



Le Plan National Suicide en Midi-Pyrénées

une impulsion nationale confrontée aux réalités régionales

Dès que la prévention du suicide a été affirmée comme priorité nationale de santé publique, il m'a paru important de porter une attention particulière à sa mise en œuvre dans notre région. En effet, même si Midi-Pyrénées ne figure pas parmi les régions les plus touchées par cette cause de décès, le suicide y représente comme ailleurs un douloureux problème de santé qui interpelle autant le citoyen que le décideur.

Il est essentiel de réussir dans ce domaine à mobiliser le plus grand nombre d'acteurs institutionnels, professionnels et associatifs. Le comité de pilotage qui a été installé pour orienter et impulser la stratégie régionale témoigne de cette volonté. Les priorités d'action qu'il a contribué à définir seront reprises et amplifiées dans le cadre du Plan régional de santé publique (PRSP) actuellement en cours d'élaboration.

Dans ce contexte, j'ai souhaité que ce numéro spécial des "Dossiers de Vecteur Santé" fasse le point, après deux années de partenariat actif, des réalisations régionales et des dynamiques déjà engagées.

La journée régionale qui aura lieu à Toulouse le 1er février 2005 sera un temps fort de la semaine nationale sur la prévention du suicide. Le thème traité, "Prévention et conduites suicidaires chez l'adolescent : perspectives et incertitudes", est au cœur de nos préoccupations.

Jean-Pierre Rigaux
Directeur Régional des
Affaires Sanitaires et Sociales

L'action régionale face au suicide s'appuie naturellement sur la stratégie nationale, qui a érigé la prévention du suicide en priorité, et qui a été mise en place pour cinq ans sur la période 2000-2005. Ce Plan quinquennal définit le fait suicidaire comme un des problèmes de santé les plus importants en France et fixe l'objectif de réduire la mortalité par suicide et de passer sous la barre symbolique des 10 000 morts par suicide et par an en France.

Il s'organise autour des axes suivants :

- Favoriser la prévention du geste suicidaire
- Améliorer la prise en charge
- Améliorer la connaissance sur un plan épidémiologique

La Région Midi-Pyrénées s'est organisée en désignant un binôme de référents régionaux, en qualité de chefs de projet du plan régional suicide : M. Bouchet, Médecin Inspecteur de Santé Publique et G. Porta, Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales).

De plus, un groupe technique a été constitué, au niveau régional, pour venir en appui technique des deux chefs de projet et conduire le projet régional dans un cadre

partenarial. Ce groupe technique a initialement été composé de huit personnalités : deux universitaires régionaux, M. le Pr Raynaud, psychiatre et Mme Bourdet-Loubère, psychologue ; M. le Dr Franc, psychiatre (cellule d'Urgence Médico-Psychologique), membre du Groupement d'Etudes et de Prévention du Suicide ; Mme le Dr Cayla, observatoire régional de la santé ; M. le Dr Bensoussan de l'URML ; Mmes M. Bergis, Capdepon et Servat, médecins inspecteurs de santé publique en DDASS.

Ce groupe a fonctionné de façon permanente depuis le lancement du plan national et apporte son expertise à la mise en œuvre des actions. Il a été élargi, en 2003, à une association concernée par la prévention du suicide (lien avec les usagers) : Mme le Dr Darroy, Présidente de Recherche et Rencontres, Mme Millon, Directrice de Recherche et Rencontres.

Deux actions prioritaires ont été impulsées dès le départ :

Les formations au repérage de la crise suicidaire :

C'est une des priorités du Plan National Suicide de favoriser la formation de l'ensemble des acteurs de terrain, de façon pluriprofessionnelle et intergénérationnelle, au repérage de la crise suicidaire comme un des moyens de réduction du nombre de suicides. Les personnes formées devenant personnes "ressources" pour leur institution.

Le binôme universitaire psychiatre et psychologue, Monsieur le Professeur Raynaud et Madame Bourdet-Loubère, a été formé au niveau national afin de garan-

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

JP Rigaux,
Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales

RÉDACTION

M. Delarue,
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

COMITÉ DE RÉDACTION

G. Porta, Dr M. Bouchet, Dr E. Forichon,
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

RÉALISATION TECHNIQUE

Ch. Andrieu,
Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées

tir une homogénéité des apports sur le territoire national, et de répercuter la formation au rythme de 3 sessions de formation par an sur 3 ans pour 20 acteurs de terrain. En Midi-Pyrénées, le choix a été fait de répercuter ces formations au plus près des acteurs de terrain, soit au niveau départemental avec l'appui des DDASS concernées afin de faciliter, grâce à l'identification et l'implication des personnes ressources, un travail en réseau. Cette action coordonnée de formation a permis de former, de façon pluridisciplinaire, au cours de 10 sessions de formation délocalisées, près de 250 professionnels relais sur la Région. Tous les professionnels du champ sanitaire, social, éducatif et judiciaire ont été concernés et un effort important de sensibilisation auprès de l'Union Régionale des Médecins Libéraux a permis la participation, à chaque session de formation, de médecins libéraux.

L'accent a été mis, fin 2003 et en 2004, sur le développement de formations à destination des personnels pénitentiaires et des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral, grâce à la mobilisation d'un deuxième binôme de formateurs spécifiques sanitaire et pénitentiaire exerçant au SMPR, Monsieur le Docteur Laurencin psychiatre, médecin chef et Madame Bec psychologue (tous les deux ayant intégré tout naturellement le groupe technique). Ces formations spécifiques sont restées pluridisciplinaires et ouvertes aux personnes ressources hors champ pénitentiaire pour favoriser les échanges de pratiques et le renforcement de réseaux locaux dans le cadre de la réinsertion du détenu.

Cette action de formation a permis la mobilisation des acteurs de santé sur la thématique suicide, la diffusion large d'une formation à la crise suicidaire dans le champ sanitaire et social et dans le milieu carcéral. Elle a également favorisé la collaboration inter institutionnelle entre les services déconcentrés des ministères de la santé et de la justice.

La réalisation d'un audit clinique dans onze Services d'Accueil et d'Urgences de la région

La procédure d'audit relative à la prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide dans les services d'accueil et d'urgence réalisée par l'ANAES (M. le Dr Pignal et M. Périssé) avec le soutien de la DRASS, consistait en une auto évaluation par les établissements de santé concernés de l'accueil des suicidants dans leur établissement. Conformément au protocole ANAES, cette évaluation des pratiques s'est déroulée en deux temps, durant la période 2001-2002.

Après une présentation de la méthodologie de l'audit aux responsables désignés par les établissements de santé, un premier audit a été conduit, destiné à mesurer les pratiques de prise en charge réalisées sur une série de 30 patients, âgés de 15 à 35 ans, accueillis en service d'urgence et ayant fait une tentative de suicide.

Une nouvelle auto évaluation à un an a été demandée dans chaque établissement et selon le même protocole pour mesurer les écarts après mise en place d'une stratégie d'amélioration, élaborée par l'établissement lui-même, des pratiques et d'amélioration des conditions de prise en charge.

Les onze établissements de santé ont effectué la première phase de l'audit et un seul a pu réaliser la deuxième auto évaluation.

Les difficultés qui ont été révélées concernent :

- La technique elle-même de l'audit peu familière aux acteurs ; elle nécessite une forte appropriation collective, du temps et de la rigueur.
- Les établissements de santé qui ont des difficultés à adopter une démarche nouvelle transversale et qui sont face à une problématique de priorités et de moyens.
- Les professionnels de santé confrontés souvent à l'étalement entre le dossier médical et le dossier social.

Ces difficultés sont accentuées en fonction de la taille des établissements.

Cependant il ressort de cet audit que la technique de l'audit est à vulgariser comme outil d'amélioration de la qualité des soins. Cela favorise l'implication des établissements de santé en tant qu'acteurs collectifs de prévention intégrée aux soins.

Une troisième priorité est en cours d'élaboration depuis 2003 pour une concrétisation en 2004 :

Mise en place d'un outil de communication et d'information Suicide

Des outils de communications destinés aux professionnels, aux usagers et aux familles sont en cours de préparation. Il est prévu trois sortes de documents, devant être diffusés en 2004 :

- Un guide de recommandations des médecins généralistes (dépistage et conduites à tenir),
- Deux plaquettes d'information pour le repérage des signaux d'alerte et des conseils de conduite à tenir :
 - l'une sur le suicide des adolescents,
 - l'autre sur le suicide des personnes âgées.

Ces actions ont été mises en œuvre sur le terrain au regard de l'objectif national de diminution du nombre de suicide. Il paraît nécessaire que leur efficacité puisse être objectivée en terme de réduction des tentatives de suicide et de décès par suicide. Cela impliquerait une évaluation des actions entreprises et de leur impact.

Mireille BOUCHET, Médecin Général de Santé Publique, **Gérard PORTA**, Inspecteur Principal de l'Action Sanitaire et Sociale, **référénts suicides régionaux.**



Jeunesse et suicide

Raymond Fourasté, Professeur des Universités, Psychopathologie, IUFM Midi-Pyrénées, Médecin, Psychiatre et Psychanalyste, Praticien-Attaché des Hôpitaux, CHU Toulouse

L'agressivité fait partie de la dynamique identitaire. Isolés ou en groupe, commis en ville, en banlieue ou à la campagne aussi bien par des enfants de milieux fortunés que de milieux modestes, scolarisés, étudiants, ouvriers, ruraux, demandeurs d'emploi ou sans formation, d'éducation, de confession, d'opinions politiques ou de cultures différentes, des faits graves de désespérance sont rarement lus en termes d'actes autodestructeurs. Il est plus facile de médiatiser l'exceptionnel que d'en appréhender les raisons...

Plutôt que de quantifier pour nous rassurer, essayons de qualifier l'innommable, le désarroi commué en atteinte à soi et à autrui...

Suicides, addictions, prises de risques seraient-ils uniquement des symptômes de personnalités pathologiques et d'entités psychiatriques ? La donne pathologique est bien présente mais plus rare qu'on ne voudrait le laisser croire. La pathologie ne résume pas le délicat problème de l'identité meurtrie. Qui est ce grand garçon, cette toute jeune fille qui s'échappe de l'enfance, découvre sa sexualité, son corps, ses émotions, ses affects face à l'âpreté sans concession du monde adulte ? Qui est cet adolescent morose, blasé ou révolté qui jette sa perplexité existentielle dans la marginalité, perpétue des actes antisociaux et des comportements délictueux ? Qui est ce jeune adulte provoquant, échoué de l'école, délaissé de la société ? Etre, exister, vivre sont des verbes, non des réponses. Les jeunes, à juste titre, veulent des réalités, non des mots...

L'Europe, l'Amérique du Nord, l'Australie, le Japon, oublieraient-ils que l'acte suicidaire est un indicateur de malaise social et culturel... ? Tout passage à l'acte sur soi permet d'éprouver les limites de sa propre vie. La violence envers autrui permet de faire sien la mort au-travers des blessures imposées aux autres.

Pulsions de vie et de mort se confondent en une pulsion unique. Le suicide et ses équivalents en résultent, là où le narcissisme est blessé, là où l'identité est atteinte, dégradée, désavouée, bafouée, là où l'enfant, l'adolescent, le jeune ne rencontre pas son image dans le miroir de la vie... ■

Des chiffres

Le suicide, première cause de mortalité chez les hommes de 15 à 44 ans...

En 1999, plus de 10 000 décès par suicide ont été déclarés en France, ce qui représente 2% des décès. Ce nombre de décès est en outre vraisemblablement sous-estimé, une enquête de l'INSERM sur les décès de cause indéterminée évaluant à environ 7% cette sous-estimation. Plus de 70% des décès par suicide concernent des hommes. L'incidence du suicide varie fortement avec l'âge : elle augmente jusqu'à 40 ans, reste relativement constante jusqu'à 70 ans, puis augmente fortement, surtout chez les hommes. Dans la population âgée de 15 à 44 ans, les suicides constituent la première cause de décès chez les hommes et la deuxième chez les femmes. Les modes de suicide les plus fréquents sont la pendaison (38%), les armes à feu (24%) et l'ingestion de substances toxiques (14%). Les noyades sont moins souvent recensées. Les hommes se suicident principalement par pendaison ou par armes à feu, les femmes par pendaison ou par ingestion de toxique.

et parmi la plus élevée d'Europe

Selon les statistiques Eurostat, sur la période 1997-1999, les taux standardisés de mortalité par suicide en France atteignent 26 pour 100 000 habitants chez les hommes et 8,7 chez les femmes. Ils sont parmi les plus élevés des pays de l'Union européenne.

La France occupe ainsi le 3ème rang le plus défavorable derrière la Finlande (37,7) et l'Autriche (28,3) pour les hommes et le 2ème rang le plus défavorable derrière la Finlande (9,7) pour les femmes.

Midi-Pyrénées parmi les régions les moins touchées

- Sur la période 1997-1999, environ 370 personnes sont décédées par suicide en moyenne chaque année en Midi-Pyrénées, soit 1,4% de l'ensemble des décès toutes causes (2% en moyenne nationale). Le suicide touche près de trois fois plus les hommes que les femmes (265 décès masculins et 105 féminins). C'est à partir de 65 ans que les décès par suicide sont les plus fréquents (30% des décès par suicide).

- En 20 ans, la mortalité régionale par suicide a diminué de 19% pour les hommes (environ 15% en moyenne nationale) et de 20,4% pour les femmes (20,7% en France), plaçant la région au 2ème rang des régions les moins touchées par le suicide pour les hommes et au 4ème rang pour les femmes.

- A structures par âge comparables, en 1997-1999, on observe dans la région une importante sous-mortalité par suicide, inférieure de 28% pour les hommes et de 20,5% pour les femmes à la mortalité nationale. L'importante sous-mortalité de la Haute-Garonne, expliquée en partie par une sous-déclaration des suicides liée au circuit particulier des dossiers à Toulouse (sous déclaration évaluée à environ 30%) reste difficile à interpréter et biaise ainsi les données régionales.

- Trois départements ont une mortalité par suicide différente de la moyenne nationale : les Hautes-Pyrénées, avec une sous-mortalité par suicide des femmes (-35%), l'Aveyron, avec une sous-mortalité masculine par suicide (-30,5%), et le Lot, par contre, avec une sur-mortalité par suicide des femmes (+47%).

Les tentatives de suicide en Midi-Pyrénées

On estime à environ 5500 les tentatives de suicides prises en charge par les services d'urgence de la région en 2003, selon les déclarations d'activité des services. Près de 62% sont réalisées par des femmes.

L'âge moyen est de 37 ans. Les tentatives de suicide sont réalisées plus souvent par intoxication médicamenteuse par les femmes (82%) que les hommes (68%). En revanche les hommes ont deux fois plus recours que les femmes aux moyens traumatiques : 24% contre 13%.

Un tiers des tentatives de suicide ne donnent pas lieu à hospitalisation.

(données DRASS-ORUmp ; exploitation DRASS) Données provisoires

Nombre annuel moyen de décès par suicide dans les départements de Midi-Pyrénées sur la période 1997-1999

| | Hommes | Femmes | Ensemble |
|-------------|--------|--------|----------|
| Ariège | 20 | 7 | 27 |
| Aveyron | 28 | 10 | 38 |
| Hte-Gne | 60 | 28 | 88 |
| Gers | 24 | 7 | 31 |
| Lot | 25 | 13 | 38 |
| Htes-Pyr. | 31 | 8 | 39 |
| Tarn | 46 | 18 | 65 |
| Tarn-et-Gne | 29 | 12 | 41 |
| Midi-Pyr. | 263 | 105 | 367 |

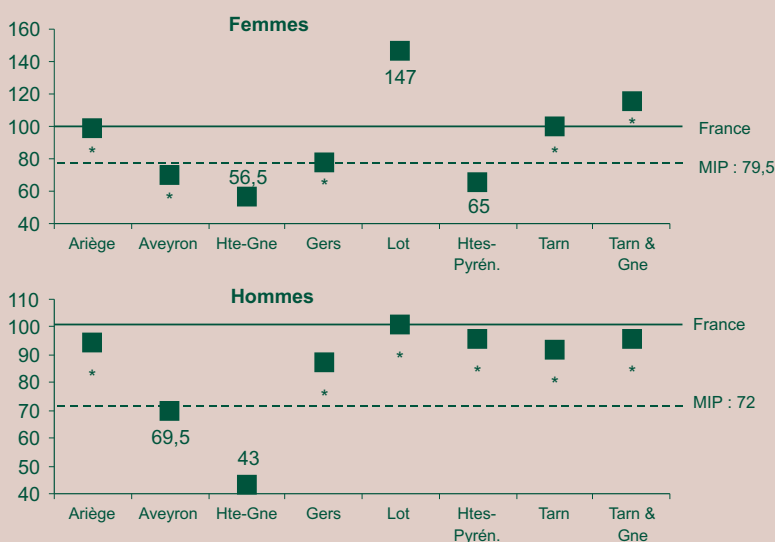
Source : INSERM CépiDC

Nombre annuel moyen de décès par suicide et part sur l'ensemble des décès par sexe et âge sur la période 1997-1999 en Midi-Pyrénées

| âge | Hommes | | Femmes | | Ensemble | |
|-----------|--------|------|--------|------|----------|------|
| | nbre | % | nbre | % | nbre | % |
| 15-24 | 15 | 9.5 | 5 | 9.4 | 20 | 9.5 |
| 15-34 | 34 | 15.7 | 12 | 13.8 | 46 | 15.2 |
| 35-44 | 56 | 14.4 | 19 | 10.2 | 75 | 13.1 |
| 45-54 | 49 | 6.3 | 24 | 6.3 | 73 | 6.3 |
| 55-64 | 27 | 2.3 | 13 | 2.3 | 40 | 2.3 |
| 65 ou + | 83 | 0.8 | 31 | 0.3 | 114 | 0.5 |
| tous âges | 263 | 2.0 | 105 | 0.8 | 367 | 1.4 |

Source : INSERM CépiDC

Indice comparatif de mortalité par suicide selon le sexe dans les départements de Midi-Pyrénées en 1997-1999



* Différence non significative avec le niveau national

Source : INSERM CépiDC, INSEE

Les formations au repérage de la crise suicidaire



L'opinion du formateur...

une conférence de consensus comme base d'une formation à déployer à grande échelle

■ **Jean-Philippe Raynaud,**

Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, C.H.U. de Toulouse

Depuis des dizaines d'années, cliniciens et associations sont confrontés à la difficile question du suicide. En 1996, le suicide était inscrit parmi les 10 priorités de la Conférence Nationale de Santé, avec un souci affiché d'approche à la fois globale et territoriale. A partir de 1997, le Ministère de la Santé a lancé un Programme National de Prévention du Suicide (PNPS) qui a notamment été marqué par des recommandations de l'ANAES (1998), des audits cliniques d'établissements de santé (2000), des recommandations en prévention primaire (FNORS), une conférence de consensus (ANAES et Fédération Française de Psychiatrie, 2000), l'élaboration d'une Stratégie Nationale d'Actions face au suicide (2000-20005).

C'est dans ce contexte qu'à la fin de l'année 2001, il m'a été proposé de suivre pendant 3 jours une formation à l'intervention de crise suicidaire avec Monique Séguin, psychologue québécoise et Jean-Louis Terra, professeur de psychiatrie à Lyon. L'objectif de cette formation était de former des binômes (psychologue et psychiatre, si possible universitaires) qui vont ensuite à leur tour former des formateurs dans chacune des régions. Cette formation porte sur l'essentiel sur le modèle de la crise suicidaire, son repérage, l'évaluation du risque, de l'urgence, de la dangerosité et des ressources du sujet, les pistes actuelles pour désamorcer cette crise et la connaissance des réseaux locaux. Elle présente l'originalité de s'appuyer sur la pluridisciplinarité des intervenants et des participants, et sur la pratique des jeux de rôles.

Je suis convaincu qu'une action de prévention en santé mentale, comme dans tout autre domaine de la médecine, n'a de chance d'être un tant soit peu efficace que si le plus grand nombre des acteurs de terrain est concerné et travaille, chacun de sa place, avec un minimum de représentations et de modèles partagés. J'avais déjà défendu cette notion de "culture commune", il y a quelques années lors des travaux d'élaboration du Programme Régional de Santé "améliorer la santé mentale des adolescents".

Sylvie Bourdet-Loubère, qui est Maître de Conférences à l'Université Toulouse le Mirail (UFR de Psychologie) et moi-même, sommes donc allés nous former à Lyon, avec une trentaine d'autres "binômes" venus de toute la France. J'ai du dépasser mes premières réticences, face à des modèles (données épidémiologiques, crise suicidaire, autopsies psychologiques, pragmatisme anglo-saxon...) qui peuvent paraître au premier abord simplificateurs ou éloignés de nos modèles cliniques de référence. Mais je me suis rapidement rangé à l'idée que cet abord à la fois pragmatique et respectueux du sujet qui souffre, qui pense et qui s'inscrit dans une dynamique, peut constituer une base commune de dialogue et de travail, sur laquelle chaque intervenant de terrain peut s'appuyer dans les moments difficiles de sa pratique, tout en gardant ses références et ses principes éthiques. En résumé : on ouvre des perspectives, on enrichit sa palette, on connaît mieux les compétences et les difficultés des partenaires, mais on ne renonce pas pour autant à ses compétences, à son savoir faire, son savoir être et ses modèles théoriques.

Nous avons donc pris nos bâtons de pèlerins et avons "formés" en 3 ans environ 250 "personnes ressources", sélectionnées par leurs DDASS respectives, au cours de 9 formations qui duraient 2 jours. Tous les départements de Midi-Pyrénées ont été concernés. La plupart des catégories professionnelles, rencontrant des publics de tous âges, dans des champs très divers, mais aussi des associations de bénévoles, ont été ainsi rencontrées. Ce fut pour nous une expérience d'une grande richesse. De département en département, nous avons pu mesurer la grande diversité des dynamiques déjà à l'œuvre, des équipements, des réseaux, de la lisibilité des dispositifs... Nous avons pu mesurer les difficultés, les manques, les limites, les attentes. Nous avons aussi pu constater partout la même préoccupation partagée face au suicide, la même motivation à intégrer dans les pratiques les quelques outils de base que propose le PNPS et à inventer toujours, à créer

des liens, à relancer des dynamiques individuelles ou partenariales.

Certains participants auront sans doute intégré à leurs propres pratiques des éléments de la formation, d'autres pas. Certains, nous le savons, ont à leur tour souhaité "former" d'autres intervenants autour d'eux. Deux nouveaux formateurs régionaux, Brigitte Bec, psychologue, et le Dr Gérard Laurencin, ont été entre temps formés et vont prendre notre relais, notamment en milieu pénitentiaire où la question du suicide a été identifiée comme une priorité, mais aussi sans doute à travers une nouvelle série de formations dans les départements.

De notre côté, Sylvie Bourdet-Loubère et moi avons souhaité prolonger ce travail par un groupe d'échange sur les pratiques, centré sur la problématique suicidaire, avec des acteurs de terrain de l'Education Nationale : un groupe composé d'assistantes sociales, d'infirmières et de médecins qui travaillent ensemble dans des collèges et lycées de la Haute-Garonne, se réunit avec nous une fois par mois, avec le soutien de la Fondation de France. Dans ce département et ailleurs dans la région, d'autres initiatives, d'autres synergies se poursuivent ou se mettent en place. Au sein de la DRASS, le groupe de travail régional poursuit ses actions et ses évaluations. Ainsi, le Programme National de Prévention du Suicide semble s'installer et poursuivre cette "politique de petits progrès, où chacun avec la collectivité peut être acteur" dont parlaient il y a quelques années ses initiateurs. Lutter contre le désespoir : nous mesurons tous à quel point la tâche est difficile, à quel point nous sommes bien démunis, à quel point il n'existe pas de solution toute faite. Mon travail au quotidien avec des jeunes et leurs familles, mais aussi ces trois années de "formation" au plus près des acteurs de terrain n'ont fait que renforcer ma conviction de soignant et de citoyen qu'il ne faut pas baisser les bras. ■



... et les témoignages des “formés”

■ Chantal Déjean,

secteur de psychiatrie infanto-juvénile au Centre Hospitalier d'Auch

“La rencontre d’autres professionnels a permis d’améliorer les circuits de prise en charge”

Depuis 1997, il existe dans le Gers, à l'initiative du service de pédopsychiatrie hospitalier et des professionnels de santé scolaire un “réseau de prévention de la dépression et du suicide chez les adolescents” ; c'est donc tout naturellement que la DDASS nous a contactés pour participer à cette expérience dont l'objet était de former des “référénts” dans le département, relais de cette formation auprès d'autres professionnels et bénévoles concernés par la problématique du suicide dans le département.

Le stage auquel j'ai participé rassemblait une trentaine de participants d'horizons divers : médecins généralistes, médecin du Conseil Général, psychiatres, représentants du secteur associatif, personnels de santé scolaire.

J'ai beaucoup apprécié cette formation pour plusieurs raisons. Tout d'abord les apports théoriques complétés par l'étude de cas cliniques, m'ont aidée dans ma pratique professionnelle, notamment en clarifiant les signes d'alerte de la crise suicidaire ; je suis plus vigilante et plus réactive. Ce stage m'a donné l'occasion, également, de rencontrer d'autres professionnels, d'échanger nos pratiques mais aussi de nouer des contacts qui ont permis d'améliorer les circuits de prise en charge ; ainsi par exemple, les médecins généralistes qui étaient là m'appellent pour échanger sur des cas individuels ; de même j'ai établi des liens avec un psychiatre privé qui parfois m'adresse des adolescents en difficulté.

Enfin, en qualité de référent suicide, nous avons mission de relayer cette formation auprès des infirmières de santé scolaire dans un premier temps, et dans le service de pédopsychiatrie dans un second temps.

Un regret cependant : il aurait fallu identifier parmi les stagiaires deux ou trois personnes qui auraient été garantes de la dynamique enclenchée vis à vis des autres ; on est un peu “livrés à nous même”. Peut-être également aurait-on pu scinder le stage en deux et envisager la seconde partie 6 mois plus tard, par exemple ; cela nous aurait permis de mettre en place des outils et d'échanger à nouveau ; cela aurait aussi facilité la pérennisation de la dynamique.

Néanmoins, grâce à des initiatives comme celle-là, peu à peu les réponses sont meilleures et parents et adolescents se sentent un peu moins seuls face à leurs problèmes ■

■ Brigitte Thibout,

animatrice sociale au CLIC (Centre local d'information et de coordination gérontologique) du Couserans

“Je me sens mieux armée pour faire face à une “crise suicidaire” d'une personne âgée

Lors des visites au domicile des personnes âgées, il m'arrive d'être confrontée à des crises suicidaires. Avant cette formation je me sentais démunie pour y faire face ; les personnes me faisaient comprendre qu'elles souhaitaient mourir et, ne sachant pas comment aborder le sujet, je ne le faisais pas et cela me culpabilisait.

La formation m'a vraiment beaucoup aidée à cet égard : on nous a donné des outils à travers des études de cas ; j'ai appris qu'il fallait oser dire les mots, prendre en considération toute allusion explicite ou implicite au désir de mourir, et prendre le temps de l'écoute et du dialogue. Ainsi, quelques jours après ce stage j'ai été confrontée à une situation d'une personne qui m'a avoué souhaiter mourir. Grâce aux acquis de la formation, j'ai pu parler avec elle de ce projet ; comment envisageait-elle d'en finir avec la vie ? Avait-elle les moyens de le faire ? J'ai également essayé de connaître les motivations de cette décision ; j'ai alors pris contact avec les enfants pour les alerter et j'ai servi de médiation. Avant, je n'aurais pas osé aborder la question avec la famille.

Cette formation m'a également permis de rencontrer d'autres professionnels avec qui j'ai noué des contacts ; ainsi, un adjudant de gendarmerie qui ne savait comment répondre à des appels angoissés de personnes âgées sait maintenant que le CLIC existe et qu'il peut me signaler certaines situations. Un médecin urgentiste de l'hôpital se sentait démunie pour passer le relais après avoir soigné des personnes ayant tenté de se suicider ; une collaboration est en cours de formalisation pour systématiser les contacts avec le CLIC qui établira un lien social avec la personne à son retour au domicile.

J'ai plusieurs projets pour relayer cette forma-

tion : auprès des autres CLIC puis des aides à domicile et peut-être ensuite j'essaierai de sensibiliser les médecins généralistes de mon secteur et leur proposerai mon aide.

Les limites de cette formation concernent la formalisation de réseaux qui figurait pourtant dans les objectifs : nous avons eu peu d'aide dans ce domaine ; j'aurais souhaité partir avec un carnet d'adresses ; on nous a donné des outils et maintenant c'est à nous de nous débrouiller, mais pour moi ça reste trop théorique. Autant je me sens mieux armée pour faire face à une “crise suicidaire”, autant, si une personne fait une tentative de suicide, je ne sais toujours pas à qui l'adresser. Néanmoins cette formation a été très enrichissante grâce à la qualité des intervenants et à la diversité des participants. ■

Etude action pour l'évaluation des modalités de prise en charge des adolescents après une tentative de suicide en Haute-Garonne

Cette étude avait pour objectifs :

- d'évaluer à partir des services d'urgence de l'ensemble des établissements de santé publics et privés de la Haute-Garonne, les différents modes de prise en charge pré et post hospitaliers des adolescents après une tentative de suicide et les modalités de réponse et d'orientation,
 - de mettre en perspective ces éléments en vue d'élaborer et diffuser des protocoles acceptables par les professionnels à relier avec les actions de formation,
 - de dégager la place actuelle et le positionnement des établissements privés et des psychiatres libéraux sur cette thématique, par une enquête par questionnaire.
- Un groupe de travail réunissant les partenaires institutionnels et des professionnels de santé a validé la démarche d'évaluation et l'interprétation des résultats.

Pour en savoir plus sur le site :

<http://www.orsmip.org>

• rapport d'étude

• synthèse dans “Le Bulletin de l'ORMIP” n°52

La prise en charge hospitalière après une tentative de suicide

Audit clinique réalisé dans les services d'urgence

Entretien avec...

Brigitte Hocquet,et

psychiatre au service des urgences
du centre hospitalier de Montauban

Le service des urgences de l'hôpital de Montauban a accueilli en 2000, 450 personnes ayant tenté de se suicider soit plus d'une par jour ; c'est dire que le personnel de ce service est sensibilisé à cette question, comme en témoigne la création du poste de psychiatre aux urgences, que j'occupe. Ma première initiative a été de former le personnel des urgences à la prise en charge des suicidants à partir des recommandations de l'ANAES. L'audit a permis de mieux structurer un dispositif déjà amorcé. Un groupe de travail a été constitué pour encadrer la démarche d'audit, composé des différentes catégories de professionnels en contact avec les suicidants : infirmiers, assistante sociale, médecins et surveillants des secteurs psychiatriques de l'établissement et un représentant du Département d'Informa-tion Médicale. Il n'y avait pas de représentant de l'administration dans ce groupe car nous estimions prioritaire de mener une réflexion sur les pratiques professionnelles ; l'interpellation de la direction était prévue dans un second temps. Plusieurs éléments ressortent de cet audit :

■ Le choix de l'établissement d'affecter un psychiatre à temps plein aux urgences facilite la structuration de l'accueil des personnes ayant tenté de se suicider. Ainsi l'évaluation psychiatrique dès que l'état somatique le permet, est quasi systématique. Cette option ne garantit cependant pas la continuité thérapeutique et la personnalisation des soins : moins d'un tiers des patients sont revus par le même psychiatre au cours de leur hospitalisation. Le dispositif actuel implique le changement de psychiatre si le patient est orienté vers une hospitalisation en psychiatrie ou un autre service de l'hôpital. L'identification (en cours) de 3 lits d'unité d'hospitalisation de courte durée psychiatrique dans le nouveau service des urgences permettant une durée de séjour jusqu'à 72 heures, donnerait le temps de l'évaluation évitant souvent une hospitalisation en psychiatrie.

■ On a constaté le défaut massif du recours à l'évaluation sociale réalisée dans seulement 16% des cas. Le groupe de travail relevait là le manque de prise en compte de la dimension psychosociale et un surinvestissement de l'évaluation médicale alors même qu'une assistante sociale est rattachée aux urgences. L'assistante sociale pensait effectivement n'être pas appelée assez souvent mais également ne pas avoir à intervenir dans chaque cas. L'option choisie a été de systématiser l'évaluation sociale pour les mineurs et de l'envisager au cas par cas pour les majeurs après discussion avec l'équipe infirmière.

■ Près de la moitié des patients sont sortis avec un rendez-vous de consultation spécialisée. Cette prise de rendez-vous préalable à la sortie augmente les chances d'un suivi mais elle n'est

pas toujours proposée : sorties à des moments où les secrétariats ne sont pas joignables où en dehors des gardes du référent... De plus dans un tiers des cas le référent ne s'est pas soucié de la venue effective du patient au rendez-vous fixé. Il a été proposé d'instaurer aux urgences, un cahier recensant les rendez-vous pris afin de pouvoir reprendre contact ultérieurement avec les professionnels concernés et avec les patients qui ne se sont pas présentés pour leur rappeler notre disponibilité.

■ La seconde phase d'auto-évaluation réalisée un an plus tard a permis de constater certaines améliorations : augmentation des rendez-vous pris avant la sortie, amélioration des contacts avec les psychiatres traitants, formalisation de la remise des coordonnées des centres médico-psychologiques aux patients, suivi du patient plus structuré grâce au cahier instauré et à une reconvo-cation rapide des personnes par le psychiatre qui a assuré la première évaluation, augmentation des contacts avec les interlocuteurs extérieurs. ■

Roland Gau,

médecin aux service des urgences
de la clinique de l'Union

La réalisation de l'audit a été bien acceptée par les personnes concernées, celles-ci ont été informées au cours de réunions de service notamment. La plupart des recommandations de l'ANAES sont applicables dans notre établissement, à l'exception de l'évaluation sociale car nous n'avons pas d'assistante sociale.

A compter du 1er janvier 2005, une psychologue sera salariée de l'établissement, cela permettra une prise en charge plus rapide des suicidants. Elle pourra également en lien avec le médecin responsable du service qui a pris en charge le patient préparer la sortie de celui-ci selon les modalités envisagées par l'ANAES.

Nous ne disposons pas d'unité de psychiatrie, ce qui implique obligatoirement un transfert vers un établissement spécialisé dans le cas de récurrence immédiate, de pathologie non stabilisée ou d'un environnement défavorable.

L'audit a contribué à créer des liens entre les différents intervenants qui travaillent ensemble maintenant sans résistances particulières.

Il a permis également de formaliser l'évaluation des facteurs de risque de récurrence sous la forme d'un questionnaire à compléter par le médecin qui prend en charge le patient.

Des changements de pratique ont été effectués : appel systématique du psychiatre attaché à l'établissement qui se met en relation avec le psychologue du patient si celui-ci en a un, sinon c'est notre psychologue qui gère l'hospitalisation et le suivi dans l'établissement spécialisé où elle exerce.

Cependant l'évaluation sociale reste difficile à réaliser du fait de l'absence d'une assistante sociale attachée à l'établissement. ■

Recommandations ANAES, novembre 98

Ces recommandations ont servi de base aux audits cliniques réalisés par l'ANAES dans les établissements de santé.

Une tentative de suicide chez un adolescent ne doit jamais être banalisée, si minime soit-elle dans sa dangerosité ; elle est le signe d'une souffrance psychique qui, non prise en compte, peut conduire à une récurrence. En cas de tentative de suicide une triple évaluation, somatique, psychologique et sociale doit être réalisée systématiquement.

• **Tout adolescent suicidant doit être adressé aux urgences d'un établissement de soins.** Il y sera réalisé un premier examen somatique pour évaluer la gravité du geste suicidaire et définir un traitement et une surveillance adaptés.

• **Dans les 24h qui suivent une évaluation psychologique sera réalisée** par un psychiatre afin de recueillir les premières plaintes psychiques, d'analyser le contexte de la crise et de rechercher une éventuelle pathologie psychiatrique ou des signes pouvant faire craindre une récurrence.

• **L'évaluation sociale**, effectuée par une assistante sociale, analysera le contexte social, la situation scolaire ou professionnelle et l'existence éventuelle d'un suivi social en cours.

Une prise en charge hospitalière après la période de soins aux urgences

• **L'hospitalisation est recommandée** en particulier en cas de risque de récurrence immédiate, de pathologie psychiatrique non stabilisée, d'environnement extérieur jugé défavorable ou si le patient le désire.

• **Une prise en charge par un réseau ambulatoire** peut être envisagée lorsqu'il y a un réseau d'intervenants extrahospitaliers en capacité de pouvoir poursuivre l'évaluation et les soins.

Une sortie d'hospitalisation qui doit être préparée et adaptée à chaque cas particulier

• **Des liens préalables doivent être établis** entre l'équipe hospitalière et les intervenants extérieurs qui vont participer à la prise en charge (médecin généraliste, psychiatre, médecin scolaire, travailleurs sociaux...) pour une bonne coordination de la prise en charge.

• Il est important de proposer à l'adolescent **un suivi structuré et planifié**. Il est également utile de fournir au suicidant des coordonnées écrites lui permettant de joindre et de consulter rapidement un correspondant ou une unité de consultations qu'il connaît. ■



Partenaire

Centre de Prévention de l'isolement et du suicide

La mission du Centre, structure de soins ambulatoires à vocation psychiatrique, auprès des personnes en état de détresse morale, ou de dépression consécutive à une situation d'exclusion, d'isolement ou de rupture du lien social, est :

- la lutte contre l'isolement,
- la prévention du suicide,
- la réhabilitation et la réadaptation sociale.

Le Centre souhaite apporter une réponse autre que curative au dispositif de soin pour :

- les pathologies dépressives liées à des situations de ruptures,
- les publics en rupture de lien social et notamment ceux justifiant une intervention en aval d'un suivi psychiatrique,
- les populations en situation de précarité qui présentent la caractéristique d'un accès tardif aux soins.

Les indications repérées sont :

- le deuil, la séparation, les conflits familiaux, l'isolement, le mal de vivre,
- le chômage, les difficultés relationnelles dans le milieu du travail, les difficultés d'insertion, d'orientation,
- l'appauvrissement du lien social, qui peut mener à la désocialisation, aux conduites suicidaires, à la marginalisation (alcoolisation, toxicomanie).

Par une action de soin et d'accompagnement se situant à la frontière du sanitaire et du social, dans un projet à dimension préventive et thérapeutique, le Centre répond à toute personne, âgée au moins de 18 ans, traversant une période difficile, se manifestant le plus souvent par un sentiment d'isolement dû à des difficultés psychologiques, affectives, sociales, professionnelles, à des troubles psychiatriques pouvant émettre des idées suicidaires.

Le visage non médicalisé du Centre permet en outre l'accueil et le suivi de personnes loin du soin, en échec face au soin.

L'aide proposée peut être une alternative à la prise en charge lourde de type psychiatrique, en travaillant à la résolution concrète des difficultés des personnes aux prises à des problèmes psychiques et sociaux.

Un tel accompagnement a pour finalité de "maintenir le sujet dans son élément social, de lui permettre d'assumer son travail, ses charges familiales".

Il s'adresse également à des proches de per-

sonnes suicidées ou suicidaires, à un entourage amical ou professionnel préoccupés par des personnes suicidaires ou très isolées.

Riche d'une expérience de 30 années de fonctionnement, l'équipe du Centre a pu repérer que les comportements suicidaires sont déterminés par plusieurs facteurs en constante évolution.

L'étiologie est multi causale, "facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels se présentant dans un système dynamique d'influences réciproques".

L'évaluation du risque suicidaire par les professionnels s'appuie donc sur un repérage précis des facteurs -antécédents, traumatismes-, apparaissant dans la trajectoire et l'histoire de vie du suicidant, et sur leur mode d'expression.

Le dispositif proposé s'appuie sur :

L'accueil :

Au téléphone ou en face à face, il est assuré par des accueillantes formées à l'écoute. La disponibilité de l'accueillante permet à la personne de se sentir accueillie, écoutée et entendue dans sa démarche.

A l'issue d'un premier entretien, un rendez-vous est proposé avec une référente d'entretien.

Les entretiens de soutien psychologique : Assurés par des référentes d'entretien dont la formation de base est le travail social, ayant suivi des formations spécifiques sur l'aide psycho-sociale et / ou sur l'accompagnement thérapeutique (psychologues, psychothérapeutes), ils offrent un espace de parole où la personne peut en toute confiance exprimer sa souffrance.

Les groupes d'expression :

Ils sont animés par des professionnels de formations diverses (psychologues, psychomotricien, sophrologue, musicothérapeute, art-thérapeute...).

Les activités proposées ont deux objectifs :

- favoriser l'expression et la créativité à l'aide de différentes médiations (peinture, modelage/terre, sophrologie, expression vocale, musique, écriture, expression corporelle),
- permettre, grâce à la dimension groupale, de travailler sur les relations interpersonnelles et la communication.

La particularité des Centres RECHERCHE et RENCONTRES repose sur cette double approche individuelle et groupale et sur leur

articulation clinique.

Des réunions d'équipe ont lieu régulièrement avec un psychiatre référent. Des temps de supervision sont prévus avec une psychologue clinicienne.

Françoise Millon, Directrice

Coordonnées :

Association RECHERCHE et RENCONTRES
34 rue des Paradoux - 31000 TOULOUSE
Tél : 05.61.25.61.40 - Fax : 05.61.52.91.39
e-mail : rrtoulouse@wanadoo.fr

Prévention du suicide enjeux et difficultés

Le suicide, étant donné son impact émotionnel, est un sujet toujours difficile à aborder. De plus, il s'inscrit dans le champ très vaste du mal être, de la souffrance psychique et des conduites à risque. Il se caractérise différemment selon les âges de la vie et connaît de grandes fluctuations selon les époques, les cultures, le contexte social. L'extrême variation de ses manifestations individuelles, la diversité des facteurs en cause expliquent la multiplicité des intervenants concernés par la prévention du suicide : aménageurs d'environnements plus sûrs, organisateurs d'espaces collectifs plus conviviaux, professionnels de l'accueil, de l'éducation, de l'accompagnement et du soin plus attentifs...

Nous disposons aujourd'hui d'un certain nombre de certitudes cumulées sur lesquelles fonder une authentique et efficace politique de prévention des suicides. Notre connaissance des facteurs de risques, de la clinique de la crise suicidaire, des mécanismes de la récurrence et de la résilience, l'existence d'outils d'aide à l'évaluation du risque et l'expérience acquise en matière de formation des professionnels constituent autant d'atouts pour tous ceux qui ont la volonté d'agir ensemble. Il est donc possible de déterminer des objectifs partagés et de mesurer les résultats des actions engagées.

En matière de prévention en général, mais c'est encore plus vrai pour la prévention des suicides, les interventions sont nécessairement très personnalisées mais elles ne peuvent réussir que dans le cadre d'une mobilisation collective caractérisée par une compréhension partagée du problème, la compétence, la pertinence, la concertation, la continuité et le souci de rendre compte de ce qui est fait.

Dr Emmanuel Forichon,
Responsable du Pôle Santé Publique
DRASS Midi-Pyrénées

A consulter sur ce thème*

Les jeunes suicidants à l'hôpital.

Le suicide constitue la deuxième cause de décès pour les 15-24 ans, et ce malgré une diminution des taux de suicide d'environ 15% depuis 1985. Quant à la morbidité suicidaire (tentative de suicide non suivie de décès), le problème persiste et s'aggrave même. Une enquête européenne a montré qu'entre 1989 et 1992, l'incidence a diminué en moyenne de 18% pour les garçons et de 11% pour les filles de 15 à 24 ans, sauf en France où elle a augmenté. Si les facteurs de risque de tentative de suicide sont maintenant mieux connus, le mode de prise en charge hospitalière et le devenir des suicidants hospitalisés restent encore très peu explorés. Face à ce constat, la Fondation de France a pris l'initiative, en 1997, de lancer l'enquête "Jeunes suicidants à l'hôpital" auprès de 582 jeunes hospitalisés après une tentative de suicide et de leur famille. Cet ouvrage présente les résultats de cette enquête selon les aspects suivants : profils sociaux et conditions de vie des jeunes suicidants, modes de prise en charge, leur devenir un an après.

Choquet, et al. Inserm, Fondation de France. 2004. 171p. Editions EDK

Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide.

Avec plus de 10 000 décès par an, la France est l'un des pays où l'on meurt le plus par suicide. Si les données épidémiologiques émeuvent, le suicide a longtemps été ignoré et confiné à la sphère privée. Il n'est pas reconnu par les institutions et n'est identifié comme problème de santé publique que depuis une vingtaine d'années.

Jougla, et al. Actualité et Dossier en Santé Publique. n°45. 2003/12. p. 31-38.

Dossier : La prévention du suicide.

Prévenir le suicide n'est pas une idée nouvelle mais c'est maintenant une action possible à grande échelle qui est reprise comme priorité dans la loi de santé publique. Les différents auteurs de ce dossier montrent les évolutions qui furent nécessaires pour passer progressivement de la connaissance scientifique du problème, la suicidologie, à la mise sur agenda par les responsables sanitaires afin d'obtenir un ensemble cohérent d'actions, un plan de prévention... La stratégie nationale est venue compléter l'initiative régionale des programmes régionaux de santé. L'organisation de la prévention doit évoluer de l'expérimentation locale à la généralisation des actions dont le but est de tisser un filet de sécurité pour les personnes en détresse. C'est certainement un domaine où le plus d'efforts seront à produire pour que l'excellence devienne l'ordinaire. Diminuer le nombre de suicides demande de protéger de très nombreuses personnes pour éviter une seule tragédie. Personne n'a le monopole d'une prévention qui est par essence "interministérielle".

Terra / coord., et al. Actualité et Dossier en Santé Publique. n°45. 2003/12. p. 19-62.

La prévention du suicide. Editorial

Le suicide est responsable de 150 000 décès, chaque année, dans les 38 régions Europe de

l'OMS ; parmi lesquelles 11 500 en France. La prévalence, dans notre pays, se situe donc aux alentours de 20 pour 10 000 habitants, soit un taux relativement élevé par rapport aux autres pays occidentaux. Les tentatives de suicide sont quinze fois plus fréquentes que les décès par suicide, leur nombre se situant entre 150 000 et 200 000 par an. Alors qu'elles concernent deux à trois femmes pour un homme, on observe une proportion inverse pour le suicide. Bien que la prévalence du suicide augmente avec l'âge, c'est chez le sujet jeune qu'il constitue un problème majeur de santé publique puisqu'il est, avec les accidents de la voie publique, la première cause de mortalité entre 15 et 35 ans ; dans cette tranche d'âge, il est la cause d'un décès sur cinq chez les hommes et d'un sur sept chez les femmes. Il convient, toutefois, de ne pas minimiser son impact global sur l'espérance de vie de la population générale, toutes tranches d'âge confondues. En effet, il représente 10% des causes de décès prématurés des moins de 70 ans, soit un chiffre comparable à celui des accidents de la circulation et sensiblement inférieur à celui des maladies cardio-vasculaires (12%).

Dab. Actualité et Dossier en Santé Publique. n°45. 2003/12. p. 1.

Le suicide des personnes âgées à domicile ou en maison de retraite en France.

Malgré un taux de suicide plus élevé, le suicide des personnes âgées attire moins l'attention que celui des jeunes. La maison de retraite accueille les populations les plus isolées sur le plan familial et les plus vulnérables sur le plan psychologique et physique. Cette étude, qui compare les taux de suicide à domicile et en maison de retraite, montre bien une plus grande fréquence des morts par suicide en maison de retraite. Le suicide aux âges élevés est jusqu'ici peu étudié en France mais va être de plus en plus d'actualité avec l'augmentation à venir du nombre de personnes âgées.

Casadebaig, et al. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. vol 51. n°1. 2003/02. p.55-64

Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires.

Le suicide représente un problème actuel de santé publique comme en témoigne la récente Conférence de Consensus sur la "crise suicidaire" réalisée par la Fédération française de Psychiatrie et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation des Soins. Le rôle du médecin généraliste se situe à différents niveaux ; en amont du passage à l'acte, dans la prise en charge de l'acte suicidaire et dans le suivi ultérieur de ces patients. Par cette enquête, réalisée auprès de 290 médecins généralistes d'un département, les auteurs ont souhaité évaluer leurs pratiques face aux patients suicidaires et suicidants ainsi que les difficultés rencontrées et leurs attentes. L'évaluation du risque suicidaire est considérée comme particulièrement difficile par les deux tiers des médecins ; d'autre part, c'est l'adolescent suicidaire qui pose le plus de problèmes. La structure d'accueil la plus souvent sollicitée lors d'une tentative de suicide est l'hôpital général, un lieu d'accueil permanent ou une structure

ambulatoire seraient les bienvenus. Nombre de médecins expriment des besoins de formation orientés vers l'apprentissage du repérage du risque suicidaire ainsi que vers une formation à l'écoute. Fanello, et al. Santé Publique. vol 14. n°3. 2002/09. 263-273.

Evaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : "Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention".

Chappert, et al. Inserm, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Ministère de la Solidarité de la santé et de la Protection Sociale, Drees. Série Etudes - Documents de Travail. n°30. 2003/11. 40p. <http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud30.pdf>

La qualité des données de mortalité sur le suicide.

Jougla, et al. Inserm, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. vol 50. n°1. 2002. p. 49-62.

L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération

Anguis, et al. Ministère de la Solidarité de la santé et de la Protection Sociale. Drees. Etudes et Résultats. n°185. 2002/08. 8p. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er185.pdf>

Les questions de santé publique et de recherche qui se posent dans le domaine de la prévention du suicide justifient-elles de nouveaux recueils de données ?

Terra. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. Vol 50. n°1. 2002. p. 41-48.

La qualité des données de mortalité sur le suicide.

Jougla, et al. Inserm, Centre d'Epidémiologie sur les Causes Médicales de Décès. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. vol 50. n°1. 2002. p. 49-62.

Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique.

Badeyan, et al. Ministère de la Solidarité de la santé et de la Protection Sociale. Drees. Etudes et Résultats. n°109. 2001/04. 8p. <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er109.pdf>

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

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Fédération Française de Psychiatrie. 31p. <http://www.anaes.fr>

* Bibliographie extraite de la BDS : www.bdsp.tm.fr

Ces documents sont disponibles au
Centre de Documentation en Santé Publique
Faculté de Médecine - 37 allées Jules Guesde
31073 Toulouse cedex
05.61.25.98.70
n.bel@orsmpip.org