



ENQUÊTE SUR LA PRISE EN CHARGE DES JEUNES SUICIDANTS À PARTIR DE LEUR PASSAGE DANS UN SERVICE RÉGIONAL D'ACCUEIL DES URGENCES

I. MILLOT, C. MORGNY, P. BESSE, B. LEMERY, A. GISSELMANN

Mars 2000

Enquête réalisée sur financement du *Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire de la CNAMTS*

Un Programme régional de santé sur la prévention du suicide a été mis en place en Bourgogne (1998-2002). Dans ce cadre, une **étude pilote** a été conduite pour connaître la **prise en charge, le devenir et le suivi des jeunes suicidants** à partir du Service régional d'accueil des urgences (SRAU) du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Dijon. Les résultats constituent un bilan de l'existant pour les professionnels susceptibles de recevoir cette population particulière.

MÉTHODOLOGIE

Une étude **prospective**, quantitative et qualitative, sur le suivi de jeunes suicidants a été conduite du 01/02/1998 au 31/01/1999.

La **population** est constituée de l'ensemble des jeunes de 16 à 25 ans admis au Service régional d'accueil des urgences (SRAU) du CHU, pour tentative de suicide, ayant donné leur consentement écrit. Un relevé d'informations au moment de l'entretien initial à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du SRAU par le médecin psychiatre a été effectué pour l'ensemble des jeunes.

La **collecte** des données s'appuie, pour ceux qui ont accepté de participer à l'enquête, sur :

- Des fiches de liaison adressées au professionnel ou au responsable de structure proposé pour le suivi du patient dans le mois suivant la sortie, puis trois mois après ;
- Un entretien téléphonique réalisé systématiquement avec chaque jeune suicidant majeur, 3, 6 et 12 mois après son passage aux urgences, par le médecin de l'ORS ;
- Un entretien individuel approfondi proposé systématiquement aux jeunes majeurs et réalisé auprès d'une vingtaine de jeunes par la sociologue de l'ORS.

Le dossier a obtenu l'accord de la Commission Nationale Informatique et Libertés.

Pendant l'année d'inclusion de l'enquête, 109 jeunes ont fait l'objet d'un remplissage de questionnaire à l'accueil des urgences. Parmi eux, **89** (plus de 80%), ont donné leur consentement pour la participation à l'enquête.

✓ Pas le premier geste suicidaire dans 40% des cas

Les caractéristiques socio-démographiques comme les modes de passage à l'acte des jeunes suicidants sont identiques à celles retrouvées dans l'ensemble des études concernant cette population. La tentative de suicide-index, à partir de laquelle sont inclus les jeunes, n'est pas la première dans 40% des cas.

À l'arrivée au CHU, toute personne ayant fait une tentative de suicide est **systématiquement hospitalisée 24 à 48 heures** à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Un entretien psychiatrique a lieu le plus souvent le lendemain de l'acte, dans ce service, puis l'orientation est décidée. Cette période d'hospitalisation est plutôt bien vécue par la majorité des jeunes.

L'entretien psychiatrique au décours ou à l'issue de cette période est par contre souvent critiqué pour sa brièveté et le moment parfois mal choisi (troubles de la vigilance liés à l'absorption médicamenteuse notamment). Il semble

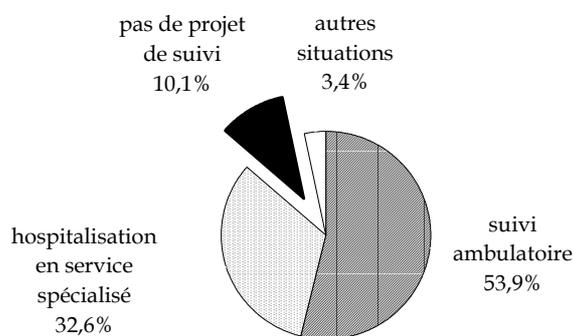
que cet entretien est plus apprécié lorsqu'il est effectué par un **psychiatre confirmé**. Ceci rejoint les recommandations de l'ANAES qui préconisent que pour la première évaluation, la démarche soit confiée si possible, à un psychiatre formé à l'approche des adolescents.

✓ **10% de sorties de l'hôpital sans projet de suivi**

Dans l'échantillon enquêté, on compte deux refus absolus de prise en charge après la sortie de l'UHCD. Quelques jeunes sortent avec les coordonnées écrites du service hospitalier en cas de besoin, ce qui correspond également souvent à un refus de prise en charge spécialisée. Au total, ce sont **10% des jeunes enquêtés** qui ne souhaitent pas de prise en charge suite à leur brève hospitalisation.

Plus de la moitié des jeunes sont incités à poursuivre une prise en charge en milieu ambulatoire à la sortie de l'UHCD. L'éventail des orientations décidées après cette courte hospitalisation est assez large, reflétant la **diversité des modes de prises en charge** possibles.

Les orientations des jeunes participant à l'enquête



Autres : 2 retours en prison, un rapatriement sanitaire

Détail des orientations proposées vers le milieu ambulatoire

Orientation	Effectif
Psychiatre libéral	13
Psychiatre hospitalier	13
Pédopsychiatrie	5
Psychologue libéral ou hospitalier	3
Centre médico-psychologique (CMP)	5
Centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP)	9
Total	48

✓ **L'orientation prescrite non suivie dans plus d'un tiers des cas**

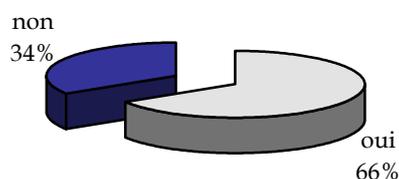
Les orientations vers une **consultation pédopsychiatrique** sont toujours suivies à une exception près, mais la moyenne d'âge est plus faible et pour cette population la décision est encore le plus souvent prise par les parents.

Quand l'orientation est faite vers une **consultation hospitalière**, cette recommandation n'est suivie qu'une fois sur deux. Les jeunes peuvent avoir un mauvais souvenir du passage au CHU et n'ont pas envie d'y revenir en consultation. Ils peuvent également avoir envie "d'oublier le geste". Toutefois, interrogés sur l'appréciation qu'ils ont de leur acte suicidaire avec le recul de 6 mois, ils sont très peu nombreux à dire qu'ils veulent oublier à tout prix.

L'orientation vers un **psychiatre ou un psychologue libéral** est régulièrement suivie mais souvent ce professionnel est déjà connu du jeune avant son geste.

Il est difficile de trouver des pistes pour essayer d'"accrocher" le jeune et l'inciter à un suivi. Une seule fois en effet, un jeune a cité un problème financier pour expliquer l'absence d'engagement d'un suivi. Sinon, les explications sont centrées sur l'inutilité attendue d'une telle prise en charge.

L'orientation prescrite à la sortie de l'UHCD a-t-elle été suivie ?



✓ Une forte proportion d'hospitalisations spécialisées

Un tiers des jeunes suicidants sont **hospitalisés en milieu psychiatrique**. Les jeunes hospitalisés en secteur psychiatrique adulte pour la première fois sont très souvent surpris. Ils sont inquiets d'être rapprochés de patients plus âgés ou avec des troubles psychiatriques marqués, et se plaignent fréquemment de la sensation d'emprisonnement. On relève d'ailleurs presque un quart de sorties contre avis médical des jeunes suicidants dans les services de psychiatrie adulte.

Après ces hospitalisations, l'orientation prescrite est presque toujours suivie. On peut penser que quand le jeune a été "accroché" lors de l'hospitalisation, il est convaincu de l'intérêt d'un suivi spécialisé, même s'il n'a pas apprécié les conditions de ce séjour hospitalier. Il faut cependant garder à l'esprit que les jeunes pour lesquels on décide une hospitalisation en milieu psychiatrique à la suite de celle à l'UHCD sont différents de ceux qui ne sont pas hospitalisés. Ainsi, une part des jeunes orientés vers un suivi ambulatoire auraient probablement refusé une hospitalisation. Ils échappent donc plus souvent au suivi, étant moins volontaires pour être pris en charge. Par ailleurs, l'hospitalisation est souvent décidée en fonction de critères de gravité comme un risque de récurrence ou des troubles psychiatriques.

✓ Le médecin généraliste, un acteur important

Plus d'un jeune sur deux déclare se confier volontiers à lui. On peut rapprocher de ce constat les résultats de travaux épidémiologiques qui indiquent que l'adolescent consulte peu mais que son choix se porte préférentiellement sur le médecin généraliste. Pour les jeunes qui refusent un suivi spécialisé, il reste parfois le seul interlocuteur. Il a également un rôle majeur dans la relation avec les parents. Toutes ces tâches ne sont pas faciles. Concerné à la fois par la prévention primaire et par la prise en charge et le suivi, peut-être faudrait-il trouver les moyens d'impliquer le médecin généraliste plus souvent ou mieux ?

✓ Un besoin d'informations

L'analyse des entretiens approfondis soulève deux problèmes : l'information sur les pratiques et lieux professionnels d'une part, la représentation de l'univers psychiatrique, du suicide, et plus largement de la maladie mentale d'autre part.

Les entretiens rappellent l'importance **d'informer les jeunes** sur les fonctions assurées par les différents professionnels psychiatres et psychologues : c'est-à-dire en quoi consiste leur travail et comment il se déroule, quelles méthodes sont utilisées pour le mener, que peut-on attendre d'un suivi par l'un et/ou l'autre, à court, moyen et long terme... Ces informations permettraient une meilleure adhésion du jeune et lui éviteraient les désillusions qui participent à la décision d'arrêt d'une prise en charge.

Concernant **les représentations**, certains font réellement un blocage quand ils évoquent craintivement le psychiatre, les services de psychiatrie, les patients hospitalisés dans ces lieux. Accepter l'idée de devoir être pris en charge par ces professionnels, c'est se

reconnaître des maux communs avec les autres patients. Ces professionnels spécialisés et ces lieux spécifiques ne sont pas considérés comme leur convenant. Les jeunes suicidants formulent des demandes en termes de structures et de types d'accueil spécifiques dans lesquels ils pourraient être entourés d'autres jeunes avec lesquels ils pourraient, à la demande, partager des activités et des temps de parole. Quoi qu'il en soit, les jeunes attendent des professionnels : compréhension, empathie, écoute non discriminante, et disponibilité.

✓ Devenir de la population pendant l'année...

Les 16-25 ans forment une **population très mouvante**. Ils vivent beaucoup de bouleversements : études, emploi, famille, vie affective et sentimentale.

Le taux de prise de contact avec les professionnels ou les structures proposés est élevé mais les suivis sont souvent brefs, les jeunes cessant la prise en charge après une ou deux consultations.

Cependant, au moins 37% des jeunes inclus dans l'enquête étaient toujours suivis à 3 mois, et 11% l'étaient encore à un an.

Classiquement le **risque de récurrence** est très important dans les 6 à 12 mois qui suivent une tentative de suicide, ce d'autant plus que l'individu est jeune. Nous avons eu connaissance de 10 récurrences dans l'année, soit un taux de **11%**, un des plus faibles de la littérature, puisqu'ils vont de 10% à 47% selon les études.

On peut cependant rappeler que dans l'échantillon, une forte proportion de jeunes avait déjà fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Aussi, les efforts devraient aussi porter sur la prévention de la récurrence auprès de ces jeunes.

Pour conclure

Les résultats de ce travail sur la prise en charge des **suicidants hospitalisés** doivent être tempérés par le fait qu'en matière de tentative de suicide, moins d'un adolescent (11-19 ans) sur quatre est hospitalisé. On peut espérer que la proportion d'hospitalisations des jeunes suicidants a augmenté depuis la mise en place du programme régional de santé, avec une mobilisation récente sur ce thème.

Les entretiens téléphoniques ou en face-à-face sont très lourds en termes de charge de travail. Ils ont néanmoins permis d'obtenir une certaine qualité des informations (plus nuancées, plus subtiles), qui justifie ce mode de recueil pour l'abord de ce type de sujet.

L'importance des retours des fiches de liaison témoigne de la très bonne participation à l'enquête des professionnels et de leurs motivations sur ce thème.

Enfin les résultats qui constituent un premier bilan de l'existant, mettent en lumière l'objectif spécifique de cette étude qui est de sensibiliser les différents intervenants susceptibles de recevoir des jeunes suicidants aux attentes de cette population particulière.

Pour en savoir plus :

- Haim A. *Les suicides d'adolescents*. Paris : Payot, 1969.
- Jeammet Ph, Birot E. *Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte*. Coll. Psychiatrie de l'enfant, Paris: PUF, 1994.
- Ladame F, Ottino J, Pawlak C. *Adolescence et suicide*. Coll. Médecine et Psychothérapie, Paris : Masson, 1995.
- Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*. Recommandations pour la pratique clinique. 1998.
- Pommereau X. *L'adolescent suicidaire*. Paris, Éditions Dunod 1996.

Le rapport complet est disponible à l'ORS

Nous tenons à remercier tous les jeunes qui ont accepté de participer à cette étude, ainsi que les professionnels soignants, médicaux et paramédicaux, sollicités pour le recueil de données.