

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



Ministère du travail
et des affaires sociales

PREFECTURE DE BRETAGNE

DIRECTION RÉGIONALE
DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES
DE BRETAGNE

**PROGRAMMATION STRATEGIQUE
D'ACTION DE SANTE (P.S.A.S.)**

*SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PHENOMENE
SUICIDAIRE EN BRETAGNE*

Mai 1996

Le groupe régional qui a travaillé à l'élaboration de ce programme régional de santé était constitué des personnes suivantes :

- Madame Dominique AUDREN, adjointe au Directeur diocésain de l'enseignement catholique, QUIMPER.
- Madame Agnès BATT, Chercheur INSERM, Faculté de Médecine, DSP RENNES.
- Docteur Maryvonne CANU, Médecin de l'Education Nationale.
- Docteur Jean DAUMER, Médecin chef de service de psychiatrie, CH Charcot, CAUDAN.
- Docteur Françoise DUHIREL, Médecin pédopsychiatre, CH SAINT MALO.
- Madame Nicole DUPUIS-BELAIR Conseiller technique en travail social, DDASS 35.
- Docteur Francis EUDIER, Praticien hospitalier, psychiatre, CHU, RENNES.
- Docteur Jean-Yves GAUTIER Praticien hospitalier, Psychiatre, CH Charcot, CAUDAN.
- Docteur Françoise LARGEAU, Médecin inspecteur de santé publique, DDASS 29, coordonnateur du groupe.
- Madame Sylvie LE BECHEC, infirmière, DDASS 22.
- Monsieur Philippe LECORPS, ENSP.
- Docteur Claudine PAREYRE, Médecin inspecteur de santé publique, DGS.
- Monsieur Alain RAOULT, Président de l'association VIE ESPOIR 2000, SAINT-BRIEUC.
- Docteur Brigitte SUBILEAU, Médecin inspecteur de santé publique, DRASS, coordonnateur du groupe.
- Docteur Florence TUAL, Médecin inspecteur de santé publique, DDASS 56.
- Docteur Michel WALTER, Praticien hospitalier, psychiatre, CHU La Cavale Blanche, BREST.

SOUFFRANCE PSYCHIQUE ET PHENOMENE SUICIDAIRE

REGION BRETAGNE

Années 1996 - 2001

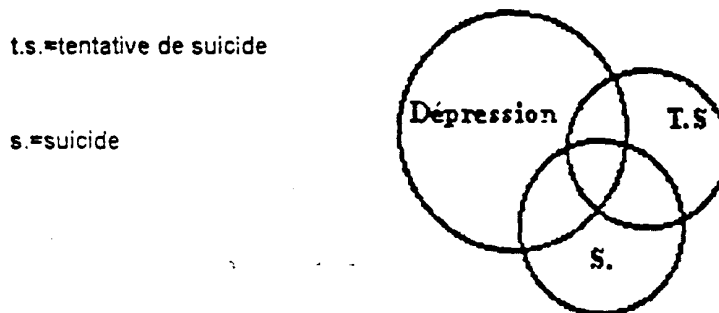
Ce projet se propose de répondre à une préoccupation du Haut Comité de Santé Publique, exposé dans la Santé en France sous le titre "Dépression et Suicide".

Il se justifie par l'importance quantitative du phénomène dans la région.

Il a trouvé un écho particulier en Bretagne auprès de nombreux acteurs (médecins, psychiatres, pédopsychiatres, milieux associatifs, intervenants sociaux, éducatifs et enseignants, chercheurs ...) déjà engagés dans des travaux et/ou actions locales ou régionales sur la question.

Un problème complexe

Le phénomène suicidaire recouvre plusieurs réalités : le suicide, la tentative de suicide, les idées suicidaires, les équivalents suicidaires... Le Haut Comité de Santé Publique y a rattaché les dépressions, champ lui-même très vaste. Le champ de recouvrement entre dépression et suicide peut être schématisé de la façon suivante.



Afin d'étendre le champ de recouvrement pris en compte pour appréhender la question posée, le comité régional a décidé d'étendre le concept de "dépression" à celui de "souffrance psychique".

Si les idées suicidaires peuvent facilement s'intégrer à la notion de souffrance psychique, il n'en est pas de même pour, d'une part, le suicide et pour, d'autre part, la tentative de suicide. En outre, les tentatives de suicides et les suicides peuvent-ils eux-mêmes être réduits à une seule conduite ?

De nombreuses hypothèses sur les causalités ont été développées à partir de la psychopathologie individuelle, de l'ethnopsychiatrie, de la sociologie, des neurosciences...

Un problème majeur

Quantitativement, les travaux de l'ORSB sur les décès par suicide¹, montrent:

- > une croissance des effectifs de 1980 à 1985 en Bretagne, puis une décroissance à partir de 1986,
- > une surmortalité masculine qui se maintient : 73 % des décès par suicide concernent des hommes,
- > la persistance de la surmortalité de la Bretagne par rapport à la France : 30 pour 100.000 habitants en Bretagne, 21 pour 100.000 en France.
- > des particularités au niveau des départements.

L'étude cartographique à l'échelon cantonal montre que l'augmentation des taux de décès en Bretagne depuis le début des années 70 jusqu'aux années récentes (1988 et 1989) n'a pas été homogène sur le territoire régional.

En l'absence d'enregistrement systématique des tentatives de suicide, en Bretagne comme dans l'ensemble des régions françaises, il faut se référer à l'enquête réalisée par l'ORSB² auprès des services d'urgences des 26 hôpitaux bretons. Les taux standardisés de tentatives sont de 200 pour 100.000 habitants de sexe masculin et de 330 pour les femmes âgées de plus de 15 ans. Les taux les plus élevés concernent la tranche d'âge des 25-34 ans (400/100.000 chez les hommes et 500/100.000 habitants chez les femmes). Des différences apparaissent d'un département à l'autre. La répartition par canton fait apparaître un taux généralement plus important dans les villes.

Quelles que soient les tranches d'âge considérées, les taux de tentatives de suicide sont supérieurs dans les départements bretons à ceux du Bas-Rhin³ et à ceux des départements de la région Midi-Pyrénées⁴.

¹ TRON-PASQUET I. ET TREHONY A. La mortalité par suicide en Bretagne de 1980 à 1990 : situation dans les départements bretons par rapport à la France. ORSB 1992.

² TREHONY A., BATT A., DEPOIVRE C., TRON-PASQUET I. les tentatives de suicide en Bretagne, ORSB.

³ DAVIDSON F. et PHILIPPE A. Suicides et tentatives aujourd'hui : étude épidémiologique, INSERM/DOIN 1996.

⁴ ORS Midi Pyrénées.

Pour ce qui est des dépressions et de la souffrance psychique, les données existantes sont rares et proviennent d'enquêtes ponctuelles :

- > enquête réalisée au niveau national par Choquet et Ledoux⁵,
- > effectifs des personnes prises en charge pour dépression par le CH de Rennes⁶,
- > ratio des déprimés par rapport à la file active du CHU de Rennes, du CHU de Brest, du CH de Lorient⁷,
- > données de la pédopsychiatrie de Saint-Malo⁸.

⁵ CHOQUET M. et LEDOUX S. Adolescents : enquête nationale, INSERM/DOIN 1994.

⁶ BATT A. File active du centre hospitalier spécialisé de Rennes, 1993, non publié.

⁷ Données du CHU de Rennes, du CHU de Brest et du CH de Lorient. Eudier, Walter et Gautier, non publiées.

⁸ Données de la pédopsychiatrie de Saint-Malo, Duhirel F., non publiées.

Les atouts de la Région

- 1- Une connaissance épidémiologique : les travaux de l'ORSB.
- 2- Une recherche dynamique dont témoignent les travaux passés et/ou en cours avec le concours d'organismes nationaux (Philippe et Gautier à Lorient⁹, Batt¹⁰, Walter, Lazartigues et Squillante¹¹, Eudier et Batt¹²).
- 3- Des services hospitaliers capables d'évaluer le phénomène à leur niveau (Brest, Lorient, Rennes) ainsi que leurs procédures de soins.
- 4- Un tissu associatif très sensibilisé (associations d'aide aux personnes en difficulté, foyers de réinsertion, maisons de quartiers, animateurs de rues, missions locales ...).
- 5- Des médecins généralistes sensibilisés au problème Suicidaire et ayant déjà participé à des réflexions sur leurs pratiques vis à vis des suicidants¹³.
- 6- Un milieu scolaire déjà mobilisé dans des actions de prévention.

⁹ PHILIPPE A. et GAUTIER J.Y. Gautier, INSERM 1989.

¹⁰ BATT A., DEPOIVRE C., EUDIER F., TRON I., TREHONY A., The epidemiology of parasuicide in Brittany, France 1990 in Attempted suicide in Europ Kerkhof A., Bille-Brahe U., De Leo D., Lonnqvist J., eds.1994, Leiden, DSWO Press, chapitre 15.

¹¹ WALTER M., LAZARTIGUES A et SQUILLANTE M : Evaluation comparative multicentrique et prospective d'un protocole de prise en charge spécifique de suicidants de 15 à 34 ans par la mesure de la réduction des récidives sur un an. Programme hospitalier de recherche clinique CHU Brest 1995.

¹² EUDIER F. et BATT A., Programme hospitalier de recherche clinique CHU Rennes et INSERM.

¹³ BATT A., FRATTINI M.O, JARNO P., TREHONY A., PIQUET O. Les tentatives de suicide : recherche sur la compréhension du phénomène avec le concours des médecins généralistes. Analyse des entretiens, ORSB, 1994.

Les faiblesses

- 1- Une méconnaissance par les différents acteurs de l'existence des autres partenaires et de leur travail.
- 2- Une grande inégalité d'accès aux structures de soins.
- 3- Une disparité des procédures de prise en charge psychologique.
- 4- Une hétérogénéité de ressources des services d'urgences et des services de soins (différents niveaux de plateau technique)¹⁴.

¹⁴ enquête DRASS 1992.

OBJECTIF REGIONAL

limiter, dans les cinq ans à venir, la progression du phénomène suicidaire en Bretagne.

Objectifs spécifiques

- 1- Mieux repérer les indices et les caractéristiques du risque suicidaire.
- 2- Réduire le taux de récurrences.

Objectifs opérationnels

- 1- Mieux repérer les indices et les caractéristiques du risque suicidaire.
 - 1.1. Proposer des protocoles adaptés au repérage et à la prise en charge des risques suicidaires.
 - 1.2. Mettre en place des formations auprès des médecins généralistes, infirmiers, associations, services éducatifs et d'insertion sociale, services sociaux, pompiers et forces de l'ordre.
 - 1.3. Sensibiliser et informer le "grand public".
 - 1.4. Prendre en compte l'impact du geste suicidaire sur l'entourage (suicidants et suicidés).
2. Réduire le taux de récurrence
 - 2.1. Connaître les populations concernées et les taux de récurrences observées.
 - 2.2. Recenser, promouvoir et évaluer les modalités d'accueil à l'hôpital et le suivi.
 - 2.3. Définir les places, rôles, fonctionnement des acteurs et leurs liens.

Réflexions sur les objectifs spécifiques

Autant il est facile de concevoir les liens entre programmation et effets bénéfiques en matière de santé somatique, autant l'existence d'un tel lien est problématique lorsque l'on étudie des conduites liées au fonctionnement psychique. Le programme présenté ci-après s'appuie sur un certain nombre de positions dont la certitude n'est pas avérée :

- l'existence d'un lien entre taux de suicide et taux de tentative de suicide
- l'action sur les récurrences n'est qu'une action parcellaire vis à vis du suicide comme le montre le schéma ci-dessous¹⁵:

R.T.S.=Récurrences de tentative de suicide

T.S.=Tentatives de suicide

S.=Suicides

¹⁵ Selon EUDIER F. ET BATT A., non publié.

Autant il est fondamental de repérer l'ensemble des acteurs intervenant à tous les niveaux sur la région et de contribuer à initier la création de réseaux, autant à l'heure actuelle, ce qu'on sait des réseaux existants n'a pas permis de montrer de manière systématique des conséquences positives,

En dépit de la complexité du phénomène suicidaire, de nombreux acteurs se sont engagés, en Bretagne, à participer à différentes actions ayant pour objectif de limiter la progression du phénomène suicidaire et prévenir une éventuelle reprise de sa progression.

FICHES PROJETS

1. MIEUX REPERER LES INDICES ET LES CARACTERISTIQUES DU RISQUE SUICIDAIRE.

2. REDUIRE LE TAUX DE RECIDIVE.

FICHE N°1-1

"Proposer des protocoles adaptés au repérage et à la prise en charge des risques suicidaires".

Activités

- > Revue de la littérature.
- > Repérer les acteurs intéressés.
- > Analyser leurs conclusions et en tirer ce qui est transposable au programme.
- > Essayer de repérer des indicateurs d'intentions suicidaires simples et manipulables.
- > Renseigner la presse spécialisée.

Coordonnateur

A. BATT, chercheur INSERM Rennes.

Début de l'action 1996

Budget

A évaluer
Cette action devra s'intégrer à d'autres thèmes.

FICHE N°1-2

"Mettre en place des actions de formation"

1-2-1 Pour les médecins et les Infirmiers

Objectif principal

Créer un espace de parole, un lieu de rencontre de professionnels de santé qui connaissent tous des suicidants dans leur pratique.

Sensibiliser les professionnels à la nécessité de prise en charge en réseau interdisciplinaire.

Objectifs de formation

Apprendre à repérer des indices de risque suicidaire.

Faire connaître aux médecins généralistes les différents modes de prise en charge psychiatrique.

Rechercher les alternatives aux prescriptions médicamenteuses.

Publics ciblés par ces actions de formations

Etudiants en médecine et en soins infirmiers, dans les facultés et les instituts de formation en soins infirmiers

Les professionnels dans le cadre de la formation continue

Calendrier et modalités de la formation universitaire

Mise en place dès la rentrée 1996 d'un diplôme inter-universitaire pour : "L'étude et la prise en charge des conduites suicidaires" Facultés de médecine d'Angers, Brest, Nantes et Rennes.

de la formation médicale continue

Sous la forme de sensibilisations courtes ou de séminaires pluridisciplinaires (médecins du travail, infirmières...).

Suivant les organisations : soirées dès 1996. séminaires de 2 à 3 jours à partir de 1997.

Constitution d'un dossier pédagogique qui sera soumis à la Fédération régionale des associations de formation médicale continue de Bretagne. Ce dossier sera constitué de modules utilisables au niveau d'une soirée avec un objectif, ou en plusieurs jours, avec plusieurs objectifs. Réalisation d'un fascicule d'information à tous les médecins de la région. Constitution d'un dossier bibliographique complémentaire par les organisateurs des séminaires distribué uniquement aux participants.

Repérage d'un panel d'experts dans chaque département qui aurait pour mission de valider les dossiers et d'intervenir directement au niveau des formations.

Interlocuteurs

- > Universitaires, Directeurs des Instituts de formation en soins infirmiers.
- > Formation continue : Union régionale des médecins libéraux, Fédération régionale des associations de formation médicale continue, associations prestataires.

Coordonnateurs

Docteur BAIL Lannion.
Docteur BERNES Quimper.
Docteur COURCOUX Saint-Malo.
Docteur GAUTIER Lorient.
Docteur WALTER Brest.

Budget

non évalué, intégré dans les programmes de formation.

1-2-2 Pour les travailleurs sociaux

Activités

3. Identifier, avec la DRASS, les personnes ressources au niveau des formations en travail social
 - > initiale : centres de formation dans les départements bretons.
 - > continue :
 - centres de formation.
 - employeurs des professionnels du travail social (plan de formation des administrations).
 - associations.
3. Sensibiliser les responsables des programmes à l'importance de ce problème en Bretagne.
3. Constituer un groupe de travail pour repérer ce qui peut être développé sur cette thématique, dans le cadre d'unités de formation.

Coordonnateur

N. Dupuis-Bélaïr, conseiller technique en travail social, DDASS d'Ille et Vilaine
99.02.93.71.

Interlocuteurs

- DRASS
- IRTS Rennes
- ITES Brest
- ERES Saint Briec
- CNFPT
- CPAM
- Fonction Publique Hospitalière

Début de l'action : 1996

Budget : à évaluer.

1-2-3 Pour les professionnels de l'Education Nationale

Objectif principal

Mettre en place une formation des adultes, personnel de l'Education Nationale à la prévention des actes suicidaires des adolescents.

Objectifs spécifiques

Sensibiliser aux problèmes des adolescents, au dépistage du mal-être.

Informers les adultes sur les personnes ressources, les structures d'aide.

Mettre en place de telles structures d'aide intra et extra scolaires (lieux de parole dans les établissements).

Public ciblé

Equipes éducatives : proviseurs de lycées, principaux de collèges, conseillers d'éducation, professeurs...

Equipes médico-sociales : médecins de l'Education Nationale, infirmières, assistants sociaux.

Cette formation entraînant une remise en question du participant, les stagiaires sont tous des volontaires.

Modalités

Il est prévu de prolonger d'une journée le stage qui s'intitule "Facilité d'intégration des élèves".

Actuellement, celui-ci dure trois jours et aborde les façons de mieux comprendre l'adolescent ainsi que les droits et les devoirs respectifs des établissements et des adolescents.

Une quatrième journée sera ajoutée afin de réfléchir sur le thème "les idées suicidaires et dépressives"

Le matin est consacré à la signification du passage à l'acte, l'après-midi à la responsabilisation des équipes éducatives.

Coordonnateur : Docteur CANU

Interlocuteurs

- le Rectorat avec le médecin, l'assistante sociale, l'infirmière, conseillers techniques du Recteur.
- l'Inspection Académique avec le médecin, l'infirmière, l'assistante sociale, conseillers techniques de l'Inspecteur d'Académie.

Formateurs : Professionnels ayant travaillé avec des adolescents dans les établissements scolaires, dans les CMP, CMPP ainsi que les pédopsychiatres hospitaliers.

Financement

Par le Ministère de l'Education Nationale dans le cadre du Plan Académique de Formation (PAF).

1-2-4 Pour l'Enseignement catholique

Objectif

Créer une dynamique institutionnelle d'écoute et d'aide près des jeunes en général et plus spécialement des jeunes en difficultés, puis animer et garantir dans le temps cette dynamique.

Modalités

- 4 jours de formation (2x2 jours) pour des équipes d'établissements (enseignants et non enseignants),
- plus un accompagnement de ces équipes dans les établissements.

Méthodologie

C'est dans ce cadre que nous distinguons trois phases, trois périodes distinctes mais complémentaires dans cette formation.

A. Une première phase de sensibilisation et de mobilisation dans les établissements scolaires à cette dynamique de prévention et d'aide.

Une action de prévention dans un établissement ne peut être ni ponctuelle, ni seulement individuelle. Elle doit chercher à :

- 1 - S'assurer la participation active des différents partenaires concernés
- 2 - Se donner un cadre de travail clairement nommé avec des projets.

C'est à partir de ce premier stade de sensibilisation que des personnes acceptant de s'investir plus avant dans une réflexion et une implication vont être envoyées en formation par l'établissement. Il y a nécessité d'une double implication : individuelle et institutionnelle.

B. La deuxième phase est la formation en elle-même avec son programme et sa méthodologie

1 - Apport de connaissances théoriques :

- sur l'adolescence "passage à risque".
- sur les conduites addictives, expressions aiguës du mal-être des jeunes (toxicomanies, boulimie, anorexie, tentatives de suicide...)

2 - Apports théoriques sur :

- > la prévention
- > la communication
- > la relation d'aide

> le travail en réseau, la délégation, etc...

3 - Réflexion et travail sur l'implication personnelle de chacun dans le cadre de sa fonction près des jeunes en difficulté et ce, à partir de l'expérience de chacun.

4 - Réflexion sur les compétences et place, mais aussi limites de chacun. Notion d'équipe, de réseau, de délégation.

5 - Mise en place par le groupe d'une expérience de partage et de travail en réseau

> repérage des partenaires existants tant au niveau pédagogique-social-soin- animation-préventif-thérapeutique.

> définition- place de chacun-complémentarité (intra et extra institution).

C. La troisième phase se produit par la proposition d'un suivi et d'une aide apportés aux stagiaires dans les situations concrètes qu'ils seront amenés à rencontrer dans leur quotidien d'adulte sur le terrain. Ce suivi peut se faire :

> soit par le biais de superposition individuelle ou collective.

> soit par le biais de réflexion sur des actions possibles de prévention impliquant l'institution ou un groupe institutionnel.

Coordonnateur

Madame D. AUDREN, Direction Diocésaine de l'Enseignement catholique.

Interlocuteurs

Directeurs d'établissement, enseignants, personnel non enseignant.

Financement : non évalué, prise en charge par la formation continue.

1-2-5 Pour les associations

But

D'ici à trois ans, mettre en place pour l'ensemble de la région Bretagne une charte associative reconnue d'utilité publique à laquelle pourraient adhérer les associations souhaitant obtenir un label qualité reconnaissant leurs compétences.

Objectif

Rédaction d'une charte associative d'utilité publique à laquelle devront adhérer les associations qui se créeront sur la région lorsqu'elles auront pour objectif statutaire une action quelconque ayant trait à la prévention, au suivi ou à l'accompagnement du problème de la détresse suicidaire ou des souffrances psychiques.

Cette charte devra comporter un protocole de formation.

Modalités

Constitution d'une "commission charte" qui sera chargée de la rédaction, du suivi des associations et de la vérification de la conformité aux objectifs associatifs déclarés et leur adéquation à un projet de santé publique. Elle sera constituée de représentants des différents secteurs concernés.

Calendrier

1996 : mise en place de la commission régionale.

1997 : rédaction définitive de la charte.

1999 : évaluation des résultats en terme d'adhésion et de fiabilité de la charte.

Partenaires

Corps médical, paramédical, justice, secteur socio-éducatif, associatif, Education Nationale, administration de la santé.

Coordonnateur

Monsieur RAOULT IFSI CH Saint-Brieuc.

FICHE N°1-3

"Sensibiliser et informer le grand public"

Objectif

D'ici à cinq ans, mettre en place pour l'ensemble de la région Bretagne une ou des actions de sensibilisation du grand public au problème :

- de la prévention du suicide.
- du suivi des suicidants et de leur famille.
- de l'accompagnement des personnes "victimes" de ces souffrances, de leur entourage familial.
- des familles de suicidés.

Elles devront permettre au grand public de connaître les ressources existantes.

Public visé

Il s'agit du grand public, non professionnel. Toutes les tranches d'âge sont visées.

Modalités

Création d'une commission régionale qui aura pour mission la mise en place des actions adaptées au terrain et au public cible, informera les partenaires de tout projet mis en place.

Elle utilisera les potentialités reconnues, suscitera le multipartenariat.

Elle veillera au bon déroulement des actions et prévoira les évaluations nécessaires.

Les actions seront de plusieurs types :

- mise en place d'un recueil de l'ensemble des structures et personnes ressources pouvant venir en aide aux personnes sur l'ensemble de la région.
- création de pôles d'information au sein des hôpitaux, des centres médico-sociaux ...

Partenaires

- corps médical
- secteur social
- professionnels paramédicaux
- secteur juridique
- secteur éducatif
- milieu associatif

Mais aussi les médias (radio, télévision, presse écrite) et le secteur des entreprises.

Coordonnateur

Monsieur RAOULT IFSI CH Saint Briec.

Financement non prévu.

FICHE N°1-4

"Prendre en compte l'impact du geste suicidaire sur l'entourage"

1-4-1 Aider les familles des suicidés pour limiter le risque de récurrence.

Le risque suicidaire chez une personne dont un membre de la famille s'est déjà donné la mort est nettement plus élevé que dans la population générale. Certains travaux anglosaxons¹⁶ suggèrent qu'un tel risque serait jusqu'à 9 fois supérieur.

En Bretagne, au cours de 20 dernières années, 18.000 personnes se sont données la mort ; c'est dire si la population à risque suicidaire dans ces familles est numériquement importante.

Objectif

Aider par une prise en charge précoce, ces familles, à faire un travail de deuil en levant les entraves, particulièrement présentes dans de telles situations, que sont : la culpabilité, le déni en rapport avec le sentiment de honte (déni de l'acte, déni de l'existence même du défunt, déni de l'affect douloureux sous couvert de banalisation ou de détachement provocateur) et enfin l'identification mortifère au défunt.

Cette prise en charge tiendra compte de l'âge du sujet suicidé, car les problématiques en cause ne se superposent pas nécessairement.

¹⁶ GRIFFIN et Felsenthal, 1983

Modalités

Mise en place d'un Réseau régional d'aide aux familles des suicidés, avec création de pôles comparables à ceux existant dans certains pays anglo-saxons, ainsi qu'au Québec (Suicide-Action-Montréal).

Dans un premier temps, une expérience pourrait être menée sur un secteur (Lorient qui recense 120 suicides par an) pendant deux ans, à l'issue desquels une évaluation permettrait d'envisager ou non l'extension.

Ce réseau sera constitué de professionnels qui seront avisés des cas de suicide par les médecins généralistes, les services d'urgences, les services sociaux... Il ira au devant des familles et leur proposera, après un premier entretien individuel, d'accéder à un groupe accueillant des familles de suicidés, sur le modèle de Montréal.

La première année sera utilisée à la mise en place de la structure (associative ou autre), à la sensibilisation des "correspondants" qui signaleront les décès et à la formation des intervenants.

La deuxième année sera celle des prises en charge des familles et donnera lieu à une évaluation à son issue.

L'équipe sera constituée d'1/2 temps de psychologue, d'1/2 temps d'assistante sociale, d'1/2 temps de secrétaire et de vacations de médecin généraliste et de psychiatre

Interlocuteurs

- L'association Sauvegarde de l'Enfance du Morbihan.
- Les médecins généralistes.
- Les services d'urgence des hôpitaux.
- Les pompiers.
- Les forces de l'ordre.
- Le centre de rééducation de Kerpape.
- Les travailleurs sociaux polyvalents de secteur.
- Les organismes d'assurance maladie.
- Les élus.

Coordonnateur Docteur J.DAUMER, Caudan

Budget et financement

Environ 700.000 F. par an

Financement par des subventions, puis si l'expérience est positive, un autofinancement partiel n'est pas à exclure.

Début de l'action dès attribution du financement.

1-4-2 Aider l'entourage des suicidants pour limiter le risque de récurrence

Objectif

Entreprendre un travail à visée thérapeutique sur les proches, familles et amis d'un suicidant, afin de limiter les répercussions en terme de morbidité psychiatrique ou d'induction suicidogène.

Modalités

Les actions proposées s'appuient sur la théorie de DURKHEIM: notion de lien plus ou moins distendu :

- 1- nombre de tentatives visent d'abord de faire lien et répondent au sentiment d'être délaissé.
- 2- symétriquement, la tentative de suicide peut être une tentative de distendre un lien vécu comme étouffant.

La réponse envisagée est la même : mobilisation rapide et active de l'entourage pour analyser l'appel du suicidant.

Pour ce faire, dans un centre hospitalier général, à proximité du service des urgences, mettre en place une consultation menée par des praticiens formés à la thérapie familiale qui pourraient recevoir dans les deux ou trois jours suivant une tentative de suicide l'entourage qui accepterait quelques séances très rapprochées, la finalité n'étant pas de lancer une thérapie familiale, mais de reformuler la tentative de suicide en terme d'hypothèse interactionnelle intrafamiliale, utilisable par la famille.

Dans un premier temps cette démarche devra monter une étude épidémiologique sur les facteurs différenciant les familles où une récurrence survient, c'est à dire valider les hypothèses.

Interlocuteurs

Pour l'étude préliminaire

- psychiatres des services d'urgences des hôpitaux généraux.
- INSERM déjà engagé dans un projet de recherche sur les facteurs prédictifs de récurrence.

Pour la mise en place des consultations : les services d'urgence des hôpitaux de la région.

Coordonnateur Docteur GAUTIER, CH Lorient.

Budget:

Pour l'étude : non évalué.

Pour la mise en place des consultations : pour un service d'urgences accueillant 600 tentatives de suicide par an, le temps de travail est estimé à 1000 heures (pour deux thérapeutes) soit deux personnes à tiers temps chacune. Le financement est directement fonction de la qualification de ceux-ci.

Il s'agit d'un financement hospitalier.

FICHE N°2-1

"Connaître les populations concernées et les taux de récurrence observés"

2-1-1 Recenser des systèmes d'information sur les tentatives de suicide dans les hôpitaux.

Contexte

Cette action se situe dans le cadre d'une meilleure quantification du phénomène suicidaire, quel que soit le lieu géographique de prise en charge hospitalière. Cette action se situe en harmonie avec, d'une part, les travaux d'un groupe de réflexion INSERM qui s'est formé à l'initiative du Professeur WILDOCHER et, d'autre part, l'un des thèmes développés dans les travaux que l'association PREMUTAM a confié à la FNORS, dans 5 régions françaises, dont la Bretagne.

Objectifs

Evaluer les possibilités actuelles de dénombrement des tentatives de suicide à partir des données de routine produites à l'hôpital.

Evaluer la qualité des informations transmises au DIM des hôpitaux concernés par les différents services hospitaliers qui accueillent des suicidants (urgences médico-chirurgicales, services de traumatologie, ORL dans les hôpitaux généraux, services de psychiatrie des hôpitaux généraux et des CHS).

Apprécier la cohérence de ces différents relevés et permettre par la suite la quantification la plus exacte possible du phénomène par la mise en place de procédures de recueil fiables.

Méthodologie

La méthodologie consistera à aborder trois aspects de manière séquentielle :

1- Production de données brutes :

- d'accueil des tentatives de suicide et production de données (qui accueille, qui intervient en premier, qui remplit les fiches de recueil de données ?)
- nature et qualité des fiches de recueil de données en fonction de l'organisation des urgences (rôle des SAMU, existence d'urgences psychiatriques, d'unité fonctionnelle de psychiatrie, distribution des rôles).
- rapport avec les autres services recevant des tentatives de suicide (traumatologie, ORL, gastro-entérologie).
- recours aux possibilités qu'offrent le PMSI (diagnostic principal et/ou diagnostics secondaires multiples).

2- Utilisation des données.

- recensement des lieux de stockage de l'information (services ?)
- transmission des données des services au DIM.
- "contrôle de qualité" des données transmises au DIM.
- exhaustivité des données.
- place du DIM (rôle et missions).

3- Les recueils existants peuvent-ils être utilisés pour des dénombrements fiables ?

- pointer les différences dans la production des données et les incohérences.
- suggestions pour une production plus uniforme et donc facilement utilisable.

Interlocuteurs

- Les médecins coordonnateurs des services d'urgences des différents hôpitaux.
- Les chefs de service des hôpitaux.
- Les services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux.
- Les services de pédopsychiatrie.
- Les départements d'information médicale (DIM).
- Les SAMU
- La DGS
- La DRASS
- Les DDASS
- La CNAMTS
- L'ORSB

Coordonnateurs

BATT A., chercheur INSERM et EUDIER F., psychiatre.

Début de l'action

Dès l'attribution des crédits.

Budget

150.000 F. (incluant le recrutement d'un enquêteur qualifié).

2-1-2 Caractérisation des récurrences suicidaires.

Cette action fait suite à une première phase de recherche dans le cadre d'un Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) avec le soutien de l'INSERM (CNEP) en 1994-1995.

Objectif

Mettre en relation les caractéristiques et l'évolution des conduites suicidaires, dans le but de dégager des éléments cliniques prédictifs, pour une prévention mieux adaptée.

Objectifs intermédiaires

Suivre une cohorte de primo-suicidants.

Recenser le nombre des récurrences qui apparaissent dans une cohorte de primo-suicidants suivie sur 3 ans ou plus.

Evaluer l'incidence des récurrences sur des périodes de temps donné.

Repérer et comparer les caractéristiques cliniques des tentatives initiales et des récurrences en se plaçant dans des conditions "naturelles" (sans contact ni convocation aux fins d'étude)

Repérer les actions thérapeutiques proposées par l'hôpital lors de la tentative initiale et les corréler avec l'existence de récurrence ou l'absence de récurrence.

Evaluer l'incidence des décès dans la cohorte et les prescriptions thérapeutiques qui avaient été proposées.

Méthodologie

Mise en place d'un système de repérage des tentatives de suicide à l'hôpital cohérent avec les données des DIM.

Etablissement d'une fiche d'enquête standardisée adaptée à tous les hôpitaux bretons repérant :

- les caractéristiques socio-démographiques des personnes.
- les caractéristiques du geste suicidaire (échelle de BECK).
- l'état clinique au moment de l'entretien avec le psychiatre.
- test statistique de l'indépendance des variables.
- relation entre le temps séparant la tentative index de la récurrence et le score de l'échelle de BECK.

Interlocuteurs

- Les médecins coordonnateurs des services d'urgences des différents hôpitaux.
- Les chefs de service des hôpitaux.
- Les services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux et des CHS.
- Les services de pédopsychiatrie.
- Les départements d'information médicale (DIM).
- Les SAMU.
- La DGS.
- La DRASS.
- Les DDASS.
- La CNAMTS.
- L'ORSB.

Coordonnateurs

EUDIER F, psychiatre et BATT A., chercheur INSERM.

Début de l'action dès financement

Budget non évalué

2-1-3 Evaluer le coût social des tentatives de suicide en Bretagne

Objectifs

Evaluer le coût moyen d'une tentative de suicide en fonction :

- 1- du mode suicidaire utilisé (et de la gravité qui en découle).
- 2- de la prise en charge assurée (consultations, journées d'hospitalisation, services utilisés ...)
- 3- du rang de la tentative (les récurrences coûtent-elles plus cher que les premiers gestes suicidaires ?)
- 4- des caractéristiques des suicidants (en particulier professionnelles).

Evaluer le coût en fonction des variables suivantes :

- 1- le prix des soins
- 2- l'importance des mesures sociales (arrêt de travail, convalescence...

Méthodologie

Utilisation d'un échantillon représentatif de la population suicidante bretonne à partir des travaux épidémiologiques existants.

Calcul des coûts à partir de la tarification en vigueur des actes médicaux, des hospitalisations, des indemnités journalières, du coût des journées de travail perdues, etc.

Interlocuteurs

- Département de Santé Publique
- ORSB
- DGS
- DRASS
- DDASS
- CPAM

Coordonnateur F.EUDIER, psychiatre.

Début de l'action dès financement.

Financement: 150.000 F. comprenant la rémunération d'un assistant de recherche.

2-1-4 Les tentatives de suicide prises en charge par les médecins généralistes : mise au point d'un système de recueil de données permanent auprès des médecins généralistes.

Cette action fait suite à une phase de recherche réalisée dans le cadre de la collaboration entre le chercheur INSERM affecté au Département de Santé Publique de l'Université de Rennes 1 et l'ORSB, portant sur "la compréhension du phénomène suicidaire avec le concours de médecins généralistes" (phase de recherche qui a bénéficié du soutien de la DGS et de la DRASS de Bretagne). L'action proposée se situe en harmonie avec l'un des thèmes développés dans les travaux que l'association PREMUTAM a confié à la FNORS, dans 5 régions françaises dont la Bretagne.

Objectif

Mettre au point un système d'informations permettant de connaître, à tous moments, la population de suicidants qui a recours au médecin généraliste suite à une tentative de suicide, qu'elle soit prise en charge directement par le médecin généraliste ou dirigée sur le système hospitalier.

Méthodologie

Généralisation et systématisation du travail effectué en Ille-et-Vilaine auprès d'un échantillon de médecins généralistes permettant de repérer :

- 1- les caractéristiques socio-démographiques des personnes.
- 2- les caractéristiques des gestes effectués.
- 3- les différentes modalités de prise en charge des tentatives de suicide après recours au médecin généraliste.
- 4- les facteurs influant l'orientation des suicidants dans le système de soins (en fonction de la connaissance que le médecin a de la personne, de son entourage, de ce qu'il attend d'une prise en charge hospitalière...

Cette recherche qui a démarré par une série d'entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon de médecins généralistes, s'est poursuivie par un recueil prospectif auprès d'un échantillon plus grand.

L'adaptation du protocole initialement mis au point en Ille-et-Vilaine à d'autres départements français a été validée au cours de travaux de recherche effectués à la demande de médecins généralistes ou de psychiatres.

Interlocuteurs

- les médecins généralistes.
- La DGS.
- L'ORSB.
- La DRASS.
- Les DDASS.
- La CNAMTS.
- Les Mutuelles.

Coordonnateur A.BATT, chercheur INSERM.

Début de l'action

Janvier 1997, dès attribution du budget.

Budget

Financement d'un médecin chef de projet, responsable de la mise en place, de la logistique et du suivi du projet dans les régions demandeuses.

FICHE N°2-2

"Recenser, promouvoir et évaluer les modalités d'accueil hospitalier et le suivi des suicidants"

2-2-1 Recenser les modalités d'accueil hospitalier et le suivi.

Objectif

Evaluer les forces et les faiblesses de la région en matière d'accueil et de suivi des suicidants.

Modalités

- 1- Repérage des structures à partir de deux questionnaires (suicidants adultes et suicidants adolescents) adressés aux différents services d'urgences de la région Bretagne (24) concernant l'accueil et le suivi des suicidants.
- 2- Repérage des "modèles" (protocoles) de prise en charge et de suivi existants.
- 3- Exploitation des données regroupées sous deux items majeurs (moyens et fonctionnement).

Interlocuteurs

- les services d'urgences (24) de la région Bretagne (les chefs de service, le psychiatre et/ou le pédopsychiatre).
- les médecins DIM de ces 24 hôpitaux.
- les DDASS.

Coordonnateur

Docteur B. SUBILEAU, DRASS et Docteur M. WALTER, Brest.

Début de l'action 1996

Budget

Saisie et analyse des données : 10 heures. Coût : 1500F

2-2-2 Promouvoir les modalités d'accueil hospitalier et le suivi.

- 1- Au plan quantitatif, essayer de définir un niveau minimal du plateau technique en fonction des trois niveaux d'hôpitaux décrits dans le SROSS (pôles de référence, d'équilibre et de proximité) en articulation avec les propositions qui seront faites dans le cadre du SRO psychiatrie (groupe sur les urgences psychiatriques).
- 2- Au plan qualitatif, lister une série de questions relatives à la prise en charge des suicidants (accueil et suivi) et en valider les réponses.
 - Faut-il hospitaliser systématiquement aux urgences tout suicidant ?
 - Variations en fonction de l'âge, existe-t-il des alternatives à l'hospitalisation aux urgences ?
 - Quand le psychiatre doit-il voir le suicidant? Avant les soins somatiques ? Après ? C'est la question du délai optimal (24 heures, moins ou plus de 24 heures) et de la technique d'entretien (respect des défenses, interprétation initiale).
 - Comment favoriser l'observance du suivi ? Faut-il reconvoquer le patient non observant ?
 - Modalités d'alliance avec le généraliste ? Que faire en cas de refus du patient ?
 - Ordre d'intervention des différents soignants aux urgences (somaticiens, infirmiers spécialisés, psychiatres) ?
3. Mise au point de protocoles de prise en charge.

Interlocuteurs

- DRASS et DDASS
- Services d'urgences de la région Bretagne
- CHS, CHG, CHU de la région Bretagne.
- groupe d'experts composé d'un urgentiste, d'un psychiatre et d'un pédopsychiatre public et privé, d'un généraliste, d'un pédiatre, d'un psychologue et d'un infirmier de secteur psychiatrique.

Coordonnateurs: Docteur J.Y. GAUTIER, Docteur F. DUHIREL.

Début de l'action 1996.

Budget: Dédommagement des experts. Coût : 25.000 F (vacations, déplacements, secrétariat).

2-2-3 Evaluer les modalités d'accueil hospitalier et le suivi.

3. Revue de la littérature nationale et internationale concernant la prise en charge et le suivi des suicidants.
3. Préparer les modalités d'évaluation (groupe de travail "méthodologie des études prospectives" dans le cadre du groupe suicide mis en place par le Pr. WIDLOCHER, INSERM U302).
3. Mise au point de protocoles de prise en charge.

Interlocuteurs

- INSERM U302 (le Vésinet) : F.CASADEBAIG.
- INSERM Rennes : A.BATT.
- ORSB.
- ORSB et INSERM (évaluation).

Coordonnateurs

Docteur M. WALTER et B SUBILEAU.

Début de l'action : 1997

Budget :

Non évalué

Financement par le PHRC 1995 de l'évaluation d'un protocole multicentrique de prise en charge des suicidants.

FICHE N°2-3

"définir les places, rôles et le fonctionnement des différents acteurs et renforcer leurs liens"

Annuaire départemental - Aide - Outil - Rôles - modalités d'intervention des intervenants

Problématique

Difficultés pour chaque intervenant à connaître les offres existantes autour de lui dans ce domaine.

- = > difficultés pour renseigner.
- = > difficultés pour passer le relais.

Objectif

- Donner un outil pratique, lisible pour chacun, au niveau départemental permettant un repérage rapide du réseau d'offre existant
- Rappeler les circuits, les dispositifs existants

Deux attendus à l'annuaire :

- S'il reste ponctuel, attendu de mobiliser les acteurs sur ce sujet et lancer les études actions.
- S'il veut garder sa fonction dans le temps, nécessité de le mettre à jour régulièrement.
- Rappeler les zones géographiques d'intervention.

Méthodologie

- un groupe de travail pluri-professionnel et associatif.
- formuler un questionnaire (cf. travail PSAS de l'Ille-et-Vilaine).
- réaliser une première liste d'acteurs à qui envoyer le questionnaire
Repérer des relais qui peuvent proposer d'autres adresses (institutions, CREAM, syndicats, associations de pairs...)
- envoyer le questionnaire à toutes les personnes repérées.
- Présentation.

Il sera intéressant que le classement retenu soit homogène sur les 4 départements. En effet, le classement peut se réaliser par type de public, par type d'institution, selon l'urgence, selon la demande.

Mots clefs => classement à différentes portes d'entrée.

Interlocuteurs

Un grand nombre de professionnels du sanitaire, du social et du médico-social :

- médecins libéraux : généralistes, pédiatres, psychiatres, neuropsychiatres.
- services psychiatrie, CMPP, CAMSP.
- médecins de PMI, de santé scolaire, du travail.
- services d'urgence des hôpitaux, SMUR, pompiers, travailleurs sociaux à travers les lieux où ils travaillent (CDAS, MSA, CAF, scolaire, du travail...)
- infirmières libérales, de santé scolaire, du travail
- établissements scolaires
- établissements et services sociaux (foyers, les MJC, les PAIO... et médico-sociaux.
- accueil pour P.A. + SSID.
- communes.
- associations, maisons de quartier.
- gendarmerie...

Coordonnateurs

- Docteur F. TUAL de Vannes.
- Madame S. LE BECHEC de St.-Brieuc.

Calendrier

- Première année : pertinence, faisabilité à tester, pour se poser la question de la reproductibilité et de l'intérêt de continuer et de réaliser des mises à jour
- Mise à jour tous les deux ans

Budget : à évaluer