'ORS avance le chiffre de 8000 TS .

La part des suicides dans la mortalité totale en Région Centre (1995-1997) est de 3,6% pour les hommes (6^e rang) et de 1,4% pour les femmes (22^e rang). C'est la 1^e cause de mortalité pour les 35-44 ans et la 2^e pour les 15-24 et les 25-34 ans.

²³ Après autopsies psychologiques, les analyses montrent que le suicide est très corrélé à la morbidité psychiatrique et que les facteurs de risque du suicide sont principalement la dépression, la schizophrénie, l'alcoolisme et les troubles anxieux.

²⁴ Des études (ASBERG M & al, 1976) ont avancé l'existence d'un taux de 5 HIAA supérieur à la moyenne dans le liquide céphalo-rachidien des sujets suicidaires. Cependant ces résultats ont été controversés, les mêmes taux étant retrouvés lors de stress.

²⁵ Les données suivantes proviennent de l'ORS du Centre, décembre 1999.

Les suicides représentent 14% d'années potentielles de vie perdues avant 65 ans pour les hommes et 10% pour les femmes.

Il y a 1 suicide féminin pour 3 suicides masculins.

La tendance évolutive montre une diminution de la mortalité. Cependant, le suicide représente encore pour la région un problème de santé publique crucial.

2.1.2 Tentatives de suicide et incertitudes épidémiologiques

L'épidémiologie des tentatives de suicide est floue, les données sont partielles, dépendantes des enquêtes menées, de leurs buts et des échantillons étudiés. Elles ne peuvent être réalisées qu'à partir des sujets ayant été reçus à l'hôpital. Elles apportent cependant certains renseignements, en particulier sociaux et médicaux.

L'incidence annuelle des tentatives de suicide a été estimée, il y a quelques années par l'INSERM (1979), à partir de diverses enquêtes épidémiologiques, surtout hospitalières. Elle était de 2 à 2,5 pour 1 000 habitants de 15 ans et plus, soit 90 000 à 115 000 tentatives de suicide par an.

Des études plus récentes allèguent même le chiffre de 160 000 tentatives chaque année, en France (source : Inserm 97). Chez les adolescents, 4% ont fait une tentative entre 15 et 19 ans. En France, 80 % des tentatives de suicide se font par intoxication médicamenteuse.

34 % des suicidants récidivent. Ce pourcentage augmente dans la tranche 15-24 ans avec 44 % de récidive. (Source : Inserm 97)

Cependant, il s'agit là d'estimations, dans la mesure où les tentatives de suicide ne sont pas systématiquement recensées et où un certain nombre d'entre elles ne font pas l'objet d'une hospitalisation.

L'enquête épidémiologique sur les tentatives de suicide réalisée à Lyon par Davidson et Philippe²⁶ (1980) montre une répartition des tentatives de suicide par âge et sexe différente de celle que l'on trouve dans la population générale. Plus des 2/3 des tentatives de suicide étaient féminines. La tranche d'âge entre 15 et 34 ans était la plus touchée en 1980, elle représentait environ 70 % des suicidants mais seulement 40 % de la population générale. Ces mêmes auteurs ont comparé le nombre de TS par rapport au nombre de suicidés, on voit que les sujets jeunes font proportionnellement plus de TS que de suicides, particulièrement les sujets de sexe féminin. Il y aurait en moyenne, un suicide pour 6 TS chez les hommes et 1 suicide pour 29 TS chez les femmes (cf. annexe 3).

²⁶ Dont certains tableaux sont repris dans l'annexe 3

L'enquête Prémutan²⁷, synthèse d'une étude sur 5 régions de France, a été réalisée par la Fédération nationale des observatoires de la santé (FNORS). Elle avance une estimation d'un taux de 33 tentatives de suicides pour 100 000 habitants pour l'année 1995. Elle étudie le nombre de TS par comparaison au nombre de décès par suicide et avance une proportion de 13 TS pour un suicide.

Le mode de TS le plus utilisé est l'intoxication médicamenteuse qui est retrouvée dans près de 90 % des cas²⁸.

Dans la population carcérale, les tentatives de suicide ont été estimées à 10,1 pour 1000 en 1975-78, plus fréquentes pour les prévenus que pour les détenus. Dans cette population les actes auto-agressifs tels que phlébotomie et ingestion de corps étranger sont particulièrement fréquents²⁹.

Les "autopsies" psychologiques sont des reconstructions, à partir d'entretiens avec les proches, les dossiers médicaux, carnets ou autres sources d'information, qui recherchent les causes du passage à l'acte. Pour certains auteurs, les troubles dépressifs sont présents dans 30 à 50 % des décès par suicide.

Différentes études ont montré des corrélations entre l'absence d'activité et la dépression, et entre la dépression et l'état de santé. La dépression concerne 7 millions de personnes et figure au premier rang des troubles mentaux. En France, le Haut Comité de Santé Publique (HCSP), en janvier 2002, estime que la souffrance mentale touche 5 % des femmes et 2 % des hommes³⁰.

Les risques majeurs évolutifs d'une tentative de suicide sont constitués par la récurrence de TS et le décès par suicide. Ils sont liés à l'état de crise suicidaire, notion de période de temps où la fragilité particulière du patient est un facteur de risque important.

²⁷ Prémutan est une association loi 1901 formée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et la Mutualité française

²⁸ Pommereau X, Urgences, La Recherche, 1995, n° 162, p. 31-34.

²⁹ Vedrinne, Quénard, Weber, Suicides et conduites suicidaires, 1981.

³⁰ Rapport triennal : la santé des français, janvier 2002.

2.1.3 Les récidives

2.1.3.1 Les risques de récidives

Dans une étude réalisée à partir de l'expérience d'une équipe d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) sur les années 1985-1987, et rapportée par Sebbah et al lors d'un colloque en janvier 1989 sur le suicide, il est noté que 10.5 % des appels concernaient des tentatives de suicide et parmi celles ci, 65.7 % étaient des récidives.

L'étude multicentrique européenne réalisée par l'OMS au cours de la période 1989-1992 montre un taux de récidence de suicide de l'ordre de 15 % au cours de la 1^o année et de 33 % pendant la durée d'étude (4 ans).

La plupart des études de suivi des suicidants s'accordent pour dire que 15 à 30 % des suicidants récidivent au cours de la première année (Guerin et al, 1992) et que 20 à 60 % récidivent dans les deux années suivant une première tentative (Harry et al, 1996 ; Walter et al., 2000, Collet, 1989).

Davidson et Philippe (1986) comparant deux études de l'INSERM réalisées en 1973 et 1980 montrent que la variation des taux de tentatives de suicide est due à **une augmentation des récidives** plus qu'au nombre de premières tentatives de suicide qui varie peu. Ils estiment en moyenne le taux de récidence à 37 % pour les 15-24 ans et à 47 % pour les 25-34 ans. Ces auteurs remarquent que le taux de récidives augmente avec l'âge chez la femme et diminue chez l'homme et émettent l'hypothèse que cette différence est due à la surmortalité suicidaire masculine qui « élimine » les récidivistes en puissance.

Ils estiment que le taux de récidence se situe entre 30% et 40 %.

Ils ont mis en évidence des facteurs de risques personnels (entre autres, les troubles psychiatriques sont retrouvés avec une plus grande fréquence lors de récidence³¹), des facteurs socio-économiques et culturels (chômage, niveau d'instruction...) et des facteurs familiaux.

Pour certains auteurs, les tentatives de suicides reçues aux urgences sont pour 40 à 50 % d'entre elles des récidives (Ahee et al, 1992, Pommereau, 1990).

Cependant, on estime qu'environ 20 % des suicidants ne sont pas hospitalisés³², les médecins généralistes et/ou les patients estimant que la prise en charge hospitalière n'est pas indiquée et/ou adaptée.

³¹ Tableau en annexe 3.

³² Enquête Premutan

2.1.3.2 Les décès secondaires à une récursive

Les données recueillies par l'étude longitudinale sur 13 ans d'une cohorte de 876 patients suicidants montrent que 5.6 % d'entre eux sont décédés au cours des 13 années suivant la première tentative (soit un risque 26 fois supérieur à celui de la population générale). Cette étude conclue à l'existence d'un pic du risque suicidaire maximum au cours de la première année.³³

Pour Hardy (1997)³⁴, la survenue d'une TS multiplie par 40 le risque ultérieur de suicide.

Il a été défini qu'une prise en charge systématique et précoce des suicidants et un suivi adapté permettaient de diminuer, particulièrement chez les primosuicidants, le nombre de récursive, souvent létales³⁵.

De nombreux facteurs sociaux ont été avancés comme facteurs de risque en dehors des troubles psychologiques. Insuffisants en eux-mêmes pour déclencher un geste suicidaire, ils sont reconnus comme précipitants et tendent à remettre la société en question.

2.2 LES ENJEUX SOCIAUX ET LES ORIENTATIONS NATIONALES

2.2.1 Suicide et société

Durkheim avait étudié, à la fin du siècle dernier, les déterminants des suicides, il avait comparé les différences du taux de suicide entre les populations de différents pays, entre les populations urbaines et rurales (les populations des zones urbaines étaient plus touchées que celles des zones rurales), entre les différents états matrimoniaux, l'âge, la religion...

Durkheim avait montré, à travers son étude, l'existence de différents types de suicide et l'importance du lien social basé sur les concepts d'intégration et de réglementation. Selon lui, c'est le relâchement des liens sociaux qui favorisait l'augmentation du taux de suicide de type égoïste «Le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu » et de type anémique par défaut de réglementation. Pour les suicides de type altruiste, ce serait un excès de liens de l'individu par rapport à son groupe social. Les suicides fatalistes découleraient d'un excès de réglementation.

³³ étude de Hall D J et al (1998) rapportée par D. Perisse dans le cadre du groupe bibliographique de la conférence de consensus de l'ANAES.

³⁴ Hardy P. la prévention du suicide. Références en psychiatrie, Doin, Paris, 1997

³⁵ Conclusion d'une méta analyse réalisée par D.Perisse.

Durkheim a été très critiqué pour son désintérêt pour la personne suicidée au profit du suicide. Il réclamait pour la sociologie, un statut de science. Aujourd'hui, l'épidémiologie, étudiant les caractéristiques socio-démographique du suicide, retrouve, de manière identique, certaines des caractéristiques avancées par Durkheim comme l'âge, le statut matrimonial, d'autres caractéristiques ont évolué, en particulier, le fait que le suicide touche actuellement plus le monde rural que la population urbaine, mais le rôle du **lien social** qu'il avait avancé peut encore aujourd'hui expliquer cette évolution.

2.2.2 Des données épidémiologiques aux choix politiques

La suicidologie existe depuis **1969**, date à laquelle a été créé en France le Groupement d'Études et de Prévention du suicide³⁶.

Une note de la Direction générale de la santé en date du 31 octobre **1991** informe de la situation alarmante du suicide et des tentatives de suicide, décrit les études, les actions en cours et les projets.

En **1992**, le Conseil Économique et Social soulignait : "*Le suicide n'a jamais été déclaré grande cause de santé publique alors que ses effets sont plus dévastateurs que bien d'autres conduites pathologiques mises au premier plan par les pouvoirs publics et les médias.*"

En **1993**, le Conseil économique et social se saisit du "suicide" afin "de permettre de sensibiliser les pouvoirs publics et l'opinion à cette souffrance, à la vie qui n'offre d'autre issue que la mort." (M. Debout) .

En **1994**, le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) classait le suicide au rang des priorités de santé. Par la suite, les Conférences Régionales de Santé identifient nettement le thème "suicide et dépression " comme prioritaire, et en **1996**, la première Conférence Nationale de Santé identifie la prévention du suicide comme l'une des 10 priorités nationales de santé publique.

En février **1998**, le Secrétaire d'État à la Santé et à l'Action Sociale, Bernard Kouchner, a annoncé un programme national de prévention du suicide sur trois ans (1998-2000). La journée nationale de prévention du suicide a été l'occasion de présenter la méthodologie élaborée pour ce programme et les initiatives menées dans les régions pilotes.

Les objectifs du programme national de prévention du suicide en 1998 étaient de :

- Mieux connaître les données et les actions concernant la prévention du suicide au niveau national et international
- A partir d'une réflexion autour "*d'un cas ordinaire de suicide*", créer une plate-forme de dialogue entre tous les acteurs concernés et faciliter ainsi les échanges d'information

³⁶ Parallèlement, aux Etats Unis, était créée l'Association Américaine de Suicidologie.

- Faire apparaître toutes les initiatives prises localement sur ce thème.
- Identifier les moments cruciaux en amont de l'acte suicidaire qui ne donnent lieu à aucun signal d'alerte afin de définir de nouvelles actions à mettre en place.
- Évaluer les actions mises en œuvre en matière de lutte contre le suicide, leur efficacité, leur pertinence, afin de favoriser non seulement les actions les plus efficaces mais aussi au regard "du parcours type du suicidant".
- Définir les actions qui concernent le plus grand nombre de suicidants afin de choisir les actions efficaces à généraliser.
- Avoir une vision d'ensemble sur les moments du "parcours" où il est prioritaire d'agir et où les actions ont le plus d'impact.

C'est dans le cadre de ce programme que l'Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Évaluation en santé (ANAES) avait été saisie et avait édité, en 1998, des **recommandations** concernant la prise en charge des adolescents suicidants (cf. infra).

Les 19 et 20 septembre **2000** était organisée à Nantes une conférence européenne sur "la prévention du suicide des jeunes", conférence ouverte par le Directeur de la santé qui a redéfini les stratégies retenues par la France pour la prévention du suicide dans le cadre de la présidence française de l'Union Européenne.

Une stratégie nationale d'action a été élaborée en 2000 : le plan suicide dont les actions se déclinent selon quatre axes : connaissance des circonstances de suicide, épidémiologie, prévention primaire, et prise en charge des suicidants. En septembre 2000, le secrétaire d'état à la Santé lance le programme de prévention du suicide couvrant les années 2000-2005 qui comporte quatre objectifs :

- Favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires ;
- Diminuer l'accès aux moyens mis en œuvre pour passer à l'acte (les trains, les armes à feu, les médicaments) ;
- **Améliorer la prise en charge des personnes qui ont déjà effectué une tentative ;**
- Parfaire la connaissance épidémiologique (création d'un pôle d'observation spécifique du suicide).

La circulaire du 05 juillet 2001 relative à la stratégie nationale de lutte contre le suicide décline les actions prioritaires pour 2001.

D'autre part, depuis 1978, la notion de « maladie mentale » est remplacée par celle de santé mentale par référence à la définition de la santé par l'OMS « un état de complet bien-être physique, mental et social ». Les troubles de la santé mentale intègrent alors trois dimensions, biologique, psychologique et sociale.

Les troubles de la santé mentale, en particulier la dépression, occupent une place prépondérante dans les problèmes de santé à tous les âges de la vie et le nombre de recours aux soins pour des troubles de la santé mentale ont beaucoup progressé entre 1991 et 1997.

Les problématiques concernant la santé mentale mettent en jeu de nombreux acteurs des champs sanitaires, sociaux, éducatifs, cependant de nombreuses inadaptations entre l'offre et la demande persistent et la réflexion actuelle tend vers une rénovation de la politique de santé mentale.

Dans le cadre du programme national de prévention du suicide chez les jeunes, mis en place par le Secrétariat d'État à la Santé en 1998, ces trois dimensions sont présentes.

Elles se retrouvent aussi dans les Recommandations Professionnelles élaborées par l'ANAES dans le cadre du premier programme (1998-2000) de lutte contre le suicide. Les Recommandations Professionnelles concernent la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide.

2.2.3 Les recommandations de l'ANAES

Les principales recommandations élaborées par l'ANAES, en 1998, concernant la prise en charge des adolescents suicidants sont les suivantes :

- En cas de tentative de suicide d'un adolescent, une triple évaluation somatique, psychologique et sociale doit être réalisée systématiquement :

- Tout adolescent ayant fait une tentative de suicide doit être adressé aux urgences d'un établissement de soins. Cette recommandation repose sur un accord des professionnels. C'est dans ce cadre d'accueil en urgence que la triple évaluation sera effectuée. *"Ce recours à l'hôpital ne devrait pas être différé dans le temps, au risque de décalage entre le moment de la crise et la réponse qui y est apportée, d'aggravation de l'état somatique en cas de sous-estimation des risques encourus, et de récurrence à court terme".*

- L'évaluation psychologique requiert l'intervention d'un psychiatre, si possible formé à l'approche des adolescents et doit débiter le plus précocement possible. *"La prise en charge des adolescents suicidants devrait être au mieux assurée par une équipe pluridisciplinaire particulièrement sensibilisée, formée et motivée par les soins aux jeunes suicidants".*

- Après la période d'urgence, les recommandations concernent la distinction des cas où une prise en charge hospitalière est nécessaire et ceux pour lesquels une prise en charge par un réseau en ambulatoire structuré peut être privilégiée.

- Concernant le suivi ultérieur, les recommandations de l'ANAES sont axées sur la préparation de la sortie de l'établissement de soins et sur les modalités de ce suivi ultérieur.

En 2000, une conférence de consensus réunissant des professionnels s'est penchée sur la notion de crise suicidaire et les conduites à tenir pour les adultes en général et certains publics cibles particuliers comme les personnes âgées, les détenus, les alcooliques et toxicomanes... Les recommandations qui avaient été émises pour la prise en charge d'une population de jeunes ont été élargies à la prise en charge des autres suicidants avec des aspects particuliers pour certaines populations ciblées.

Les recommandations concernant la prise en charge des patients suicidants impliquent l'institution hospitalière dans une démarche nouvelle de « traitement » des tentatives de suicide, élément important de prévention tertiaire du suicide.

2.3 LES ENJEUX INSTITUTIONNELS.

Le suicide étant défini comme un problème prioritaire de santé publique, et une stratégie d'action ayant été lancée, les enjeux de la mise en œuvre concernent un grand nombre d'acteurs institutionnels, libéraux et associatifs.

Dans le cadre de ce mémoire, nous n'étudierons pas la mobilisation du secteur associatif ni celle du secteur libéral qui interviennent dans la mise en œuvre du plan suicide, nous limiterons notre étude au niveau des institutions.

Au niveau institutionnel, nous verrons d'une part la déclinaison des choix politiques et les outils qui en permettent la mise en œuvre et d'autre part l'organisation hospitalière qui assume 80 % de la prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide.

2.3.1 La déclinaison des choix politiques.

Les conférences nationales et régionales de la santé ainsi que les conférences sanitaires de secteur permettent la circulation des informations en direction du public, des acteurs locaux et l'émergence des priorités de santé. Les données statistiques, en gommant l'aspect individuel de la santé, permettent d'appréhender la situation sanitaire de la population.

- La conférence nationale de santé a été créée suite aux ordonnances de 1996 et les décrets n° 96-720 du 13 août 1996 et n° 97-618 du 30 mai 1997. L'article R766-4 du Code de la santé publique (CSP) stipule qu'elle doit se réunir chaque année sur convocation du ministre chargé de la santé. L'article L1411-1 du CSP définit son fonctionnement.

En 1996, la première Conférence Nationale de la Santé avait retenu le suicide comme une des dix priorités de santé après le rapport sur la santé en France réalisé par le Haut Comité

de Santé Publique en 1994. En effet, depuis 1981, l'ampleur du phénomène suicide avait poussé les professionnels de santé à réaliser des études épidémiologiques et à élaborer des solutions de prise en charge.

- Chaque conférence régionale de la santé³⁷ (CRS) analyse l'évolution des besoins de santé et procède à l'examen des données relatives à la situation sanitaire et sociale de la population, propres à la région. Elle établit les priorités de santé publique de la région qui peuvent faire l'objet de programmes dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le représentant de l'État dans la région. Elle fait des propositions pour améliorer l'état de santé de la population au regard de l'ensemble des moyens de la région dans les domaines sanitaire, médico-social et social.

L'organisation des CRS est inscrite dans les missions des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales et les médecins inspecteurs de santé publique y participent.

Parmi les différentes régions françaises, 10 régions ont retenu, suite à leur première CRS, un programme régional d'action contre le suicide. Il s'agit de la Bretagne, la Bourgogne, de la Champagne-Ardenne, la Franche-Comté, la Lorraine, la Basse-Normandie, la Haute-Normandie, les Pays de Loire, le Poitou-Charentes et la région Rhône-Alpes. Deux régions, les Bouches du Rhône et le Nord-Pas de Calais ont intégré ultérieurement un volet suicide dans leur programme régional. D'autres régions ont un programme régional centré sur les jeunes qui intègre un volet suicide.

En région Centre, les conclusions et recommandations du jury (31 janvier 2001) à l'issue de la Conférence Régionale de Santé du 12 décembre 2000 furent les suivantes: " Le jury constate les données épidémiologiques relatives au suicide dans la région avec une surmortalité de 24.8 %, tous sexes confondus (données 1997). Il préconise la mise en place d'un programme régional de santé sur les suicides visant à une approche globale dans le domaine de la prévention, de la prise en charge et de la formation des acteurs sanitaires et sociaux".³⁸

- Dans chaque secteur sanitaire, une conférence sanitaire de secteur³⁹ est obligatoirement consultée lors de l'élaboration et de la révision de la carte sanitaire et du

³⁷ Articles L1411-3 et L 6115-9 du CSP.

³⁸ DRASS Centre : Recommandations et conclusions de la 5^e conférence régionale de santé du Centre, Tours, 12 décembre 2000.

³⁹ Article L6131-1 et L6131-2 du CSP.

schéma régional d'organisation sanitaire. Elle est également chargée de promouvoir la coopération entre les établissements du secteur.

2.3.2 Les outils des politiques de santé et de soins

Nous allons décrire les outils mis en place pour rendre opérationnels les objectifs de santé publique. La politique de santé se reflète à travers les programmes régionaux de santé, la politique de soins, plus spécifiquement régionale, passe par la carte sanitaire, les schémas régionaux d'organisation sanitaire, les autorisations et les contrats d'objectifs et de moyens. Ces outils sont utilisés dans le cadre des missions des médecins inspecteurs de la santé publique pour la mise en œuvre des politiques de santé sur le terrain. Un outil particulier est utilisable exceptionnellement dans le cadre de la santé publique, dans un but épidémiologique, le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI).

- Les programmes régionaux de santé (PRS)⁴⁰ représentent une commande⁴¹ après constat des spécificités régionales. Ils favorisent la prévention et la promotion de la santé par le soutien d'actions locales et ils permettent une coordination des financements.

Le PRS correspond à une démarche globale mobilisant les acteurs de soins, de prévention, institutionnels ou associatifs. Il est piloté par le comité régional des politiques de santé qui a comme mission le suivi et l'évaluation des politiques publiques.

De nombreux PRS suicide sont en cours, certains depuis 1995 (Bretagne). Les axes généraux des PRS suicide concernent le plus souvent, la formation d'acteurs de terrain, l'information et la prise en charge des suicidants (mise en place de structures spécialisées, de protocoles).⁴²

- Les schémas régionaux d'organisations sanitaires (SROS) ont été créés par la loi du 31 juillet 1991⁴³, ils permettent de définir **une stratégie régionale des soins dans le cadre de la politique nationale de santé** pour certaines activités de soins (MCO, psychiatrie,

⁴⁰ Antérieurement aux PRS, s'étaient mis en place dans certaines régions pilotes des programmes stratégiques des actions de santé (PSAS). Par exemple, il existait un PSAS suicide en Bretagne.

⁴¹ Le préfet décide, sur les propositions du jury de la conférence régionale de la santé quels seront les thèmes qui seront inscrits dans le(s) PRS.

⁴² Un extrait du bilan des PRS suicide réalisé en décembre 2000 par la DGS SD 6 C, concernant l'amélioration de la prise en charge au niveau régional se trouve en annexe 5.

⁴³ Les annexes du SROS de deuxième génération (1998), opposables aux établissements de soins (Ordonnances de 1996).

urgences, périnatalité, **thèmes régionaux**⁴⁴...). Ils définissent ce qu'il faut réaliser pour obtenir ce qui est souhaité. L'article L 6121-3 du CSP définit leur fonctionnement. Ils reflètent une concertation avec les professionnels et les usagers.

- La carte sanitaire a été mise en place par la loi de 1991 relative à la réforme hospitalière, elle concerne les équipements lourds et les indices de lits d'hospitalisation. Dans le cadre de notre mémoire, on peut noter que parmi les objectifs opérationnels, la création de lits de pédo-psychiatrie est envisagée dans les départements qui n'en sont pas pourvus. Par contre, les lits de très court séjour des services d'accueil des urgences, qui peuvent être utilisés pour garder en observation les suicidants, ne sont pas inclus dans la carte sanitaire. Ils sont cependant soumis à autorisation.
- Les demandes d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation sont réglementées⁴⁵. **Cependant, dans l'intérêt de la santé publique, des demandes peuvent être reçues lorsqu'elles visent à satisfaire des besoins exceptionnels**⁴⁶.
- Les contrats d'objectifs et de moyens (COM) sont décrits dans les articles L 6114-1 et L 6114-2 du CSP. Ils permettent **une articulation entre les politiques de santé et l'organisation des soins**. Ils sont conclus entre l'ARH et les établissements de santé. Les ARH de Bretagne, de Pays de Loire, de Bourgogne financent des actions au titre du PRS suicide.

Ces différents outils permettent de rendre opérationnelle une politique de santé, un problème de santé déclaré prioritaire va faire l'objet d'un plan au niveau de la politique nationale (plan cancer,....plan suicide). Au niveau régional, les orientations de ce plan sont reprises et mises en œuvre par les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) qui orienteront les actions proposées par les acteurs locaux. Des études spécifiques, des financements supplémentaires, la planification des soins (la carte sanitaire, les schémas régionaux) vont faciliter la mise en œuvre de ce plan. L'ensemble des acteurs sera mobilisé, les conférences régionales d'organisation sanitaire (CROS) et les COM se référeront à ces priorités.

⁴⁴ Certains SROSS (Bourgogne ou Bretagne par exemple) prennent en compte les besoins spécifiques des suicidants.
⁴⁵ Article L6122-10 du CSP.
⁴⁶ Article L6122-9 du CSP.

Ils permettent d'autre part qu'un problème à un niveau local soit évoqué au niveau d'un ou de plusieurs secteurs sanitaires, puis à un niveau régional si le problème apparaît être « important » (en fréquence, gravité, coût...) . C'est ainsi qu'il pourra faire l'objet d'un PRS. A ce titre, il pourra alors être évoqué à la CNS.

Dans le cadre de ce mémoire, nous allons étudier plus particulièrement un partenaire institutionnel incontournable des politiques de santé, l'hôpital. L'hôpital est un acteur majeur de la santé publique, dans la problématique suicide, il est même celui qui est le plus concerné si on se réfère à la prise en charge des suicidants.

2.3.3 L'hôpital

Pour la cohérence de notre étude, nous situerons la place de la santé publique à l'hôpital (2.3.3.1) et la place de l'hôpital par rapport aux objectifs nationaux de santé publique, aux objectifs régionaux et à la réalité locale (2.3.3.2).

Sur le plan institutionnel, nous essayerons de retracer rapidement les missions et l'organisation de l'hôpital ainsi que les outils dont il dispose (2.3.3.3).

Puis nous évoquerons la prise en charge individuelle des suicidants (2.3.3.4), l'outil PMSI (2.3.3.5) et les difficultés que l'hôpital rencontre dans cette mission (2.3.3.6).

Enfin les enjeux juridiques de la responsabilité seront développés (2.3.4).

2.3.3.1 La santé publique à l'hôpital à travers les textes

Parmi les missions des établissements de santé, la participation à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation à la santé et de prévention est précisée dans l'article L 6111-1 du CSP. Le service public doit plus particulièrement exercer des missions supplémentaires d'enseignement, de recherche, de formation continue des praticiens, de formation initiale et continue des personnels paramédicaux (article L 6112-1 du CSP). Les établissements de santé doivent garantir à tous l'égal accès aux soins (article L 6112-2 du CSP) et ils sont tenus de disposer des moyens adéquats (article L 6113-1 du CSP). Ils peuvent s'organiser en réseaux (articles L 6121-5 et L 6134-1 du CSP).

Nous avons déjà présenté les contrats d'objectifs et de moyens (COM) comme un outil de la politique de santé (article L 6114-1 et L 6114-2 du CSP)

2.3.3.2 L'hôpital, partenaire institutionnel

Un des axes du **plan national** contre le suicide est orienté vers l'amélioration de la prise en charge des suicidants qui idéalement devrait s'aligner sur les recommandations de l'ANAES.

Les actions nationales pour l'année 2001 :

Un audit clinique à partir des recommandations ANAES sur la prise en charge hospitalière des suicidants est proposé aux établissements de l'ensemble du territoire. Le but de ces audits reste d'améliorer les pratiques de prise en charge des suicidants.

Un renforcement et un développement de lits de pédo -psychiatrie ou de lits pour adolescents sont prévus pour les 17 départements qui en sont dépourvus.

Les objectifs des **programmes régionaux** de santé sur les suicides visent à une approche globale.

Dans certaines régions, les centres hospitaliers ont mis en place des structures spécifiques de prise en charge des troubles du comportement des adolescents (Bourgogne, Bretagne, Pays de Loire, Basse Normandie), d'autres ont mis en place des protocoles de prise en charge des suicidants (Champagne -Ardenne, Rhône -Alpes, PACA), des consultations ou des bilans peuvent être proposés à certaines populations cibles.

Dans la région Centre, le PRS commence à se mettre en place. Dans un premier temps un état des lieux permettra de connaître les structures d'accueil, la prise en charge hospitalière et le suivi des suicidants. Trois groupes de travail ont été définis, l'un concerne la formation, un autre concerne l'information des usagers et le dernier concerne la prise en charge et le suivi des suicidants.

Sur un **plan pratique**, la prise en charge des suicidants se fait essentiellement (à environ 80%) par le système hospitalier.

Le système hospitalier doit donc s'organiser pour accueillir les suicidants aux urgences [estimation DREES (2011) : 140 000 à 160 000 passages de suicidants aux urgences par an], assurer la triple évaluation somato-psycho-sociale, l'orientation vers une structure adaptée (services hospitaliers de médecine, de chirurgie, de gériatrie, de pédiatrie ou services spécialisés [estimation DREES (2011) : 120 000 hospitalisations de suicidants par an]) ou vers une prise en charge ambulatoire. Enfin, la préparation du suivi psychologique doit être incluse dans la démarche hospitalière.

2.3.3.3 L'organisation hospitalière

Les établissements de santé sont organisés en services ou en départements créés par le conseil d'administration sur la base du projet d'établissement (article L 614-1 du CSP).

Certaines instances de l'établissement doivent être obligatoirement consultées, en particulier sur le projet d'établissement et sur le projet de contrat d'objectifs et de moyens. Il s'agit du

conseil d'administration⁴⁷, de la commission médicale d'établissement⁴⁸ et du comité technique d'établissement⁴⁹.

2.3.3.3.1 Les projets⁵⁰

- Le Contrat d'Objectifs et de Moyens a été décrit comme un outil permettant l'articulation entre la politique de santé et la politique de soins. Pour chaque établissement, il s'inscrit aussi comme un outil permettant le développement de ses propres projets.
- Le projet d'établissement⁵¹ définit, notamment sur la base du projet médical et du projet de soins, les objectifs généraux de l'établissement. Ce projet doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire. Il détermine les moyens dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.
- Le projet médical⁵² est élaboré par la CME et le directeur en tenant compte des projets de service élaborés par le chef de service et le conseil de service composé des agents du service.
- Le projet de soins est élaboré par le service de soins infirmiers dont est confiée la direction à l'infirmier général, membre de l'équipe de direction.
- Le plan de formation concerne tous les personnels, médicaux et non médicaux, il est inclus dans le projet d'établissement.

2.3.3.3.2 Les conventions entre établissements

Tout établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences doit avoir conclu une convention avec les établissements assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales auxquels sont rattachés les secteurs psychiatriques de son aire d'attraction (décret du 3 mai 1997).

2.3.3.4 La prise en charge hospitalière des suicidants

L'hospitalisation des suicidants permet, non seulement, une prise en charge somatique, psychologique et sociale, mais elle permet aussi d'éviter une banalisation de l'acte

⁴⁷ Article L 6143-1 du CSP

⁴⁸ Article L 6144-1 du CSP

⁴⁹ Article L6144-3 du CSP

⁵⁰ L'avis des MISP est recueilli lors de l'élaboration des projets d'établissements. Les MISP participent aussi à l'élaboration des COM.

⁵¹ Article L6414-11 du CSP

⁵² Article L 6146-5 du CSP

suicidaire. En effet, tout acte suicidaire, quelque soit son intentionnalité, est un acte accompli qui a pour but de produire un effet de transformation. Si l'effet attendu, la mort, ne se produit pas, le suicidant se trouve à son réveil face à une nouvelle situation qu'il doit apprendre à gérer. L'hospitalisation permet, d'autre part, d'isoler le sujet qui se trouve dans une situation de conflit avec l'entourage, elle peut alors limiter l'anxiété et la contre-agressivité de cet entourage qui a été induite par la conduite suicidaire.

2.3.3.4.1 Prise en charge somatique

La tentative de suicide peut avoir des conséquences somatiques plus ou moins graves. L'état physique est gravement menacé chez 20 % des sujets, nécessitant pour la moitié d'entre eux une ventilation artificielle. Il faut parfois recourir à des techniques d'épuration extra rénale. Dans 40 à 60 % des cas, une surveillance intensive de quelques heures est utile ou souhaitable. (Pommereau, 1985)

Après passage aux urgences, dès que le risque vital n'est plus en jeu, le sujet doit bénéficier d'une filière de soins adaptée. Sont alors discutés soit une mutation vers un des services du centre hospitalier (hospitalisation de très courte durée (HTCD), médecine, chirurgie ou réanimation), soit un transfert vers un service spécialisé (CHS ou clinique), soit un retour à domicile.

La conférence de consensus de l'ANAES en 2000 préconise une hospitalisation systématique de quelques jours (optimum entre 3 et 7 jours).

2.3.3.4.2 Prise en charge psychiatrique

L'objectif de cette prise en charge est double, d'une part, éliminer une pathologie psychiatrique sous-jacente, d'autre part, évaluer les circonstances de la tentative de suicide et le risque de récurrence.

Depuis Esquirol (Des maladies mentales -1838) qui considérait que les conduites suicidaires relevaient d'un épisode d'aliénation mentale, l'approche clinique des suicidants a évolué et de nombreux auteurs considèrent que seuls 20 à 40 % des gestes suicidaires seraient liés à des troubles psychopathologiques avérés, plus ou moins graves.

Les états pathologiques retrouvés sont : la mélancolie sous toutes ses formes, la schizophrénie pour laquelle des réactions d'auto-agression sont souvent le premier signe d'entrée dans la maladie, certaines névroses, les toxicomanies et autres affections du système nerveux central.

En 1995, l'enquête Premutan avance un chiffre de 40 à 60 % d'antécédents psychiatriques pour les suicidants (50 % des hommes étaient sous traitement antidépresseur, un peu moins chez les femmes)

Pour Védrinne (1981) , dans 60 à 80 % des cas, le geste suicidaire peut survenir en dehors de toute pathologie psychique repérable. Le geste suicidaire n'a pas pour finalité la

disparition définitive du sujet, il s'inscrit dans une relation ambivalente avec la vie. Il peut donc survenir chez n'importe quel sujet qui voit ses capacités d'adaptation dépassées dans une situation difficile.

Ces périodes critiques où l'individu ne trouve pas de solution peuvent aboutir à la crise suicidaire. La notion de **crise suicidaire** se place dans une conception psycho-dynamique: elle constitue un moment de rupture dans l'existence d'un être. Elle provoque un déséquilibre des relations complexes des différentes composantes de la structuration psychique, ce qui la rend insaisissable. Elle correspond à un phénomène de tensions entre l'individu et le groupe.

La tentative de suicide interrompt cette crise mais le dénouement de la crise se trouve alors bloqué ou différé. Si aucun changement n'intervient par réajustement chez le sujet ou son environnement, le risque de récurrence est majeur, d'autant que le sujet peut en avoir tiré des bénéfices secondaires (O.Quenard)⁵³.

C'est donc à ce niveau que se place la prévention des récurrences de suicide.

Dès 1974, une première circulaire stipulait la nécessité d'une consultation psychiatrique avant leur sortie de l'hôpital pour tous les suicidants. Elle a été réactualisée par la circulaire du 30 juillet 1992 relative à une prise en charge psychiatrique dans les services d'urgences.

2.3.3.4.3 *Prise en charge sociale*

Durkheim avait pointé le lien social comme un déterminant majeur du suicide. La nécessité d'une évaluation sociale est justifiée par le fait que certains facteurs sociaux ont été repérés comme des facteurs de risque, en particulier les troubles du statut social (échecs, chômage), ou les ruptures de ce statut (licenciement, retraite, divorce), les problèmes relationnels (isolement, violences).

2.3.3.4.4 *Le suivi*

L'observance du suivi psychiatrique par les suicidants est mauvaise, (pour Pommereau en moyenne, en France, 10% chez les jeunes suicidants, 30 % pour Rogawski et Edmonson), les facteurs de cette mauvaise observance ont été analysés. On distingue des facteurs liés au patient et/ou à sa famille, des facteurs liés au clinicien qui a effectué le premier entretien auprès des suicidants et des facteurs liés au médecin « receveur ». Parmi les facteurs concernant le patient et/ou sa famille, le déni de la TS est significatif, d'autres facteurs concernant l'existence d'un dysfonctionnement familial ont été retrouvés. Pour Kesler, la compliance est liée à ce qui se passe aux urgences. Pour la plupart des auteurs, l'amélioration de l'observance est obtenue si c'est le médecin des urgences qui prend le rendez-vous avec le médecin « receveur ». Parmi les facteurs relatifs au médecin auquel le patient est adressé, la prise d'un rendez-vous par le patient lui-même ou la longueur de la

⁵³ VEDRINNE J., QUENARD O., WEBER D., Suicide et conduites suicidaires. 1981

liste d'attente sont des éléments défavorables. L'hospitalisation courte dans une unité spécifique pour jeunes suicidants peut avoir des répercussions bénéfiques sur l'observance comme l'a retrouvé Pommereau qui rapporte que 64 % de jeunes vont au rendez-vous avec le psychiatre après être sorti du centre Abadie de Bordeaux. D'autres modalités de prise en charge ont été évaluées telles les entretiens préliminaires par le clinicien, l'interaction-intervention de crise de De Clercq, les interventions psychothérapeutiques brèves de Gillieron⁵⁴.

2.3.3.5 Un outil d'évaluation particulier

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) représente un outil de gestion utilisé pour l'allocation de ressources des établissements du service public et non un outil épidémiologique. Cependant, à partir du PMSI, on peut exceptionnellement obtenir des indicateurs épidémiologiques dans le cadre de la santé publique⁵⁵.

Des consignes de codage supplémentaires ont, en effet, été données pour obtenir des données sur les tentatives de suicide hospitalisées qui représentent environ 80 % des tentatives de suicide. Il s'agit d'utiliser les codes du chapitre XX comme diagnostic associé (cause externe). Cependant, pour que ces données soient utilisables, un suivi par ceux qui sont intéressés par le recueil de cette information est nécessaire, ce qui a été fait par exemple au centre hospitalier universitaire (CHU) d'Amiens : Ganry et al.(2001)⁵⁶ ont réalisé une enquête rétrospective sur la période 1994-1999, sur les patients hospitalisés au CHU d'Amiens, les informations dont ils ont pu disposer, sur la base du PMSI, concernaient l'état civil (age, sexe et commune de résidence), la morbidité (type de tentative de suicide), les filières de prise en charge (mode d'entrée, service d'hospitalisation, mode de sortie, dates d'entrée et de sortie) et les décès éventuels.

2.3.3.6 Des difficultés prévisibles

On peut très brièvement évoquer le manque de places d'hospitalisation et de psychiatres qui sont des difficultés reconnues et les plus fréquemment retrouvées sur l'ensemble du territoire.

⁵⁴ Les données concernant le suivi sont issues de WALTER M., réflexions concernant les modalités de prise en charge des patients suicidants en urgence et en post-urgence, L'information psych. , n° 5, 2000, pp. 541-548.

⁵⁵ Girardier Mendelson, comment peut-on retrouver les tentatives de suicide ?, Université virtuelle.

⁵⁶ Revue d'épidémiologie et de santé publique, oct. 2001, vol.49, n° 5

Très souvent, l'hospitalisation est absente ou trop brève, les structures hospitalières étant confrontées à un manque de place, les patients réintègrent leur domicile avec consigne de prendre contact avec un psychothérapeute mais dans plus de 60% des cas, ce conseil n'est pas suivi⁵⁷.

Dans un rapport de la DGS en juin 2001 sur les perspectives de la démographie médicale, il est montré que depuis plusieurs années, la France connaît un problème de démographie médicale dans ses **hôpitaux** : les vacances de postes se multiplient dans certaines spécialités et dans certaines zones. En particulier pour les spécialités de l'anesthésie réanimation, de la **psychiatrie**, de la pédiatrie.

Pour la psychiatrie, une réflexion est en cours pour réduire les déséquilibres de la répartition des psychiatres au niveau interrégional⁵⁸ et entre le secteur libéral et hospitalier⁵⁹ et pour déterminer les missions respectives des différents intervenants en psychiatrie, les médecins, infirmiers et psychologues.

2.4 ENJEUX JURIDIQUES : LA RESPONSABILITE

D'après la déclaration des droits de l'homme, « La loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la société ».

Les différents types de responsabilités pénale ou civile ont été décrites en 1994 par un juriste, B.Cordier⁶⁰ dont nous utiliserons de larges extraits.

Le suicide n'est plus réprimé pénalement en France depuis le Code Napoléon de 1810. Une complicité passive n'est pas non plus réprimée à condition qu'il n'y ait pas d'aide matérielle effective. Dès que la participation devient une aide matérielle effective, il y a complicité, ce qui est passible d'une condamnation pour meurtre ou assassinat (article 221-1 à 5 du Code pénal (CP).).

Le témoin passif d'un suicide peut être poursuivi (article 223-6 du C.P) pour s'être abstenu de porter secours à une personne en péril.

La loi du 31/12/1987 condamne la provocation au suicide (article 223-1 à 5 du C.P.).

⁵⁷ Enquête Prémutan

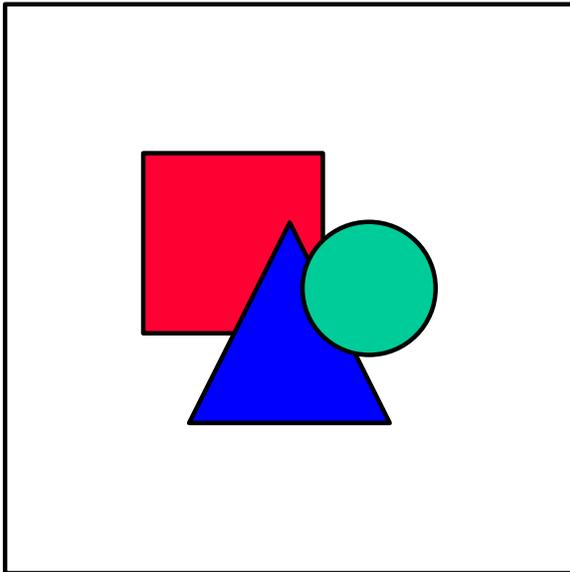
⁵⁸ les psychiatres sont plus nombreux au sud de la France

⁵⁹ les psychiatres sont plus nombreux en secteur libéral

⁶⁰ CORDIER B., Le Psychiatre face au suicide, les responsabilités de chacun, in « Psychiatrie à l'hôpital général », 1993

CORDIER B., PETITJEAN F., PRETERRE P., Les responsabilités dans le suicide, 1990.

Sur le plan civil, la responsabilité d'autrui peut-être engagée lorsque le suicidant ou sa famille se portent partie civile et demandent réparation lors du procès pénal intenté pour l'une des infractions que l'on vient d'énumérer.



Responsabilité du médecin et de l'hôpital

La responsabilité pénale du médecin peut être engagée : en matière de suicide, le médecin se voit le plus souvent reprocher une non-assistance à personne en péril (article 223-6 deuxième alinéa du C. P.). Il doit être prouvé l'existence d'un péril qui doit être «imminent, constant et nécessiter une action immédiate», une possibilité d'assistance ; l'absence de risque pour celui qui peut porter secours ou pour le tiers et l'abstention volontaire de porter secours.

La responsabilité civile du médecin et de la clinique ne peut mettre en cause que deux personnes privées, en l'occurrence le patient ou sa famille d'une part, le médecin exerçant en libéral ou les établissements privés d'autre part. La responsabilité médicale civile est engagée, soit par le non-respect des obligations fixées par un contrat, c'est la responsabilité contractuelle, soit par l'obligation de réparer le dommage causé par une faute volontaire ou non, c'est la responsabilité délictuelle.

La responsabilité contractuelle d'un médecin ou d'une clinique crée une obligation de moyens, et non de résultats. Le médecin s'engage à apporter des soins « consciencieux, diligents et conformes aux données actuelles de la science ». Le contrat d'hospitalisation en clinique comporte une double obligation de soins et de garde et surveillance. Elle doit prendre des mesures appropriées à l'état du malade et à ses réactions antérieures. L'appréciation de l'inexécution de l'obligation de sécurité dépendra des consignes particulières de surveillance données par le médecin qui a posé le diagnostic et de leur exécution. En cas de suicide, la responsabilité de l'établissement est présumée et il devra apporter la preuve qu'il avait réellement pris les précautions qui s'imposaient.

Parmi les obligations du médecin traitant, il y a celle de prévenir du risque suicidaire la clinique à laquelle il adresse son patient, faute de quoi, elle n'a aucune raison d'exercer une surveillance particulière, et c'est donc la responsabilité du médecin traitant qui sera engagée en cas de suicide. L'attitude du patient et de la famille sont prises en compte, notamment leur refus des traitements préconisés ou d'hospitalisation proposée par le médecin, qui sera alors exonéré de sa responsabilité en tout ou en partie.

La responsabilité délictuelle du médecin peut être aussi engagée en raison d'une faute commise par son préposé (infirmière, secrétaire).

La responsabilité administrative de l'hôpital : lorsqu'un malade est hospitalisé dans un établissement public, il ne passe pas de contrat avec tel ou tel médecin, mais avec l'hôpital. Les médecins ne répondent personnellement que de fautes personnelles détachables du service. L'action est dirigée contre l'administration et non contre le médecin, à moins qu'il n'ait commis une infraction relevant du Code Pénal. Le régime de la responsabilité administrative de l'hôpital repose sur une distinction fondamentale entre les actes médicaux (diagnostic, traitement) et les soins courants, l'organisation, le fonctionnement du service. Pour les actes médicaux, le tribunal administratif ne retiendra la responsabilité de l'hôpital que pour une faute lourde, considérant les fautes simples comme excusables car la médecine est une activité « à risque ».

En matière de suicide, la faute du médecin réside dans une erreur de diagnostic ou de traitement, ayant cru à tort que le malade n'attenterait pas à ses jours. Mais la jurisprudence ne retient ce type d'erreur de diagnostic comme une faute lourde que s'il y a eu un examen notoirement insuffisant ou une erreur grossière d'appréciation.

C'est donc au niveau des activités de soins courants ou du fonctionnement du service hospitalier que la responsabilité de l'hôpital est le plus souvent retenue par les tribunaux administratifs. Les critères utilisés en cas de suicide sont généralement : le caractère prévisible ou imprévisible du comportement du malade, la nature de la surveillance exercée et l'organisation matérielle du service.

Pour tous ces critères, la tendance du conseil d'État est de retenir la faute simple de surveillance comme suffisante pour engager la responsabilité de l'hôpital. Quant à l'efficacité des mesures de surveillance, « on ne saurait trop répéter que contre le désir morbide de suicide, il n'existe pas de précaution absolue »⁶¹.

J. Vedrinne invoque la notion d'anticipation de consentement à propos de l'intervention médicale dans les services d'urgences pour des personnes en crise suicidaire. Si l'état du patient ne permet pas d'obtenir un consentement éclairé, la jurisprudence prévoit dans ce

⁶¹ P.Deniker

cas que le médecin s'adresse aux proches du malade. C'est l'objectif de la mesure d'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT), qui implique un tiers issu de l'entourage du malade.

En ce qui concerne le secret professionnel (article 226-13 et 14 du C.P.) et le suicide, l'information des proches peut être nécessaire en cas de risque de suicide, pour permettre une meilleure surveillance. Sinon le secret est dû au patient par delà la mort, et l'origine suicidaire d'un décès doit être cachée même à la famille si tel était le vœu du suicidant.

Vis à vis des assurances, rien n'oblige le médecin traitant à révéler la cause de la mort à l'assureur car c'est à la compagnie, éventuellement par le canal de son médecin conseil, de faire la preuve que le décès n'était pas couvert par le contrat.

La description de ces enjeux juridiques souligne la nécessité pour les établissements de soins de réajuster en permanence leurs capacités thérapeutiques en prenant conscience de la pression du discours du groupe social.

2.5 CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Le suicide, dont le taux de mortalité était progressif de 1970 à 1985, a fait l'objet d'une prise de conscience des autorités compétentes à partir de 1991 (note n° 55 d'information sur le phénomène suicide) / 1992 (conseil économique et social). Il a été déclaré problème de santé prioritaire en 1994. La politique nationale de lutte contre le suicide s'est développée en même temps que se mettaient en place les outils opérationnels de la politique de santé suite à la réforme hospitalière de 1991 et aux ordonnances de 1996. Nous avons répondu ainsi, dans cette première partie, à notre première question qui concernait la déclinaison de la politique nationale de lutte contre le suicide sur le plan institutionnel du niveau national jusqu'au niveau des établissements et des acteurs locaux. La participation à la conduite des politiques de santé fait partie des missions des médecins inspecteurs de santé publique.

Les recommandations de l'ANAES, en 1998, concernant la prise en charge et le suivi des tentatives de suicide chez les adolescents sont parmi les premiers résultats de la politique nationale de santé. Il apparaît cependant que les tranches d'âge les plus touchées par le suicide ne sont pas les adolescents, que le suicide touche les adultes et surtout les personnes âgées. Une conférence de consensus de l'ANAES, en 2000, a élargi le champ des populations cibles. et recommande une hospitalisation systématique des suicidants et une triple évaluation sanitaire, psychologique et sociale. Ces recommandations peuvent-elles être appliquées localement, au niveau des centres hospitaliers, en dehors des sites pilotes qui ont, par exemple, innové des structures spécialisées dans l'accueil des jeunes ?

Nous avons situé les centres hospitaliers par rapport au programme de lutte contre le suicide et nous avons présenté les aspects théoriques de leur organisation en lien avec la politique de soins ainsi que les responsabilités qui leur incombent. Ils ont cependant une dynamique propre que nous allons étudier dans la seconde partie, à partir de la réalité de terrain, c'est à dire au niveau de la prise en charge des suicidants dans le service des urgences du centre hospitalier régional d'Orléans qui les reçoit.

3 - QUELLES STRUCTURES POUR QUELLE PRISE EN CHARGE ?

LES SUICIDANTS AU QUOTIDIEN AU CHR D'ORLEANS.

La stratégie d'intervention en santé publique dépend de la faisabilité administrative et politique et de la faisabilité technique et financière. La prise en charge des personnes suicidaires ne se résume pas aux soignants, elle concerne tout un chacun dès lors qu'il intervient dans l'organisation ou le fonctionnement d'un dispositif de prévention ou de soins. Cependant, c'est au travers de la capacité des établissements et des acteurs locaux à se mobiliser et à mettre en œuvre des actions concrètes que se réaliseront les objectifs nationaux. Un des axes de la politique de santé étant la prise en charge hospitalière, nous avons donc choisi d'étudier la prise en charge des suicidants au CHRO.

Nous présenterons le CHRO et un bref historique de l'évolution parallèle de la prise en charge des suicidants et de l'institution. Nous étudierons ensuite ce qu'il en est aujourd'hui dans les faits et ce qu'en pensent les acteurs.

3.1 PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER D'ORLEANS

Le centre hospitalier régional d'Orléans comporte deux sites hospitaliers de court séjour, un établissement de moyen séjour, deux établissements de long séjour, deux établissements d'hébergement. Les établissements hospitaliers de court séjour sont situés, l'un en centre ville, l'Hôpital Porte Madeleine et l'autre à une dizaine de kilomètres, dans le quartier sud de la ville, le centre hospitalier de La Source.

L'Hôpital de la Madeleine comporte 432 lits de court séjour et 11 places (données 2000), il assure un accueil d'urgence, les urgences pédiatriques et les urgences gynéco-obstétricales. Il comprend des services de médecine, de gériatrie, de pédiatrie, de pneumologie, d'ORL, d'OPH, et la maternité.

Le centre hospitalier de La Source, ouvert depuis 1975, comporte 490 lits de court séjour et 22 places (données 2000). Il comprend des services de médecine, de chirurgie, des urgences, de la réanimation et un plateau technique.

Rapporté à la région, le CHRO représente 10 % des lits installés de court séjour, public et privé et 11,6 % des entrées totales en hospitalisation complète (publique et privée)⁶².

⁶² données 2000, rapport de gestion

Le CHRO ne dispose pas de lits de psychiatrie, La prise en charge dans l'établissement de l'urgence psychiatrique et de la psychiatrie de liaison relève des équipes du centre hospitalier départemental Georges Daumezon de Fleury-les-Aubrais.

Les instances existantes : D'après les résultats d'un audit réalisé par Gemini Consulting en 1998, les instances exercent leurs missions.

La vie de l'hôpital est le sujet d'une « lettre mensuelle » d'une ou deux feuilles. Par exemple, dans la lettre n° 49 d'octobre 2001, se trouve une information sur la démarche qualité - accréditation.

Au quotidien, c'est le service des urgences de La Source au CHRO qui reçoit les patients suite à une tentative de suicide, cependant, au cours de notre étude, nous serons amenés à prendre aussi en compte le contexte de ce service, c'est à dire le centre hospitalier régional dans son ensemble et le centre hospitalier spécialisé (CHS) de Daumezon situé à Fleury-les-Aubrais avec lequel des conventions sont signées.

3.2 HISTORIQUE⁶³

Dans le hall d'entrée de la direction se trouvent deux panneaux qui marquent le point de départ de l'histoire du CHRO :

"Le 1° octobre 1828, le cinquième du règne de sa majesté Charles X, roi de France et de Navarre était posée la première pierre de l'hospice des aliénés par son altesse royale Caroline Ferdinande Louise, Princesse des deux Siciles, Madame, Duchesse du Berry."

"Le 30 août de l'an 1841, douzième année du règne de Sa Majesté Louis Philippe, Roi des français, la première pierre de l'Hôtel Dieu a été posée par Sevin Mareau, Chevalier de l'Ordre Royal de la Légion d'Honneur, Membre de la Chambre des Députés, Maire d'Orléans et Président de la Commission administrative des Hospices Civils".

Plus récemment, il y a une vingtaine d'années, des professionnels hospitaliers du CHRO sont "montés au créneau" à propos de la prise en charge des suicidants. En ce temps là les suicidants étaient disséminés dans les services de médecine, de chirurgie et de réanimation. Le service de médecine A, installé depuis 1975 dans les locaux neufs de La Source, sous la responsabilité d'un chef de service, était composé de l'accueil des urgences, d'une unité de réanimation, d'une unité de médecine, d'une unité de dialyse et d'une "polyclinique". Après

⁶³ L'évolution des structures est illustrée en annexe 6.

parution de l'avis de la Société de toxicologie (F. Vidal), favorisant le regroupement des pathologies toxiques, une demande fut faite (et autorisation accordée par la tutelle) pour transformer l'unité de médecine en une unité de toxicologie. Celle-ci a ouvert en 1982.

Cinq unités fonctionnelles : urgences, réanimation et toxicologie, dialyse et la "polyclinique" ont alors structuré le service de médecine A. Les urgences ont reçu, dans les années 80, plus de 1 000 suicidants par an dont la moitié nécessitait une surveillance active en réanimation (1/4) ou dans l'unité de toxicologie (1/4), l'autre moitié (sans lésion somatique) bénéficiait d'une hospitalisation à la polyclinique, structure d'accueil fermée le week-end.

L'unité de toxicologie, au départ, était sensée recevoir toutes les personnes intoxiquées, accidentellement ou non. Il s'agissait d'une orientation clinique permettant de centraliser dans un lieu précis les problèmes d'intoxication (champignons, vipères, accidents médicamenteux, à l'iode...). Elle recevait 20 % de pathologies iatrogènes et 80 % de suicidants.

Après quelques années de fonctionnement, outre le recrutement lié aux accidents professionnels et domestiques, était noté un **recrutement très important de sujets jeunes ayant fait une tentative de suicide**, ce qui a inquiété les professionnels du service.

Le service de toxicologie a travaillé en partenariat avec l'unité psychosomatique du service de neuropsychiatrie de l'hôpital afin de gérer une prise en charge psychologique. La demande augmentant, l'unité psychosomatique ne pouvait plus matériellement assumer cette fonction (4 à 6 consultations de psychiatre ou de psychologue par jour).

Comme sur les 4 à 6 consultations, 1 à 2 relevaient de la psychiatrie, il y a eu recherche de psychiatres libéraux référents et appel au CHS de Fleury.

Pendant une période de 4 à 5 ans, le secours catholique s'était investi dans le soutien aux suicidants, les bénévoles avaient reçu une formation pour venir visiter les patients suicidants à l'hôpital et les aider à leur sortie. Il existait une convention entre le service de toxicologie et le secours catholique.

En 1990, une consultation de psychiatrie était devenue nécessaire aux urgences, il y a eu demande du service de médecine A pour des locaux de consultation spécialisée aux urgences, mais les psychiatres du CHS n'ont pas souhaité se délocaliser ; une solution intermédiaire a été retenue, un infirmier psychiatrique venait assurer une permanence dans l'unité des urgences et s'occupait de la prise en charge ultérieure des suicidants reçus aux urgences et aussi de ceux hospitalisés en toxicologie.

En 1991 il y a eu création du Centre d'Accueil Permanent⁶⁴ qui est une structure émanant du CHS de Fleury les Aubrais et accueillant, 24 heures sur 24, sans hébergement, toutes les urgences psychiatriques. Elle est située près du CHS, mais à l'extérieur. Les patients venant du CHRO nécessitant un avis psychiatrique étaient reçus sur le site de Fleury-les-Aubrais. Progressivement, une partie de l'équipe pluriprofessionnelle s'est déplacée au CHRO, ponctuellement puis quotidiennement, auprès des patients hospitalisés aux urgences. A partir de cette pratique, un projet médical commun a été élaboré, conditionné à l'allocation de moyens (la convention ne fut en fait signée qu'en 1999).

Un premier contrat d'objectifs, "le plan d'urgence 1991-1993", signé le 10 janv. 1992 a permis une remise à niveau du plateau technique et l'évolution de certaines activités, en particulier, l'organisation des services d'urgences⁶⁵ et la réorganisation du service d'anesthésie et réanimation. Ce contrat prévoyait l'élaboration d'un projet médical et d'un projet d'établissement.

Un projet médical a été voté en 1993, validé par le CA, la CME, le CTE et adopté par la commission du service de soins infirmiers et par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Le service de toxicologie a disparu en 1993 : dans un premier temps les lits de toxicologie ont été transformés en lits de post-réa car il n'y avait pas assez de lits de réanimation et les patients ne présentant pas de symptomatologie somatique grave étaient pris en charge dans la "polyclinique".

Un projet de service avait été accepté pour délocaliser le service de toxicologie, et créer 12 à 14 lits dont 2 à 4 lits de prise en charge de toxicomanes. Ce projet a été refusé dans un deuxième temps et le service de toxicologie n'a jamais réouvert.

En 1994, un projet d'établissement a été élaboré, validé par toutes les instances du CHRO. "Les directives ministérielles introduisant des exigences nouvelles concernant le fonctionnement d'accueil d'urgence ont été prises en considération dans ce projet d'établissement : séparation des flux adulte/enfants et création d'un service urgences-SAMU".

⁶⁴ Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement ; circulaire n° 896 AS du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie ; **circulaire du 14 mars 1990** relative aux orientations de la politique de santé mentale.

⁶⁵ **Circulaire n° 326 du 15 février 1990** relative à l'amélioration des conditions d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers

En 1995, suite aux décrets⁶⁶ du 9 mai 1995 relatifs à l'accueil et au traitement des urgences et aux conditions techniques de fonctionnement, des unités d'hospitalisation de courte durée ont été créées. Les malades qui devaient passer en toxicologie, et en particulier les suicidants ont été hospitalisés dès lors dans les unités d'hospitalisation de très courte durée (HTCD) et de courte durée (UHCD). Depuis mars 1995, le service des urgences, composé de l'unité d'accueil des urgences et de ces unités de courte durée, et le service de réanimation sont distincts.

Les associations avaient passé convention avec le service de toxicologie et non avec d'autres services. Celui-ci ayant disparu, les bénévoles n'ont plus pu venir.

Le personnel du service de toxicologie qui avait aussi reçu une formation spécifique a aussi été dispersé.

Le deuxième contrat d'objectif a été signé le 13 janvier 1997 entre le préfet, la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM), la mutualité sociale agricole (MSA) et le CHRO. La coopération avec le centre hospitalier spécialisé de Fleury les Aubrais y est envisagée (mesure n° 3.1) pour la prise en charge des patients nécessitant un accueil psychiatrique aux urgences, pour la structuration d'une prise en charge et d'un suivi spécifique pour les adolescents et sur un projet de relocalisation du CAP à proximité du centre ville, voire à la porte Madeleine en 2000.

Ce contrat prévoyait la prise en charge pédo-psychiatrique en réseau (urgences pédiatriques du CHRO, CHS, CMP, CMPP) (mesure 3-3)

Une convention multilatérale finalise une Communauté d'établissement du Loiret regroupant les hôpitaux de Gien, Montargis, Pithiviers, Fleury-les-Aubrais et Orléans (CME du 22 juin 1998).

Une convention entre le CHS et le CHRO a été signée en 1999 (vote CME le 23 nov. 1998), concrétisant le partenariat existant et initiant un travail en filière de soin dans le domaine de la psychiatrie. Cette convention précise les modalités d'intervention de l'équipe psychiatrique médicale et soignante du CHS au service d'urgence de l'hôpital de La Source. Une infirmière de psychiatrie est présente 24 H / 24 en hospitalisation de très courte durée

⁶⁶ Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : décrets en Conseil d'état) et Décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : décrets).

(HTCD) tandis que le recours au médecin est toujours possible, soit sur place, soit à la permanence du centre d'accueil permanent (CAP). Cette convention ne concerne que les patients hospitalisés dans cette unité, et non tous les suicidants hospitalisés au CHRO. (Les suicidants hospitalisés en réanimation ou dans d'autres services ne peuvent bénéficier d'une consultation psychiatrique du CAP sur place).

Une deuxième convention concerne la psychiatrie de liaison de l'enfant et de l'adolescent. Elle est signée depuis novembre 2001.

Le contrat d'objectifs et de moyens 2000-2004 vient d'être signé par l'ARH. Cependant il n'a été étayé ni par un projet d'établissement ni par un projet médical comme le stipule le code de la santé publique.

Il prévoit une restructuration des urgences avec un regroupement des urgences adultes sur le site de La Source. Le même plateau accueillera aussi l'unité de réanimation chirurgicale de 8 lits. Le site de la Madeleine à moyen terme sera consacré à toutes les activités mère - enfant. Parmi les fiches objectifs, les urgences sont concernées ainsi que la prise en charge des adolescents :

Fiche objectif n° 8 : Améliorer l'accueil des urgences

Fiche objectif n° 8 A : Service d'accueil des urgences (SAU)

Fiche objectif n° 8 B : POSU pédiatrique

Fiche objectif n° 8 C : Organisation d'une consultation en médecine générale sans rendez-vous à l'hôpital de la Madeleine.

Fiche objectif n° 11 : Prise en charge des adolescents⁶⁷ : création d'une unité d'accueil et de prise en charge pluridisciplinaire des pré- adolescents et adolescents de 12 à 18 ans.

Un audit clinique de l'ANAES sur la prise en charge des suicidants est programmé pour 2002, suite à la circulaire de juillet 2001⁶⁸.

Ce bref historique concernant la prise en charge des suicidants permet d'illustrer la dynamique interne d'un établissement hospitalier qui doit assurer des réponses aux besoins courants de la population locale, en tant qu'hôpital de proximité, anticiper les besoins prévisibles (ou non prévisibles) et réagir aux nouvelles orientations politiques.

⁶⁷ A noter qu'il est prévu pour 2002, dans le COM 2000 du CHS de Fleury signé par l'ARH, une structure d'accueil pour les adolescents, de jour et à temps complet.

⁶⁸ **Circulaire n° 2001/318 du 05 juillet 2001** relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : Actions prioritaires pour 2001.

3.3 L'UTILISATION DU PROGRAMME DE MEDICALISATION DES SYSTEMES D'INFORMATION COMME OUTIL EPIDEMIOLOGIQUE

Les informations collectées en utilisant la notion de suicide⁶⁹ comme clef d'extraction du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernent les données socio-démographiques, les lésions, les séjours et le mode de sortie.

Un nombre de 649 séjours pour tentatives de suicide a été comptabilisé, pour l'ensemble du CHRO par le PMSI (sur 45200 séjours) au cours de l'année 2000. Parmi ceux-ci 547 concernent des adultes et 102 des mineurs.

Les données, issues du PMSI, sont codage-dépendantes et sous estimées par définition⁷⁰. Nous les utiliserons dans la partie suivante où nous allons décrire la prise en charge actuelle des suicidants dans le service des urgences et évoquer les prises en charge dans l'ensemble du CHRO.

3.4 PRISE EN CHARGE AU QUOTIDIEN

Le CHRO comprend deux services d'urgences pour adultes, un à La Madeleine, l'autre à La Source. Pour le conseil d'administration (1997) et pour la CME (14 décembre 1998), le SAU doit être situé à La Source et les pôles spécialisés d'urgences pédiatriques et gynéco-obstétricales doivent être à La Madeleine, ainsi qu'un accueil de consultations non programmées. Cependant, cela n'est pas sans poser problèmes pour les urgences hors pédiatrie et gynéco-obstétrique. Le site de La Source offre des prestations performantes par des urgentistes, il draine les malades lourds amenés par le SAMU alors que le site de La Madeleine reçoit des patients venus d'eux-mêmes, est plus confronté à des urgences sociales, a peu de moyens et fonctionne avec des seniors d'autres spécialités. Des difficultés sont régulièrement rapportées pour le fonctionnement des urgences et l'utilisation de lits des services pour des malades venant des urgences (CME du 22 fev.1999).

Le service d'accueil des urgences de médecine et de chirurgie adulte de l'hôpital de la Madeleine devant fermer en 2002, nous avons principalement pris en compte la prise en charge des suicidants par le service des urgences de La Source

⁶⁹ Codée au niveau du « diagnostic associé » du recueil.

⁷⁰ Le codage en diagnostic associé, clef de l'extraction du PMSI est réalisé de façon systématique par les services recevant le plus de suicidants, les urgences, la réanimation et la pédiatrie, peu codée par les services de médecine qui en reçoivent moins souvent et pas du tout par les chirurgiens qui ne codent que des actes.

3.4.1 Accueil au service des urgences de La Source⁷¹

Le service d'accueil des urgences (SAU) de l'Hôpital de La Source comprend plusieurs unités en sus de l'unité de soins en urgence, une unité d'hospitalisation de très courte durée (HTCD - 10 lits) située au rez de chaussée et une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD - 13 lits) située au sixième étage. Depuis 1989, le Centre 15 est intégré au SAU avec plusieurs unités SMUR.

Le SAU fonctionne avec un chef de service, 5 ETP de praticiens hospitaliers, 6 ETP d'assistants et 0,4 ETP d'attaché. Le personnel paramédical se compose d'un cadre infirmier, de 18 ETP d'infirmières diplômées d'état, de 11,4 ETP d'aides-soignants, de 6 hôtesse et une assistante sociale, de 2,8 ETP de secrétaires, de 12 brancardiers. Il n'existe pas d'infirmière d'accueil et d'orientation.

Le service est souvent encombré de patients en attente de lits

Les unités de courte durée ont une capacité de 10+13 lits. Leur intérêt consiste à permettre une surveillance avant une décision d'orientation ou l'attente d'une hospitalisation, d'un transfert. La durée de séjour est "normalement" de 24 heures maximum dans l'unité HTCD et de 72 heures maximum dans l'UHCD. En réalité, les durées moyennes de séjour sont bien supérieures : 1,4 j pour l'HTCD et 5,8 jours pour l'UHCD.

Nombre de patients hospitalisés en HTCD (données du service d'urgences)

1996	1997	1998
2 467	2 795	2 809

En 2000, les données PMSI (2000) font état de 4325 séjours en service d'urgences dont 578 séjours pour TS soit 13,4 %.

3.4.2 La prise en charge somatique

Le nombre de suicidants reçus par jour aux urgences varie de 0 à 7. Ils sont le plus souvent pris en charge dans l'unité d'hospitalisation de très courte durée (HTCD) (578 pour 649 séjours soit 89 %) si le pronostic vital n'est pas en jeu et s'il n'y a pas d'indication chirurgicale. Sinon, ils peuvent être pris en charge par le service de réanimation polyvalente (18 lits de soins intensifs et 8 lits de post-réanimation depuis 1996⁷²) (26 cas en 2000) ou

⁷¹ Des tableaux concernant l'activité du CHRO se trouvent en annexe 7.

⁷² Pour les détenus, il existe des cellules dans l'unité de post-réanimation.

envoyés en chirurgie⁷³ ou en pédiatrie.⁷⁴ Les sujets ayant fait une TS sans complication somatique restent en moyenne 24 à 48 heures aux urgences ou en HTCD⁷⁵ qui se trouvent au rez de chaussée alors que l'UHCD se trouve au 6° (prévention des risques de défenestration). Dans l'unité HTCD, ils représentent 30 % des patients (mais 13,4 % des séjours PMSI)

Des données épidémiologiques peuvent être extraites du PMSI sur l'année 2000.

Une proportion de 3 femmes pour 2 hommes est retrouvée.

La majorité des suicidants hospitalisés dans l'unité HTCD ont entre 30 et 40 ans (âge médian des suicidants de plus de 15 ans : 34,7 ans⁷⁶), il y a peu de suicidants âgés (5 % ont 65 ans ou plus).

3.4.3 La prise en charge psychiatrique

Elle est l'objet de deux conventions entre le CHRO et le CHS.

L'une des conventions concerne une psychiatrie de liaison de l'enfant et de l'adolescent, elle a été signée en novembre 2001. Elle entérine un partenariat déjà existant, l'intervention de l'équipe de secteur de pédopsychiatrie à la demande d'un médecin du département de pédiatrie.

Des vacations de pédopsychiatre avaient été accordées à la CME du 11 avril 2001 (création d'un poste de praticien hospitalier (PH) à temps partagé en psychiatrie. Il est prévu 4 demi-journées de PH psychiatre dans le service de pédiatrie).

La deuxième convention concerne les urgences et le centre d'accueil permanent. Elle a été signée en 1999 pour un an et après évaluation, sera renouvelée tacitement.

Objet : formalisation du partenariat entre les équipes du CAP et du HTCD pour l'amélioration de l'accueil, de l'orientation et de la prise en charge des patients hospitalisés dans ce service. Le service HTCD met à disposition des locaux adaptés et toutes facilités matérielles pour assurer dans les meilleures conditions les prestations du CAP.

Description du dispositif :

⁷³ Non documenté

⁷⁴ Les jeunes hospitalisés en pédiatrie (52 séjours répertoriés) proviennent des urgences pédiatriques de la Madeleine.

⁷⁵ tableau des durées de séjour en annexe

⁷⁶ L'âge médian de l'ensemble des suicidants hospitalisés au CHRO (tous services) est de 33,3 ans.

Possibilité de recours à une présence infirmière du CAP 7 jours sur 7 dans l'unité HTCD, qui assure une mission de pré consultation et d'orientation, en lien étroit avec le CAP.

Possibilité de faire appel à un Médecin psychiatre, soit par un déplacement de celui-ci, quand cela est possible, soit par un déplacement du patient vers le CAP et bénéficier ainsi du recours à l'équipe médicale de garde.

Possibilité d'un recours téléphonique à un médecin du CAP.

Cette organisation s'articule avec la possibilité de bénéficier de la permanence pluriprofessionnelle 24 heures sur 24 sur le site du CAP.

Principes éthiques du travail en commun

L'intervention de l'équipe de psychiatrie doit se faire dans le décours de la rencontre avec le médecin somaticien. Ce recours ne peut être systématique. Il nécessite l'information du patient et son accord lorsque son état de santé le permet. L'équipe soignante travaille avec les somaticiens à l'élaboration d'une véritable demande formulée par le patient.

Modalités d'intervention de l'équipe du CAP :

Toute demande doit être faite par un Médecin urgentiste du CHRO qui se met en rapport avec l'intervenant du CAP.

Deux réunions pluriprofessionnelles soignantes sont prévues par an pour conforter la dynamique de travail et de collaboration.

Des réunions cliniques régulières sont prévues pour soutenir une réflexion commune.

Un comité de pilotage inter établissement, composé des chefs d'établissements, des présidents de CME, du chef de service des urgences et du coordinateur de la fédération du CAP, d'un PH du CAP, d'un cadre infirmier de chaque établissement, se réunit une fois par an.

Au regard de la convention sur la prise en charge des urgences psychiatriques du service des urgences du CHRO, le rapport d'activité du Centre d'Accueil Permanent (CAP) du CHS pour l'année 2000 rend compte de l'activité de consultations des patients adressés par le CHRO⁷⁷ : pour les patients des urgences ou hospitalisés dans le service HTCD. 808 patients ont bénéficié d'un entretien avec un infirmier seul, 225 patients ont bénéficié d'un entretien avec un psychiatre seul et 3 patients ont bénéficié d'un entretien avec un infirmier et un psychiatre. En ce qui concerne les autres services du CHRO et les familles, l'activité du CAP est plus réduite.

Le rapport du CAP ne permet pas de connaître les motifs de chaque consultation, cependant, le motif d'appel le plus fréquent relevé par le CAP est la tentative de suicide.

⁷⁷ Les données issues du rapport d'activité 2000 du CAP sont reprises dans un tableau en annexe 7.

3.4.4 La prise en charge sociale

Les AS interviennent à la demande pour une évaluation sociale des suicidants qu'ils soient dans le service des urgences ou hospitalisés dans d'autres services (médecine ou chirurgie). L'intervention des AS est systématique pour les enfants et les adolescents pris en charge à la Source mais non à La Madeleine. Pour les autres suicidants, une rencontre est effectuée si un signalement a été fait par le service d'hospitalisation.

Après l'évaluation sociale, il y a une communication orale au médecin.

Les dossiers sociaux restent dans le service social.

Il n'y a pas de rapport d'activité sur l'activité du service social et donc pas de statistiques utilisables sur la prise en charge sociale des suicidants par les AS.

L'intervention sociale est dirigée vers les orientations suivantes : la préparation à la sortie, l'hébergement, la prise en charge des enfants, les problèmes de travail et financiers.

Elles assurent le relais avec leurs collègues à l'extérieur.

Il existe une concertation entre les 8 assistantes sociales (AS) du centre hospitalier qui se retrouvent régulièrement.

Il existe une participation aux groupes de travail du PRS suicide (1AS).

3.4.5 Principales modalités d'orientation après une tentative de suicide

Une enquête a été réalisée dans le service des urgences de La Source⁷⁸, en 1997, étudiant les modalités de sorties des suicidants.

Service hospitalier non psychiatrique : 6,2 %

Service de psychiatrie : 22,1 % dont 4,4 en HDT⁷⁹,

Retour au domicile : 65,3 %

Sortie contre avis médical ou fugue 5,2 %

En utilisant les données du PMSI concernant l'ensemble des suicidants hospitalisés en 2000, les modalités de sortie des suicidants du CHRO:

Transferts : 18 %

Retour au domicile : 81 %

Décès : 1 %

Je n'ai pas pu obtenir de données chiffrées réactualisées sur les orientations vers un psychiatre ou vers le médecin traitant.

⁷⁸ Appadoo J.N., Prise en charge des suicidants d'une unité de courte durée et devenir de ces patients à un an ; Thèse de doctorat en médecine, Tours, 1998.

⁷⁹ HDT : hospitalisation à la demande

3.4.6 Protocole spécifique de l'accueil des jeunes en pédiatrie à l'hôpital de la Madeleine

La pédiatrie ne répondait pas à la demande de prise en charge des enfants et adolescents suicidants, ni même aux problèmes psychosomatiques jusqu'en mi 2000. A partir des urgences de La Source, le plus souvent, les 12-16 ans se retrouvaient ensuite dans des services d'adultes car les pédiatres du service (à La Madeleine) ne les prenaient pas en charge jusqu'à présent. Les choses commencent à changer depuis la nouvelle orientation du service de pédiatrie au sein duquel un protocole a été élaboré.

Accueil à partir des urgences pédiatriques (La Madeleine), la prise en charge suit un protocole spécifique.

Une hospitalisation de 4 jours pour le jeune suicidant est proposée (de façon persuasive) au jeune et à la famille.

En cas de besoin, ils sont transférés en réanimation à la Source.

Les jeunes suicidants sont adressés dans le service de pédiatrie qui les accueille jusqu'à 16 ans (année de leurs 15 ans révolus). Ils seront hospitalisés jusqu'à 18 ans lorsque l'unité d'adolescents sera fonctionnelle en 2005.

Pendant les 48 premières heures, il y a interdiction de visite pour la famille.

Il y a peu de refus (< 2 %) d'hospitalisation, ceux-ci sont le fait de la famille (pas du jeune) sous motif qu'ils s'arrangeront avec leur médecin généraliste.

Dans les 12 premières heures, il y a la visite d'un pédiatre du service qui voit le jeune/ la famille/ le jeune avec la famille.

Dans les 24 premières heures, un entretien avec le psychologue du service. Le service a, depuis un mois, des vacations de psychiatre en exclusivité. Cependant, pendant cette phase de transition, les jeunes suicidants continuent à avoir des entretiens avec le psychologue du service en première intention.

Un point est alors fait entre pédiatre et psychologue pour estimer les besoins du jeune et proposer un projet de soins.

Si besoin, le psychiatre peut être appelé au lit du jeune.

Dans les cas difficiles, le point sur la situation est fait entre le pédiatre, le psychologue et le psychiatre.

3.4.7 Protocole utilisé dans les autres services d'hospitalisation

Les patients hospitalisés dans les autres services de l'hôpital peuvent être reçus en consultation au CAP ou bien bénéficier d'une évaluation psychiatrique par un des médecins

du service de neuro-psychiatrie qui comprend 1 praticien hospitalier ETP, 5 attachés psychiatres (libéraux) et 4 psychologues.

Cependant, d'après les professionnels, **l'évaluation psychiatrique n'est pas toujours réalisée pour tous les suicidants hospitalisés au CHRO.**

3.5 ELEMENTS APPORTES PAR LES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS

J'ai réalisé une quinzaine d'entretiens semi-directifs avec des personnels hospitaliers et hors de l'hôpital⁸⁰. Bien accueillie par tous, j'ai ressenti cependant que la prise en charge des suicidants avait été et était difficile tant sur le plan professionnel au niveau des relations inter services que sur le plan de l'organisation, mais que cependant le maximum était tenté pour assurer une prise en charge de qualité compte tenu des contingences.

Les entretiens semi-directifs réalisés m'ont permis d'entendre des avis différents concernant la même problématique. La synthèse de ces entretiens est faite, à partir de la grille d'analyse, sur la motivation des personnels, le partenariat, les structures, les protocoles utilisés, les circuits des suicidants et les difficultés rencontrées. Nous terminerons cette deuxième partie du mémoire sur deux éléments concernant la place de l'hôpital dans le cadre plus large de la santé publique, le potentiel de suivi épidémiologique et l'articulation avec les politiques de santé.

Ce qui est rapporté entre guillemets correspond à des propos énoncés tels quels par les personnes interrogées.

3.5.1 La motivation des personnels soignants et non- soignants

Les professionnels médicaux ou non médicaux rencontrés dans le cadre du mémoire sont particulièrement mobilisés par le problème de la prise en charge des suicidants. Certains se sont mobilisés dans l'organisation des soins, d'autres le sont à l'intérieur et hors de l'hôpital. Leurs trajectoires sont variées, en voici quelques unes.

Le docteur G. s'est investi pendant 30 ans au CHRO, il est l'initiateur de la création du service de toxicologie et de la prise en charge psychiatrique des suicidants.

Le Dr C., est motivé depuis longtemps par le sujet, ce fut même l'objet de sa thèse, en 1970 à propos de patients hospitalisés au CHRO.

Le Dr B. est depuis 25 ans en pédiatrie, elle a choisi récemment de s'occuper en particulier des jeunes ayant fait une tentative de suicide, ce qui est effectif depuis 6 mois. Elle a

⁸⁰ La liste des personnes rencontrées ainsi que leur fonction est placée en annexe 1.

participé au projet de restructuration du service de pédiatrie. Mme B est aussi intégrée dans un des groupes de travail du PRS suicide.

D'autres médecins prenant en charge les suicidants depuis plus de vingt ans ont permis des évolutions notables de cette prise en charge à force de négociations, en particulier avec le secteur psychiatrique.

Les infirmières du service des urgences ont spontanément demandé des formations pour améliorer leurs prestations auprès des patients retournant même sur leur temps libre sur le banc des écoliers à l'institut de formation des infirmières (IFSI) pour bénéficier des cours de psychiatrie.

Les assistantes sociales se sont fait négociatrices pour parvenir à ce que des patients puissent être hospitalisés pendant un temps suffisant, ce qui a motivé leur participation aux groupes de travail.

Cependant, pour d'autres professionnels, la prise en charge des suicidants n'est pas une préoccupation prioritaire si on se réfère aux difficultés qui m'ont été rapportées, en particulier pour obtenir une prolongation d'hospitalisation pour des patients en état de crise suicidaire ou simplement pour pouvoir organiser une prise en charge ou un suivi.

"Pour faire sortir un patient suicidant, il faut juste la "signature du docteur", mais même si l'avis psychiatrique montrait la nécessité de prolonger l'hospitalisation, de toute façon, le lit était déjà pris...et le compte rendu fait....".

Pour l'administration hospitalière, "il y a d'autres priorités". Le PRS suicide n'est pas à l'ordre du jour du fait de la fermeture des urgences de La Madeleine au profit des urgences de La Source.

3.5.2 Les partenaires

Il existe des partenariats inter services dans le CHRO et des partenariats extérieurs. Les partenaires privilégiés du CHRO en ce qui concerne la prise en charge des suicidants, concernent le CHS et ses antennes, le CAP et les CMP ainsi que les médecins traitants, les psychiatres libéraux, les pompiers et les associations.

3.5.2.1 Le partenariat inter service.

Le service de neurologie- psychiatrie est un service qui n'a pas de lits d'hospitalisation. Les psychiatres du service assurent, à la demande et dans la mesure de leur disponibilité, l'évaluation psychiatrique des suicidants hospitalisés dans d'autres services de l'hôpital de la Source, cependant, ils n'assurent pas le suivi de ces patients ni la prise de rendez vous

après d'un confrère ou du CMP. Néanmoins, si le rendez vous est tardif, ils peuvent les revoir en attendant.

3.5.2.2 Le partenariat avec le secteur public.

L'institution d'une prise en charge psychiatrique, formalisée par la convention signée en 1999, est le fruit de "luttres menées pendant des années pour que les psychiatres viennent consulter des patients hospitalisés pour des TS ou des désordres psychiatriques graves". Le partenariat avec le CAP est apprécié par certains, critiqué par d'autres.

Dans le service des urgences, le partenariat avec le CAP est apprécié très positivement. Pour madame M., cadre infirmier, la présence régulière de professionnels du CAP aux urgences a entraîné des changements dans la perception des uns et des autres. Le personnel des urgences apprécie le travail des « psy⁸¹ » et souhaite un approfondissement de leurs connaissances permettant d'améliorer leurs prestations auprès des patients pour une prise en charge plus globale. Une demande de formation complémentaire est venue spontanément des infirmières. Ainsi, des stages de courte durée au CAP ont été effectués par les IDE du service d'HTCD et 2 IDE de psychiatrie ont été accueillis par le service des urgences. Cet échange a permis, de l'avis des personnes rencontrées une amélioration de la communication entre le personnel des urgences et celui du CAP.

Un médecin observe que la prise en charge actuelle des suicidants n'est pas adaptée, que la convention avec la psychiatrie ne concerne que les urgences et qu'il a régulièrement des difficultés pour obtenir une évaluation psychiatrique des suicidants dans son service. " Le problème a été découpé en sous-problèmes, il n'y a pas de gestion globale du problème. Il s'agit de solutions historiques et ponctuelles, liées à des questions de personnes".

Pour plusieurs médecins, l'intervention des infirmiers psychiatriques du CAP est une "mauvaise chose", "ils assument des responsabilités qui ne sont pas les leurs, s'ils viennent pour la compassion, pourquoi pas, mais pour le diagnostic, pas d'accord". "Un poste de psychiatre est prévu aux urgences⁸², or les textes ne sont pas appliqués car pour les directeurs, "on doit pouvoir contacter un psychiatre"... "c'est une question de volonté politique".

Le partenariat avec le secteur public dans son ensemble est facilité, pour le service d'urgence, par l'intervention du CAP, structure externe du CHS. Cependant les patients des

⁸¹ Psychiatre et infirmiers du secteur psychiatrique

⁸² Dans les textes, psychiatre de garde sur place 24/24 s'il y a une activité psychiatrique, d'astreinte 24/24 s'il n'y a pas d'activité psychiatrique

autres services ne bénéficient pas de cette facilité et il faut parfois "6 mois pour obtenir un rendez-vous au CMP"

3.5.2.3 Le partenariat avec les psychiatres libéraux.

Le partenariat avec les psychiatres libéraux a été recherché, des attachés libéraux travaillent dans le service de neuro-psychiatrie de l'hôpital. Il semble qu'il a été effectif aux urgences avant la convention entre le CHS et le CAP. Lorsqu'un patient est suivi par un praticien libéral, un contact est recherché.

Il semble cependant que la notion d'urgence soit différente pour les somaticiens et les psychiatres. Ainsi, pour les urgentistes, une prise en charge urgente ne tolère pas de délai, y compris la prise en charge psychiatrique alors que pour les psychiatres le temps fait partie du processus thérapeutique.

Au quotidien, sauf exception, il semble difficile d'avoir un rendez-vous en urgence avec les psychiatres libéraux.

3.5.2.4 Le partenariat avec les médecins généralistes.

Certains patients n'ont pas de médecin traitants. Quand les patients ont un médecin traitant, le partenariat avec celui-ci est recherché mais pas toujours trouvé. Le personnel ayant du mal à les contacter.

3.5.2.5 Le partenariat avec les associations.

Le secours catholique est intervenu auprès des suicidants pendant une certaine période, ils venaient les visiter à l'hôpital et les aidaient à la sortie.

3.5.3 Les structures

Une évolution⁸³ complexe des structures de l'hôpital de la Source recevant les suicidants s'est étalée dans le temps. L'unité de toxicologie créée en 1982, est devenue post - réanimation en 1993, la polyclinique a été transformée en HTCD en 1995.

Si les noms des structures varient en fonction des théories et des contraintes ambiantes, les patients suicidants reçus par les différentes structures sont orientés de façon constante dans le temps en fonction de la gravité somatique de la pathologie.

L'organisation structurée des services a des effets sur l'organisation des soins d'une part et sur les relations entre les services. La prise en charge psychiatrique d'un suicidant n'est pas la même s'il est hospitalisé en HTCD, en chirurgie ou en réanimation... selon les

⁸³ Des schémas en annexe 6 montrent l'évolution des structures et de la prise en charge.

conventions formelles ou non formelles, en interne ou en externe, que les services ont établi avec des psychiatres.

La seconde conséquence de la structuration des services est " la concurrence que se faisaient les services pour obtenir des financements est une des raisons qui ont empêché la création d'un service de prise en charge des suicidants après la transformation de l'unité de toxicologie en unité de post-réanimation."

Actuellement, à la demande de la direction, un groupe de réflexion composé de 6 médecins (1 pédiatre, 1 urgentiste, 1 médecin interniste, 2 neuro-psychiatres, 1 réanimateur) et de 3 assistantes sociales travaille sur un projet d'établissement. Un des projets concerne la création d'un service spécialisé (suicidants) destiné à un public non encore ciblé. Le projet a été présenté au CA le 9 mars 2001. Il a été conçu, il en est en phase de gestation.

Pour les adolescents, à partir du mois de septembre prochain, une unité pour grands enfants amorcera une prise en charge spécifique des adolescents qui sera effective (prise en charge jusqu'à 18 ans) lorsque les nouveaux bâtiments seront terminés, c'est à dire en 2005. Une structure est en cours de réalisation, elle est inscrite au COM. Les pédiatres estiment que les adolescents ont besoin d'un site d'accueil particulier (d'autant plus s'ils présentent un problème psychiatrique) avec des espaces de communication, et qu'ils ont besoin de beaucoup de disponibilité de la part des soignants⁸⁴.

Pour les adultes, la création d'une structure spécifique pour les suicidants est une demande récurrente depuis la transformation des lits de toxicologie en lits de post-réa. Plusieurs médecins s'étaient investis pour défendre ce projet. Certains se sont comme ils le disent "démobilisés", un autre regrette que la politique de santé publique n'ait pas plus favorisé des initiatives locales : "pas un sou pour le suicide or il y a 12 000 décès par an et on voit 900 à 1000 tentatives à l'hôpital d'Orléans!" Il avait eu plusieurs projets, une "structure d'écoute" au CHRO, des vacations de psychiatres libéraux mais "l'hôpital ne paie pas suffisamment bien les vacations pour que les médecins acceptent de venir", une structure d'accueil prévoyant une hospitalisation de trois jours pour que les suicidants aient le temps de se réveiller, que l'on puisse parler avec leur famille et qu'ils sortent avec un diagnostic et une orientation. Ce médecin rapporte qu'aujourd'hui, les évaluations psychiatriques correspondent plus à une "gestion administrative" ("on a fait ce qu'il fallait !") qu'à une réelle prise en charge psychiatrique, les gens sont vus somnolents, "ils ne savent même plus qui ils ont vu". Si

⁸⁴ Cependant, vu le nombre de récurrences, une question se pose aux responsables de la pédiatrie, est-ce que le cocooning des adolescents ne favorise pas ces récurrences, les adolescents trouvant dans le service la possibilité de s'exprimer qu'ils ne trouvent pas ailleurs ?

l'évaluation psychiatrique amène une indication de prolongation d'hospitalisation, le patient sortira quand même car le lit est déjà pris et on attendait seulement la "signature du docteur". "La sortie rapide des patients est une conséquence des points ISA ⁸⁵".

D'autre part, si une unité spécifique pour la prise en charge des suicidants a été considérée nécessaire par certains praticiens, il semble que la concurrence entre les services n'a pas permis sa réalisation.

3.5.4 Les protocoles

L'existence des protocoles m'a été rapportée décrivant les circuits des patients, les critères utilisés pour les différentes procédures d'accueil, d'orientation, de prise en charge et de suivi, l'intégration des recommandations de l'ANAES dans ces procédures.

Mais je n'ai pas pu en voir d'écrits.

3.5.5 Les difficultés recensées:

Deux difficultés majeures apparaissent pour la prise en charge somatique des suicidants dans un service d'hospitalisation, ce sont d'une part les problèmes de sécurité et d'autre part la comptabilisation des points ISA. Quant à la prise en charge psychiatrique, les professionnels rencontrés ont presque unanimement évoqué une durée d'hospitalisation insuffisante et le ressenti d'un sous-équipement du département en matière de psychiatrie (sauf un), ce qui pose un problème pour l'orientation et le suivi des patients. Enfin, la prise en charge sociale, "à la demande", n'est pas toujours demandée.

3.5.5.1 La sécurité

Défenestrations, le mot est lancé pour parler de la nécessité d'une surveillance particulière des suicidants. Quatre à cinq défenestrations de suicidants hospitalisés sur une quinzaine d'années, mais aussi des suicides moins visibles ont sensibilisé les équipes soignantes. Les défenestrations m'ont été mentionnées dès le premier entretien et au cours de cinq entretiens. Ainsi, ces risques seraient une des raisons rapportées qui font que les services qui reçoivent épisodiquement des suicidants et ont du mal à "garder un œil sur eux tout le temps" cherchent à écourter leur séjour (propos rapportés par des professionnels n'appartenant pas à ces services).

Actuellement, les suicidants sont préférentiellement hospitalisés dans des services situés au rez de chaussée.

⁸⁵ ISA, indice synthétique d'activité, issu du PMSI; les points ISA sont utilisés comme un indicateur de gestion économique et servent à la détermination de la dotation globale d'un établissement

3.5.5.2 Les points ISA

Une deuxième raison pour écourter le séjour des suicidants m'a été rapportée par deux médecins. L'un m'a dit "Dans les services d'hospitalisation, l'évaluation psychiatrique apparaît comme une formalité à remplir au plus vite pour pouvoir faire sortir les patients qui risqueraient de faire diminuer le point ISA". L'autre m'a dit : "De toute façon, les services ne savent pas qu'en faire et la prise en charge des suicidants ne rapporte pas de points ISA".

3.5.5.3 La durée d'hospitalisation

"Le temps d'hospitalisation aux urgences est trop court (moins de 24 h) ce qui rend difficile le démarrage d'une évaluation et d'un projet."

De plus, l'évaluation psychiatrique est parfois réalisée sur des patients mal réveillés. L'hospitalisation dans les services est problématique, les assistantes sociales ont souvent été sollicitées par les urgences et par les psychiatres pour faire hospitaliser ou pour prolonger l'hospitalisation des suicidants en médecine. Les AS devaient "négocier" ces hospitalisations pour des patients en état de crise suicidaire refusant une hospitalisation en milieu psychiatrique ou pour organiser un suivi. Ce sont ces dysfonctionnements qui ont motivé les AS pour collaborer activement à une amélioration de la prise en charge des suicidants.

3.5.5.4 L'orientation

Après leur passage aux urgences, 81 % des suicidants retournent à leur domicile, les autres sont dirigés soit vers le CHS ou une clinique s'ils ont besoin d'un suivi psychiatrique soit en service de médecine ou de chirurgie si besoin. Les suicidants qui rentrent à domicile peuvent avoir un rendez-vous déjà pris pour une prise en charge en ambulatoire, ce qui est le plus fréquent pour les adolescents et les jeunes adultes, ou bien le rendez-vous n'est pas pris, des adresses leur sont fournies. Une difficulté avancée est relative à la réticence des patients pour être orientés vers le secteur psychiatrique.

3.5.5.5 La prise en charge psychiatrique

Au niveau du CAP, il n'y a qu'un seul psychiatre en poste, les autres postes étant vacants. Les premières évaluations aux urgences sont donc réalisées par des infirmiers psychiatriques et non par des psychiatres qui ne voient que les personnes pour lesquels il y a un doute et, de façon systématique, les adolescents hospitalisés aux urgences (à La Source), les adolescents de pédiatrie (à la Madeleine) étant vus par un psychologue en première intention.

"Les moyens insuffisants des équipes de psychiatrie conduisent à trouver des accommodations aux soins minimums requis dont doivent bénéficier les patients".

Concernant le suivi, d'après les entretiens avec les professionnels, celui-ci est systématique pour les adolescents et les jeunes adultes, mais il n'est pas systématiquement programmé pour tous. Certains professionnels rencontrés pensent qu'une démarche personnelle est nécessaire pour qu'un suivi soit effectif, ils ne veulent pas entrer dans la vie des patients en prenant rendez-vous pour eux et leur laissent la liberté de consulter ou non.

3.5.6 Le potentiel de suivi épidémiologique de la morbidité par le PMSI.

Le médecin du département d'information médicale (DIM) peut exploiter des informations à visée épidémiologique, à partir du PMSI, non seulement en ce qui concerne les patients hospitalisés pour tentatives de suicides et les patientes ayant bénéficié d'une interruption de grossesse suite aux directives du ministère, mais aussi en réponse à des demandes extérieures dans le cadre d'études épidémiologiques à condition de déterminer une clef d'extraction et des critères permettant le contrôle de l'exhaustivité.

Les difficultés rencontrées sont liées à des retards de codage qui peuvent altérer la fiabilité des données et parfois une réticence des médecins à coder, ce qui limite leur exhaustivité. Des contrôles sont alors nécessaires pour tester la fiabilité des données et leur exhaustivité à partir de critères d'identification, par exemple : les intoxications médicamenteuses des jeunes sont-elles spécifiées comme des tentatives de suicide?

Les informations collectées en utilisant la notion de suicide comme clef d'extraction concernent les données socio-démographiques, les lésions (type de TS), les séjours et le mode de sortie. Lorsque le numéro d'identifiant sera utilisé, les récurrences pourront être comptabilisées.

Parmi les médecins DIM de la région, certains seraient intéressés par une utilisation épidémiologique du PMSI, une méthodologie restant à mettre au point.

3.5.7 L'articulation des politiques de santé et de la structure hospitalière

Un médecin me disait : "Il n'y a pas de gestion globale du problème, il s'agit de solutions historiques et ponctuelles, liées à des questions de personnes"

Un autre déclarait à propos des textes législatifs: " Au départ, ils sont faits pour répondre à des besoins de la population, et surtout pour faire redescendre la pression dans les usines à gaz ! "

L'interview des "administratifs" de l'hôpital, de l'ARH, des services déconcentrés DDASS et DRASS ne m'ont pas permis de visualiser une articulation claire entre les politiques de santé et les structures hospitalières.

3.5.7.1.1 Relations entre le projet d'établissement et le COM

Un COM 2000-2006 et un Projet directeur 2000-2010 ont été signés entre le CHRO et l'ARH, sans être précédés d'un projet d'établissement.

Pour la DDASS, il s'agit d'une spécificité liée à l'historique du CHRO.

Les causes qui m'ont été rapportées par la tutelle relèvent des pressions très fortes des syndicats d'une part et des politiques locales d'autre part.

La direction de l'hôpital insiste sur la pression très forte de l'ARH pour la signature d'un COM, avant que l'hôpital n'ait eu le temps de faire un projet d'établissement. Cependant, "les fiches du COM reflètent la position du CHRO malgré le fait qu'il ne se conforme pas aux "canons" d'un projet d'établissement".

Au niveau du projet de soins, le seul répertoire concerne la pédiatrie, il a été présenté en CME début décembre 2001 et est en cours de formalisation.

3.5.7.1.2 Le COM

Des orientations nationales vers une prise en charge spécifique pour les adolescents⁸⁶ se retrouvent dans les COM des deux CH d'Orléans (CHRO et CHS). Des projets de structures spécifiques permettant un accueil des adolescents pour 2002 au CHS et à l'horizon 2005 pour le CHRO sont décrits dans les COM signés en 2000 avec l'ARH. A une question naïve de ma part, à savoir pourquoi deux structures, il apparaît que les dossiers étant traités par des personnes différentes et la structure prévue par le CHRO n'étant pas financée par l'ARH, personne n'a relevé ce fait.

L'interprétation des hospitaliers est différente, le projet du CHS concerne des adolescents présentant des pathologies mentales décompensées (autisme, schizophrénie...) et lors de rencontres entre le CHRO et le CHS, les professionnels du CHS ont estimé que les TS n'étaient pas liées à une maladie mentale et donc ne relevaient pas d'une structure spécialisée. Cependant tous les pédopsychiatres n'adhèrent pas à cette proposition.

3.5.7.1.3 La vision du PRS

La vision du PRS par l'administration hospitalière est très pragmatique :

"Les thèmes (du PRS) sont comme des bulles que l'on attrape si l'on veut." Il faut qu'un chef de service soit motivé par ce thème, se l'approprie et le défende en CME

L'apport financier peut être incitatif, mais ne suffit pas. Un thème, quel qu'il soit, retenu dans le PRS ne peut être décliné que s'il y a rencontre entre les moyens financiers et un porteur de projet motivé.

⁸⁶ Circulaires du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents et du 11 décembre 1992 relative aux politiques de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents

Une autre condition pour qu'un thème soit effectivement pris en compte par l'hôpital est la volonté de la direction de l'hôpital. La priorité aujourd'hui, n'est pas la prise en charge du suicide mais plutôt la fermeture des urgences de la Porte Madeleine.

Au niveau de l'ARH, le PRS suicide n'a pas bénéficié de financements spécifiques. De plus, l'élaboration des COM de plusieurs centres hospitaliers, en particulier pour le CHRO et le CHS a précédé l'officialisation du PRS suicide.

Au niveau de la DRASS, la politique de soins et la politique de santé relèvent de deux services différents et leur articulation se heurte à un cloisonnement administratif non dépassé par une volonté de coopération.

3.6 CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE

Nous avons répondu, à travers l'historique de la prise en charge des suicidants, à notre troisième question concernant les démarches et les moyens que les acteurs locaux utilisent pour réagir dans un contexte local spécifique, quand un problème de santé publique apparaît comme ce fut le cas à Orléans.

La spécificité de la demande de soins liée aux tentatives de suicide a motivé la création dans un premier temps d'une unité spécifique permettant de répondre à cette demande avec la mobilisation d'un partenariat qui n'a été formalisé qu'ultérieurement. Des restructurations internes à l'hôpital ont été réalisées en fonction des connaissances nouvelles sur la santé et en fonction de la parution de textes réglementaires. La prise en charge spécifique des suicidants a été réorganisée au mieux des contraintes extérieures.

Concernant l'appropriation et la mise en œuvre du protocole de prise en charge optimale tel que défini par la conférence de consensus de l'ANAES, devant les limites matérielles et humaines, un protocole minimum est appliqué, afin de garantir la sécurité des suicidants et de favoriser la prise en charge et le suivi.

Sur un plan de santé publique, l'outil PMSI semble intéressant pour permettre de surveiller la morbidité des tentatives de suicide hospitalisées et dans l'avenir l'épidémiologie des récurrences de tentatives de suicide est envisageable.

L'articulation des politiques de santé et des structures hospitalières est complexe. La déclinaison opérationnelle des politiques de santé semble aléatoire. A Orléans, les outils permettant la déclinaison d'un PRS suicide au niveau de l'hôpital ne sont pas (encore) utilisés à ce titre, ni par les hospitaliers, ni par l'ARH.

Dans la troisième partie, nous commencerons par analyser les résultats obtenus à Orléans au regard des objectifs nationaux de santé publique et de la mise en œuvre des recommandations de l'ANAES puis nous les analyserons en fonction des hypothèses formulées au départ.

4 - ANALYSE : DE LA THEORIE A LA PRATIQUE

A partir de l'analyse des éléments recueillis au CHR d'Orléans, nous allons tenter de répondre aux deux dernières questions formulées concernant l'application des recommandations de l'ANAES et les apports d'une politique affichée de lutte contre le suicide dans la prise en charge au quotidien des suicidants. Puis nous allons essayer de déterminer, à travers les réponses apportées par notre recherche aux questions posées en introduction, si nos hypothèses étaient valides et sur quels éléments elles reposent. Les deux dernières hypothèses ouvrant quelques pistes de réflexion.

4.1 LES RECOMMANDATIONS DE L'ANAES SONT-ELLES APPLICABLES ?

En 1998 étaient élaborées les recommandations de l'ANAES sur la prise en charge hospitalière des adolescents, l'objectif étant de diminuer le nombre de récidives suicidaires. En 1999, 60 établissements volontaires ont réalisé des audits cliniques à partir des recommandations ANAES. Une conférence de consensus de l'ANAES en 2000 a élargi les propositions de prise en charge en ciblant d'autres publics (détenus, personnes âgées, toxicomanes).

Il faut noter que, parmi les experts qui ont été mandatés par l'ANAES lors de la conférence de consensus de 2000, on trouve vingt psychiatres, un seul psychologue, un seul médecin généraliste, un seul gériatre.

Des évaluations de la prise en charge hospitalière ont été réalisées par les ORS Aquitaine, Bretagne, Midi Pyrénées, Nord-Pas de Calais et Rhône-Alpes dans des Centres Hospitaliers de régions ayant des programmes régionaux de santé (PRS) incluant le suicide. Ces études, regroupées dans l'enquête Prémutan, ont montré les spécificités institutionnelles, organisationnelles et professionnelles locales qui ont été le point de départ de processus d'appropriation des recommandations de l'ANAES et de leur intégration aux pratiques locales.

4.1.1 La prise en charge somatique

4.1.1.1 Durée de séjour

Dans l'unité d'hospitalisation de très courte durée (HTCD) du service des urgences du CHRO, la durée moyenne de séjour (DMS) des patients suicidants, est de 1,4 jours, l'orientation de 81 % des suicidants, à la suite de cette hospitalisation est un retour à

domicile. La durée de séjour est donc plus longue que le temps nécessaire à une orientation somatique en urgence, limite pour la triple évaluation préconisée par l'ANAES et qualifiée d'insuffisante pour une prise en charge de bonne qualité par certains professionnels.

La durée de séjour préconisée par l'ANAES (3 à 7 jours) est supérieure à la durée de séjour recommandée mais non réglementée dans des lits de service d'urgence⁸⁷ (24 à 48 heures)

L'hospitalisation des suicidants dans des services d'urgences se retrouve au niveau de nombreux centres hospitaliers (étude ORS Limousin, étude Premutan-FNORS). Les avantages d'une hospitalisation des suicidants dans les services d'urgence apparaissent à plusieurs niveaux : d'une part, la présence de personnel médical ou non médical y est plus importante, d'autre part, la présence d'une équipe de psychiatrie ou la possibilité d'appel à un psychiatre, dictée par les textes, est conventionnelle et ne pose pas de difficultés. Ces avantages sont rarement retrouvés dans les services de médecine.

Cependant, dans notre étude, les psychiatres et les infirmiers psychiatriques regrettent de devoir faire l'évaluation de patients qui ne sont pas bien réveillés et de ne pouvoir les voir qu'une seule fois le plus souvent, ce qui pose un problème de mise en place d'un dispositif de suivi et ultérieurement de l'observance.

La prise en charge, passée le cap de l'accueil d'urgence somatique, ne semble pas adaptée dans un service d'urgence, dédié a priori à une hospitalisation de très courte durée pour une orientation, alors que l'ANAES et les professionnels rencontrés estiment que l'optimum se situe entre 3 et 5 jours. Les risques de récurrence, nécessitent un personnel informé et vigilant ce qui amène à penser que ces patients doivent être orientés systématiquement vers un service de médecine défini, disposant du personnel suffisant pour assurer leur sécurité.

4.1.2 La prise en charge psychiatrique

4.1.2.1 L'évaluation psychiatrique

La pénurie relative des psychiatres en France est réelle à Orléans où un seul psychiatre assure les urgences psychiatriques au CAP, les autres postes prévus restant vacants, il s'ensuit donc une position difficile pour les infirmiers du CAP lorsqu'ils sont affectés au service d'urgence du CHRO. Qu'ils fassent du diagnostic psychiatrique, restent dans le flou ou fassent appel au psychiatre, leur activité en première ligne aux urgences de médecine somatique ne correspond pas toujours à leurs missions. Il n'y a pas de psychologue

⁸⁷ qui sont soumis à autorisation mais non à des indices chiffrés au niveau du SROS .

intervenant aux urgences bien que ceux-ci aient une formation leur permettant de porter un diagnostic psychologique et de poser les indications d'une orientation.

De plus, tous les suicidants ne bénéficient pas d'une évaluation psychiatrique. Pour ceux qui en bénéficient, quatre protocoles différents existent, relevant du type de service dans lequel ils ont été hospitalisés.

La prise en charge des adolescents est différente dans le service des urgences et dans le service de pédiatrie. Aux urgences, tous les adolescents doivent/devraient voir systématiquement un psychiatre alors que, dans le service de pédiatrie, c'est un psychologue qui est chargé de l'entretien préliminaire, il n'y a pas de consultation systématique avec le pédo-psychiatre.

Dans les autres services, ce sont les psychiatres du service de neuro- psychiatrie qui font cette première évaluation quand les services en font la demande.

Dans certains services, la sortie est conditionnée par la consultation du psychiatre.

Ces différences de protocole au sein d'un même centre hospitalier m'ont surprise, d'autant que tous rapportent des difficultés liées à leur propre protocole, ainsi qu'au protocole du voisin. De plus ces protocoles sont appliqués au minimum requis.

La variation des protocoles se retrouve dans l'étude Premutan qui montre la mise en place d'un suivi dans 71 % des services et un suivi systématique dans seulement 32 % des services étudiés. Cette étude montre d'autre part que les services accueillant plus de 300 suicidants par an proposent plus systématiquement (97 %) un entretien que les services qui accueillent moins de 100 suicidants par an (25 %). De plus, l'évaluation est réalisée par un psychiatre dans 62,9 % des services accueillant plus de 300 suicidants contre 36,5 % dans les services accueillant moins de 100 suicidants par an.

Ces différentes observations nous amènent à penser qu'il est nécessaire de prendre le temps de définir un protocole de prise en charge des suicidants qui dépasse le cloisonnement des services. Pour qu'un protocole soit valide et opérationnel, la désignation d'un référent coordinateur est souhaitable.

4.1.3 La préparation à la sortie, le suivi

D'après les entretiens avec les professionnels, le suivi est prévu quasi systématiquement pour les adolescents et les jeunes adultes, mais il n'est pas systématiquement programmé pour tous, laissant à certains patients la liberté de consulter ou non. Cette attitude, revendiquée au niveau du service des urgences, du CHRO et du CAP, n'est pas conforme aux recommandations de l'ANAES. D'autre part, ce suivi n'est pas ...suivi dans le temps.

Une autre difficulté soulevée est celle d'obtenir un rendez-vous rapidement en CMP ou chez un psychiatre libéral. Les médecins traitants sont parfois aussi difficiles à joindre.

Les données de l'enquête réalisée sur les suicidants dans le service de court séjour du CHRO, dans le cadre de la thèse de J. N. Apadoo fournissent plus de renseignements sur l'orientation des suicidants : 65,3 % de retours à domicile, 5,2 % de fugues ou sorties contre avis médical, 22,1 % d'orientation vers un service psychiatrique dont 4,4 % en HDT et 6,2 % sont orientés vers un service de médecine. Comparativement, les données du PMSI ne permettent pas une bonne estimation des modalités de sortie et du suivi : 81 % de retours à domicile , 18 % de transferts et 1 % de décès.

Les mêmes difficultés sont relevées dans l'enquête Premutan : sorties contre avis médical, fugues, absence de médecin traitant, problèmes pour contacter la famille. Certains services d'accueil et de soins ont du mal à obtenir l'intervention du psychiatre. A la sortie de l'hôpital, certains services ne peuvent contacter le médecin traitant (organisation peu opérante des relations entre le secteur libéral et le secteur hospitalier.). Les options dominantes retrouvées dans cette enquête sont l'orientation vers des services hospitaliers psychiatriques ou le retour à domicile avec prise en charge spécialisée libérale ou de secteur.

Pour la FNORS, des modalités particulières d'accès aux professionnels de la psychiatrie restent à imaginer.

Les points qui conditionnent l'observance du suivi ultérieur, c'est à dire le premier entretien avec un professionnel et la prise de rendez-vous après la sortie de l'hôpital, devraient être considérés comme primordiaux lors de la formalisation d'un protocole de prise en charge.

4.1.4 La prise en charge sociale

Les assistantes sociales, mobilisées par la problématique suicide interviennent à la demande, mais la demande n'est pas systématique, ni pour les enfants dans le service de pédiatrie, ni pour les adultes dans l'unité de très court séjour.

L'enquête Premutan relève aussi la faiblesse de l'intervention de l'assistante sociale, seuls 29 % des services font appel systématiquement aux services sociaux, et pose la question d'une insuffisance du nombre d'assistantes sociales.

La prévention tertiaire comprend la prévention des récurrences ainsi que tous les actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques . La prévention tertiaire s'étend donc au domaine de la réadaptation et de la réinsertion sociale. Elle doit intégrer l'aspect social aux aspects sanitaires.

Les résultats obtenus dans notre étude montrent que la triple évaluation des suicidants prescrite par les recommandations de l'ANAES est un objectif non atteint et difficile à atteindre sur le plan matériel (ressources en psychiatres), méthodologique (application d'un même protocole sur l'ensemble de l'hôpital) et organisationnel (structure d'hospitalisation et organisation du suivi) mais cet objectif est visé par la plupart des professionnels médicaux et paramédicaux rencontrés, avec toutefois des modalités très personnelles. Les mêmes difficultés sont retrouvées dans l'enquête Premutan de la FNORS sur les cinq régions étudiées.

4.2 LE SUPPORT D'UNE POLITIQUE DE SANTE

Nous allons analyser les éléments concernant l'influence de la mise en place d'une stratégie nationale de santé publique au niveau des acteurs et au niveau de la prise en charge des suicidants.

4.2.1 Mobilisation et représentation sociale

Un médecin interrogé me disait que, dans les années 80, "les problèmes relatifs aux intoxications étaient mal connus, les problèmes liés aux toxicomanies et aux tentatives de suicide étaient considérés comme "illégitimes" dans les services de médecine"⁸⁸. Un autre médecin m'a dit : "dans les étages, les services de médecine n'étaient pas adaptés à recevoir des suicidants qui parfois se défenestrent, il fallait faire quelque chose..."

La prévention primaire du suicide est aléatoire du fait de nombreux facteurs en cause tant personnels qu'environnementaux. Elle relève d'intervenants de tous les secteurs, les soignants ne sont donc pas les seuls concernés par la lutte contre le suicide. Cependant ils sont les acteurs principaux d'un objectif majeur : la limitation du nombre de récurrences de suicide.

Les interventions à l'hôpital d'associations comme le secours catholique, la création d'un "groupe de réflexion pour la prévention du suicide" (GRPS) en février 1999, regroupant des médecins généralistes, des psychiatres libéraux et des représentants institutionnels⁸⁹, la

⁸⁸ Cela m'a rappelé qu'étant étudiante en médecine dans les années 80, il m'est arrivé aux urgences d'entendre du personnel soignant dire que les lavages d'estomac devaient être faits "pour que les gens n'aient plus envie de recommencer"...

⁸⁹ Ce GRPS a organisé la journée nationale de prévention du suicide en 2000, une conférence débat ouverte au public en février 2001 et des formations de professionnels en janvier 2001.

participation d'associations comme SOS amitié à des groupes de travail sur le PRS montrent aussi que, au regard de la lutte contre le suicide, les acteurs associatifs sont motivés.

A Orléans, on trouve l'engagement de professionnels du CHRO dans des groupes de travail organisés, par la DRASS, autour du PRS- suicide. De même, cette mobilisation autour de la lutte contre le suicide est retrouvée dans les autres régions où s'est mis en place un programme régional de santé comportant un volet lutte contre le suicide.

La prise de position politique en faveur de la lutte contre le suicide a facilité la (re)mobilisation de personnes sensibilisées au problème et une prise de conscience généralisée que le phénomène suicide devait être pris en considération et que les personnes suicidaires devaient être aidées.

"Parler du suicide et des idées suicidaires ne pousse pas au suicide, au contraire, cela permet de s'exprimer avec des mots et non avec son corps" (association SOS amitié).

La parole s'est libérée autour du suicide, on parle de ce dont on ne parlait pas, cela permet aussi de dire que le tiers des personnes qui se suicident sont des personnes âgées⁹⁰ et qu'il reste beaucoup à faire.

Les représentations sociales concernant le suicide ont évolué, évolution favorisée par la dépénalisation, les études épidémiologiques sur le phénomène, et la mise en place d'une politique de santé publique de lutte contre le suicide.

"L'évolution est conservatrice" (Henri Laborit).

Mintzberg⁹¹ (1990) montre que la politique et les organisations politiques servent à une série de rôles fonctionnels dans les organisations, en particulier en soutenant les efforts favorables aux changements nécessaires lorsque ces derniers sont bloqués du fait des systèmes légitimes d'influence.

Les résultats obtenus dans notre étude sur les apports d'une politique de santé peuvent être rapprochés des conclusions d'un audit du Haut Comité de Santé Publique en 1999 à partir d'une étude sur l'impact des rapports du HCSP au cours de la période 1992-1998. L'audit portait sur la manière dont les rapports thématiques sont réalisés et sur les effets des recommandations qu'ils contiennent. Les conclusions de cette étude attestent que, sous certaines conditions, les recommandations du HCSP au ministre peuvent en profondeur améliorer le système de santé français. Cependant il révélait les difficultés du HCSP à faire

⁹⁰ Concours médical, 2001, tome 123-39, p 2620-2623

⁹¹ Mintzberg, le management, voyage au centre des organisations, 1990

entendre ses propositions et à convaincre le ministre de la santé et le parlement de leur donner une traduction concrète.

4.2.2 L'évolution du service public

4.2.2.1.1 Vers une prise en charge globale des soins

Différents textes ont proposé/imposé progressivement une amélioration du service public : ouverture de "centres d'accueil d'urgences psychiatriques" (1979), amélioration de l'accueil des adolescents (1988), amélioration de l'accueil des urgences hospitalières (1990), orientations de la politique de santé mentale (1990), conditions d'accueil et de traitement des urgences (1997). Les urgences hospitalières ont ouvert la porte aux professionnels de psychiatrie dans les centres hospitaliers généraux de même qu'à la psychiatrie de liaison, innovant ainsi une prise en charge globale. D'autre part, la présence régulière de professionnels du secteur psychiatrique aux urgences a entraîné des changements dans la perception des uns et des autres et amélioré la communication. Le personnel des urgences apprécie le travail des "psy". et souhaite un approfondissement de leurs connaissances pour améliorer leurs prestations auprès des patients avec un objectif de prise en charge plus globale.

L'intégration de l'aspect psychologique à la prise en charge sanitaire est limitée actuellement aux soins palliatifs, au traitement de la douleur, et à la prise en charge des suicidants, mais elle devient de plus en plus souhaitée par les soignants.

Le développement de structures spécifiques pour la prise en charge globale des adolescents et des jeunes adultes dans certaines villes (par exemple le centre Abadie de Bordeaux, le centre PASS-AJE de Clermont-Ferrand...) relève de ce principe.

4.2.2.1.2 Vers une prise en charge de proximité

La prise en compte des priorités de santé publique à travers l'organisation de la santé et des soins a permis l'intervention des psychiatres dans les hôpitaux de proximité.

Les orientations de la politique de santé mentale se rapprochent ainsi des préconisations de l'OMS sur les soins de proximité.

En effet, le Rapport de l'OMS sur la santé dans le monde 2001 : « Santé mentale : une nouvelle approche, de nouveaux espoirs » recense les avantages représentés par les soins de proximité, et préconise le transfert des lits de psychiatrie dans les hôpitaux généralistes. Il rapporte que la proportion des lits de psychiatrie dans les hôpitaux généraux en Europe (10%) est inférieure à la moyenne mondiale (16%).

4.2.2.1.3 Vers une prise en charge de qualité

Dans le projet d'établissement du CHRO de 1997, on trouve un plan d'action qualité. La cellule qualité propose un projet jugé prioritaire par le comité de pilotage. Au point 8, on note l'intérêt de développer des protocoles médicaux et paramédicaux. Cependant, il n'y a pas de protocole écrit, spécifique pour la prise en charge et le suivi des suicidants, en dehors des conventions de coopération du CHRO avec le centre d'accueil permanent qui concernent l'ensemble des patients accueillis aux urgences et les jeunes hospitalisés en pédiatrie. La recherche qualité est parfois plus tangible, par exemple au Centre hospitalier universitaire (CHU) d'Amiens⁹² où un véritable travail sur l'accueil des suicidants a été réalisé par un psychiatre de liaison. La méthodologie utilisée a ensuite été reprise pour l'élaboration des protocoles dans d'autres services du CHU.

4.2.3 Une évaluation de la morbidité

Un avantage non négligeable acquis par la politique de santé publique, dans le cas des tentatives de suicide, concerne la connaissance que l'on peut avoir sur la morbidité, toujours difficile à cerner. L'outil PMSI est intéressant, cependant, il existe des limites à l'interprétation des données fournies.

Pour que le codage PMSI ait un sens, il faut des consignes particulières et un suivi direct par ceux qui sont intéressés par le recueil de cette information⁹³.

Les données du PMSI ne concernent que les patients hospitalisés, elles ne prennent pas en compte les patients suicidants vus en consultation aux urgences, et ne nécessitant pas d'hospitalisation. Cependant, on peut considérer que ce nombre est faible du fait du protocole de prise en charge mis en œuvre aux urgences de La Source, protocole qui inclut une hospitalisation systématique, au minimum de quelques heures.

Les tentatives de suicides de patients refusant l'hospitalisation ne peuvent être comptabilisées.

Les données PMSI ne prennent pas non plus en compte les consultations spécialisées, en particulier les consultations de psychiatrie dans notre étude.

D'autre part, ce sont les séjours qui sont comptabilisés et non les patients, ce qui ne permet pas l'estimation des récurrences de suicides. Cependant, cette difficulté sera levée lorsque le chaînage des patients sera effectif.

La plus grande limite du PMSI, dans le cadre de la prise en charge des suicidants concerne l'exhaustivité du codage. Au CHRO, les codages de diagnostic de TS réalisés par les

⁹² Information recueillie sur le site Internet reseau-chu.org

⁹³ Girardier Mendelson, comment peut-on retrouver les tentatives de suicide ?, Université virtuelle . <http://www.medecine.uhp-nancy.fr/public/pmsi/cours/SUICIDE.htm>.

services d'urgences, de réanimation et de pédiatrie peuvent être considérés comme satisfaisants et les données exhaustives du fait de l'implication des chefs de service dans la problématique suicide et du nombre de suicidants reçus. Pour les patients hospitalisés en chirurgie, les chirurgiens codent les actes mais ne codent pas les diagnostics, il manque donc les données relatives aux suicidants qui y sont hospitalisés. Les données concernant les patients suicidants hospitalisés dans les autres services de médecine ne sont pas fiables non plus car, les suicidants y étant peu nombreux, les médecins sont moins sensibilisés à l'intérêt du codage de TS en diagnostic associé. Le nombre de 649 séjours de suicidants est donc sous-estimé.

La valorisation sur un plan épidémiologique des données PMSI permettra peut-être une amélioration du codage par les professionnels qui n'en voient souvent que l'aspect économique.

Les avantages rapportés ici au support d'une politique affichée de santé publique relèvent principalement d'une transformation des représentations sociales concernant le suicide, d'une mobilisation des acteurs qui laissent espérer une amélioration continue de la pertinence et de la qualité de la prise en charge, de plus, l'utilisation épidémiologique du PMSI améliore la connaissance sur la morbidité des tentatives de suicides hospitalisées et peut constituer un bon indicateur de résultats de la politique de santé.

Ces constats se retrouvent dans le bilan du PRS suicide 1998-2002 de la région Bourgogne, la prise en charge des suicidants étant un des points forts de ce bilan⁹⁴.

Nous avons ainsi répondu aux quatre questions posées à la base de notre étude. Il s'agit, maintenant de reprendre les hypothèses formulées en introduction comme guide d'analyse pour rechercher l'adéquation entre la théorie et la pratique. Si la politique de santé, par l'incitation à l'action, la transformation des représentations sociales et à travers les dispositifs réglementaires permet d'améliorer la prise en charge des suicidants, nous avons pu appréhender certaines difficultés au niveau local. Les difficultés qui m'ont été rapportées concernent l'articulation des dispositifs par les institutions qui possèdent une dynamique propre liée aux acteurs, les structures qui doivent s'ajuster aux besoins, les moyens qui ne sont pas extensibles et la santé mentale qui est un concept en évolution.

⁹⁴ PRS région Bourgogne : "Prévention du suicide et de la tentative de suicide, en particulier auprès des adolescents et adultes jeunes" (1998-2002)

4.3 L'ARTICULATION D'UNE POLITIQUE DE SOINS A LA POLITIQUE DE SANTE

De l'observation de l'existence d'un phénomène qui prend une ampleur anormale – dans notre cadre, l'augmentation du nombre de suicides dans les années 80 – à une prévention et une prise en charge optimale dont l'objectif n'est pas encore atteint en 2002, de nombreuses étapes ont été décrites qui correspondent à une démarche de santé publique.

Une de ces étapes correspond à la mise en œuvre de la politique de santé au niveau régional. Dans le cas de la lutte contre le suicide, elle comprend plusieurs volets dont un volet sanitaire qui concerne la prévention secondaire : la prise en charge des suicidants et la prévention tertiaire : la prévention des récurrences de suicide, sujets de ce mémoire. Nous avons vu que sur un plan théorique les objectifs de la politique de santé publique étaient déterminés au niveau régional au cours de la CRS et que le niveau opérationnel était situé au niveau de la politique des soins, c'est à dire dans les objectifs du SROS repris par les COM élaborés par les centres hospitaliers.

Nous avons observé que certains outils de la politique de santé avaient été utilisés, notamment l'élaboration d'un PRS suicide, validé en 2000 par le préfet. Cependant, à travers le cas du CHRO, nous avons mis en évidence que les outils permettant sa mise en œuvre au niveau local ne sont pas utilisés. En effet, la prévention des récurrences de suicide n'est pas inscrite dans un SROS dans la région Centre et il n'est pas prévu qu'elle le soit, contrairement à ce qu'on a pu voir dans d'autres régions dont les PRS suicide sont plus avancés ou pour la déclinaison d'autres thèmes tels les PRS cancer ou périnatalité qui faisaient aussi l'objet de plans nationaux.

Les COM ne mentionnent pas non plus de moyens spécifiques pour la prise en charge des suicidants.

Si on considère la démarche santé publique de l'hôpital, c'est au niveau de la priorisation des projets présentés par les chefs de service à la CME et au niveau de l'élaboration du projet d'établissement, éléments qui devraient permettre la prise en compte des besoins nouveaux de l'établissement que se trouvent les difficultés.

C'est donc à l'articulation entre la politique de santé publique et la politique de soins nécessaire à rendre opérationnels les objectifs de santé publique que se trouvent les dysfonctionnements.

Le HCSP avait préconisé une déclinaison régionale de la politique nationale de santé pour tenir compte des disparités spécifiques locales et pour mobiliser les acteurs de terrain.

Cependant les résultats obtenus montrent que cette articulation correspond à un maillon faible de la chaîne d'action de la mise en œuvre de la politique de santé.

Les causes de dysfonctionnement sont multiples :

4.3.1 Le niveau administratif,

On observe un dysfonctionnement au niveau des structures hospitalières et au niveau des structures déconcentrées de l'état. Nous évoquerons les structures hospitalières dans un deuxième temps (4.4).

Nous avons observé, à la DRASS, un cloisonnement entre le pôle sanitaire responsable de la « tutelle des établissements » dont les missions relèvent d'une politique de soins (élaboration des SROS, autorisations, COM, relations avec l'ARH...) et le pôle santé dont les missions consistent à relayer et animer les politiques de santé au niveau régional (CRS, PRS...). Cependant, chaque DRASS a sa propre organisation fonctionnelle.

4.3.2 Le niveau politique

Pour dépasser ces cloisonnements, une volonté politique forte serait nécessaire soit au niveau des services déconcentrés et de l'ARH, soit au niveau des établissements, ce qui a été le cas dans certaines régions.

Le HCSP⁹⁵ relève une compétition institutionnelle liée à la multiplication des structures et des institutions.

Il pourrait être intéressant d'utiliser l'inscription de la prise en charge des suicidants dans un SROS (MCO ou psychiatrie, voire un SROS PRS) comme un indicateur d'évaluation des processus de la politique de santé.

4.3.3 Le niveau méthodologique

Au niveau méthodologique, les hôpitaux n'ont guère une « culture d'entreprise » de conduite de projets structurée. D'autre part, la configuration d'une organisation en services ne favorise pas la transversalité pour la prise en charge d'une pathologie alors qu'on l'observe à propos de problèmes communs transversaux comme les infections nosocomiales par exemple qui concernent la plupart des services.

Des projets spécifiques concernant la prise en charge hospitalière des suicidants ont été élaborés dans certaines régions. Ils concernent des protocoles de prise en charge, des formations, la création de structures adaptées⁹⁶...

⁹⁵ Rapport triennal 2002

⁹⁶ voir le tableau du bilan 2000 en annexe

D'autre part, de plus en plus, des filières de soins s'organisent, centrées sur une pathologie.

4.3.4 Le niveau financier

Au niveau de la dotation globale des établissements, il n'a pas été prévu de financements fléchés et l'ARH du Centre n'a pas inscrit le financement de projets au titre du PRS suicide dans la petite marge de manœuvre de son budget d'allocation de ressources aux établissements. L'organisation de la lutte contre le suicide au niveau hospitalier doit donc s'intégrer aux dispositifs existants, en particulier être intégrée au Contrat d'Objectifs et de Moyens (COM) de l'établissement. Or, nous avons vu que les COM ne palliaient pas à cette absence de financement spécifique.

Certains crédits du Fond national de prévention, d'éducation et d'information en santé (FNPEIS) ont été fléchés suicide, ils sont affectés plus généralement pour l'étude de l'état des lieux, pour des actions de prévention primaire du suicide et dans le cadre du PRAPS (lutte contre la souffrance mentale).

Pourtant, dans certaines régions ayant mis en place un PRS suicide, des actions ont été initiées, impulsées par les acteurs locaux, hospitaliers ou administratifs, et ont été reconnues et financées soit par le FNPEIS soit par l'agence de l'hospitalisation de leur région sur la marge de manœuvre de la dotation globale des établissements (Pays de Loire, Bretagne, Bourgogne).

Ces différents éléments correspondent bien à des filtres opérationnels tels que nous l'avancions dans notre première hypothèse.

Les variations entre les résultats de notre étude et l'observation de résultats différents dans d'autres régions sont conformes aux analyses sociologiques du comportement des acteurs et de la dynamique des organisations.

Crozier et Friedberg⁹⁷ ont montré qu'il ne peut pas y avoir de schéma organisationnel totalement maîtrisé et fini mais seulement une perspective structurale capable d'accepter la diversité. La redéfinition des identités collectives représente un enjeu de société. Cela est dû au fait que « les acteurs présentent des comportements stratégiques déterminés en fonction de leurs objectifs personnels, mis en œuvre dans un contexte plus ou moins hostile ». Ces auteurs se sont basés sur trois postulats, à savoir, que l'individu n'accepte pas de façon inéluctable de servir la stricte rationalité de l'organisation, qu'il dispose d'une marge d'autonomie relative et que la dynamique de l'organisation s'inscrit dans des jeux de pouvoir pour lesquels les stratégies sont toujours rationnelles, mais d'une rationalité limitée.

⁹⁷ Crozier et Friedberg, L'acteur et le système, 1997

Pour Sainsaulieu⁹⁸, le projet d'entreprise se heurte à une double difficulté : la complexité des acteurs à fédérer et les perversions doctrinales, bureaucratiques et charismatiques.

J. Commaille et B. Jobert⁹⁹ précisent que la « configuration des acteurs sociaux paraît avoir plus d'importance que l'intervention du politique dans les arrangements institutionnels ». « Les procédures prennent la forme d'un cumul d'ajustements et de compromis multiples ». « La décision, la réforme ou la règle sont l'aboutissement d'un processus négocié » (de multiples intervenants participent au processus).

4.4 LES STRUCTURES HOSPITALIERES.

L'hôpital représente aussi un filtre organisationnel par rapport à la politique de soins du fait de sa marge d'autonomie, de sa logique et de sa dynamique propre. D'autre part, les tendances évolutives de ces dernières années, les textes, les acteurs et l'estimation subjective des besoins ne sont pas toujours en cohérence avec une prise en charge optimale dans le cadre de la lutte contre les récives de suicide.

Enfin, une montée en charge secondaire à une application stricte des recommandations par les médecins généralistes n'est pas encore observée.

4.4.1 Les tendances

Les tendances de ces dernières années favorisaient l'aspect plateau technique des centres hospitaliers, la réduction du temps de séjour des patients et la mutualisation des moyens des établissements.

Les recommandations de L'ANAES concernant la prise en charge des suicidants sont compatibles avec la dernière des tendances, mais ne vont pas dans le sens des deux premières : une hospitalisation est recommandée même si l'atteinte somatique est minime, la durée de séjour optimum est longue par rapport aux DMS des services de très court séjour. La prise en charge des suicidants par les services d'urgences n'est pas pertinente dans ce cadre. Une prise en charge optimum devrait conduire à une hospitalisation dans un service adapté aux besoins spécifiques de ces patients qui ne nécessitent pas d'un plateau technique performant dès que le patient ne présente plus d'urgence somatique. D'autre part, la menace d'un raptus suicidaire nécessite une présence de personnel plus importante que celle que l'on trouve habituellement dans les services de soins.

⁹⁸ in Mintzberg, 1982, op. cité

⁹⁹ Les métamorphoses de la régulation politique, LGDJ, 1999.

4.4.2 Les textes et les acteurs

La parution de textes réglementaires et la réaction des acteurs de santé participent au dysfonctionnement : nous avons vu que le service de toxicologie qui assurait la prise en charge des suicidants n'a pu être reconduit après la parution des textes instituant des "lits porte". Nous avons vu aussi que deux contrats d'objectifs et de moyens ont été signés par l'ARH en 2000 pour la création de deux structures d'accueil spécifiques pour adolescents : au CHS, une structure d'accueil de jour et d'accueil à temps complet est prévue pour 2002 financée par l'ARH, et au CHRO, une structure d'hospitalisation d'adolescents est prévue pour 2004 (sans engagement financier de l'agence). Ces observations montrent que l'interprétation des textes hors concertation des acteurs entraîne certaines incohérences.

Cependant, la coopération entre les services de pédiatrie et de pédo-psychiatrie est recherchée par de nombreuses équipes afin d'assurer une prise en charge optimale des adolescents. Certains centres hospitaliers ont créé des structures plus particulièrement adaptées aux suicidants où somaticiens et psychiatres travaillent en coordination. Les structures pour adolescents ciblant les suicidants sont généralement des structures psychiatriques comme par exemple le Centre Abadie à Bordeaux. Il existe des exceptions rendues possibles du fait de facteurs particuliers : structures pilotes comme le service de médecine pour adolescents au CH Kremlin Bicêtre créé en 1982 ; ou bien proximité des psychiatres et des somaticiens, comme à Brest, où une structure pour adolescents fonctionne (la psychiatrie étant située dans le centre hospitalier).

4.4.3 La quantification des besoins

Les structures spécifiques de prise en charge des suicidants concernent le plus souvent des adolescents et des adultes jeunes. Cependant, dans notre étude, on trouve 547 suicidants adultes sur un total de 649 soit 84 % (18 ans et plus), avec un âge médian de 33,3 ans pour l'ensemble des suicidants. Ces résultats qui sont proches des résultats épidémiologiques d'autres études montrent que **les priorités accordées ne sont pas toujours basées sur les besoins réels quantifiés.**

4.4.4 Une potentielle montée en charge

L'approche épidémiologique concernant les tentatives de suicides montre que tous les suicidants arrivant aux urgences ne sont pas hospitalisés¹⁰⁰. De plus, si l'ensemble des

¹⁰⁰ Dans l'enquête Premutan, 82 % des services (75 % -91 %) proposent une hospitalisation systématique aux suicidants.

praticiens¹⁰¹ suivait les recommandations de l'ANAES et adressait tous leurs patients suicidants à l'hôpital, la montée en charge ne pourrait être assumée par les structures actuelles. Une restructuration serait nécessaire pour faire face à cette demande d'autant que les services d'urgences sont déjà très souvent débordés. L'orientation d'un des services de médecine vers la prise en charge de ces patients serait incontournable. D'autre part, du fait des deux spécificités que sont la triple prise en charge somato-psycho-sociale et l'obligation de sécurité face au risque suicidaire, une restructuration adaptée serait nécessaire.

La seconde hypothèse que nous avons avancée, concernant la nécessité d'une restructuration au sein de l'hôpital dépend donc d'une application plus conforme des recommandations de l'ANAES par les professionnels.

Un groupe de travail élabore, actuellement, un projet concernant la prise en charge des suicidants au CHRO (population non ciblée à ce jour). On ne peut pas encore anticiper sur son devenir.

On peut seulement rapporter ce que Laborit a écrit : "Tout processus évolutif est d'abord saisi par le maintien d'une structure en l'état avant que la survie n'oblige à certains déplacements".

4.5 LES MOYENS

Nous avons montré que les moyens actuels permettent tout juste d'appliquer les recommandations avec un protocole minimum et que ce protocole est jugé insuffisant par certains professionnels eux-mêmes.

Les raisons invoquées sont de deux types, financiers d'une part et manque de moyens matériels et humains d'autre part.

4.5.1 Aspect financier :

Nous avons montré l'absence de crédits supplémentaires pour le PRS, dans le cadre de la dotation globale des établissements. Une difficulté spécifique est rapportée : l'augmentation de la durée de séjour des suicidants est incompatible avec la capitalisation des points ISA recherchée par les établissements pour ne pas être financièrement pénalisés à travers le taux directeur de reconduction de la dotation globale. La logique de l'annualité budgétaire ne favorise d'ailleurs pas la déclinaison de programmes de santé spécifiques dans les hôpitaux¹⁰².

¹⁰¹ L'enquête Prémaman relève des insatisfactions des médecins de ville liées au déroulement de l'hospitalisation. Dans certaines régions, jusqu'à 25 % des médecins sont insatisfaits.

¹⁰² Relevé aussi dans le rapport triennal du HCSP de 2002

C'est un des aspects de la déclinaison à minima des protocoles. Le deuxième aspect est plus directement en lien avec des moyens effectifs des services.

4.5.2 Aspect matériel et humain:

La prise en charge des suicidants dans des services d'urgence présente les avantages d'une équipe étoffée en personnel et de la présence régulière, par conventions formalisées, de personnel des services spécialisés en psychiatrie. Cependant les services d'urgence sont saturés et ces patients qui ne nécessitent pas des soins urgents sont susceptibles d'engorger encore plus les services d'urgence si leur temps de séjour augmente comme il est recommandé.

Les moyens mis en œuvre pour assurer une prise en charge satisfaisante sont limités : un protocole minimum, dans la structure hospitalière ayant le plus d'atouts pour satisfaire à la demande de qualité mais qui se trouve détournée de sa mission de base. Cette observation valide notre troisième hypothèse, les moyens sont insuffisants pour une application à la lettre des recommandations. La situation risquerait d'être problématique si les recommandations de l'ANAES étaient appliquées par les médecins.

4.6 AUTOUR DE LA PSYCHIATRIE

Le positionnement par rapport à la problématique : médicalisation, psychiatrisation ou socialisation des TS doit être abordé. Les TS peuvent être révélatrices d'une pathologie psychiatrique et la nécessité d'une consultation psychiatrique est incontestable et incontestée, mais nombreux sont les psychiatres à estimer que les problèmes sociaux ne peuvent être renvoyés de façon systématique à la psychiatrie. Dans le cas du suicide, les avis des psychiatres sont partagés sur l'opportunité de prendre en charge les suicidants dans des structures émanant de la psychiatrie, de « psychiatriser » ces patients.

De plus, un postulat implicite est posé, le droit à intervenir dans la vie privée d'autrui, en l'empêchant de se donner la mort. La marge est étroite entre une psychiatrisation non fondée et une non assistance à personne en danger.

Le problème est d'autant plus difficile que les représentations que se font un grand nombre de personnes des centres hospitaliers spécialisés ne facilitent pas toujours l'acceptation d'une hospitalisation et d'un suivi en secteur psychiatrique, voire la consultation d'un psychiatre en ville. La discrimination et la stigmatisation des personnes suivies par des psychiatres en est la cause¹⁰³. Une évolution des représentations est cependant attendue. La notion de santé mentale tend à remplacer celle de maladie psychiatrique comme la notion de santé a dépassé celle de maladie.

¹⁰³ Rapport OMS 2001

Seul, un travail en partenariat permettrait de discuter du poids relatif des différents éléments ayant conduit à la tentative de suicide et d'orienter le suivi. Ce point sera repris dans les propositions concernant le suivi et se référant à notre dernière hypothèse.

Nous avons formulée la quatrième hypothèse sur l'insuffisance du nombre de psychiatres observée à Orléans. **Cette insuffisance est qualifiée de relative au niveau national. Cependant elle permet d'aborder la nécessité de définir les missions propres des différents intervenants en psychiatrie, à savoir, les psychiatres, les psychologues et les infirmiers psychiatriques,** point que nous aborderons dans les propositions.

4.7 PROPOSITIONS

4.7.1 Où sont les priorités ? La Quantification.

Si on regarde les chiffres de façon réaliste, 93,5 % des suicidants ont 15 ans ou plus, 80 % ont 20 ans et plus. Ce sont donc les adultes qui représentent la grande majorité des suicidants. De plus, les tentatives de suicide sont généralement somatiquement plus graves chez l'adulte et l'abord psychothérapeutique est plus difficile que chez les adolescents¹⁰⁴. Les professionnels rencontrés souhaiteraient des conditions optimales de prise en charge des suicidants adultes. Or, des projets concernant les adultes suicidants avaient été montés par une équipe de médecins du CHRO, ils n'ont pas reçu l'avis favorable de leurs confrères de la CME.

Si on regarde les actions réalisées dans les autres régions, nombreuses sont celles qui concernent les jeunes. Est-ce le fait que les recommandations de 1998 sur la prise en charge des adolescents aient précédé celles concernant les adultes ? L'ordre de parution de ces recommandations a-t-elle été reliée aux besoins ressentis ou aux besoins quantifiés ?

Nous rappellerons simplement que **les besoins doivent être quantifiés pour permettre d'adapter les projets aux priorités réelles et de donner un ordre de priorité aux projets.** L'organisation du recueil des informations sanitaires entre d'ailleurs dans le champ des compétences techniques des MISP. La quantification des besoins permet aussi de mieux assurer certaines missions concernant l'offre de soins.

¹⁰⁴ J.Vedrinne, Quenard, Weber, op. cité

4.7.2 Concertation – Coopération - Coordination

Si les tentatives de suicide des adolescents doivent être prises en compte, la nécessité d'une évaluation somatique, psychiatrique et sociale devrait favoriser des projets en **concertation** entre le CHS et le CHRO. Le cloisonnement entre les services hospitaliers chargés de la prise en charge somatique et ceux chargés de la prise en charge psychologique ou psychiatrique est source de doublons ou de dysfonctionnements.

La coopération des acteurs locaux existe, les conventions formelles ou non en sont le reflet.

Une amélioration de la coordination des acteurs est réclamée par les professionnels (Enquête Premutan).

Sur un plan éthique, nous avons vu que, pour éviter une socialisation ou une psychiatisation non fondées, un partenariat permettrait de discuter du poids relatif des éléments à prendre en compte pour élaborer une prise en charge et un suivi.

Le suivi des suicidants est préconisé dans les recommandations de l'ANAES. Cependant la réalité de ce suivi n'est pas vérifiée. Or l'évaluation du suivi permettrait de mieux apprécier les indications de ce suivi et pourrait être un argument pour sensibiliser les équipes à vérifier que le suivi est réellement assuré. Pour cela, une rétro-information des équipes est indispensable par les professionnels chargés du suivi.¹⁰⁵

L'enquête Premutan conclut que la presque totalité des suicidants, même hospitalisés pendant une très courte durée sortent après avoir reçu des soins somatiques d'urgence et avoir une amorce de prise en charge psychologique mais relève une rupture fréquente entre la prise en charge hospitalière et la prise en charge extra-hospitalière: 30 à 50 % des suicidants ne consultent pas leur médecin traitant à la sortie de l'hôpital.

Le manque de suivi des suicidants est lié à une segmentation dans la chaîne de soins par manque de liaison entre les différents lieux de prise en charge, hôpital et cabinets médicaux. A. Lazarus, parlant de l'articulation du sanitaire et du médico-social en psychiatrie, a dit¹⁰⁶ : "Quand on est sorti d'une institution, son rôle est fini, elle ne vous connaît plus."

L'enquête Prémutan relève aussi le besoin de coordination et de formation demandé par 50% du personnel des services étudiés. La demande de coordination s'adresse aux psychiatres, aux médecins libéraux et au secteur social. Les médecins libéraux sont difficiles à joindre. Concernant les psychiatres qui interviennent dans les services et les structures

¹⁰⁵ C'est un point spécifié dans les actions de prévention des récidives du PRS Pays de la Loire.

¹⁰⁶ Conférence inaugurale, actes des 26^e journées TNH: mieux articuler le sanitaire et le médico-social en psychiatrie, 2000.

psychiatriques, la coordination est particulièrement à améliorer dans les services qui ne reçoivent pas souvent des suicidants. Dans les structures médico-sociales, les modalités de coordination sont à valoriser. Concernant les travailleurs sociaux, il y a une forte demande des services, mais peu de connaissances quant à leurs interventions auprès des suicidants.

L'intérêt des réseaux formalisés est justement de créer entre les professionnels et les acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes suicidantes et/ou des personnes en difficulté des relations opérationnelles permettant des prises en charge et des suivis concertés, continus et synergiques.

Or tous les professionnels consultés m'ont parlé de leur réseau, sous-entendu, l'ensemble des professionnels avec qui ils ont l'habitude de travailler. Plusieurs observations montrent qu'il s'agit de plusieurs réseaux personnels, partiels, informels et non structurés. L'un concerne le CAP, les services d'urgences, quelques médecins traitants (généralistes ou spécialistes) de patients adressés régulièrement aux urgences, un autre concerne les psychiatres. Ce type de réseau repose sur des individus. Certaines formations de professionnels (infirmiers) ont été facilitées. Cependant il n'y a pas de rétro-informations concernant le patient. Les avantages de ces réseaux ne s'étendent pas toujours au secrétariat des professionnels lorsqu'il s'agit d'insérer un RV urgent pour un patient suivi par ces professionnels...

Dans son analyse sur la santé des français¹⁰⁷, le HCSP pointe la segmentation des compétences et des champs professionnels comme une des modalités d'organisation « pas toujours en phase avec l'épidémiologie » et propose « d'élargir la stratégie de santé dans un continuum prévention –soins –réadaptation -réinsertion ».

L'inscription dans un réseau structuré de professionnels concernés faciliterait la cohérence de la prise en charge, un protocole spécifique admis par tous les acteurs, et après l'hospitalisation, éviterait une psychiatrisation ou au contraire une socialisation inadaptée des patients. Un autre intérêt des réseaux concerne la circulation de l'information entre les professionnels concernés : information et formation. Parlant ensuite le même langage, la communication passe mieux.

En Franche-Comté, une des actions du PRS suicide est axée sur la création d'un réseau de professionnels.

D'autre part, la continuité des soins est un objectif permanent pour les responsables des DDASS et DRASS et en particulier pour les MISP.

¹⁰⁷ Rapport sur la santé des français, janvier 2002

4.7.3 Les missions des psychiatres, des psychologues et des infirmiers psychiatriques.

Aujourd'hui, on parle d'accès à la santé pour tous, et la santé mentale est incluse dans la définition de la santé. Les urgences psychiatriques, les demandes de prise en charge psychologique sont de plus en plus nombreuses. Dans certaines zones géographiques, il existe une pénurie réelle de psychiatres. Cela conduit à prévoir un travail sur la définition des compétences requises et des missions des métiers de psychologue, de psychiatre et d'infirmier en milieu psychiatrique afin de clarifier le rôle et la place de chacun d'entre eux.

Le diagnostic psychologique relève de la compétence du psychologue, le diagnostic psychiatrique relève de la compétence des psychiatres. Nous avons évoqué la situation inconfortable des infirmiers devant faire du diagnostic psychiatrique. Les missions des psychiatres doivent être redéfinies afin de leur libérer ce temps de diagnostic incontournable. La prise en charge et le suivi psychologique des patients non psychiatriques peuvent ensuite être assurés par des psychologues. Pour bénéficier d'une psychothérapie, est-ce aux psychiatres de l'acter ou de l'ordonner? Peut-on demander à un psychologue de conduire une psychothérapie de la même façon qu'on demande à un kinésithérapeute de conduire une rééducation ?

Dans l'affirmative, se pose alors le problème du coût : si une psychothérapie est assurée par un psychiatre libéral, seul le ticket modérateur sera payé par le bénéficiaire, si elle est réalisée par un psychologue libéral, elle ne sera pas remboursée. Les patients hésitent donc à engager ces frais. Cependant, elle est gratuite dans le cadre d'une prise en charge dans un centre médico- psychologique (CMP), mais les listes d'attente imposent des délais non compatibles avec la notion d'urgence. Peut-on envisager un remboursement des soins de santé mentale pour les psychothérapies effectuées par le psychologue sur ordonnance d'un psychiatre ? Un grand nombre de questions conduisent à prévoir **un travail sur la définition des compétences requises et des missions des métiers de psychologue, de psychiatre et d'infirmier en milieu psychiatrique afin de clarifier le rôle et la place de chacun d'entre eux**. Il devra s'accompagner d'un travail sur les contenus des formations adaptées à ces missions spécifiques et l'évaluation de l'impact économique d'une prise en charge par la sécurité sociale. Il n'est pas alors exclu que des médecins inspecteurs de santé publique puissent participer à la réflexion.

4.8 CONCLUSION DE LA TROISIEME PARTIE

Nous avons étudié la faisabilité de la mise en œuvre des recommandations de l'ANAES. Il apparaît que les professionnels recevant fréquemment des suicidants (les urgences) s'efforcent d'assurer une prise en charge des suicidants de qualité mais que s'ils perçoivent la nécessité d'une prise en charge somatique et psychiatrique, ils ne perçoivent pas toujours l'intérêt d'une prise en charge sociale systématique. Concernant le suivi, excepté pour les adolescents et les jeunes adultes, certains professionnels rencontrés pensent qu'une démarche personnelle du patient est nécessaire pour qu'un suivi soit effectif. Ces résultats sont à rapprocher de ceux retrouvés dans l'enquête Prémutan réalisée par la FNORS sur cinq régions.

La politique de santé concernant la lutte contre le suicide permet une évolution au niveau des représentations mentales et un soutien aux acteurs engagés dans cette lutte. Cependant, on note une articulation difficile entre la politique de santé et sa mise en œuvre opérationnelle à travers la politique de soins en ce qui concerne la prise en charge hospitalière et le suivi des suicidants. En effet, les structures hospitalières ont une dynamique spécifique et les moyens nécessaires, tant humains que matériels, ne sont pas toujours adaptés à une prise en charge optimum.

Certaines propositions peuvent être avancées : la quantification des besoins locaux permettrait des décisions mieux adaptées aux besoins réels ; la définition des missions des personnels du secteur psychiatrique pourrait pallier, dans certaines régions, au manque de psychiatres ; une organisation plus structurée des acteurs autour des suicidants permettrait une amélioration du suivi.

Sur un plan éthique, certaines interrogations sur la prise en charge et le suivi des suicidants demeurent.

Sur le plan professionnel, la participation à l'action locale pour favoriser des actions dans le sens d'une amélioration des états de santé de la population fait partie des missions des MISP.

5 - CONCLUSION GENERALE

Nous avons pu appréhender, à travers la prévention du suicide, la construction à partir d'indicateurs de la santé de la population et la déclinaison sur un plan théorique d'une politique de santé et en étudiant sur le plan pratique le volet sanitaire à travers la prise en charge hospitalière au quotidien des suicidants. L'implication des médecins inspecteurs de santé publique dans certaines phases du processus relève de leur missions.

L'analyse a permis de montrer les apports de la politique de santé. Ils concernent l'harmonisation des représentations sociales, le soutien à une mobilisation des acteurs locaux et laissent espérer une amélioration continue de la pertinence et de la qualité de la prise en charge des patients.

Cependant l'articulation entre la politique nationale de santé et la politique régionale de soins constitue le maillon faible du processus. Les filtres opérationnels sont liés à des dysfonctionnements humains, administratifs, politiques, méthodologiques, financiers aux niveaux régional et hospitalier. L'inscription des projets des programmes régionaux de santé dans les outils tels que le SROS ou le COM représenterait un indicateur de processus de la politique de santé au niveau régional.

L'hôpital est un partenaire de santé publique dont les points forts sont l'adaptation des structures aux besoins et la motivation des personnels mais le même point faible est retrouvé pour raccrocher administrativement les processus hospitaliers au dispositif national de la lutte contre le suicide. Concernant les recommandations de l'ANAES sur la prise en charge et le suivi des suicidants, l'objectif semble, malgré tout, difficile à atteindre. L'hôpital possède par ailleurs un outil d'évaluation, le programme médicalisé des systèmes d'information qui peut être utilisé sur un plan épidémiologique, avec quelques réajustements, pour connaître la morbidité liée aux tentatives de suicide.

Sur le plan éthique, entre une psychiatrisation non fondée et le risque de non-assistance à personne en danger, certaines questions demeurent concernant la prise en charge et le suivi des suicidants.

Quelques propositions concernent l'intérêt de la quantification des besoins, la définition des missions des personnels médicaux et paramédicaux et enfin, la concertation, la coordination et la coopération de tous les acteurs. Celles-ci sont nécessaires pour étayer le dispositif permettant de retenir la main tendue des suicidants.

Bibliographie

- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide* : ANAES, 1998. Disponible sur Internet : <http://www.anaes.fr/ANAES/framedef.nsf/WebMasterparpage/71e60e94c17622aec125667f0023974b?OpenDocument>
- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Conférence de consensus : *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Texte des recommandations ; ANAES, 2000. Disponible sur Internet : <http://www.anaes.fr/ANAES/framedef.nsf/WebMasterparpage/71e60e94c17622aec125667f0023974b?OpenDocument>
- AHEE N., CARACENA Y. Les tentatives de suicide au service des urgences. *Revue de l'infirmière*, 1993, 4 : 30-32.
- APPADOO J.N. *Prise en charge des suicidants d'une unité de courte durée et devenir de ces patients à un an* : Thèse de doctorat en médecine, Tours, 1998.
- ASBERG M., TRASKMAN L., BERTILSON L. 5 HIAA in the cerebrospinal fluid, a biochemical suicide predictor. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1976, 33 : 1193-1197.
- BAUDELLOT C, ESTABLET R. La sociologie du suicide. *La Recherche*, 1985, 162 : 12-20.
- BRÜKER G., FASSIN D. *Santé Publique*. Ellipses, 1989, 848 p.
- CHASTANG F., RIOUX P., DUPONT I., E., KOVESS V., ZARIFIAN E. Le rôle de la dynamique familiale dans la récurrence suicidaire chez les adolescents et les adultes jeunes. In *Annales de psychiatrie*, 2000, Volume 15, n° 2 : 142-149.
- CHOQUET M., PHILIPPE A., HASSLER C. *Evaluation d'une action visant à améliorer la prise en charge des jeunes suicidants (15-24 ans)*. INSERM, 1990.
- COLLET J.Y. *Epidémiologie des tentatives de suicides hospitalisées au C.A.P. de Rennes en 1989*, Thèse de doctorat de médecine, 1990, 85 p.
- COMMAILLE J., JOBERT B. *La métamorphose de la régulation de la politique*. LGDJ, 1999, 376 p.
- CORDIER B., PETITJEAN F.,PRETERRE P. Les responsabilités dans le suicide. *Revue Humeurs*, 1990, n°3 : 13-15.

- CORDIER B. *Le Psychiatre face au suicide, les responsabilités de chacun.* « *Psychiatrie à l'hôpital général* », sous la direction de Petitjean F., Dubret G et Tabeze J.P., édition Eres, Toulouse, 1993
- CROZIER M. et FRIEDBERG E. *L'acteur et le système.* Les contraintes de l'action collective, Paris, Le Seuil, 1997, 394 p.
- DAVIDSON F., PHILIPPE A. *Suicide et tentatives de suicides aujourd'hui. Etude épidémiologique* : INSERM. Doin., Paris, ed. 1986, 173p.
- DEBOUT M. Le suicide. *Rapport du Conseil Economique et Social.* Direction des Journaux Officiels, Paris, 6 juillet 1993.
- DEBOUT M. *Le suicide.* Paris, Ellipses, 1996, 95 p.
- DE CLERCQ M. L'abord thérapeutique des tentatives de suicide de l'adolescent. *Psychologie Médicale*, 25 (2), 1993 : 408-410.
- DELOLME H. et al. *Prévention des suicides et des tentatives de suicide en Rhône-Alpes, programme régional de santé 1998-2003*, Lyon, Drass Rhône-Alpes, 1998 : 06, 49 p.
- DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. *Programme national de prévention du suicide*, sept.1999. disponible sur Internet :
http://www.sante.gouv.fr/html/pointsur/suicide/index_suicide.htm
- DIRECTION GENERALE DE LA SANTE. Comité scientifique du programme national de prévention du suicide, janv.2001.
- DIRECTION DE LA RECHERCHE DES ETUDES DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES. *Etudes et résultats*, 109, 2001. Disponible sur Internet :
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er109.pdf>
- DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA REGION BASSE-NORMANDIE, Programme régional de santé "*Suicide, un appel à vivre*" 1995-2000, Rapport final juillet 2000.
- DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA REGION BOURGOGNE, PRS région Bourgogne : *Prévention du suicide et de la tentative de suicide*, en particulier auprès des adolescents et adultes jeunes" 1998-2002, Bilan d'étape (synthèse) 2000.
- DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA REGION BRETAGNE, Programme régional de santé, "*Souffrance psychique et phénomène suicidaire en Bretagne*" 1996-2001, Bilan des actions menées de 1996 à 2000 présenté à la CRS 2001
- DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA REGION FRANCHE-COMTE, Programme régional de santé, "*Dépression, suicide chez les jeunes et les personnes âgées*" (1998-2003), Bilan des actions menées de 1996 à 2000 présenté à la CRS 2001.

- DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA REGION HAUTE-NORMANDIE, Programme régional de santé, "*Prévenir le suicide des jeunes (10-24 ans) en Haute-Normandie*" (1999-2001), Rapport 1999.
- DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA REGION LORRAINE, Programme régional de santé, "*Suicides et tentatives de suicide en Lorraine*" (1998-2003) Projet finalisé.
- DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA REGION PAYS DE LA LOIRE, Programme régional de santé « *suicides/tentatives de suicide* » 1998-2002.
- DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE LA REGION POITOU-CHARENTES, Programme régional de santé, "*Suicide et dépression chez l'adolescent et l'adulte jeune*" (1996-2002), Programme (avril 1998)
- DURKHEIM E. *Le Suicide, étude de sociologie*. Ed. P.U.F., Paris, 1981, 463 p.
- DURU G., ENGELBRECHT R., FLAGLE C.D., VAN EMEREN W. Les risques d'une politique de santé, in *La science des systèmes dans le domaine de la santé*, Masson (tome 2) : 417-420.
- FEDERATION NATIONALE DES OBSERVATOIRES REGIONAUX DE LA SANTE. *La santé observée dans les régions de France*, 2000, Centre Hospitalier, ch. 8.5 : 1-10.
- FEDERATION NATIONALE DES OBSERVATOIRES REGIONAUX DE LA SANTE : *Prévention des suicides et des tentatives de suicide : état des lieux 1995-1997*, Paris, Prémutan, 1998, 317 p.
- GANRY O., MAQUINGHEN S., TRAMIER B. et al.
<http://www.medecine.uhp-nancy.fr/public/actualités/emois/com2000/10com>.
- GANRY O., MAQUINGHEN S., TRAMIER B. et al. Le PMSI, source de données concernant les tentatives de suicide. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 2001, vol 49, n° 5 : 495-497.
- GIRARDIER MENDELSON M. *Comment peut-on retrouver les tentatives de suicide ?*, Université virtuelle, <http://www.medecine.uhp-nancy.fr/public/pmsi/cours/SUICIDE.htm>.
- GUERIN A et coll. Devenir de 192 tentatives de suicide hospitalisées 24 heures à l'hôpital général. *Psychologie méd*, 1992, 24, 10 : 1052-1054.
- HALL D.J., O'BRIEN F., STARK C., PELOSI A., SMITH H. Thirteen-year follow-up of deliberate self-harm, using data, *Br J. Psychiatry*, 1998, 172 : 239-242.
- HARRY P., SIX P., LHUILLIER J.P. Un enquête épidémiologique prospective départementale : description et suivi à deux ans de 842 primo-suicidants. *Médecine et hygiène*, 1996, 54 : 149-155.
- HARDY P. La prévention du suicide. *Rôle des praticiens et des différentes structures de soins*. Références en psychiatrie, Doin, Paris, 1997 : 1-77.

- HATTON F., FACY F., LETOUILLEC A. Evolution récente de la mortalité par suicide en France. In *Bulletin Épidémiologique Hospitalier*, 1996, 30 : 132-133.
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. Rapport au Ministère : *Stratégie pour une politique de santé*. HCSP, 1992, 100 p. Disponible sur Internet : <http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/ouvrage?clef=4&menu=090471>
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. Rapport général "*La santé en France*". La documentation française, novembre 1994. Disponible sur Internet : <http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/ouvrage?clef=18&menu=100471>
- HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE. Rapport triennal : *La santé en France 2002*. Publication prochaine La documentation française. Disponible sur Internet : <http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/ouvrage?clef=71&menu=100471>
- KOVES V., LESAGE A., BOIGUERIN B. et al. *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*. Médecine-sciences, Flammarion, 2001.
- LE COUTOUR X., LE DOZE I., BAZIN C. Tentatives de suicide et pronostic vital éloigné. *Réan. Soins intens. Med. Urg.*, 1990, 6, n°3, 177-180.
- MAILLARD C. Prévention du suicide. *Le concours med*, 2001, tome 123-39, 2620-2622.
- MASSE G. *Rapport de synthèse sur la politique de santé mentale*, 1992.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. *Schéma national de services collectifs sanitaires*, 2000.
- MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. DIRECTION DES HOPITAUX. *Bilan des cartes sanitaires et des schémas régionaux de psychiatrie*, octobre 1999.
- MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris, Ed. d'organisation, 1982.
- MINTZBERG H. *Le management, voyage au centre des organisations*. Ed. d'organisation, 1990, 150p.
- OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DES PAYS DE LA LOIRE. *La santé des années 2000*, 9^e congrès national des observatoires régionaux de la santé, 28-29 sept. 2000.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, Rapport 2001. Disponible sur Internet : <http://www.who.int/whr/2001/main/en/index.htm>
- PERISSE D. *Suivi de crise*. groupe bibliographique, <http://www.anaes.fr/ANAES/framedef.nsf/WebMasterparpage/71e60e94c17622aec125667f0023974b?OpenDocument>
- POMMERAU X. Prise en charge des jeunes suicidants à l'hôpital général. L'expérience bordelaise. *Synapse*, 59, 1989, 61-65.
- POMMERAU X., FAVAREL-GARRIGUES J.C. Tentatives de suicide par intoxication volontaire aiguë : le risque de récurrence est majeur dans les six mois. *La Rev. Du Prat., Med. Gen.* 1990, 81, 31-34.

- POMMERAU X. Prise en charge des suicidants en réanimation : du somatique au psychologique. *Réanim. Urg.*, 1995, 4, 4 : 327-328.
- STAIKOWSKY F., DESCRIMES N. et al. Les tentatives de suicide examinées dans les services d'urgences en France. Résultats d'une étude multicentrique. *Bulletin Épidémiologique Hospitalier*, 1999, 51, 216-217.
- TERRE F./ss la direction de. *Le suicide*. PUF, Droit éthique société, 1994, 230 p.
- UNITE MEDICO PSYCHOLOGIQUE DE L'ADOLESCENT ET DU JEUNE ADULTE. Centre Abadie. Bordeaux. Fra. L'hôpital, le soignant et le jeune suicidant. *Soins psychiatrie*, 1994, n° 169, 14-20.
- VEDRINNE J., QUENARD O., WEBER D. *Suicide et conduites suicidaires*. Tomes 1 (209 p) et 2 (264p), Masson, 1981.
- WALTER M. réflexions concernant les modalités de prise en charge des patients suicidants en urgence et en post-urgence. *L'information psych.*, n° 5, 2000 : 541-548.

Références des textes administratifs

Sur le suicide

Loi du 31 décembre 1987 tendant à réprimer l'incitation au suicide.

Note n° 55 du 31 07 1991 d'information sur les problèmes de suicides et de tentatives de suicide, Direction Générale de la Santé.

Circulaire n° 2001/318 du 05 juillet 2001 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 : Actions prioritaires pour 2001.

Sur la prise en charge des urgences, somatiques et psychiatriques

Décret n°95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : décrets en Conseil d'état), (J.O. du 10 mai 1995).

Décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : décrets). (J.O. du 10 mai 1986).

Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'état), (J.O. du 1^{er} juin 1997).

Décret n°97-616 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences » et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : décrets). (J.O. du 1^{er} juin 1997).

Décret n°97-619 du 30 mai 1997 relatif à l'autorisation des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'état.), (J.O. du 1^{er} juin 1997).

Décret n°97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : décrets), (J.O. du 1^{er} juin 1997).

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et service de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement. (J.O. du 19 mars 1986).

Circulaire 896 AS 2 du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie (Non parue au JO, Texte 17308 du BO 79/31).

Circulaire DGS/DH n° 132 du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents.

Circulaire n° 326 du 15 février 1990 relative à l'amélioration des conditions d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers.

Circulaire 90/5 du 14 mars 1990 relative aux orientations de politique de santé mentale (J.O. du 3 avril 1990).

Circulaire 39/92 du 30 juillet 1992 relative à la prise en charge des urgences psychiatriques (Non parue au JO Texte 1692 du bulletin MASi 92/38 du BO SPS 90/14).

Circulaire n° 70 du 11 décembre 1992 relative aux politiques de santé mentale en faveur des enfants et des adolescents.

Liste des annexes

Annexe 1 :

Liste des personnes rencontrées
Grille d'entretien

Annexe 2 :

Tableaux de données statistiques et socio-démographiques sur la mortalité par suicide dans le monde et en France.

Annexe 3 :

Tableaux de données sur la morbidité liée aux tentatives de suicides.

Annexe 4 :

Données sur la région Centre

Annexe 5 :

Evolution des structures du CHRO prenant en charge les suicidants

Annexe 6 :

Bilan, au niveau régional des PRS suicide en 2000, concernant la prise en charge hospitalière des suicidants

Annexe 7 :

Données concernant l'activité du CHRO
Données issues du PMSI concernant la prise en charge des suicidants.

Annexe 1

Liste des personnes rencontrées

- Le chef du service des urgences du CHRO
- Un réanimateur du CHRO
- Une assistante sociale du CHRO
- Un psychiatre du CHRO
- Le cadre infirmier du service des urgences du CHRO
- Le cadre infirmier du Centre d'accueil permanent (CAP)
- Une pédiatre du CHRO
- Un ancien chef de service du CHRO, retraité
- Des Médecins inspecteurs des services déconcentrés, DRASS et DDASS
- L'infirmière de la DDASS faisant partie d'un groupe de travail sur le PRS
- La directrice de l'ORS
- Un médecin de la Mutuelle sociale agricole (Groupe de travail départemental des associations départementales sur la formation et la communication).
- Un médecin des pompiers
- Le président de SOS amitié d'Orléans
- Le médecin responsable du département de l'information médicale (DIM)
- Un directeur adjoint du CHRO
- Un administratif du CHRO
- Un administratif de l'ARH

Grille d'entretien

Présentation de l'objectif de l'entretien

Je suis médecin de santé publique en formation à l'école de Rennes et prépare un mémoire sur la prise en charge des suicidants à partir du service des urgences du CHRO.

J'aimerais que vous me racontiez comment vous avez été sensibilisé au problème suicide, ce que vous faites.

(associations, fréquentation du public, DIM, SAU....)

J'aimerais que vous me racontiez ce qui a été réalisé. (versus votre participation)

(Quels ont été les instances ou groupes de réflexion qui ont été mis en place? / auxquels vous avez participé : -CME, autre (CH, CHS), Associations

Distribution des rôles ? / services concernés?

Quels sont les partenaires ?)

J'aimerais que vous me racontiez comment ça se passe lorsque les suicidants arrivent à l'hôpital et après.

(Circuit des patients dans l'hôpital / à l'extérieur ?

Qui les envoie? viennent d'eux-mêmes ; médecin généraliste ; pompiers ; famille...

Dans l'hôpital : accueil, prise en charge, suivi, critères d'hospitalisation/ d'ambulatoire?

Assurance du suivi post-hop: par qui, où, structures concernées?)

Que pensez-vous des recommandations de l'ANAES ?

A votre avis, que peut apporter un PRS ?

Quels sont les problèmes rencontrés ? / Qu'est-ce qui serait souhaitable ? / Quels sont vos souhaits par rapport aux difficultés rencontrées?

(En italique entre parenthèse, les relances en cas de besoins ou d'oubli)

Annexes 2

Données épidémiologiques sur le suicide

1. Mondiales

Taux de suicide pour 100 000 habitants (données OMS 1990).

Allemagne	15.8	Irlande	9.5
Australie	11.1	Italie	7.6
Autriche	23.6	Japon	16.4
Belgique	19.3	Luxembourg	17.8
Canada	12.7	Nouvelle-Zélande	14.3
CEI	21.1	Norvège	15.5
Danemark	24.1	Pays-Bas	9.7
Espagne	7.7	Portugal	8.8
Etats-Unis	12.2	Portugal	8.8
Finlande	30.8	Royaume-Uni	8.1
France	20.3	Suisse	21.9
Grèce	3.5	Tchécoslovaquie	17.9
Hongrie	39.9	Ex-Yougoslavie	13.5

Taux de suicide dans le monde

taux pour 100 000 habitants (données-OMS-octobre2001)

Pays	année		
Albanie	1998	6.3	3.6
Allemagne	1998	21.5	7.3
Argentine	1996	9.9	3.0
Arménie	1999	2.7	0.9
Australie	1997	22.7	6.0
Autriche	1999	28.7	10.3
Azerbaï djan	1999	1.1	0.2
Bahamas	1995	2.2	0.0
Bahrayn	1988	4.9	0.5
Barbade	1995	9.6	3.7
Belarus	1999	61.1	10.0
Belgique	1995	31.3	11.7
Belize	1995	12.1	0.9
Brésil	1995	6.6	1.8
Bulgarie	1999	24.1	8.1
Canada	1997	19.6	5.1
Chili	1994	10.2	1.4
China (selected areas)	1998	13.4	14.8
China (HongKong SAR)	1996	15.9	9.1
Colombie	1994	5.5	1.5
Costa Rica	1995	9.7	2.1
Croatie	1999	32.7	11.5
Cuba	1996	24.5	12.0
Danemark	1996	24.3	9.8
Équateur	1995	6.4	3.2
Égypte	1987	0.1	0.0
Salvador	1993	10.4	5.5
Espagne	1997	13.1	4.2
Estonie	1999	56.0	12.1
États Unis	1998	18.6	4.4
Finlande	1998	38.3	10.1

France	1997	28.4	10.1
Georgie	1992	6.6	2.1
Grèce	1998	6.1	1.7
Guatemala	1984	0.9	0.1
Guyana	1994	14.6	6.5
Hongrie	1999	53.1	14.8
Islande	1996	20.8	3.7
Inde	1998	12.2	9.1
Iran	1991	0.3	0.1
Irlande	1996	19.2	3.5
Israël	1997	10.5	2.6
Italie	1997	12.7	3.9
Jamaï que	1985	0.5	0.2
Japon	1997	26.0	11.9
Kazakhstan	1999	46.4	8.6
Koweït	1999	2.7	1.6
Kirghizstan	1999	19.3	4.0
Latvia	1999	52.6	13.1
Lituanie	1999	73.8	13.6
Luxembourg	1997	29.0	9.8
Macédoine FYR	1997	11.5	4.0
Malte	1999	11.7	2.6
Mauritanie	1998	21.9	7.8
Mexique	1995	5.4	1.0
Netherlands	1997	13.5	6.7
Nouvelle Zélande	1998	23.7	6.9
Nicaragua	1994	4.7	2.2
Norway	1997	17.8	6.6
Panama	1987	5.6	1.9
Paraguay	1994	3.4	1.2
Pérou	1989	0.6	0.4
Philippines	1993	2.5	1.7
Poland	1996	24.1	4.6

Portugal	1998	8.7	2.7
Porto Rico	1992	16.0	1.9
Republic of Korea	1997	17.8	8.0
République de Moldavia	1999	27.6	5.1
Romania	1999	20.3	4.4
Russian Federation	1998	62.6	11.6
Seychelles	1987	9.1	0.0
Singapour	1998	13.9	9.5
Slovaquie	1999	22.5	3.7
Slovénie	1999	47.3	13.4
Sri Lanka	1991	44.6	16.8
Surinam	1992	16.6	7.2
Suède	1996	20.0	8.5
Suisse	1996	29.2	11.6
Tadjikistan	1995	5.1	1.8
Tchécoslovaq uie	1999	25.7	6.2
Thailand	1994	5.6	2.4
Trinidad et Tobago	1994	17.5	5.1
Turkmenistan	1998	13.8	3.5
Ukraine	1999	51.2	10.0
United King dom	1998	11.7	3.3
Uruguay	1990	16.6	4.2
Uzbekistan	1998	10.5	3.1
Venezuela	1994	8.3	1.9
Yougoslavie	1990	21.6	9.2
Zimbabwe	1990	10.6	5.2

2. Données françaises

2.1. Mortalité

2.1.1. Évolution de la mortalité entre 1980 et 1998

Évolution du nombre de suicide en France de 1980 à 1998

Effectifs		Taux comparatif lissé						
		sexe			âge			
année	Total des suicides	total	hommes	femmes	10-29 ans	30-49 ans	50-69 ans	70 ans et plus
1980	10 369		33.8	11.8				
1981	10 550		33.4	11.5				
1982	11 304		35.7	12.2				
1983	11 881		36.8	12.5				
1984	12 077		37.1	12.8				
1985	12 501	26,3	41,4	14,2	11,2	26,3	34	55
1986	12 529	26,1	41	14,2	10,8	26,4	33,5	54,7
1987	12 161	25,3	39,7	13,8	10,2	26,2	32,2	52,7
1988	11 599	24,5	38,5	13,3	10	25,7	30,6	51
1989	11 715	23,7	37,5	12,7	9,8	22,1	29,6	48,9
1990	11 403	23,4	37	12,5	9,8	24,9	29,1	47,5
1991	11 502	23,1	36,7	12,1	9,5	25,2	28,6	46,2
1992	11 644	23,5	37,1	12,3	10,1	26,1	28	45,5
1993	12 251	23,7	37,8	12,1	10,3	26,8	28,2	45,1
1994	12 041	23,9	38,3	12,2	10,7	27,2	28,2	45
1995	11 767		33.1	10.6				
1996	11 232		31.1	10.2				
1997	11 104		30.8	9.9				
1998	10 534		29.3	9.0				

Tableau réalisé à partir de celui de Hatton et al (BEH, 1996) pour 1985 à 1994,

Tableau actualisé pour les périodes de 1980-1985 et 1994-1998 à partir des données INSERM-INSEE par l'ORS du Centre. La différence des taux comparatifs entre 1984 et 1985 est due à l'estimation de la population de référence utilisée entre 2 recensements.

2.1.2. Données socio-démographiques

2.1.2.1. Age et sexe

Nombre de suicide et Taux de mortalité pour 100 000 habitants par suicide en 1998 par tranche d'âge et par sexe (source INSERM-INSEE 1999 - exploitation ORS Centre 2001)

Tranche d'âge	Hommes		Femmes	
	nombre	taux	Nombre	taux
10 - 14 ans	10	0,5	9	0,5
15 - 19 ans	159	7,8	51	2,6
20 - 24 ans	364	19,1	89	4,8
25 - 29 ans	513	24,5	137	6,5
30- 34 ans	623	29,5	179	8,4
35 - 39 ans	769	35,8	224	10,3
40 - 44 ans	886	42,0	276	12,8
45 - 49 ans	851	41,9	283	13,8
50 - 54 ans	567	29,5	257	13,4
55 - 59 ans	445	32,2	200	14,2
60 - 64 ans	468	35,4	211	14,8
65 - 69 ans	452	35,7	193	13,0
70 - 74 ans	457	43,9	185	13,7
75 - 79 ans	412	48,3	166	13,2
80 - 84 ans	315	90,6	124	20,3
85 ans +	480	123,5	179	18,0
total	7771		2763	

Poids des décès par suicide selon les tranches d'âge

Pourcentage des décès par suicide par rapport à l'ensemble des décès en France métropolitaine en 1995-97 (source : FNORS 2000)		
Tranches d'âge	hommes	femmes
15-24 ans	15.0	12.8
25-34ans	20.0	15.1
35-44ans	14.9	10.6
45-54ans	7.2	6.8
55 ans et plus	1.4	0.6

2.1.2.2. Lieux de résidence

Commune de résidence

Taux de suicide (pour 100 000 habitants) selon la taille de la commune de résidence (Debout -1989)

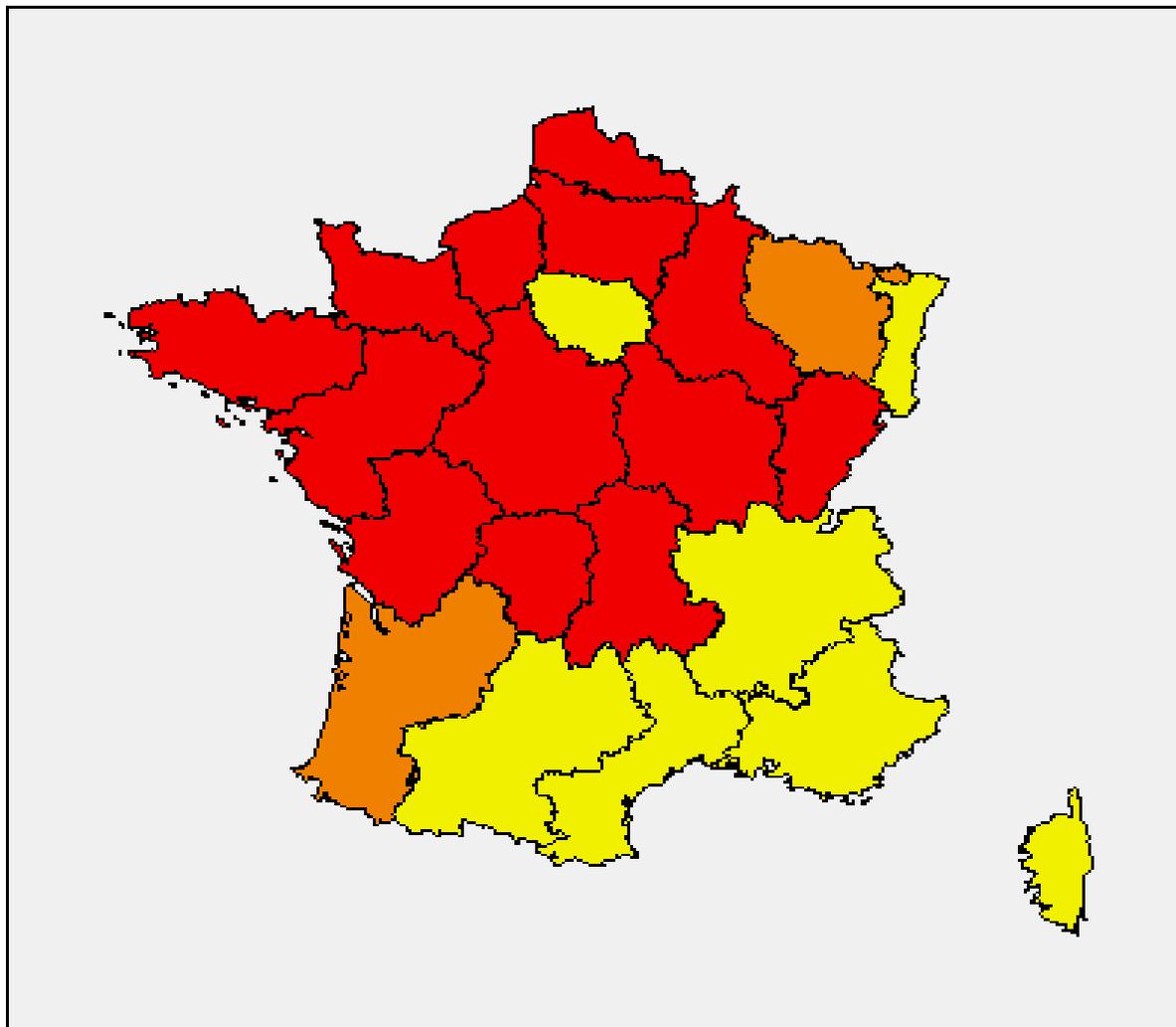
Communes rurales	26.7
2 000 à5 000 habitants	20.4
50 000 à200 000 habitants	18.1
200 000 à2 000 000 habitants	18.1
Paris	11.2

Régions

Indices comparatifs de mortalité selon les régions (Source : FNORS 2000)		
Région	Hommes	Femmes
Bretagne	161	163
Picardie	134	123
Basse-Normandie	133	135
Champagne - Ardennes	129	120
Haute-Normandie	127	130
Pays de la Loire	127	123
Nord – Pas de Calais	129	105
Centre	125	120
Limousin	117	129
Poitou - Charente	117	120
Bourgogne	116	117
Auvergne	114	102
Franche - Comte	110	119
Lorraine	100	101
Aquitaine	101	97
Languedoc - Roussillon	94	93
Rhône – Alpes	93	89
Midi - Pyrénées	73	73
Provence – Alpes – Cote d'Azur	86	96
Corse	70	78
Alsace	74	74
Ile de France	55	64

Indices comparatifs de mortalité selon les régions

(Source : FNORS 2000)



L'indice comparatif de mortalité (ICM) permet la comparaison des taux de mortalité dans les différentes régions à partir d'une base 100 qui correspond à la moyenne nationale.

Annexes 3

Données épidémiologiques sur les tentatives de suicide : Morbidité

Epidémiologie des tentatives de suicide

Répartition des tentatives de suicide par âge et par sexe (Davidson et Philippe -Lyon-1980)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
15-24 ans	220	32.1	544	37.7	764	35.9
25-34 ans	261	38.1	388	26.9	649	30.4
35-44 ans	111	16.2	268	18.6	379	17.8
45-54 ans	48	7.0	141	9.8	189	8.9
55-64 ans	19	2.8	57	4.0	76	3.6
65 ans et plus	23	3.4	36	2.5	59	2.8
N.P.	3	0.4	9	0.6	12	0.5
Total	685	100	1443	100	2128	100

Davidson et Philippe, suicide et tentatives de suicide aujourd'hui

Nombre de tentatives de suicide pour un suicidé selon le sexe et l'âge

Age	sexe masculin	sexe féminin
15-24 ans	22	160
25-34 ans	12	75
35-44 ans	10	83
45-54 ans	2	13
55-64 ans	1.2	13
65 ans et plus	1	3
tous âges > à15 ans	6	29

Davidson et Philippe, suicide et tentatives de suicide aujourd'hui

Gravité des conséquences de l'acte suicidaire (en %)

Age	Etat			
	Peu grave	Grave	Très grave	Non précisé
Tous ages sexe masculin	65,4	15,7	5,4	13,5
sexe féminin	70,1	12,4	5,2	12,3
15-24 ans sexe masculin	69,1	13,6	1,5*	15,8
sexe féminin	71,9	10,7	3,2	14,2
25-34 ans sexe masculin	66,5	15,6	6,1*	11,8
sexe féminin	73,2	11,1	4,5	11,2
sexe masculin	65,0	13,9	8,8*	12,3
35-44 ans sexe féminin	70,0	12,4	7,6	10,0
45-54 ans sexe masculin	47,2	26,4	11,1	15,3
sexe féminin	65,2	18,1	5,9	10,8
55 ans et plus sexe masculin	58,8	22,0	7,4*	11,8
sexe féminin	54,5	19,5	11,7	14,3
* dont 1 décès				

(Davidson et Philippe-Lyon-1980)

RÉCIDIVES

Fréquence des récidives de suicide, selon le sexe et l'âge (en %)

	1980			1973
	Hommes	Femmes	Ensemble	Ensemble
15-24 ans	38.9	37.0	37.5	30.2
25-34 ans	36.2	50.0	44.2	37.4
35 ans et plus	30.5	48.6	43.4	27.2
tous âges	35.5	43.8	41.1	31.4

(Davidson et Philippe-Lyon-1980)

Fréquence des tentatives de suicides primaires ou des récidives en fonction de troubles mentaux éventuels (en %)

	Pas de trouble mental	Troubles mentaux
Primo-suicidants	71	60
Récidivistes	29	40

(Davidson et Philippe-Lyon-1980)

Annexe 4

Données concernant la région Centre (source : Recensement INSEE 1999).

Population totale région Centre

- 1982 : 2 262 468 (dont Loiret 580 612)
- 1999 : 2 439 962 (dont Loiret 618 086)

Structure par âge et sexe

Age en 1999	ensemble	%	hommes	femmes
total	2 439 962	100	1 190 953	1 249 009
0-19 ans	586 970	24.1	299 570	287 400
20-39 ans	648 196	26.6	325 352	322 844
40-59 ans	635 295	26	318 471	316 824
60-74 ans	354 570	14.5	166 478	188 092
75 ans ou plus	214 931	8.8	81 082	133 849

Taux comparatifs de mortalité

(source INSERM-INSEE 1999 et exploitation ORS Centre 2001)

Taux standardisés selon la cause de décès pour 100 000 habitants années 1996-1998

Causes	Hommes			Femmes		
	France	Centre	Loiret	France	Centre	Loiret
Tumeurs	368,2	397,4	333,8	169,2	187,2	169,4
Appareil circulatoire	361,0	400,3	336,5	237,3	263,9	210,3
Traumatismes et empoisonnements	102,8	125,0	117,3	49,4	61,1	51,8
Dont suicides	29,8	40,4	37,3	9,6	11,7	9,7
Toutes causes	1198,3	1310,3	1133,1	697,5	795,3	683,2

Commune de résidence

Taux de suicide (pour 100 000 habitants) selon la taille de la commune de résidence en région Centre 1997-1998 (exploitation ORS 2001)

Communes rurales	Hommes	Femmes
Moins de 2000 habitants	50,3	12,1
Moins de 5 000 habitants	45,7	10,7
Moins de 10 000 habitants	33,3	14,0
Moins de 50 000 habitants	37,0	11,7
Plus de 50 000 habitants	35,2	13,6
Paris	43,1	12,1

Sources INSERM-INSEE

Caractéristiques de la population de la Région Centre

Population active : 55 % (avec emploi et chômeurs) ; 11.5 % de chômeurs

Hommes : 61.5 % d'actifs, 9.5 % de chômeurs

Femmes : 49.1 % d'actifs, 13.9 % de chômeurs

Taux de chômage des tranches d'âge les plus touchées :

15-19 ans : 23.4 %

20-24 ans : 23.9 %

25-29 ans : 15.1 %

50-59 ans : 12.3 %

Données concernant les structures de soins en région Centre

(données ARH, carte sanitaire au 31 décembre 2000)

	Nombre de lits et places	Densité pour 1000 habitants
Soins de courte durée	9781	4.01
Psychiatrie	4491	1.84
Soins de suite et de réadaptation	3726	1.53
Soins de longue durée	5202	2.13
Total section hôpital	23200	9.51

Données concernant le nombre de médecins

Source STATISS 2001

Professions	France	Centre	Loiret
Médecins généralistes (libéraux et salariés)		3094	744
Médecins spécialistes (libéraux et salariés)		2968	698
Psychiatres libéraux		187	45
Psychiatres salariés		189	42
Densité Médecins généralistes libéraux	115	97	91
Densité Médecins spécialistes libéraux	84	64	66

Données démographiques concernant le Loiret.

Population totale

- 1982 : 535 831
- 1999 : 618 086 dont 302 667 hommes et 315 419 femmes

Le nombre de chômeurs a augmenté entre 1982 (17767 chômeurs) et 1999 (29 808 chômeurs)

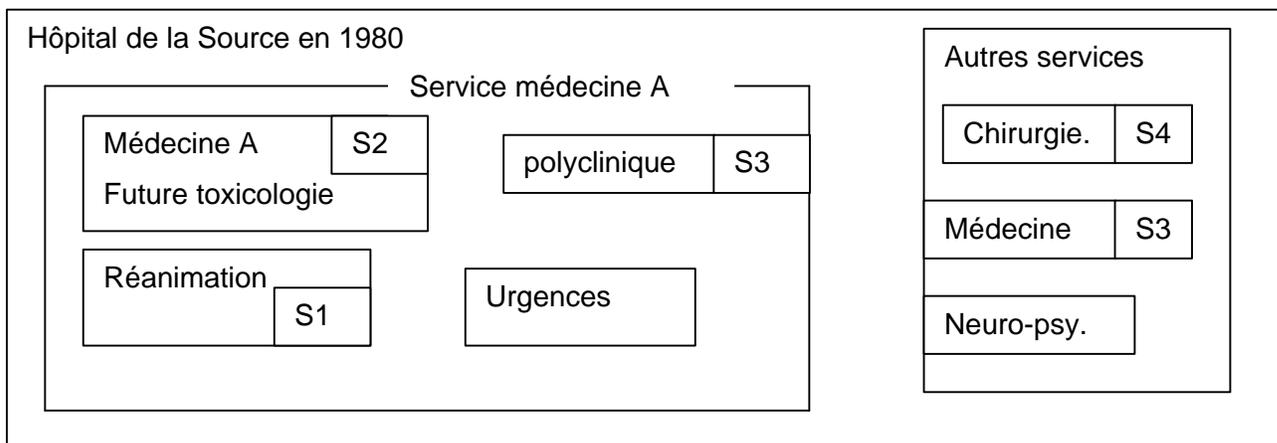
Annexe 5

**Bilan 2000, des actions des PRS suicide,
concernant la prise en charge hospitalière des suicidants
(source DGS SD6C)**

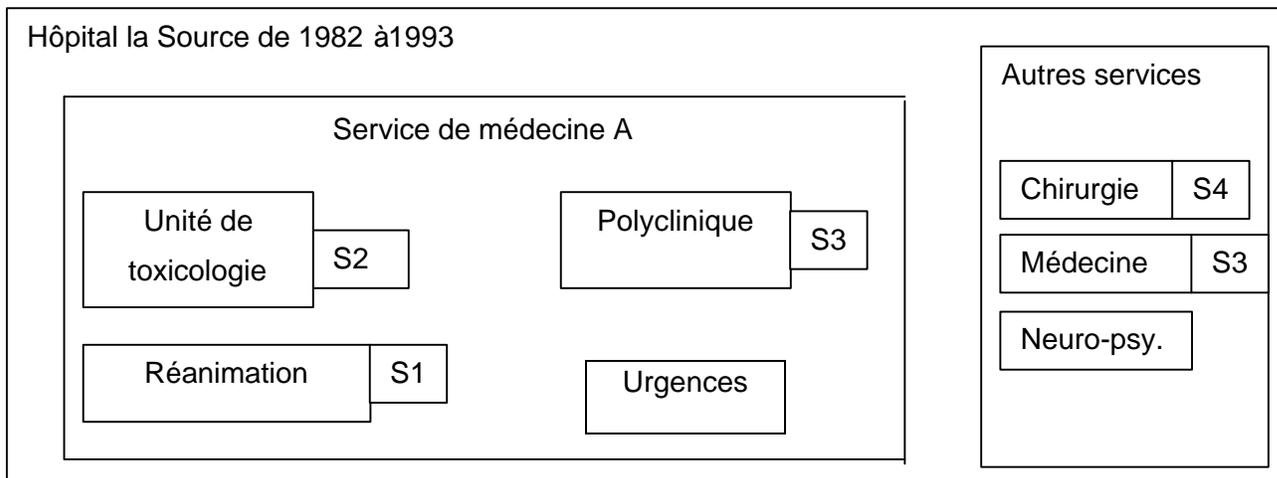
Etudes et enquêtes régionales sur la prise en charge des jeunes suicidants accueillis dans des services hospitaliers et aux urgences	Bourgogne Basse Normandie Pays de la Loire
Mise en place d'unités hospitalières avec lits pour adolescents en crise	Bourgogne
Mise en place d'une unité hospitalière de crise et de post-urgence avec lits accueillant spécifiquement des personnes suicidantes ou suicidaires	Basse Normandie Pays de la Loire Bretagne
Mise en place d'une antenne médico-psychologique avec un protocole de prise en charge des suicidants dans un CHG	Basse Normandie PACA
Mise en place d'une antenne médico-psychologique avec un protocole de prise en charge des suicidants dans des secteurs de psychiatrie	Rhône-Alpes
Renforcement des équipes de psychiatrie aux urgences	Basse Normandie Bretagne Poitou-Charentes Lorraine
Mise en place d'un accueil spécifique aux urgences	Pays de la Loire
Création d'une écoute médico-psychologique pour adolescents par le secteur infanto-juvénile	Basse Normandie
Consultations psychologiques dans les bilans de santé proposés aux jeunes des missions locales	Bourgogne
Mise en place d'une cellule pluridisciplinaire pour les situations de crise	Haute Normandie
Actions spécifiques en milieu pénitentiaire	Pays de la Loire Poitou-Charentes
Elaboration de recommandations sur la prise en charge de la tentative de suicide et de la dépression	Poitou-Charentes Rhône-Alpes Bretagne
Mise en place d'une unité médico-éducative	Franche-Comté
Extension des bilans de santé de médecine préventive de la MSA aux adolescents et aux jeunes	Champagne-Ardennes
Elaboration d'un protocole de lettre de sortie de l'hôpital indiquant des pistes de prise en charge en ambulatoire (notamment par les médecins libéraux)	Champagne-Ardennes

Annexe 6

Evolution des structures recevant les suicidants au CHRO

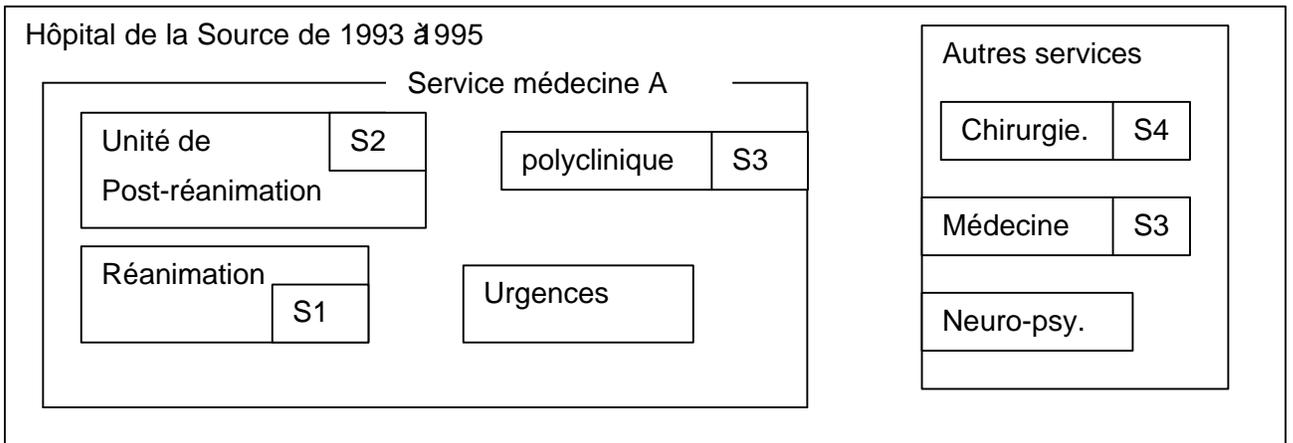


L'unité de toxicologie est créée en 1982,

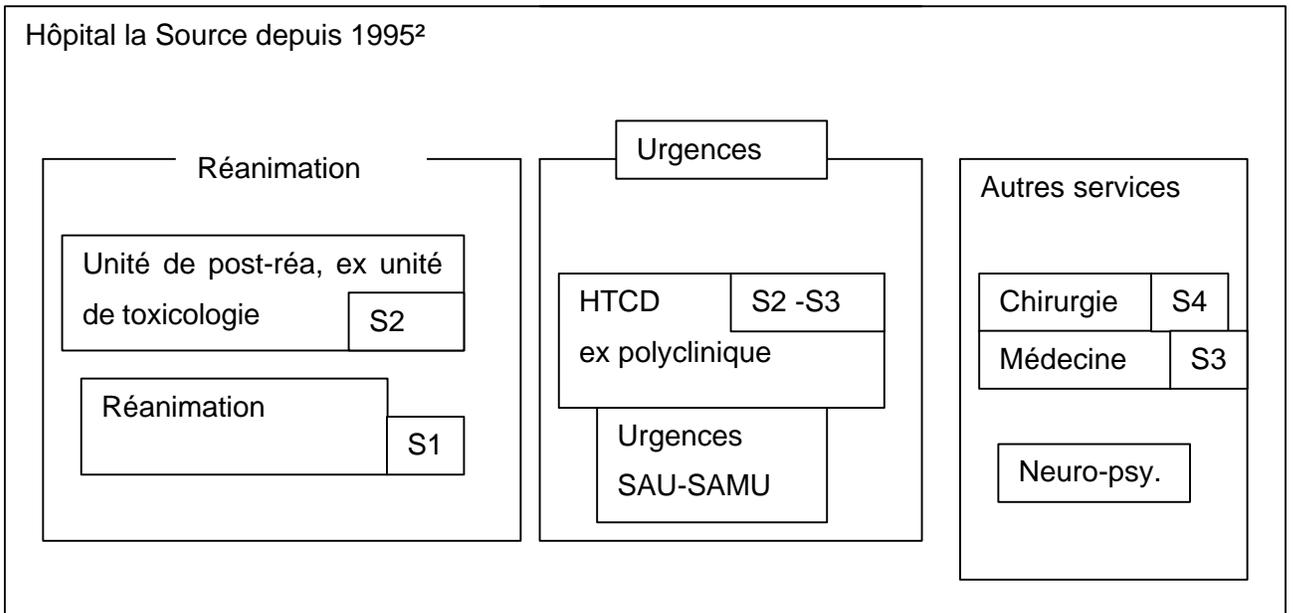


S1 : état somatique grave nécessitant intubation
 S2 : état nécessitant une surveillance rapprochée
 S3 : état somatique sans risque, surveillance comportement
 S4 : indication chirurgicale

L'unité de toxicologie est transformée en unité de post-réanimation en 1993



Restructuration des urgences après la parution des textes sur les urgences de 1995



S1 : état somatique grave nécessitant intubation
 S2 : état nécessitant une surveillance rapprochée
 S3 : état somatique sans risque, surveillance comportement
 S4 : indication chirurgicale

Annexe 7

Données relatives à l'activité du CHRO

Évolution du nombre de passages aux urgences de l'hôpital de La Source (données : rapport d'activité 2000)

1996	1997	1998	1999
27 599	29 091	30 783	31 617

Groupe d'étude multicentrique des services d'accueil (GEMSA)

(données 1998 in COM 2000)

GEMSA	1	2	3	4	5	6	Total
La Source	7	18 171	392	10 941	181	1 091	30 783
%	0,02	59,00	1,27	35,5	0,58	3,50	99,87
Porte Madeleine ¹⁰⁸	0	17 659	1 630	2 567	21	34	21 911
%	0,00	80,50	7,43	11,70	0,00*	0,015	99,87

1	Décédé à l'arrivée, avant toute réanimation
2	Venu sans convocation, sortant après soins
3	Venu sur convocation, à distance des soins initiaux, (déjà venu) et sortant
4	Hospitalisé, non attendu, avec démarche diagnostique
5	Hospitalisé, attendu, passage aux urgences pour raison de commodité
6	Prise en charge thérapeutique immédiate importante ou prolongée (>=1h)

¹⁰⁸ Urgences spécialisées de pédiatrie et de gynéco- obstétrique principalement

Données issues du PMSI : extraction réalisée sur l'année 2000

Nombre de passages aux urgences adultes¹⁰⁹			
	Médecine	Chirurgie	Total
Hospitalisés	11040	4998	16038
Externes	12842	25259	38101
Total	23882	30257	54139

Nombre de passages aux urgences pédiatriques			
	Médecine	Chirurgie	Total
Hospitalisés	2441	1514	3955
Externes	8270	9011	17281
Total	10711	10525	21236

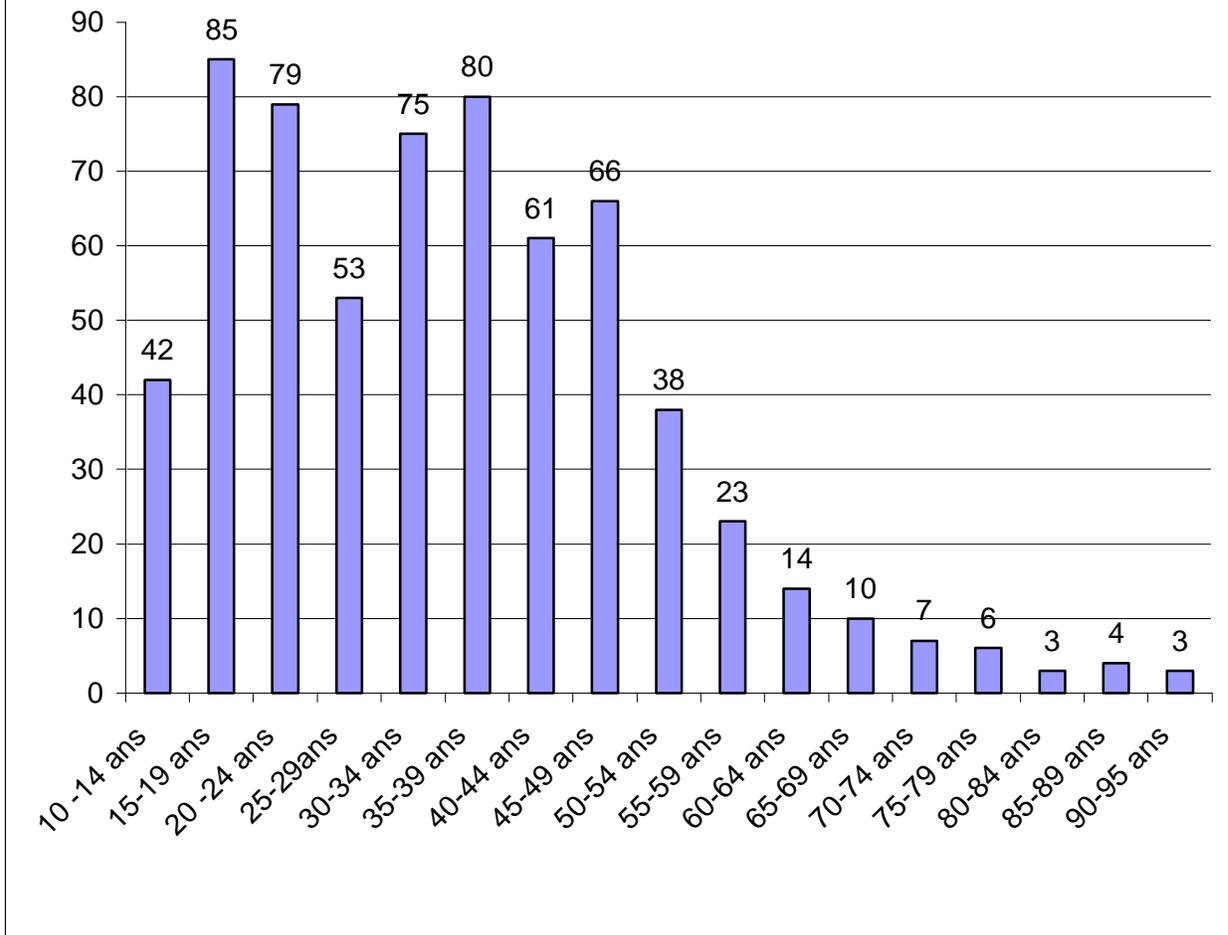
Durées de séjour	
0	53
1	349
2	130
3	41
4	22
5	20
6	3
7	5
8	4
9	4
10	3
11	1
12	2
15	2
17	1
19	1
21	1
27	1
29	2
30	2
43	1
72	1

Nombre de séjours d'hospitalisations	
Total CHRO	45200
HTCD-UHCD	4325
Diagnostic de TS, Adulte	547
Diagnostic de TS, Enfant	102

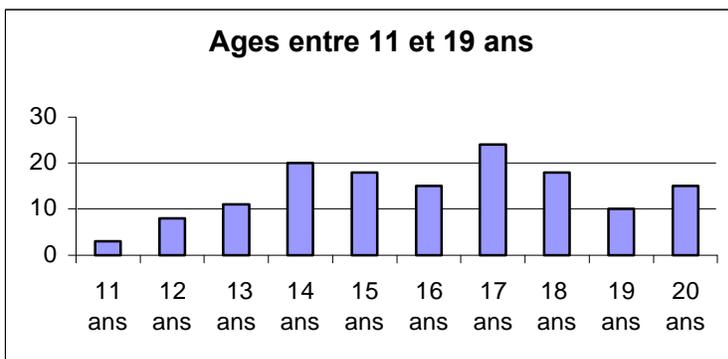
Modes de sortie des suicidants hospitalisés		
7 -transfert	115	18%
8 -domicile	528	81%
9 -décès	6	1%
Total	649	100%

¹⁰⁹ Hors gynéco-obstétrique prise en charge par les urgences spécialisées de l'hôpital de la Madeleine

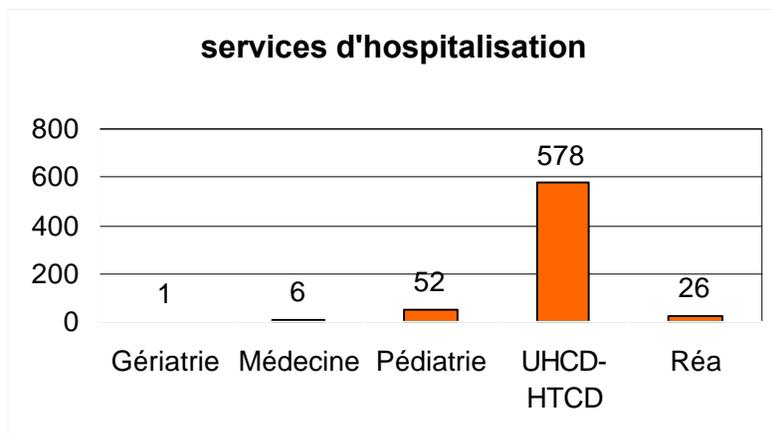
Nombre de séjours d'hospitalisations
de suicidants par tranches d'âge



Ages entre 11 et 19 ans

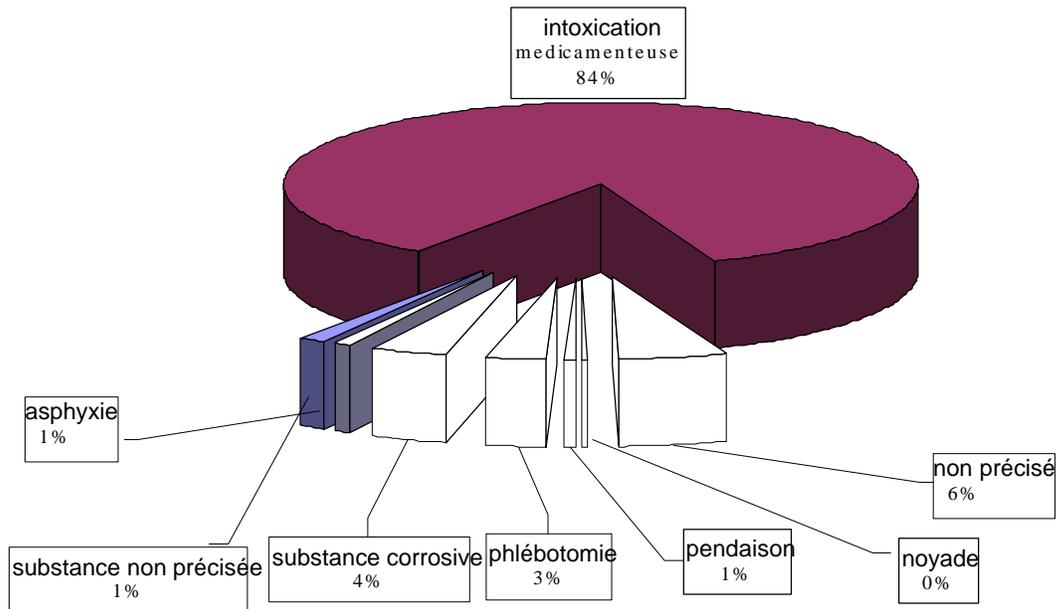


Service d'hospitalisation accueillant	
Gériatrie	1
Médecine	6
Pédiatrie	52
UHCD-HTCD	578
Réa	26
Total	663



Département d'origine		
Loiret	598	92,1%
dont Orléans et proximité	409	63,0%
Région	27	4%
Cher	7	1,1%
Eure et Loir	7	1,0%
Indre	1	0,2%
Indre et Loir	3	0,5%
Loir et Cher	9	1,4%
Autres régions	22	3,4%
Inconnu	2	0,3%
Total	649	

Type de tentative de suicide



Activités de consultations du CAP pour des patients hospitalisés au CHRO

(Données : rapport d'activité du CAP 2000)

	Patient urgence ou hospitalisé en HTCD	Patient hospitalisé dans un autre service	les familles et/ou l'entourage du patient
Entretien avec un infirmier seul	808	42	95
Entretien avec un psychiatre seul	225	1	101
Entretien avec un infirmier et un psychiatre	3	0	0