

UNIVERSITE DE LIMOGES
Faculté de Médecine



ANNEE 1995

THESE n° 154 11

PASSERELLE

Unité d'accueil d'urgence des personnes
en situation de détresse
psychologique et psychosociale

SCD UNIV. LIMOGES



D 035 033772 4

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 6 Octobre 1995 par :

ISABELLE MAFFRAND

née le 16 Mars 1967 à Paris.

Examineurs de la thèse

<i>Monsieur le Professeur C. PIVA.....</i>	<i>Président</i>
<i>Monsieur le Professeur J.-J. BOUQUIER.....</i>	<i>Juge</i>
<i>Monsieur le Professeur R. GAROUX.....</i>	<i>Juge</i>
<i>Monsieur J.-L. MOULIN, Professeur associé.....</i>	<i>Juge</i>
<i>Monsieur le Docteur A. COLLIGNON, C.H.G. de Tulle.....</i>	<i>Membre invité</i>
<i>Madame le Docteur I. BARTHELEMY, C.H.G. de Tulle.....</i>	<i>Membre invité</i>

Ex 3
Sibip



UNIVERSITE DE LIMOGES
Faculté de Médecine



ANNEE 1995

THESE n° 154

PASSERELLE

Unité d'accueil d'urgence des personnes
en situation de détresse
psychologique et psychosociale

THESE pour le DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 6 Octobre 1995 par :

ISABELLE MAFFRAND
née le 16 Mars 1967 à Paris.

Examineurs de la thèse

Monsieur le Professeur C. PIVA.....	Président
Monsieur le Professeur J.-J. BOUQUIER.....	Juge
Monsieur le Professeur R. GAROUX.....	Juge
Monsieur J.-L. MOULIN, Professeur associé.....	Juge
Monsieur le Docteur A. COLLIGNON, C.H.G. de Tulle.....	Membre invité
Madame le Docteur I. BARTHELEMY, C.H.G. de Tulle.....	Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES
Faculté de Médecine

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur PIVA Claude

ASSESEURS : Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude
Monsieur le Professeur DENIS François

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ADENIS Jean-Paul (C.S.) *	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Luc (C.S.)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE B
ARNAUD Jean-Paul (C.S.)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique (C.S.)	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BAUDET Jean (C.S.)	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BENSAID Julien (C.S.)	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERNARD Philippe (C.S.)	DERMATOLOGIE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S.)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S.)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S.)	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOULESTEIX Jean (C.S.)	PEDIATRIE
BOUQUIER Jean-José	CLINIQUE DE PEDIATRIE
BOUTROS-TONI Fernand	BIostatistique et Informatique Médicale
BRETON Jean-Christian (C.S.)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CAIX Michel	ANATOMIE
CATANZANO Gilbert (C.S.)	ANATOMIE PATHOLOGIQUE
CHASSAIN Albert	PHYSIOLOGIE
CHRISTIDES Constantin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C.S.)	UROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (C.S.)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure (C.S.)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S.)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S.)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S.)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMAS Michel (C.S.)	NEUROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (C.S.)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S.)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

GAIGNANT Alain
GAROUX Roger (C.S.)
GASTINNE Hervé
GAY Roger (C.S.)
GERMOUTY Jean
HUGON Jacques
LABROUSSE Claude (C.S.)
LABROUSSE François
LASKAR Marc (C.S.)
LAUBIE Bernard (C.S.)
LEGER Jean-Marie (C.S.)
LEROUX-ROBERT Claude (C.S.)
LIOZON Frédéric
MELLONI Boris
MENIER Robert (C.S.)
MERLE Louis
MOREAU Jean-Jacques (C.S.)
MOULIES Dominique
OUTREQUIN Gérard
PECOUT Claude (C.S.)
PERDRISOT Rémy
PILLEGAND Bernard (C.S.)
PIVA Claude (C.S.)
PRALORAN Vincent (C.S.)
RAVON Robert (C.S.)
RIGAUD Michel
ROUSSEAU Jacques (C.S.)
SAUTEREAU Denis
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S.)
TABASTE Jean-Louis (C.S.)
TREVES Richard (C.S.)
VALLAT Jean-Michel
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (C.S.)
VIDAL Elisabeth (C.S.)
WEINBRECK Pierre

CHIRURGIE DIGESTIVE
PEDOPSYCHIATRIE
REANIMATION MEDICALE
REANIMATION MEDICALE
PATHOLOGIE MEDICALE ET RESPIRATOIRE
HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE
REEDUCATION FONCTIONNELLE
ANATOMIE PATHOLOGIQUE
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
PSYCHIATRIE D'ADULTES
NEPHROLOGIE
CLINIQUE MEDICALE A
PNEUMOLOGIE
PHYSIOLOGIE
PHARMACOLOGIE
NEUROCHIRURGIE
CHIRURGIE INFANTILE
ANATOMIE
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
MEDECINE LEGALE
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
NEUROCHIRURGIE
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
THERAPEUTIQUE
NEUROLOGIE
ANATOMIE
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
MEDECINE INTERNE
MALADIES INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS :

MOULIN Jean-Louis

3ème CYCLE DE MEDECINE GENERALE

SECRETARE GENERALE DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS :

POMMARET Maryse

* C.S. = Chef de Service

A mes parents,

A Thierry,

A Florence et Olivier,

A ma famille,

A mes amis,

Que tous reçoivent ici le témoignage de ma profonde affection.

A notre Président de thèse.

Monsieur le Professeur C. PIVA

Vous nous avez fait l'honneur de présider cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Aux membres de notre jury :

Monsieur le Professeur J.J. BOUQUIER

Soyez remercié d'avoir accepté de juger ce travail et recevez l'expression de notre profonde reconnaissance.

Monsieur le Professeur R. GAROUX

Vous avez accepté de siéger à notre jury, veuillez trouver ici l'assurance de notre respectueuse considération.

Monsieur J.L. MOULIN, Professeur associé

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous avez manifesté à l'égard de ce travail, en acceptant de bien vouloir le juger.

Monsieur le Docteur A. COLLIGNON

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier le sujet de cette thèse, après nous avoir reçus dans votre service. Veuillez trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

Madame le Docteur I. BARTHELEMY

Nous vous remercions de la bienveillance que vous nous témoignez en acceptant de juger cette thèse.

A Madame le Docteur O. HIRTZ et au service de
Réanimation du C.H.G. de Tulle.

A Monsieur le Docteur F. RAFFI et au service de
Gynécologie-Obstétrique du C.H.G. de Tulle.

**A Madame le Docteur M.F. THIERCELIN-
LEGRAND** et au service d'Hospitalisation à domicile du
C.H.U. de Toulouse-Purpan.

A toute l'équipe de *PASSERELLE*, qui m'a aidé à réaliser
cette thèse :

Madame BLAVIGNAT,
Florence BOURG,
Nicole CHAMBAUDIE,
Francine COMBES,
Cathy GOSSIN,
Francine GUYONNET,
Annie SAUFIER,
Geneviève CHABASSIER,
Annie LEVY-GELET.

"Si dans chaque service d'Urgence hospitalier existent des lits de réveil somatique, il nous apparaît indispensable que puissent, de la même façon, exister des lieux de réveil psychologique"

Journal Officiel du 30 Juillet 1993

PLAN

INTRODUCTION

HISTORIQUE

1. Evaluation des besoins
2. Projet médical
3. Projet d'implantation et d'organisation
4. Information du public et des professionnels de la santé

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

1. Le personnel
2. Le service

LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

1. Accueil au service des Urgences
2. Prise en charge dans le service PASSERELLE
3. Prise en charge extra-hospitalière

ETUDE DE TROIS ANNEES DE FONCTIONNEMENT

1. Motifs d'hospitalisation
2. Etude Statistique

AUTRES STRUCTURES

1. Structures hospitalières
2. Les relais associatifs

INTERETS - PROBLEMES RENCONTRES

1. Prévenir la récurrence
2. Le suivi des patients
3. Etude de dossiers

CONCLUSION

INTRODUCTION

Les services d'accueil des Urgences reçoivent actuellement de plus en plus de patients pour des tentatives de suicide, des problèmes de conflits familiaux, violences conjugales, sévices sexuels, chocs émotionnels, ...

Ces motifs d'hospitalisation sont, pour certains d'entre eux, la conséquence d'une situation de détresse psychologique et/ou psychosociale, et non d'une pathologie organique ou psychiatrique.

Le problème social se manifeste lorsque les patients en cause ont, pour dénominateur commun, d'avoir perdu le droit à un territoire, à une identité reconnue par le milieu socio-familial, état minimum d'espérance, ce que tout être humain doit posséder pour ne pas désespérer de la vie" [31].

Pourtant, la prise en charge de la plupart de ces patients se limitait à un bref séjour dans le service des Urgences, à la suite duquel ils étaient orientés :

- ☞ soit vers un service de médecine;
- ☞ soit vers un service de psychiatrie;
- ☞ soit vers un retour au domicile, leur cas n'ayant pas été jugé digne d'intérêt, ou parce qu'il n'y avait pas de solution adaptée dans l'immédiat.

C'est dans l'optique d'une meilleure prise en charge de ces personnes en situation de détresses psychologiques et psychosociales, qu'une équipe de médecins du centre hospitalier de Tulle (Corrèze) a décidé de mettre en place une structure hospitalière qui puisse répondre au mieux à la demande de ces patients.

L'intérêt d'une telle structure est de prévenir la récurrence de ces "appels à l'aide", et, c'est ce que nous allons essayer de démontrer par le biais de cette étude en analysant trois ans de fonctionnement de cette unité hospitalière.

HISTORIQUE

1. Evaluation des besoins

"Précarité de l'emploi, augmentation du chômage, coût de plus en plus élevé de la vie quotidienne font le lit des situations de détresse sociale" [4].

Ces situations sont donc de plus en plus fréquentes, et se traduisent par des sensations de "mal être", qui aboutissent souvent à un passage à l'acte.

"Les tentatives de suicide ne sont appréhendées qu'au travers d'enquêtes de périodicité variable, effectuées dans des services hospitaliers d'Urgences ou spécialisés, recevant des suicidants" [16].

Cependant, on estime à dix fois supérieur le nombre de tentatives de suicide par rapport à celui des suicides, soit environ 120000 par an, dont 40000 jeunes de 15-24 ans.

Sur une étude réalisée en 1987, il était apparu que la région LIMOUSIN avait accueilli 1485 suicidants sur l'année, et qu'aucun des hôpitaux, excepté le CHRU de Limoges, dans un service de pédiatrie, ne disposait de lits réservés aux suicidants [2].

En 1990, le département de la Corrèze, dont la population est d'environ 238000 habitants a enregistré 485 tentatives de suicide (305 à Brive, 114 à Tulle et 71 à Ussel). Les 15-24 ans représentaient alors 27% de l'effectif global.

Nous obtenons donc un taux de 203 tentatives de suicide pour 100000 habitants.

"L'ensemble de ces résultats statistiques régionaux nous montre l'importance des tentatives de suicide, en sachant qu'ici plus encore qu'ailleurs, un nombre non négligeable de tentatives de suicide ne sont pas hospitalisées" [3].

2. Projet médical

L'unité *PASSERELLE* est née d'un projet médical, élaboré dans le souci de répondre à des préoccupations convergentes émanant :

☞ du corps médical du centre hospitalier de Tulle, qui constatait que l'organisation des soins dans l'établissement ne permettait pas d'assurer une prise en charge globale et efficace des situations de détresses psychologiques ou psychosociales;

☞ des pouvoirs publics, visant à une meilleure prise en charge des patients dans les services d'accueil et d'urgence, en considérant mieux la dimension psychologique et sociale.

Ce projet médical est le fruit de deux ans de travail et de réflexion d'une équipe pluridisciplinaire de cinq praticiens du Centre Hospitalier de Tulle (un médecin responsable du service des urgences, un pédopsychiatre, un pédiatre et deux psychiatres).

Afin de préciser certaines orientations du projet, cette équipe médicale a fait appel à la compétence du Docteur Xavier POMMEREAU, psychiatre des hôpitaux de Bordeaux, en raison de sa longue expérience de la prise en charge des problèmes psychologiques et psychiatriques, dans le cadre des services d'urgences et de réanimation générale, particulièrement auprès des suicidants.

D'autre part, le groupe de travail a tenu à associer les médecins généralistes libéraux à la discussion du projet et à sa mise au point définitive.

L'approfondissement et l'élargissement de la réflexion ont ainsi conduit à mieux

définir :

☞ la population concernée par le projet (ce que nous reverrons par la suite dans "le recrutement du service");

☞ les principes d'organisation du service.

Ce projet a été soumis aux instances de l'hôpital (Conseil d'Administration, Commission Médicale d'Etablissement) et pris en compte dans le projet d'établissement en 1991.

3. Projet d'implantation et d'organisation

Le projet médical a abouti à la nécessité de créer une unité hospitalière spécifique, rattachée au service des Urgences.

3.1. Affectation de locaux

Il était souhaitable que les locaux de la future unité :

- ☞ se situent dans l'enceinte hospitalière;
- ☞ soient distincts de tout autre service d'hospitalisation;
- ☞ soient protégés de l'extérieur.

Pour remplir ces conditions, l'unité a été installée au cinquième étage de l'établissement, dans des locaux inoccupés.

3.2. Effectif du personnel

Six postes d'infirmières étaient indispensables pour assurer la continuité des soins dans le service.

Quatre postes ont été attribués par la tutelle, intéressée par ce projet. L'établissement a, par redéploiement interne, complété l'effectif.

Un poste d'assistante sociale avait été demandé. Il a été attribué dans le cadre de l'amélioration de l'accueil des Urgences, et non seulement dans le cadre du projet de l'unité.

Dès le départ, il était souhaité que les infirmières aient une expérience professionnelle de plus de cinq ans, qu'elles soient volontaires.

La composition de l'équipe devait être pluridisciplinaire et mixte.

Ces objectifs n'ont pu être totalement atteints (cinq infirmières DE et une infirmière psychiatrique).

Aucune modification de l'effectif médical n'a été nécessaire.

3.3. Mise en oeuvre du projet

La décision de mise en place de cette unité est revenue au Conseil d'Administration, sur proposition du directeur, après avis de la Commission Médical et du Comité Technique Paritaire.

En délibérant sur le budget 1991, ces instances se sont prononcées favorablement sur le principe.

Le projet opérationnel a été le suivant :

- ☞ appels à candidature en Octobre 1991;
- ☞ sélection des candidats et désignation du responsable médical en Novembre 1991;
- ☞ affectation et formation du personnel en Février 1992;
- ☞ dégagement, travaux et aménagement des locaux (réalisés en parallèle) en Février 1992;
- ☞ ouverture de la nouvelle unité, baptisée *PASSERELLE*, le 19 Mars 1992, et mise en place du conseil d'unité.

Il a été décidé que les dépenses de l'Unité seraient couvertes par la dotation globale de fonctionnement.

4. Information du public et des professionnels de la santé

Diverses manifestations ont été organisées pour faire connaître **PASSERELLE** :

☞ une journée portes ouvertes, à laquelle étaient invités personnel hospitalier, médecins, assistantes sociales et infirmières de santé scolaire, responsable de centres et de foyers, ...;

☞ une conférence intitulée "Le suicide des jeunes : un drame dont il faut parler", organisée par **PASSERELLE**, la Fondation de France, le Centre Hospitalier de Tulle, et ayant comme intervenants principaux le Docteur Xavier POMMEREAU et les journalistes Chantal LASBATS et Hélène RISACHER (Coauteurs du livre "le suicide des jeunes");

☞ un reportage sur FR3;

☞ une intervention à l'école d'assistantes sociales de Limoges, au cours d'une conférence sur le suicide;

☞ une intervention à St Privat à la demande de la Mutuelle Sociale Agricole de la Corrèze;

☞ une intervention au lycée d'Arsonval à Brive;

☞ des courriers aux médecins généralistes.

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

1. Le personnel

1.1. Les effectifs

1.1.1. l'équipe médicale

Elle se compose de trois médecins :

- ☞ un praticien hospitalier généraliste, exerçant au service des Urgences de l'établissement;
- ☞ un praticien hospitalier psychiatre;
- ☞ un praticien pédopsychiatre.

A cette équipe s'adjoignent, autant que nécessaire, les médecins spécialistes de l'établissement, et les assistants du service des Urgences.

1.1.2. l'équipe infirmière

Six infirmières, encadrées par une surveillante, assurent le fonctionnement de l'unité.

Cette permanence permet de disposer d'un accueil 24h/24.

1.1.3. les autres membres de l'équipe

Ils sont représentés par :

- ☞ une assistante sociale, employée à mi-temps. Elle joue un rôle déterminant dans le fonctionnement de l'unité;
- ☞ une psychologue.

1.2. La formation

L'équipe infirmière est constituée de cinq infirmières DE et d'une infirmière psychiatrique.

Afin d'établir une bonne homogénéité au sein de cette équipe, et pour que celle-ci reçoive une formation spécialisée et très orientée sur le travail à fournir, ont été organisés :

- ☞ un stage dans les services d'Urgences et de Réanimation pour permettre la mise à niveau des infirmières psychiatriques;

- ☞ un stage en service de Psychiatrie, nécessaire pour sensibiliser les infirmières DE à la spécificité des soins en Psychiatrie (une formation similaire est réalisée au CHU de Poitiers [10]);

- ☞ une formation théorique sur l'abord psychologique des personnes en détresse et des grands syndromes cliniques, assurée par des médecins hospitaliers de Tulle;

- ☞ un stage de deux semaines, dans le service du Professeur FAVAREL-LAGARRIGUE, effectué par le Docteur POMMEREAU et les psychologues du service, en Janvier 92, au cours duquel la formation était axée sur la relation d'aide, l'entretien et le suicide;

Sont également intervenus auprès de l'équipe :

- ☞ la responsable des assistantes sociales du Conseil Général;

- ☞ un psychiatre du Centre Hospitalier de Guéret (Creuse) : exposé centré sur le suicide de la personne âgée;

- ☞ un juge d'enfants.

Dans le cadre de la formation continue, ont été organisées :

- ☞ une formation sur les violences conjugales;
- ☞ une formation sur la relation d'aide et l'entretien, qui s'est déroulée à Tulle, à la demande de l'équipe;
- ☞ un stage pratique d'une semaine, en Juin 1993, au Centre Abadie du Dr POMMEREAU à Bordeaux (unité hospitalière prenant en charge les suicidants de 15-24 ans).

2. Le service

2.1. Les locaux

L'unité d'accueil est située au cinquième étage du centre hospitalier.

Il s'agit d'une structure d'accueil, qui se place à mi-chemin entre l'hébergement hôtelier et l'hospitalisation classique, afin d'éviter la rupture avec la vie quotidienne, et l'assistantat du patient. On peut y bénéficier d'une intervention médicale chaque fois qu'elle est nécessaire.

Cette structure est dotée :

- ☞ de trois chambres dont une double;
- ☞ d'une salle à manger/cuisine;
- ☞ d'un salon;
- ☞ d'un sanitaire;
- ☞ d'une salle de réunions;
- ☞ d'un bureau.

2.2. Le règlement intérieur

Le respect de soi et de l'autre, l'autonomie et la responsabilisation sont à la base du fonctionnement de cette unité.

Un règlement intérieur précise les contraintes, les conditions générales du séjour, ce qui est permis et ce qui ne l'est pas. [Annexe 1]

**LA PRISE EN CHARGE
DU PATIENT**

Nous verrons, dans le chapitre suivant, que la plupart des patients hospitalisés à *PASSERELLE* transite par le service des Urgences.

C'est pour cette raison qu'il est indispensable de décrire ce séjour aux Urgences, avant d'entreprendre la prise en charge dans l'Unité, avec le rôle de chaque intervenant.

1. Accueil au service des Urgences

Aux Urgences, le patient est accueilli et pris en charge par une infirmière et un assistant du service.

Après que les soins, éventuellement nécessités par l'état clinique du patient, aient été dispensés, le médecin des Urgences pose l'indication d'hospitalisation à **PASSERELLE**. Il le fait, si possible, en accord avec le médecin traitant, dont l'information précoce est le meilleur garant de son implication ultérieure dans la prise en charge ambulatoire.

Dans une optique de thérapeutique ultérieure, un protocole d'admission à **PASSERELLE** a été établi :

☞ noter l'identité de la première personne qui appelle par téléphone, ou qui demande à voir le patient, ou bien qui l'accompagne;

☞ noter le mode d'arrivée aux Urgences : ambulance, pompiers, propres moyens, ...;

☞ prévenir **PASSERELLE** dès qu'un patient s'annonce pour l'unité;

☞ prévenir la famille, ou l'accompagnant, de la conduite à tenir, à savoir :

- pas de relation avec le patient tant que le médecin responsable n'a pas donné son accord (isolement du malade pendant au moins 24 heures).

Il est possible de prendre des nouvelles par téléphone, auprès de l'infirmière;

- ceci n'empêche pas, bien évidemment, de rassurer et de fournir quelques explications aux familles ou aux accompagnants.

Un accueil chaleureux et une attitude d'écoute immédiate doivent faciliter l'acceptation d'un bref séjour dans l'unité, et ce dès la prise en charge aux Urgences.

"Les patients qui acceptent de venir au Centre ont, a priori, commencé un certain travail d'élaboration psychique concernant leur passage à l'acte. En tout cas, ils ne s'opposent pas aux soins" [17].

2. Prise en charge dans le service PASSERELLE

Nous allons étudier successivement le rôle de chaque intervenant dans cette prise en charge.

2.1. L'infirmière

Le champ d'actions de l'infirmière s'étend de la prise en charge relationnelle à la réalisation des soins techniques requis par l'état de santé physique du patient.

En outre, elle assure le fonctionnement quotidien de l'Unité.

Avant tout, elle assure l'accueil et l'installation du patient dans sa chambre, et met en place une surveillance, si nécessaire (pouls, tension, surveillance scopique, ...).

2.1.1. l'entretien infirmier

Le rôle principal de l'infirmière est de procéder à un entretien avec le patient, dès son arrivée dans l'Unité, dans la mesure où son état de conscience le permet.

Cet entretien consiste à instaurer un début de relation avec le patient.

L'infirmière commence souvent par aider celui-ci à se situer dans sa généalogie. Elle essaie ainsi de réaliser un génogramme, qui va permettre de mieux cerner le patient et sa famille. [Annexe II]

Il faudra, au cours de cet entretien, poser le problème : l'infirmière discute avec le patient de l'événement qui s'est produit, en le nommant (tentative de suicide, violences, ...).

On recherchera les causes du passage à l'acte (motif, facteurs déclenchants,...). *"Que cet acte soit minimisé ou reste incompréhensible pour le patient, dans tous les cas il nous semble possible de dire qu'il ne se reconnaît jamais totalement dans l'acte qu'il a effectué" [13].*

Enfin, on tentera d'évaluer le désir du patient en lui demandant :

- ☞ ce qu'il attend de l'infirmière, du service;
- ☞ quel est son projet;
- ☞ comment voit-il son avenir.

C'est à partir de cet entretien que va s'organiser la prise en charge ultérieure.

Si le médecin traitant n'a pas encore été prévenu de l'hospitalisation de son patient, l'infirmière s'en charge après l'entretien.

2.1.2. le suivi quotidien du patient

Pendant tout son séjour, le patient sera en relation avec l'infirmière qui assure la permanence dans l'Unité.

- Du matin au soir, elle le verra évoluer, répondra à ses questions; plusieurs entretiens sont souvent nécessaires pour que le patient arrive à s'exprimer complètement.

- L'infirmière aide et stimule le patient pour qu'il se prenne en charge, qu'il ne se sente pas dans un cocon au sein de l'Unité.
- Elle veille au respect du règlement intérieur, effectue les soins nécessaires, constitue le dossier du patient.
- Elle se "devra d'évaluer le degré d'acceptation de l'aide proposée".

2.1.3. la relation avec les autres intervenants

L'infirmière étant la seule personne soignante en permanence dans le service, aux cotés du patient, elle assure la liaison entre tous les intervenants.

Elle exprime les désirs du patient, fait appel à l'assistante sociale à la demande de ce dernier.

2.1.4. l'écoute téléphonique

L'infirmière va passer beaucoup de temps à s'entretenir au téléphone avec les familles inquiètes. Elle aura également souvent l'occasion de communiquer avec d'anciens patients de *PASSERELLE*.

2.2. Le médecin du service

Il s'agit soit du chef de service, soit d'un assistant du service des Urgences.

Son rôle consiste à :

☞ évaluer le patient et sa demande dès son arrivée aux urgences, afin de poser l'indication d'une hospitalisation à *PASSERELLE*;

☞ gérer le suivi somatique, en ayant recours, si besoin, aux divers médecins spécialistes du Centre Hospitalier;

☞ recevoir les conjoints, les familles sur leur demande : *"Laisser sortir de l'hôpital un patient sans avoir eu un entretien avec sa famille semble inconcevable pour la majorité des praticiens"* [14];

☞ tenir un rôle de médiateur avec les intervenants extérieurs à l'hôpital;

☞ procéder à un entretien de sortie avec le patient, pour faire une synthèse de son séjour à **PASSERELLE**;

☞ adresser un courrier au médecin traitant.

2.3. Le pédopsychiatre et le psychiatre

Une étude européenne réalisée en 1985 révèle que *"de nombreux praticiens hospitaliers n'ont pas recours aux consultations psychiatriques quand le danger de mort est mince et quand le patient n'est pas manifestement perturbé"* [21].

La consultation du pédopsychiatre ou du psychiatre, en fonction de l'âge du patient, est systématique à **PASSERELLE**, dans les 24h qui suivent l'admission.

Son rôle consiste à :

☞ rechercher une pathologie psychiatrique sous-jacente par le biais d'un ou plusieurs entretiens, afin de réorienter le patient si besoin;

☞ instaurer un traitement si nécessaire;

☞ décider d'une éventuelle prise en charge ultérieure.

Le pédopsychiatre travaille au Centre de Guidance Infantile (CGI), et intervient régulièrement dans le service de Pédiatrie et à *PASSERELLE*. Il oriente les suivis vers le CGI et vers d'autres pédopsychiatres privés et publics.

Les entretiens avec les familles sont souvent lourds et difficiles, marqués par la culpabilité ou la banalisation, voire le déni. Ils sont indispensables pour les jeunes. C'est, ensemble, qu'un réseau d'aide peut être établi. *"Cela ne sert à rien d'établir un réseau d'aide qu'ils ne respectent pas, de leur imposer des gens qu'ils n'aiment pas ou dont ils pensent ne pas avoir besoin"* [19].

Le psychiatre oriente les suivis vers le Centre Médico-Psychologique (CMP), au sein duquel il est vacataire, ou vers d'autres structures.

Le suivi ultérieur est toujours facilité par une première prise de contact durant l'hospitalisation (même interlocuteur, qui permet une continuité sécurisante pour le patient).

2.4. L'assistante sociale

Elle assure un mi-temps à *PASSERELLE*.

Elle intervient à la demande du patient et/ou de l'infirmière, et voit pratiquement tous les patients.

En collaboration avec la surveillante de l'Unité, elle veille à régler les problèmes immédiats :

- ☞ problèmes d'ordre matériel;
- ☞ prise en charge d'enfants,

"Son champ d'intervention se situe éventuellement au niveau des aspects concrets de l'existence du patient et, de par sa formation à la relation d'aide, ses connaissances en matière de législation, sa fonction d'accompagnement et de conseil, elle contribue au travail de prise en charge du patient, effectué par toute l'équipe" [12].

Son rôle consiste à :

☞ **réaliser une liaison avec l'extérieur en :**

- utilisant les structures ressources existantes sur le département, voire hors département.
- utilisant un réseau d'intervenants susceptibles d'exercer un suivi répondant aux besoins et attentes des patients.
- remplissant un rôle d'informatrice auprès de l'équipe de **PASSERELLE**, auprès de l'extérieur (faire connaître l'Unité);

☞ **favoriser la mise en place du projet de chaque patient;**

☞ **accompagner le patient et sa famille.** Il faut les aider dans leur demande et, si nécessaire, dans leur démarches (administratives ou autres).

Pour ce faire :

- s'entretenir avec le patient et sa famille;
- évaluer la situation socio-familiale, pointer les problèmes, les ressources et attentes du patient et de sa famille; *"Il est indispensable de s'assurer que le patient bénéficie d'une couverture sociale et, au besoin, de procéder à une réouverture de ses droits auprès d'un organisme de couverture sociale"* [12].
- participer aux synthèses et autres réunions d'équipe;
- émettre des propositions de prise en charge sociale en fonction du projet défini et des ressources extérieures (*"Des demandes de formation*

professionnelle peuvent être constituées auprès d'organismes formateurs" [12]);

- préparer la sortie du patient, s'assurer des relais, effectuer des liaisons intervenants extérieurs/*PASSERELLE*/patient;
- noter les détails de ses interventions et démarches dans le dossier du patient.

☞ **s'orienter vers un "travail de suite" :**

- en maintenant des contacts réguliers avec les intervenants exerçant le relais;
- en effectuant un bilan de situation au terme d'un délai préalablement défini.

2.5. La psychologue

Elle est arrivée dans le service en Juin 1994, à la demande de l'équipe, afin d'améliorer le suivi des patients après leur sortie de l'Unité.

Elle dispose d'un mi-temps dans le service de Psychiatrie, et d'un mi-temps au Centre Médico-Psychologique (CMP).

Deux vacations d'une heure par semaine sont consacrées à *PASSERELLE*.

Elle intervient à la demande du psychiatre ou de l'équipe, et dans l'optique d'un suivi au CMP. Environ la moitié des patients qu'elle rencontre à *PASSERELLE* fait la démarche d'aller au CMP après leur hospitalisation.

Elle représente :

- ☞ un autre lieu d'écoute pour le patient;

☞ un accompagnant au cours des périodes difficiles (divorce).

Elle intervient dans la démarche psychothérapeutique.

2.6. La surveillante

Elle partage un mi-temps entre *PASSERELLE* et le service des Urgences.

Elle peut donc encadrer le patient dès son arrivée à l'hôpital, s'entretenir avec l'accompagnant, qui lui ne sera pas admis à *PASSERELLE* dans les 24 premières heures.

Elle apporte un soutien à son équipe, dans les situations difficiles à gérer.

Comme toute surveillante, elle :

- ☞ gère les plannings, les congés annuels;
- ☞ organise les réunions;
- ☞ intervient auprès des services assurant l'entretien des locaux,

Cependant, elle ne dispose que de trop peu de temps pour :

- ☞ réaliser des entretiens avec les patients;
- ☞ faire connaître *PASSERELLE* à l'extérieur.

2.7. Les réunions de service

Tous les intervenants se retrouvent au cours des réunions :

☞ hebdomadaires :

- on étudie les dossiers en cours, et on fait une synthèse des interventions de chacun.

☞ **mensuelles; réunions institutionnelles au cours desquelles :**

- on reprend les dossiers qui ont posé problème à l'équipe;
- on élabore des projets de service;
- on prend des nouvelles des patients suivis au CGI et au CMP;
- on effectue un travail statistique.

3. Prise en charge extra-hospitalière

Au cours du séjour hospitalier du patient, va s'organiser un projet de suivi à l'extérieur, dans la mesure du possible, indispensable pour poursuivre la prise en charge débutée à *PASSERELLE*.

Ce suivi à l'extérieur est, à l'image de l'équipe de *PASSERELLE*, pluridisciplinaire.

3.1. Le médecin traitant

Le projet médical à *PASSERELLE* soulignait la nécessité d'associer le médecin généraliste à la démarche de suivi.

Il avait été obtenu, auprès de l'administration, de rémunérer les médecins qui désiraient participer aux réunions de synthèse (visite).

Cependant, plusieurs problèmes se sont présentés :

☞ disponibilité des médecins : ils peuvent difficilement se libérer en milieu de journée, d'autant plus qu'ils n'exercent pas dans une commune proche (seulement deux médecins ont participé à quelques réunions);

☞ il est parfois difficile de situer le médecin généraliste par rapport à la demande du patient;

☞ faut-il considérer le médecin généraliste comme un thérapeute ou un médiateur?

Quoi qu'il en soit, le médecin traitant :

☞ est systématiquement avisé de l'hospitalisation de son patient à **PASSERELLE**;

☞ peut rendre visite à son patient dans le service;

☞ est averti des modalités de sortie de son patient, et reçoit un courrier résumant le séjour à **PASSERELLE**.

Nous n'avons pas de données concernant le délais écoulé entre la sortie du patient, et la première visite chez son médecin traitant.

3.2. Les diverses instances

Parmi toutes les possibilités de prise en charge à l'extérieur de l'hôpital, deux d'entre-elles sont plus sollicitées : le Centre de Guidance Infantile (CGI) et le Centre Médico-Psychologique (CMP), où, nous l'avons déjà souligné, interviennent respectivement le pédopsychiatre et le psychiatre attachés à **PASSERELLE**.

Par ailleurs, interviennent de nombreuses structures, que nous nous contenterons de citer.

3.2.1. le Centre de Guidance Infantile

Il représente l'une des structures de l'intersecteur de pédopsychiatrie du département. C'est une structure hospitalière qui dépend du CHG de Brive (donc de la DDASS Etat).

Il accueille les sujets jeunes (alors que le CMP accueille les adultes).

Il regroupe pédopsychiatres, psychologues, assistantes sociales, éducateurs, secrétaires.

Il possède des antennes à Tulle, Brive, Objat, Egletons, Uzerche et Ussel.

3.2.2. le Centre Médico-Psychologique

Il fonctionne également par sectorisation.

Il remplace depuis quatre ans le Dispensaire d'Hygiène mentale (DHM). Il dépend de l'hôpital.

Il possède plusieurs antennes (Tulle, Brive, Argentat, Egletons, Uzerche).

Il accueille les adultes.

Il regroupe psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques, assistantes sociales hospitalières, secrétaires.

3.2.3. les autres instances

Elles sont très nombreuses. Nous nous contenterons de les citer :

☞ **instances médico-sociales :**

- Centre de Guidance Infantile
- Centre Médico-Psychologique
- Centre d'alcoologie
- Infirmières scolaires, de services publics (EDF, PTT, ...)
- Conseil Général, Protection Maternelle Infantile, Puéricultrices

☞ **instances judiciaires :**

- Juge des enfants (Tribunal de Brive)
- Juge aux affaires matrimoniales (Tribunal de Tulle)
- Procureur de la République
- Avocats
- Comité de probation

☞ **instances associatives :**

- Croix Rouge
- Association d'aide aux devoirs
- Point Travail Service
- Association Tulle Accueil
- S.O.S. Violences conjugales
- Secours populaire

☞ **instances sociales :**

- Conseil Général
 - Service social de secteur
 - Service d'Aide Sociale à l'Enfance
 - Action Educative en Milieu Ouvert
 - Service de placement
- Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- Service de Santé scolaire et Centre d'Action Communale sont sollicités pour accompagnement, aides financières
- Service social des PTT, de l'Education Nationale, des Armées, ...
- Association de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescent
Corrézienne

☞ **instances d'accueil et d'hébergement :**

Divers centres d'insertion-réadaptation, foyers, maisons de repos spécialisées sont à disposition

☞ **instances d'aide à l'insertion professionnelle et sociale :**

- Mission locale (Tulle)
- Centre d'Information et d'Orientation (Tulle)
- Centre de Bilan (Tulle)
- GRoupement ETAbissements de Corrèze centre
- Demande Accueil Information et Orientation (Tulle)
- Carrefour jeunes (Brive)
- Centre Professionnel Permanent (Tulle)

☞ **instances de formation :**

- Association Formation Professionnelle des Adultes (Egletons)
- Centre de Formation pour Adultes (Tulle)
- Centre REgional de Formation d'Apprentis (Tulle)

☞ **instances professionnelles :**

- Employeurs
- Maîtrise d'apprentissage

☞ **instances administratives :**

la Corrèze

- Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Mutuelle Sociale Agricole de
- Conseil Général
- Mairie
- Commissariat, gendarmerie
- Préfecture, Sous-Préfecture
- Inspection du Travail
- ASSociation pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce
- Mutuelle, Compagnies d'assurances
- Tribunaux

☞ **instances socialisation-loisirs :**

- FRANCAS
- Office Départemental des Centres de Vacances
- Centre Culturel

***ETUDE DE TROIS ANNEES
DE FONCTIONNEMENT***

Depuis l'ouverture du service, de nombreuses données chiffrées concernant les patients et leur séjour dans l'Unité ont été relevées, afin :

- ☞ de mieux cibler la population concernée;
- ☞ d'évaluer le fonctionnement du service.

Nous étudierons tout d'abord les motifs d'hospitalisation à *PASSERELLE*. La deuxième partie du chapitre sera consacrée à étude statistique réalisée sur les années 1992, 1993, et 1994, concernant de nombreux critères (âge, sexe, origine géographique, ...).

1. Motifs d'hospitalisation

1.1. Indications

La population visée par le projet médical regroupe toutes les situations :

☞ de détresse, ayant entraîné un "appel à l'aide", soit de l'intéressé, soit par l'intermédiaire de l'entourage, ou du médecin de famille;

☞ dont la prise en charge ne peut être assurée dans le cadre d'une simple consultation;

☞ qui ne permettent pas le maintien ou le retour immédiat dans le milieu de vie;

☞ qui ne relèvent pas d'une hospitalisation en service de Médecine, Chirurgie ou Psychiatrie.

D'autre part, sont également prises en charge les situations de chocs émotionnels ou affectifs, dans le cadre de la pathologie accidentelle.

En revanche, sont exclus du projet :

☞ les situations de détresse chronique à caractères économique et social (SDF, ...);

☞ les demandes de prise en charge sur réquisition de la force publique, et tous cas relevant du système judiciaire;

☞ l'ensemble des pathologies regroupant les toxicomanes, les états d'ivresse au cours de l'alcoolisme chronique, les psychopathes.

"Il est fort à craindre que l'absence de médicalisation de la crise ne fasse que renvoyer le sujet à ses mêmes difficultés, et qu'il soit donc amené à les

exprimer à nouveau dans un autre temps, parfois sous une autre forme, peut être plus grave" [16].

1.2. Données chiffrées

Les chiffres recueillis de Mars 92 à Décembre 94 nous révèlent que la tentative de suicide est de loin le premier motif d'hospitalisation à **PASSERELLE** [Tableau 1].

	Années			Total	%	
	1992	1993	1994			
Motifs d'hospitalisation	1 - Tentative de suicide	58	74	102	234	45
	2 - Fugue	1	1	3	5	1
	3 - Crise d'agitation	9	9	2	20	3,8
	4 - Malaise	4	8	21	33	6,6
	5 - Ebriété	7	13	5	25	4,8
	6 - Spasmophilie	3	1	0	4	0,8
	7 - Syndrome dépressif	15	22	36	73	14,1
	8 - Sevrage alcool/médicament	1	1	6	8	1,5
	9 - Conflit familial	21	27	7	55	10,6
	10 - Troubles du comportement	0	6	2	8	1,5
	11 - Crise d'angoisse	0	6	0	6	1,1
	12 - Agression/Viol	1	4	3	8	1,5
	13 - Mineur accompagnant	6	11	6	23	4,4
	14 - Autres (AVP, conjoint, ...)	2	12	3	17	3,3
Total	128	195	196	519		

Tableau 1 : Répartition des patients selon leur motif d'hospitalisation

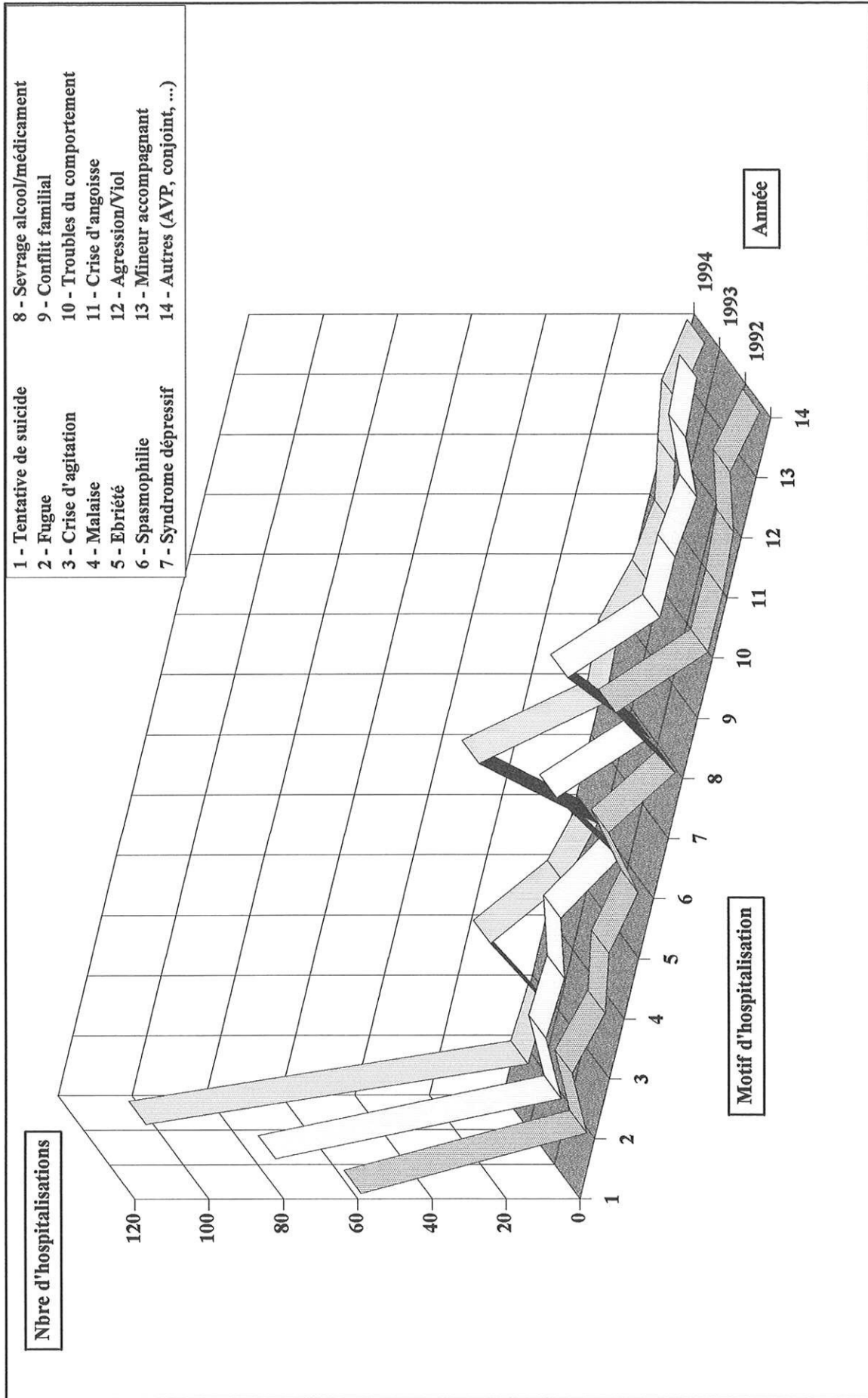
En effet, sur 519 patients recensés, 234 d'entre eux ont été admis dans le service suite à une tentative de suicide, soit 45% de l'effectif total.

Viennent en seconde position les syndromes dépressifs avec 14%, suivis par les conflits familiaux (10,6%).

Puis on rencontre les situations de "mal être" qui se caractérisent par des malaises, des fugues, des troubles du comportement, ...

Enfin, *PASSERELLE* recueille également les mineurs qui accompagnent leur mère ou père hospitalisé, les conjoints, ainsi que quelques patients bouleversés suite au décès d'un proche (accident de la voie publique).

Notre étude va essentiellement se focaliser sur la tentative de suicide, qui est très préoccupante par sa fréquence.

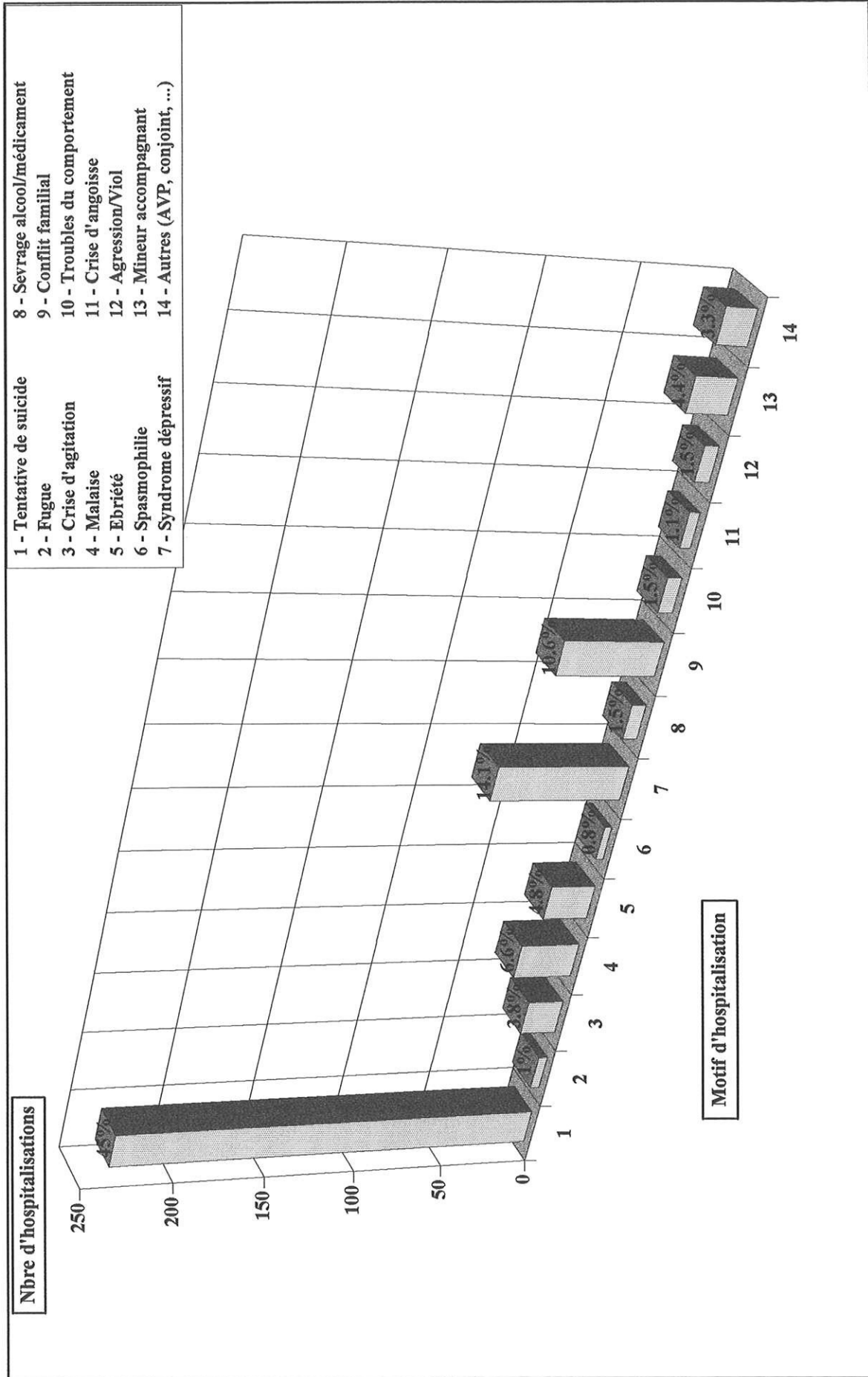


Nbre d'hospitalisations

Motif d'hospitalisation

Année

Nbre d'hospitalisations/Motif d'hospitalisation (sur les 3 années)



Nbre d'hospitalisations/Motif d'hospitalisation (en cumul sur les 3 années)

1.3. Tentatives de suicide

Bien que l'on ne dispose d'aucun chiffre national, le nombre de tentatives de suicide est estimé à 120000 par an. Environ 40000 suicidants ont moins de 24 ans.

"Certains services d'Urgence chiffrent le coût direct de la tentative de suicide à 5000 ou 6000 francs (valeur 1993), coût qui s'aggrave avec les répétitions (calculé à partir des prix de journée hospitalière, ce coût ne tient pas compte des dépenses engagées à cette occasion par le SAMU ou les Sapeurs Pompiers, par exemple)" [16].

En Corrèze, environ 500 tentatives de suicide sont comptabilisées chaque année.

Depuis son ouverture, **PASSERELLE** a enregistré environ 300 tentatives de suicide.

En 1992, 58 patients sur 128 hospitalisés dans l'année, soit 45%, avaient effectué une tentative de suicide. ce pourcentage passe à 52% en 1994.

La proportion des suicidants est donc en nette progression à PASSERELLE, ce qui révèle sa spécificité.

Conformément aux statistiques nationales :

☞ le sexe majoritaire est féminin (alors qu'il est masculin pour les suicides);

☞ l'âge moyen est de 30 ans;

☞ le moyen le plus employé est l'intoxication médicamenteuse.

L'adolescent suicidant :

Une enquête nationale réalisée par DAVIDSON et PHILIPPE [16] sur les suicidants de 20 à 25 ans révèle que :

☞ 20% présentent des pathologies sociales et mentales lourdes et intriquées, ainsi qu'un taux important (70%) de tentatives antérieures;

☞ 20% sont des sujets sans problèmes sociaux ou familiaux, mais marqués sur le plan psychopathologique : personnalité fragile, et tentative de suicide fréquemment liée à un échec sentimental;

☞ 31% sont socialement défavorisés (isolement, dépression, alcoolisme)

☞ 29% présentent des difficultés conjugales et relationnelles.

Une étude américaine (1991) portant sur les facteurs des risques de la conduite suicidaire de l'adolescent, révèle que la catégorie des "sans-espoirs" est la plus vulnérable [23].

Les bouleversements du développement physique, sexuel et émotionnel sont à l'origine des conflits entre parents et adolescents [5].

Il est indispensable, dans la prise en charge de l'adolescent suicidant, de faire intervenir la famille.

Il faut prendre en compte "l'angoisse extrême que connaît la famille et particulièrement les parents de l'adolescent : ils ont peur d'une récurrence, ne savent que faire, oscillent entre fermeté et laxisme et en même temps estiment le plus souvent qu'ils n'ont d'autre problème que celui posé par leur fils ou leur fille" [11].

Le sujet âgé suicidant :

Les tentatives de suicides sont moins fréquentes chez les sujets âgés que chez les adolescents, car les moyens utilisés sont plus violents, et aboutissent plus souvent au décès [33] [30].

"C'est bien dans le regard que l'homme porte sur son propre vieillissement et dans le regard que la société porte sur les vieillards qu'il faut rechercher la véritable cause du suicide des personnes âgées" [16].

1.4. Malaises, somatisations, syndromes dépressifs

"Le mal être psychologique est un concept difficile à définir. Pourtant, à travers des plaintes diffuses, des symptômes dépressifs, des conduites alimentaires déviantes, les jeunes peuvent signifier leur souffrance à leur entourage" [10].

Cette catégorie de patient vient en seconde position après les suicidants, et leur nombre tend à augmenter.

Les plaintes somatiques *"sont nombreuses et variées; elles sont souvent le premier signe d'appel et le témoin d'un malaise, ou le révélateur d'un processus psychopathologique" [3].*

Les fugues révèlent également un problème sous-jacent. Elles sont *"non seulement à prévalence féminine, mais sont aussi retrouvées avec une grande fréquence dans les antécédents des jeunes suicidants". "La tentative de suicide, c'est une fugue à l'intérieur de soi" [26].*

1.5. Actes de violence

Ils regroupent les violences conjugales, les viols, les violences sur autrui.

Environ 10% des foyers seraient concernés par les violences conjugales, soit environ 2 million de femmes qui subissent les violences de leur mari ou de leur compagnon.

"Peur, honte et culpabilité, silence et solitude, c'est le lot de ces femmes qui viennent de tous les milieux" [18]. Deux tiers d'entre elles sont sans emploi.

Le viol est un acte de plus en plus fréquent (environ 3000 affaires en 1990).
"Dans l'immense majorité des cas, l'agresseur est un homme" [6].

Selon l'étude de Marie CHOQUET [10], un jeune sur cinq peut être considéré comme violent, car il a des conduites violentes régulières. *"Il faut pouvoir écouter, sans discours moralisateur, ce que l'adolescent a à dire de ce qu'il a fait; il est en effet lui-même surpris de cette violence qu'il ignorait; il faut lui permettre de la comprendre pour éviter qu'elle ne se reproduise" [22].*

2. Etude statistique

2.1. Age et sexe

La majorité des patients hospitalisés à *PASSERELLE* se situe dans la tranche d'âge 15-34 ans. Ils représentent 56% de l'effectif total [Tableau 2]. Ce chiffre est en corrélation avec celui des tentatives de suicide.

	Années			Total	%	
	1992	1993	1994			
Tranches d'âge	< 15 ans	9	13	14	36	7
	15-24 ans	38	55	57	150	28,9
	25-34 ans	34	57	49	140	27
	35-44 ans	24	45	37	106	20,4
	45-54 ans	10	10	20	40	7,7
	55-64 ans	6	12	9	27	5,2
	65-74 ans	4	2	5	11	2,1
	75-84 ans	2	1	2	5	1
	> 85 ans	1	0	3	4	0,7
	Total	128	195	196	519	

Tableau 2 : Répartition des patients selon leur âge

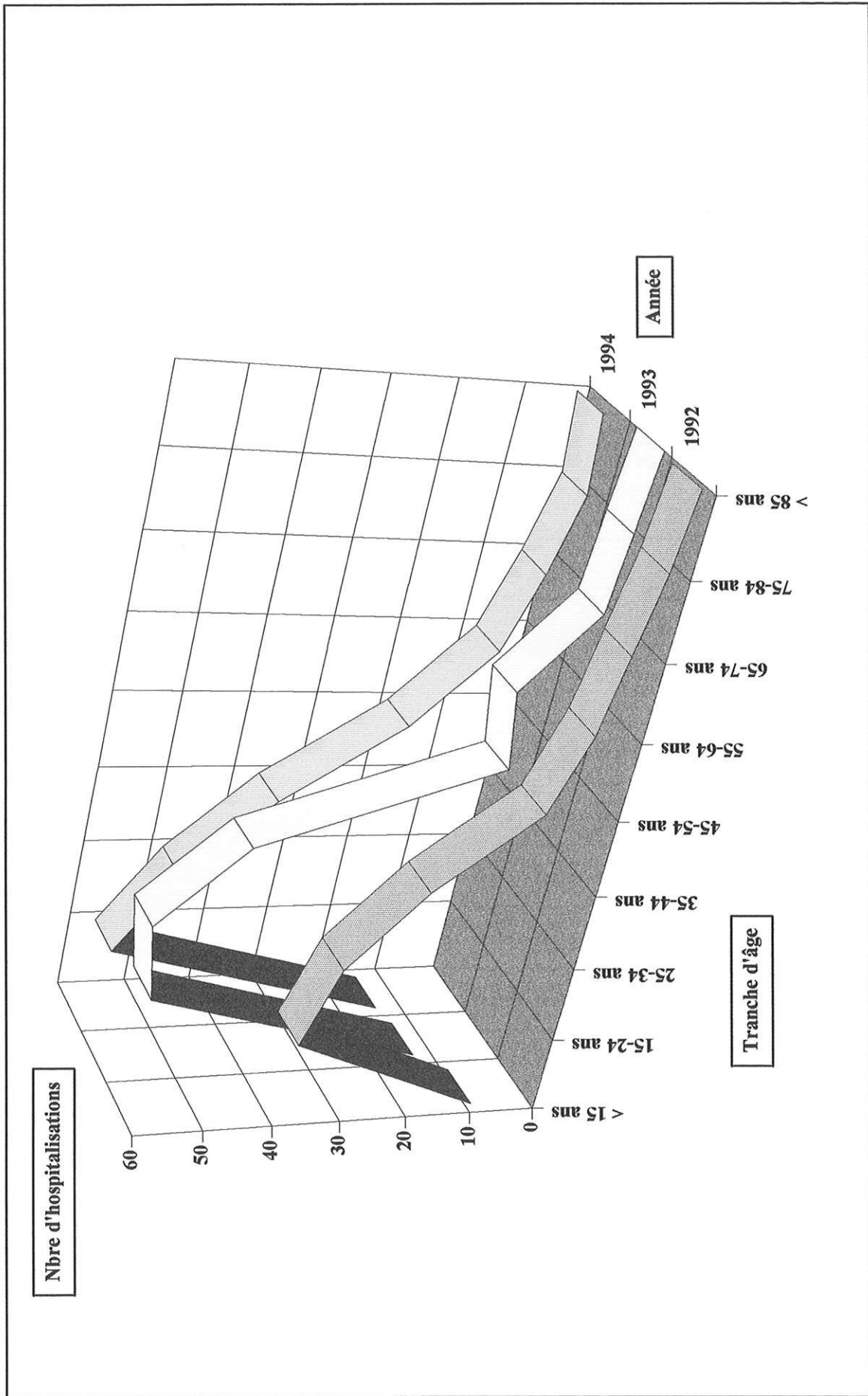
La population de *PASSERELLE* est majoritairement féminine. En effet, les femmes représentent 65.5% des patients de l'Unité [Tableau 3].

	Années			Total	%	
	1992	1993	1994			
Sexe	Femmes	79	123	138	340	65,5
	Hommes	49	72	58	179	34,5
	Total	128	195	196	519	

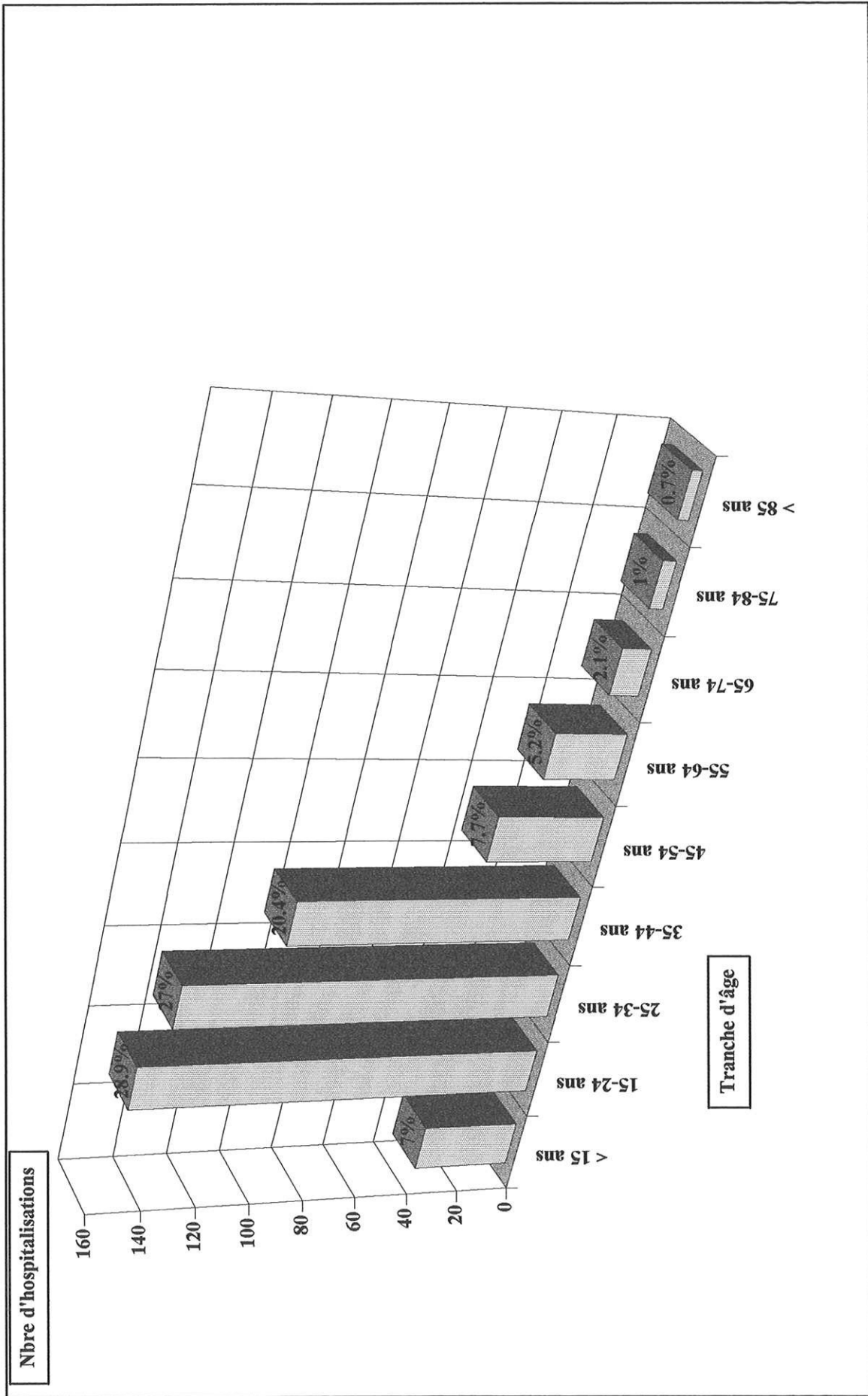
Tableau 3 : Répartition des patients selon le sexe

On observe aisément sur les graphiques suivants que l'écart entre le nombre de femmes et le nombre d'hommes hospitalisés augmente d'année en année.

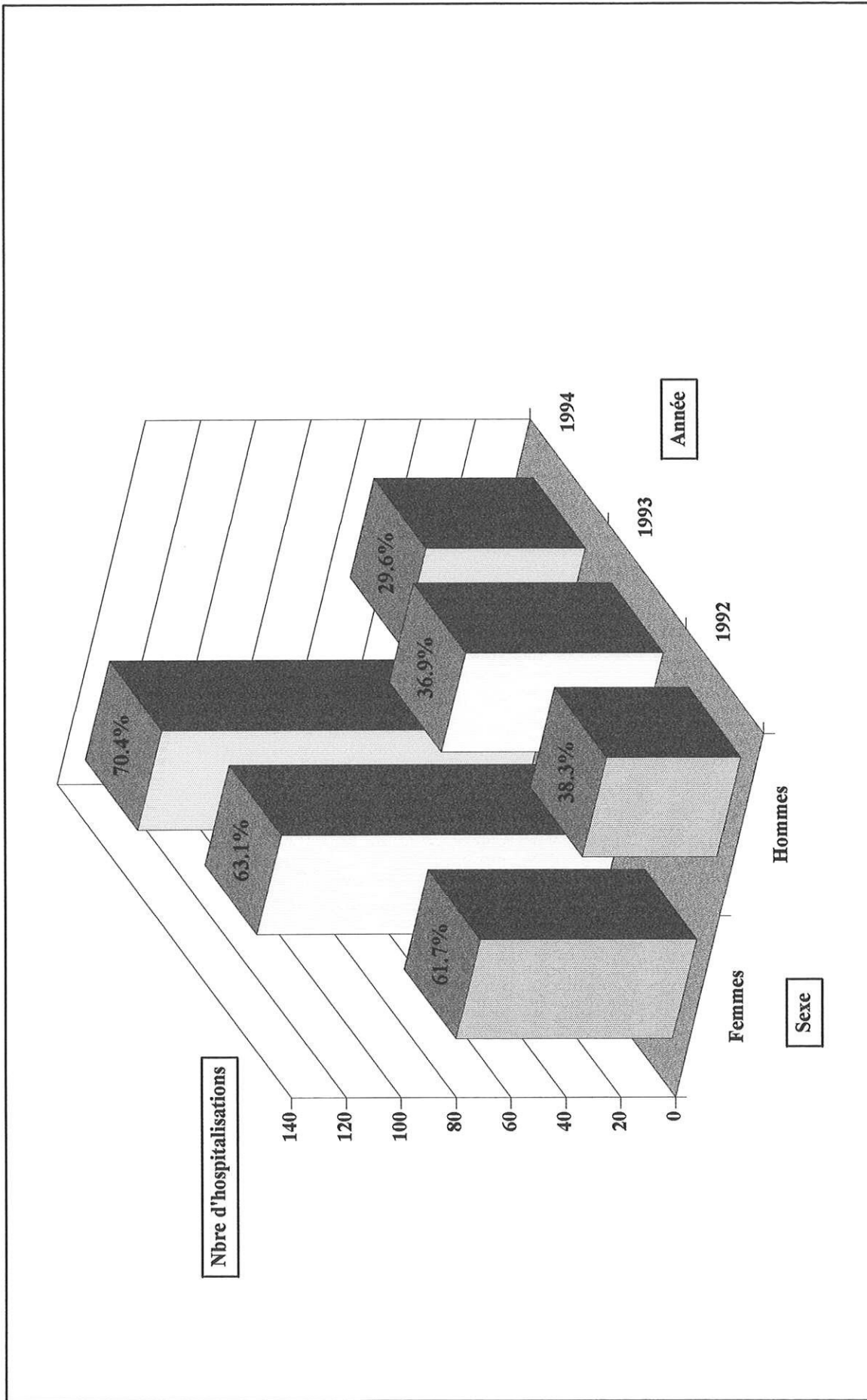
Faut-il en déduire qu'elles réagissent moins bien aux diverses agressions ?



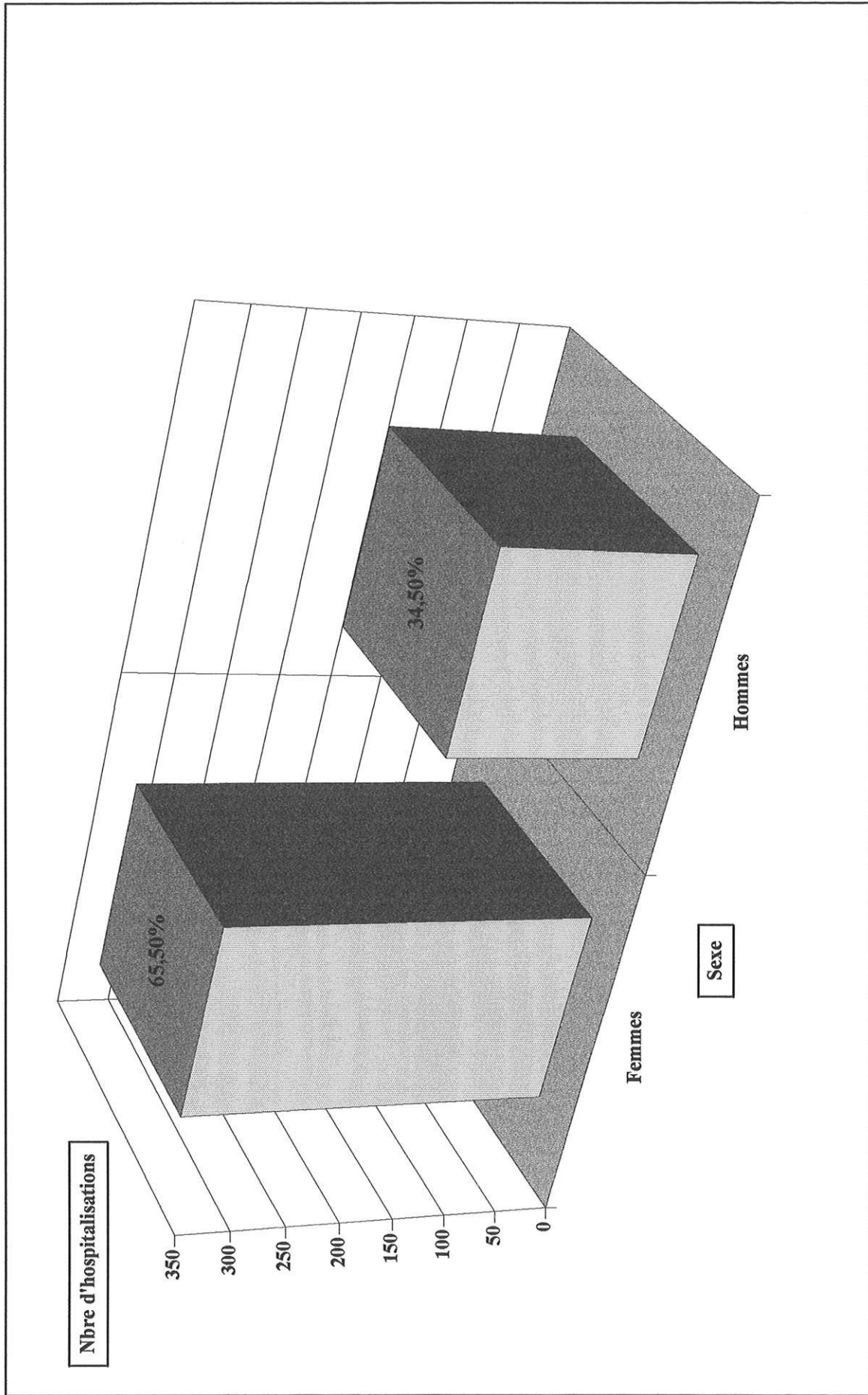
Nbre d'hospitalisations/Tranche d'âge (sur les 3 années)



Nbre d'hospitalisations/Tranche d'âge (en cumul sur les 3 années)



Nbre d'hospitalisations/Sexe (sur les 3 années)



Nbre d'hospitalisations/Sexe (en cumul sur les 3 années)

2.2. Service d'origine

Il apparaît, sur les deux années d'étude, que 79% des patients hospitalisés à *PASSERELLE* viennent du service des Urgences [Tableau 4].

	Années		Total	%	
	1993	1994			
Services d'admission	1 - Urgences	151	158	309	79
	2 - Entrées directes	17	11	28	7,2
	3 - Service de médecine	8	9	17	4,3
	4 - Réanimation	2	7	9	2,3
	5 - Service de chirurgie	4	6	10	2,6
	6 - Gynécologie	8	1	9	2,3
	7 - Psychiatrie	3	1	4	1
	8 - Pédiatrie	2	3	5	1,3
Total	195	196	391		

Tableau 4 : Répartition des patients selon le service d'admission

En effet, comme nous l'avons vu précédemment, c'est aux Urgences que se pose l'indication d'une hospitalisation à *PASSERELLE*, devant une situation de détresse.

Dans le cas des tentatives de suicide, l'état clinique du patient nécessite parfois un séjour en Réanimation. Avant sa sortie, le patient bénéficie d'une consultation psychiatrique, qui aboutit ou non à une admission à *PASSERELLE*.

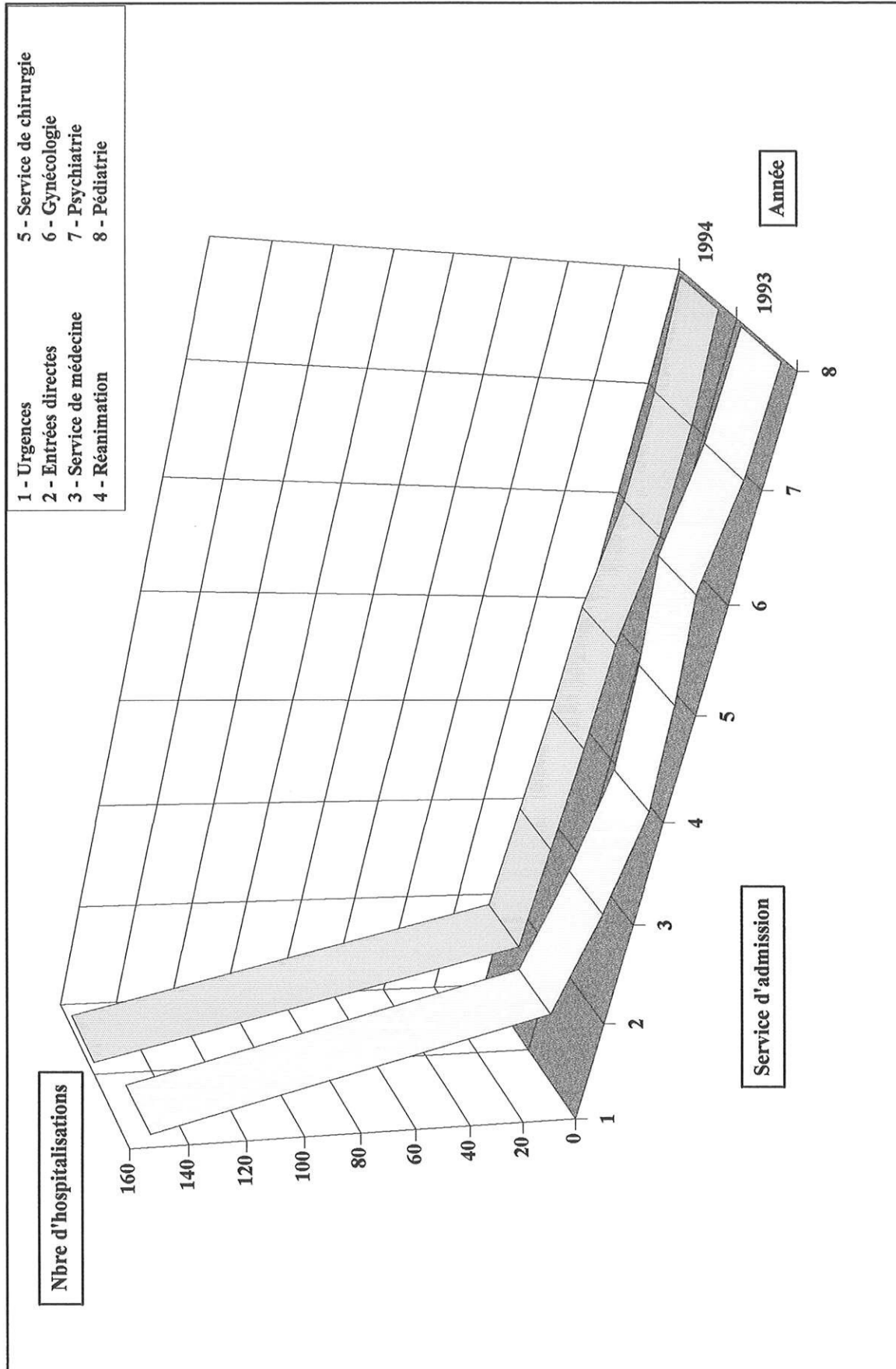
Nous remarquons que 28 patients (7,2%) ont été admis directement dans l'Unité. Certains d'entre eux connaissaient déjà l'existence du service, pour y être déjà venus, ou par ouïe-dire, d'autres sont adressés directement par leur médecin traitant ou par les psychiatres du CGI et du CMP.

Les 11% restants proviennent des divers services du Centre Hospitalier. Certains d'entre eux ont d'abord été orientés dans un service en raison de symptomatologie organique. Chez d'autres, il a été nécessaire de proposer un passage à *PASSERELLE* devant une situation de détresse après avoir traité une pathologie coexistante.

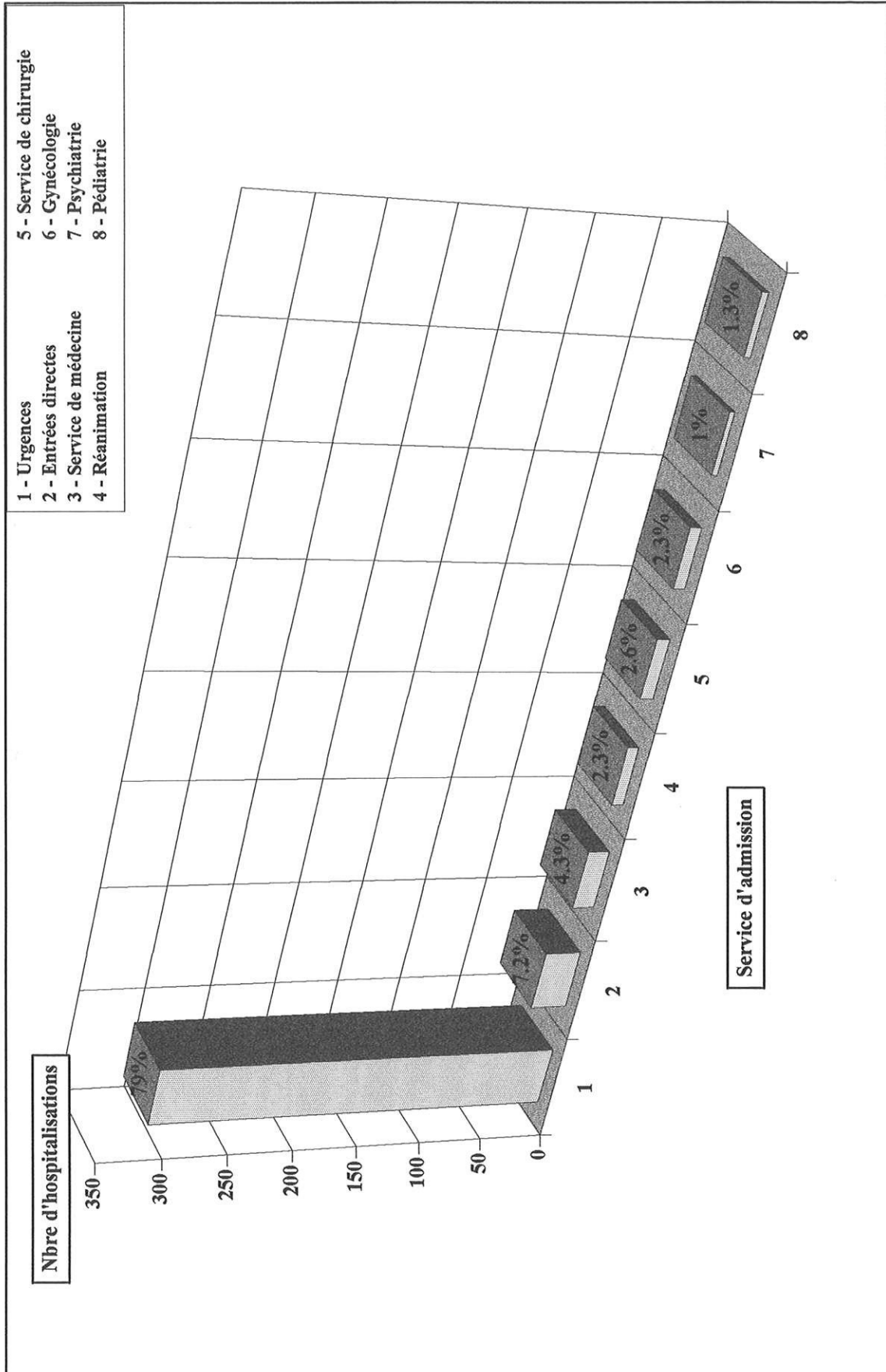
Enfin, nous signalerons que toutes les admissions pédiatriques se font directement en Pédiatrie. Il n'y a pas de transit par les Urgences.

Il est intéressant de remarquer que le nombre de patients adressés à *PASSERELLE* par leur médecin traitant est en hausse. En effet, en 1993, 19 patients (9,74%) ont été adressés par leur médecin. Ce chiffre s'élève à 26 (soit 13,3%) en 1994.

La notoriété de *PASSERELLE* est donc croissante.



Nbre d'hospitalisations/Service d'admission (sur les 2 dernières années)



Nbre d'hospitalisations/Service d'admission (en cumul sur les 2 dernières années)

2.3. Heures et jours d'admission

Une étude réalisée en 1993 montre que les admissions sont plus nombreuses les lundis-mercredis-dimanches [Tableau 5A].

		1993	%
Jours de la semaine	Lundi	36	19
	Mardi	21	11
	Mercredi	36	18
	Jeudi	24	12
	Vendredi	25	13
	Samedi	18	9
	Dimanche	35	18
	Total	195	

Tableau 5A : Répartition des patients selon leur jour d'admission

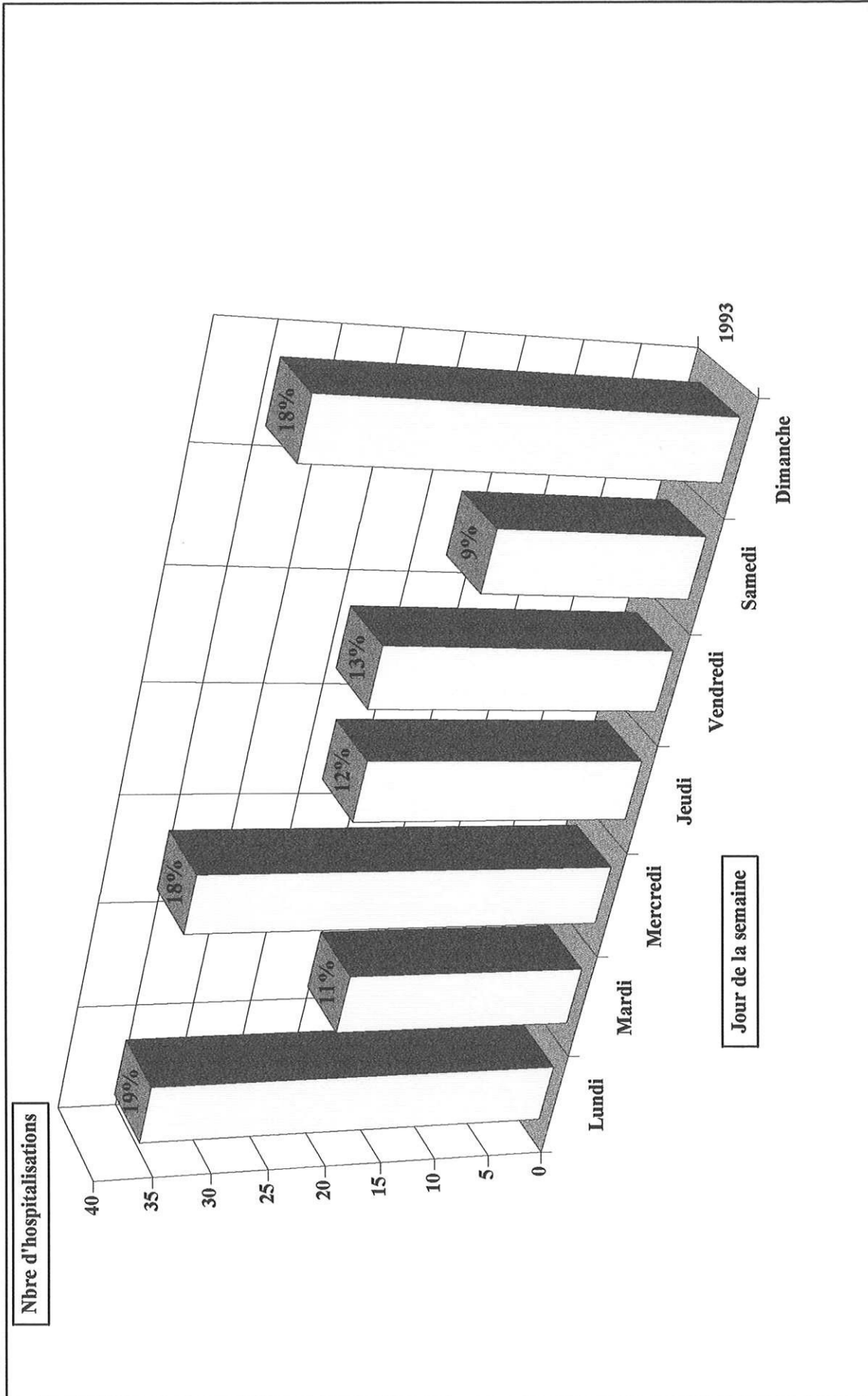
Par ailleurs, elle sont plus fréquentes l'après-midi, avec une accalmie entre 16 et 20 heures [Tableau 5B].

		1993	%
Tranches horaires	0-4h	22	11
	4-8h	9	5
	8-12h	20	10
	12-16h	53	27
	16-20h	38	20
	20-24h	53	27
	Total	195	

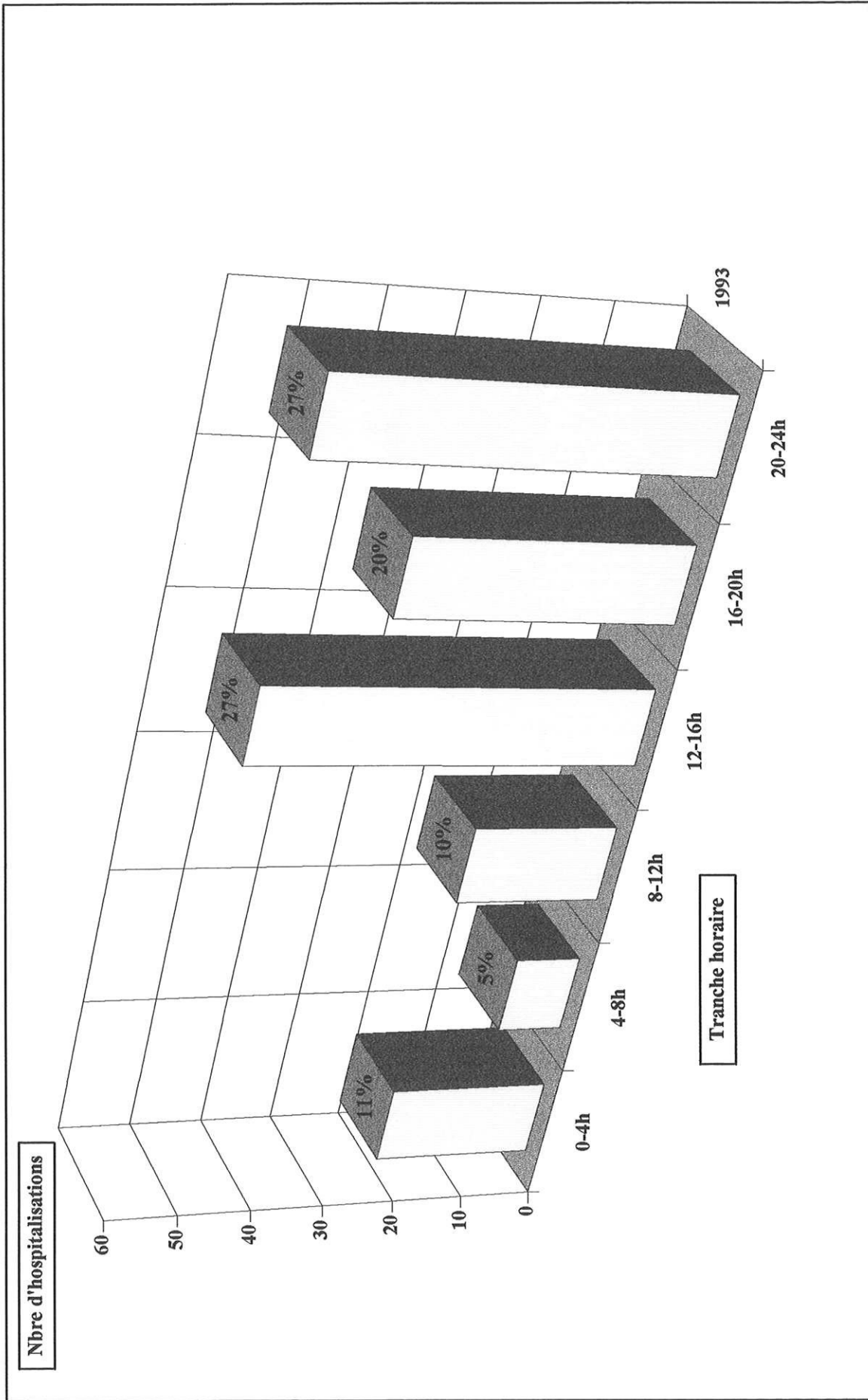
Tableau 5B : Répartition des patients selon leur heure d'admission

Les situations de détresse seraient donc plus difficilement vécues en fin de journée, et essentiellement les dimanches et lundis (37%).

Une étude réalisée dans plusieurs hôpitaux de la région de Marseille, concernant l'accueil des patients en détresse révèle que "42,8% des cas se présentent le week-end, 57,8% des cas après 20h; ces deux périodes correspondant aux heures de fermeture des services sociaux compétents " [4] (D'où l'intérêt d'une structure ouverte 24h/24).



Nbre d'hospitalisations/Jour de la semaine (sur l'année 1993)



Nbre d'hospitalisations/Tranche horaire (sur l'année 1993)

2.4. Origine géographique des patients

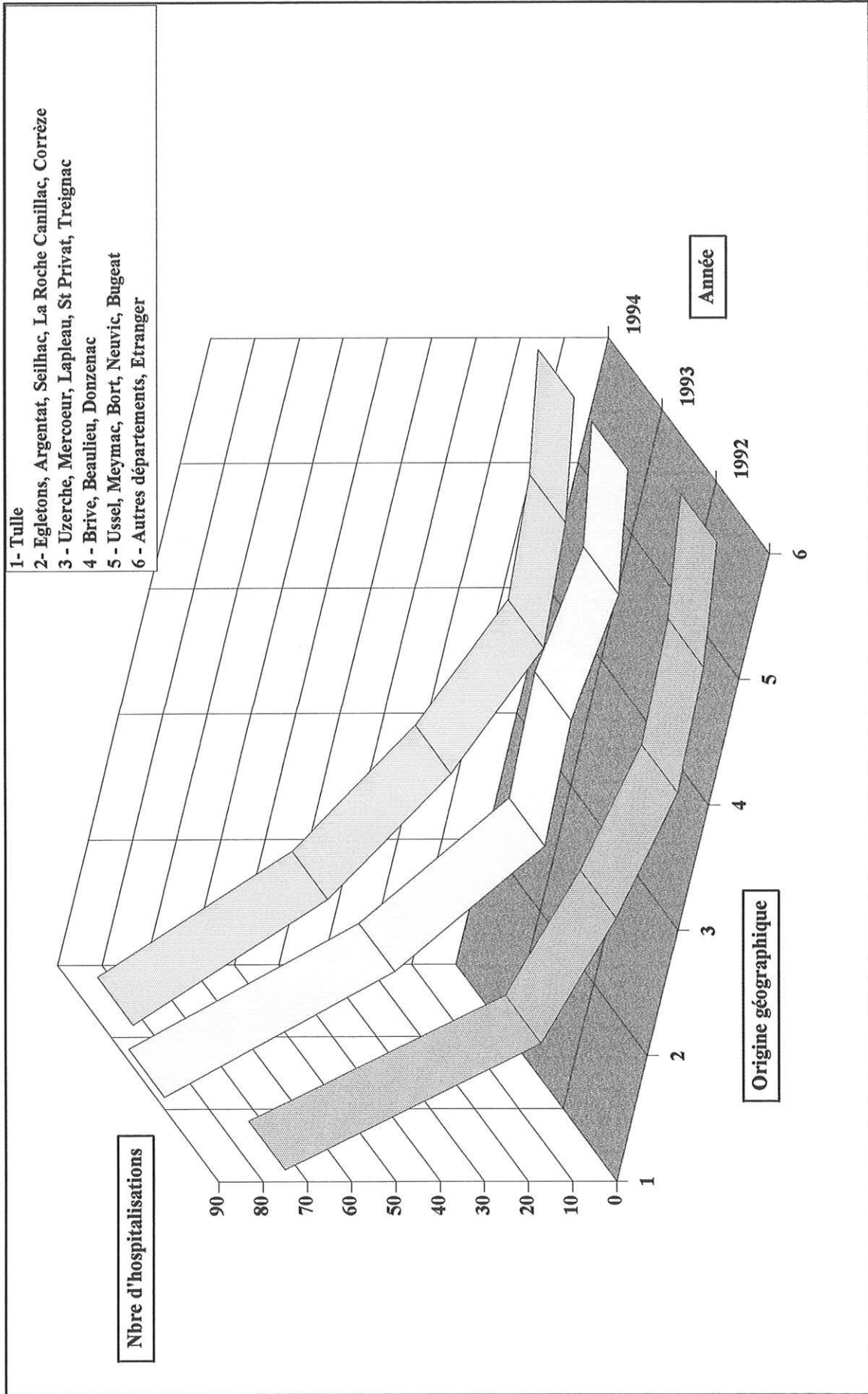
L'étude chiffrée révèle que *PASSERELLE* draine beaucoup de patients venant de toute la Corrèze [Tableau 6].

Origine géographique	Années			Total	%
	1992	1993	1994		
1 - Tulle	73	88	83	244	47
2 - Egletons, Argentat, Seilhac, La Roche Canillac, Corrèze	22	43	46	111	21,4
3 - Uzerche, Mercoeur, Lapleau, St Privat, Treignac	12	16	25	53	10,2
4 - Brive, Beaulieu, Donzenac	5	17	11	33	6,3
5 - Ussel, Meymac, Bort, Neuvic, Bugeat	6	13	13	32	6,2
6 - Autres départements, Etranger	10	18	18	46	8,9
Total	128	195	196	519	

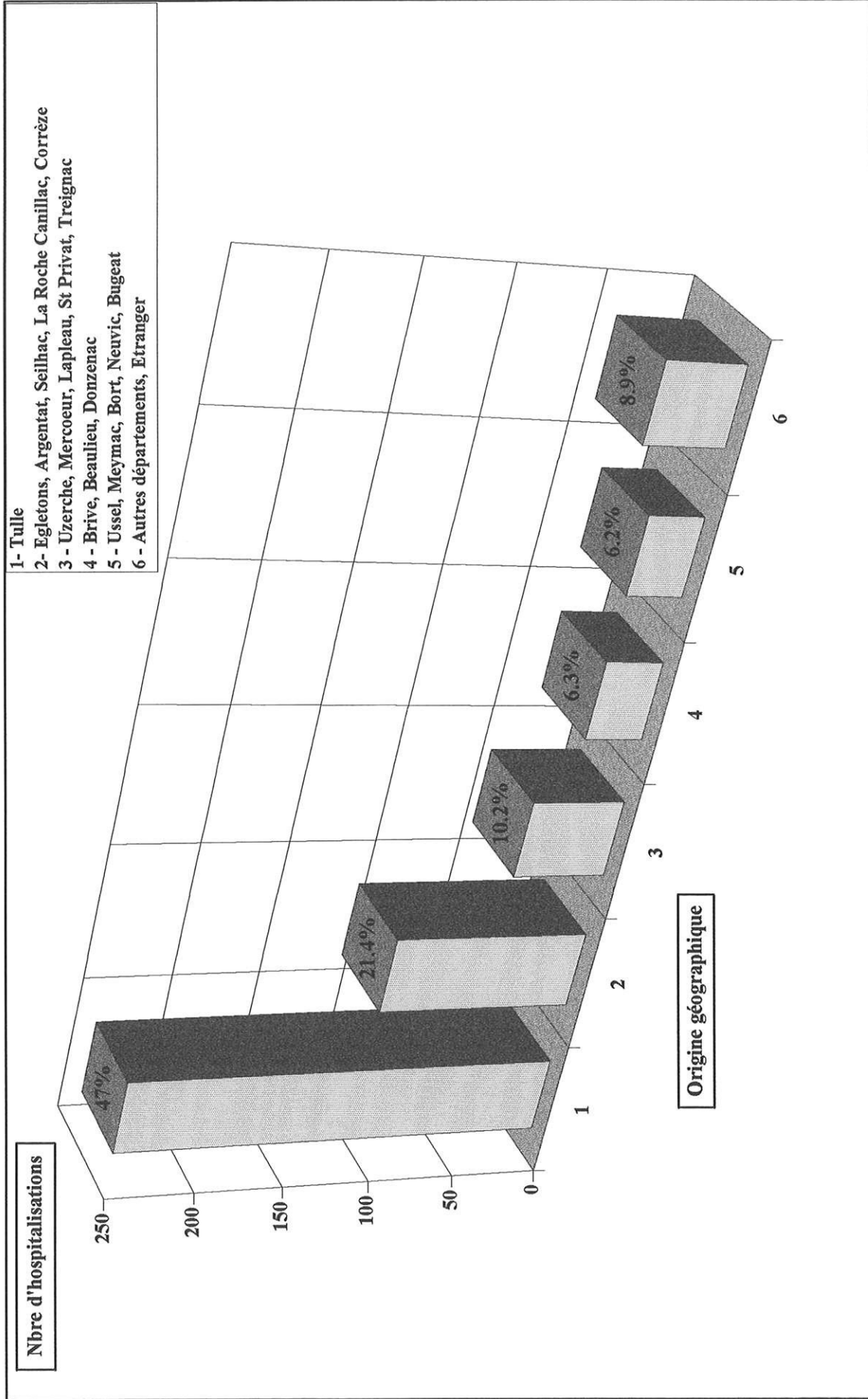
Tableau 6 : Répartition des patients selon leur origine géographique

Nous remarquons que la majorité d'entre eux est Tulliste (47%), 6% viennent de la région de Brive, et 16% des limites du département.

Enfin, *PASSERELLE* reçoit également des patients de passage dans la région.



Nbre d'hospitalisations/Origine géographique (sur les 3 années)



Nbre d'hospitalisations/Origine géographique (en cumul sur les 3 années)

2.5. Destination de sortie

"Il y a manifestement succès thérapeutique lorsque le malade peut regagner son domicile ou substitut de domicile en ayant acquis une plus grande autonomie fonctionnelle" [24].

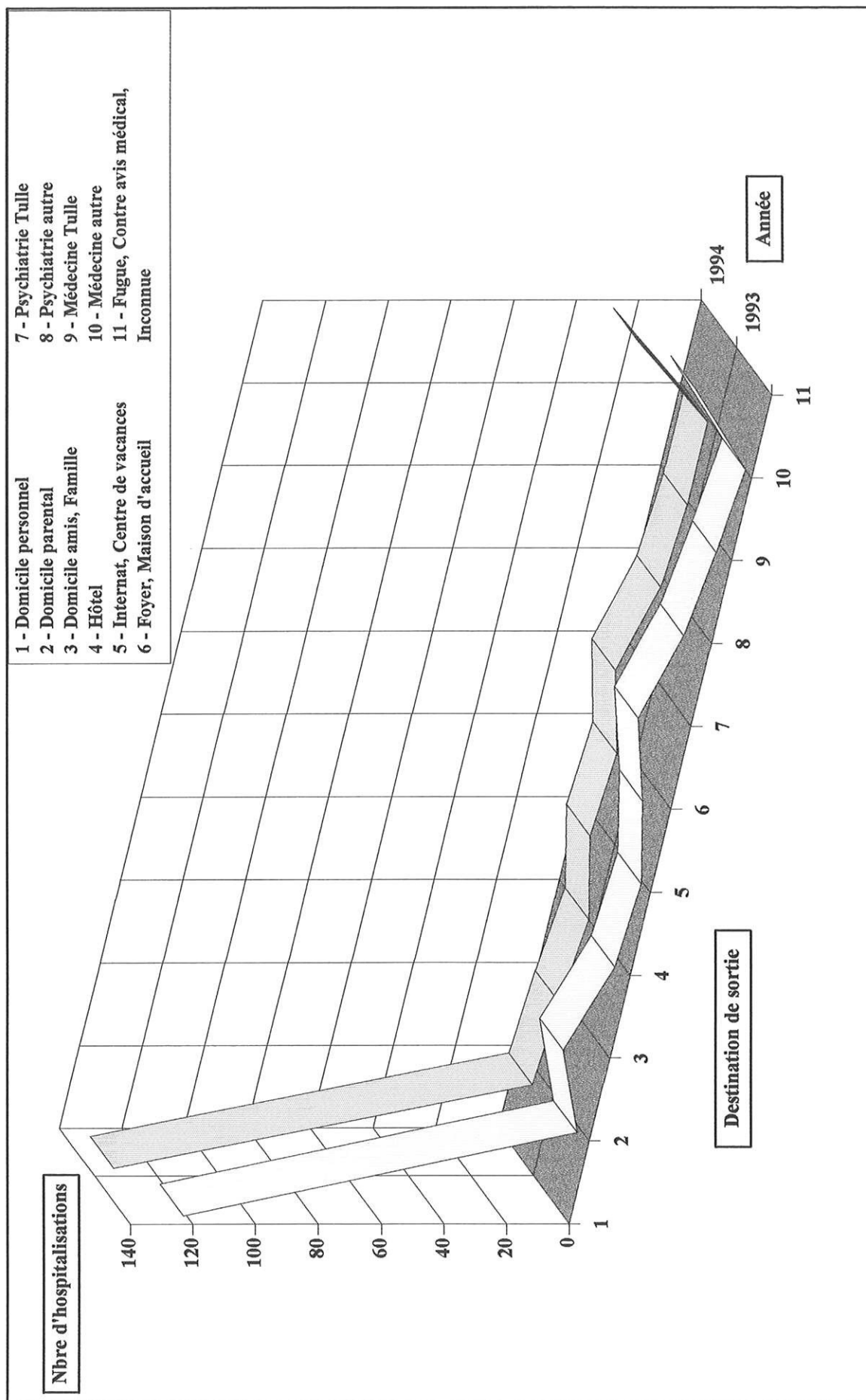
A la sortie de *PASSERELLE*, les patients regagnent, dans la majorité, leur domicile personnel [Tableau 7].

	Années		Total	%
	1993	1994		
1 - Domicile personnel	121	132	253	64,7
2 - Domicile parental	2	5	7	1,8
3 - Domicile amis, Famille	13	3	16	4,1
4 - Hôtel	3	0	3	0,8
5 - Internat, Centre de vacances	1	6	7	1,8
6 - Foyer, Maison d'accueil	7	4	11	2,8
7 - Psychiatrie Tulle	15	11	26	6,6
8 - Psychiatrie autre	7	3	10	2,6
9 - Médecine Tulle	3	1	4	1
10 - Médecine autre	0	1	1	0,3
11 - Fugue, Contre avis médical, Inconnue	23	30	53	13,5
Total	195	196	391	

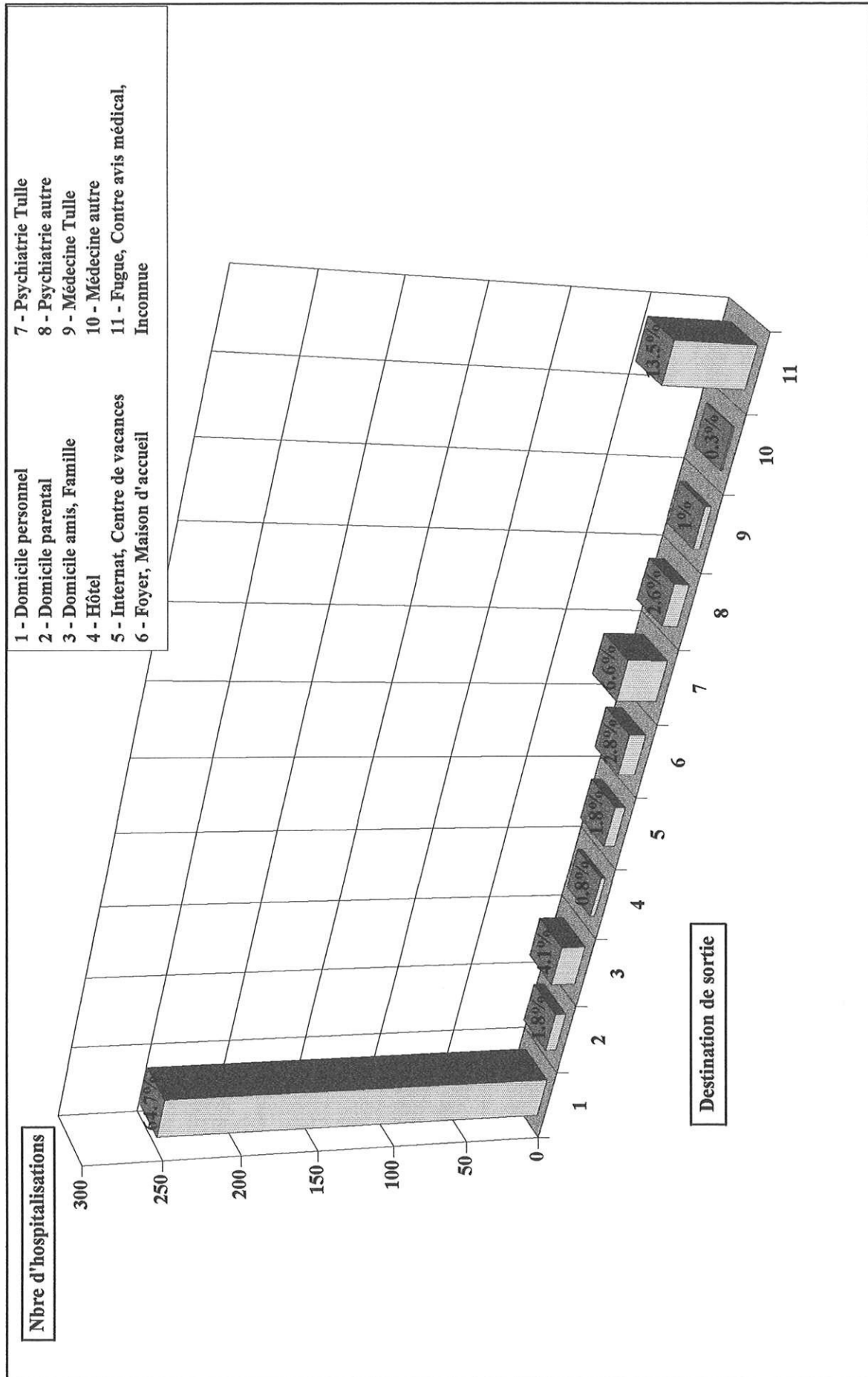
Tableau 7 : Répartition des patients selon leur destination de sortie

Seulement 10% sont orientés vers un autre service hospitalier. Parmi ceux-ci, 90% vont en psychiatrie, soit 9% des patients sortant de *PASSERELLE*.

Les sorties contre-avis-médical sont malheureusement trop nombreuses (elles étaient au nombre de 10 en 1993). Elles sont un obstacle à toute prise en charge ultérieure. Elles interviennent souvent "à la suite de remaniements familiaux allant plutôt dans le sens de la négation du passage à l'acte et de la pathologie pour maintenir une homéostasie familiale" [29].



Nbre d'hospitalisations/Destination de sortie (sur les 2 dernières années)



Nbre d'hospitalisations/Destination de sortie (en cumul sur les 2 dernières années)

2.6. Suivi extra-hospitalier

Dés la sortie du patient, un suivi extra-hospitalier est organisé [Tableau 8].

		Sexe		Total	%
		Femme	Homme		
Suivi médical	1 - CGI Tulle	20	6	26	18,2
	2 - CGI autre	2	1	3	2,1
	3 - CMP	36	13	49	34,3
	4 - Antenne	7	2	9	6,3
	5 - Psychologue autre	7	1	8	5,6
	6 - Psychiatre	5	3	8	5,6
	7 - Service de psychiatrie	11	5	16	11,3
	8 - Service de pédopsychiatre	3	0	3	2,1
	9 - Médecin traitant	4	2	6	4,2
	10 - AEMO justice	1	1	2	1,4
	11 - Tuteur	0	1	1	0,8
	12 - Foyer	1	0	1	0,8
	13 - Mission locale	1	0	1	0,8
	14 - Maison de retraite	0	1	1	0,8
	15 - Sans suivi	6	1	7	4,9
	16 - Refus de suivi	1	0	1	0,8
Total		105	37	142	

Tableau 8 : Répartition des patients selon leur prise en charge extra-hospitalière

Les chiffres relevés sur l'année 1994 révèlent que 61% des patients sont orientés vers le CGI et le CMP, à Tulle ou aux diverses antennes.

La consultation psychiatrique au cours du séjour à *PASSERELLE* a permis de réorienter 19% des patients vers une prise en charge psychiatrique.

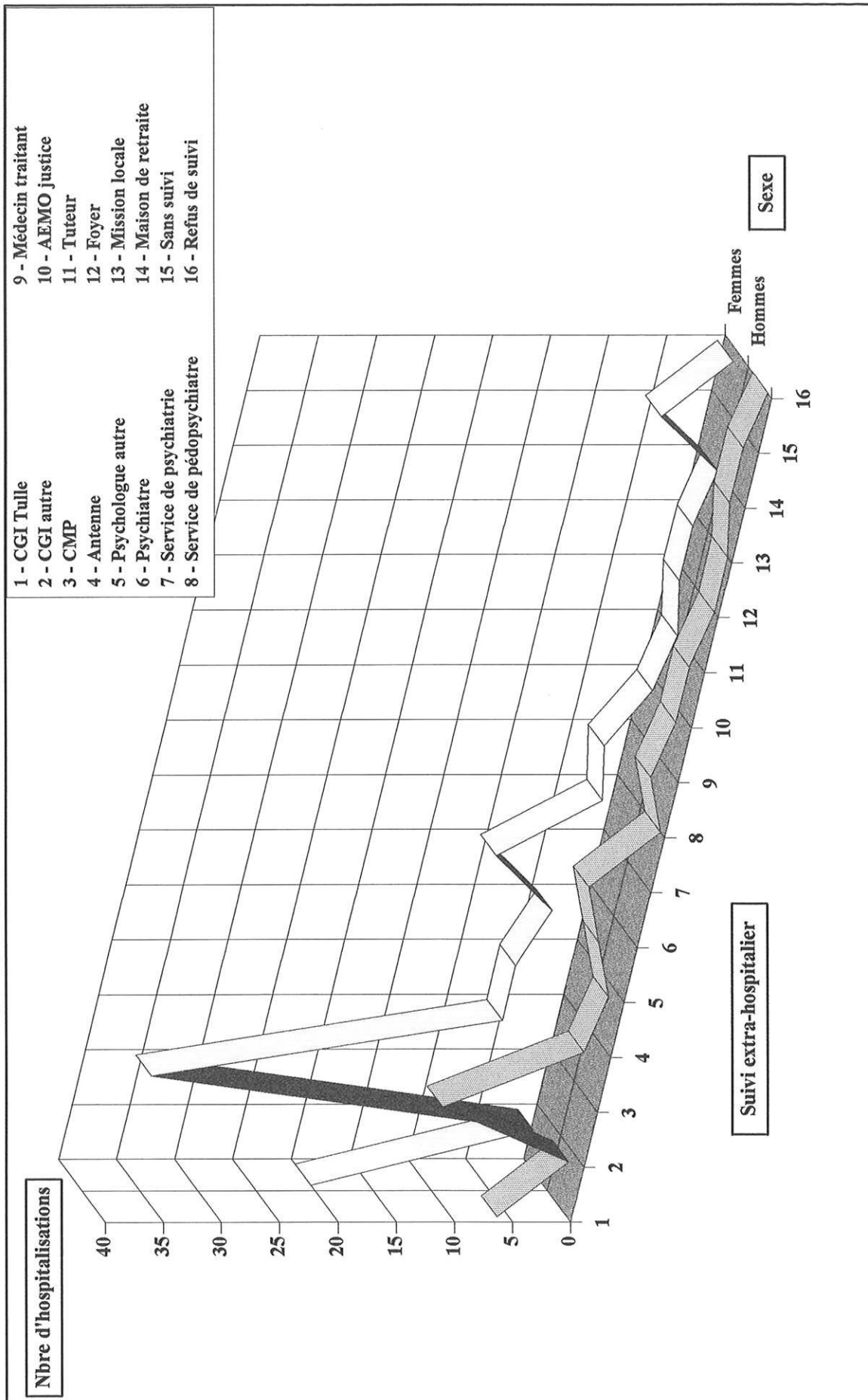
Seulement 4% des patients sont pris en charge par un médecin généraliste à la sortie, soit :

☞ parce qu'une prise en charge spécialisée a été envisagée;

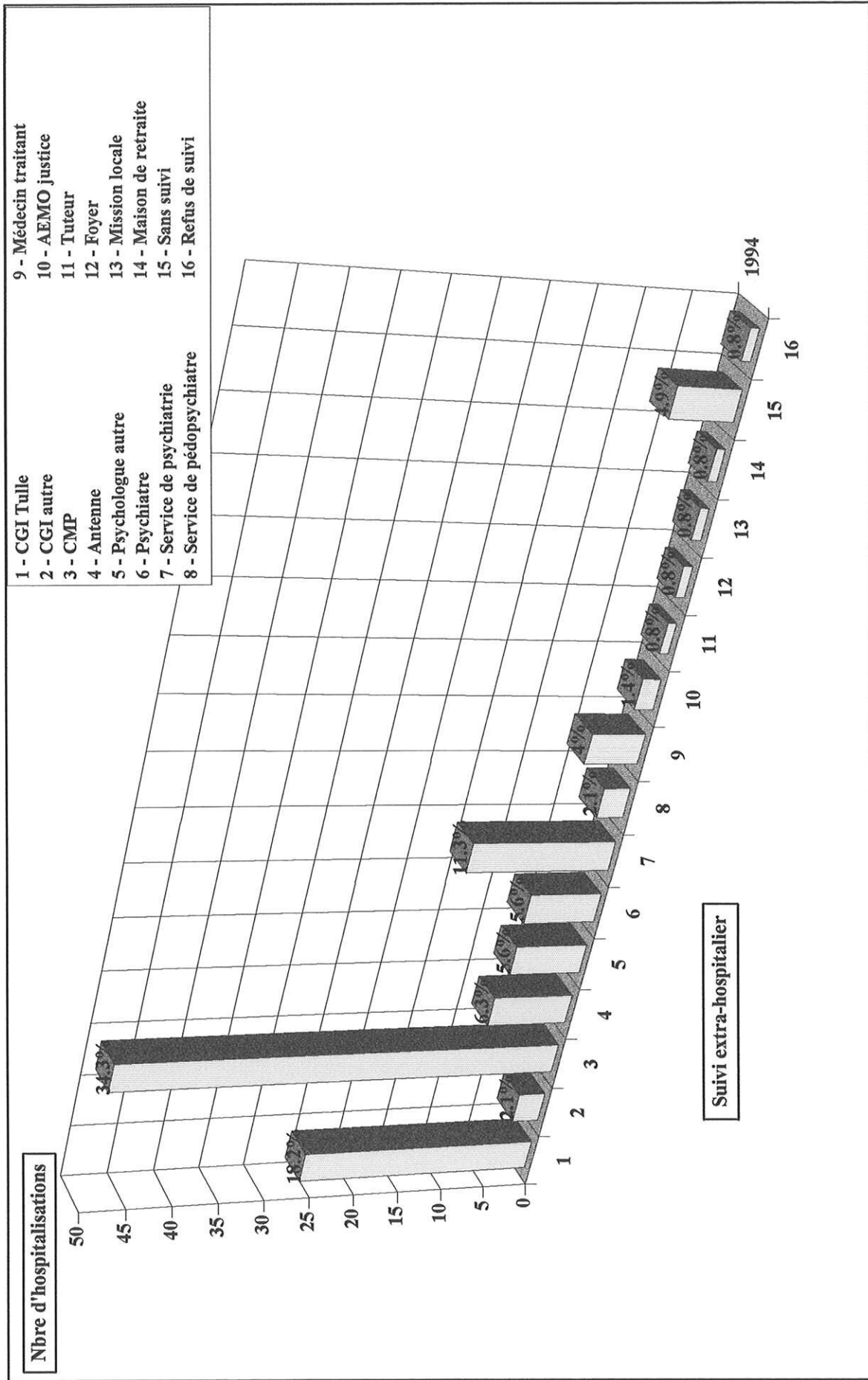
☞ parce que le patient refuse de se confier à son médecin traitant, ou bien qu'il n'en a pas;

☞ qu'un contact étroit avec le médecin traitant n'a pas été réalisé au cours du séjour à *PASSERELLE*. Celui-ci n'ayant ainsi pas été assez impliqué dans la prise en charge du patient, n'est malheureusement que trop peu sollicité. Il faut renforcer "*la proximité des liens avec les médecins généralistes, eux-mêmes étant les plus concernés par la souffrance individuelle et familiale*" [25].

Nous remarquerons enfin qu'environ 6% des patients refusent d'emblée un quelconque suivi, ou ne tiennent pas leurs engagements dès leur sortie de *PASSERELLE*.



Nb're d'hospitalisations/Suivi extra-hospitalier (sur l'année 1994)



Nbre d'hospitalisations/Suivi extra-hospitalier (en cumulé sur l'année 1994)

2.7. Durée moyenne du séjour hospitalier

Sur l'année 1993, il a été enregistré 633 journées d'hospitalisation pour 195 entrées. La durée moyenne du séjour à *PASSERELLE* était donc de 3,25 jours.

En 1994, elle s'est élevée à 4 jours, avec 797 journées pour 196 entrées.

En fait, la durée du séjour hospitalier ne peut être la même pour tous les patients. Tout dépend de la gravité de la détresse dans laquelle se situe le patient. L'expérience de l'hôpital Edouard HERRIOT de Lyon révèle que *"l'écoute du suicidant nécessite un minimum de temps, de l'ordre de deux à trois jours, et parfois beaucoup plus; il faut ce temps pour se distancer de la dramatisation du geste, et entrevoir les diverses dimensions, entendre les réponses aux messages émis, et retrouver des repères temporels cohérents"* [32].

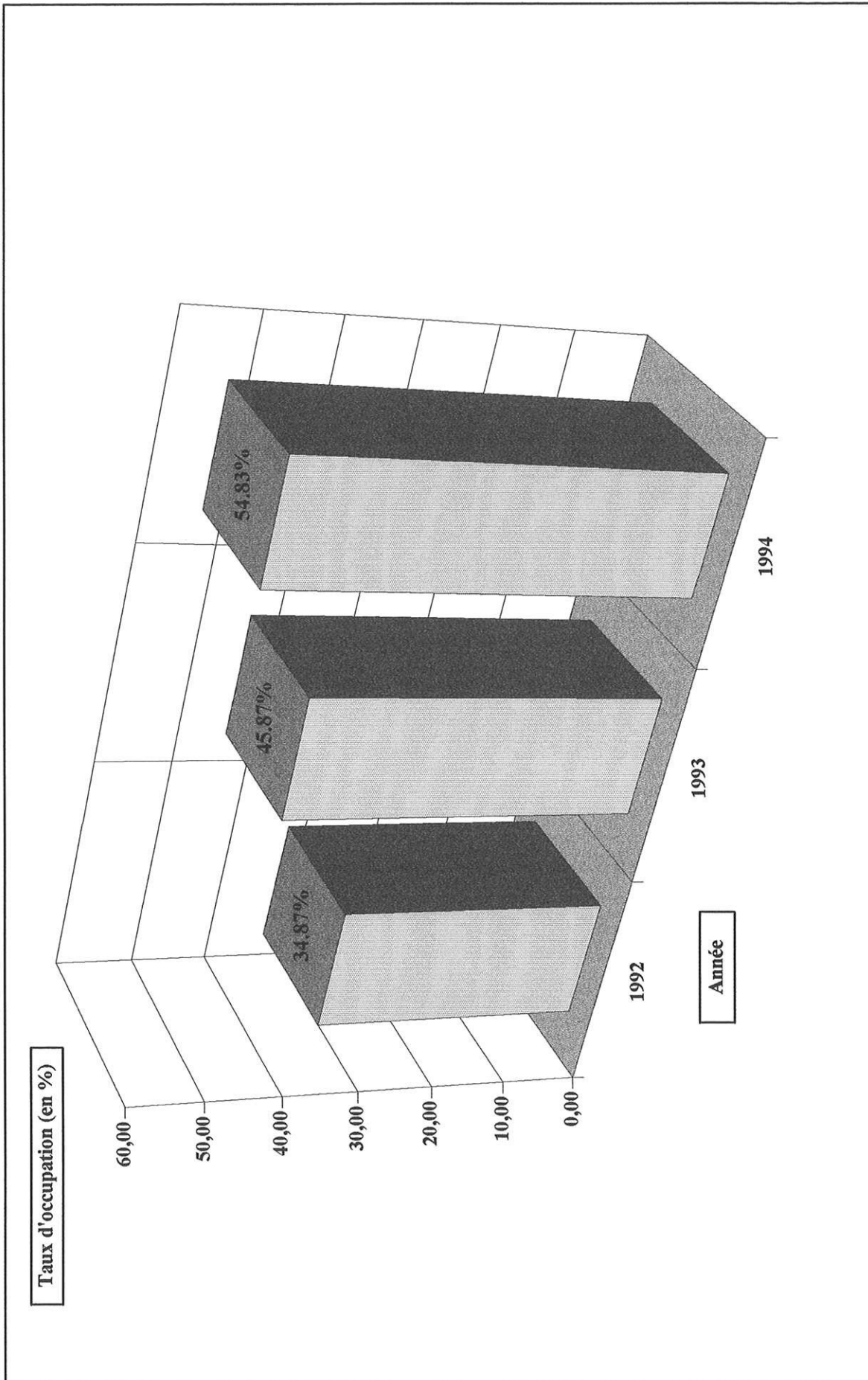
2.8 Taux d'occupation de PASSERELLE

Bien que ne disposant que de quatre lits d'hospitalisation, les chiffres révèlent un taux d'occupation du service un peu faible (45,2% sur les trois années).

Cependant, nous pouvons noter l'augmentation progressive de ce taux depuis 1992, révélatrice d'une hausse des besoins [Tableau 9].

	Années		
	1992	1993	1994
Total	128	195	196
Total (en %)	34,87	45,87	54,60

Tableau 9 : Taux d'occupation de *PASSERELLE*



Taux d'occupation/Année

AUTRES STRUCTURES

La revue de la littérature nous a permis de découvrir qu'il existe, en France et à l'étranger, divers types de structure d'accueil, spécialisées ou non dans la prise en charge des suicidants. Elles sont encore malheureusement trop peu nombreuses.

"L'absence de structures spécifiques chargées de la prise en charge globale des suicidants, dans de trop nombreux hôpitaux généraux, peut amener le praticien à s'interroger sur l'intérêt, pour son patient, à être hospitalisé dès lors qu'aucune intervention adaptée à son état ne pourra être mise en oeuvre"
[16].

1. Structures hospitalières

1.1. En France

La première structure à citer est l'**Unité Médico-Psychologique de l'Adolescent et du Jeune Adulte** située au Centre ABADIE (à Bordeaux), dont le Professeur Xavier POMMEREAU est responsable. Ce dernier "*s'est inspiré des centres de crise existant en Europe du Nord, au Canada et aux Etats-Unis*" [16].

Cette Unité, qui a ouvert ses portes le 16 Novembre 1992, dispose de quinze lits. L'équipe, pluridisciplinaire, comprend des psychiatres, des psychologues, des assistantes sociales, des infirmières.

Elle accueille tout patient âgé de 14 à 35 ans, indemne de troubles mentaux patents, ayant effectué une tentative de suicide, ou ayant des préoccupations dans ce registre.

L'**Unité d'Orientation d'Accueil et de Crise (UOAC)** du CHS d'Albi (Tarn) a été créée pour "*améliorer les conditions d'accueil et d'orientation dans le CHS*" [25]. Le séjour y est limité à 48 heures. Parmi tous les patients accueillis, les suicidants seront orientés vers le Centre d'Accueil et de Crise, structure spécifique. Celle-ci dispose de cinq lits (trois lits à l'UOAC).

Les interventions y sont, comme à **PASSERELLE**, médicales, infirmières et sociales. L'objectif de cette structure est de "*continuer à étoffer le travail d'accompagnement amorcé à l'hôpital général et à l'UOAC*" [25].

La durée du séjour est de huit jours, renouvelable au maximum une fois.

Le service de Pédiatrie du CHU de Limoges possède une Unité de consultation psychiatrique, prenant en charge les suicidants âgés de moins de 20 ans [28][29]. Ceux-ci sont consultés par le psychiatre dans les 24-48 heures qui suivent l'admission en Pédiatrie.

Des consultations post-hospitalisation sont proposées dans le cadre du suivi, mais les résultats concernant l'observance sont, comme ailleurs, assez décevants [29].

Le CHRU de Poitiers prend en charge les suicidants de 16-24 ans dans l'**Unité d'Accueil Médicopsychologique**, créée en 1989, située au sein du service des Urgences [8]. Seuls quelques lits sont disponibles, sur les huit que possède le service d'hospitalisation des Urgences. La durée du séjour est de 36 à 48 heures. Un carnet de rendez-vous avec le psychiatre et avec le médecin traitant est organisé à la sortie.

Le centre Gerbier est un centre d'accueil rattaché au CHS de Maison-Blanche, à Neuilly sur Marne. Cette structure plurisectorielle, ouverte depuis 1988, reçoit les suicidants en accueil, en hospitalisation, à temps plein ou à temps partiel. La durée du séjour est limitée à sept jours [17].

Par ailleurs, certains services d'Urgences disposent de consultations spécialisées. C'est le cas du CHU de Rangueil à Toulouse, du Centre Hospitalier Henri Mondor à Paris [15], du CHG d'Aix en Provence [16], du CHR de Nancy [37], de l'hôpital Edouard Herriot à Lyon [32], du CHG d'Auxerre [1].

PASSERELLE est donc une unité hospitalière unique en son genre, qui ne se limite ni aux suicidants, ni à une certaine tranche d'âges.

1.2. A l'étranger

Une étude réalisée en 1984 par MILLER et COOMBS conclue sur l'effet bénéfique des centres de prévention du suicide aux Etats-Unis. MEDOOF surenchère en remarquant que les régions possédant davantage de centres de prévention du suicide étaient celles dont le taux de suicide était le plus bas [20].

Alabama	1	Nebraska	1
Arizona	2	Nevada	1
Arkansas	0	New Hampshire	1
California	27	New Jersey	2
Colorado	6	New Mexico	1
Connecticut	0	New York	7
Delaware	3	North Carolina	5
Florida	6	North Dakota	3
Georgia	1	Ohio	6
Idaho	0	Oklahoma	0
Illinois	5	Oregon	2
Indiana	0	Pennsylvania	2
Iowa	1	Rhode Island	0
Kansas	3	South Carolina	0
Kentucky	0	South Dakota	0
Louisiana	0	Tennessee	1
Maine	2	Texas	6
Maryland	1	Utah	1
Massachusetts	1	Vermont	0
Michigan	4	Virginia	0
Minnesota	2	Washington	4
Mississippi	1	West Virginia	1
Missouri	3	Wisconsin	4
Montana	1	Wyoming	0

Note. No data for Alaska, District of Columbia, and Hawaii.

En Angleterre, les taux de suicide sont très bas (en 1991, 7,9/1000000 habitants contre 21 en France) et, contrairement aux autres pays, le taux baisse

considérablement [16]. L'association des Samaritains, créée en 1953 par CHAD VARAH, prend en charge l'écoute et le suivi des suicidants.

BAGLEY (1968) a reconnu que ces centres étaient très performants pour la prévention des suicides [20].

La Grèce a mis en place un *"programme spécial visant à rompre l'isolement des groupes âgés à risque, avec l'assistance de l'entourage social (programme KAPIS)"*, et a vu ses taux de suicide chez les personnes âgées baisser [16].

Le service des Urgences de la Clinique St-Luc à Bruxelles prend en charge les suicidants et leur famille [11].

Les pays européens où le taux de suicide est le plus important sont la France, la Belgique, l'Allemagne et le Danemark.

"Quelques soient les explications, l'influence des mentalités et des cultures joue sans doute aussi" [16].

2. Les relais associatifs

"De nombreuses associations interviennent soit spécifiquement pour prévenir le suicide, soit plus largement pour lutter contre la solitude et recréer un tissu social plus solidaire" [16].

2.1. Prévention du suicide et prise en charge des suicidants

2.1.1. "S.O.S. Suicide Phénix"

C'est la seule fédération d'associations composée de bénévoles, se consacrant exclusivement aux suicidants. Issue de S.O.S. Amitié, cette fédération existe depuis 1978. Elle est implantée à Paris, Lyon, Bordeaux, Clermon-Ferrand, Le Havre, Rennes et Tours.

Les bénévoles sont préalablement formés par des psychiatres ou des psychologues.

2.1.2. "Impasse et Devenir"

Dirigée par le Docteur OUALID, cette association est composée uniquement de professionnels médicaux et paramédicaux. *"L'originalité de cette approche réside dans l'implication de l'entourage, à partir de trois entretiens familiaux, qui vont permettre aux proches de mieux comprendre la tentative de suicide sans la banaliser ni nier son importance" [Dr OUALID].*

2.2. Lutte contre la solitude et l'isolement

2.2.1. "S.O.S. Amitié"

Cette association, née en 1960, fonctionne avec 2000 écoutants bénévoles, qui se relaient 24h/24. Contrairement à "S.O.S. Suicide", elle se limite exclusivement à une écoute téléphonique.

2.2.2. "Recherche et Rencontres"

Cette association, fondée en 1959 compte huit centres (deux à Paris, Lyon, Toulouse, Marseille, Grenoble, Nantes et Brive).

Elle fonctionne principalement avec des psychologues et des assistants sociaux. *"La prise en charge dure en moyenne deux ans et demi, durant lesquels, à travers entretiens individuels et activités de groupe, les équipes aident les consultants à reconstruire un projet et à se réinsérer dans leur environnement" [16].*

***INTERETS - PROBLEMES
RENCONTRES***

Au cours de ce chapitre, nous allons aborder l'intérêt du genre de structure d'accueil que représente *PASSERELLE*, et les problèmes que l'on rencontre, par le manque de suivi à l'extérieur.

Afin de concrétiser ces remarques, nous exposerons le dossier de cinq patients ayant été hospitalisés à *PASSERELLE* au cours de ces trois premières années.

1. Prévenir la récurrence

L'intérêt majeur de la prise en charge à *PASSERELLE* est d'essayer de prévenir la récurrence du passage à l'acte, qu'il s'agisse d'une tentative de suicide, d'une fugue, de violences conjugales, ...

Au cours de ces dernières années, le nombre des tentatives de suicide est en hausse régulière (environ 120000 cas par an), par l'augmentation du nombre des récurrences. Environ un suicidant sur deux a déjà effectué une tentative de suicide [3].

Selon le Docteur Xavier POMMERAU, le risque de récurrence de tentative de suicide est très important dans les 6 à 12 mois qui suivent ce premier passage à l'acte [43].

Le risque physique augmente à chaque nouvelle tentative.

Ces chiffres, particulièrement inquiétants, suffisent à convaincre de la nécessité d'une prise en charge rapide globale de l'individu. L'hospitalisation "*consentie par le jeune et son entourage permettra de débanaliser, facteur important de prévention des récurrences*" [7].

Et comme le précise M. TOUROLLE, la prévention de la récurrence commence avec le traitement du suicidant, tant il est vrai "*qu'après une tentative de suicide, rien n'est fini, tout commence*" [2].

Nous ne disposons malheureusement pas de chiffres interprétables à *PASSERELLE*, concernant les récurrences. Un projet d'élaboration d'un

questionnaire à adresser aux patients à été abandonné, l'idée n'ayant pas été acceptée unanimement au sein de l'équipe.

En effet, il semble délicat de s'adresser directement au patient. Cela semble pourtant être la seule solution, car toutes les tentatives de suicide n'ont pas été suivies d'une hospitalisation, et quelques unes sont inconnues du médecin généraliste, voire de la famille.

Par ailleurs, de nombreux patients sont "perdus de vue" après leur séjour à *PASSERELLE*.

Cette prévention consiste donc, à *PASSERELLE*, de bien prendre en charge le patient, dans sa globalité, au cours de son séjour hospitalier, et ensuite d'organiser une prise en charge à l'extérieur et un suivi dans la mesure du possible.

2. Le suivi des patients

Le suivi à l'extérieur permet de déceler les signes avant-coureurs de "rechute", et de prévoir la récurrence du passage à l'acte. Il consiste également à poursuivre les démarches administratives, sociales et le soutien psychologique qui ont été débutés à *PASSERELLE*. Enfin c'est le seul moyen d'avoir des nouvelles du patient et de s'assurer que ses problèmes se résolvent.

Nous avons vu précédemment que la majorité des patients hospitalisés à *PASSERELLE* étaient orientés vers un suivi au Centre Médico-Psychologique ou au Centre de Guide Infantile.

Malheureusement, le suivi se limite la plupart du temps à quelques consultations. Le patient estime ensuite qu'il n'a plus besoin de ce suivi, ou, au contraire, que celui-ci ne lui apporte rien, ne solutionne pas ses problèmes.

Plusieurs enquêtes, réalisées dans diverses structures d'accueil en France, ont montré que dans la plupart des cas, nous n'avons plus de nouvelles du patient six mois après son hospitalisation.

Il semble cependant, d'après la revue de la littérature, que l'organisation d'un carnet de rendez-vous avec le patient soit une bonne solution pour une meilleure prise en charge, et surtout un meilleur investissement du patient dans celle-ci. Si on laisse le patient décider lui-même de ses consultations ultérieures, il ne viendra que s'il en a vraiment besoin, et c'est souvent un peu tard.

L'intervention du médecin généraliste est une bonne solution pour ce suivi du patient à l'extérieur, encore faut-il que ce dernier aille consulter.

Cependant, il semblerait que bon nombre de généralistes ne s'investissent pas assez dans cette prise en charge du suicidant.

Une étude réalisée en 1992 par l'Unité d'Accueil Médico-Psychologique du CHU de Poitiers a été bien décevante à ce sujet :

☞ le rendez-vous fixé à l'adolescent à trois mois a été respecté par 16 d'entre eux, sur 61 patients; seulement 7 d'entre eux ont répondu après une relance à neuf mois;

☞ un questionnaire adressé aux médecins traitants a obtenu les mêmes retours décevants, *"bien que n'ayant que 8 items à cocher et à renvoyer avec une enveloppe déjà timbrée"* [9].

Il reste donc des solutions à trouver, et surtout un investissement plus important du patient et des divers intervenants de cette prise en charge extra-hospitalière.

3. Etude de dossiers

3.1. Exposés

3.1.1. cas n° 1

Pierre, 11 ans, est hospitalisé en Pédiatrie pour tentative de suicide médicamenteuse (LEXOMIL °). Devant la gravité d'un tel geste chez un enfant, le transfert à *PASSERELLE* est décidé.

A l'origine de ce geste, le désir de rejoindre sa mère décédée quatre ans auparavant par suicide médicamenteux. A l'époque, les parents de Pierre se querellaient et envisageaient une séparation. La mère avait un suivi psychiatrique et Pierre souffrait déjà de son absence, lors de ses hospitalisations. La cause du décès lui a longtemps été cachée.

Pierre vit avec son père et son frère. Il communique très peu avec son père depuis le décès de sa mère. Il reproche à son frère de ne pas être assez présent au domicile (études en Faculté). Personne ne parle du décès de sa mère à la maison. Pierre se désintéresse de l'école, du football qu'il pratiquait auparavant. Il est réprimandé par sa grand-mère pour ses problèmes scolaires.



Au cours de son hospitalisation dans le service, Pierre se montre très réticent. Hanté par l'image de sa mère qu'il a vu morte, il pleure beaucoup et veut la rejoindre. Il rejette la responsabilité de ce décès sur son père.

Mis en confiance, il parle de sa mère et de tous ses souvenirs. Il est ensuite très content des nombreuses visites qu'il reçoit dans le service, car c'est pour lui une preuve d'amour. Il s'occupe avec les livres, des cassettes vidéo, des jeux.

A l'entrée de Pierre, le père est très désespéré. Il espère beaucoup de l'intervention de l'équipe, et veut être guidé. Il ne comprend pas l'attitude de son fils, pensant que depuis le décès de sa mère, il devrait être "plus fort". Il ne répond pas aux attentes affectives de son fils.

La grand-mère, qui élève Pierre, est très inquiète. Elle associe son petit fils à sa bru et son contexte psychiatrique.

Pierre reprend confiance doucement. Il communique plus qu'à son entrée à *PASSERELLE*. On explique au père, que son fils est toujours traumatisé par le décès de sa mère, mais qu'il ne présente pas de pathologie psychiatrique.



La tante se renseigne sur le Centre de Guidance Infantile et en prend les coordonnées.

La grand-mère sollicite l'équipe pour adopter une conduite à tenir vis à vis de son petit fils.

L'assistante sociale propose une association d'accompagnement scolaire.

Pierre sort après 3 jours d'hospitalisation, en compagnie de son frère et de sa grand-mère.

Quinze jours plus tard, la grand-mère signale un état stationnaire, et prend les coordonnées de l'association de suivi scolaire, pour l'aide aux devoirs. Le suivi par le Centre de Guidance Infantile est en place.

Quatre mois plus tard, au cours d'une réunion de service, le psychiatre attaché au CGI précise que Pierre est toujours suivi, mais que la problématique du deuil est encore très présente. En effet, en an et demi de psychothérapie hebdomadaire a été nécessaire pour aider Pierre, qui va actuellement très bien.

3.1.2. cas n° 2

Madame F., 40 ans, est hospitalisée aux Urgences pour tentative de suicide médicamenteuse (TRANXENE 50 °).

Madame F. a à son actif quatre tentatives de suicide. La plus récente, il y a six mois, s'est soldée par une hospitalisation brève dans un service de médecine. Il n'y a ensuite pas eu de suivi. L'annonce de l'intention de divorcer, sans autre explication de la part de son mari, est à l'origine de cette nouvelle tentative de suicide.

Madame F. vit avec son mari et un de leurs fils, l'autre étant domicilié à Paris.

Son mari s'alcoolise tous les week-end. De ce fait, elle n'a plus aucune relation avec sa mère et sa soeur, et elle n'a pas d'amis.

Elle est souvent frappée par son mari, mais cela n'est jamais constaté par son médecin. Il n'y a plus aucun échange au sein du couple, plus de relations sexuelles. Ils ont de gros problèmes financiers. Elle est aide-soignante à mi-temps et recherche un emploi à temps plein.

Elle est mariée depuis 23 ans et ne sait pas ce qu'elle doit faire vis à vis de son mari. Elle ne se sent pas prête au divorce, mais souhaite quitter momentanément le domicile conjugal. Elle avait prévu une entrevue avec une assistante sociale du Conseil Général pour s'entretenir de ses problèmes.



Dés son arrivée dans l'Unité, Madame F. n'a qu'une idée : sortir au plus vite. Elle supporte difficilement les interdits posés quant aux appels téléphoniques et aux visites. Elle ne semble pas écouter les diverses explications de l'équipe et réitère toujours les mêmes demandes : téléphoner à son fils et sortir du service.

La découverte d'un nodule du sein, lors de l'examen médical d'entrée, motive la prise d'un rendez-vous de consultation gynécologique dès le lendemain.

L'assistante sociale se charge d'envoyer un bulletin de situation à l'employeur de Madame F. Elle rédige avec la patiente les démarches à

faire :

- ☞ pour la procédure de divorce;
- ☞ pour constituer un dossier d'aide médicale auprès de la Mairie;
- ☞ pour ses frais hospitaliers qu'elle ne peut régler;
- ☞ pour que son fils scolarisé obtienne une bourse exceptionnelle;
- ☞ pour demander une aide de fond social au logement.

Madame F. quitte le service contre-avis médical, après 19 heures d'hospitalisation. Afin de ne pas cautionner cette sortie, les documents en attente ne lui sont pas remis.



Deux mois plus tard, Madame F. est ré hospitalisée pour coups et blessures infligés par son mari qui était en état d'ivresse. Un certificat descriptif a été rédigé par le médecin traitant qui avait été appelé.

La situation de Madame F. est inchangée. La procédure de divorce n'a pas été engagée, le mari s'alcoolise de plus en plus. Madame F. cherche toujours un emploi à temps plein. Son employeur actuel lui reproche ses absences répétées.

Madame F. n'ose parler de la violence de son mari à son égard, mais avoue quand même qu'elle a peur qu'il récidive.

Elle se plaint beaucoup de ses traumatismes, de maux de têtes, pour lesquels le médecin du service lui prescrit des antalgiques.

Le médecin traitant appelle *PASSERELLE* pour signaler que Monsieur F. sera hospitalisé en Gastro-entérologie, dans 3 jours, pour sevrage alcoolique. Madame F. est très contente de cette hospitalisation, et pense que celle-ci va tout arranger. Elle souhaite sortir le lendemain pour préparer cette hospitalisation.

Madame F. reçoit la visite de son mari et de son fils. Monsieur F. regrette les violences infligées à sa femme, prétend que la demande de divorce n'était qu'une menace. Il reproche à sa femme ses dépenses inutiles qui l'ont conduit au surendettement depuis un an et demi. Enfin, il souhaite qu'au terme de son hospitalisation en Gastro-entérologie, le couple reparte sur de bonnes bases.



Le médecin du service rencontre le couple et la sortie est décidée après 36 heures d'hospitalisation. Le médecin traitant est prévenu.

Malheureusement, on apprendra plus tard le décès de Madame F. après une ultime tentative.

3.1.3. cas n° 3

Christelle M., 19 ans, étudiante, est hospitalisée aux Urgences pour malaises à répétition.

Le père de Christelle a toujours délaissé sa fille, au profit de son fils. Il était assez violent avec elle et sa mère, ce qui a conduit au divorce, il y a une quinzaine d'années. Depuis, il ne veut voir que son fils.

Madame M. a ensuite refait sa vie, et Christelle s'entendait très bien avec son beau-père, qu'elle considérait comme substitut paternel. Il est malheureusement décédé brutalement d'une rupture d'anévrisme, il y a trois semaines.

Depuis ce décès, la vie s'est arrêtée à la maison. Il n'y a plus de dialogue, les pleurs sont fréquents, la mère est devenue irritable, exprimant sa souffrance.

Christelle vit à Limoges pour suivre ses études, et fait actuellement un stage à Tulle qui ne la satisfait pas, car il ne répond pas aux objectifs fixés

Elle a des plaintes somatiques multiples et variées. Elle a déjà fait deux tentatives de suicide par phlébotomie, banalisées par sa mère, et plusieurs malaises qui n'ont jamais été suivis d'une hospitalisation. Au cours de son dernier malaise, elle ne voyait plus rien, et avait l'impression d'étouffer.



Elle arrive dans le service, mutique, les yeux fermés, ne répondant aux questions que par des mouvements de la tête, puis refuse toute communication. La mère de Christelle, très inquiète, pleure et ne supporte pas qu'on lui interdise de voir sa fille. Elle ne comprend pas ce qu'il se passe et insiste pour que son médecin traitant soit au courant de cette hospitalisation, car elle n'a confiance qu'en lui. Un rendez-vous avec le médecin du service est fixé au lendemain.

Christelle est vue par le pédopsychiatre de *PASSERELLE*, qui décèle chez elle une angoisse d'abandon, suite aux décès récents de sa grand-mère

maternelle et de son beau père, et du fait qu'elle ne voit plus son père depuis plus de dix ans. Le médecin lui propose un suivi au Centre de Guidance Infantile, qu'elle accepte, et lui prescrit un anxiolytique.

Christelle se remet à parler dès le lendemain, mais reste très réservée sur le fonctionnement familial.



Le médecin rencontre la mère de Christelle. Celle-ci présente une grande souffrance morale. Elle est consciente du fait qu'elle et sa fille sont murées chacune dans leur silence. Elle accepte le suivi de Christelle au Centre de Guidance Infantile. Le médecin traitant est prévenu.

Christelle sort du service soulagée, surprise d'avoir pu parler de certains événements douloureux.

Elle a été suivie pendant trois mois au CGI, puis est retournée à Limoges poursuivre ses études.

3.1.4. cas n° 4

Monsieur M., 32 ans, agriculteur, est hospitalisé en réanimation pour tentative de suicide à la taupicine + alcool.

Monsieur M., fils unique, vit avec sa mère et gère tant bien que mal l'exploitation de son père, décédé 15 jours plus auparavant. Ce décès a potentialisé tous les problèmes en cours, ce qui a amené Monsieur M. à tenter de se suicider.

Monsieur M. a subi l'épreuve de plusieurs deuils : son grand père il y a 2 ans, sa grand mère il y a 1 an et un cousin suicidé l'an dernier. Par ailleurs, une tante qu'il n'a pas connue ainsi que le frère d'une amie se sont également suicidés. Il a l'impression que le sort s'acharne autour de lui.

Il supporte mal la solitude, après avoir subi une rupture sentimentale trois ans auparavant.

Monsieur M. a des problèmes relationnels avec ses voisins, concernant la vente d'une parcelle. Il refuse tout dialogue avec eux. Il a des démêlés avec la Chambre d'Agriculture. Il est persuadé que tout le monde lui en veut. Il s'est endetté suite à la rénovation de sa propriété et à l'achat de matériel d'exploitation.



Monsieur M. avait besoin de trouver un lieu de parole. Il regrette son geste et en a honte. Il en vient même à culpabiliser du fait que le travail ne se fait pas pendant qu'il reste hospitalisé. Cependant, il demande quand même à prolonger son séjour à *PASSERELLE*.

Il fait de nombreux cauchemars, hanté par ses problèmes de voisinage.

Il reçoit la visite de sa mère, d'un cousin, et beaucoup de communications téléphoniques, ce qui le reconforte.

Il passe beaucoup de temps devant la télévision, seule activité qui le détende dans le service.

Le psychiatre, ayant décelé un état dépressif, le met sous anxiolytique et antidépresseur. Monsieur M. accepte les soins et envisage un suivi à long terme.

Au cours d'un entretien avec l'assistance sociale, Monsieur M. fait un bilan positif de son hospitalisation car il a pu verbaliser ses difficultés. Il dit que le service lui a "insufflé l'envie de vivre", et qu'en cette circonstance, son entourage lui a prouvé son affection. Il reconnaît qu'il aura d'autres moments difficiles à vivre, mais qu'il choisira d'autres solutions que la tentative de suicide.

Le travail de la ferme va être pris en charge par des membres du Conseil Municipal.



Lors de la réunion de service, un suivi au Centre Médico-Psychologique est décidé par l'équipe. Monsieur M. compte beaucoup sur cette prise en charge.

Une semaine plus tard, Monsieur M. adresse une lettre de remerciements au service : "l'équipe des infirmières m'a insufflé une nouvelle envie de vivre".

Quatre mois plus tard, Monsieur M. téléphone, sur les conseils d'une assistante sociale, car il a besoin de parler. Il a interrompu le suivi au Centre Médico-Psychologique après deux séances. Il demande à pouvoir téléphoner à nouveau quand il en éprouve le besoin, et reprend les coordonnées du CMP.

3.1.5. cas n° 5

Madame C., 52 ans, divorcée, vient de perdre son fils unique, âgé de 26 ans, dans un accident de la voie publique.

Madame C. fait un malaise en arrivant à la morgue. Elle est conduite à *PASSERELLE*, où elle arrive dans un état de stupeur.



Elle restera hospitalisée pour la journée, en compagnie de la fiancée du défunt, le temps que l'on règle, pour elle, les formalités de rapatriement du corps, ce dont elle se sentait incapable de faire.

Le dialogue avec les membres de l'équipe et l'intervention de la famille lui ont permis de se détendre, de "relâcher la pression".



Cinq jours plus tard, Madame M. téléphone : "elle remercie l'équipe pour l'accueil dont elle a bénéficié.

3.2. Commentaires

cas n° 1 : Tentative de suicide chez un enfant

Le suicide de la mère est resté un tabou au sein de la famille.

Le travail du deuil a été impossible pour Pierre car il n'y a jamais eu d'évocation de la mère par les proches.

Le père et la grand-mère redoutent la récurrence, et demandent une conduite à tenir à l'équipe.

Cette observation montre que la verbalisation du suicide de la mère et une meilleure communication entre les membres de la famille, a permis d'atténuer un peu les angoisses, et de révéler la problématique de Pierre.

Le suivi à l'extérieur de *PASSERELLE* est organisé aussi bien par l'équipe soignante, que par toute la famille, argument positif pour la continuité des soins.

cas n° 2 : Tentatives de suicide multiples chez une femme de 40 ans

Ce deuxième cas est intéressant à divers points de vue.

Tout d'abord, il s'agit du cas d'une multirécidiviste, ayant à son actif cinq tentatives de suicide, dont seulement deux ont été suivies d'une hospitalisation.

Madame F. vit très mal son premier séjour à *PASSERELLE*, qu'elle conclue par une sortie contre avis médical.

Cette patiente a donc toujours refusé toute prise en charge.

Le deuxième séjour dans l'Unité, suite à des violences conjugales, a été mieux accepté, mais toujours très bref, à la demande de la patiente.

Le décès de Madame F. quelques mois plus tard, après absence de suivi montre bien que l'équipe soignante ne peut travailler seule. Un minimum d'investissement du patient dans sa prise en charge est indispensable.

On notera donc la gravité de ce type de pathologie qui contraste avec une apparente banalisation, la gravité du énième passage à l'acte qui augmente la morbidité.

cas n° 3 : malaise chez une adolescente

Ce troisième cas clinique relate cette fois un malaise chez une adolescente. L'angoisse de Christelle s'est manifestée par diverses plaintes somatiques, un absentéisme répété. Elle avait besoin que l'on porte attention à elle, qu'on l'aide à résoudre ses problèmes.

Les divers entretiens réalisés dans le service ont prouvé à Christelle, et à sa mère qu'elles avaient besoin de parler pour atténuer leur souffrance morale.

La décision d'un suivi au Centre de Guidance Infantile est prise, comme dans notre premier cas, d'un commun accord.

On retiendra de cette observation que les malaises sont, dans certaines circonstances, des révélateurs d'une grande souffrance.

cas n° 4 : Tentative de suicide chez un homme de 32 ans

Monsieur M. a beaucoup apprécié son séjour à *PASSERELLE*. Par de nombreuses visites et appels téléphoniques, il s'est rendu compte qu'il n'était pas aussi seul qu'il le pensait.

Cette hospitalisation a été pour lui une parenthèse, au cours de laquelle il a dédramatisé tous ses problèmes.

Le suivi au Centre Médico-Psychologique n'a duré que deux séances. Monsieur M. préfère reprendre des contacts directement avec *PASSERELLE* quand il en a besoin.

cas n° 5 : Accompagnement d'une famille, suite à un décès par accident

Ce dernier cas a été choisi pour montrer que *PASSERELLE* peut, à l'occasion, accompagner des personnes anéanties par une grosse souffrance morale, en les déchargeant momentanément de leurs obligations ...

CONCLUSION

"Nous sommes relativement impuissants devant les difficultés de la vie, les problèmes d'insertion, ou la perte de la projection sur l'avenir, mais en revanche, nous pouvons exercer une prévention et une surveillance pour empêcher la récurrence" [Xavier POMMEREAU-1990].

La prévention primaire concerne l'ensemble de la population, et porte sur l'environnement éducatif, économique, sanitaire et social [7].

En 1990, le Ministère de l'Education Nationale a créé les Comités d'Environnement Social au sein des établissements scolaires. Ceux-ci *"créent un lien véritable entre l'école et son environnement, coordonnant les initiatives en matière de prévention"* [22].

La sensibilisation du public au problème du suicide est primordial dans cette prévention.

Enfin, il apparaît indispensable *"que la formation initiale et continue du corps médical puisse mieux prendre en compte ce grave problème de santé publique"* [16].

La prévention secondaire consiste à repérer les sujets à risques, en recherchant des signaux d'alarme. Elle relève tout d'abord des médecins généralistes, mais aussi du système de santé scolaire, des travailleurs sociaux,

des familles. Elle devra aboutir à une prise en charge adaptée, avant qu'il ne soit trop tard.

La prévention tertiaire consiste à empêcher la récurrence. C'est l'action menée par les réseaux sanitaires. Ceux-ci *"sont extrêmement rares, malgré l'encouragement à leur constitution. Il conviendrait qu'ils soient rapidement et largement étendus"* [16].

C'est l'articulation de ces trois niveaux de prévention qui peut rendre celle-ci efficace.

Au cours du séjour hospitalier, de nombreuses souffrances psychologiques sont prises en compte et traitées. Les patients, principalement des femmes, dont l'environnement est riche en facteurs d'agression, y recherchent un lieu d'écoute, de parole, d'aide et de soutien.

**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

- [1]. ARDIET G. "*Suicidant à l'hôpital général : vous avez dit accueil ?*"
Annales Médico-Psychologiques ; Vol. 150 N°8 ; 598-600
- [2]. ARNAUD I.; BERNHARD M.C. "*Mode de prise en charge des suicidants en Limousin*"
Observation Régional de la Santé du Limousin ; Septembre 1989
- [3]. BARTHELEMY I. "*Approches épidémiologiques et cliniques de l'adolescent suicidant en milieu rural : un exemple la Corrèze*"
Mémoire Psychiatrie ; 1991
- [4]. BERETTI Ph. "*Assistance et hospitalisation*"
Thèse Médecine Marseille ; 1984
- [5]. BIJUR P.; KURZON M. "*Parent-Adolescent Conflict and Adolescent Injuries*"
Journal of developmental and behavioral pediatrics ; 1991 ; Vol. 12 N°2 ; 92-97
- [6]. BORNSTEIN S.J. "*Violence et agression sexuelle*"
Psychologie Médicale ; 1992 ; Vol. 24 N°10 ; 1017 - 1019
- [7]. CALMAT A.; ZUCKER E. "*La prévention du suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans*"
Rapport de mission ; Octobre 1990

- [8]. CHAVAGNAT J.J.; DELCOUSTAL M.; PERIVIER E. "*Peut-on prendre en charge un jeune suicidant ?*"
Psychologie Médicale ; 1992 ; Vol. 24 N° 10 ; 1046-1048
- [9]. CHAVAGNAT J.J.; DELCOUSTAL M.; PERIVIER E. "*Le suicidant avant et après l'hospitalisation*"
Psychologie Médicale ; 1992 ; Vol. 25 N° 5 ; 411-413
- [10]. CHOQUET M.; LEDOUX S. "*Adolescents*"
Enquête INSERM ; 1994
- [11]. DECLERQ M.; FEYS J.L.; GILLAIN B. "*L'abord thérapeutique des tentatives de suicide de l'adolescent*"
Psychologie Médicale ; 1993 ; Vol. 25 N° 5 ; 408-410
- [12]. DELFOSSE-REBOUL S. "*La fonction d'assistante sociale en service de psychiatrie*"
Soins ; 1993 ; N° 570 ; 44-45
- [13]. EUDIER F. "*L'entretien avec un psychiatre après une tentative de suicide : intérêts et limites*"
Psychologie Médicale ; 1993 ; Vol. 25 N°5 ; 430-431
- [14]. GRILLET C.; FRANCOIS I.; AHO H. "*Quelques idées au-dessus de tout soupçon en matière de prise en charge des suicidants*"
Psychologie Médicale ; 1992 ; Vol. 24 N° 10 ; 1061-1063

- [15]. GUERIN A.; CREMNITER D.; PAYANTS C. "*Devenir de 192 tentatives de suicide hospitalisées 24 heures à l'hôpital général*"
Psychologie Médicale ; 1992 ; Vol. 24 N° 10 ; 1052-1054
- [16]. JOURNAL OFFICIEL "*Le suicide*"
30 Juillet 1993
- [17]. KABBACH A.; FRETAUD M.; METIVIER R. "*Le rôle d'un centre d'accueil et de crise à Paris dans la prise en charge des suicidants*"
Psychologie Médicale ; 1993 ; Vol. 25 N° 4 ; 312-313
- [18]. LALLEMAND D. "*A l'écoute des violences conjugales*"
Actualités sociales hebdomadaires ; Janvier 1990 ; N° 1674
- [19]. LAMPO A.; MARNEFFE C. "*Comment travailler avec les familles*"
Soins Gynécologie Obstétrique Puériculture Pédiatrie ; 1994 ; N° 155 ;
38-42
- [20]. LESTER D. "*The effectiveness of Suicide Prevention Centers*"
Suicide and life threatening behavior ; 1993 ; Vol. 23 (3) ; 263-267
- [21]. LÖNNQUIST J.; SUOKAS J. "*Attempted suicides : how should they be managed and suicide prevented ?*"
Annals of medicine ; 1992 ; Vol. 24 (1) ; 7-8

- [22]. MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE *"Repères pour la prévention des conduites à risque dans les établissements scolaires"*
- [23]. MORANO C.; CISLER R.; LEMEROND J. *"Risk factors for adolescent suicidal behavior : loss, insufficient familial support, and hopelessness"*
Adolescence ; 1993 ; Vol. 28 N° 112 ; 851-865
- [24]. PARQUET E. *"De l'intérêt d'un suivi psycho-socio-médical dans un service de gériatrie, une expérience d'accueil"*
Thèse Médecine Créteil ; 1993
- [25]. PASSAMAR M.; BARANSKI P.; BRUNET C. *"Accueil et travail de crise auprès de patients suicidants au CHS d'Albi"*
Psychologie Médicale ; 1992 ; Vol. 24 N° 10 ; 1038-1041
- [26]. POMMEREAU X.; BOURGEOIS M.; PEYRE F. *"La femme suicidante"*
Actualités Médecine Interne Psychiatrie (6) ; 1989
- [27]. RAUTUREAU P.; PICHENE C.; LAXENAIRE M. *"Prise en charge des jeunes suicidants à l'hôpital général et suivi à 3 mois"*
Psychologie Médicale ; 1993 ; Vol. 25 N° 5 ; 414-415

- [28]. ROCHE J.F.; PLOUGEAUT C.; BOURRAT M.M.; GAROUX R. "*Adolescents suicidaires dans un service de pédiatrie : réflexion sur leur accueil et leur prise en charge*" *Neuropsychiatrie de l'enfance* ; 1992 ; Vol. 40 (11-12) ; 633-638
- [29]. ROCHE J.F.; PLOUGEAUT C.; BOURRAT M.M.; GAROUX R.; GILBERT B.; PALOMERA S.; BOULESTEIX J. "*Prise en charge des adolescents hospitalisés dans un service de pédiatrie de CHRU à la suite d'une tentative de suicide. Evolution des modalités d'hospitalisation et de suivi (1988-1990)*" *Neuropsychiatrie de l'enfance* ; 1992 ; Vol. 40 (11-12) ; 639-643
- [30]. ROUGE D.; ALENGRIN D.; BRAS P.M. "*Le suicide chez les personnes âgées : étude médico-légale à propos de 68 cas*" *Journal de Médecine Légale* ; 1989 ; Tome 32 N° 2bis ; 49-55
- [31]. SUEUR C. "*L'abord des urgences psycho-sociales au SMUR*" *Thèse de Médecine Paris VII* ; 1984
- [32]. WEBER D.; ELCHARDUS J.M. "*Les conditions de l'écoute des suicidants*" *Psychologie Médicale* ; 1993 ; Vol. 25 N° 4 ; 303-304
- [33]. ZWEIG R.; HINRICHSEN G. "*Factors associated with suicide attempts by depressed older adults ; a prospective study*" *American Journal of Psychiatry* ; 1993 ; Vol. 150 N° 11 ; 1687-1692

BIBLIOGRAPHIE

CHAUVOT B. "L'après geste suicidaire et secteur de psychiatrie"

Psychologie Médicale ; 1992 ; Vol. 24 N° 10 ; 1069 - 1070

CHOQUET M. "Les adolescents face aux soins"

Enquête INSERM ; 1988

CHOQUET M.; LEDOUX S.; MENKE H. "La santé des adolescents"

Enquête INSERM ; 1989

COURTECUISSÉ "Les adolescentes et adolescents victimes de violence"

Réadaptation ; 1993 ; N° 401 ; 24-26

GAILLARD M.; HERVE C. "Épidémiologie, sur une période de huit ans, des tentatives de suicides chez l'enfant, en médecine d'urgence"

Annales de Pédiatrie ; 1988 ; Vol. 35 N°8 ; 572-576

GASQUET I.; CHOQUET M. "Accueil de adolescents suicidants à l'hôpital général : rôle des diagnostics associés dans la décision thérapeutique, perspectives épidémiologiques"

Psychologie Médicale ; 1993 ; Vol. 25 N° 5 ; 400-404

HALE M.; JACOBSON J.; CARSON R. "Characteristics of hospitalized suicide attempters"

Psychosomatics ; 1990 ; Vol. 31 (3) ; 282-286

JEAMMET Ph.; MINGASSON L. "Adolescences"

Fondation de France ; 1993

MOUTIN P.; CHABANNE J.P.; ROUVIER B. "La prise en charge psychiatrique et psychologique immédiate après une tentative de suicide à propos de 289 cas"

Psychologie Médicale ; 1993 ; Vol. 25 N° 4 ; 328-330

POMMEREAU X. "Les conduites suicidaires"

1991

RISACHER H.; LASBATS C. "Le suicide des jeunes"

SORTIE DE SECOURS : Casette vidéo sur la prévention du suicide chez les adolescents

1992

ANNEXES

PASSERELLE

UNITE
D'ACCUEIL D'URGENCE
DES PERSONNES EN SITUATION
DE DETRESSE PSYCHOLOGIQUE ET PSYCHOSOCIALE

- 124 -

Centre Hospitalier
Place Maschat
BP 160
19000 TULLE CEDEX

☎ 55.29.80.55

Passerelle est une unité médico-sociale de 4 lits, destinée à prendre en charge, les personnes en situation de détresse, pendant de brefs séjours.

Elle constitue la première unité hospitalière dans la région spécifiquement dévolue à la prise en charge de personnes en difficulté.

L'unité de soins est située au 5ème étage de l'hôpital de Tulle.

Le secrétariat et le lieu d'admission sont localisés au sein du service des urgences (Niveau 0).

Il s'agit d'une unité du service des urgences indépendante des autres services. C'est une unité **relais**, de transition et de médiation où il est proposé :

- un lieu de parole et d'écoute privilégiée
- une prise en charge basée sur une relation d'aide individualisée
- une recherche de solution en vue d'élaborer un projet répondant aux besoins des patients.

L'objectif principal vise à « faire le point », tant avec le patient qu'avec son entourage, ce, sous la forme d'une évaluation médicosychosociale. Au cours de ce temps de réflexion, les modalités du suivi ultérieur sont discutées avec l'intéressé et ses proches.

L'équipe de l'unité est composée de :

Médecins :

Dr BARTHELEMY I. Pédiopsychiatre.

Dr BALESTE M. Psychiatre

Dr COLLIGNON A Médecin polyvalent. responsable médical de l'unité

Surveillante :

Mme BLAVIGNAT B.

Infirmières :

Mme COMBES F.

Melle BOURG F.

Melle GOSSIN C.

Mme SAUFIER A.

Mme GUYONNET F.

Melle CHAMBAUDIE N.

Assistante sociale :

Mme CHABASSIER G.

Psychologue :

Mme LÉVY-GELÉ A.

L'ensemble de cette équipe a une formation spécifique et assure la prise en charge globale des patients au cours de leur séjour.

PASSERELLE

ANNEXE I

REGLEMENT INTERIEUR

Passerelle est une unité de soins située au sein de l'hôpital.

Il vous est donc demandé de participer activement à la démarche thérapeutique qui vous est proposée.

Il est nécessaire que vous vous sentiez responsable et que vous acceptiez les consignes et règlement intérieur de l'unité élaborés dans le respect de tous.

Sur le plan thérapeutique, vous devez tenir les engagements du contrat passé avec vous ; aussi, contrairement à un simple lieu d'hébergement, vous devez prendre en charge un certain nombre de tâches vous concernant et vous conformer aux règles de vie de l'unité.

I - LE FONCTIONNEMENT

L'unité fonctionne 7 jours sur 7, 24 heures sur 24.

Admission

L'admission ne peut s'effectuer qu'après avis médical prononcé dans le cadre du service des urgences ou par mutation inter-service hospitalier.

A votre arrivée à Passerelle, il vous sera demandé de signaler si vous avez un traitement en cours, et le cas échéant de nous remettre les médicaments qui sont en votre possession.

Permission de sortie

Elle est accordée sur autorisation médicale. La permission est autorisée si elle est jugée bénéfique et opportune. Ses modalités, son organisation sont discutées avec le médecin.

Promenades dans l'enceinte du CH

Elles sont accordées uniquement après autorisation de l'infirmière présente.

Sortie définitive

Elle peut avoir lieu tous les jours sur décision médicale.

Toute absence hors de l'unité, non signalée, non autorisée, ou dépassant le temps imparti est considérée comme une fugue

En ce cas, le règlement administratif impose à l'équipe soignante d'établir une déclaration de fugue auprès de la famille ou des tuteurs légaux (mineurs), de l'administration de l'hôpital et des Services de Police.

Téléphone

Son usage dans chaque chambre est accordé sur avis médical

Visites

Elles sont accordées après avis du médecin ; le nombre des visites et leur durée pourront être limités si le médecin l'estime opportun.

Les médecins recevront les familles sur rendez-vous.

**Pendant les 24 premières heures d'hospitalisation,
les visites et appels téléphoniques ne sont pas autorisés**

Horaires de repas

- *Petit déjeuner* : il sera préparé par vos soins et pris dans la cuisine entre 7 h 30 et 9 h 30. S'il vous est impossible de vous déplacer, il pourra vous être servi dans votre chambre.
- *Déjeuner* : il sera servi à la cuisine aux alentours de 12 heures. Un menu vous sera proposé quotidiennement. Il vous sera possible d'aménager ce dernier selon vos goûts.
- *Collation possible entre 16 h et 16 h 30* (collation préparée par vos soins)
- *Dîner* : 19 h - 20 h : même principe que pour le repas de midi

Une participation au service, à la vaisselle et à la remise en ordre de la cuisine vous est demandée quotidiennement.

Horaires de coucher

A partir de 23 heures, il vous est demandé de respecter le repos et le sommeil des autres.

Horaires de lever

Sauf pendant les 24 premières heures, vous serez invités à vous lever avant 9 H 30.

Accès aux activités

- livres, jeux : libres
 - magnétoscope, chaîne HI-FI : libres à condition de ne pas déranger les autres patients
- L'accès aux programmes télévision n'est pas autorisé. Seul un circuit interne est mis à disposition. L'installation d'un poste T.V. dans la chambre est proscrite.

L'usage du tabac est autorisé dans les chambres. Il n'est autorisé dans les autres lieux de vie de l'unité, que si tous les patients présents sont fumeurs.

Argent de poche

Il vous est demandé de ne pas être porteur d'une somme d'argent importante et de déclarer argent et valeurs au moment de l'admission.

L'unité se décharge de toute responsabilité en cas de vol, de perte ou de disparition de tout objet de valeur ou d'argent.

II - LES INTERDITS

Il est formellement interdit à tout patient ainsi qu'à leurs visiteurs d'introduire dans l'unité

- de l'alcool
- des médicaments
- des drogues et objets dangereux.

Sont également interdits :

- les relations sexuelles
- la violence physique
- la dégradation des matériaux

La dégradation de matériel engage la responsabilité de l'intéressé ou des parents de l'intéressé, si, il ou elle est mineur.

**Le non -respect des interdits peut remettre en cause la poursuite du séjour
dans l'unité de soins.**

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION
TEXTES OFFICIELS

Classification
SP 4 432

N° du texte
1534

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Note n° 55 du 31 juillet 1991 d'information sur les problèmes de suicides et tentatives de suicide

NOR : SANP9110723N (Non parue au Journal officiel)

Références :

Loi du 31 décembre 1987 tendant à réprimer l'incitation au suicide ;
Circulaire D.G.S./D.H. n° 132 du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents ;
Circulaire du 15 février 1990 relative à l'amélioration des conditions d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers ;
Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

Le ministre délégué à la santé

à Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales - pour information -)

à Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales - pour information -).

Parmi les problèmes qui s'aggravent de façon préoccupante, suicides et tentatives de suicide occupent une place notable. Depuis 1982, on enregistre entre 11 000 et 12 000 décès par suicide chaque année, pour un nombre total de décès de l'ordre de 525 000. Actes complexes, d'origine multifactorielle, associant des facteurs d'ordre individuel ou social, ils revêtent ainsi pour partie une fonction d'indicateur de santé, pour les individus, le groupe, la collectivité. Aussi importe-t-il de faire le point de la situation en France et de favoriser la diffusion des informations à ce sujet ; tel est l'objet de la présente note.

I. - Principales sources de données

1. Statistiques nationales :

L'exploitation annuelle des causes médicales de décès par l'I.N.S.E.R.M. permet de recueillir des données nationales sur le nombre de décès par suicides enregistrés.

Toutefois, le nombre des tentatives de suicide n'est pas enregistré.

2. Etudes spécifiques :

- "Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui" étude effectuée par l'I.N.S.E.R.M. (A. Philippe et F. Davidson, Unités 185 et 164 de l'I.N.S.E.R.M.) 1986 ;

- enquêtes réalisées dans une dizaine d'observatoires régionaux de la santé ;

- documents thématiques.

Vous trouverez ci-joint en annexe quelques références bibliographiques.

II. - Situation épidémiologique

1. Concernant le suicide :

Depuis 1975, la France voit progresser de façon régulière le nombre de décès par suicides (conf. Tableaux 1 et 2) ; ils représentent plus de 2 p. 100 des décès par an ; parmi les principales causes de mort violente, le suicide occupe une place d'importance équivalente à celle des accidents de la circulation et des chutes accidentelles. C'est en 1985 et 1986 qu'on a noté le plus fort taux de mortalité par suicide en France et une tendance à la stabilisation depuis lors.

MA51 91/37

Une évolution identique se retrouve dans des pays comparables (Allemagne, Pays-Bas, Autriche, Suisse, U.S.A.).

L'exploitation des statistiques annuelles de l'I.N.S.E.R.M. portant sur les causes médicales de décès et l'étude approfondie réalisée en 1986 par A. Philippe et F. Davidson, apportent un certain nombre d'informations, parmi lesquelles on peut repérer quelques grands traits :

- il existe une surmortalité masculine : les taux masculins sont de deux à trois fois plus élevés que les taux féminins ;
- l'incidence augmente significativement avec l'âge : la mortalité varie dans un rapport de 1 à 10 entre la classe d'âge des quinze-dix-neuf ans et celle des plus de quatre-vingt-cinq ans. On constate une surmortalité chez les plus de soixante-quinze ans par rapport aux autres pays.
- Cependant, depuis vingt ans, c'est dans la tranche d'âge vingt-cinq-quarante-quatre ans que le nombre de suicides rapporté au nombre de décès dans la tranche d'âge a le plus augmenté ;
- le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes après les accidents de la route ;
- on note d'importantes disparités régionales : les régions du Nord et du Nord-Ouest (Bretagne, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Picardie, Nord-Pas-de-Calais) sont plus touchées que le Midi et l'Est de la France ;
- certaines caractéristiques ont pu être mises en évidence :
 - le suicide affecte davantage les classes socio-professionnelles les plus défavorisées; on observe des différences marquées chez les hommes avec cinq fois plus de suicides parmi les inactifs ou les ouvriers agricoles, que parmi les cadres ;
 - l'isolement social ou la solitude sont des facteurs liés ;
 - la part des affections mentales reste mal appréciée.

2. Concernant les tentatives de suicide.

Pour saisir l'ensemble du phénomène du suicide, il importe de prendre en considération à côté du nombre de décès, celui des tentatives de suicides et leurs principales caractéristiques. Dans ce domaine, il n'existe aucune statistique nationale, les seuls chiffres connus proviennent d'enquêtes pilotes réalisées par l'I.N.S.E.R.M. (suicide et tentative de suicide aujourd'hui). Il en ressort que :

- la tentative de suicide touche plus les femmes que les hommes (dans un rapport de 2 à 1) ;
- l'incidence décroît significativement avec l'âge ;
- elle est à son maximum dans la tranche d'âge quinze - vingt-quatre ans ; on estime à 40 000 les tentatives de suicide à cette période de la vie ;
- depuis vingt ans l'incidence des tentatives de suicide est en augmentation, phénomène observable dans d'autres pays européens. Une partie de cet accroissement paraît être due aux récidives ;
- parmi les caractéristiques mises en évidence, contrairement au suicide, les tentatives de suicide apparaissent plus comme un phénomène urbain que rural ; les situations d'isolement interviennent également. La place de troubles psychiques reste mal connue, les études faisant état de chiffres variant de 40 à 70 p. 100.

Enfin, il est intéressant de noter les résultats d'études scandinaves qui ont essayé d'appréhender les répercussions sur le devenir des individus ainsi que sur la collectivité (enquête prospective sur dix ans, cas-témoins). Il apparaît que par rapport au "groupe contrôle", les suicidants ont une mortalité beaucoup plus élevée, ont plus de pensions d'invalidité, plus de semaines d'arrêt maladie par an, aussi bien pour des raisons somatiques que psychiques. Ainsi la tentative de suicide n'apparaît pas seulement comme un acte à caractère immédiat tragique, mais il est aussi le révélateur de problèmes durables pour la santé physique et mentale qui induisent un coût social important.

III. - Ce qui a déjà été réalisé en matière de prévention et de lutte contre le suicide.

En préalable, il importe de souligner que nombre de mesures à caractère préventif se situent hors du champ sanitaire, car elles s'attachent aux facteurs économiques, sociaux et culturels susceptibles d'avoir une influence en la matière. Ce qui suit n'abordera que ce qu'il a été possible de mettre en oeuvre au sein du dispositif de santé, hormis un rappel de la loi du 31 décembre 1987 tendant à réprimer la provocation au suicide.

1. Dispositions législatives spécifiques :

Au regard de la loi du 31 décembre 1987, promulguée sous forme d'une adjonction au code pénal, la provocation au suicide constitue un nouveau délit, rendant passibles de peines correctionnelles ceux qui se seront rendus coupables de cette provocation, ou auront fait de la propagande ou de la publicité en faveur de produits, d'objets ou de méthodes préconisés comme moyen de se donner la mort.

2. Ce qui a été fait dans le dispositif de santé :

Il convient de rappeler que dès les années 1970 les pouvoirs publics se sont mobilisés et ont mis en oeuvre des mesures s'inscrivant dans un plan général de prévention et de lutte contre le suicide.

Depuis ces dernières années de nouvelles réflexions et actions sont engagées, qui contribuent de façon globale ou plus ciblée à résoudre ce problème :

2.1. Contributions générales :

- le développement des secours d'urgence extra-hospitaliers, notamment par une meilleure coordination des interventions (quatre-vingt-quatre centres '15' sont ouverts à ce jour, couvrant quatre-vingt-un départements soit 81 p. 100 de la population) ; il existe cent SAMU et environ trois cents S.M.U.R. ; seuls cinq départements sont dépourvus de S.A.M.U. et aucun n'est dépourvu de S.M.U.R. ;

- l'effort réalisé pour l'amélioration de l'accueil des urgences à l'hôpital : il vise à assurer des conditions d'accueil plus satisfaisantes et favorise les possibilités de suivi ultérieur, notamment par une coordination efficace avec le dispositif de soins psychiatriques : la circulaire du 15 février 1990 relative à l'amélioration des conditions d'accueil des urgences dans les établissements hospitaliers en ce sens ;

- la politique de santé mentale finalisée sur des objectifs de développement de la santé mentale, et non plus seulement sur des actions de lutte contre les maladies mentales, exposés dans la circulaire du 14 mars 1990 ; celle-ci insiste de plus sur le rôle du service public pour intégrer les actions de santé mentale dans les soins généraux et la collaboration à établir avec les hôpitaux généraux, citant explicitement la prise en charge précoce et le suivi des suicidants ;

- l'effort particulier demandé aux hôpitaux pour améliorer les conditions d'hospitalisation des adolescents, dans la circulaire du 16 mars 1988, qui vise à mieux répondre aux besoins de cette tranche d'âge, tant en matière d'accueil que de soins et de suivi.

2.2. Contributions spécifiques :

- l'aide aux associations d'écoute téléphonique, qui apportent leur contribution dans le champ de la prévention primaire.

- des réflexions et actions ciblées en direction des jeunes :

- en 1988 et 1989, la direction générale de la santé a mené une action pilote de formation de personnels hospitaliers ayant pour but de les sensibiliser à l'accueil des jeunes suicidants ;

- en 1990, des recherches-actions sont entreprises dans sept sites hospitaliers, pour mettre en oeuvre un plan d'accueil et de suivi des jeunes suicidants. Cette action sera évaluée par l'I.N.S.E.R.M. pour permettre de définir si de telles actions peuvent être étendues à l'avenir à d'autres établissements ;

- réalisation d'un document vidéo à visée pédagogique sur l'accueil des jeunes suicidants dans les services d'urgence et de réanimation, à destination des personnels hospitaliers, ainsi que d'un document de témoignages de jeunes suicidants et de leurs familles (ces documents pourront être disponibles fin 1991) ;

- action expérimentale de prévention menée en Aquitaine par une association locale auprès de jeunes d'établissements scolaires et de foyers de jeunes travailleurs, doublée d'une action d'information des parents, des personnels éducatifs, sociaux, médicaux.

IV. - Projets.

Compte tenu de la persistance de ce problème dont le coût humain, économique et social est important, le ministre souhaite poursuivre les actions entreprises et amplifier la lutte contre le suicide, au moyen de mesures spécifiques. Dans ce cadre sont associées des actions à portée nationale et des programmes régionaux.

1. Volet national :

- poursuivre l'amélioration de l'accueil des suicidants à l'hôpital, notamment en développant les moyens d'une prise en charge globale somatique, psychologique et sociale. A cet égard, en complément de la circulaire du 14 mars 1990 d'orientation de la politique de santé mentale, une circulaire relative aux urgences en psychiatrie abordera prochainement la contribution de la psychiatrie à ce dispositif ;

- sensibiliser les professionnels à l'approche spécifique des adolescents et jeunes adultes tant en formation initiale qu'en formation continue.

2. Programmes régionaux :

Dans le souci de concentrer les efforts afin qu'ils se conjuguent et se renforcent mutuellement, des actions coordonnées comportant des axes complémentaires seront développées dans deux régions ; parmi les principaux buts, on retiendra :

- l'amélioration de nos connaissances sur la population, les filières de soins utilisables et utilisées, les conséquences des tentatives de suicide en matière de morbidité et de handicaps ;

- le développement de lieux d'accueil et d'écoute téléphonique, pour lutter contre l'isolement social et la solitude ;

- la collaboration entre libéraux et hospitaliers, généralistes et spécialistes ; en effet, des données récentes font apparaître qu'un nombre notable de suicidants ne vont pas à l'hôpital mais sont suivis exclusivement par leur médecin traitant, et ce d'autant plus que l'on s'éloigne des centres urbains ; il se dégage ainsi une double perspective de travail.

- mieux observer les tentatives de suicide et suivre leur évolution ;

- permettre une amélioration du dépistage, de l'accueil, du suivi des suicidants, avec leurs proches.

Une des modalités actuellement envisagées pour répondre à ces objectifs est la constitution d'un réseau de médecins sentinelles, actuellement en cours.

- associer des partenaires impliqués à des titres différents, dans le but de mobiliser simultanément des énergies sur cette question.

Conclusion

Après ce bref aperçu de la situation du problème et des actions entreprises ou à venir, il est essentiel de se donner des moyens d'évaluation afin de poursuivre plus avant ; il ne paraît pas souhaitable de disperser les efforts mais cette question doit être connue et intégrée aux réflexions que vous menez, notamment en matière d'urgence.

Je vous saurais gré de bien vouloir me faire part des éléments d'information et des expériences dont vous avez connaissance et qui, au moyen du dispositif existant vous paraissent apporter des réponses intéressantes et adaptées : études, actions d'information ou de formation, initiatives en matière de prévention, de dépistage des situations à risque ou des signes avant-coureurs, protocoles spécifiques de prise en charge et de suivi.

Pour le ministre et par délégation
Le Directeur du cabinet,
D. LAURENT

GENOGRAMME

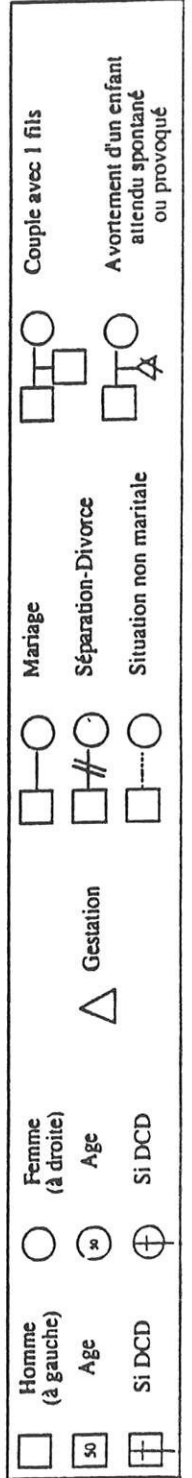


TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	12
HISTORIQUE	15
1. Evaluation des besoins	16
2. Projet médical	18
3. Projet d'implantation et d'organisation	20
3.1. Affectation des locaux	20
3.2. Effectif du personnel	20
3.3. Mise en oeuvre du projet	21
4. Information du public et des professionnels de la santé	22
ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT	23
1. Le personnel	24
1.1. Les effectifs	24
1.1.1. l'équipe médicale	24
1.1.2. l'équipe infirmière	24
1.1.3. les autres membres de l'équipe	24
1.2. La formation	25
2. Le service	27
2.1. Les locaux	27
2.2. Le règlement et fonctionnement	27
LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT	28
1. Accueil au service des Urgences	30
2. Prise en charge dans le service PASSERELLE	32
2.1. L'infirmière	32
2.1.1. l'entretien infirmier	32
2.1.2. le suivi quotidien du patient	33
2.1.3. la relation avec les autres intervenants	34
2.1.4. l'écoute téléphonique	34
2.2. Le médecin du service	34
2.3. Le pédopsychiatre et le psychiatre	35
2.4. L'assistante sociale	36
2.5. La psychologue	38
2.6. La surveillante	39
2.7. Les réunions de service	39
3. Prise en charge extra-hospitalière	41
3.1. Le médecin traitant	41
3.2. Les diverses instances	42
3.2.1. le Centre de Guidance Infantile	42
3.2.2. le Centre Médico-Psychologique	43
3.2.3. les autres instances	43
ETUDE DE TROIS ANNEES DE FONCTIONNEMENT	46
1. Motifs d'hospitalisation	48
1.1. Indications	48
1.2. Données chiffrées	49
1.3. Tentatives de suicide	53
1.4. Malaises, somatisations, syndromes dépressifs	55
1.5. Actes de violence	56
2. Etude statistique	57
2.1. Age et sexe	57

2.2. Service d'origine.....	63
2.3. Heures et jours d'admission.....	67
2.4. Origine géographique des patients.....	71
2.5. Destination de sortie.....	74
2.6. Suivi extra-hospitalier.....	77
2.7. Durée moyenne du séjour hospitalier.....	81
2.8. Taux d'occupation de PASSERELLE.....	81
AUTRES STRUCTURES.....	83
1. Structures hospitalières.....	85
1.1. En France.....	85
1.2. A l'étranger.....	87
2. Les relais associatifs.....	89
2.1. Prévention du suicide et prise en charge des suicidants.....	89
2.1.1. S.O.S. Suicide Phénix.....	89
2.1.2. Impasse et Devenir.....	89
2.2. Lutte contre la solitude et l'isolement.....	90
2.2.1. S.O.S. Amitié.....	90
2.2.2. Recherche et Rencontres.....	90
INTERETS - PROBLEMES RENCONTRES.....	91
1. Prévenir la récurrence.....	93
2. Le suivi des patients.....	95
3. Etude de dossiers.....	97
3.1. Exposés.....	97
3.1.1. cas n° 1.....	97
3.1.2. cas n° 2.....	99
3.1.3. cas n° 3.....	102
3.1.4. cas n° 4.....	104
3.1.5. cas n° 5.....	107
3.2. Commentaires.....	107
CONCLUSION.....	111
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	114
BIBLIOGRAPHIE.....	120
ANNEXES.....	123
Annexe I.....	124
Annexe II.....	128
Annexe III.....	132

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'il devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 54

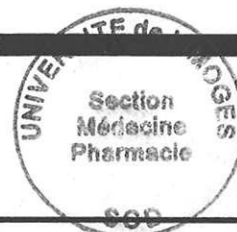
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

**MAFFRAND (Isabelle) ~ PASSERELLE : UNITÉ D'ACCUEIL D'URGENCE
DES PERSONNES EN SITUATION DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE
ET PSYCHOSOCIALE**

(Thèse : Méd.;Limoges;1995) 136 pages.



Résumé : Les situations de détresses psychologiques et psychosociales sont, de nos jours, de plus en plus nombreuses, et se soldent par des "passages à l'acte", dont les tentatives de suicide, de loin les plus fréquentes.

Une structure hospitalière spécifique, réservée à l'accueil de ces patients en état de "mal-être", a été créée en Mars 1992 au CHG de Tulle (Corrèze). Au sein de cette unité, une équipe pluridisciplinaire prend en charge ces patients, avec pour objectif principal d'éviter la récurrence.

Mots clés :

- ☞ Détresse
- ☞ Suicide (tentative de)
- ☞ Structure d'accueil
- ☞ Service pluridisciplinaire
- ☞ Urgence psychologique

JURY : Président : Monsieur le Professeur C. PIVA
Juges : Monsieur le Professeur J.-J. BOUQUIER
Monsieur le Professeur R. GAROUX
Monsieur J.-L. MOULIN, Professeur associé
Membres invités : Monsieur le Docteur A. COLLIGNON, C.H.G. de Tulle
Madame le Docteur I. BARTHELEMY, C.H.G. de Tulle