

Opération "Chaîne de vie" : les étapes de l'évaluation

Dr Catherine THEVENON

Chef du Secteur de Tourcoing / Neuville en Ferrain - EPSM Lille Métropole

Frank BONELLI

Interne en Psychiatrie

Dr Isabelle DANSET

Formateur Centre Régional d'Education à la Santé

France

Le projet "Chaîne de vie" se fonde sur la rencontre fréquente de situations de désespoir rencontrées par les soignants et les intervenants sociaux. Les difficultés à l'abord individuel des sujets en souffrance ou suicidaires se combinent à la méconnaissance des intervenants thérapeutiques qui mèneraient à une action conjuguée de qualité ; le sujet accède souvent tard aux professionnels spécialisés. Il est possible d'améliorer, sur un territoire circonscrit, les compétences de ceux qui sont au plus près des sujets en difficulté et de créer du lien entre ces acteurs de première ligne et les professionnels formés à l'aide, à l'écoute ou à la promotion de la santé. Un Comité de Pilotage a été constitué, associant des professionnels intervenant à Tourcoing, des élus et des partenaires associatifs. Le projet a été initié en 1999 ; après évaluation des besoins sur le terrain et des attentes des professionnels, une large action de formation et un travail en réseau ont été réalisés. L'évaluation pré- et post-programme a pour objet les attitudes et les comportements des professionnels face aux sujets à risque, la qualité de leur prise en charge et celle du travail en réseau.

Le projet d'un réseau d'intervenants à Tourcoing pour les personnes en souffrance psychique et/ou en crise suicidaire est né de la réflexion de soignants, d'assistants socio-éducatifs et d'enseignants, confrontés à des situations extrêmement difficiles, à la fois pour les sujets, et pour ceux chargés de les aider.

Globalement, les constatations sont toujours les mêmes :

- a) Certains sujets expriment un sentiment de souffrance, d'isolement ou des interrogations sur l'intérêt de l'existence à leur entourage immédiat (famille, amis), mais aussi aux professionnels avec lesquels ils ont des relations proches (aides à domicile, éducateurs, infirmiers, médecins).
- b) Les interlocuteurs de terrain ont des difficultés pour répondre. Ils ne savent pas quoi dire, ni quoi faire. Ils ont l'impression que leurs réponses, pleines de bon sens, sont "à côté". Ils craignent même qu'elles accentuent le sentiment d'incompréhension et de solitude du sujet.
- c) Les spécialistes savent comment répondre aux difficultés de ces sujets, mais ne les rencontrent que très rarement.

Finalement, les sujets en souffrance se sentent de plus en plus isolés et leur entourage de plus en plus incompétent. L'évolution de la situation peut mener à des comportements dangereux, voire auto-agressifs ou suicidaires. La personne en souffrance arrive alors - mais bien tard - auprès des professionnels dont la tâche est rendue plus difficile à cause de l'ancienneté du problème.

Il nous a paru pertinent d'améliorer les compétences de ceux qui sont au plus près des sujets en difficulté et de créer du lien entre ces acteurs de première ligne et les professionnels formés à l'aide, à l'écoute ou à la promotion de la santé. Au départ, le réseau "Chaîne de vie" a été initié par le Réseau Santé de Tourcoing, qui associe différents professionnels préoccupés d'améliorer le niveau de santé globale des Tourquennois (Plan Local d'Insertion, CPAM, structures d'intervention en toxicomanie et en alcoologie, Secteurs de Psychiatrie, Centre Hospitalier Général). L'élaboration du projet a nécessité la création d'un comité de pilotage comprenant, outre les membres du Réseau Santé intéressés, les soignants et le personnel administratif de l'EPSM et du Centre Hospitalier G. DRON, les élus locaux (Municipalité et Conseil Général), des responsables des collectivités territoriales, des membres d'associations locales (REAGIR, Espace Santé jeunes...) et des membres d'associations

d'usagers (UNAFAM). En 2001, le projet a bénéficié d'une subvention de l'Etat (38.000 €), au titre du Contrat pour la Ville et d'une participation financière de l'EPSM Lille-Métropole, ce qui a permis de former 150 personnes en trans-professionnel sur Tourcoing à la détection des sujets à risque selon les critères ANAES par le CRES, et de réaliser une plaquette d'information destinée aux usagers et aux professionnels de terrain. La mise en place de ce réseau, unissant des professionnels en interdisciplinarité, a été guidée par différentes évaluations, destinées à mieux connaître la situation et à valider les projets élaborés par le Comité de Pilotage:

1. Enquête OMS / Images et réalité (1999)
2. Enquête Suicidron (2000)
3. Enquête Professionnels (2001)

Enquête OMS / Images et réalité (1999)

Jusqu'en 1999, aucune donnée épidémiologique sur le site de Tourcoing n'était connue. Aucune enquête visant à mieux connaître le savoir de la population et ses attentes, en matière de pathologie mentale ou de soins psychiatriques, n'avait été menée. Cette situation, combinée à l'influence des "méga-institutions" asilaires locales, avait pour effet d'induire les soignants et/ou ceux qui avaient une pratique plus ou moins directe en santé mentale, à avoir des schémas de pensée, d'attitude ou d'action peu nuancés, souvent très "inspirés" par la psychiatrie traditionnelle, du fait de l'absence de confrontation directe avec l'extérieur, et notamment, la clientèle potentielle. Cette "étanchéité" rendait difficile les échanges avec les partenaires, les collectivités territoriales et les municipalités.

A l'abord du passage de la psychiatrie vers une santé mentale communautaire, il devenait urgent d'améliorer la connaissance du terrain en évaluant à la fois la prévalence des pathologies et l'opinion de la population sur le sujet. La perspective d'une localisation de l'ensemble des structures psychiatriques sur le site tourquennois imposait de faire coïncider étroitement l'offre de soins aux besoins et aux attentes. Ainsi, la réalisation d'une enquête épidémiologique, jointe à une évaluation de l'opinion des habitants, a paru être une opération pertinente et bienvenue à cette étape de l'évolution du dispositif sur le site.

METHODOLOGIE

L'enquête a été réalisée par l'Association Septentrionale d'Epidémiologie Psychiatrique avec le concours du Département d'Information Médicale de l'E.P.S.M. Lille-Métropole et le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la Recherche et la Formation en Santé Mentale. Il s'agit d'une enquête multicentrique, qui a été passée dans d'autres sites de la métropole (Lille-Hellemmes, Vallée de la Lys), dans d'autres sites en France (Marseille, Paris, Thuir, Nantes...) et dans des sites extra-européens (Île de la Réunion, Madagascar, Comores, Île Maurice, Martinique...).

Outils :

- Le Mini International Neuropsychiatrie Interview (MINI) traduit et développé par Yves Lecrubier et Sheehan, questionnaire de diagnostic psychiatrique structuré, à questions fermées ou pré-codées, peut être réalisé par des non-psychiatres ;
- Un questionnaire spécifique sur les représentations, concernant la santé mentale, développé de manière internationale par tous les sites d'enquête, selon une méthodologie OMS, comprend une cinquantaine de questions semi-ouvertes et fermées ;
- Un questionnaire socio-démographique

Les questionnaires étaient anonymes. Les sujets sollicités recevaient une information sur les objectifs et les conditions de l'enquête et donnaient leur consentement écrit pour la participation.

Population

Sexe

Femme	481 (53,39%)
Homme	420 (46,61%)
Total	901

Situation familiale

Célibataire	34,41%
Marié	49,44%

Niveau d'études

Cycle primaire terminé	17,67 %
Cycle secondaire non terminé	26,28 %
Cycle secondaire terminé	20,00 %
Niveau universitaire ou équivalent	29,88 %

Activité professionnelle

Oui	56,28%
Non	43,72%

L'enquête a été effectuée sur un échantillon représentatif de la population de Tourcoing (n=94200), choisi selon la méthode des quotas (en fonction de l'âge, du sexe et de la catégorie socio-professionnelle) ; elle s'est déroulée en deux phases, en février et en août 1999. Au total, 901 questionnaires (420 hommes et 481 femmes) ont été remplis par des étudiants en Carrière Sociale de l'IUTB de Carrières Sociales de Tourcoing et par des élèves des IFSI.

Etude des représentations

Selon vous, quelqu'un qui bat régulièrement son mari, sa femme ou ses enfants, est :

Fou	30.32 %
Malade Mental	40.69 %
Dépressif	8.47%

Selon vous, quelqu'un qui est violent envers les autres et les objets, est :

Fou	26.61 %
Malade Mental	44.32 %
Dépressif	11.58 %

Selon vous, quelqu'un qui est violent envers lui-même, est:

Fou	20.85 %
Malade Mental	47.94 %
Dépressif	22.97 %

Selon vous, quelqu'un qui délire, hallucine, est:

Fou	30.26 %
Malade Mental	46.72 %
Dépressif	8.57 %

Selon vous, quelqu'un qui est déficient intellectuel, attardé, est:

Fou	2.11 %
-----	--------

Malade Mental	50.06 %
Dépressif	1.78 %

L'ensemble des réponses des Tourquennois est homogène à celles données par les autres sites du Nord. Dans l'ensemble, les Tourquennois paraissent avoir une certaine capacité à identifier comme fait mental les pathologies psychotiques ou déficitaires. Les sujets perçus comme fous ou malades mentaux sont ceux qui présentent des troubles psychotiques (délire, hallucinations), ceux qui transgressent les interdits sociaux (violence, meurtre) ou ceux qui présentent une déficience intellectuelle. La dangerosité est essentiellement attribuée au comportement constaté (quelqu'un de violent est perçu comme deux fois plus dangereux que quelqu'un qui délire). Malgré tout, ces sujets fous ou malades mentaux sont plus facilement exclus de leur entourage ou de la société (réponse positive à 88 %) et l'hôpital psychiatrique, sous forme de contrainte, paraît pour 77 % des sujets interrogés le seul lieu de soins.

Selon vous, quelqu'un qui prend régulièrement des drogues (cannabis, héroïne, cocaïne ...) est :

Dépressif	20.98 %
Ni fou ni malade mental ni dépressif	58.71 %
Normal	28.33 %
Dangereux	79.18 %

Selon vous, quelqu'un qui boit régulièrement des boissons alcoolisées est :

Dépressif	30.63 %
Ni fou ni malade mental ni dépressif	61.93 %
Normal	41.62 %
Dangereux	74.05 %

Le diagnostic populaire de dépression est apprécié de façon plus restrictive que celui des psychiatres. Il concerne essentiellement la tristesse ou le geste suicidaire.

Selon vous, qu'est-ce qui peut rendre dépressif?

Origine événement de vie	26.45 %
Origine sentimentale	17.81 %
Origine relationnelle	11.70 %
Origine magico-religieuse	0.08 %
Origine socio-économique	13.99 %
Origine physique	6.04%
Société	4.28 %
Travail	8.72 %
Origine addictive	1.76 %
Autres	9.17 %

Plutôt inattendue est l'appréciation de la "normalité" de ces troubles : 65,48 % des sujets estiment la tristesse et 36,11 % le geste suicidaire comme du registre de la normalité.

Connaissez-vous d'autres lieux que l'hôpital psychiatrique pour soigner un dépressif?

Oui	79,78%
-----	--------

Si oui, lesquels?

CMP – CATTP - JH etc.	13.58 %
Cliniques Maisons de repos	25.93 %

Foyers IMP - MAS etc.	3.48 %
Eglises Temples Communautés	0.67 %
Maison Famille Entourage	44.78 %
Autres	11.56 %

A cette tolérance se combine la théorie populaire de l'origine du trouble. Alors que les conditions socio-économiques très précaires du site tourquennois semblent être, pour les observateurs, le facteur principal de souffrance psychique, les sujets interrogés l'attribuent essentiellement à des difficultés relationnelles ou à des événements de la vie de tous les jours. Cette représentation relationnelle de l'origine des troubles en population générale s'articule avec celle des réponses possibles aux situations de souffrance psychiatrique : la majorité considère que la maison, la famille et l'entourage sont capables de soigner les dépressifs.

Selon vous, comment peut-on soigner un dépressif?

Psychothérapie	15.57%
Consultation professionnel de santé	3.33 %
Traitement médicamenteux	28.95 %
Hospitalisation	3.73 %
Soutien relationnel	37.06 %
Prise en charge socio-éducative	2.27 %
Pratiques religieuses	0.08 %
Pratiques magico-religieuses	0.08 %
Ne se soigne pas	0.08 %
Ne sait pas	2.11 %
Autres	6.73 %

Les réponses quant aux moyens thérapeutiques privilégiés pour intervenir sur ces situations concernent d'abord le soutien relationnel, avant le traitement médicamenteux. L'hospitalisation ne paraît pas être un moyen privilégié d'intervention. Ceci explique peut être que le sujet n'est pas perçu comme exclu de sa famille ni du groupe social, bien que la souffrance de l'entourage soit reconnue.

Selon vous, est-ce qu'un fou souffre?

Oui	52,40%
-----	--------

Selon vous, est-ce que la famille d'un fou souffre?

Oui	96,89%
-----	--------

Selon vous, est-ce qu'un dépressif souffre?

Oui	96,33%
-----	--------

Selon vous, est-ce que la famille d'un dépressif souffre?

Oui	94.67 %
-----	---------

Prévalence des troubles psychiatriques

Questionnaire MINI

Pathologie révélée par le MINI (toutes pathologies confondues)

Oui	35,96%
Non	64,04%

Dépression

Oui	14,65%
-----	--------

Anxieux (anxiété généralisée, attaques de panique, agoraphobie)

Oui	24,08%
-----	--------

Psychose

Oui	2,11%
-----	-------

Anorexie boulimie

Oui	0,89%
-----	-------

Non	99,11%
-----	--------

Alcool

Oui	4,00%
-----	-------

Drogue

Oui	2,44%
-----	-------

Les chiffres sont, compte tenu de la petitesse des effectifs dans certaines pathologies, à considérer plutôt sous forme regroupée. L'importance de la dépression et des manifestations anxieuses est remarquable (50.61 % au total). Elle pose la question de l'adéquation du lourd dispositif de soins (majoritaire actuellement), destiné usuellement à une clientèle psychotique de faible effectif, avec l'accueil et le traitement de pathologies mentales réputées plus légères, mais concernant plus d'un tiers de la population. Le faible recours à des demandes de soins est-il imputable à la bonne tolérance du trouble, au faible niveau d'éducation à la santé d'une population d'un faible niveau social, à la résistance à la stigmatisation psychiatrique? Ou bien est-il dû à l'inadéquation du dispositif (localisation, organisation, délai d'attente, information et communication...)? D'une façon plus discrète, eu égard au petit nombre, la forte prévalence est également à considérer par rapport aux autres sites enquêtés des pathologies d'addiction (trouble des conduites alimentaires, alcoolisme et toxicomanie). Malgré tout, le faible chiffre fait évoquer une particulière difficulté pour les sujets interrogés d'admettre la réalité de comportement d'addiction, pour des raisons qui restent à élucider (non reconnaissance ou réticence à répondre), mais qui sont à rapprocher de la tolérance à l'égard de ce comportement.

Recommandations

L'examen des résultats de l'enquête d'opinion nous a incités à promouvoir certaines actions en vue d'une éducation à la santé mentale de la population. Il nous a permis aussi de faire évoluer nos structures, au départ très centrées sur la prise en charge organisée des pathologies mentales avérées (psychose, névrose, trouble de l'humeur graves), vers des services ambulatoires destinés à l'intervention rapide pour des situations de trauma et de crise.

Education à la santé mentale

Les réponses rendent compte d'une assez bonne connaissance populaire de la clinique d'une part, mais d'autre part, d'une sous-estimation des possibilités de soins et de prévention. Les Tourquennois envisagent de façon trop restrictive l'ensemble des possibilités de soins offerts. Le recours à l'hôpital et aux traitements médicamenteux ne sont pas les seules cartes que les secteurs de psychiatrie de Tourcoing peuvent proposer. Une des actions est donc de mieux faire connaître nos structures et, en particulier, celle dédiée à l'accueil d'urgence et de crise qui existe depuis plusieurs mois sur le site de l'hôpital général (DAC). Les opinions inscrivant folie/maladie mentale dans le champ des pathologies peu accessibles au traitement, et peu réinsérables dans la famille et le tissu social, mériteraient d'évoluer. C'est un des rôles de la Commission Extra-Municipale qui s'est récemment organisée à Tourcoing et qui rassemble les élus, les responsables de structures publiques, privées et associatives et les représentants des usagers.

Un autre axe concerne l'information sur les possibilités d'intervention pour des pathologies qui paraissent trop "normales" ou, à l'opposé, "désespérées" pour la population. Dire que la dépression et l'anxiété sont "normales" revient-il à estimer que ces troubles ne peuvent pas s'améliorer? Dire que la maladie mentale est "incurable" revient-il à croire que la place de ces personnes est en hôpital psychiatrique? Enfin, des alternatives à la gestion "psychiatrique dure" des comportements d'agression doivent être réfléchies, en partenariat avec les

intervenants locaux (logement, police municipale...). Ce n'est que par des propositions originales et innovantes de prévention et de gestion des crises qu'il sera vraiment possible de dédramatiser l'inscription des sujets handicapés psychiques dans l'espace du bloc, de la rue ou du quartier.

Evolution des structures

L'enquête a incontestablement favorisé des valeurs extrêmement précieuses pour les intervenants en santé mentale, dans la perspective d'une adéquation plus exacte aux préoccupations des usagers. En premier lieu, elle a été un facteur d'ouverture, ouverture aux partenaires qui furent nos premiers "testeurs" pour les questionnaires, puis nos relais pour leur passation, ouverture aux élus, directeurs d'instituts, journalistes, représentants de l'Etat ou de l'Eglise. Nous avons eu avec chacun une expérience singulière, en dehors des chemins que nous fréquentions habituellement. Nous avons eu des surprises, bonnes et mauvaises. Nous n'en avons pas rencontré d'indifférents. Ouverture ensuite aux usagers actuels ou potentiels de la psychiatrie. Nous avons trop facilement tendance à penser qu'ils pourraient être dans l'errance - voire dans l'erreur - faute de mal nous connaître. L'impression, à présent, est plutôt que, non seulement ils en connaissent déjà beaucoup, mais aussi qu'ils ont d'autres objectifs et d'autres stratégies. Ouverture d'esprit pour ceux d'entre nous qui n'envisageaient la "Recherche" que dans un monde aseptisé et déconnecté du vivant. L'enquête a également agi comme un lien puissant entre les membres d'une équipe, victimes par le passé d'une trop grande hiérarchie asilaire. Ces bons moments que nous avons passés ensemble ont été très riches. Mais ils auraient pu, en fin de compte, n'être que cela si le résultat du travail fourni n'avait pas été si prometteur pour l'avenir. C'est en effet à partir de ces données, que nous avons pu élaborer des stratégies d'interventions et d'actions, avec le minimum de risque d'erreur.

Situations d'urgence, de crise et de trauma

- * Réseau Chaîne de vie (1999) ;
- * Création du Dispositif d'Accueil et de Crise (2000) ;
- * Convention intersectorielle EPSM / CH DRON pour l'intervention de psychiatres et d'infirmiers aux urgences (2001) ;
- * Projet de création intersectorielle d'un Centre d'Accueil et de Crise (CAC) sur le site de l'hôpital général (2004).

Insertion des handicapés psychiques

- * Programme d'éducation des psychotiques (2000) ;
- * Commission extra-municipale d'insertion des handicapés psychiques (2001) ;
- * Appartements thérapeutiques / foyers de post-cure (2003).

Ces projets et réalisations, adaptés aux représentations actuelles, ne doivent pas rester figés mais s'inscrire dans un projet dynamique, allant de l'investigation de terrain à une offre de soins adéquats, pour une santé mentale vivante et permanente dans la ville de Tourcoing.

Enquête SUICIDRON

Les dossiers (au nombre de 271 sur 11 mois) de tous les sujets admis avec le diagnostic identifié de "tentative d'autolyse" aux urgences de l'hôpital DRON de Tourcoing ont été recensés, aux fins d'analyse des éléments socio-démographiques et cliniques et de définition d'une population cible du fait de la présence de critères de risque majeur. L'étude ne comprenait pas les sujets suicidants non admis dans le service des urgences (environ 20 % des cas selon les données nationales), ni les sujets admis directement dans un autre service (réanimation médicale, chirurgie ...). L'élaboration de l'enquête a réuni urgentistes et psychiatres EPSM. L'analyse des données a été réalisée par le DIRM de l'EPSM-LILLE Métropole (logiciel SPSS 1).

Données générales

Les renseignements concernant les horaires d'admission, les modalités d'entrée et les caractéristiques socio-démographiques sont équivalents à ce que montrent la plupart des enquêtes : la majorité des sujets sont surtout des femmes d'âge moyen. L'analyse de l'activité professionnelle et du mode de vie montre que toutes les catégories sont touchées.

Données médicales

L'ingestion médicamenteuse par psychotropes est majoritairement associée dans presque un tiers des cas à une alcoolisation. Les onze premiers médicaments utilisés représentent, à eux seuls, 50 % des produits absorbés et sont tous des psychotropes. Cet accès aux psychotropes, dont l'usage est réputé intense en France, témoigne d'une souffrance psychique préalablement installée.

Critères de dangerosité

La grille d'évaluation prévoit un examen des critères de dangerosité reconnus usuellement, à savoir, l'existence d'une maladie organique lourde, les antécédents psychiatriques, la récurrence (désir de mort persistant après le passage à l'acte). Par ailleurs, des items rendant compte du contexte avaient été prévus tant en ce qui concerne l'accessibilité au produit qu'en ce qui concernait les situations familiales difficiles.

Commentaires

Force est de constater que l'importance du nombre des critères non renseignés dans les dossiers somatiques et psychiatriques (50 à 70 %) rend impossible un examen sérieux de la cohorte. Ainsi, les facteurs de risque, l'évaluation des facteurs précipitants, la recherche des facteurs de vulnérabilité ne sont pas mentionnés dans les trois quarts des dossiers. L'information a-t-elle été recherchée? Les critères de dangerosité suicidaire étaient-ils connus? Notre hypothèse est double. D'une part, un manque de sensibilisation à la question du suicide est probable à cette époque, tout comme une difficulté à reconnaître la pathologie psychiatrique et sa gravité aux urgences. Le faible chiffre de 271 dossiers d'admission recensés pour tentative d'autolyse, alors qu'on en estimait 400, peut être imputé à ce manque de reconnaissance. D'autre part, l'absence de transcription de données identifiées comme facteurs de risque témoigne d'une difficulté à percevoir l'intérêt d'une transmission écrite. Pourquoi écrire, si on n'est pas sûr d'être lu ou compris? Y a-t-il alors perception de la nécessité d'un travail en réseau?

En fin de compte, l'étude SUICIDRON, destinée au départ à rendre compte d'une population par l'intermédiaire de deux équipes, apparemment soucieuses de la qualité de leurs prestations, devait faire évoluer la réflexion sur la mise en adéquation du dispositif, afin qu'il réponde au minimum aux exigences des recommandations de la conférence de consensus, et qu'il ne se réduise pas à une activité ponctuelle, au coup par coup et dont le bénéfice n'est pas certain.

Enquêtes professionnelles

Face à ces constatations, nous voulions mener une action-recherche nous permettant à la fois d'affiner nos idées quant aux attentes de nos partenaires et de les sensibiliser à notre approche. Nous avons donc réalisé une enquête auprès d'un panel de professionnels confrontés, en principe, à la question du suicide dans leurs pratiques à Tourcoing.

Matériel et méthode

Cette enquête a été réalisée à l'aide d'un questionnaire envoyé par voie postale. Il comprenait 10 items (QCM) abordant successivement les représentations que se faisaient les professionnels de la question du suicide à Tourcoing, la fréquence à laquelle ils y étaient confrontés, le sentiment qu'ils avaient de leur capacité à repérer ces

situations et à y répondre, ainsi que leurs attentes, en termes de formation (une question à réponse libre concernant les thèmes qu'ils voulaient voir aborder). Nous voulions interroger un panel de 300 professionnels, constitué de 150 médecins, identifiés à partir de l'annuaire des médecins et de 150 professionnels issus d'horizons variés, identifiés à partir du réseau "Chaîne de vie" via nos partenaires institutionnels. L'analyse des données a été effectuée par le DIRM de l'EPSM Lille-Métropole (Logiciel SPSS). Nous avons reçu 233 réponses pour 300 questionnaires envoyés. La population répondante était composée de médecins (70 dont 47 généralistes), d'infirmières (30), d'aide-soignantes (12), d'assistantes sociales (22), de professionnels issus de l'éducation nationale (25), de psychologues (6) et d'auxiliaires de vie (22). Le taux de répondants chez les médecins est identique à celui des autres professionnels. Nous n'avons pas relevé de différence statistiquement significative dans les réponses selon la profession. Si les répondants pensent très majoritairement que la question du suicide est préoccupante, s'ils semblent amenés à rencontrer fréquemment des situations de crise suicidaire, ils se sentent majoritairement incompétents pour déceler, accompagner ou orienter ces sujets en souffrance. Ils sont d'ailleurs très demandeurs de formation et de sensibilisation à la question du suicide et il est à noter la diversité des sujets qu'ils voudraient voir aborder. Le taux élevé de répondants chez les médecins semble témoigner d'un intérêt pour cette question qui contraste avec les constatations de l'enquête Suicidron. Notons que les médecins interrogés n'ont pas été présélectionnés (contrairement au reste de la population supra). Enfin il apparaît que les répondants seraient réceptifs à la mise en place d'un réseau les reliant à des professionnels experts.

CONCLUSION

En 2002, l'offre de soins en santé mentale à Tourcoing bénéficie de deux avantages nouveaux, à savoir un Dispositif d'Accueil et de Crise (DAC) destiné à prendre en charge, avec un délai zéro jour, les sujets en crise suicidaire, adressés ou non par l'urgence. Dans ce dispositif, situé au cœur des consultations de l'hôpital, des psychiatres et des psychologues accueillent et aident les sujets et leur entourage du lundi au vendredi. La mise en place du DAC a facilité l'accès aux soins ; les patients qui, autrefois, refusaient de se rendre en CMP après la première consultation à l'urgence ont moins de réticence à le faire dans le cadre anonyme et rassurant d'une consultation à l'hôpital général. L'équipe du DAC, tout comme celle des urgences et des 150 professionnels de terrain intervenant dans la ville de Tourcoing, a été formée, en 2001, à l'intervention en situation de crise suicidaire par les Professeurs Monique Seguin et Jean-Louis Terra, dans le cadre de l'Opération "Chaîne de Vie" ce qui constitue un indéniable progrès pour l'abord des personnes et le travail en réseau.

Cette méthode, élaborée par Monique Seguin, Professeur de Psychologie à l'Université de HULL (Canada), a été adoptée par la Conférence de Consensus organisée par la Fédération Française de Psychiatrie en 2000, suivie de recommandations éditées par l'ANAES. Actuellement, elle est enseignée pour la première fois aux étudiants en médecine. A Tourcoing, elle sera étendue auprès d'autres groupes, à leur demande (médecins du travail, équipes d'intervenants en gériatrie). Il serait souhaitable que les médecins libéraux, qui sont des partenaires privilégiés - car presque toujours interpellés par les suicidants et leur entourage -, se mobilisent pour cette formation. L'objectif vise à améliorer, chez les intervenants d'une aire géographique, la capacité à identifier, évaluer et traiter adéquatement les personnes qui présentent des idéations suicidaires. Ces opérations de formation s'accompagnent d'une évaluation, auprès des professionnels formés, mais aussi - et c'est là un aspect innovant - auprès des patients eux-mêmes. Au total, l'intérêt, en matière de crise suicidaire, de dépasser la confidentialité de l'entretien duel et non structuré, pour réaliser une prise en charge élaborée des situations, semble indéniable. Il serait judicieux, pour valider vraiment l'intérêt de la formation et d'une organisation des soins appropriée et réactive à la demande, de répéter, en 2002, l'étude Suicidron. Cette étape sera prochainement réalisée et nous sommes confiants dans ses résultats. En effet, le simple examen des dossiers restituant la première consultation psychiatrique aux urgences suffit pour témoigner du souci de rigueur dans l'évaluation de la situation et le travail en réseau. D'une façon plus générale, ces études nous montrent combien le patient est en demande de soutien et d'aide lors d'une consultation en situation de crise suicidaire. Trouver une écoute, pouvoir parler de ses difficultés, se sentir soutenu, aidé, et surtout compris, lui permettent de retrouver dès le premier contact un peu d'espoir et d'accepter de se faire aider par les professionnels.

Trouver une écoute, pouvoir parler de ses difficultés, se sentir soutenu, aidé, et surtout compris, permettent au patient de retrouver dès le premier contact un peu d'espoir et d'accepter de se faire aider par les professionnels.

Ce type d'action ne peut s'improviser, des efforts doivent être faits pour approcher plus systématiquement les idées suicidaires, notamment en ce qui concerne le projet et les moyens prévus par le patient. L'évaluation systématique et régulière par les patients paraît être un très bon moyen de rendre compte de la qualité des services qui leur sont proposés. Cette action propre aux structures de soins s'arrime à un travail en santé communautaire. Grâce à un financement par l'État et par une participation financière de l'EPSM-LILLE Métropole, le réseau "Chaîne de Vie" s'est largement développé et structuré. Les subventions allouées sont prioritairement destinées à la formation de professionnels exposés à cette population en souffrance (soignants mais aussi acteurs sociaux, éducateurs, enseignants...). La formation "prévention du suicide" proposée par le Comité Régional d'Education à la Santé (CRES Nord Pas-de-Calais) vise à identifier, à évaluer les personnes à risque suicidaire et à proposer un accompagnement adéquat. L'appel au spécialiste n'est pas toujours nécessaire, et les professionnels sont formés à véritablement travailler dans le cadre d'un réseau interactif. Les professionnels apprennent à ne pas rester seuls pour gérer ces situations, mais aussi à les aborder directement avec le sujet en souffrance.

Bibliographie

APPLEBY L., SHAW J., AMOS T., MAC DONNEL R., HARRIS C., *Suicide within 12 months of contacts with mental services*, in National clinical survey British Medical Journal 318, 1235-1239, 1999.

Association Québécoise de Suicidologie, *Position de l'association sur une stratégie provinciale en prévention du suicide*, 1996.

BENJAMIN A., *The Helping Interview*, (2nd ed.) Boston Houghton Mifflin, 1981.

BERGERET J., ACHAINTE A., BECACHE A., BOULANGER J.J., CHARTIER J.P., DUBOR P., HOUSER M., LUSTIN J.J., *Psychologie pathologique*, 3^{ème} éd. Masson Paris, 1979.

CAGLAR H., LADAME F., RAIMBAULT G., SAMY M.H. , *Adolescence et suicide*, ESF Editeur Paris, 1991.

CHALIFOUR J., *Enseigner la relation d'aide*, Gaëtan Morin Editeur, Montréal, 1993.

CHALIFOUR J., *L'intervention thérapeutique*, Vol. 2 *Stratégies d'intervention* Gaëtan Morin Editeur, Montréal. 1999.

Classification Internationale de Maladies – CIM X.

Conférence de consensus ANAES, *La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge*, 19 et 20 octobre 2000.

DENIS J.F., GAGNON J. & GAGNON F., *Examen psychiatrique*, Dans Lalonde P., Aubut J. & Grunberd F. (Eds.) *Psychiatrie Clinique. Une approche bio-psycho-sociale* (pp. 34-69), Gaëtan Morin Editeur , Montréal, 1999.

Direction de la Santé Publique, *S'entraîner pour la vie, proposition d'une stratégie québécoise d'actions face au suicide*, Gouvernement du Québec, Ministère de la santé et des Services Sociaux, 1997.

GUNNEL D., FRANKELL S., *Prevention of suicide, aspirations and evidences* British Medical journal, 308, 1227-1233, 1999.

HACKNEY H., CORMIER L.S. *Counseling strategies and objectives*, (2nd Edition) Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall, 1979.

HAWTON K. HOUSTON K., SHEPPERD R., *Suicide in young people Study of 174 cases aged under 25 years, based on coroner's and medical records*, British Journal of Psychiatry 175, 271-276, 1999.

HÉTU J.L. , *La relation d'aide*, Gaëtan Morin Editeur, Montréal, 1990.

Itinéraires des déprimés. Réflexion sur leurs trajectoires en France - Rapport du groupe d'experts présidé par Pr P.J. Parquet, janvier 2001.

CHABANNES J.P., DEBOUT M., *Suicide et Culture D.G.5.*, Groupe d'Etudes et de Prévention du Suicide, 1995.

CHOQUET M., PHILIPPE A., HASSLER C., *Evaluation d'une action visant à améliorer la prise en charge des jeunes suicidants (15-24 ans)*.

SHEEHAN ET LECRUBIER MINI (Mini International Neuropsychiatrie Interview) .

MUCHIELLI R., *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*, Editions ESF, Paris, 1982.

PARADISE LV. & WILDER D.H., *The relation ship between client reductance and counseling effectiveness*, Counselor Educational and Supervision, 19, 35-41, 1979.

PREMUTAN, *Prévention du suicide: état des lieux 1995-1997*, Bilans régionaux réalisés par le F.N.O.R., Edition FNMF, mars 1998.

Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, *Le Suicide ...Quoi faire?*, 1996.

ROY A., *Consumers of Mental Health Services*, Suicide and Life Threatening Behavior, 31, 60-83, 2001.

SANTE C., *Le suicide au Canada: mise à jour du rapport du groupe d'études sur le suicide au Canada*, ESF Editeur Ottawa, 1994.

SÉGUIN M., *Le suicide: comment prévenir, comment intervenir ?*, Editions logiques, Montréal 1991.

SHEA S.C., *Psychiatrie Interviewing*, p. 55-133, 1988.