



PRS SUICIDE

Enquête sur la prise en charge des suicides en région Centre

Mai 2002

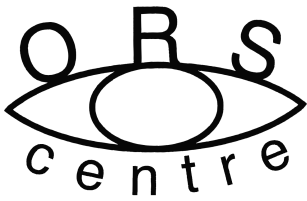
**Observatoire
Régional
de la Santé du Centre**

☒ : CHRO 1, rue Porte Madeleine BP 2439
45032 Orléans CEDEX 1

☎ : 02 38 74 48 80

☎ : 02 38 74 48 81

Mél. : orscentre@aol.com



La prise en charge des suicides en région Centre

Réalisation : Jean-Benoit Hardouin, statisticien chargé de mission à l'ORS du Centre

Sous la direction du Dr Muriel Boin, directrice de l'ORS du Centre

Nous tenons à remercier Mmes Marie-Line Pouyau et Maina Pichard, de l'Observatoire régional de la santé du Centre, et Mme Nadiège Richefort, de la DRASS du Centre, pour leur aide logistique lors de cette étude

Sommaire

<i>Introduction</i>	4
I. Objectifs et méthodologie	6
1 <i>Objectifs</i>	7
2 <i>Les questionnaires</i>	7
3 <i>Les fichiers d'adresse</i>	8
4 <i>L'échantillonnage</i>	8
5 <i>Les questionnaires non délivrés et les personnes non concernées</i>	9
6 <i>Les dates d'envoi et de retour</i>	10
7 <i>Méthodes d'analyse et présentation des résultats</i>	11
II. L'analyse des taux de réponses	16
1 <i>Le questionnaire médecins généralistes et du travail</i>	17
2 <i>Le questionnaire établissements envoyeurs</i>	18
III. Les résultats	19
1 <i>L'enquête auprès des généralistes et des médecins du travail</i>	20
2 <i>L'enquête auprès des établissements envoyeurs</i>	43
3 <i>L'enquête auprès des établissements receveurs</i>	75
IV. Synthèse et Conclusion	89
<i>Synthèse</i>	90
<i>Conclusion</i>	93
V. Glossaire	94
VI. Bibliographie	96
VII. Annexes	98
<i>Annexe 1 : L'échantillonnage</i>	99
<i>Annexe 2 : Les projets</i>	111
<i>Annexe 3 : Les questionnaires</i>	115

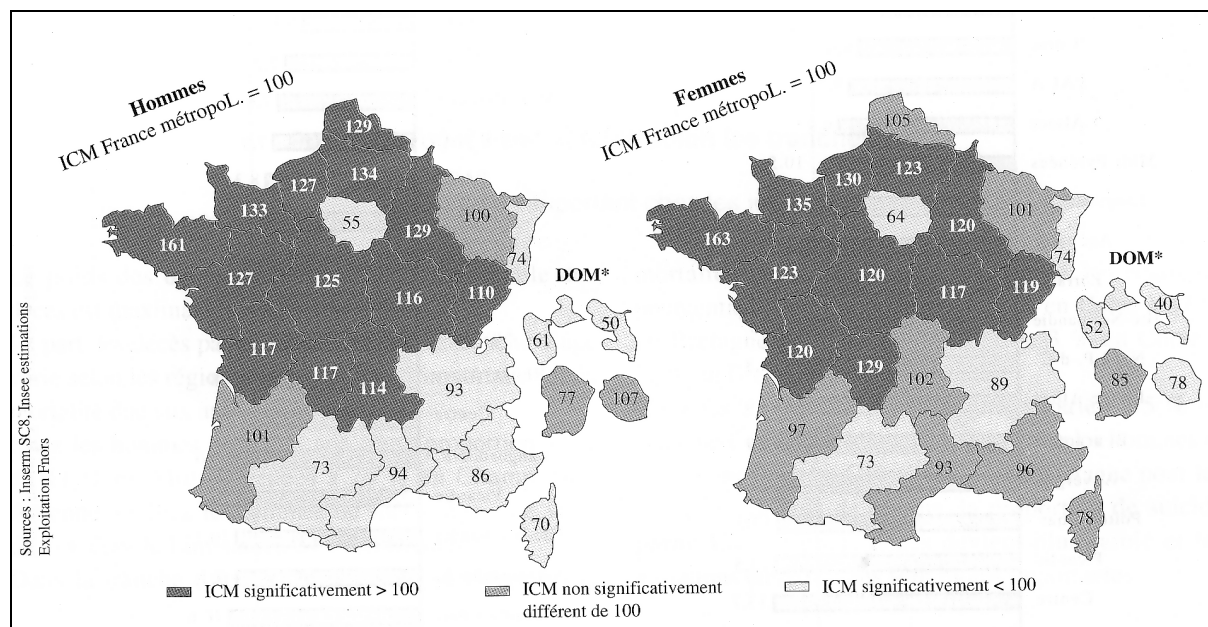
Introduction

Le suicide constitue un véritable problème de santé publique : on dénombre chaque année plus de 10 000 décès en France pour cette cause. Les décès par suicide représentent environ 2% des décès en 1998. Cette proportion monte à 16%, chez les jeunes de 15 à 29 ans, mais descend à moins de 1% chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

Les populations concernées sont principalement les populations masculines et les personnes âgées. En effet, pour chaque groupe d'âge, le taux de mortalité des hommes est 2 à 3 fois supérieur à celui des femmes. Après 75 ans, le rapport entre ces deux taux est proche de 6.

La France est partagée en deux en ce qui concerne la mortalité par suicide (cf. carte ci-dessous). Au nord d'une ligne Bordeaux-Lyon, les régions connaissent une surmortalité plus ou moins importante excepté pour l'Île-de-France et l'Alsace. La région la plus touchée par ce phénomène est de loin la Bretagne. Les régions du sud de la France, les DOM, l'Île-de-France et l'Alsace connaissent une sous-mortalité.

Figure 1 : Indices comparatifs de mortalité par suicide en 1995-1997



La région Centre fait partie des régions à surmortalité par suicide avec un indice comparatif de mortalité de 125 pour les hommes, et de 120 pour les femmes (base 100 en France), sur la période 1995-1997 (ce qui signifie une surmortalité de 25% pour les hommes et de 20% pour les femmes). Cette surmortalité a incité le jury de la 5^{ème} conférence régionale de santé (décembre 2000) à préconiser la mise en place d'un programme régional de santé (PRS) sur le suicide.

C'est dans ce cadre que l'observatoire régional de la santé du Centre a été sollicité, par la DRASS du Centre, afin de mener cette étude sur la prise en charge des personnes suicidantes, aux sein des établissements de vie, en médecine ambulatoire, et en médecine hospitalière.

I. Objectifs et méthodologie

1 Objectifs

Le but de cette étude est de voir, dans la région, comment les personnes ayant des idées suicidaires ou ayant effectué une tentative de suicide sont prises en charge. Les objectifs sont de déterminer les filières de soins, les orientations, les protocoles existants, la prise en charge psychiatrique et médicale et le suivi des patients.

La première partie de l'étude concerne les établissements ou médecins qui sont contactés ou concernés par les personnes suicidaires (établissements scolaires, maisons de retraite, foyers logements pour personnes âgées, foyers d'adolescents, UCSA, pour les établissements ; généralistes et médecins du travail pour les médecins).

La seconde partie de l'étude concerne les établissements qui prennent en charge les patients suicidaires, essentiellement les établissements de soins (hôpitaux et cliniques) et les établissements pénitenciers (via les UCSA).

2 Les questionnaires

Trois questionnaires ont été élaborés :

- Le premier s'adresse aux médecins généralistes et aux médecins du travail. Les questions portent sur les modalités de prise en charge des patients suicidaires, les partenaires, l'orientation éventuelle, la prise en charge post-hospitalière, les difficultés rencontrées et les souhaits.
- Le second s'adresse aux établissements scolaires, maisons de retraite, foyers logements, foyers d'adolescents et UCSA (dits « établissements envoyeurs »). Les questions portent sur la prise en charge ou non en interne des patients suicidaires, les partenaires, l'existence de protocoles spécifiques, le suivi post-hospitalier, les difficultés et les souhaits.
- Le troisième s'adresse aux établissements de soins et aux UCSA (dits « établissements receveurs »). Les questions portent sur l'existence de protocoles aux différents moments de la prise en charge (accueil, soins, sortie), ainsi que les modalités de ces protocoles, les liens avec le secteur psychiatrique, les liens avec l'entourage du patient, la réflexion sur le thème du suicide au sein de l'établissement et les éventuels projets dans le domaine.

Les trois questionnaires sont présentés en annexe.

3 Les fichiers d'adresse

La liste des sources d'information pour constituer le fichier d'adresse est résumé dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Sources d'information pour constituer les fichiers d'adresses

Cibles	Questionnaires	Sources	Effectifs
Médecins généralistes	A	ADELI	3 138
Médecins du travail (contactés via les centres de médecine du travail)	A	Centres de médecine du Travail	24 (non exhaustif)
Etablissements scolaires	B	Rectorat de l'académie d'Orléans-Tours	427
Maisons de retraite et foyers logement	B	FINESS	392
Foyers d'adolescents	B	Annuaire Sanitaire et Social de la région Centre	84
UCSA	B et C	UCSA	9
Hôpitaux et cliniques	C	FINESS	72
		Total	4 146

4 L'échantillonnage

Les tailles désirées des échantillons étaient d'environ 600 pour les généralistes et d'environ 200 pour les différents type d'établissements. Avec ces tailles d'échantillons, on pouvait espérer obtenir environ une centaine de réponses pour les généralistes et pour chaque type d'établissement.

Les établissements trop peu nombreux sur la région (UCSA, foyers d'adolescents, établissements de soin) ont été contactés de manière exhaustive.

Pour les généralistes, les établissements d'hébergement de personnes âgées et les établissements scolaires, des échantillons ont été réalisés. La méthodologie employée pour créer ces échantillons est expliquée, en détail, en annexe 1. 629 médecins généralistes, 208 établissements d'hébergement de personnes âgées et 197 établissements scolaires ont finalement été contactés.

Des redressements ont été réalisés *a posteriori* pour les généralistes et les établissements envoyeurs. Ces redressements permettent d'avoir un échantillon final représentatif de l'ensemble des généralistes et des établissements envoyeurs sur les variables utilisées pour redresser. Ces variables sont l'âge du médecin, son sexe et le type de sa commune d'exercice, pour les généralistes. Pour les établissements envoyeurs, se sont le type d'établissement, son statut (pour les établissements scolaires) et sa taille (pour les établissements scolaires et les maisons de retraite).

5 Les questionnaires non délivrés et les personnes non concernées

5.1 Les médecins généralistes

Les médecins généralistes ont été la catégorie de contacts qui a posé le plus de problèmes méthodologiques. Non seulement un certain nombre de questionnaires n'a pas pu être délivré (« n'habite pas à l'adresse indiquée – NPAI »), mais un certain nombre de médecins a dû être retiré de l'étude. Les raisons sont résumées dans le tableau suivant.

Tableau 2 : Raisons pour lesquelles des médecins ont été retirés de l'étude

Raison	Nombre de médecins concernés
NPAI	42
Médecin travaillant dans un établissement où il ne consulte pas (PMI, caisse d'assurance maladie, organisme de prévention, DIM, établissement de transfusion sanguine, laboratoire pharmaceutique, centres d'examen de santé)	18
Autre spécialité (angiologue, chirurgien-orthopédiste, radiologue, allergologue)	5
Décédé	1
Changement de région	1
Total	67

Ce phénomène a, de manière très significative ($p < 0,0001$), plus touché les grosses villes (15 000 habitants et plus – taux de retrait de 21,3%) que les plus petites communes (moins de 15 000 habitants – taux de retrait de 5,1%). Ceci s'explique sans doute par une forte concentration, dans les plus grandes villes, des structures pouvant accueillir des médecins qui ne consultent pas.

Pour chaque retour, il a été procédé à un renvoi du questionnaire à un autre médecin de la même strate et du même département, lorsque cela était possible. Au delà du 1^{er} février 2002, il n'a

plus été effectué de nouvel envoi. 13 réexpéditions n'ont pas pu avoir lieu, 6 parce qu'il ne pouvait pas y avoir de remplaçants (plus de médecins non contactés dans la même strate et le même département) et 7 dus à un retour après le 1^{er} février 2002.

5.2 Les médecins du travail

Un seul questionnaire n'a pas été délivré dans un centre de médecine du travail (dans le département de l'Eure-et-Loir).

5.3 Les établissements

Un seul questionnaire n'a pas pu être délivré dans un établissement. Il s'agit d'un foyer d'adolescents du Loir-et-Cher.

En ce qui concerne la troisième enquête (établissements receveurs), 13 établissements ont répondu ne pas être concernés par cette étude parce qu'ils n'accueillaient pas de patients suicidants. Parmi ces établissements, on retrouve cinq cliniques chirurgicales, quatre cliniques et un hôpital local n'effectuant pas d'accueil d'urgences, deux maternités et un établissement d'hospitalisation à domicile.

6 Les dates d'envoi et de retour

6.1 Dates d'envoi

Tous les questionnaires, à l'exception des établissements scolaires, ont été envoyés entre le 15 et le 18 janvier 2002. La date limite indiquée pour la réponse était fixée au 1^{er} février 2002.

Pour réaliser cette étude auprès des établissements scolaires, il a fallu demander une autorisation au Rectorat de l'Académie d'Orléans-Tours. L'autorisation a été reçue le 1^{er} février 2002. Les vacances scolaires se déroulant du 2 au 18 février 2002, la date de retour souhaitée a été repoussée au 27 février.

6.2 Saisie

Les questionnaires des médecins généralistes ont été saisis jusqu'au 21 Février 2002 soit 26 jours ouvrés après l'envoi.

Les questionnaires des établissements ont été saisis jusqu'au 15 mars 2002 soit 42 jours ouvrés après l'envoi (27 jours ouvrés pour les établissements scolaires).

L'analyse des temps de réponses à une enquête similaire de l'ORS du Centre montre, qu'après un tel délai, 99% des questionnaires sont réceptionnés.

7 Méthodes d'analyse et présentation des résultats

7.1 Analyse générale

Lors de cette étude, les réponses obtenues sur les questionnaires ont été analysées. Une grande partie des questions était de type qualitative à 2 modalités de réponses ou plus, ordonnées ou non. Les autres questions étaient ouvertes et deux questions étaient quantitatives (nombre de tentatives de suicide vues en une année, pour les médecins, et nombre d'entrées pour tentatives de suicide, pour les établissement receveurs).

Chaque variable est analysée tout d'abord de façon descriptive (moyenne, proportion, graphique) puis de façon analytique (analyse des différences constatées entre sous-populations).

Les résultats numériques (moyennes et proportions) seront suivis de la demie longueur de l'intervalle de confiance à 95%. Cet intervalle peut s'interpréter ainsi : « on aura 5% de chance de se tromper en disant que la vraie valeur étudiée (moyenne ou proportion) se situe dans cet intervalle ». Dans ce rapport, on présentera les résultats de la façon suivante : 29% ($\pm 5\%$) signifiera que la proportion observée dans l'échantillon est de 29% et que l'intervalle de confiance est [29%-5% ; 29%+5%] soit [24% ; 34%]. Dans ce cas, on aura 5% de chance de se tromper en disant que la proportion de la population est comprise entre 24% et 34%. On comprendra aisément que plus l'intervalle est petit, plus la mesure est précise.

Les analyses sont faites de façon multivariée : chaque variable est analysée par une ANOVA (variables numériques) ou une régression logistique (variables qualitatives). Seules les variables permettant d'expliquer les analyses seront présentées (il faut donc considérer que les autres variables ne jouent pas de rôle). En raison des effectifs relativement faibles, les variables significatives à 10% seront retenues (on aura donc 10% de chances de se tromper en considérant une variable significative). Ce choix permet, en raison des effectifs, d'éviter de rejeter trop souvent à tort une variable réellement significative. Pour tous les tests on donnera le niveau de signification : plus celui-ci est petit (proche de 0) et plus la variable sera significative.

Les variables utilisées pour réaliser les analyses multivariées sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau 3 : Variables explicatives utilisées dans les analyses multivariées en fonction du type de questionnaire

	Médecins	Etablissements envoyeurs			
Détail		Etablissements scolaires	Hébergement personnes âgées	Foyers d'adolescents	UCSA
Variables utilisées pour la stratification	Taille de la commune d'exercice Sexe Âge	Type (collèges, lycées, lycées professionnels) Statut (privé ou public) Nombre d'élèves	Type (maison de retraite ou foyers logements) Nombre de lits		
Autres variables	Mode d'exercice Département Nombre de tentatives de suicides vues annuellement		Section médicalisée	Nombre d'adolescents	
		Fonction de la personne ayant rempli le questionnaire Département Taille de la commune Personnel médico-social			

7.2 Analyse des questions quantitatives : l'ANOVA

Pour analyser les deux variables quantitatives, des ANOVA ont été réalisées pour tenter d'expliquer ces variables par d'autres variables qualitatives. Ces analyses permettent de voir quelles variables peuvent expliquer une variable qualitative. Les résultats présentés permettent de voir des différences de moyennes de la variable étudiée en fonction des modalités des variables explicatives.

Un tableau tel que celui-ci est donné pour présenter les résultats de l'analyse.

Tableau 4 : Tableau d'exemple pour la présentation des résultats des ANOVA

Variable	Modalité étudiée		Référence		Paramètre	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Moyenne	Intitulé	Moyenne			
Mode d'exercice	Généralistes salariés	42	Autres modes d'exercice	7	35	[15 ; 55]	0,001
Age	Moins de 44 ans	26	44 ans et plus	9	16	[3 ; 28]	0,015
Sexe	Homme	17	Femmes	11	15	[3 ; 27]	0,019

Ce tableau concerne la question sur le nombre de tentatives de suicides vues annuellement par les médecins. Il s'interprète de la façon suivante :

- À âge et sexe égaux (ou fixés), les généralistes salariés voient en moyenne 35 tentatives de suicides de plus que leurs collègues ayant un autre mode d'exercice. Les généralistes salariés voient en moyenne 42 tentatives par an, et les médecins ayant un autre mode d'exercice, voient en moyenne 7 tentatives de suicides par an.
- À mode d'exercice et sexe égaux, les médecins de moins de 44 ans voient en moyenne 16 tentatives de suicides de plus que les autres médecins. Les médecins de moins de 44 ans voient en moyenne 26 tentatives de suicides par an, les autres en voyant en moyenne 9.
- À âge et mode d'exercice égaux, les médecins hommes voient en moyenne 15 tentatives de suicides de plus que les médecins femmes. Les hommes voient en moyenne 17 tentatives de suicides par an, tandis que les femmes en voient 11.

Il faut remarquer que les moyennes (colonnes 3 et 5) sont purement descriptives : c'est ce que l'on observe dans l'échantillon une fois le redressement effectué. La colonne 6 (« Paramètre ») est un paramètre comparatif des deux sous échantillons (généralistes salariés et autres, médecins et moins de 44 ans et autres, hommes et femmes) et ne décrit pas forcément ce qui s'observe dans l'échantillon. Il faut le comprendre comme une comparaison si toutes les autres variables étaient identiques par ailleurs. On remarque, par exemple, que les hommes voient en moyenne 17 suicides et que, à âge et mode d'exercice égaux, ils voient 15 tentatives de suicides de plus que les femmes, ce qui ne correspond pas à la moyenne observée des femmes (11 dans l'échantillon). Ceci s'explique par des différences de proportion de chaque sexe en fonction de l'âge et du mode d'exercice.

On note que ce type d'analyse permet d'ajuster les résultats sur les variables non significatives qui ont été retirées. Ainsi, bien qu'il n'y ait pas de différences de réponses entre les départements, les tailles de commune d'exercice des médecins, (ce qui explique que ces deux variables n'ait pas été intégrées dans le tableau), on peut dire que l'interprétation peut se faire en considérant le département et la taille de la commune d'exercice comme fixées.

L'avant dernière colonne donne l'intervalle de confiance à 95% du paramètre (donné colonne 6). La dernière colonne donne le niveau de signification du test comparant la valeur du paramètre à 0 (pas de différence).

7.3 Analyse des questions qualitatives : la régression logistique

Des régressions logistiques ont été réalisées pour analyser les variables binaires et qualitatives. Cette analyse permet de voir les variables qui expliquent les réponses.

La régression logistique permet d'obtenir des odds ratios. Ces indices étant difficiles à interpréter, les risques relatifs (RR) ont été estimés à partir des odds ratios.

Tableau 5 : Tableau d'exemple pour la présentation des résultats des régressions logistiques

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Recours à des psychologues	Intitulé	Recours à des psychologues			
Mode d'exercice	Généralistes salariés	27%	Autres modes d'exercice	9%	4,46	[1,58 ; 8,01]	0,008
Type de commune	Moins de 3 000 habitants	19%	3 000 habitants ou plus	12%	2,95	[1,03 ; 5,72]	0,044
Département	36 ou 37	2%	Autres départements	18%	0,07	[0,01 ; 0,64]	0,017

Ce tableau concerne la question sur le recours à des psychologues par les médecins en cas d'idées suicidaires de leurs patients. Il s'interprète de la façon suivante :

- À type de commune et département fixés, les généralistes salariés ont 4,46 fois plus souvent recours à des psychologues que leurs collègues libéraux ou médecins du travail (dans l'échantillon, les généralistes salariés sont 27% à avoir recours à des psychologues contre 9% pour les médecins ayant un autre mode d'exercice).

- À mode d'exercice et département fixés, les médecins des communes de moins de 3 000 habitants ont 2,95 fois plus souvent recourt aux psychologues que les médecins des communes plus grandes.
- À mode d'exercice et type de commune fixés, les médecins de l'Indre et de l'Indre-et-Loire ont 0,07 fois plus souvent (ou 14 fois moins souvent) recours aux psychologues que les médecins des autres départements.

Le sexe, le département d'exercice, la taille de la commune d'exercice et le nombre de tentatives de suicides vues annuellement ne sont pas présentés dans le tableau, car ces variables n'influent pas de manière significative sur les réponses à cette question. L'avant dernière colonne présente l'intervalle de confiance du risque relatif et la dernière colonne le seuil de signification du test comparant le risque relatif à 1 (pas de différence si ce risque est égal à 1).

II. L'analyse des taux de réponses

1 Le questionnaire médecins généralistes et du travail

1.1 Taux de réponse global

629 généralistes ont été contactés dans la région. 67 ont été retirés de l'étude soit parce que l'adresse était erronée, soit parce que le médecin ne correspondait pas à la population ciblée (médecins généralistes ayant une pratique de consultation libérale ou hospitalière). Cependant, 54 nouveaux généralistes ont été contactés suite à ces retraits. C'est donc 616 généralistes ciblés qui ont été contactés.

Le nombre de questionnaires reçus et exploitables se porte à 158. Le taux de réponse est donc de 25,6%, ce qui est un taux tout à fait satisfaisant dans ce genre d'enquête.

1.2 Analyse détaillée

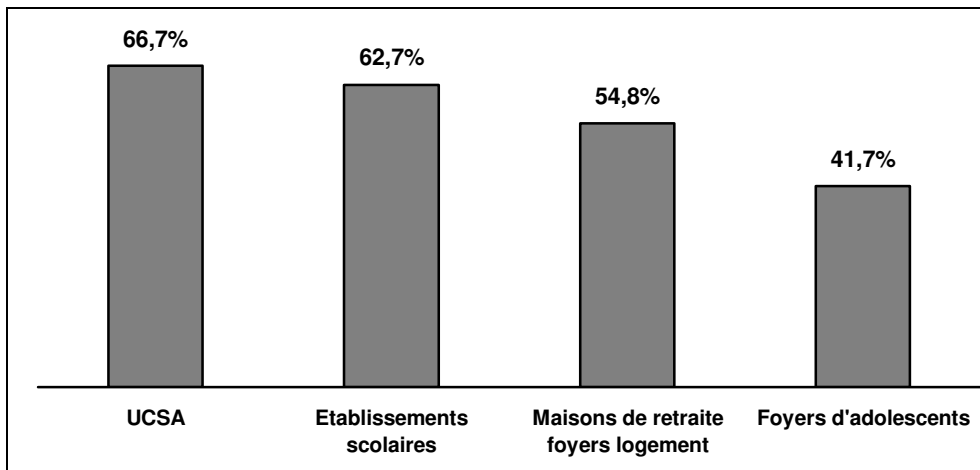
Une régression logistique a été réalisée sur le taux de réponse dans chaque strate et dans chaque département. Cette analyse permet de déterminer si certains profils de médecins ont répondu mieux que d'autre.

L'analyse a donc tenté d'expliquer le taux de réponse par l'âge, le type de commune d'exercice, le sexe et le département d'exercice et toutes les interactions entre ces variables prises deux à deux. Aucune de ces variables ne permet d'expliquer le fait qu'un médecin ait répondu ou non à cette enquête.

2 Le questionnaire établissements envoyeurs

Bien qu'il soit difficile de comparer des types d'établissements différents, on remarque des taux de réponses variant selon les catégories.

Figure 2 : taux de réponses en fonction du type d'établissement



III. Les résultats

1 L'enquête auprès des généralistes et des médecins du travail

1.1 Le profil des médecins

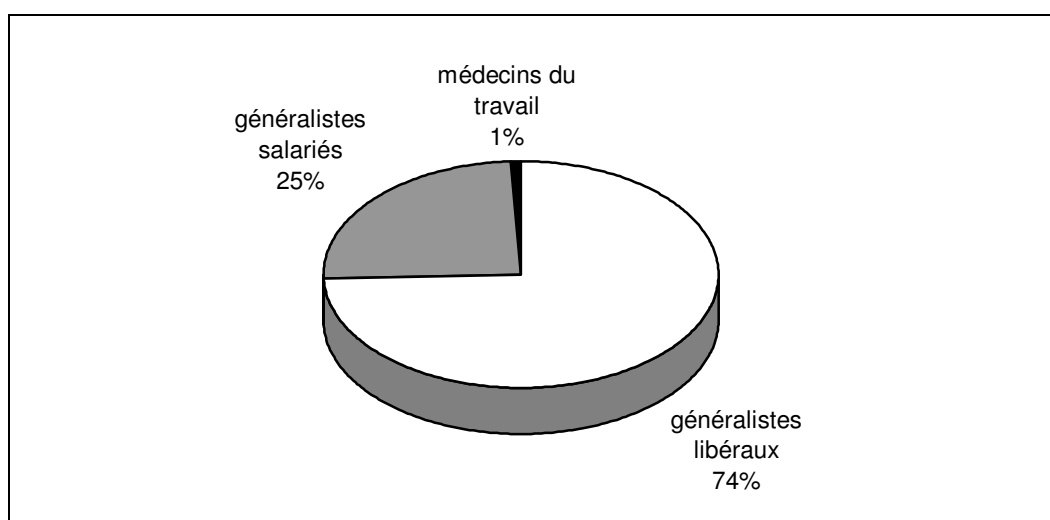
La première partie du questionnaire comportait des questions permettant de cerner le profil des médecins. La plupart de ces variables sont exploitées directement par la stratification et le redressement des réponses (cf. annexe 4). Il est donc peu intéressant de les analyser de façon indépendante (une fois la pondération effectuée, la composition de l'échantillon sera similaire à celle de la population vis-à-vis du type de commune d'exercice, du sexe et de l'âge des médecins).

Deux variables cependant seront étudiées : le mode d'exercice et le nombre de patients vus en moyenne, par an, par le médecin, pour tentative de suicide.

1.2 Le mode d'exercice

Tous les médecins ayant répondu au questionnaire ont répondu à cette question. Une fois redressé, l'échantillon se compose de la façon suivante :

Figure 3 : Répartition des modes d'exercice dans l'échantillon redressé



On note que la proportion de salariés, hors médecins du travail, parmi les généralistes n'est pas significativement différente de la celle de la population régionale (24% - $p=0,19$) (source STATISS 2001).

1.3 Nombre de patients vus en 2000, pour tentative de suicide, selon les généralistes et médecins du travail

Le nombre moyen de tentatives de suicide vues, en 2000, par les médecins est de 15 (± 6). Cependant, on peut mettre en évidence des différences significatives en fonction du mode d'exercice, du sexe et de l'âge du médecin.

En ce qui concerne le mode d'exercice, les généralistes salariés annoncent, en moyenne, 35 tentatives de suicides, vues annuellement, de plus que les généralistes libéraux ou les médecins du travail. Le nombre important de tentatives de suicides vues par les médecins salariés peut s'expliquer par le fait qu'ils exercent généralement dans les services d'urgences ou de gériatrie (70% des généralistes salariés ayant précisé le service dans lequel ils travaillent).

Les généralistes hommes annoncent, en moyenne, 15 tentatives de suicide de plus (vues annuellement) que les femmes. Au sujet de l'âge, les médecins de moins de 44 ans annoncent, en moyenne, 16 tentatives de suicides de plus vues annuellement que les autres.

Tableau 6 : Analyse du nombre de tentatives de suicides vues annuellement par les médecins

Variable	Modalité étudiée		Référence		Paramètre	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Moyenne	Intitulé	Moyenne			
Mode d'exercice	Généralistes salariés	42	Autres modes d'exercice	7	35	[15 ; 55]	0,001
Age	Moins de 44 ans	26	44 ans et plus	9	16	[3 ; 28]	0,015
Sexe	Homme	17	Femmes	11	15	[3 ; 27]	0,019

On note que 4% ($\pm 3\%$) des médecins déclarent ne jamais voir de personnes ayant effectué une tentative de suicide.

Par la suite, on classera les médecins en fonction du fait qu'ils voient plus de tentatives que la moyenne des médecins ayant le même mode d'exercice, à savoir 42 pour les généralistes salariés,

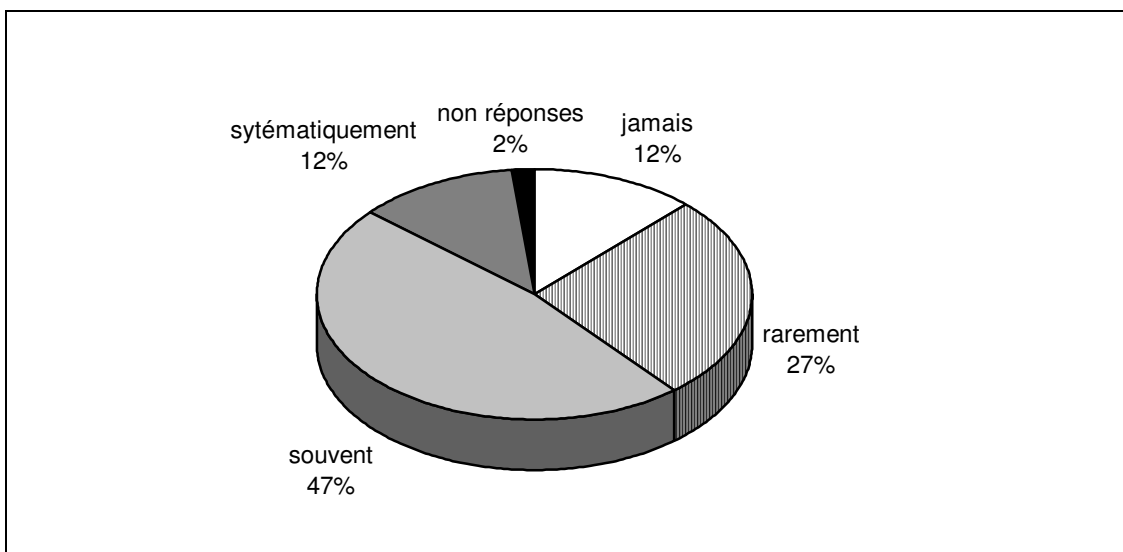
7 pour les généralistes libéraux et 4 pour les médecins du travail. Cette nouvelle variable permettra de comparer les réponses des médecins en fonction du nombre de patients vus annuellement pour tentative de suicide.

1.4 La prise en charge des personnes ayant des idées suicidaires

1.4.1 Prenez-vous en charge vous-même le patient ?

59% ($\pm 9\%$) des médecins déclarent prendre systématiquement ou souvent, eux-mêmes, en charge des patients ayant des idées suicidaires. 12% ($\pm 7\%$) d'entre eux signalent ne jamais prendre en charge, eux-mêmes, un patient suicidant.

Figure 4 : En cas d'idées suicidaires, fréquence de la prise en charge du patient par le médecin



La prise en compte du caractère ordinal de la réponse montre que les généralistes et les médecins, qui voient le plus de tentatives de suicide, prennent plus souvent eux-même en charge ces patients que les autres.

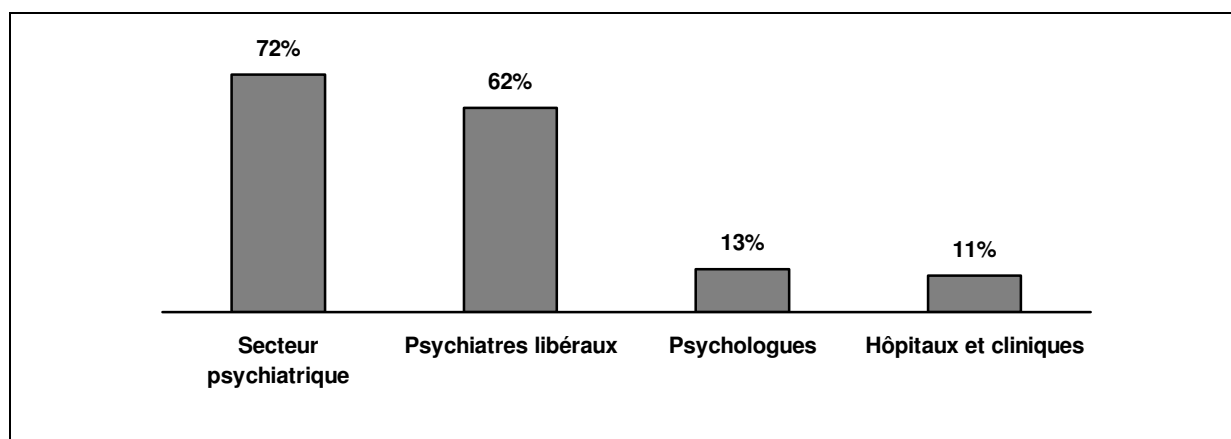
Tableau 7 : Résultats de la régression logistique sur la fréquence de prise en charge des patients en cas d'idées suicidaires

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Prise en charge éventuelle*	Intitulé	Prise en charge éventuelle*			
Mode d'exercice	Généralistes	88%	Médecins du travail	38%	2,32	[1,80 ; 2,53]	<0,001
Nombre de TS vues annuellement	Plus que la moyenne	99%	Moins que la moyenne	82%	1,13	[1,04 ; 1,17]	0,011

* : réponses « rarement », « souvent » ou « systématiquement » à la question

1.4.2 Dans les cas où vous orientez le patient, quels professionnels sollicitez-vous ?

Figure 5 : Professionnels sollicités par les médecins en cas d'orientation d'un patient exprimant des idées suicidaires



Le secteur psychiatrique est le plus sollicité avec 72% ($\pm 9\%$) de citations. On note une différence significative selon le mode d'exercice : les généralistes salariés ont plus recours au secteur psychiatrique que les autres médecins dans le cas d'idées suicidaires.

Tableau 8 : Résultats de la régression logistique sur le recours au secteur psychiatrique

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Recours	Intitulé	Recours			
Mode d'exercice	Généralistes salariés	92%	Autres modes d'exercice	66%	1,40	[1,14 ; 1,49]	0,009

Les psychiatres libéraux sont sollicités dans le cas d'idées suicidaires par 62% ($\pm 10\%$) des généralistes et médecins du travail. On note que les généralistes salariés ont moins recours aux psychiatres libéraux que les autres médecins dans le cas d'idées suicidaires.

Tableau 9 : Résultats de la régression logistique sur le recours aux psychiatres libéraux

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Recours	Intitulé	Recours			
Mode d'exercice	Généralistes salariés	27%	Autres modes d'exercice	72%	0,38	[0,15 ; 0,73]	0,001

Les psychologues sont sollicités par 13% ($\pm 7\%$) des médecins. Ces professionnels sont plus sollicités par les généralistes salariés et par les médecins des communes de moins de 3 000 habitants. En revanche, ils sont moins sollicités par les médecins de l'Indre et de l'Indre-et-Loire.

Tableau 10 : Résultats de la régression logistique sur le recours aux psychologues

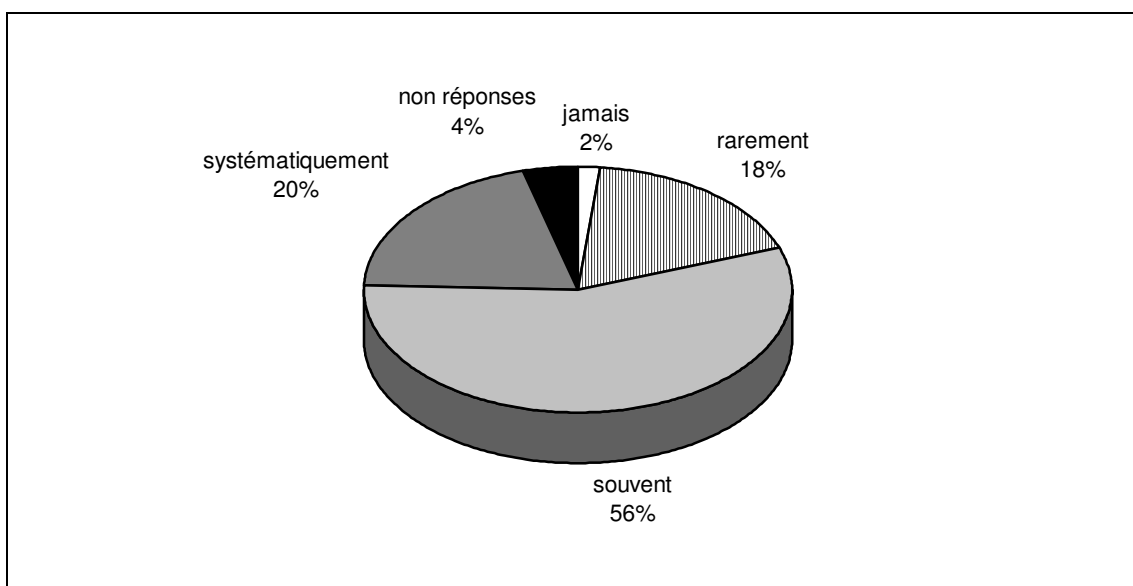
Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Recours	Intitulé	Recours			
Mode d'exercice	Généralistes salariés	27%	Autres modes d'exercice	9%	4,46	[1,58 ; 8,01]	0,008
Type de commune	Moins de 3 000 habitants	19%	3 000 habitants ou plus	12%	2,95	[1,03 ; 5,72]	0,044
Département	36 ou 37	2%	Autres départements	18%	0,07	[0,01 ; 0,64]	0,017

Deux autres types de réponses ont été cités en plus des modalités proposées dans le questionnaire. Le premier, les hôpitaux et cliniques, est cité exclusivement par 11% ($\pm 7\%$) des généralistes (pas de différences significatives entre les généralistes libéraux et salariés). Le second type de réponse est le médecin traitant, cité par 52% ($\pm 22\%$) des médecins du travail, et par 7% ($\pm 10\%$) des généralistes salariés (différence significative $p < 0,001$).

1.4.3 Associez-vous la famille ?

76% ($\pm 7\%$) des médecins déclarent associer souvent ou systématiquement la famille lors de la prise en charge d'une personne annonçant des idées suicidaires. Seuls 2% ($\pm 2\%$) d'entre eux ne l'associent jamais.

Figure 6 : En cas d'idées suicidaires, fréquence avec laquelle la famille est associée



La fréquence avec laquelle les médecins associent la famille dépend du mode d'exercice, de l'âge du médecin et du département d'exercice.

Ainsi, les généralistes et les médecins de plus de 44 ans associent plus souvent la famille que les autres médecins.

En ce qui concerne le département d'exercice, les médecins de l'Indre-et-Loire associent moins souvent la famille que leurs collègues des autres départements.

Tableau 11 : Résultats de la régression logistique sur la fréquence avec laquelle la famille est associée en cas d'idées suicidaires

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Associent famille*	Intitulé	Associent famille*			
Mode d'exercice	Généralistes	99%	Médecins du travail	57%	1,74	[1,64 ; 1,76]	<0,001
Département	37	98%	Autres départements	>99%	0,96	[0,86 ; 1,00]	0,018
Age	44 ans et plus	99%	Moins de 44 ans	96%	1,01	[1,00 ; 1,02]	0,071

* : réponses « rarement », « souvent » ou « systématiquement » à la question

1.4.4 Quelles sont vos difficultés dans ce type de prise en charge ?

Les difficultés mentionnées par les médecins dans la prise en charge de ces patients sont par ordre décroissant :

- le délai d'attente pour les rendez-vous spécialisés : 63% ($\pm 8\%$),
- la disponibilité : 56% ($\pm 9\%$),
- le manque d'interlocuteurs extérieurs : 50% ($\pm 9\%$),
- le manque de formation : 32% ($\pm 9\%$).

Parmi les autres difficultés citées, on note :

- le fait qu'il n'y ait pas de prise en charge par la médecine du travail (7 réponses de médecins du travail),
- le refus du patient (7 réponses de généralistes),
- la sectorisation jugée inefficace (5 réponses de généralistes),
- le manque de coordination avec les spécialistes (5 réponses de généralistes libéraux),
- les difficultés issues du milieu familial du patient (2 réponses de généralistes),
- le manque de prise en compte des relations travail-santé (1 réponse d'un médecin du travail),
- le manque de structures infanto-juvéniles (1 réponse d'un généraliste salarié).

Pour le délai d'attente, on trouve des différences significatives du taux de citation suivant l'âge des médecins et le mode d'exercice. Les médecins les plus jeunes (moins de 44 ans) ou d'âge intermédiaire (44 à 50 ans) citent respectivement 30% et 60% plus souvent cette difficulté que les médecins de plus de 50 ans.

Les médecins généralistes libéraux citent plus de 1,6 fois plus souvent cette difficulté que les autres.

Tableau 12 : Résultats de la régression logistique sur la fréquence avec laquelle sont cités les trop longs délais pour les rendez-vous spécialisés

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Trop de délais	Intitulé	Trop de délais			
Age	De 44 à 50 ans	80%	Plus de 50 ans	47%	1,63	[1,27 ; 1,77]	0,004
Age	Moins de 44 ans	61%	Plus de 50 ans	47%	1,28	[1,96 ; 1,45]	0,081
Mode d'exercice	Généralistes libéraux	68%	Autres modes d'exercice	49%	1,56	[1,10 ; 1,84]	0,019

Le sexe et le nombre de tentatives de suicides, vues en un an, influent sur la perception du manque de disponibilité. Les hommes, et les médecins voyant le plus de tentatives de suicides dans l'année, citent plus souvent cette difficulté que les autres.

Tableau 13 : Résultats de la régression logistique sur la fréquence avec laquelle est cité le manque de disponibilité

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Manque de disponibilité	Intitulé	Manque de disponibilité			
Sexe	Hommes	63%	Femmes	40%	1,48	[1,06 ; 1,93]	0,026
Nombre de tentatives de suicides vues annuellement	Supérieur à la moyenne	76%	Inférieur à la moyenne	51%	1,53	[1,07 ; 1,74]	0,024

En ce qui concerne les interlocuteurs extérieurs manquant le plus, 20% des médecins signalant cette difficulté n'ont pas détaillé leur réponse. Pour ceux qui ont répondu, le personnel faisant le plus défaut est :

- le secteur psychiatrique : 92% ($\pm 6\%$),
- les services sociaux : 39% ($\pm 16\%$),
- les psychiatres et psychologues libéraux (6 réponses) [non proposé],
- les hôpitaux et cliniques (2 réponses) [non proposé],
- les lieux spécifiques d'accueil (1 réponse) [non proposé].

1.4.5 Quels sont vos souhaits dans le cadre d'une telle prise en charge ?

Les souhaits exprimés dans le cadre de la prise en charge des personnes déclarant des idées suicidaires sont :

- la formation des médecins : 37% ($\pm 9\%$),
- des outils spécifiques non précisés : 19% ($\pm 7\%$),
- plus de prise en charge par le secteur psychiatrique : 10%,
- plus de psychiatres et psychologues libéraux ou salariés : 8%,
- plus de temps et de disponibilité : 7%,
- une sectorisation plus efficace ou plus de moyens pour celle-ci : 6%,
- une meilleure coordination avec les spécialistes : 6%,
- une rémunération plus juste qui prenne en compte des consultations plus longues : 6%,
- plus de structures d'accueil : 5%,
- la création de réseaux, d'annuaires et de numéros verts spécifiques : 5%,

- la reconnaissance des compétences des généralistes dans ce domaine : 5 réponses,
- la création de groupes Balint : 3 réponses,
- un discours médiatique pour ces pathologies moins taboues : 1 réponse,
- la prise en compte du travail comme facteur aggravant : 1 réponse,
- la prise en charge des soins psychiatriques par la sécurité sociale : 1 réponse.

Le souhait de formation dépend exclusivement du nombre de tentatives de suicides vues annuellement : les médecins qui en voient plus que la moyenne souhaitent plus souvent recevoir une formation que les autres.

Tableau 14 : Résultats de la régression logistique sur la fréquence avec laquelle est cité le souhait de formation

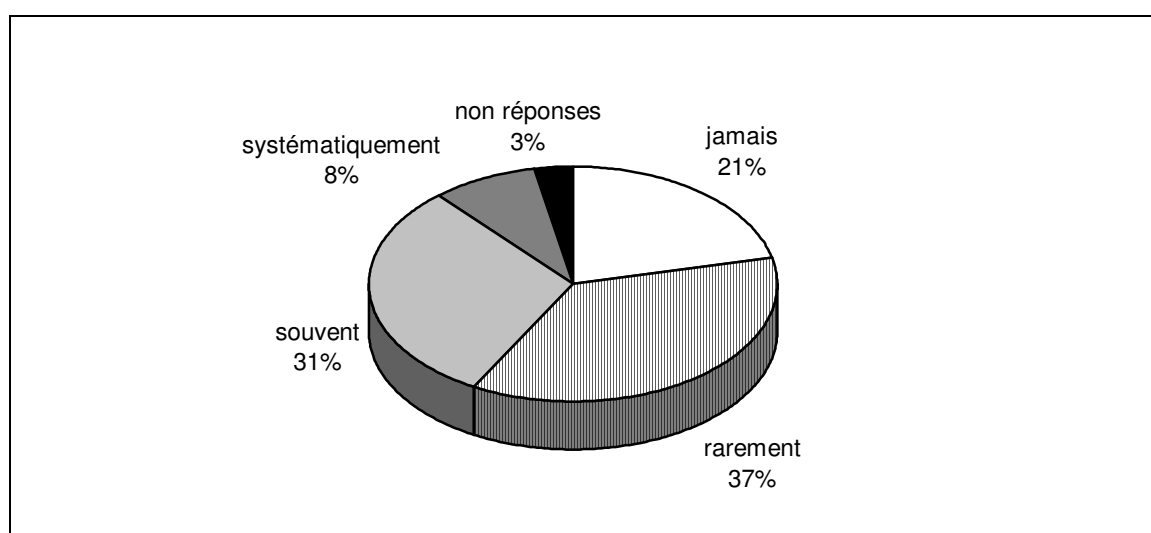
Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Souhait de formation	Intitulé	Souhait de formation			
Nombre de tentatives de suicides vues annuellement	Supérieur à la moyenne	51%	Inférieur à la moyenne	30%	1,72	[1,02 ; 2,34]	0,042

1.5 Face à une personne ayant fait une tentative de suicide

1.5.1 Prenez-vous en charge vous-même le patient ?

Les médecins prennent plus fréquemment en charge des personnes ayant des idées suicidaires que des tentatives de suicides. 39% ($\pm 8\%$) des médecins déclarent effectuer cette prise en charge systématiquement ou souvent en cas de tentatives de suicide contre 59% pour des idées suicidaires. Ils sont 21% ($\pm 8\%$) à ne jamais prendre en charge un tel patient (12% pour les idées suicidaires).

Figure 7 : Fréquence de la prise en charge des patients ayant effectué une tentative de suicide



La prise en compte du caractère ordinal de la question montre que les généralistes, les médecins hommes, les médecins de moins de 44 ans et les médecins voyant plus de tentatives que la moyenne, prennent plus souvent en charge, eux-même, ces patients que les autres. On note que les généralistes salariés prennent plus souvent en charge ces patients que les généralistes libéraux ($p=0,019$).

En outre, les médecins de l'Eure-et-Loir semblent prendre plus souvent en charge ces patients que les médecins des autres départements de la région (hors Indre). Au contraire, ceux de l'Indre semblent moins prêts à prendre eux même en charge ces patients.

Tableau 15 : Résultats de la régression logistique sur la fréquence de la prise en charge des tentatives de suicides

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Prise en charge éventuelle*	Intitulé	Prise en charge éventuelle*			
Sexe	Hommes	81%	Femmes	70%	1,33	[1,23 ; 1,38]	<0,001
Age	Moins de 44 ans	83%	44 ans ou plus	75%	1,21	[1,10 ; 1,27]	0,002
Mode d'exercice	Généralistes salariés	76%	Médecins du travail	32%	2,73	[1,57 ; 3,07]	0,006
Département	36	62%	18, 37, 41 et 45	75%	0,58	[0,27 ; 0,93]	0,017
Nombre de tentatives de suicides vues annuellement	Supérieur à la moyenne	93%	Inférieur à la moyenne	71%	1,20	[1,03 ; 1,31]	0,029
Département	28	94%	18, 37, 41 et 45	75%	1,17	[1,01 ; 1,25]	0,043
Mode d'exercice	Généralistes libéraux	79%	Médecins du travail	32%	2,23	[0,98 ; 2,92]	0,054

* : réponses « rarement », « souvent » ou « systématiquement » à la question

1.5.2 Selon quel critères prenez-vous votre décision ?

Cette question ne s'adressait qu'aux médecins prenant en charge occasionnellement les patients (réponse « rarement » ou « souvent » à la question précédente). La question étant complètement ouverte, la qualité des réponses est moindre : le taux de non réponses dépasse 25%.

Quatre thèmes ont été relevés par ordre d'importance dans les réponses :

- ce qui touche au patient, son état de santé, le fait qu'il soit connu avant la tentative de suicide, l'éventuel dialogue entre le patient et le médecin...
- l'entourage du patient, notamment le fait que le médecin le connaisse, et qu'il soit présent auprès du patient,
- les soins psychiatriques (prise en charge en parallèle d'un soin psychiatrique ou, au contraire, si ces soins sont impossibles ou refusés),
- le contact avec le milieu médical (prise en charge en parallèle d'une hospitalisation ou, au contraire, si celle-ci est jugée inutile ou est refusée par le patient, disponibilité du médecin dans la période).

79% ($\pm 9\%$) des médecins imposent des conditions concernant le patient lui-même avant de le prendre en charge :

- pour 23%, le patient doit être connu antérieurement,
- pour 17%, il doit avant tout être stable du point de vu médical,
- pour 13%, le patient doit être revu très régulièrement (au moins une fois par semaine),
- pour 10%, le patient doit au préalable avoir exprimé une demande dans ce sens au médecin,
- pour 9%, la prise en charge ne se fera que si la tentative de suicide est considérée comme un appel,
- pour les autres (8%), cela dépendra d'un éventuel dialogue possible avec le patient, de son niveau socio-culturel et de la confiance du patient envers le médecin.

32% ($\pm 12\%$) mettent en avant l'entourage du patient. Celui-ci doit être présent auprès du patient (24%), avoir confiance dans le médecin (5%) ou être connu antérieurement (3%).

28% ($\pm 12\%$) des médecins ne s'autorisent une prise en charge qu'en fonction de soins psychiatriques. Ceux-ci doivent être systématiques (18%) ou éventuels (3%). En revanche, certains médecins ne prennent eux-mêmes en charge que si les soins sont refusés (4%) ou impossibles (3%).

22% ($\pm 10\%$) des médecins prennent leur décision en fonction d'une hospitalisation ou des pratiques ambulatoires. Pour 5% d'entre eux, la prise en charge ne peut se faire qu'en relais d'une hospitalisation mais, pour 3% cette dernière n'est qu'éventuelle (en fonction de l'état médical du patient). Certains médecins ne prennent en charge le patient eux-mêmes que si l'hospitalisation est impossible ou refusée (6%) ou jugée inutile (1%). Enfin 7% des médecins ne s'autorisent une telle prise en charge que s'ils pensent pouvoir être disponibles pendant la durée de suivi.

1.5.3 Vers qui orientez-vous les patients ?

80% ($\pm 7\%$) des médecins disent orienter les patients vers les centres hospitaliers (une étude auprès de 187 généralistes libéraux de Basse-Normandie en 1998 [5] montre que 85,5% d'entre eux orientaient les patients vers les centres hospitaliers).

Les médecins qui orientent le plus vers les hôpitaux sont les généralistes libéraux, les médecins voyant le plus de tentatives de suicides et les médecins des villes de plus de 15 000 habitants.

Tableau 16 : Résultats de la régression logistique sur l'orientation vers les centres hospitaliers

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Orientation vers CH	Intitulé	Orientation vers CH			
Mode d'exercice	Généralistes libéraux	82%	Autres modes d'exercice	72%	1,32	[1,03 ; 1,38]	0,038
Type de commune d'exercice	Plus de 15 000 habitants	88%	Moins de 15 000 habitants	73%	1,30	[1,01 ; 1,36]	0,046
Nombre de TS vues annuellement	Plus que la moyenne	90%	Moins que la moyenne	75%	1,24	[1,00 ; 1,32]	0,047

33% ($\pm 9\%$) des médecins déclarent orienter vers les cliniques privées. Les médecins qui orientent le plus vers les cliniques sont les hommes. Ceux qui orientent le moins sont les médecins du Cher et de l'Eure-et-Loir, ce qui peut s'expliquer par une plus faible densité de lits en psychiatrie générale dans le secteur privé (nulle en Eure-et-Loir ; 0,10 lit pour 1 000 habitants dans le Cher pour une moyenne régionale de 0,36 lit pour 1 000 habitants – source STATISS 2001 Centre).

Tableau 17 : Résultats de la régression logistique sur l'orientation vers les cliniques privées

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Orientation vers cliniques	Intitulé	Orientation vers cliniques			
Sexe	Hommes	41%	Femmes	16%	1,45	[1,45 ; 4,02]	0,003
Département	28	7%	36, 37, 41 et 45	46%	0,14	[0,03 ; 0,60]	0,004
Département	18	21%	36, 37, 41 et 45	46%	0,47	[0,15 ; 1,11]	0,097

20% ($\pm 8\%$) des médecins orientent vers le secteur psychiatrique ou vers des structures spécialisées (CHS, CPU et CMP). On note que les médecins de l'Eure-et-Loir et ceux de l'Indre-et-Loire orientent moins souvent leurs patients vers ces structures.

Tableau 18 : Résultats de la régression logistique sur l'orientation vers le secteur psychiatriques ou des établissements spécialisés

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Orientation vers établissements spécialisés	Intitulé	Orientation vers établissements spécialisés			
Département	28	12%	18, 36, 41 et 45	25%	0,45	[0,17 ; 1,47]	0,073
Département	37	8%	18, 36, 41 et 45	26%	0,32	[0,09 ; 1,00]	0,050

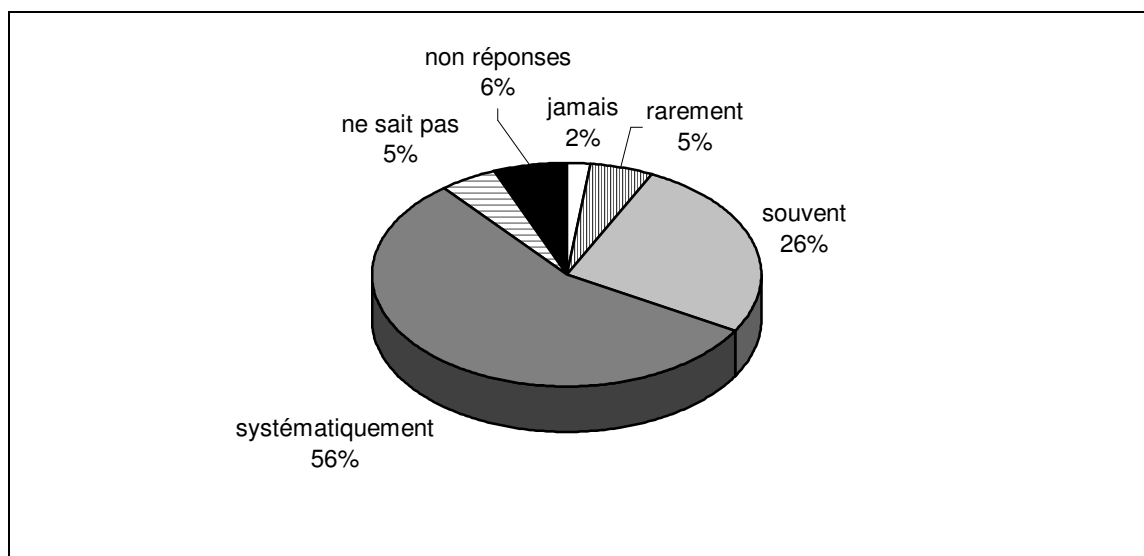
D'autres orientations possibles sont citées : les consultations de pathologies professionnelles (1 citation par un médecin du travail) et le médecin traitant (6 citations par des médecins du travail).

1.5.4 En cas d'hospitalisation, vos patients sont-ils vus par un membre du secteur psychiatrique ?

On note que 56% ($\pm 7\%$) des médecins déclarent leurs patients vus systématiquement par un membre du secteur psychiatrique et 31% ($\pm 5\%$) les déclarent vus souvent.

5% ($\pm 4\%$) des médecins ne savent pas si leurs patients voient un membre du secteur psychiatrique lors d'une hospitalisation pour tentative de suicide.

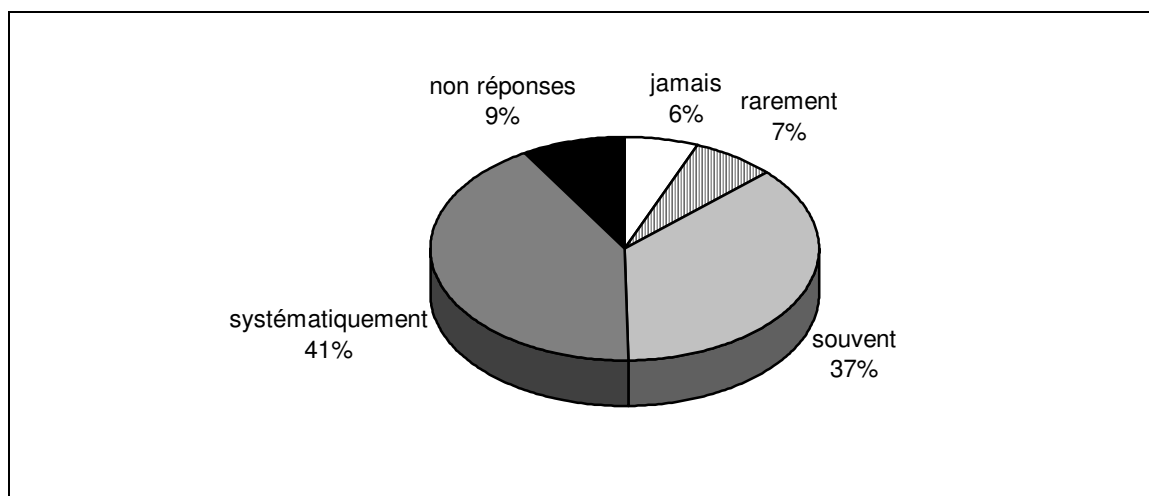
Figure 8 : Fréquence avec lesquels les patients sont vus par un membre du secteur psychiatrique en cas d'hospitalisation



1.5.5 En cas d'hospitalisation, informez-vous la famille ou l'entourage ?

La plupart (88% $\pm 7\%$) des médecins annoncent qu'ils contactent la famille ou l'entourage, en cas d'hospitalisation pour tentative de suicide. 6% ($\pm 2\%$) ne le font cependant jamais.

Figure 9 : Fréquence avec laquelle les médecins informent la famille ou l'entourage en cas d'hospitalisation pour tentative de suicide



On note des différences entre le mode d'exercice des médecins et le type de commune. Les généralistes salariés, et les médecins des villes de moins de 15 000 habitants, contactent plus souvent la famille ou l'entourage que les autres médecins.

Tableau 19 : Résultats de la régression logistique sur la fréquence avec laquelle les médecins contactent la famille en cas de tentative de suicide

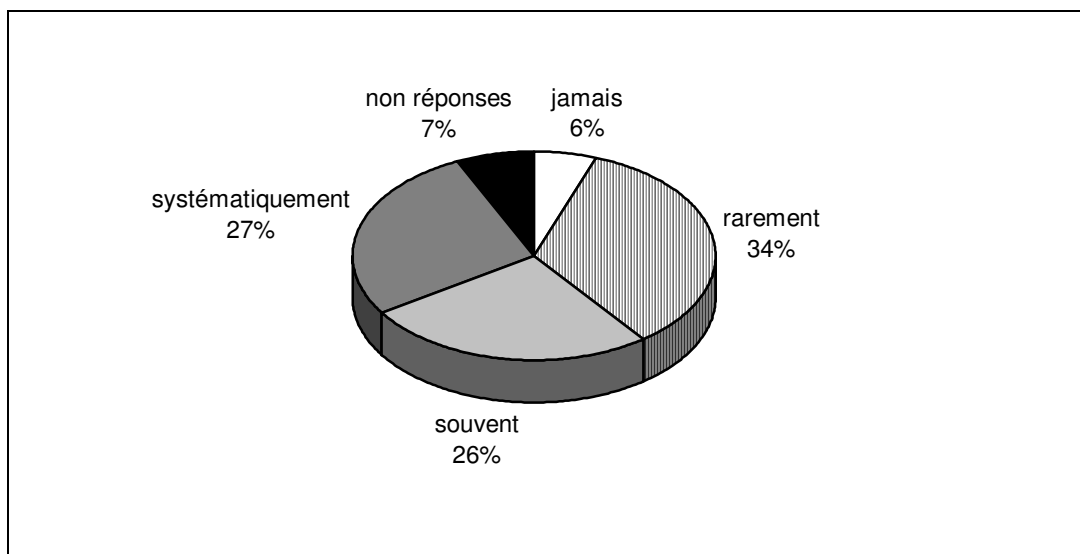
Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Contactent famille*	Intitulé	Contactent famille*			
Taille de la commune d'exercice	Moins de 15 000 habitants	92%	Plus de 15 000 habitants	95%	1,12	[1,01 ; 1,39]	0,015
Mode d'exercice	Généralistes salariés	100%	Autres modes d'exercice	91%	1,07	[1,02 ; 1,09]	0,017

* : réponses « rarement », « souvent » ou « systématiquement » à la question

1.5.6 En cas d'hospitalisation, établissez-vous un contact avec l'équipe de soin ?

53% ($\pm 8\%$) des médecins établissent systématiquement ou souvent des contacts avec l'équipe de soin. Mais 6% ($\pm 3\%$) d'entre eux ne le font jamais.

Figure 10 : Fréquence avec laquelle les médecins établissent un contact avec l'équipe de soin en cas d'hospitalisation pour tentative de suicide



Les généralistes libéraux, et les médecins des villes de 3 000 à 15 000 habitants, prennent moins souvent contact que les autres avec l'équipe de soin.

Tableau 20 : Résultats de la régression logistique sur la fréquence avec laquelle les médecins prennent contact avec l'équipe de soin

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Contactent éventuellement l'équipe de soin*	Intitulé	Contactent éventuellement l'équipe de soin*			
Mode d'exercice	Généralistes libéraux	92%	Autres modes d'exercice	99%	0,96	[0,88 ; 0,99]	0,001
Taille de la commune d'exercice	De 3 000 à 15 000 habitants	93%	Autres communes	93%	0,92	[0,80 ; 0,99]	0,022

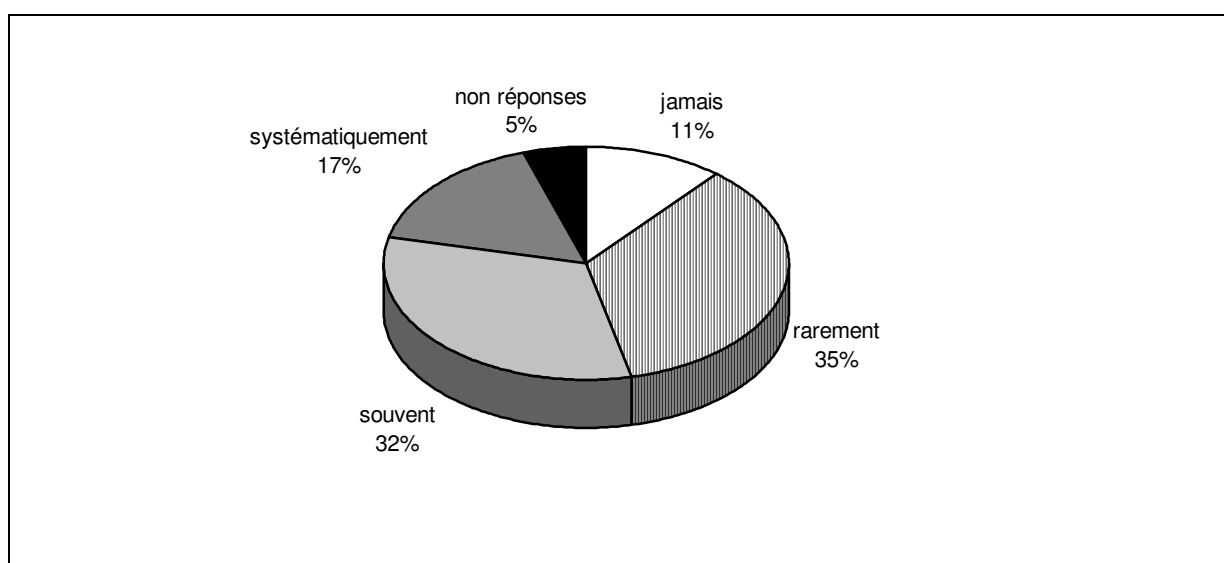
* : réponses « rarement », « souvent » ou « systématiquement » à la question

On ne retrouve pas de liens significatifs entre le fait que le médecin établisse un contact avec l'équipe de soin, et le fait qu'il déclare ses patients vus par un membre du secteur psychiatrique, lors d'une éventuelle hospitalisation.

1.5.7 A la sortie du patient, êtes-vous informé du projet de prise en charge ultérieur ?

49% ($\pm 10\%$) des médecins déclarent être informés souvent ou systématiquement du projet de suivi à la sortie du patient. On note que 11% ($\pm 6\%$) d'entre eux ne se déclarent jamais informés de ce projet.

Figure 11 : Fréquence avec laquelle les médecins sont informés du projet de prise en charge ultérieure à la sortie du patient



Le mode d'exercice influe sur la fréquence avec laquelle les médecins sont informés du projet de suivi : les généralistes se disent plus souvent informés que les médecins du travail de ces projets.

Tableau 21 : Résultats de la régression logistique sur la fréquence avec laquelle les médecins sont informés du projet de suivi ultérieur

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Informé du projet de prise en charge*	Intitulé	Informé du projet de prise en charge*			
Mode d'exercice	Généralistes	89%	Médecins du travail	61%	1,45	[1,22 ; 1,56]	0,001

* : réponses « rarement », « souvent » ou « systématiquement » à la question

On remarque que le taux de médecins déclarant n'être jamais intégrés au projet de suivi diminue au fur et à mesure de la fréquence avec laquelle ils contactent l'équipe de soin : 19% des médecins, n'établissant jamais de contact avec l'équipe de soin, ne sont jamais impliqués dans le

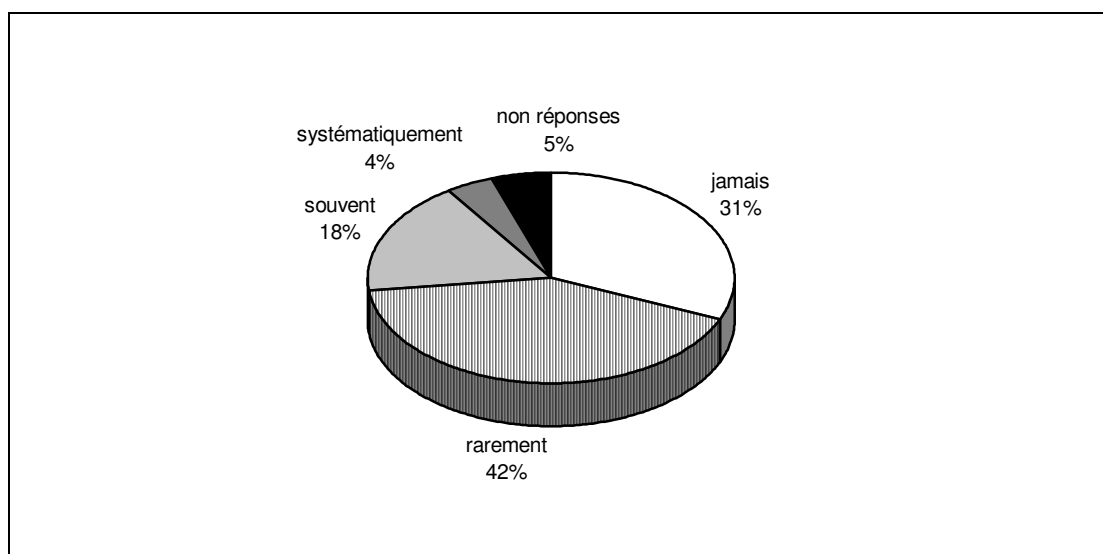
projet de suivi, contre 7% seulement, pour ceux qui disent établir systématiquement un contact. À l'inverse, le taux de médecins, souvent ou systématiquement impliqués dans le projet de suivi, augmente avec la fréquence avec laquelle ils contactent l'équipe de soin : de 27% pour les médecins n'établissant jamais de contacts à 68% pour ceux qui établissent systématiquement un contact.

Ces résultats s'inscrivent dans une parfaite logique : plus il y a de contacts entre les médecins et les équipes hospitalières et plus il y a travail en réseau.

1.5.8 Etes-vous intégré au projet de suivi ?

73% ($\pm 8\%$) des médecins se déclarent jamais ou rarement intégrés au projet de suivi des personnes ayant été hospitalisées, par eux, pour tentative de suicide. Seuls 4% ($\pm 4\%$) d'entre eux se déclarent systématiquement intégrés à ces projets.

Figure 12 : Fréquence avec laquelle les médecins se disent intégrés au projet de suivi



Aucun critère étudié dans cette étude n'influe sur ces réponses.

En ce qui concerne les modalités d'intégration au projet de suivi, on note une très forte proportion de non réponses : 78% des médecins n'y ont pas répondu. L'intégration au projet de soin se situe sur plusieurs niveaux, dont certains semblent très succincts :

- le suivi médical en parallèle à un suivi psychiatrique réalisé en secteur psychiatrique (13 réponses de généralistes),
- le suivi médical post-hospitalier sans qu'un éventuel suivi psychiatrique ne soit précisé (10 réponses de généralistes),
- un courrier de sortie (6 réponses de généralistes et 2 de médecins du travail),
- la prescription de médicaments et d'arrêts de travail (3 réponses de généralistes),

- l'adaptation de l'environnement professionnel (1 réponse de généraliste et 1 réponse d'un médecin du travail),
- la visite de reprise du travail (1 réponse d'un médecin du travail),
- la réalisation du suivi psychiatrique (1 réponse de généraliste).

1.5.9 Au retour à domicile de la personne, quelles sont vos difficultés ?

En ce qui concerne les difficultés rencontrées au retour à domicile du patient, on relève des taux de non réponses oscillant entre 7 et 8% des médecins.

Pour les médecins ayant répondu, les difficultés sont :

- le délai d'attente pour les consultations psychiatriques (70% \pm 9%),
- l'absence de liaison avec l'équipe soignante (69% \pm 9%),
- le manque d'adhésion de la personne au projet de soin (58% \pm 9%),
- l'entourage familial (48% \pm 9%).

En ce qui concerne le délai d'attente en consultation psychiatrique, on note que cette difficulté est moins souvent citée par les médecins des villes de plus de 15 000 habitants, que par les autres.

Tableau 22 : Résultats de la régression logistique sur la fréquence avec laquelle les médecins citent comme difficulté le délai d'attente pour les consultations psychiatriques

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Citent délai d'attente	Intitulé	Citent délai d'attente			
Type de la commune d'exercice	Plus de 15 000 habitants	58%	Moins de 15 000 habitants	80%	0,72	[0,45 ; 0,96]	0,015

En ce qui concerne l'absence de liaison avec l'équipe soignante, cette difficulté est moins souvent citée par les généralistes salariés que par les autres médecins. Cette différence est peut-être due au mode de rémunération du praticien. En effet, il est peut-être plus aisé, pour un salarié, de répercuter le temps de coordination avec l'équipe soignante sur son temps de travail, que pour un libéral. En outre, de nombreux généralistes salariés travaillent en milieu hospitalier (services des urgences) et il est alors plus facile d'avoir des contacts avec leurs confrères hospitaliers.

Tableau 23 : Résultats de la régression logistique sur la fréquence avec laquelle les médecins citent comme difficulté l'absence de liaison avec l'équipe soignante

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Citent le manque de lien avec équipe de soin	Intitulé	Citent le manque de lien avec l'équipe de soin			
Mode d'exercice	Généralistes salariés	43%	Autres modes d'exercice	75%	0,60	[0,29 ; 0,92]	0,011

En ce qui concerne le manque d'adhésion de la personne au projet de soin, cette difficulté est plus souvent citée par les généralistes que par les médecins du travail.

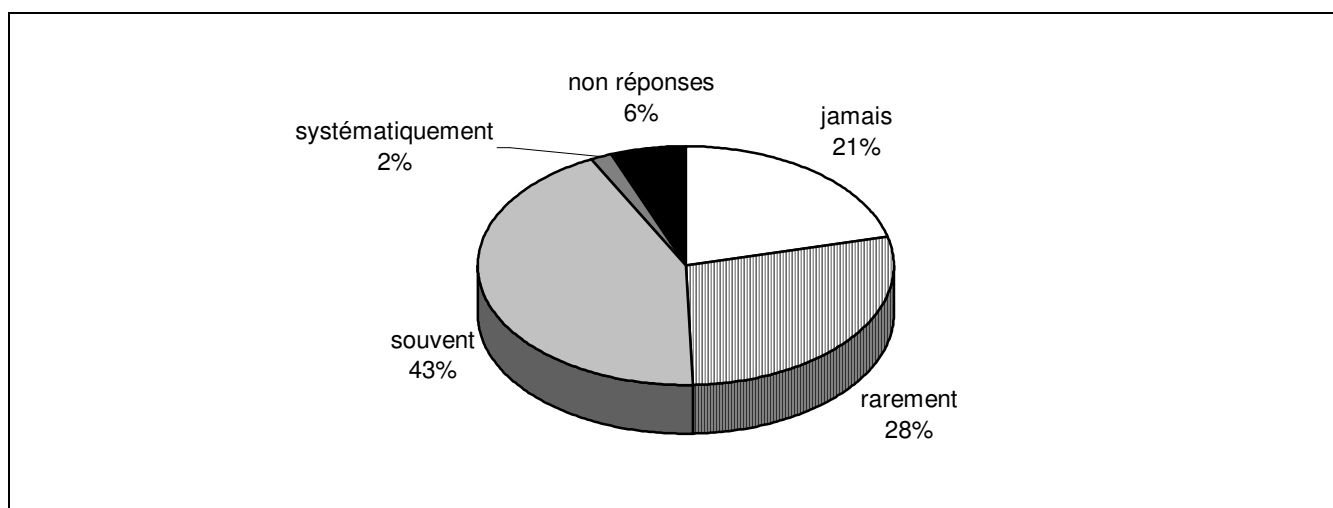
Tableau 24 : Résultats de la régression logistique sur la fréquence avec laquelle les médecins citent comme difficulté le manque d'adhésion des patients aux projets de suivi

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Citent le manque d'adhésion des patients	Intitulé	Citent le manque d'adhésion des patients			
Mode d'exercice	Généralistes	58%	Médecins du travail	29%	1,98	[1,04 ; 2,77]	0,039

1.5.10 Assurez-vous le suivi de l'entourage familial ?

Seulement 2% ($\pm 2\%$) des généralistes assurent en systématique le suivi de l'entourage familial. Par contre, 23% ($\pm 7\%$) d'entre eux n'assurent jamais ce genre de suivi.

Figure 13 : Fréquence avec laquelle les généralistes assurent le suivi de l'entourage familial



Les généralistes libéraux assurent bien plus fréquemment ce genre de suivi que leurs collègues salariés (ce qui paraît logique).

Tableau 25 : Résultats de la régression logistique sur la fréquence avec laquelle les généralistes assurent le suivi de l'entourage familial

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Assurent le suivi de l'entourage familial*	Intitulé	Assurent le suivi de l'entourage familial*			
Mode d'exercice	Généralistes libéraux	90%	Généralistes salariés	35%	2,45	[1,71 ; 2,79]	<0,001

* : réponses « rarement », « souvent » ou « systématiquement » à la question

8% des médecins n'ont pas répondu à la question sur les difficultés rencontrées dans ce type de suivi. Parmi les autres, 60% ($\pm 10\%$) déclarent ne pas rencontrer de difficultés particulières dans le suivi de l'entourage familial. Les généralistes libéraux, et les médecins exerçant dans les communes de plus de 15 000 habitants, sont moins nombreux que les autres à déclarer des difficultés. En revanche, les médecins hommes déclarent plus souvent des difficultés que les médecins femmes.

Tableau 26 : Résultats de la régression logistique sur le fait que les généralistes rencontrent des difficultés dans le suivi de l'entourage familial

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Ont des difficultés dans le suivi de l'entourage familial	Intitulé	Ont des difficultés dans le suivi de l'entourage familial			
Mode d'exercice	Généralistes libéraux	39%	Généralistes salariés	57%	0,35	[0,10 ; 0,92]	0,026
Type de commune d'exercice	Plus de 15 000 habitants	30%	Moins de 15 000 habitants	46%	0,49	[0,19 ; 1,08]	0,071
Sexe	Hommes	43%	Femmes	33%	1,53	[0,92 ; 2,15]	0,086

Les difficultés énoncées sont, pour les médecins ayant déclaré une ou plusieurs difficultés (10% de non réponses), :

- la disponibilité (45%),
- l'incompréhension du geste par la famille (34%),
- le manque de moyens (29%),
- le refus de la famille (28%),
- les problèmes familiaux (20%),
- le niveau socioculturel de la famille (4 réponses),
- la famille déjà suivie par le secteur psychiatrique (3 réponses),
- le secret médical (2 réponses),
- la difficulté à dissocier les causes de l'acte (1 réponse).

1.5.11 Quels sont vos souhaits pour améliorer la prise en charge des personnes suicidantes ?

Les souhaits des médecins, pour améliorer la prise en charge des patients suicidaires, sont :

- la formation (54%) [74% dans l'enquête réalisée en Basse Normandie [5] citée précédemment, 74,5% dans l'enquête Prémutan [3] réalisée en 1996 auprès d'un échantillon représentatif de médecins généralistes de 5 régions françaises],
- plus de coordination entre les généralistes et les professionnels du secteur psychiatrique (35%),
- plus de moyens pour le secteur psychiatrique, afin d'améliorer la prise en charge par celui-ci (notamment en ce qui concerne les délais de rendez-vous) (29%),
- la création de services spécialisés ou de centres d'accueil permanent (9%),
- la création de réseaux ou d'annuaires ou de numéros verts pour aider à la coordination et au retour d'informations (8%),
- du temps et de la disponibilité (9 réponses),

- la création et l'utilisation d'échelles de dépression adaptées (4 réponses),
- l'orientation systématique des patients vers le secteur psychiatrique plutôt que vers les centres hospitaliers (4 réponses),
- une rémunération plus juste prenant en compte le temps passé (4 réponses),
- des campagnes médiatiques pour rendre le sujet du suicide moins tabou (4 réponses),
- changer la société, repeupler les campagnes et prévenir l'isolement (2 réponses),
- de l'information envers la famille et l'entourage (2 réponses),
- un CDROM pour aider les médecins à prendre mieux en charge ces patients (1 réponse).

On note qu'en ce qui concerne la formation sur le thème de la prise en charge des personnes suicidantes, les médecins les plus jeunes (moins de 44 ans) ou les plus âgés (50 ans et plus) sont ceux qui souhaitent le plus recevoir une telle formation.

Tableau 27 : Résultats de la régression logistique sur le fait que les médecins souhaitent de la formation sur le thème de la prise en charge des personnes effectuant une tentative de suicide

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Souhaitent recevoir une formation	Intitulé	Souhaitent recevoir une formation			
Age	Moins de 44 ans	62%	De 44 à 50 ans	37%	1,69	[1,10 ; 3,03]	0,011
	50 ans et plus						

2 L'enquête auprès des établissements envoyeurs

2.1 Le profil des établissements

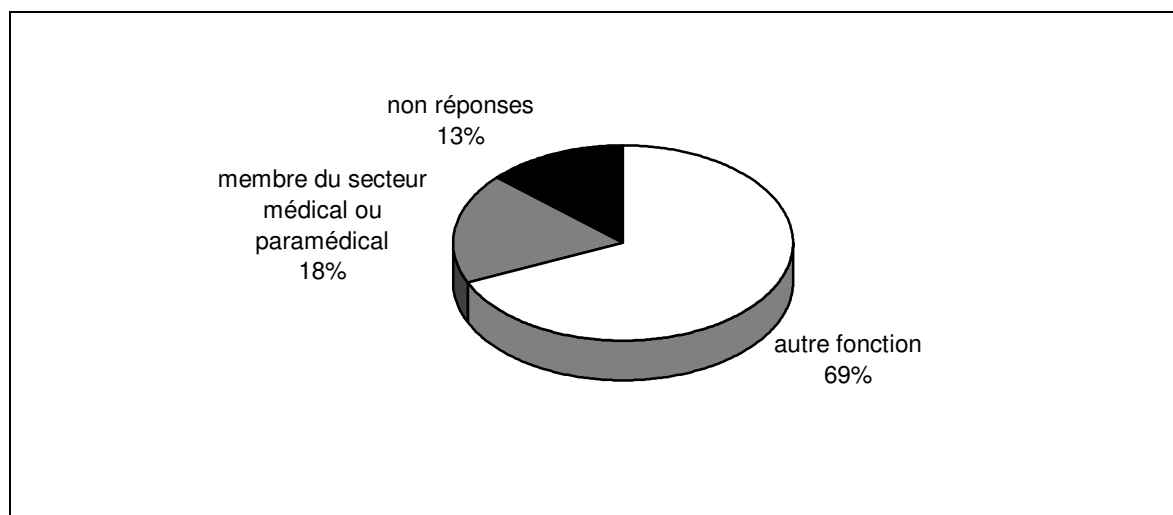
L'échantillon a été redressé sur l'ensemble des variables de stratification utilisées. Aussi, l'échantillon peut être considéré comme représentatif des établissements de la région en ce qui concerne le type d'établissement (maisons de retraite, foyers logements, établissements scolaires, foyers d'adolescents et UCSA), la taille des établissements (pour les établissements scolaires publics et les établissements d'hébergement de personnes âgées), le type (collège, lycée et lycée professionnels) et le statut (public, privé) des établissements scolaires.

En ce qui concerne la taille de la commune des établissements, il n'a pas été effectué de redressement. Cependant, on note que la répartition des établissements dans les différents types de communes dans l'échantillon redressé est non significativement différente de celle de l'ensemble des établissements de la région (établissement d'hébergement de personnes âgées : $p=0,30$; établissements scolaires : $p=0,71$ et foyers d'adolescents : $p=0,24$). Aussi, l'échantillon peut être considéré comme représentatif des établissements régionaux vis-à-vis de cette variable.

2.1.1 Personnes ayant rempli le questionnaire

Pour 13% des questionnaires, la fonction de la personne ayant rempli le questionnaire n'a pas été renseignée. Pour les autres, ce questionnaire a été rempli dans 21% des cas par un membre du secteur médical ou paramédical. Dans la majorité des cas, c'est un membre de la direction de l'établissement qui a répondu et plus rarement une autre personne (éducateur, secrétaire...)

Figure 14 : Personnel ayant rempli le questionnaire pour les établissements envoyeurs



La fonction de la personne ayant rempli le questionnaire dépend essentiellement du type d'établissement. Il s'agit d'un membre du secteur médical au paramédical dans toutes les UCSA, dans 26% des établissements scolaires, dans 11% des établissements d'hébergement de personnes âgées et dans aucun des foyers d'adolescents.

2.1.2 *Personnel disponible*

Le tableau suivant résume la proportion d'établissements déclarant disposer du personnel médico-social cité.

Tableau 28 : Personnel disponible suivant le type d'établissement

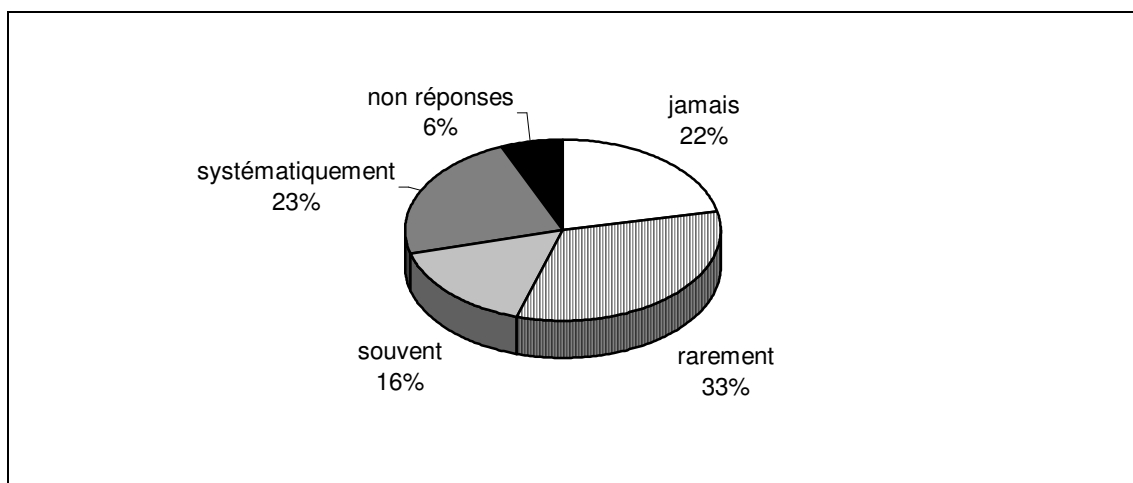
Personnel	Etablissements d'hébergement de personnes âgées	Etablissements scolaires	Foyers d'adolescents	UCSA	Total des établissements
Infirmiers	71%	72%	41%	100%	69%
Médecins	54%	45%	12%	100%	46%
Assistants sociales	15%	50%	24%	60%	32%
Psychologues	15%	15%	68%	100%	20%
Psychiatres	21%	1%	44%	100%	14%
Aides soignants [non proposé]	15%	-	-	-	-
Educateurs [non proposé]	2%	4%	47%	-	-
Aides médico-psychologiques [non proposé]	6%	-	-	-	-

2.2 *Face à une personne ayant des idées suicidaires*

2.2.1 *Prenez-vous ces personnes en charge dans votre établissement ?*

39%(±7%) des établissements prennent en charge souvent ou systématiquement une personne exprimant des idées suicidaires. 22% (±6%) de ces établissements ne prennent jamais en charge ces patients en interne (proportions identiques entre les établissements scolaires, les établissements d'hébergement de personnes âgées et les foyers logements).

Figure 15 : Fréquence avec laquelle les établissements envoyeurs prennent en charge une personne exprimant des idées suicidaires



En dehors des UCSA, qui prennent toujours en charge les patients en cas d'idées suicidaires, on note que les établissements des communes de moins de 3 000 habitants assurent cette prise en charge moins souvent que les autres.

Tableau 29 : Résultat de la régression logistique sur la fréquence de la prise en charge des personnes exprimant des idées suicidaires dans les établissements envoyeurs

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Prennent éventuellement en charge*	Intitulé	Prennent éventuellement en charge*			
Type de commune	Moins de 3 000 habitants	58%	3 000 habitants ou plus	83%	0,70	[0,52 : 0,85]	<0,001

* : réponse « systématiquement », « souvent » ou « rarement » à la question

2.2.2 Dans le cas où vous orientez le patient, quel professionnel assure la prise en charge ?

Parmi les établissements susceptibles d'orienter leurs patients, 27% n'ont pas indiqué vers quels professionnels avait lieu cette orientation.

Les professionnels les plus souvent cités sont le secteur psychiatrique (60%±8%), les psychologues (32%±7%), les psychiatres libéraux (30%±8%). Les médecins traitants [non proposé] (8%), les établissements spécialisés (8%) et les hôpitaux ou cliniques [non proposé] (3%), sont moins souvent cités. On note que 15% des établissements scolaires citent spontanément le médecin scolaire.

81% des foyers d'adolescents, 68% des établissements d'hébergement de personnes âgées et 46% des établissements scolaires font appel au secteur psychiatrique.

Au sein des établissements scolaires, les établissements privés ont plus recours au secteur psychiatrique que les établissements publics. Au sein des établissements d'hébergement de personnes âgées, les grands établissements (80 lits ou plus pour les maisons de retraites et 50 lits ou plus pour les foyers logements) y ont plus recours que les établissements plus petits.

Tableau 30 : Résultat de la régression logistique sur la fréquence de l'orientation vers le secteur psychiatrique en cas d'idées suicidaires dans les établissements envoyeurs

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Font appel au secteur psychiatrique	Intitulé	Font appel au secteur psychiatrique			
Nombre de lits des établissements d'hébergement de personnes âgées	Grand établissements d'hébergement de personnes âgées	82%	Petits établissements d'hébergement de personnes âgées	52%	1,60	[1,17 ; 1,81]	0,010
Statut des établissements scolaires	Etablissements scolaires privés	39%	Etablissements scolaires publics	48%	1,68	[1,08 ; 1,93]	0,029

55% des établissements scolaires, 38% des foyers d'adolescents et 8% des établissements d'hébergement des personnes âgées ont recours aux psychologues.

Ce recours est plus fréquent pour les établissements des communes de plus de 15 000 habitants.

Tableau 31 : Résultat de la régression logistique sur la fréquence de l'orientation vers les psychologues en cas d'idées suicidaires dans les établissements envoyeurs

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Font appel aux psychiatres libéraux	Intitulé	Font appel aux psychiatres libéraux			
Type de commune	15 000 habitants et plus	48%	Moins de 15 000 habitants	22%	2,15	[1,36 ; 2,96]	0,002

31% des établissements scolaires et des établissements d'hébergement de personnes âgées et 14% des foyers d'adolescents ont recours aux psychiatres libéraux. Ces spécialistes sont plus souvent sollicités dans les communes de moins de 3 000 habitants que par les autres.

Tableau 32 : Résultat de la régression logistique sur la fréquence de l'orientation vers les psychiatres libéraux en cas d'idées suicidaires dans les établissements envoyeurs

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Font appel aux psychiatres libéraux	Intitulé	Font appel aux psychiatres libéraux			
Type de commune	Moins de 3 000 habitants	12%	3 000 habitants ou plus	38%	0,30	[0,14 ; 0,62]	<0,001

2.2.3 Dans le cas où vous prenez en charge le patient, quel personnel assure la prise en charge ?

Lorsque le patient est pris en charge en interne, les personnels qui assurent le suivi sont :

- des infirmiers (61%±7%),
- des médecins (44%±7%),
- des assistants sociaux (21%±7%),
- des psychiatres (20%±5%),
- des psychologues (18%±5%),
- des autres personnes ne faisant pas partie du domaine médico-social [non proposé] (11%),
- des aides soignantes [non proposé] (7%),
- des éducateurs [non proposé] (7%).

Les foyers d'adolescents ont moins recours à leurs propres personnels médical et infirmier que les autres types d'établissements : dans seulement 42% et 20% des foyers d'adolescents disposant respectivement d'infirmières et de médecins, ceux-ci sont mobilisés dans la prise en charge de patients ayant des idées suicidaires, contre 80% et 67%, respectivement, dans les autres établissements.

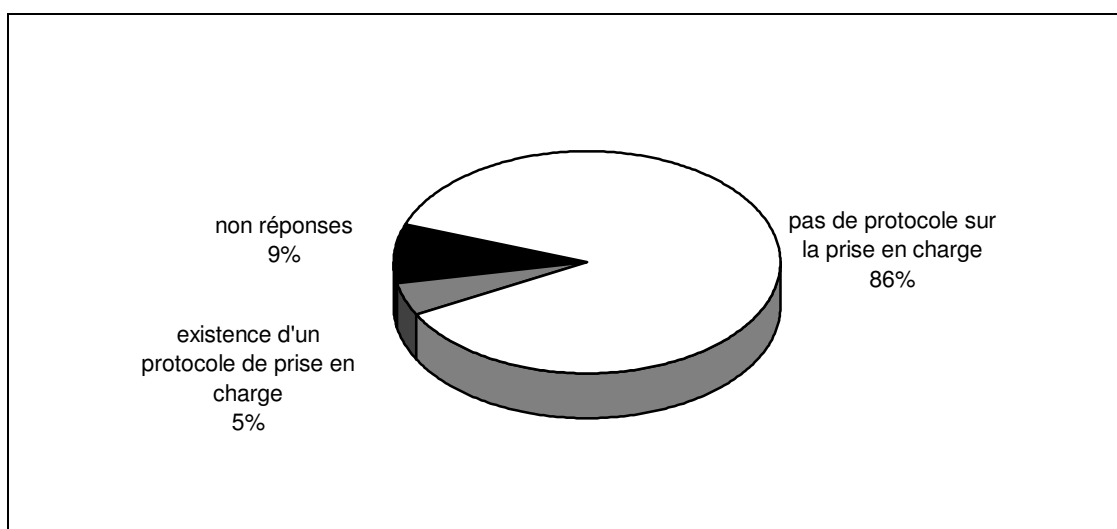
En ce qui concerne les psychiatres, les foyers d'adolescents et les établissements scolaires ont moins recours à ces professionnels, quand ils en disposent, que les autres établissements (38% contre 81%).

En ce qui concerne les taux de prise en charge par les psychologues et les assistantes sociales, on ne montre pas de différences significatives entre les différents type d'établissements.

2.2.4 Existe-t-il un protocole ou des procédures de prise en charge ?

Seulement 7% des établissements scolaires et des foyers d'adolescents et 2% des établissements d'hébergement de personnes âgées mais un tiers des UCSA signalent l'existence d'un protocole ou de procédures concernant la prise en charge des patients exprimant des idées suicidaires.

Figure 16 : Existence de protocole sur la prise en charge des patient exprimant des idées suicidaires dans les établissements envoyeurs



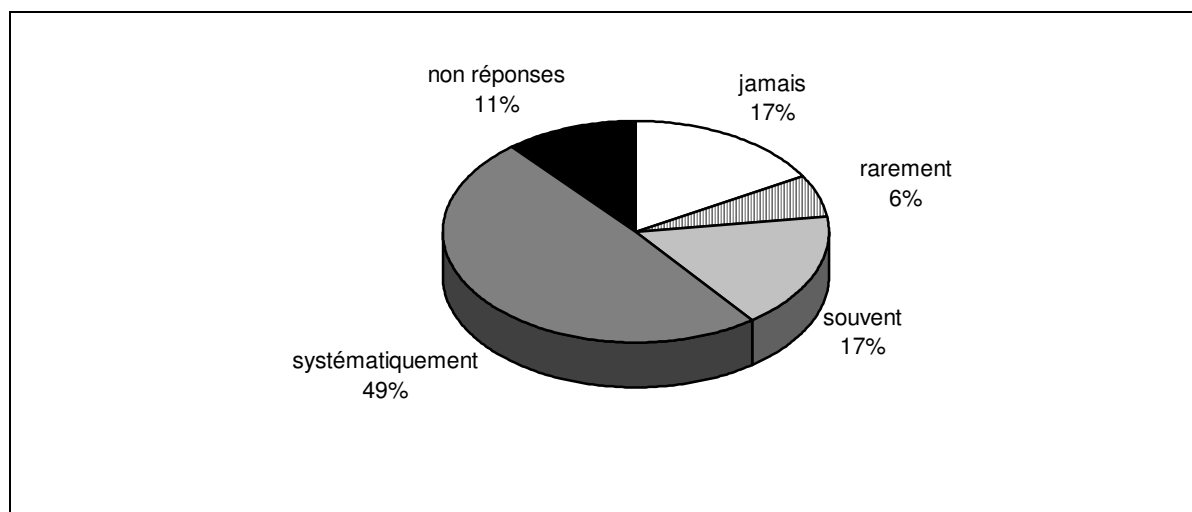
Ces protocoles concernent :

- le suivi psychiatrique (62% des protocoles – 3 établissements scolaires, 2 maisons de retraites, 3 foyers d'adolescents et une UCSA),
- la réalisation d'un bilan avant un suivi psychiatrique et d'un entretien ultérieur (3 établissements scolaires et 2 foyers d'adolescents),
- les contacts avec la famille (2 établissements scolaires),
- un cadre juridique fixe (un établissement scolaire et un foyer d'adolescents).

2.2.5 Associez-vous la famille à la prise en charge ?

66% ($\pm 7\%$) des établissements (74% de ceux ayant répondu), disent associer la famille souvent ou systématiquement à la prise en charge. 17% ($\pm 6\%$) d'entre eux (19% de ceux ayant répondu) ne l'associent cependant jamais.

Figure 17 : Fréquence avec laquelle la famille est associée à la prise en charge en cas d'idées suicidaires dans les établissements envoyeurs



La famille est plus souvent impliquée dans les établissements d'hébergement de personnes âgées ayant une section médicalisée que dans les autres. Elle l'est également plus souvent dans les collèges de petite taille (moins de 500 élèves) que dans les collèges plus grands.

Tableau 33 : Résultat de la régression logistique sur la fréquence de l'association de la famille dans les établissements envoyeurs en cas d'idées suicidaires

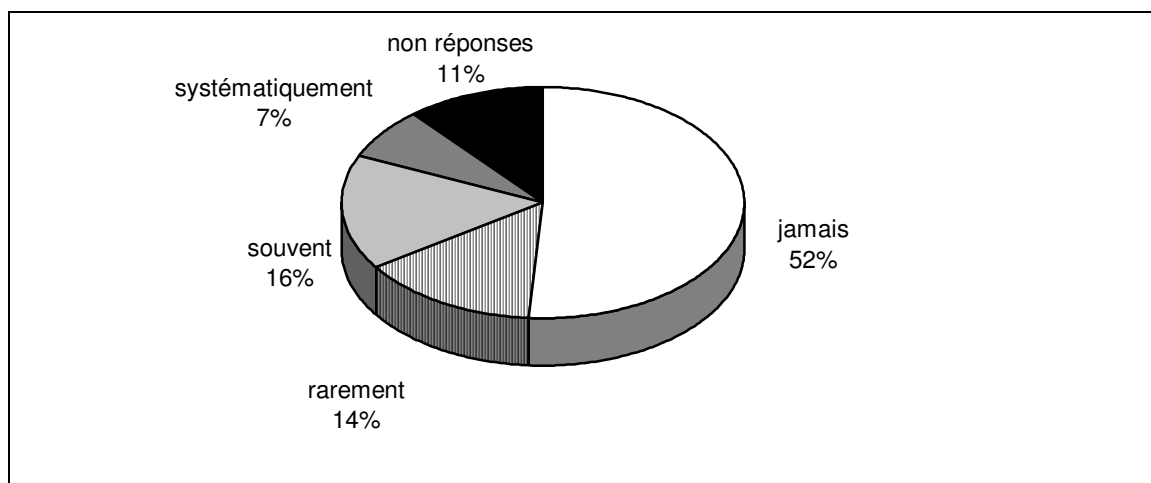
Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Associé éventuellement la famille*	Intitulé	Associé éventuellement la famille*			
Section médicalisée en établissement d'hébergement de personnes âgées	Présente	89%	Non présente	72%	1,26	[1,02 ; 1,35]	0,039
Taille des collèges	Moins de 500 élèves	61%	500 élèves ou plus	93%	1,03	[0,81 ; 1,08]	0,057

* : réponse « systématiquement », « souvent » ou « rarement » à la question

2.2.6 Associez-vous d'autres proches à la prise en charge ?

23% ($\pm 6\%$) des établissements envoyeurs (26% de ceux ayant répondu) disent associer souvent ou systématiquement les proches. En revanche, 52% ($\pm 7\%$) d'entre eux (58% de ceux ayant répondu) ne les associent jamais.

Figure 18 : Fréquence avec laquelle les proches sont associés à la prise en charge en cas d'idées suicidaires dans les établissements envoyeurs



59% des établissements d'hébergement de personnes âgées et 40% des foyers d'adolescents associent éventuellement les proches à la prise en charge en cas d'idées suicidaires.

Au sein des établissements scolaires, les grands établissements (1 200 élèves ou plus) les associent plus souvent que les autres.

Tableau 34 : Résultat de la régression logistique sur la fréquence de l'association des proches dans les établissements envoyeurs en cas d'idées suicidaires

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Associent éventuellement les proches*	Intitulé	Associent éventuellement les proches*			
Taille des établissements scolaires	1 200 élèves ou plus	66%	Moins de 1 200 élèves	29%	2,35	[1,44 ; 2,99]	0,003

* : réponse « systématiquement », « souvent » ou « rarement » à la question

44% des établissements envoyeurs citent d'autres partenaires, susceptibles d'être associés à la prise en charge des patients exprimant des idées suicidaires. Il s'agit :

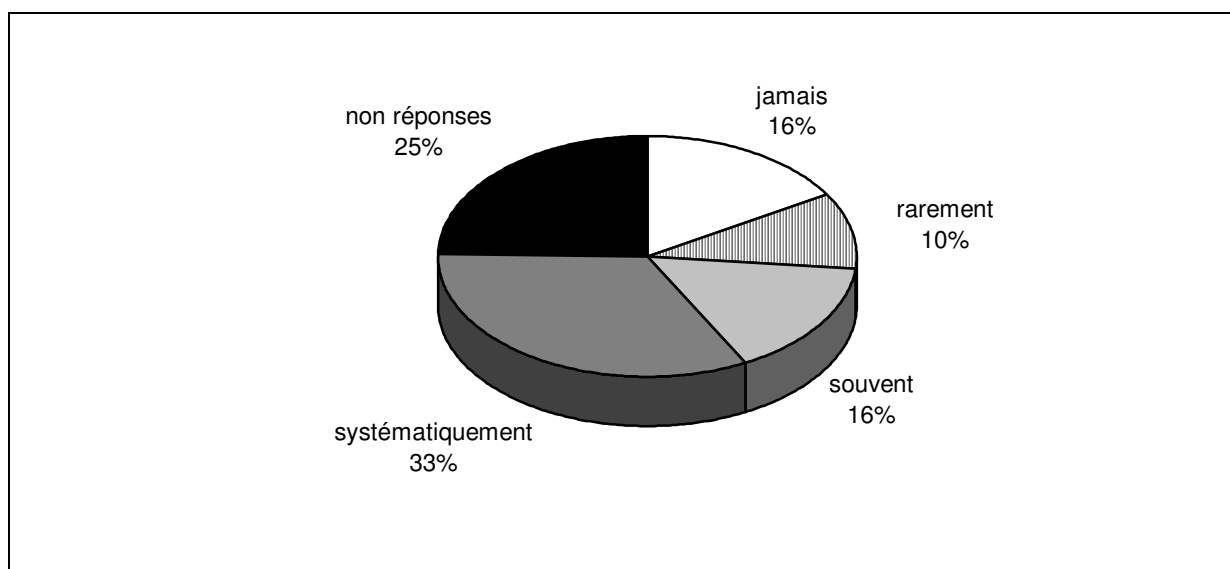
- d'autres interlocuteurs non précisés (22%),
- du secteur psychiatrique, des psychiatres libéraux et des établissements spécialisés (13%),
- de professionnels médicaux (médecins traitants, infirmières libérales...) (7%),
- du secteur social, des DPDS (10% des établissements scolaires et 6% des foyers d'adolescents),
- de l'Éducation Nationale (3% des établissements scolaires et 9% des foyers d'adolescents),
- de l'ASE et de l'AEMO (4 réponses de foyers d'adolescents),

- de la PJJ (2 réponses de foyers d'adolescents),
- des intervenants bénévoles (1 réponse d'une maison de retraite).

2.2.7 Assurez-vous un suivi ultérieur à la crise ?

On note que 25% des établissements n'ont pas répondu à cette question. Pour les autres, le suivi est réalisé systématiquement dans 33% ($\pm 8\%$) des cas, souvent dans 16% ($\pm 7\%$) des cas, mais jamais, dans 16% ($\pm 7\%$) des cas.

Figure 19 : Fréquence avec laquelle les établissements envoyeurs assurent un suivi ultérieur à la crise dans le cas d'idées suicidaires



82% des foyers d'adolescents et des établissements scolaires et 73% des établissements d'hébergement de personnes âgées assurent éventuellement un suivi ultérieur à la crise.

20% des établissements assurant éventuellement un suivi n'ont pas précisé quel forme il prenait. Pour les autres :

- 52% de ces établissements assurent un suivi relationnel en établissant un dialogue avec le patient,
- 29% de ces établissements assurent un suivi psychiatrique en interne ou en externe (pour 25% d'entre eux, il est systématique),
- 29% de ces établissements assurent une surveillance médicale, en interne pour 83%, par la médecine ambulatoire pour 13% et par la médecine hospitalière pour 4%,
- 14% d'entre eux assurent le suivi en impliquant la famille.

Les établissements scolaires ont des pratiques de suivi complètement différentes des autres établissements. Ils assurent un suivi psychiatrique ou médical moins souvent que les autres établissements (respectivement 11% et 14% contre 60% et 45% dans les autres établissements). En revanche, ils mettent en œuvre plus souvent que les autres un dialogue avec le patient (72% contre 26% dans les autres établissements) et contactent plus souvent la famille (21% contre 2% pour les autres établissements).

2.2.8 Quelles sont vos difficultés ?

On note que 6% des établissements n'ont pas précisé leurs difficultés et que parmi les autres 16% n'expriment aucune difficulté.

Les principales difficultés évoquées dans ce type de prise en charge sont :

- le manque de personnel en interne (62% ($\pm 7\%$) des établissements),
- le manque de formation (53% ($\pm 7\%$) des établissements),
- le manque d'interlocuteurs extérieurs (34% ($\pm 6\%$) des établissements),
- les délais d'attente pour les rendez-vous spécialisés (37% ($\pm 7\%$) des établissements),
- le manque de disponibilité [non proposé] (5% des établissements).

64% des UCSA, des établissements scolaires et des établissements d'hébergement de personnes âgées et 54% des foyers d'adolescents présentent le manque de personnel en interne comme une difficulté.

On note que les grands établissements (établissements scolaires de 1 200 élèves ou plus, maisons de retraite de 80 lits ou plus et foyers d'adolescents de 20 places ou plus) citent plus souvent cette difficulté que leurs homologues de plus petite taille.

Tableau 35 : Résultat de la régression logistique sur le fait que les établissements envoyeurs citent le manque de personnel en interne comme difficulté en cas d'idées suicidaires

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Citent le manque de personnel en interne	Intitulé	Citent le manque de personnel en interne			
Taille des établissements scolaires	1 200 élèves ou plus	75%	Moins de 1 200 élèves	63%	1,39	[1,07 ; 1,52]	0,023
Taille des maisons de retraites	80 lits ou plus	80%	Moins de 80 lits	59%	1,51	[1,24 ; 1,53]	0,002
Taille des foyers d'adolescents	20 lits ou plus	88%	Moins de 20 lits	22%	4,04	[2,39 ; 4,43]	0,001

Les types de personnels qui manquent le plus souvent sont :

- les psychologues (61% des établissements),
- les psychiatres (38% des établissements),
- les infirmiers (50% des établissements),
- les assistants sociaux (38% des établissements),
- les éducateurs (9% des établissements),
- le personnel de nuit [non proposé] (2 réponses de maisons de retraite),
- les aides soignantes [non proposé] (2 réponse d'un établissement scolaire et d'un foyer logement),
- les aides en gérontologie [non proposé] (1 réponse d'un foyer logement).

Parmi les établissements ayant mentionné cette difficulté, les établissements scolaires se distinguent : ils citent, plus souvent que les autres, le manque d'infirmières et d'assistantes sociales (respectivement 69% et 57% des établissements scolaires contre 30% et 18% pour les autres), mais moins souvent que les autres, le manque de psychiatres (17% contre 61% pour les autres).

51% des foyers d'adolescents et 41% des autres établissements envoyeurs citent le manque d'interlocuteurs extérieurs comme difficulté. Au sein des établissements scolaires, on note que les collèges citent moins souvent ce problème.

Tableau 36 : Résultat de la régression logistique sur le fait que les établissements envoyeurs citent le manque d'interlocuteurs extérieurs comme difficulté en cas d'idées suicidaires

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Citent le manque d'interlocuteurs extérieurs	Intitulé	Citent le manque d'interlocuteurs extérieurs			
Type d'établissements scolaires	Collèges	17%	Lycées et lycées professionnels	41%	0,41	[0,19 ; 0,80]	0,006

Les interlocuteurs extérieurs qui font le plus souvent défaut sont :

- les psychiatres (84% des établissements),
- les psychologues (59% des établissements),
- les infirmiers (22% des établissements),
- les assistants sociaux (19% des établissements),
- les éducateurs (13% des établissements),
- des médecins (autres que psychiatres) [non proposé] (4 réponses de 3 établissements scolaires et d'un foyers d'adolescents),
- un service psychiatrique ambulatoire [non proposé] (1 réponse d'une maison de retraite).

58% des maisons de retraite et des établissements scolaires et 30% des autres établissements citent le manque de formation comme une difficulté.

66% des foyers d'adolescents, 39% des établissements scolaires et 27% des établissements d'hébergement de personnes âgées citent comme difficulté les délais pour les rendez-vous spécialisés.

Cette difficulté est plus sensible pour les lycées professionnels que pour les autres établissements scolaires, pour les établissements publics que pour les établissements privés et pour les grands établissements (plus de 1 200 élèves) que pour les plus petits.

Tableau 37 : Résultat de la régression logistique sur le fait que les établissements envoyeurs citent les délais de rendez-vous spécialisés comme difficulté en cas d'idées suicidaires

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Citent les délais de rendez-vous spécialisés	Intitulé	Citent les délais de rendez-vous spécialisés			
Type d'établissements scolaires	Lycées professionnels	59%	Collèges et lycées	37%	2,05	[1,51 ; 2,40]	<0,001
Statut des établissements scolaires	Privé	28%	Publics	43%	0,47	[0,23 ; 0,87]	0,014
Taille des établissements scolaires	1 200 élèves ou plus	67%	Moins de 1 200 élèves	35%	2,31	[1,53 ; 2,67]	0,002

2.2.9 Quels sont vos souhaits ?

On note que 3% des établissements n'ont pas répondu aux questions sur les souhaits. Parmi les autres, 28% des établissements n'expriment aucun souhait. On note que les établissements scolaires sont proportionnellement moins nombreux à n'exprimer aucun souhait (23% contre 33% pour le reste des établissements).

Les souhaits exprimés pour améliorer la prise en charge des personnes ayant déclaré des idées suicidaires sont :

- la formation (53%),
- le renforcement du personnel en interne (13%),
- le renforcement des moyens du secteur psychiatrique (7%),
- la diffusion de schémas d'intervention ou de protocoles (6%),
- un réseau ou un annuaire (5% mais 7% des établissements scolaires),
- des outils non spécifiés (4%),
- de nouvelles structures d'accueil pédo-psychiatrique avec hébergement (3% mais 14% des foyers d'adolescents et 6% des établissements scolaires),
- du temps et de la disponibilité (2%),
- un numéro de téléphone spécifique pour les urgences psychiatriques (1% mais 4% des établissements scolaires),
- de nouvelles structures spécifiques pour l'accueil des personnes âgées (1 réponse d'une maison de retraite).

54% des établissements scolaires et d'hébergement de personnes âgées, 43% des foyers d'adolescents et un tiers des UCSA souhaitent recevoir une formation pour améliorer la prise en charge des personnes exprimant des idées suicidaires. Les établissements des communes de moins de 3 000 habitants expriment ce souhait moins souvent que les autres.

Tableau 38 : Résultat de la régression logistique sur le fait que les établissements envoyeurs citent le souhait de formation pour améliorer la prise en charge des patients exprimant des idées suicidaires

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Citent le souhait de formation	Intitulé	Citent le souhait de formation			
Type de commune	Moins de 3 000 habitants	37%	3 000 habitants ou plus	59%	0,48	[0,25 ; 0,81]	0,003

2.2.10 Rôle du personnel interne sur les modalités de prise en charge des personnes exprimant des idées suicidaires

Dans les établissements où sont présents des infirmiers, on note que la prise en charge en interne des patients exprimant des idées suicidaires est moins fréquente, et que les patients sont alors plus souvent orientés vers le secteur psychiatrique ou vers des psychologues que dans les autres établissements. Ces établissements citent d'ailleurs plus souvent le manque d'interlocuteurs extérieurs comme difficulté.

L'existence de protocoles sur la prise en charge de ces patients est alors plus fréquente et ces établissements souhaitent plus souvent que les autres des formations pour le personnel.

Dans les établissements où sont présents des médecins ou des psychiatres, les protocoles sont plus fréquents.

La présence de psychiatres ou de psychologues permet, en outre, une meilleure association de la famille ou des proches, mais les psychologues semblent pâtir d'un manque de formation spécifique puisque les établissements qui en disposent expriment plus souvent cette difficulté.

2.2.11 Influence de la fonction de la personne ayant rempli le questionnaire

Lorsque la personne qui remplit le questionnaire fait partie du secteur médical ou paramédical, elle signale, plus souvent que les autres, l'orientation vers le secteur psychiatrique et moins vers les psychologues.

En outre, elle annonce moins souvent que les autres l'existence de protocoles sur la prise en charge des personnes exprimant des idées suicidaires (ceci mettant sans doute en évidence des visions différentes de la notion de protocoles entre les membres du secteur médical et les autres personnels) mais cite moins souvent le manque de personnel en interne comme une difficulté.

2.2.12 Disparités géographiques

Les établissements du Loir-et-Cher annoncent plus souvent que les autres assurer la prise en charge en interne des patients exprimant des idées suicidaires. On peut penser que cette différence tient à un défaut de structures spécialisées dans ce département puisque les établissements de celui-ci évoquent plus souvent que les autres le manque d'interlocuteurs extérieurs comme difficultés.

Les établissements du Cher évoquent plus souvent l'existence de protocoles contrairement à ceux de l'Indre-et-Loire qui sont ceux qui en ont le moins.

Le suivi ultérieur des patients dans les établissements est moins souvent assuré dans l'Indre-et-Loire et dans le Loiret. Dans ce dernier département, pourtant, le manque de personnel en interne est moins souvent évoqué comme difficulté.

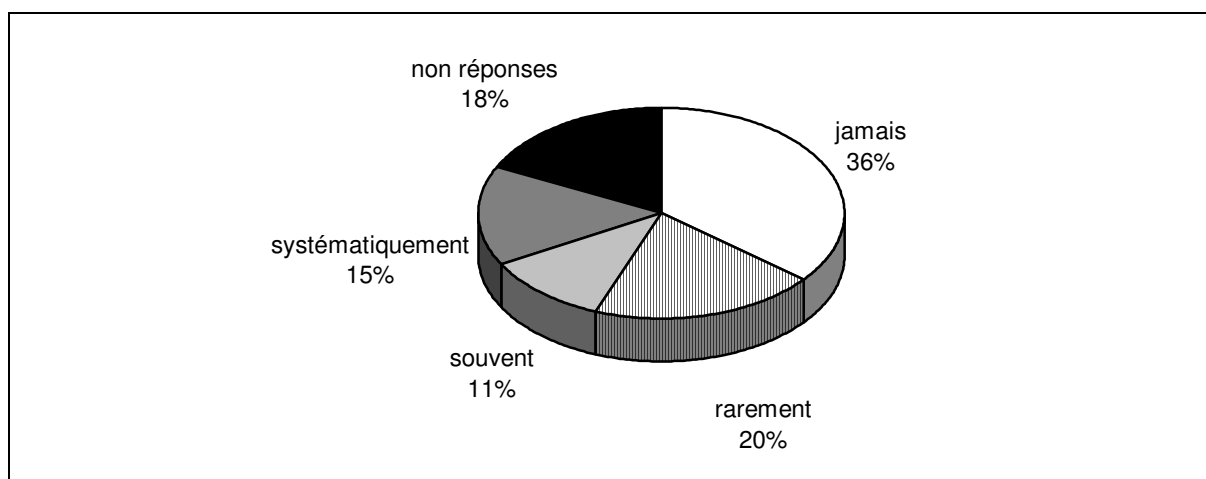
Enfin, les établissements de l'Indre citent moins souvent les délais pour les rendez-vous spécialisés comme une difficulté.

2.3 Face à une personne ayant fait une tentative de suicide

2.3.1 Prenez-vous en charge le patient dans votre établissement ?

26% ($\pm 7\%$) des établissements envoyeurs (32% de ceux qui ont répondu) prennent en charge souvent ou systématiquement des patients ayant fait une tentative de suicide et, 36% ($\pm 8\%$) d'entre eux (43% de ceux ayant répondu) ne prennent jamais en charge ces patients en interne.

Figure 20 : Fréquence avec laquelle les établissements envoyeurs prennent en charge les patients ayant fait une tentative de suicide



62% des établissements d'hébergement de personnes âgées, 54% des foyers d'adolescents et 51% des établissements scolaires prennent éventuellement en charge les patients ayant réalisé une tentative de suicide.

On note que les établissements des communes de moins de 3 000 habitants prennent moins souvent en charge, eux-mêmes, ces patients que les autres. Pour les foyers d'adolescents, les établissements de grande capacité (20 places ou plus) prennent plus souvent en charge ces patients que les autres.

Tableau 39 : Résultat de la régression logistique sur le fait que les établissements envoyeurs prennent en charge les patients ayant fait une tentative de suicide

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Preennent éventuellement en charge*	Intitulé	Preennent éventuellement en charge*			
Type de communes	Moins de 3 000 habitants	49%	3 000 habitants ou plus	59%	0,70	[0,46 ; 0,96]	0,022
Taille des foyers d'adolescents	20 places ou plus	65%	Moins de 20 places	45%	1,67	[1,03 ; 2,04]	0,041

* : réponse « systématiquement », « souvent » ou « rarement » à la question

2.3.2 Lorsque le patient n'est pas pris en charge en interne

Vers qui orientez-vous le patient ?

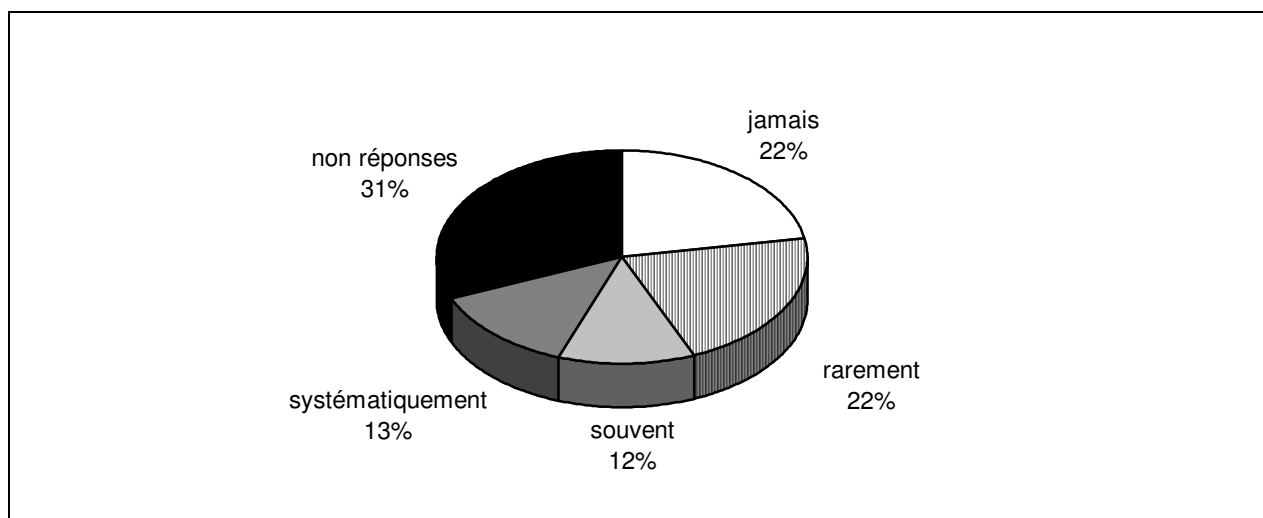
Le patient est dans ce cas orienté vers :

- les centres hospitaliers (76% ±8% des établissements orientant éventuellement les patients),
- les établissements spécialisés [non proposé] (10%),
- le secteur psychiatrique ou les psychiatres libéraux [non proposé] (10%),
- les médecins traitants [non proposé] (7%),
- les cliniques privées (4% ±3%),
- un interlocuteur au choix du patient [non proposé] (1 réponse d'un foyer logement).

Accompagnez-vous la personne en cas d'orientation ?

25% (±7%) des établissements (36% de ceux ayant répondu) font accompagner, souvent ou systématiquement, une personne ayant fait une tentative de suicide, lors de son orientation. 22% (±9%) d'entre eux (32% de ceux qui ont répondu) ne le font jamais.

Figure 21 : Fréquence avec laquelle les établissements envoyeurs disent accompagner une personne ayant fait une tentative de suicide quand celle-ci est orientée



93% des foyers d'adolescents et environ deux tiers des établissements scolaires ou d'hébergement de personnes âgées disent accompagner, éventuellement, les patients orientés après une tentative de suicide.

Les établissements des petites communes (moins de 3 000 habitants) accompagnent moins ces patients que les autres. Au sein des établissements scolaires, l'accompagnement est quasi systématique pour les établissements privé, mais il est moins fréquent pour les établissements publics. Au sein des maisons de retraite, l'accompagnement est moins fréquent pour les grands établissements (80 lits ou plus) que pour les plus petits.

Tableau 40 : Résultat de la régression logistique sur le fait que les établissements envoyeurs accompagnent les patients ayant fait une tentative de suicide

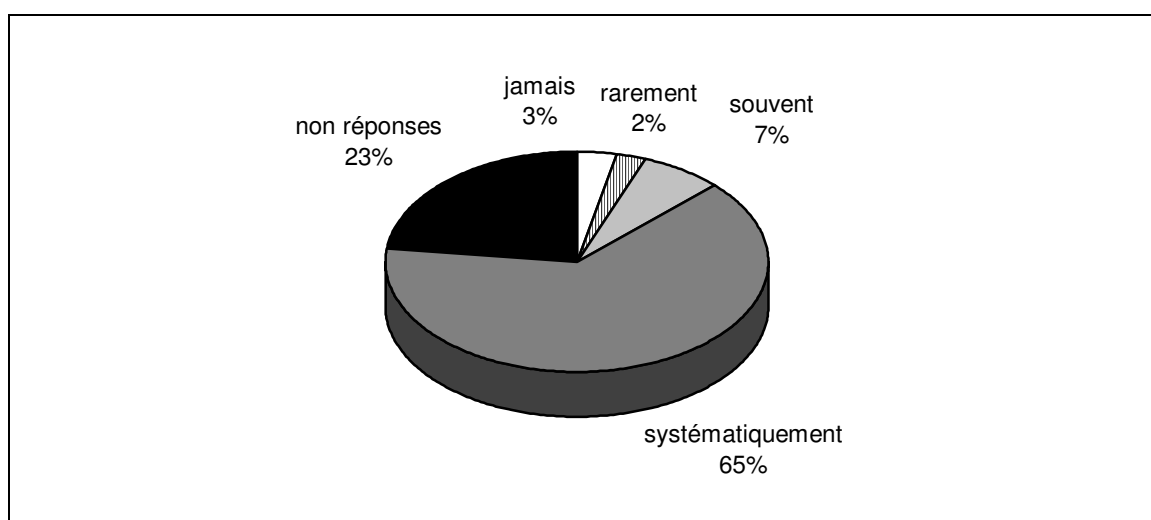
Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Accompagnent éventuellement*	Intitulé	Accompagnent éventuellement*			
Type de commune	Moins de 3 000 habitants	51%	3 000 habitants ou plus	74%	0,63	[0,39 ; 0,88]	0,003
Statut des établissements scolaires	Privé	92%	Public	53%	1,08	[1,07 ; 1,09]	<0,001
Taille des maisons de retraite	80 lits ou plus	57%	Moins de 80 lits	68%	0,51	[0,22 ; 0,90]	0,012

* : réponse « systématiquement », « souvent » ou « rarement » à la question

Informez-vous la famille ou l'entourage ?

65% ($\pm 7\%$) des établissements envoyeurs (83% de ceux ayant répondu) disent informer systématiquement la famille d'un patient ayant fait une tentative de suicide de ce geste, et 7% ($\pm 4\%$) d'entre eux, le font souvent (9% de ceux ayant répondu). Seuls 3% ($\pm 4\%$) d'entre eux (4% de ceux ayant répondu) ne le font jamais.

Figure 22 : Fréquence avec laquelle les établissements envoyeurs informent la famille ou l'entourage d'un patient ayant fait une tentative de suicide



99% des établissements d'hébergement de personnes âgées, 96% des établissements scolaires et 90% des foyers d'adolescents disent informer éventuellement la famille ou l'entourage du geste d'un patient ayant effectué une tentative de suicide. Dans les établissements scolaires privé, ce contact est plus fréquent que dans les établissements publics.

Tableau 41 : Résultat de la régression logistique sur le fait que les établissements envoyeurs informent la famille ou l'entourage d'un patient ayant fait une tentative de suicide

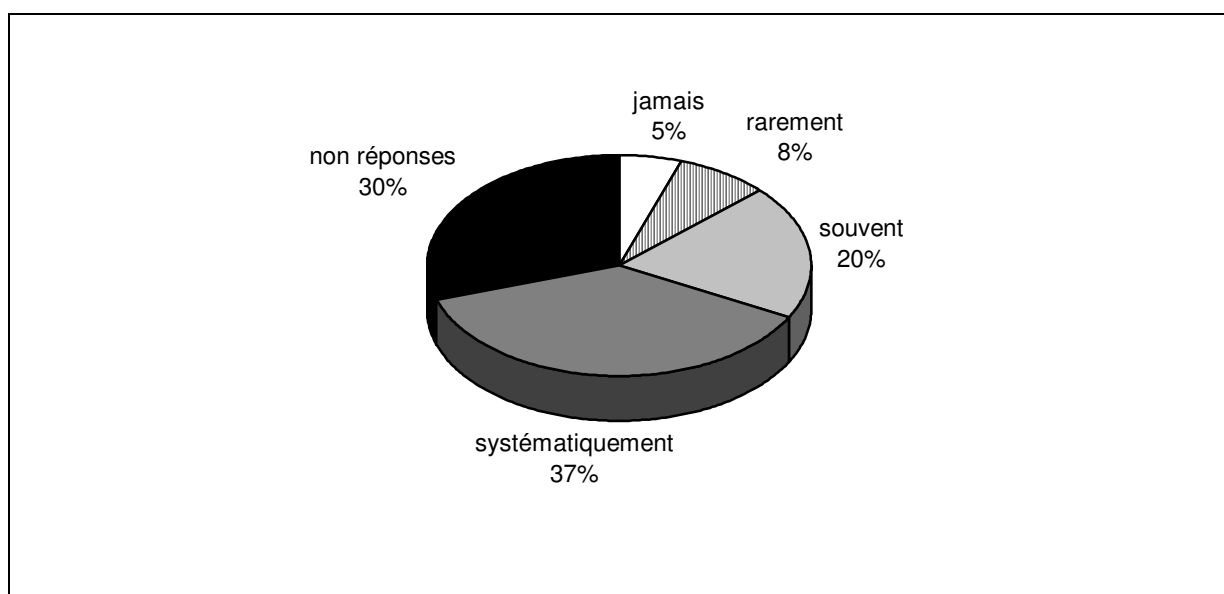
Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Informent éventuellement*	Intitulé	Informent éventuellement*			
Statut des établissements scolaires	Privé	100%	Public	94%	1,05	[1,02 ; 1,06]	0,015

* : réponse « systématiquement », « souvent » ou « rarement » à la question

Etablissez-vous un contact avec l'équipe de soin

57% ($\pm 8\%$) des établissements envoyeurs (81% de ceux ayant répondu) établissent souvent ou systématiquement un contact avec l'équipe de soin en cas d'orientation. Seuls 5% ($\pm 6\%$) d'entre eux (8% de ceux ayant répondu) ne le font jamais.

Figure 23 : Fréquence avec laquelle les établissements envoyeurs contactent l'équipe soignante pour un patient ayant fait une tentative de suicide

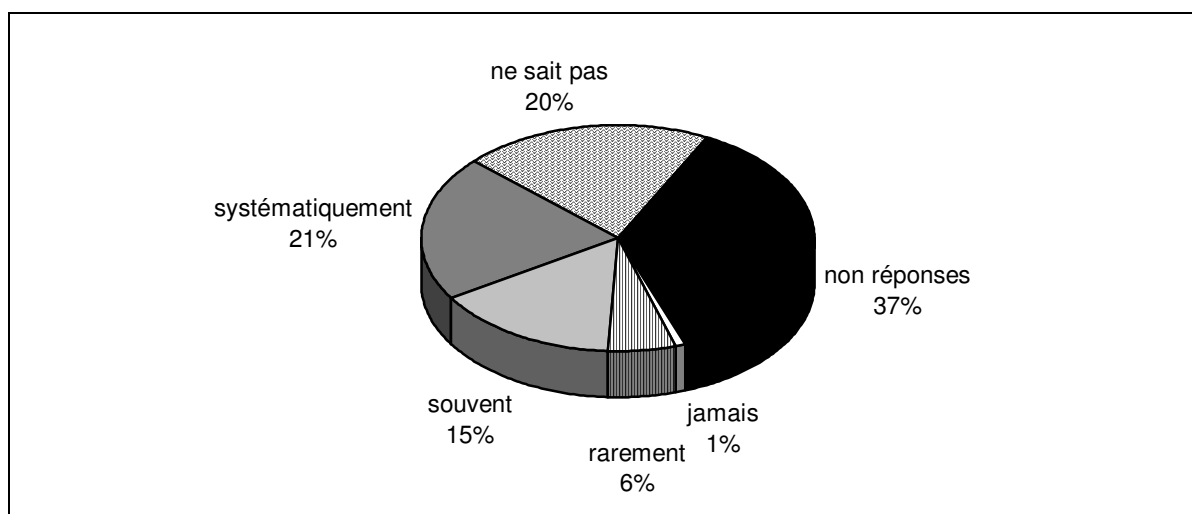


97% des établissements d'hébergement de personnes âgées, 93% des foyers d'adolescents et 88% des établissements scolaires annoncent établir éventuellement un contact avec les équipes de soin.

En cas d'hospitalisation en service de médecine, vos patients sont-ils vus par un membre du secteur psychiatrique ?

20% ($\pm 9\%$) des établissements envoyeurs (32% de ceux ayant répondu) déclarent ne pas savoir si les patients, hospitalisés pour tentatives de suicide, voient un membre du secteur psychiatrique pendant l'hospitalisation. Pour 21% ($\pm 7\%$) d'entre eux (33% de ceux ayant répondu), cet entretien a lieu systématiquement, et dans 21% ($\pm 9\%$) des établissements (24% de ceux ayant répondu), il a lieu souvent. Pour 1% ($\pm 1\%$) des établissements, les patients ne voient jamais un membre du secteur psychiatrique.

Figure 24 : Fréquence avec laquelle les établissements envoyeurs déclarent que leurs patients sont vus par un membre du secteur psychiatrique en cas d'hospitalisation pour tentative de suicide



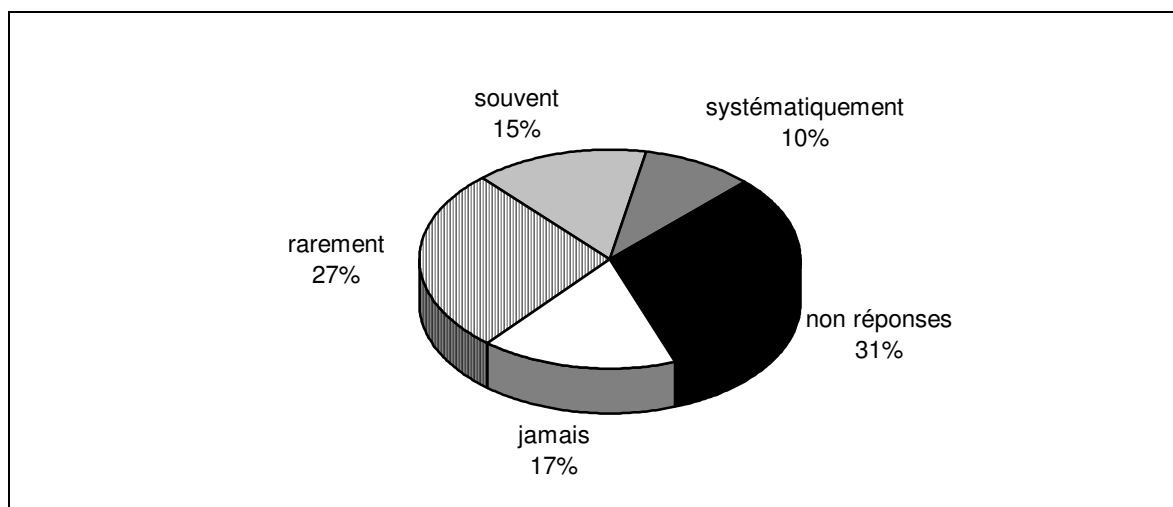
On note que les établissements disposant de médecins, ceux des communes de moins de 15 000 habitants, et les collèges, sont les établissements qui répondent le plus souvent ne pas savoir si les patients voient un membre du secteur psychiatrique (respectivement 40%, 45% et 51% contre 32% en moyenne).

Le type de réponse dépend aussi essentiellement d'éventuels contacts avec l'équipe de soin. Les établissements ne prenant jamais contact avec l'équipe de soin, sont 84% à ne pas savoir si leurs patients voient un membre du secteur psychiatrique, contre 27% pour ceux qui prennent éventuellement contact.

A la sortie du patient, êtes-vous informé et intégré au projet de prise en charge ultérieure ?

25% ($\pm 9\%$) des établissements envoyeurs (36% de ceux ayant répondu) se disent informés souvent ou systématiquement du projet de prise en charge. 17% ($\pm 9\%$) d'entre eux (24% de ceux qui ont répondu) se disent jamais informés de ces projets.

Figure 25 : Fréquence avec laquelle les établissements envoyeurs se disent informés du projet de prise en charge ultérieure



86% des foyers d'adolescents et des établissements scolaires privés, 81% des établissements d'hébergement de personnes âgées mais seulement 66% des établissements scolaires publics se disent éventuellement informés du projet de suivi d'un patient hospitalisé pour tentative de suicide. En outre, les plus grands établissements scolaires (1 200 élèves ou plus) se disent moins informés de ces projets que les plus petits.

On note que les établissements n'établissant jamais de contacts avec l'équipe de soins sont les moins souvent informés du projet de suivi (87% des établissements contactant éventuellement l'équipe de soin se disent éventuellement informés contre 10% des autres établissements).

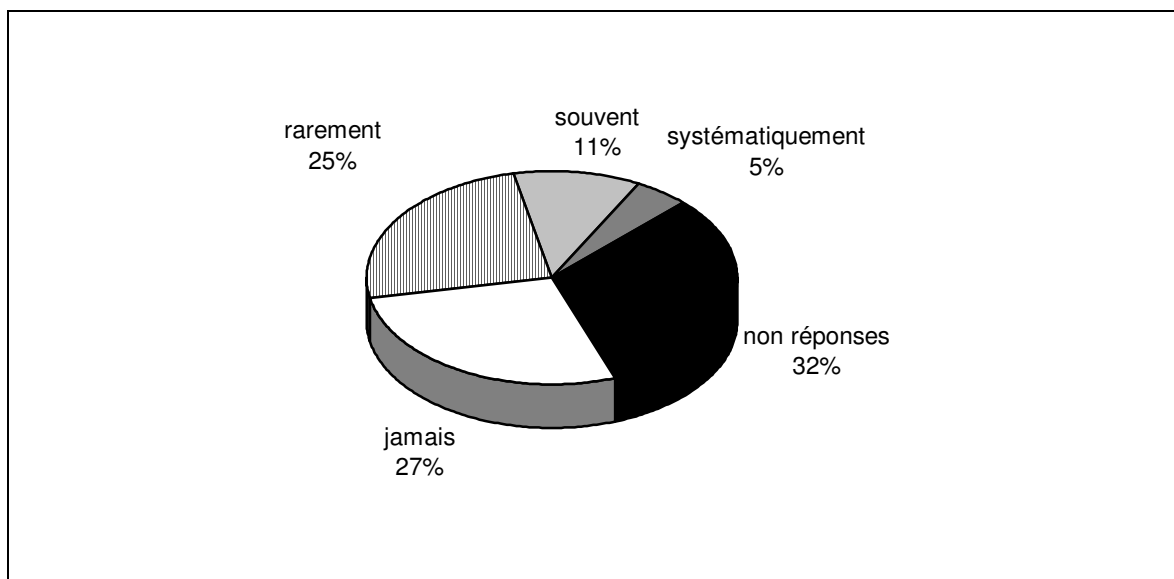
Tableau 42 : Résultat de la régression logistique sur le fait que les établissements envoyeurs annoncent être informés du projet de suivi d'un patient ayant fait une tentative de suicide

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Déclarent éventuellement que le patient voit un membre du secteur psychiatrique	Intitulé	Déclarent éventuellement que le patient voit un membre du secteur psychiatrique			
Statut des établissements scolaires	Public	66%	Privé	86%	0,78	[0,55 ; 0,55]	0,007
Taille des établissements scolaires	1 200 élèves ou plus	32%	Moins de 1 200 élèves	76%	0,35	[0,14 ; 0,70]	<0,001

* : réponse « systématiquement », « souvent » ou « rarement » à la question

16% ($\pm 8\%$) des établissements envoyeurs (23% de ceux ayant répondu) se disent intégrés souvent ou systématiquement aux projets de suivi, et 27% ($\pm 9\%$) d'entre eux (40% de ceux ayant répondu) disent n'y être jamais impliqués.

Figure 26 : Fréquence avec laquelle les établissements envoyeurs se disent intégrés au projet de suivi



L'intégration au projet de suivi dépend essentiellement du fait que les établissements en soient informés. Le taux d'établissements se disant jamais intégrés à ces projet est de 92% pour les établissements jamais informés, 37% pour les établissements rarement informés, 9% pour les établissements souvent informés et 5% pour les établissements systématiquement informés.

Parallèlement, le taux d'établissements, systématiquement impliqués, est de 44% pour les établissements systématiquement informés et, est exceptionnel, pour les autres (1 seule réponse).

Seuls 36% des établissements envoyeurs concernés ont précisés la manière dont ils étaient intégrés dans le projet de suivi des personnes ayant réalisé une tentative de suicide.

Ces modalités sont :

- pour 68% des établissements concernés, une inclusion dans les protocoles fixant les modalités de suivi et un échange de fiches de liaisons entre ces établissements et les équipes de soin,
- pour 12% des établissements concernés, une prise en charge psychiatrique au sein de l'établissement (dans 25% des cas, cette prise en charge est assuré par un membre du secteur psychiatrique),
- pour 12% des établissements concernés, une implication pour contacter la famille,
- Dans 9% des établissements, l'organisation d'entretiens réguliers avec le patient,
- pour 6% des établissements concernés, l'intervention dans le suivi médical post-hospitalier.

Au retour de la personne dans votre établissement, quelles sont vos difficultés ?

Les principales difficultés évoquées au retour du patient sont :

- l'absence de liaison avec l'équipe soignante : 74% ($\pm 8\%$) des établissements (52% citent cette difficulté souvent ou systématiquement),
- les difficultés liées à l'environnement familial : 73% ($\pm 9\%$) des établissements (55% citent cette difficulté souvent ou systématiquement),
- le manque d'adhésion du patient au projet de soin : 72% ($\pm 9\%$) des établissements (49% citent cette difficulté souvent ou systématiquement),
- les délais d'attente pour les rendez-vous spécialisés : 63% ($\pm 9\%$) des établissements (49% citent cette difficulté souvent ou systématiquement),
- les difficultés de la personne à se réintégrer dans la vie de l'établissement [non proposé] : 3 établissements.

80% des établissements scolaires, 74% des foyers d'adolescents et 65% des établissements d'hébergement de personnes âgées citent comme difficulté le manque de liaison avec l'équipe soignante en cas de tentative de suicide.

Cette difficulté est plus souvent citée dans les établissements scolaires de 1 200 élèves ou plus et dans les foyers logement de 50 lits ou plus que dans les établissements plus petits. Elle est en revanche moins souvent citée par les établissements d'hébergement de personnes âgées disposant d'une section médicalisée que par ceux n'en disposant pas.

Tableau 43 : Résultat de la régression logistique sur le fait que les établissements envoyeurs annoncent comme difficulté le manque de liaison avec l'équipe soignante en cas de tentative de suicide

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Déclarent éventuellement comme difficulté le manque de liaison avec l'équipe soignante*	Intitulé	Déclarent éventuellement comme difficulté le manque de liaison avec l'équipe soignante*			
Taille des établissements scolaires	1 200 élèves ou plus	100%	Moins de 1 200 élèves	76%	1,28	[1,21 ; 1,30]	<0,001
Section médicalisée en établissements d'hébergement de personnes âgées	Présente	53%	Non présente	80%	0,34	[0,13 ; 0,68]	<0,001
Taille des foyers logement	50 lits ou plus	83%	Moins de 50 lits	33%	2,76	[1,34 ; 2,98]	0,021

* : réponse « systématiquement », « souvent » ou « rarement » à la question

77% des foyers d'adolescents, 73% des établissements d'hébergement de personnes âgées et 52% des établissements scolaires citent comme difficulté les délais d'attente pour les rendez-vous spécialisés. Cette difficulté est moins souvent citée par les établissements des communes de moins de 3 000 habitants.

Tableau 44 : Résultat de la régression logistique sur le fait que les établissements envoyeurs annoncent comme difficulté les délais d'attente en consultations psychiatriques en cas de tentative de suicide

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Déclarent éventuellement comme difficulté les délais d'attente en consultation psychiatrique *	Intitulé	Déclarent éventuellement comme difficulté les délais d'attente en consultation psychiatrique *			
Type de commune	Moins de 3 000 habitants	52%	3 000 habitants ou plus	67%	0,62	[0,38 ; 0,89]	0,005

* : réponse « systématiquement », « souvent » ou « rarement » à la question

84% des foyers d'adolescents, 73% des établissements d'hébergement de personnes âgées et 69% des établissements scolaires expriment des difficultés vis-à-vis de l'environnement familial. Celles-ci sont moins marquées dans les établissements scolaires privés que dans ceux du public et le sont plus dans les plus grands foyers d'adolescents (20 adolescents ou plus) que dans les autres.

Tableau 45 : Résultat de la régression logistique sur le fait que les établissements envoyeurs annoncent comme difficulté l'environnement familial en cas de tentative de suicide

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Déclarent éventuellement comme difficulté l'environnement familial*	Intitulé	Déclarent éventuellement comme difficulté l'environnement familial*			
Statut des établissements scolaires	Privé	81%	Public	64%	0,62	[0,38 ; 0,89]	0,005
Nombre d'adolescents dans les foyers d'adolescents	20 adolescents ou plus	93%	Moins de 20 adolescents	75%	1,31	[1,21 ; 1,33]	0,002

* : réponse « systématiquement », « souvent » ou « rarement » à la question

Toutes les UCSA, 84% des foyers d'adolescents, 72% des établissements d'hébergement de personnes âgées et 68% des établissements scolaires citent le manque d'adhésion des patients aux projets de soin comme difficulté.

Ces difficultés sont plus fréquentes dans les grands foyers logements (50 lits ou plus) et dans les grands foyers d'adolescents (20 lits ou plus) que dans les mêmes établissements de moindre taille.

Tableau 46 : Résultat de la régression logistique sur le fait que les établissements envoyeurs annoncent comme difficulté le manque d'adhésion du patient en cas de tentative de suicide

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Déclarent éventuellement comme difficulté le manque d'adhésion des patients*	Intitulé	Déclarent éventuellement comme difficulté le manque d'adhésion des patients*			
Taille des foyers logement	50 lits ou plus	59%	Moins de 50 lits	20%	1,35	[1,19 ; 1,38]	0,005
Taille des foyers d'adolescents	20 adolescents ou plus	93%	Moins de 20 adolescents	75%	1,24	[1,08 ; 1,33]	0,008

* : réponse « systématiquement », « souvent » ou « rarement » à la question

Existe-t-il un protocole de prise en charge de l'événement pour l'entourage de la personne suicidaire ?

Seulement deux établissements (une maison de retraite et une UCSA) déclarent avoir écrit un protocole de prise en charge de l'événement, pour l'entourage de la personne ayant fait une tentative de suicide. Ces protocoles concernent les consignes de surveillance particulières que doivent respecter l'entourage du patient suite à une tentative de suicide.

2.3.3 Lorsque le patient est pris en charge en interne

Selon quels critères prenez-vous votre décision et comment réalisez-vous cette prise en charge ?

Les critères déterminants pour prendre une décision sur une éventuelle prise en charge sont :

- l'avis d'un médecin (25% des établissements, 43% pour les établissements d'hébergement de personnes âgées),

- le fait que le patient soit stabilisé sur le plan médical (21% des établissements, 51% des établissements scolaires),
- le fait qu'un suivi psychiatrique puisse systématiquement avoir lieu en parallèle en interne ou en externe (19% des établissements, 34% des établissements d'hébergement de personnes âgées),
- le personnel présent le jour de l'événement (17% des établissements, 33% des établissements d'hébergement de personnes âgées),
- la stabilité sociale du patient (16% des établissements concernés, 4% des foyers d'adolescents),
- les échanges possibles avec la famille (13% des établissements concernés, 2% des foyers d'adolescents),
- l'avis d'un membre du secteur psychiatrique (10% des établissements),
- le fait qu'un dialogue soit possible avec le patient (7% des établissements, 10% des établissements scolaires),
- l'avis de partenaires extérieurs (Éducation Nationale, Justice) (6% des établissements, 9% des foyers d'adolescents 4% des établissements scolaires, 2% des établissements d'hébergement de personnes âgées),
- le fait que le patient ait formulé une demande en ce sens (5% des établissements).

Quel personnel assure la prise en charge ?

Le personnel prenant en charge le patient, en interne, est décrit par type d'établissement dans le tableau suivant.

Tableau 47 : Personnel assurant la prise en charge en interne en cas de tentative de suicide par type d'établissement

	Etablissements scolaires	Etablissements d'hébergement de personnes âgées	Foyers d'adolescents	UCSA	Total
Infirmières	60%	81%	38%	100%	68%
Médecins	53%	77%	13%	80%	61%
Personnel non médico-social	41%	22%	75%	0%	35%
Psychiatres	13%	43%	38%	100%	31%
Assistants sociaux	41%	14%	6%	60%	25%
Psychologues	20%	14%	75%	100%	24%
Equipe pluridisciplinaire	25%	1%	25%	-	13%
Aides soignantes	-	26%	-	-	-

Existe-t-il un protocole de prise en charge ?

10 établissements (2 établissements scolaires, 3 établissements d'hébergement de personnes âgées, 3 foyers d'adolescents et 2 UCSA) déclarent avoir élaboré un protocole de prise en

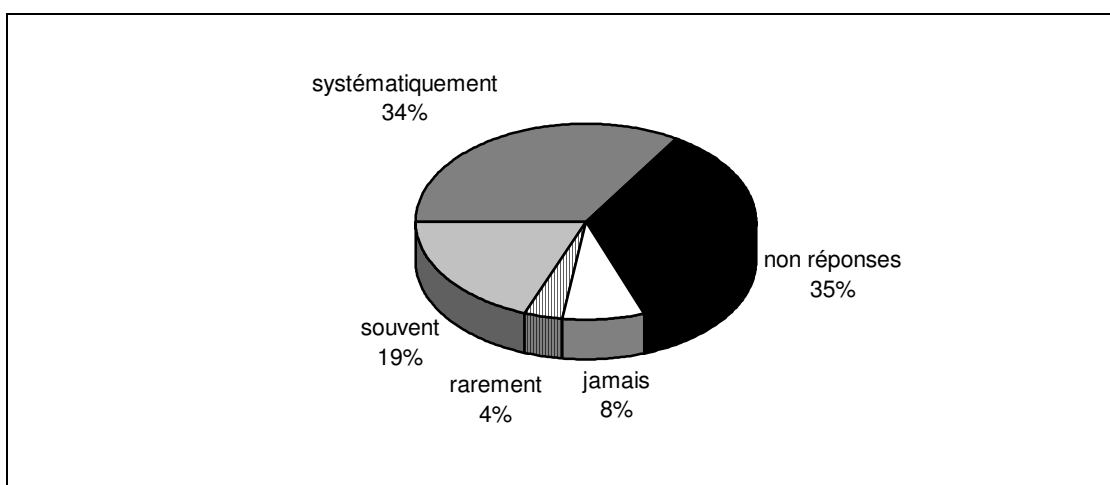
charge en interne des personnes ayant fait une tentative de suicide (5% des établissements déclarant effectuer éventuellement une prise en charge en interne). 8 d'entre eux précisent les domaines couverts par ce protocole.

Ces protocoles concernent dans 5 cas le suivi médical en interne et dans les 3 autres cas le suivi médical en collaboration avec un hôpital. Un des protocoles (foyer d'adolescents) permet de construire avec le patient un projet individuel éducatif, pédagogique et thérapeutique. Un autre (établissement scolaire) spécifie les contacts entre l'équipe pédagogique et la famille

Associez-vous à la prise en charge la famille, des proches ou des partenaire extérieurs ?

53% ($\pm 9\%$) des établissements concernés (82% de ceux ayant répondu) associent la famille, souvent ou systématiquement, en cas de prise en charge en interne mais, 8% ($\pm 8\%$) d'entre eux (12% de ceux ayant répondu) ne le font jamais.

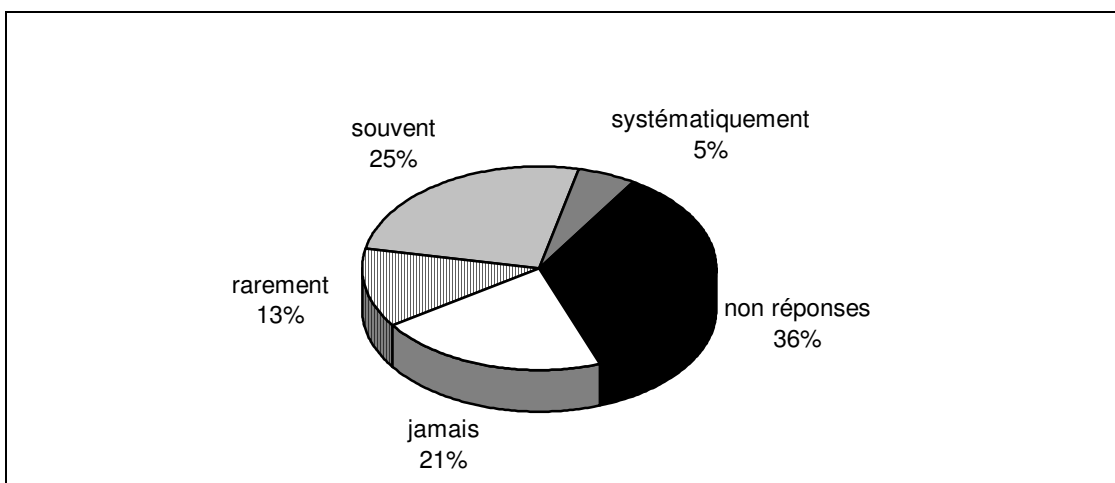
Figure 27 : Fréquence avec laquelle les établissements envoyeurs associent la famille en cas de prise en charge en interne pour tentative de suicide



94% des foyers d'adolescents, 90% des établissements scolaires et 88% des établissements d'hébergement de personnes âgées associent éventuellement la famille à la prise en charge d'un patient ayant effectué une tentative de suicide.

30% ($\pm 11\%$) des établissements envoyeurs (48% de ceux ayant répondu) associent souvent ou systématiquement les proches, lors d'une prise en charge en interne pour tentative de suicide, mais 21% ($\pm 11\%$) d'entre eux (33% de ceux ayant répondu), ne les associent jamais.

Figure 28 : Fréquence avec laquelle les établissements envoyeurs associent les proches en cas de prise en charge en interne pour tentative de suicide



72% des établissements d'hébergement de personnes âgées, 69% des foyers d'adolescents et 63% des établissements scolaires associent les proches du patient, lors d'une prise en charge en interne, pour tentative de suicide.

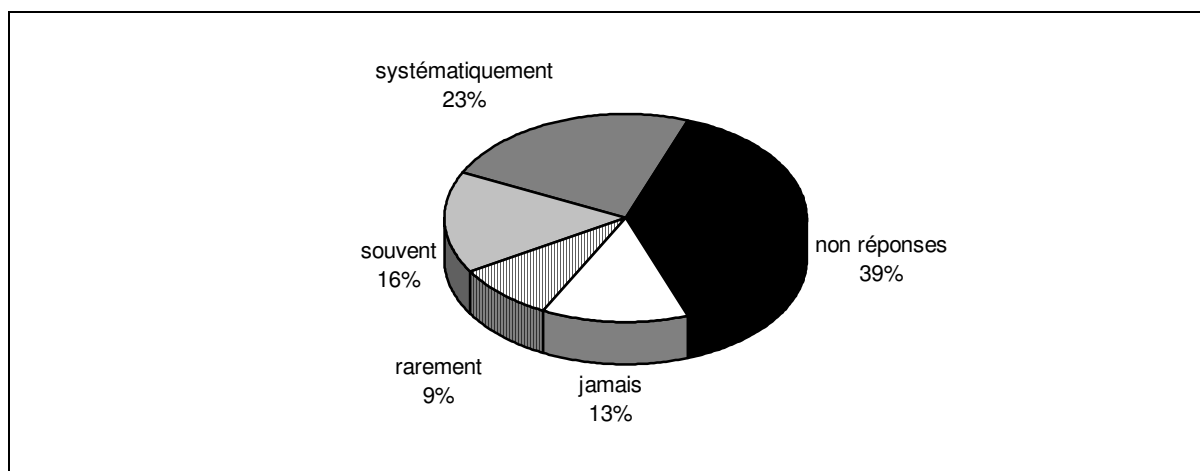
Les autres partenaires éventuellement impliqués sont :

- des partenaires non précisés (40% des établissements),
- le secteur psychiatrique ou les psychiatres libéraux (8% des établissements scolaires, 11% des établissements d'hébergement de personnes âgées et 6% des foyers d'adolescents),
- les médecins traitants (8% des établissements scolaires, 5% des établissements d'hébergement de personnes âgées et 25% des foyers d'adolescents),
- des bénévoles ou le secteur social (10% des établissements scolaires, 3% des établissements d'hébergement de personnes âgées et 6% des foyers d'adolescents),
- l'Éducation Nationale (6% des établissements scolaires et 6% des foyers d'adolescents),
- l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) (6% des foyers d'adolescents).

Assurez-vous un suivi ultérieur à la crise ?

39% ($\pm 10\%$) des établissements envoyeurs (64% de ceux ayant répondu) assurent souvent ou systématiquement un suivi ultérieur à la crise, après une prise en charge, en interne, pour tentative de suicide, mais 13% ($\pm 10\%$) d'entre eux (21% de ceux ayant répondu), ne l'assurent jamais.

Figure 29 : Fréquence avec laquelle est assuré un suivi ultérieur à la crise en cas de prise en charge pour tentative de suicide dans les établissements envoyeurs



87% des foyers d'adolescents, 80% des établissements scolaires et 75% des établissements d'hébergement de personnes âgées assurent ce type de suivi dont les modalités sont :

- un suivi psychiatrique (56% des établissements concernés se déroulant dans 26% des cas en externe et dans 74% des cas en interne),
- un suivi médical (14% des établissements concernés),
- un suivi relationnel (dialogue) (9% des établissements concernés),
- l'implication de la famille du patient (7% des établissements concernés),
- une modification des activités de la personnes (ateliers occupationnels) (2% des établissements concernés).

2.3.4 Souhaits et réflexion

Quels sont vos souhaits pour améliorer la prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide ?

Les souhaits des établissements envoyeurs sont :

- des formations en direction du personnel (54%),
- des renforts en personnel (37% dont 60% souhaitent du personnel formé pour la prise en charge psychiatrique et le reste du personnel médical ou para-médical),
- des rencontres avec le secteur psychiatrique ou la formation de réseaux ou des annuaires (7%),
- le renforcement du secteur psychiatrique (5%),
- des protocoles (3%),
- la création de lits spécifiques pour la prise en charge des 16-18 ans (2%)
- l'organisation de journées de réflexion (1%),

- plus d'information disponible sur les établissements spécialisés (2 réponses),
- un plan d'aide et de soin (1 réponse),
- une coordination gérontologique plus efficace (1 réponse),
- la création de petites structures spécialisées (1 réponse).

Les deux tiers des UCSA, 57% des foyers d'adolescents et des établissements d'hébergement de personnes âgées et 52% des établissements scolaires souhaitent recevoir des formations en direction de leur personnel.

42% des établissements d'hébergement de personnes âgées, un tiers des établissements scolaires et des foyers d'adolescents et 17% des UCSA souhaiteraient le renforcement du personnel en interne pour améliorer la prise en charge des personnes effectuant des tentatives de suicide. Les plus grands foyers d'adolescents (20 adolescents ou plus) expriment plus souvent ce souhait que les établissements du même type plus petits.

Tableau 48 : Résultat de la régression logistique sur le fait que les établissements envoyeurs souhaitent plus de personnel pour améliorer la prise en charge des tentatives de suicide

Variable	Modalité étudiée		Référence		RR	IC 95%	Niveau de signification
	Intitulé	Souhait du personnel	Intitulé	Souhait du personnel			
Taille des foyers d'adolescents	20 adolescents et plus	41%	Moins de 20 adolescents	22%	1,30	[1,05 ; 1,69]	0,030

Existe-t-il une réflexion ou un projet sur le thème du suicide dans votre établissement ?

31 établissements (11%) annoncent avoir mené une réflexion sur le suicide (21 établissements scolaires (15%), 4 établissements d'hébergement de personnes âgées (4%), 2 foyers d'adolescents (6%) et 4 UCSA (67%)).

Les thèmes de ces réflexions sont pour les établissements scolaires :

- l'organisation de conférences sur l'adolescence et le mal de vivre (4 réponses),
- la prévention du suicide chez les jeunes (3 réponses),
- l'organisation de soirée débat avec les parents (2 réponses),
- limiter le nombre d'intervenant interne et externe en cas de tentative de suicide et contacts avec la classe (2 réponses),
- sensibiliser le personnel enseignant à la prise en charge (2 réponses),
- la formation du personnel à la prévention (1 réponse),
- l'organisation d'une réflexion avec les élèves dans le cadre du point santé de l'établissement (1 réponse),

- la documentation de l'Éducation Nationale (1 réponse),
- l'écoute individualisée des élèves en difficulté par les professeurs (1 réponse),
- l'organisation d'échanges entre les infirmières scolaires et les professeurs (1 réponse).

Les thèmes de ces réflexions sont pour les autres établissements :

- la prise de conscience du phénomène du suicide auprès du personnel (2 maisons de retraite),
- la déculpabilisation du personnel (1 maison de retraite),
- l'organisation de rencontres gériatriques régulières (1 maison de retraite),
- les interactions avec la prise en charge éducative (1 foyer d'adolescents),
- la formation du personnel à la prévention (1 UCSA),
- la prise en charge personnalisée par rapport à la détention (1 UCSA),
- la mise en place de consultations post-incarcération (1 UCSA).

2.3.5 Rôle du personnel interne sur les modalités de prise en charge des personnes ayant fait une tentative de suicide

La présence d'infirmiers dans un établissement permet d'améliorer les contacts avec les équipes soignantes et la famille : ces établissements font en effet plus souvent accompagner le patient lors d'une hospitalisation suite à une tentative de suicide, informent plus souvent la famille du geste du patient, et l'associent plus souvent à la prise en charge ultérieure. Enfin, ces établissements évoquent moins souvent comme difficulté le manque de liaison avec l'équipe soignante, tout comme les établissements disposant d'assistants sociaux.

La présence de médecins dans un établissement améliore les relations avec les proches qui sont plus souvent associés dans la prise en charge d'un patient ayant fait une tentative de suicide. Ces établissements sont plus demandeurs que les autres d'un renforcement des équipes soignantes au sein de l'établissement et de la formation de leurs équipes.

La présence de psychiatres ou de psychologues augmente la fréquence de prise en charge en interne des patients ayant fait une tentative de suicide. Tout comme celle des médecins généralistes, la présence de psychiatres permet une meilleure collaboration avec les proches du patient qui sont alors plus souvent impliqués dans la prise en charge.

2.3.6 Influence de la fonction de la personne ayant rempli le questionnaire

Lorsque la personne ayant rempli le questionnaire est un membre du secteur médical ou paramédical, cette personne annonce plus souvent établir des liens avec les équipes soignantes en cas d'hospitalisation. En revanche, elle cite (paradoxalement) plus souvent comme difficulté le manque de liaison avec ces mêmes équipes ou le manque d'adhésion du patient au projet de suivi.

2.3.7 Disparités géographiques

La prise en charge en interne est plus souvent assurée dans le Loir-et-Cher, département dans lequel les établissements contactent moins souvent les équipes de soin en cas d'hospitalisation et déclarent que leurs patients voient, moins souvent que dans les autres départements, un membre du secteur psychiatrique en cas d'hospitalisation.

Les établissements du Cher, de l'Eure-et-Loir et de l'Indre-et-Loire déclarent associer moins souvent que les autres la famille à la prise en charge.

Le manque de liaison avec les équipes de soins est une difficulté plus souvent citée dans le Cher et le Loir-et-Cher. Les difficultés liées à l'environnement familial sont plus souvent citées en Indre-et-Loire tandis que le manque d'adhésion des patients au projet de suivi est plus cité en Loir-et-Cher.

Enfin, les établissements de l'Eure-et-Loir citent plus souvent que les autres le souhait de formation.

3 L'enquête auprès des établissements receveurs

3.1 Profil des établissements

3.1.1 Type d'établissements

24 (73%) questionnaires proviennent d'hôpitaux publics, 8 (24%) de cliniques privées et un seul (3%) d'une UCSA.

3.1.2 Département

Tous les départements sont représentés dans cette étude. La provenance par département est résumée dans le tableau ci dessous :

Tableau 49 : Département de provenance des questionnaires pour les établissements receveurs

Département	Effectifs
Cher	2
Eure-et-Loir	5
Indre	4
Indre-et-Loire	8
Loir-et-Cher	7
Loiret	7
Total	33

3.1.3 Fonction et service

La fonction et le service des personnes ayant rempli ce questionnaire sont résumés dans les tableaux suivants :

Tableau 50 : Fonction et service des personnes ayant remplis les questionnaires pour les établissements receveurs

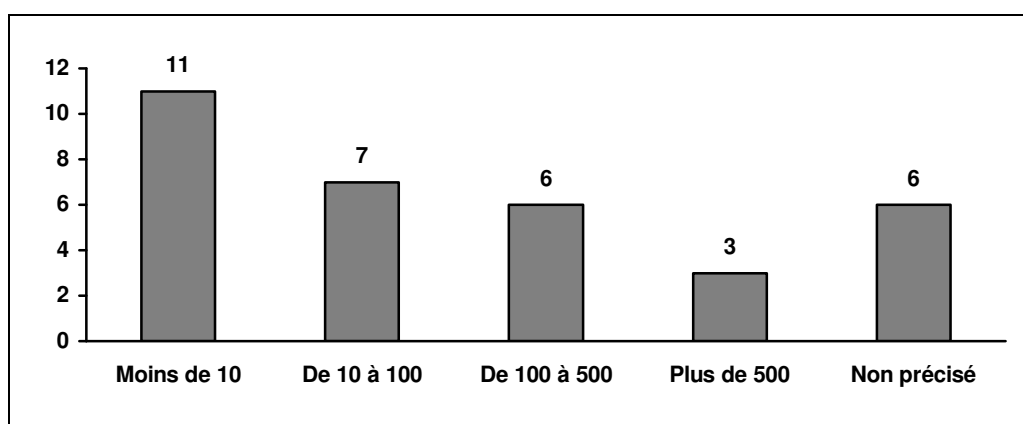
Fonctions	Effectifs
Chefs de services / Médecins Chef	11
Directrices service de soins / Cadres Infirmiers / Surveillants	8
PH et autres médecins	7
PDG / Directeurs	4
Psychiatres / Chefs de secteurs	2
Non précisés	1
Total	33

Services	Effectifs
Psychiatrie / Psychothérapie	7
Service de soins / Médecine	7
Accueil / Urgences / HTCD	7
Direction	4
DIM	1
UCSA	1
UPATOU	1
Non précisé	5
Total	33

3.1.4 Nombre de tentatives de suicides reçues dans le service en 2000

Six services (18%) n'ont pas répondu à cette question. Pour les autres, le nombre moyen de tentatives de suicides reçues, en 2000, est de 162 avec de très forte variation entre les services. En effet, ce nombre varie de 0 à 800 suivant les services. Plus de 50% des services ont reçu moins de 30 tentatives de suicides, en 2000.

Figure 30 : Répartition des services en fonction du nombre de tentatives de suicide reçues en 2000



Les sources d'information sont :

- pour 11 services, une estimation entièrement subjective,
- pour 11 services, un nombre fiable basé sur un recensement interne,
- pour 3 services, une estimation basée sur une étude antérieure,
- 2 services ne précisent pas leur source.

Les recensements internes proviennent :

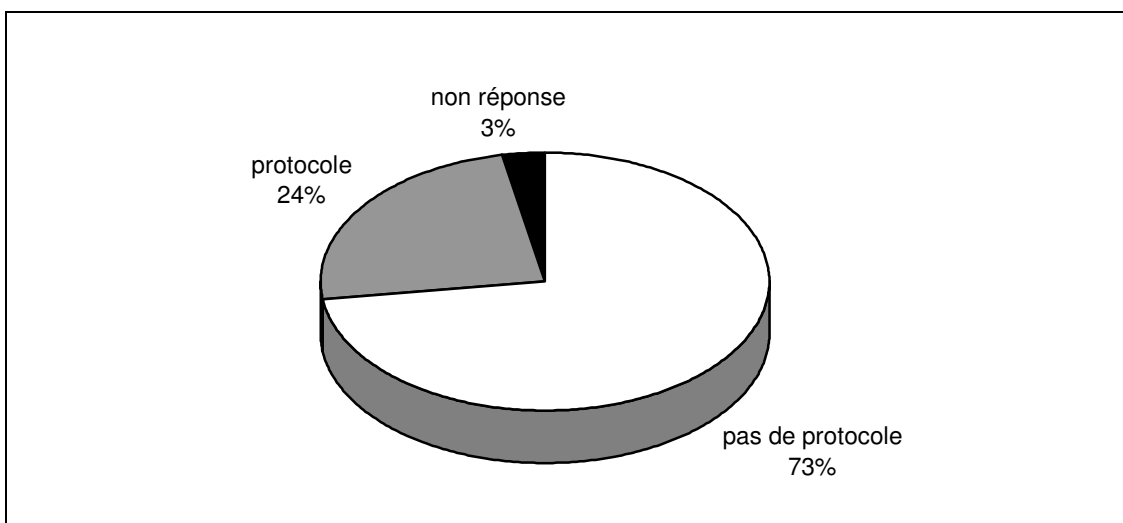
- du DIM pour 5 services,
- de la direction de l'établissement pour 2 services,
- bilan d'activité du service de l'année 2000 pour 1 service,
- du registre des urgences pour 1 service,
- d'un codage informatique pour 1 service,
- un service ne précise pas la provenance de ce chiffre.

3.2 Accueil de la personne suicidaire

3.2.1 Le protocole sur l'accueil de la personne suicidaire

Moins d'un quart des services ont établi un protocole sur l'accueil de la personne suicidaire.

Figure 31 : Existence d'un protocole sur l'accueil des personnes suicidaires dans les établissements receveurs



Dans 75% des cas, lorsqu'un protocole existe sur ce sujet, celui-ci est diffusé oralement.

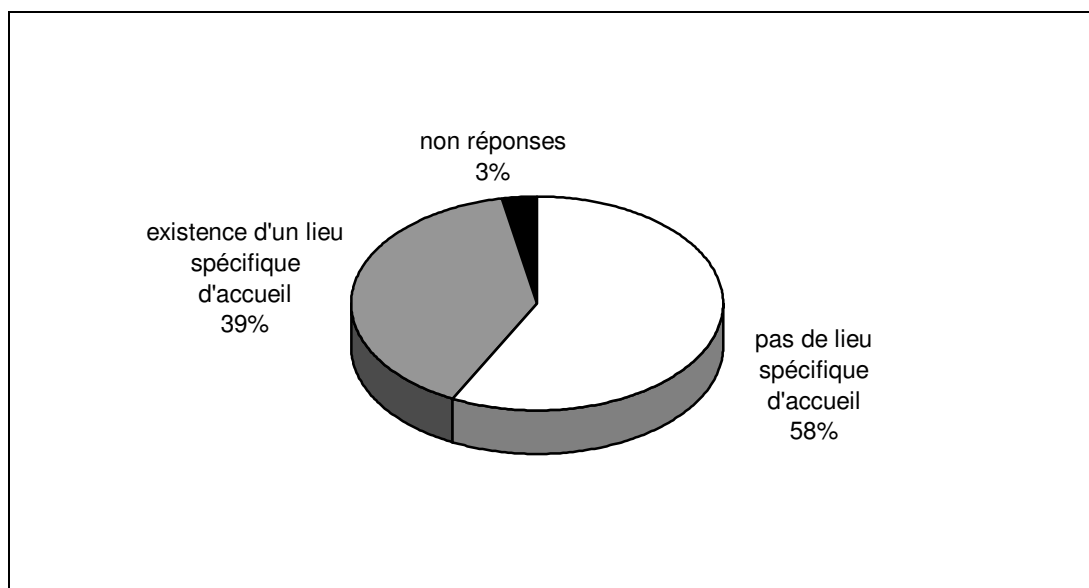
Ces protocoles concernent :

- dans 88% des cas, la prise en charge psychiatrique,
- dans 38% des cas, les modalités de soins,
- dans 38% des cas, le contact avec l'entourage,
- dans 25% des cas, la prise en charge médico-sociale des patients.

3.2.2 Les lieux spécifiques d'accueil

Dans 39% des services, il existe un lieu spécifique d'accueil des personnes suicidaires.

Figure 32 : Existence d'un lieu spécifique d'accueil pour les personnes suicidaires dans les établissements receveurs



Ce lieu est :

- dans 38% des cas, un bureau,
- dans 38% des cas, un box,
- dans 24% des cas, une chambre particulière.

3.2.3 Personnes intervenant dans l'accueil

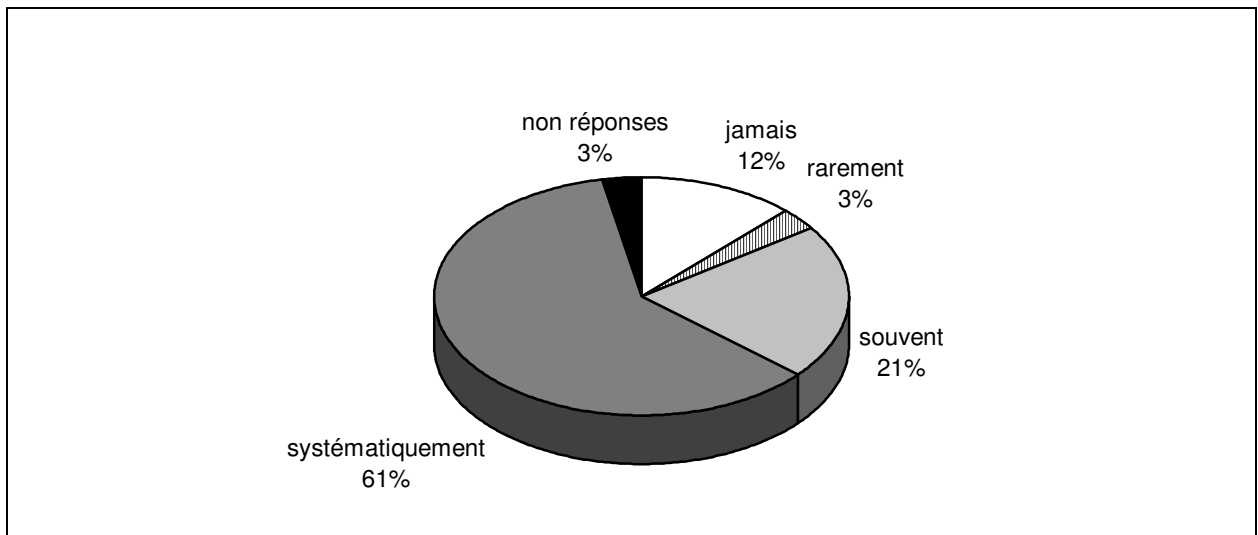
Les personnes qui interviennent dans l'accueil sont :

- les infirmiers (91%),
- les médecins (85%),
- les assistantes sociales (24%),
- les psychiatres [non proposé] (6%),
- les aides soignants [non proposé] (6%),
- les secrétaires [non proposé] (3%).

3.2.4 L'entretien avec un membre du secteur psychiatrique

Dans 61% des services, l'entretien avec un membre du secteur psychiatrique est systématique (67% des services dans une étude réalisée en Bourgogne en 1997 [6] sur 45 services hospitaliers susceptibles de recevoir des personnes ayant fait une tentative de suicide, 88% des services d'urgence selon une étude réalisée dans les Pays de la Loire en 1996 [8] auprès des 27 services d'urgence de cette région, 67% dans l'enquête Prémutan [3] en 1995 sur 153 services d'urgence). En revanche, dans 12% d'entre eux, le patient n'est jamais vu par un membre du secteur psychiatrique (11% en Bourgogne [6]).

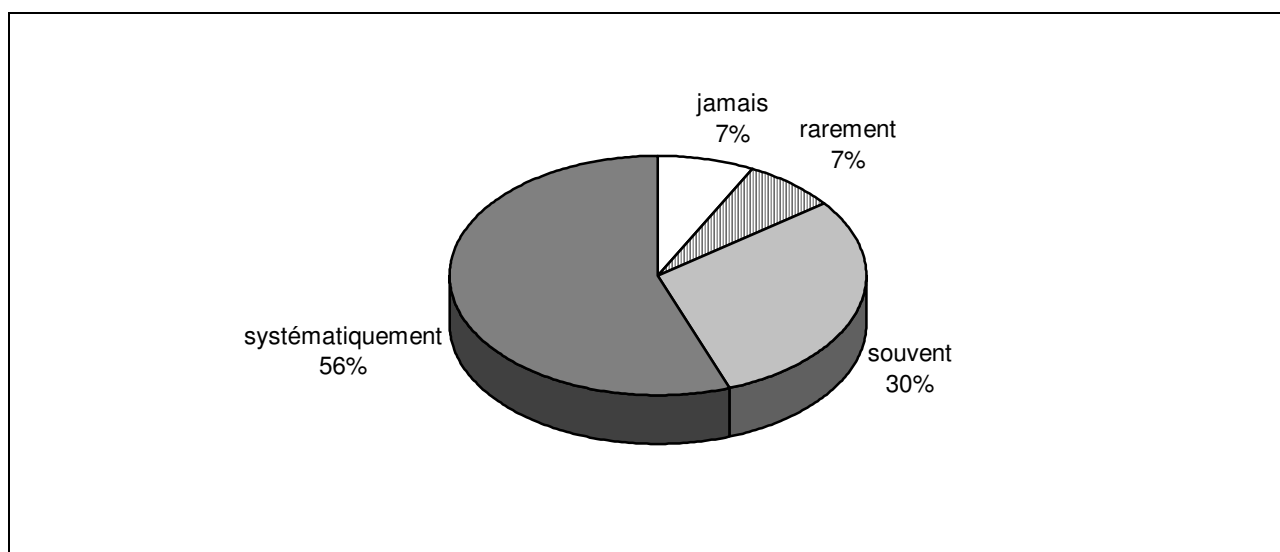
Figure 33 : Un membre du secteur psychiatrique effectue-t-il un entretien avec les patients suicidaires ?



Dans 75% des cas, lorsqu'il y a un entretien avec un membre du secteur psychiatrique, les patients en sont systématiquement informés au préalable. Dans le reste des cas (sauf une non réponse), ils en sont « souvent » informés.

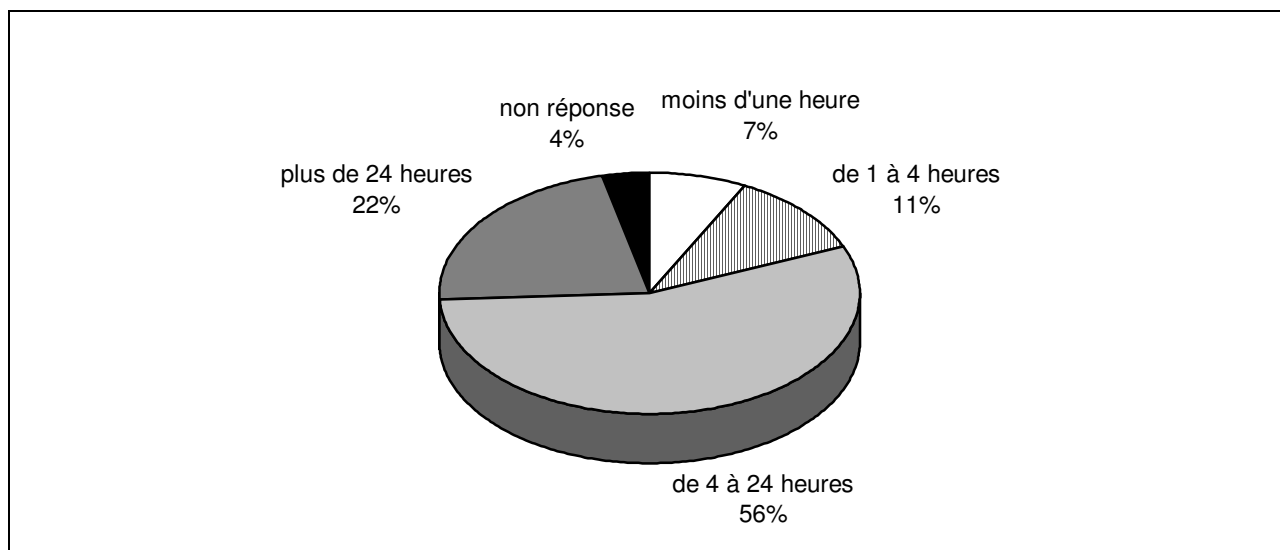
Dans 56% des cas, l'accord du patient est systématiquement recherché mais dans 7% des services, il ne l'est jamais.

Figure 34 : L'accord du patient est-il recherché ?



Le délai avant le premier entretien le plus souvent cité est « de 4 à 24 heures » (56%) et 78% des services proposent en général un entretien dans les premières 24 heures (délai préconisé par l'ANAES [1]). Très peu de services (7%) peuvent proposer un tel entretien dans l'heure qui suit l'entrée du patient.

Figure 35 : Quel est le délai avant le premier entretien ?



Dans 44% des services, le membre du secteur psychiatrique se présente lui-même au patient, sans qu'une tierce personne intervienne.

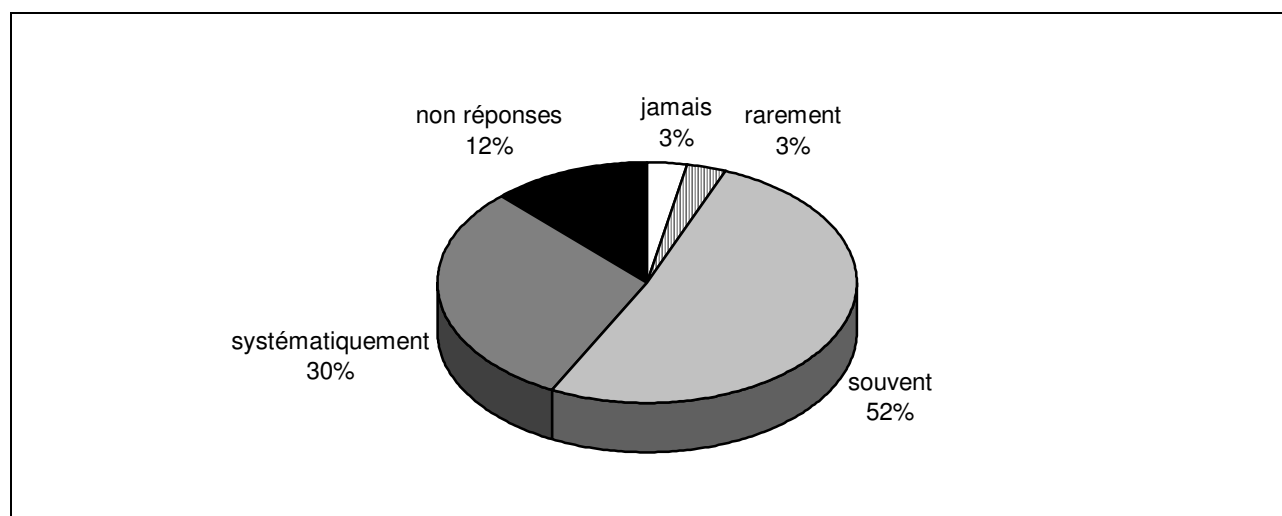
Dans les autres services, le personnel qui présente le membre du secteur psychiatrique au patient peut être :

- un infirmier (67% des services),
- un médecin (48% des services),
- le surveillant du service [non proposé] (2 réponses),
- un psychologue [non proposé] (1 réponse),
- ou un simple courrier donné au patient [non proposé] (1 réponse),

3.2.5 L'entourage du patient

L'entourage du patient est rarement ou jamais informé de la prise en charge dans le service dans 6% des services. Il l'est systématiquement dans seulement 30% d'entre eux.

Figure 36 : L'entourage du patient est-il contacté et informé ?

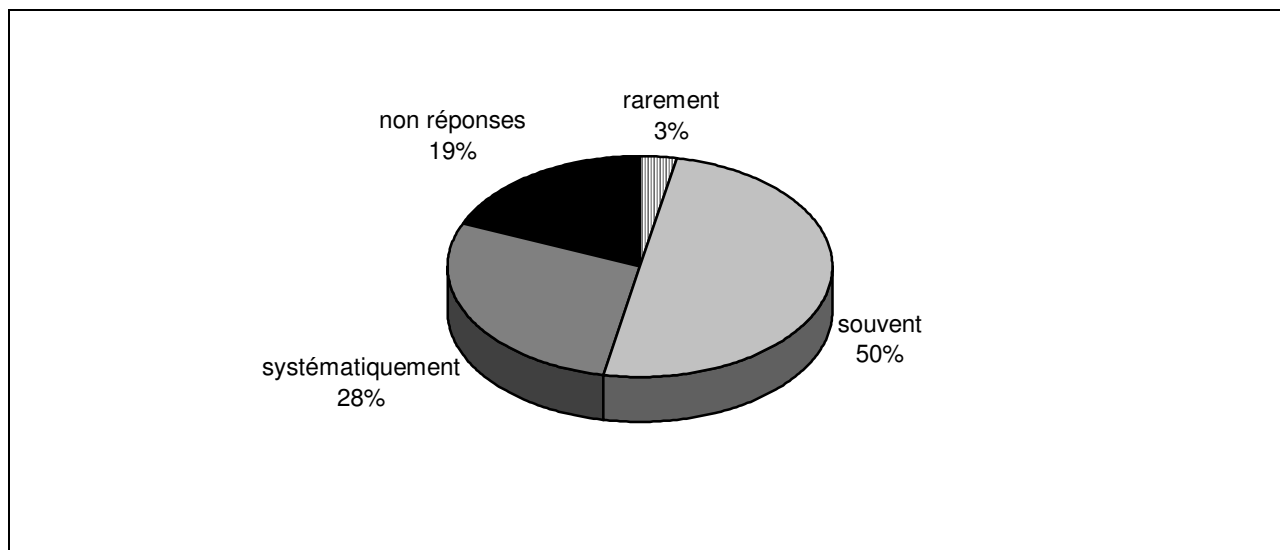


La personne qui informe l'entourage peut être :

- un médecin (72% des services),
- un infirmier (47% des services),
- un psychiatre [non proposé] (2 réponses),
- le surveillant du service [non proposé] (1 réponse),
- un aide soignant [non proposé] (1 réponse).

L'entourage est accueilli, systématiquement ou souvent, dans 78% des services (96% des services ayant répondu à la question). On note un fort taux de non réponse (19%) révélant sans doute une certaine imprécision dans l'énoncé de la question.

Figure 37 : L'entourage est-il accueilli ?



Lorsque l'entourage n'est pas reçu, les raisons sont :

- le refus du patient (77% des services ayant répondu),
- le manque de personnel (70% des services ayant répondu),
- le manque de lieux de visite (40% des services ayant répondu),
- le refus de l'entourage [non proposé] (2 réponses),
- le refus des visites du à une décision médicale [non proposé] (2 réponses),
- le fait que les visites soient réglementées [non proposé] (1 réponse d'une UCSA),
- le fait que le patient sorte trop rapidement [non proposé] (1 réponse).

3.3 La prise en charge spécialisée

3.3.1 Les lieux spécifiques de prise en charge

7 services (42%) déclarent avoir un lieu spécifique de prise en charge. Il s'agit :

- de l'hospitalisation de très courte durée (HTCD) pour 3 d'entre eux,
- de consultations spécialisées [non proposé] pour 2 d'entre eux,
- du centre d'accueil et de crise (CAC) pour un service,
- du service de psychiatrie [non proposé] pour un service,
- d'un service fermé « type Alzheimer » [non proposé] pour un dernier.

3.3.2 Les protocoles de prise en charge

Sept services (42%) ont établi un ou des protocoles pour la prise en charge des personnes suicidantes. Pour trois de ces services, ce(s) protocole(s) concerne(nt) les mineurs, les adultes et les personnes âgées, pour trois autres il(s) concerne(nt) seulement les mineurs, et pour le dernier, il(s) concerne(nt) seulement les adultes et les personnes âgées.

Dans 6 de ces services (86%), ces protocoles sont diffusés oralement, et dans seulement un service, ils sont diffusés par écrit.

Seulement deux services (sur quatre) ont répondu sur les modalités des protocoles concernant les adultes et les personnes âgées. Ces protocoles définissent, pour ces deux services, les modalités de soins, et, pour un des deux, le contact avec l'entourage et l'élaboration du projet de suivi. Aucun des deux services n'a établi de modalités spécifiques en ce qui concerne la tranche d'âge concernée ou la durée d'hospitalisation.

Seulement trois services (sur six) ont répondu sur les modalités du protocole concernant les mineurs. Ces trois protocoles concernent les modalités de soins et le contact avec l'entourage. Deux des trois concernent l'élaboration du projet de suivi et la durée d'hospitalisation, et un seul concerne la tranche d'âge ciblée.

3.3.3 Personnel prenant en charge le patient

Les personnels prenant en charge le patient sont :

- les infirmiers (67%),
- les psychiatres (64%),
- les médecins (48%),
- les psychologues (33%),
- les assistants sociaux [non proposé] (3 réponses),
- les aides soignants [non proposé] (1 réponse),
- l'équipe de soin en entier [non proposé] (1 réponse).

3.3.4 La durée minimale d'hospitalisation

On note de fort taux de non réponses aux questions concernant la durée minimale d'hospitalisation préconisée (entre 36% et 52%).

Pour les personnes âgées, 76% des services ne préconisent pas de durée minimale d'hospitalisation, 14% préconisent de 1 à 3 jours, et 5% préconisent de 3 jours à une semaine ou plus d'une semaine.

Pour les adultes, 63% des services ne préconisent pas de durée minimale, 32% préconisent de 1 à 3 jours, et 5% préconisent plus d'une semaine.

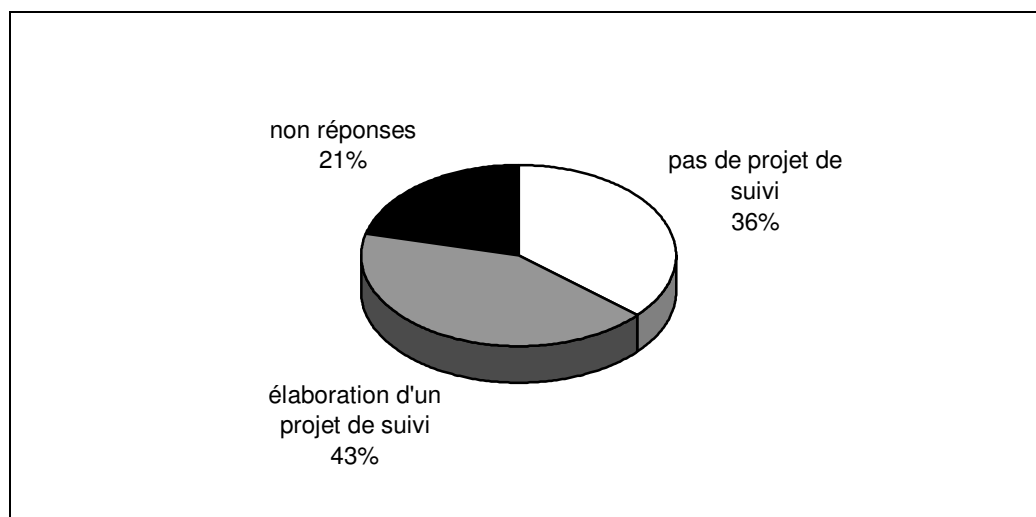
Pour les mineurs, 69% des services ne préconisent pas de durée minimale, 12% préconisent de 1 à 3 jours, et 19% préconisent de 3 jours à une semaine.

Dans l'étude bourguignonne déjà citée [6], 80% des services contactés annonçaient ne pas préconiser de durée minimale d'hospitalisation, mais ce taux tombe à 58%, dans l'étude sur les services d'urgence des Pays de la Loire [8].

3.3.5 Le projet de suivi ultérieur

On note une forte proportion de non réponse à cette question (36%). 43% des services (67% services ayant répondu) disent élaborer avec le patient un projet de suivi ultérieur (67% pour l'étude réalisée en Bourgogne [6] et 74% en Pays de la Loire [8]).

Figure 38 : Elaborez-vous un projet de suivi ultérieur avec le patient ?



Pour 93% des services concernés, l'adhésion du patient est souvent obtenue (les autres répondant « jamais obtenue » !).

Les principaux intervenants extérieurs impliqués dans ces projets sont :

- les médecins traitants (88%),
- les assistants sociaux (44%),
- les psychiatres libéraux [non proposé] (31%),
- les travailleurs sociaux (25%),
- les CMP [non proposé] (19%),
- les psychologues [non proposé] (2 réponses),
- l'Éducation Nationale [non proposé] (1 réponse).

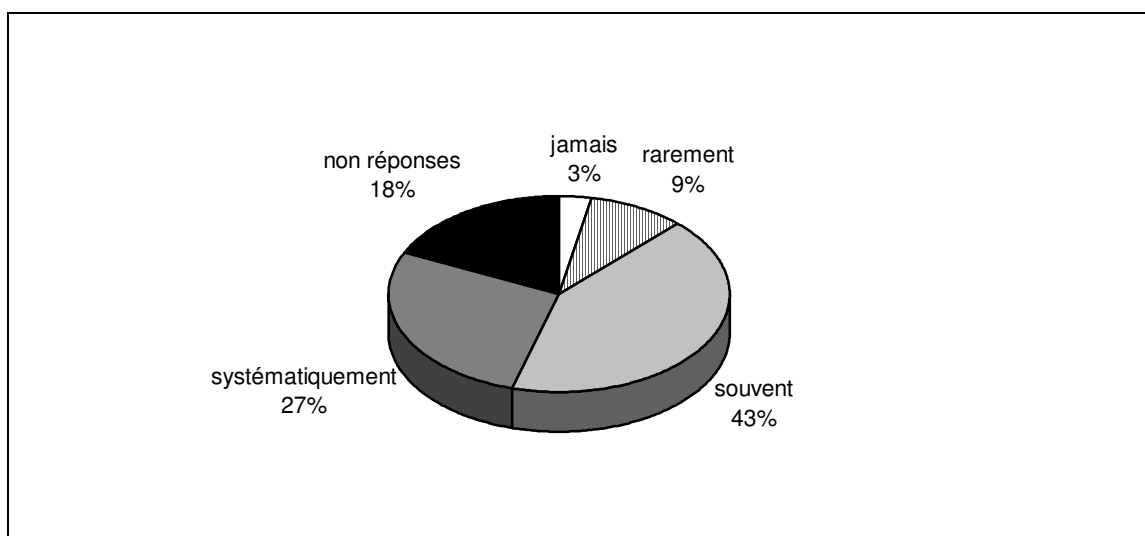
Le rythme de suivi préconisé est variable suivant les patients pour 8 services (62%), hebdomadaire pendant 12 semaines puis mensuel pendant 12 mois pour un service, journalier pendant 10 jours pour un autre. On note que trois services (23%) ne conseillent pas de rythme particulier.

20% des services impliquent systématiquement l'entourage du patient dans le projet de suivi et les 80% restant l'incluent souvent.

3.3.6 La personne ayant envoyé le patient

70% des services (85% de ceux ayant répondu) déclarent informer souvent ou systématiquement, la personne ayant envoyé le patient, de la sortie et du projet de suivi de celui-ci. Seuls 3% d'entre eux (4% de ceux ayant répondu) ne l'informent jamais (22% en Bourgogne [6] et 13% en Pays de la Loire [8]).

Figure 39 : La personne qui a envoyé le patient est-elle informée de la sortie et du projet de suivi ?



Quand cette personne est informée, l'accord du patient a été recherché au préalable, souvent ou systématiquement, dans 92% des services.

Les raisons invoquées pour expliquer le manque d'information de la personne ayant envoyé le patient sont :

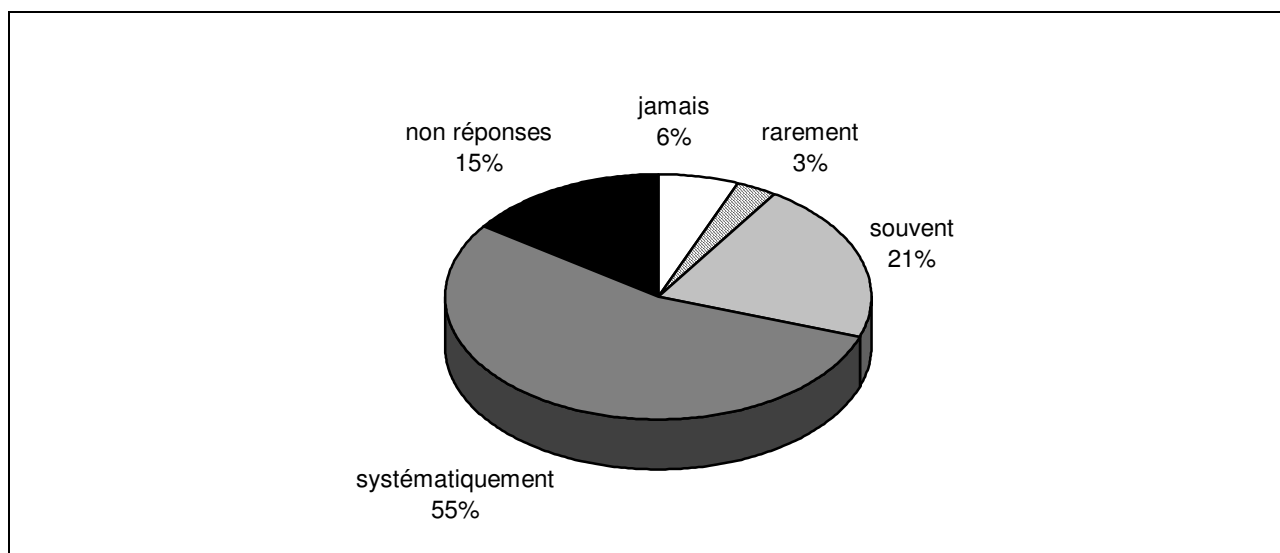
- le refus du patient (80% des services),
- le fait que cette personne ne soit pas membre du monde médical (33% des services),
- le manque de personnel (20% des services),
- le fait que la personne refuse elle-même d'être informée [non proposé] (1 réponse).

3.3.7 La sortie du patient

17% des services annoncent avoir élaboré un protocole préparant la sortie des patients suicidants. Tous ces protocoles sont diffusés oralement.

76% des services (89% des services ayant répondu) déclarent transmettre le compte rendu d'hospitalisation au médecin traitant soit « systématiquement », soit « souvent ». 6% d'entre eux ne l'envoient jamais

Figure 40 : Le compte-rendu d'hospitalisation est-il envoyé au médecin traitant ?



3.3.8 Le respect du projet de suivi

45% des services déclarent réaliser en interne le projet de suivi. Parmi eux, 73% déclarent que ce projet est respecté par le patient souvent ou systématiquement. 13% annoncent que ce projet n'est jamais respecté par le patient.

En cas de non respect de ce projet, 36% des services effectuent une relance souvent ou systématiquement. 21% des services ne font jamais de relance.

3.4 La réflexion dans le service

Les thèmes ayant débouché sur une réflexion (aboutie / en cours / en projet) au sein des services sont :

- la prise en charge et l'accueil des patients suicidants (52% des services),
- le suivi des patients suicidants (45% des services),
- les facteurs de risque (42% des services),
- la maladie psychiatrique (32% des services dont une réflexion « aboutie »),
- la population concernée (30% des services),
- les récurrences (24% des services).

3.5 Les projets

9 services (27%) déclarent avoir élaboré un projet sur le thème du suicide :

- 4 services sont impliqués dans le projet de restructuration des urgences du CHU de Tours (regroupement sur un site unique),
- un projet concerne les mineurs avec définition d'un référent et analyse du suivi,
- un projet concerne la redéfinition du projet d'établissement,
- un projet concerne le regroupement de deux établissements et la réalisation de protocoles en commun,
- un projet concerne l'intervention systématique d'un psychiatre et d'un psychologue pour la prise en charge des patients,
- un projet concerne la création d'un réseau suicide avec permanence téléphonique, et création d'une unité spécifique de 5 lits pour les jeunes (15-24 ans) et les polysuicidants.

Trois services ayant renvoyé les questionnaires après la fin de l'analyse déclarent avoir élaboré un projet dont les thèmes sont :

- Enquête ANAES,
- Consultations post-incarcération pour le suivi des personnes sortant de prison (une UCSA),
- La prise en charge des adolescents suicidants.

Ces douze projets sont détaillés dans l'annexe 2.

IV. Synthèse et Conclusion

Synthèse

Enquête médecins généralistes et du travail

Dans cette étude, les médecins généralistes et du travail ont déclaré prendre en charge, en moyenne, 15 tentatives de suicides par an, 7 pour les généralistes libéraux. Ces chiffres paraissent élevés comparativement à d'autres études, y compris dans des régions à forte mortalité par suicide (ce qui est le cas de la région Centre). Ces chiffres ne permettent pas d'évaluer le nombre de tentatives à l'échelle régionale car des doubles comptes sont possibles : une même personne pouvant être vue par plusieurs praticiens (médecin du travail, médecin de famille, urgentiste, hospitalier, ...).

La plupart du temps les généralistes assurent la prise en charge de ces patients. Lorsqu'il s'agit d'idées suicidaires, le lien est quasi systématique, avec le secteur psychiatrique ou les psychiatres libéraux, et la famille est associée à la prise en charge.

Lorsqu'il s'agit d'une tentative de suicide, l'orientation est hospitalière (dans 80 % des cas) et la famille est prévenue par le généraliste. Par contre les contacts avec l'équipe soignante ne sont fréquents ou systématiques que dans 53% des cas, et seuls 49% des généralistes sont informés du projet de suivi à la sortie (mais plus souvent quand ils sont généralistes que médecins du travail, et plus souvent lorsqu'ils ont des contacts préalables avec l'équipe de soins). La plupart des médecins (73%) ne sont pas intégrés au projet de suivi des personnes hospitalisées par eux.

Les difficultés auxquelles ils sont confrontés, lors du retour à domicile du patient, sont liées aux délais d'attente pour les consultations psychiatriques, à l'absence de lien avec l'équipe soignante, au manque d'adhésion de la personne au projet de soins, et à l'entourage familial. Le manque de disponibilité (du médecin) est parfois évoqué. Cependant, on note que lorsque les généralistes établissent des contacts préalables avec les équipes de soins, le retour d'information est plus fréquent.

Ils souhaitent plus de formation (particulièrement les moins de 44 ans et les plus de 50 ans) et plus de coordination avec les professionnels du secteur psychiatrique.

Enquête établissements envoyeurs

Globalement, les établissements confrontés à des personnes exprimant des idées suicidaires les orientent préférentiellement vers le secteur psychiatrique (60%), mais également vers les psychologues (32%) et les psychiatres (30%). Par contre, les tentatives de suicides sont adressés à l'hôpital (76%). Les contacts avec l'équipe de soins sont systématiques ou fréquents dans la majorité des cas (57%) mais ils ne sont, souvent ou systématiquement, informés du projet de prise en charge, que dans 25% des cas. Cependant, tout comme les généralistes, ils sont d'autant plus souvent informés et intégrés aux projets de suivi qu'ils ont établi au préalable un contact avec les équipes de soins. Les protocoles sont très peu développés.

Les établissements sont confrontés à des difficultés spécifiques comme le manque de personnel en interne, mais aussi à des difficultés similaires à celles des généralistes : manque de formation du personnel, délais d'attente pour les rendez-vous spécialisés, manque de liens avec le secteur psychiatrique... Les difficultés dues au manque d'adhésion du patient au projet de soins, et celles liées à l'entourage familial, sont également très fréquemment citées.

Les établissements scolaires sont les établissements qui orientent le plus vers les psychologues (55%) et les psychiatres libéraux (39%) et le moins vers le secteur psychiatrique (46%) en cas d'idées suicidaires.

Ce sont les établissements qui contactent le moins les équipes de soins en cas d'hospitalisation (notamment les établissements scolaires publics qui sont 85% à contacter éventuellement l'équipe de soin et 68% à le faire systématiquement ou souvent contre respectivement 100% et 87% pour les établissements scolaires privés, 97% et 92% pour les établissements d'hébergement de personnes âgées et 86% et 86% pour les foyers d'adolescents) et sont, par conséquent, moins souvent informés des projets de suivi (66% des établissements scolaires publics se disent éventuellement informés de ces projets contre 86% pour les autres établissements).

Ils annoncent plus souvent que les autres le manque de personnel en interne (64%), le manque de formation du personnel (58%) mais moins souvent les délais pour les rendez-vous spécialisés (48%).

Les établissements d'hébergement de personnes âgées sont des établissements qui orientent moins que les autres vers les psychiatres libéraux (14%) et vers les psychologues (8%) en cas d'idées suicidaires et plus vers les cliniques privées (7%) en cas de tentatives de suicides.

Ce sont les établissements qui associent le plus souvent la famille (82%) et les proches (59%), et qui accompagnent le plus souvent les patients en cas d'hospitalisation (93%) mais assurent moins souvent le suivi en cas d'idées suicidaires (73%).

Ils ont moins de difficultés que les autres sur les contacts avec les équipes de soins (68%), les délais pour les rendez-vous spécialisés (48%) et l'adhésion des patients aux projets de suivi (57%). En revanche, ils citent plus souvent que les autres comme difficulté le manque de formation du personnel (58%).

Ce sont des établissements qui se caractérisent aussi par l'existence de peu de protocoles sur la prise en charge des patients suicidaires (2%) et par peu de réflexion en interne sur le thème du suicide (4%).

Les foyers d'adolescents sont des établissements qui assurent peu souvent la prise en charge en interne (notamment en cas de tentative de suicide 54%). Ils orientent plus que les autres vers le secteur psychiatrique (81%) en cas d'idées suicidaires et plus vers les hôpitaux publics (87%) en cas de tentatives de suicides. Ils accompagnent souvent les patients en cas d'hospitalisation (93%).

Le manque d'interlocuteurs spécialisés en externe (51%) est plus souvent cité que dans les autres établissements. En revanche, ils annoncent moins souvent le manque de personnel en interne comme difficulté (54%).

Ils souhaitent des formations pour leur personnel (57%) mais semblent avoir peu entamé de réflexion sur la problématique suicide (6%).

Les UCSA sont des établissements qui prennent essentiellement en charge en interne (100%), ce qui paraît assez logique !

La principale difficulté évoquée est le manque de personnel en interne (64%) mais ces établissements déclarent moins souvent que les autres les délais pour les rendez-vous spécialisés (10%) comme difficulté. Ils souhaitent moins que les autres de la formation du personnel (22%).

Ce sont aussi des établissements qui ont mené des réflexions sur le thème du suicide (67%).

Rôle du personnel interne aux établissements (tous types d'établissements confondus)

De manière générale, les protocoles sont plus fréquents lorsque sont présents, au sein des établissements, des infirmiers, des médecins ou des psychologues.

Les établissements disposant d'infirmiers semblent donner une préférence à la prise en charge spécialisée des patients ayants des idées suicidaires (secteur psychiatrique ou psychologues). En cas de tentative, les contacts sont meilleurs avec les équipes soignantes et les familles : le patient est plus souvent accompagné lors d'une hospitalisation suite à une TS, les familles sont plus souvent prévenues et plus souvent associées à la prise en charge ultérieure. Ces établissements citent moins souvent que les autres le manque de lien avec l'équipe soignante comme une difficulté.

La présence de médecins améliore les relations avec les proches qui sont plus souvent associés dans la prise en charge.

Enquête établissements receveurs

Moins d'un quart des services ont établi un protocole sur l'accueil du suicidant et 39 % disposent d'un lieu spécifique d'accueil. L'entretien psychiatrique n'est systématique que dans 61% des cas. L'accord préalable du patient n'est recherché que dans un peu plus de la moitié des cas et l'entretien se déroule, en général, dans les 24 premières heures (78 %). Les services ne proposent pas de durée minimale d'hospitalisation. Le compte-rendu d'hospitalisation n'est envoyé systématiquement, au médecin traitant, que dans 55% des cas.

Conclusion

Globalement, la prise en charge du suicide, en région Centre, paraît assez peu structurée et peu coordonnée.

Assez peu structurée, car la prise en charge du suicide est très peu « protocolisée », tant dans les établissements qui accueillent un public susceptible de passer à l'acte, que dans les établissements de soins. Les recommandations de l'ANAES ne sont pas toujours appliquées et chacun semble faire face aux difficultés rencontrées, sans avoir préalablement élaboré des stratégies précises et construites.

Assez peu coordonnée, car les systèmes sont cloisonnés et les institutions éprouvent des difficultés à communiquer : la continuité de la prise en charge n'est pas toujours assurée par manque de liens : entre les généraliste et l'hôpital, entre les établissements envoyeurs et ceux qui accueillent les suicidants, lors du retour à domicile... Ainsi on constate que seulement un quart des établissements envoyeurs accompagne le suicidant lors de son orientation, que seulement la moitié des généralistes est informée du projet de suivi du patient et que très peu sont associés au projet thérapeutique, bien que cette association dépende fortement d'un éventuel contact préalable avec l'équipe de soin.

Des règles de conduites simples et partagées pourraient peut-être constituer une piste d'amélioration de la prise en charge :

- Diffusion de protocoles et de conduites à tenir, y compris dans les établissements envoyeurs,
- Meilleur accueil des suicidants (locaux, personnel, etc...)
- Entretien psychiatrique ou psychologique systématique lors d'une hospitalisation pour TS,
- Retour d'informations systématique vers l'établissement envoyeur et vers le médecin traitant (en veillant à respecter le secret médical, bien évidemment),
- Ouverture du secteur hospitalier public vers les acteurs de la « ville »,
- Recensement sur support simple et facilement mis à jour des lieux ressources,
- Organisation de formations pluridisciplinaires...

Malheureusement d'autres aspects sont plus difficiles à régler, comme la pénurie de professionnels spécialisés, la complexité de prise en charge de cette pathologie fort complexe, l'adhésion parfois insuffisante du patient, l'indispensable travail en réseau, etc...

Pourtant des améliorations peuvent être apportées, c'est l'enseignement essentiel de cette étude. Souhaitons que le PRS concrétise leur mise en œuvre !

V. Glossaire

AEMO : Action Educative en Milieu Ouvert
ANAES : Agence Nationale de l'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ANOVA : ANalyse NORmale de la VARiance
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CAC : Centre d'Accueil et de Crise
CAP : Centre d'Accueil Permanent
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CES : Centres d'Examens et de Soins
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CMP : Centre Médico-Psychologique
CPU : Clinique Psychiatrique Universitaire
DIM : Département d'Information Médicale
DOM : Département d'Outre-Mer
DPDS : Direction de la Prévention et du Développement Social
DRASS : Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé
HTCD : Hospitalisation de Très Courte Durée
IC : Intervalle de Confiance
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Economiques
NPAI : N'habite Pas à l'Adresse Indiquée
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PH : Praticien Hospitalier
PJJ : Protection Juridique de la Jeunesse
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PRS : Programme Régional de Santé
RR : Risque Relatif
SEGT : Section d'Enseignement Général et Technologique
SEP : Section d'Enseignement Professionnel
STATISS : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
TS : Tentatives de Suicide
UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UPATOU : Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences

VI. Bibliographie

[1] ANAES : Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide, Recommandations professionnelles, 44 pages, 1998.

[2] ANAES : La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge, Conférence de consensus – Textes de recommandations, 31 pages, 2000.

[3] Association Prémutan : Prévention des suicides et tentatives de suicides – Bilans régionaux – Etat des lieux 1995-1997, Edition FNMF, 317 pages, 1998.

[4] Fédérations Nationales des Observatoire Régionaux de la Santé (FNORS) : La santé observée dans les régions de France, Mise à jour n°1, 2000.

[5] ORS de Basse Normandie : Le médecin généraliste face aux tentatives de suicide en Basse-Normandie – Résultats de l'enquête épidémiologique, 66 pages, 1998.

[6] ORS de Bourgogne : Suicides et tentatives de suicide en Bourgogne, 67 pages, 1997.

[7] ORS du Limousin : Bilan des différentes modalités de prise en charge des suicidants en Limousin, 2 volumes, 134 pages, 1999.

[8] ORS des Pays de la Loire : Suicides et tentatives de suicide dans les Pays de la Loire, 86 pages, 1996.

VII. Annexes

Annexe 1 : L'échantillonnage

1 Méthode utilisée : les sondages stratifiés

Les techniques de sondage ont été utilisées, dans cette étude, pour les deux premières enquêtes (médecins généralistes et du travail et établissements envoyeurs). Ces techniques permettent de réduire les coûts d'enquête tout en obtenant des estimateurs fiables. Parmi les techniques de sondages, les sondages aléatoires (par opposition aux sondages par la méthode des quotas) ont été réalisés. Les sondages aléatoires nécessitent une base de sondage (connaissance de l'ensemble des individus de la population étudiées) et permettent le calcul de la précision des estimateurs obtenus.

Parmi les sondages aléatoires, la méthode de stratification a été choisie. Cette méthode a pour but de séparer la population en plusieurs sous-groupes (strates) définis en fonction des valeurs de certaines variables (appelées variables de stratification). Un tirage au sort est alors réalisé dans chaque strate.

La stratification ne modifie pas l'estimation des paramètres (moyennes, fréquences...) mais améliore en général la précision de l'estimateur (grandeur de l'intervalle de confiance) par rapport à un sondage non stratifié avec la même taille d'échantillon. On montre que plus la variable étudiée est corrélée avec les variables de stratification et plus les sondages stratifiés sont efficaces.

2 Taille des échantillons

La taille des échantillons a été établie de façon à obtenir une centaine de réponses pour chaque type d'établissements et pour les médecins généralistes. Cette taille d'échantillon permet, en effet, d'obtenir des estimations de fréquences dont les intervalles de confiance seront, au maximum, à plus ou moins 10% autour de la valeur centrale.

Il a été établi *a priori* qu'environ la moitié des établissements répondent à ce type d'enquête (postale sans relance), ainsi qu'environ un sixième des médecins généralistes (ces résultats sont basés sur des études antérieures). Nous avons ainsi tablé sur environ 600 médecins généralistes, et 200 établissements de chaque type, à inclure dans l'échantillon.

Pour les établissements, il n'existait pas, pour chaque type d'entre eux, un tel nombre sur la région. C'est notamment le cas pour les UCSA (9 établissements), les hôpitaux et cliniques (72) et les foyers d'adolescents (84). Aussi, dans ces cas, l'ensemble des établissements a été contacté. En

revanche, pour les maisons de retraite et foyers logement (392 établissements) et les établissements scolaires (427 établissements), on a retenu l'ordre de grandeur de 200 comme taille d'échantillon.

3 Variables de stratification choisies

Propriétés désirées

Le choix des variables de stratification est un choix délicat. Ces variables doivent vérifier un certain nombre de propriétés pour être retenues et efficaces. On peut retenir les quatre propriétés suivantes :

- 1) Les variables de stratification doivent être connues pour chaque individu de la population.
- 2) les strates peuvent contenir peu d'individus mais on doit avoir, au moins, deux réponses par strates, pour pouvoir calculer la précision des estimateurs. Il est donc nécessaire que les variables de stratification soient correctement remplies (ce qui empêche l'utilisation de variables pouvant prêter à confusion ou difficilement accessibles par la personne remplissant les questionnaires)
- 3) les strates doivent être aussi homogènes que possible en intra (les individus au sein d'une strate doivent être les plus semblables possibles) et aussi hétérogènes que possible entre elles.
- 4) les variables de stratification doivent être le plus corrélées possible avec les variables étudiées, pour être efficaces.

Ces propriétés ont été classées de la plus contraignante à la moins contraignante.

Variables disponibles

Pour vérifier la propriété (1), il faut savoir quelles informations on possède sur chaque médecin généraliste, chaque maison de retraite et chaque établissement scolaire. Ces informations sont résumées dans le tableau suivant :

Tableau 51 : Variables disponibles pour les généralistes, les établissements d'hébergement de personnes âgées et les établissements scolaires

	Médecins généralistes	Maisons de retraite et foyers logement	Etablissements scolaires
Fichier source	ADELI DRASS	FINESS	Rectorat
Variables disponibles	Sexe Age Adresse d'exercice Code INSEE de la commune d'exercice	Type (maison de retraite ou foyer logement) Nombre de lits Statut (Association loi 1901, congrégation, fondation, CCAS, Hôpitaux...) Tarif Adresse	Nombre d'élèves (établissements publiques) Type (collège, lycées, lycées professionnels) Statut (privé / public) Adresse

Variables de stratification retenues

Pour les médecins généralistes, les variables « sexe », « âge » ont été retenues pour la stratification. Le code INSEE de la commune d'exercice étant disponible, il a été possible d'utiliser en outre la taille de la commune comme variable de stratification. Le département n'a pas été retenu car il n'était pas possible de trop multiplier les strates (sous peine de ne pas pouvoir vérifier la propriété (2)).

Pour les maisons de retraite et foyers logements, le type et le nombre de lits dans l'établissement ont été retenus. Le statut et les tarifs n'ont pas été retenus car ce sont deux variables qui peuvent prendre de nombreuses modalités et le remplissage pouvait poser problème. Le risque était, en effet, d'avoir un certain nombre d'erreurs sur le remplissage de ces variables ou un grand nombre de données manquantes. Le département de l'établissement, retenu dans un premier temps, a été retiré par la suite des variables de stratification, étant donné que cette variable ne l'a été ni pour les médecins généralistes, ni pour les établissements scolaires.

Pour les établissements scolaires, le nombre d'élèves, le type d'établissement et le statut ont été retenus. Le département n'a pas été retenu étant donné que cette variable multipliait largement les strates et l'on risquait alors de ne pas pouvoir vérifier la propriété (2).

Découpage des variables de stratifications

Pour les médecins, la variable « âge » a été découpée en 3 classes d'effectifs semblables. Les quantiles à 33% (43 ans) et à 67% (50 ans) ont donc été retenus. Pour la taille de la commune d'exercice, les quartiles (seuils permettant le découpage de la populations en 4 groupes de tailles

identiques) ont été retenus. Les trois quartiles prennent pour valeurs : 3 050 habitants, 14 556 habitants et 49 598 habitants. Pour ne pas multiplier les strates, seuls les deux premiers quartiles ont été retenus (en supposant que la prise en charge des médecins généralistes dans les villes de 14 556 à 49 598 habitants et dans les villes de taille supérieure n'était pas différente). Par souci de simplification, des chiffres ronds proches de ces deux quartiles ont été retenus (3 000 habitants et 15 000 habitants).

Pour les maisons de retraite, on a utilisé le nombre médian de lits pour découper cette variable. Ce nombre est de 78 lits. Le chiffre rond de 80 lits a été retenu. Vu le relatif faible nombre de foyers logements (88 sur la région), ces établissements ont été regroupés en une seule strate.

Pour les établissements scolaires, le nombre d'élèves n'était disponible que pour les établissements publics. Vu le relatif faible nombre de lycées professionnels publics dans la région (45), le nombre d'élèves n'a pas été utilisé dans la stratification pour ce type d'établissement. Les collèges et lycées publics ont été séparés chacun en deux strates en fonction du nombre médian d'élèves dans ceux-ci. Ces nombres sont de 482 pour les collèges et de 1 181 pour les lycées. Les chiffres ronds de 500 et 1 200 ont été retenus.

Autres variables relevées mais non utilisées pour la stratification

Pour les médecins, on a relevé en plus des variables de stratification, le département d'exercice, et le nombre de tentatives de suicide que le médecin pense voir en une année (réponse subjective).

Pour tous les établissements, ont été relevés la fonction de la personne remplissant le questionnaire, le département, la taille de la commune (même seuils que ceux utilisés pour les médecins généralistes auquel on a ajouté le seuil de 50 000 habitants), ainsi que la présence de personnels médico-social dans la structure.

Pour les maisons de retraite et les foyers logement de personnes âgées, la présence ou non d'une section médicalisée dans l'établissement a été relevé. Pour les foyers d'adolescents, on a en outre comptabilisé le nombre d'adolescents dans la structure (découpage subjectif « moins de 10 », « de 10 à 20 » et « plus de 20 »). Le nombre d'élèves dans les établissements scolaires privés et les lycées professionnels publics a été relevé avec les même modalités que pour les collèges et lycées privés.

4 Présentation des strates

Les médecins généralistes

Les médecins généralistes ont donc été répartis dans les strates en fonction des trois variables « taille de la commune d'exercice » (3 modalités), « âge » (3 modalités) et « sexe » (2 modalités) soit au total 18 strates. Le tableau suivant donne les effectifs par département des médecins généralistes dans chaque strate :

Tableau 52 : Présentation et effectifs des strates formées pour les médecins

strate	Ville	Age	Sexe	département						Total
				18	28	36	37	41	45	
1	Moins de -3 000 habitants	Moins de 44 ans	M	23	33	19	35	22	26	158
2			F	12	19	7	22	18	15	93
3		De 44 à 50 ans	M	23	42	28	34	44	52	223
4			F	7	5	8	11	5	6	42
5		Plus de 50 ans	M	37	24	27	48	37	39	212
6			F	1	3	6	7	6	9	32
7	De 3 000 à 15 000 habitants	Moins de 44 ans	M	14	35	21	70	9	37	186
8			F	11	28	7	43	14	21	124
9		De 44 à 50 ans	M	19	46	19	45	23	45	197
10			F	5	10	10	17	5	12	59
11		Plus de 50 ans	M	25	35	28	59	29	64	240
12			F	2	8	1	7	3	4	25
13	Plus de 15 000 habitants	Moins de 44 ans	M	32	26	17	89	43	65	272
14			F	30	32	22	73	33	84	274
15		De 44 à 50 ans	M	48	42	23	81	46	93	333
16			F	18	29	11	47	33	53	191
17		Plus de 50 ans	M	50	50	22	86	50	105	363
18			F	11	24	10	30	16	23	114
Total				368	491	286	804	436	759	3 138

Il y a donc 18 strates. Pour le tirage au sort, deux choix étaient possibles : soit de tirer aléatoirement, dans chaque strate, un nombre de médecins proportionnel à la taille de chaque strate, ce qui permet d'estimer au mieux les indicateurs globaux (variance minimum), soit de tirer un nombre stable de médecin dans chaque strate, ce qui permet de comparer au mieux les pratiques des médecins, en fonction des variables de stratification. C'est ce second choix qui a été retenu.

On souhaitait obtenir un échantillon d'environ 600 généralistes, soit en moyenne, 33 par strate. Pour représenter de façon égale les départements, il a été choisi d'en inclure autant pour chaque département et ce pour chaque strate. Le nombre souhaité de 36 généralistes par strate a donc été retenu (6 par département).

On note que deux strates contiennent moins de 36 généralistes (strates 6 et 12). Dans ces deux strates, l'ensemble des médecins a été contacté.

Dans les strates 4 et 10, deux départements ont moins de 6 médecins généralistes (Eure-et-Loir et Loir-et-Cher pour la strate 4 et Cher et Loir-et-Cher pour la strate 10). Dans ces cas, le nombre maximum de médecins possible a été contacté.

Au total, ce sont donc 629 médecins généralistes qui ont été contactés dans la région.

Les médecins du travail

24 centres de médecine du travail de la région ont été contactés. Malheureusement, il s'est avéré postérieurement à l'enquête que l'exhaustivité du recensement des centres n'était pas totale. Au vu du nombre de réponses obtenues, on peut penser que les questionnaires ont été dupliqués à l'ensemble des médecins du travail, du moins pour certains des centres contactés.

Les établissements scolaires

Les établissements scolaires ont été répartis en 8 strates, en fonction de leur type, de leur statut et du nombre d'élèves.

On note que les sections d'enseignement professionnels (SEP) des lycées polyvalents ont été contactées par le biais des lycées (7 des 13 SEP de l'enseignement public ont été contactées) et que les sections d'enseignement général et technologiques (SEGT) ont été contactées par le biais des lycées professionnels (3 des 5 SEGT ont été contactées)

Tableau 53 : Présentation et effectifs des strates formées pour les établissements scolaires

Strate	Type	Statut	Nombre d'élèves	département						Total
				18	28	36	37	41	45	
1	Collèges	Privés		4	10	5	17	11	11	58
2	Lycées	Privés		2	3	2	11	4	7	29
3	Lycées professionnels	Privés		1	4	0	3	0	2	10
	Sections d'enseignement professionnel (SEP)	Privées		1	0	2	4	2	4	13
4	Collèges	Publics	Moins de 500	13	19	20	39	13	27	131
5	Collèges	Publics	500 ou plus	14	22	7	17	14	30	104
6	Lycées	Publics	Moins de 1 200	5	4	7	5	3	3	27
	Sections d'enseignement général et technologique (SEGT)	Publics		1	0	0	2	0	2	5
7	Lycées	Publics	1 200 ou plus	2	4	0	5	3	9	23
8	Lycées professionnels	Publics		9	7	4	12	4	9	45
	Sections d'enseignement professionnel (SEP)	Publics		0	3	2	1	3	4	13
Total				52	76	49	116	57	108	458

On souhaitait obtenir un échantillon d'environ 200 établissements avec autant d'établissements publics que d'établissements privés. L'ensemble des établissements privés (97 établissements plus les 13 SEP) a donc été contacté. Pour les établissements publics, on souhaitait contacter environ autant d'établissements de chaque type soit environ 17 établissements. Ce nombre a été porté à 18 (6 établissements de chaque type par départements dont 3 collèges de moins de 500 élèves, 3 collèges de 500 élèves ou plus, 3 lycées de moins de 1 200 élèves, 3 lycées de 1 200 élèves ou plus, et 6 lycées professionnels).

On note qu'il a été possible de contacter seulement 2 lycées publics de 1 200 élèves ou plus dans le Cher, aucun lycées de ce type dans l'Indre et seulement 4 lycées professionnels publics dans l'Indre et le Loir-et-Cher soit au total 100 établissements publics (plus 7 SEP et 3 SEGT).

Les maisons de retraite et les foyers logements

Les maisons de retraites et foyers logements ont été répartis en trois strates en fonction de leur type et du nombre de lits dans l'établissement. Le tableau suivant donne les effectifs par département des trois strates.

Tableau 54 : Présentation et effectifs des strates formées pour les établissements d'hébergement de personnes âgées

strate	Type	Nombre de lits	Département						Total
			18	28	36	37	41	45	
9	Maisons de retraite	Moins de 80 lits	19	34	22	30	32	22	159
10	Maisons de retraite	80 lits ou plus	15	22	14	38	18	38	145
11	Foyers logement		15	9	10	29	8	17	88
Total			49	65	46	97	58	77	392

On souhaitait obtenir un échantillon d'environ 200 établissements. Le choix a été fait d'inclure tous les foyers logement ainsi que 10 maisons de retraites de chaque type de chaque département dans l'échantillon.

Les foyers d'adolescents, les établissements de soins et les UCSA

Pour ces trois types d'établissements, aucun tirage au sort n'a été réalisé étant donné les faibles effectifs. Le tableau suivant donne les effectifs par département de ces établissements et les numéros de strate utilisés.

Tableau 55 : Tableau 4 : Effectifs des foyers d'adolescents, établissements de soins et UCSA

Strate	Type	Département						Total
		18	28	36	37	41	45	
12	Foyers d'adolescents	4	15	10	22	14	19	84
*	Etablissements de soins publics	4	6	8	6	8	9	41
*	Etablissements de soins privés	3	5	2	9	4	8	31
13 et *	UCSA	1	2	2	1	1	2	9
* : établissements sollicités pour la troisième enquête								

5 Le redressement des réponses

But du redressement et vocabulaire utilisé

Le redressement sert à obtenir *a posteriori* un échantillon comparable à la population en ce qui concerne un certain nombre de variables. Ce redressement est indispensable quand le taux de réponse (nombre de réponses divisé par la taille de la population) dépend de certaines variables

(sexe, âge....). Il est aussi indispensable quand l'échantillon n'est pas représentatif de la population. Dans cette étude, c'est parfois le cas (généralistes, établissements scolaires, maisons de retraites et foyers logements) étant donné la méthodologie utilisée pour construire les échantillons.

Pour redresser, on donne un poids à chaque questionnaire saisi. Ce poids va dépendre dans cette étude de la strate dans laquelle sera placé l'individu (médecin ou établissement), du nombre de réponses dans cette strate et du nombre d'individus dans la strate. On peut définir le taux d'impact comme la proportion de questionnaires reçus par rapport à la population. On peut calculer ce taux dans chaque strate. Le poids sera calculé comme l'inverse de ce taux ($1/\text{taux d'impact}$). Il représente alors le nombre d'individus qui seront représentés par un questionnaire. Par exemple, si on a reçu 20 questionnaires dans une strate comportant 100 individus, le taux d'impact sera de 20% et le poids de 5. On note que le poids ne dépend pas directement du nombre de questionnaires envoyés aux individus de la strate.

On note que, pour calculer ces poids, il est indispensable de connaître la strate de chaque questionnaire reçu, donc de connaître l'ensemble des réponses aux variables de stratification de cet individu. En pratique, les réponses à ces variables sont parfois manquantes. Deux solutions sont alors envisageables : soit on ne tient pas compte de ces questionnaires, soit on leur donne un poids minimum (1 par exemple, ce qui signifie que les individus ayant rempli ces questionnaires ne représentent qu'eux même). C'est cette deuxième solution qui a été retenue dans cette étude. Ces questionnaires inclassables doivent cependant être des cas isolés pour ne pas influencer les estimations et rendre la stratification inefficace.

Le questionnaire médecins généralistes et médecins du travail

Il est donc nécessaire de connaître le taux d'impact dans chaque strate. Les médecins du travail ont été classés dans une nouvelle strate (numérotée 19). Les poids de ces questionnaires ont été fixés à 1. Les médecins généralistes n'ayant pas répondu à une ou plusieurs variables de stratification (« âge », « sexe » ou « taille de la commune d'exercice ») ont été regroupés dans la strate 20 dont le poids a été fixé à 1.

Le phénomène de réponse (fait qu'un médecin réponde au questionnaire sachant qu'il l'a reçu) est considéré comme un processus aléatoire dépendant des variables caractérisant le médecin (variables de stratification), mais non de ses réponses aux questionnaires. Bien qu'invérifiable, cette hypothèse est sans doute erronée. Cependant, elle permet de considérer que les réponses reçues dans chaque strate sont représentatives des réponses de l'ensemble des médecins de la strate.

Bien que le taux de réponses et le nombre de médecins non ciblés dépendent de la strate (cf. paragraphe 5.1), il nous est impossible de déterminer la structure de la population ciblée (médecins généralistes effectuant des consultations). Il semble en effet que les tailles des strates représentant les médecins des grandes villes soient surestimées puisque c'est dans ces villes que nous avons retiré le plus de médecins (notamment les généralistes salariés n'effectuant pas de consultations). Cependant, n'ayant aucun moyen de compenser ce biais, la structure de la population initiale (fichier ADELI) a été utilisée.

Le tableau suivant donne le taux de réponses, le taux d'impact et le poids associés aux questionnaires de chaque strate pour les médecins généralistes.

Tableau 56 : Taux de réponses et poids associés à chaque strate pour les médecins généralistes

Strate	Nombre de médecins (ADELI)	Nombre de questionnaires réellement envoyés	Nombre de réponses	Taux de réponses	Taux d'impact	Poids associé
1	158	36	8	22,2%	5,1%	19,7
2	93	36	9	25,0%	9,7%	10,3
3	223	36	9	25,0%	4,0%	24,8
4	42	33	10	30,3%	23,8%	4,2
5	212	36	10	27,8%	4,7%	21,2
6	32	31	6	19,4%	18,8%	5,3
7	186	36	10	27,8%	5,4%	18,6
8	124	35	9	25,8%	7,3%	13,8
9	197	36	6	16,7%	3,0%	32,8
10	59	33	10	30,3%	16,9%	5,9
11	240	36	8	22,2%	3,3%	30,0
12	25	23	5	21,8%	20,0%	5,0
13	272	36	8	22,2%	2,9%	34,0
14	274	34	17	50,0%	6,2%	16,1
15	333	36	8	22,2%	2,4%	41,6
16	191	34	7	20,6%	3,7%	27,3
17	363	34	8	23,5%	2,2%	45,4
18	114	35	6	17,1%	5,3%	19,0
19	-	23 Centres	23	-	-	1,0
20	-	-	4	-	-	1,0
Total généralistes	3138	616	158	25,6%	5,0%	19,9

Le questionnaire établissements « envoyeurs »

On donne dans le tableau suivant les taux de réponses, les taux d'impact et les poids utilisés.

Tableau 57 : Taux de réponses et poids associés à chaque strate pour les établissements envoyeurs

Strate	Type d'établissement	Nombre d'établissements	Nombre de questionnaires réellement envoyés	Nombre de réponses	Taux de réponses	Taux d'impact	Poids associé
1	Collèges privés	58	58	34	58,6%	58,6%	1,7
2	Lycées privés	29	29	18	62,1%	62,1%	1,6
3	Lycées professionnels privés ou SEP	23 dont 13 SEP	23 dont 13 SEP	14	60,9%	60,9%	1,6
4	Collèges publiques de moins de 500 élèves	131	18	10	55,6%	7,6%	13,1
5	Collèges publiques de 500 élèves ou plus	104	18	15	83,3%	14,4%	6,9
6	Lycées publiques de moins de 1200 élèves ou SEGT	32 dont 5 SEGT	21 dont 3 SEGT	12	57,1%	37,5%	2,7
7	Lycées publiques de 1200 élèves ou plus	23	14	11	78,6%	47,8%	2,1
8	Lycées professionnels publiques ou SEP	58 dont 13 SEP	39 dont 7 SEP	24	61,5%	41,4%	2,4
9	Maisons de retraite de moins de 80 lits	159	60	30	50,0%	18,9%	5,3
10	Maisons de retraite de 80 lits ou plus	145	60	42	70,0%	29,0%	3,5
11	Foyers logements	88	88	42	47,7%	47,7%	2,1
12	Foyers d'adolescents	84	84	35	41,7%	41,7%	2,4
13	UCSA	9	9	6	66,7%	66,7%	1,5
Total		943	521	293	56,2%	31,1%	3,2

Le questionnaire établissements « receveurs »

Le questionnaire des établissements receveurs avait une particularité. Ce questionnaire a été envoyé à la direction des hôpitaux, cliniques et UCSA, elle-même chargée de distribuer ce questionnaire au(x) service(s) concerné(s). Pour quasiment tous les établissements, nous avons reçu un seul questionnaire. Pour le CHU de Tours et le CH de Chartres, nous avons cependant reçu respectivement 6 et 2 questionnaires provenant de services différents. Dans ce sens, il est impossible de redresser notre échantillon (il faudrait savoir, pour cela, le nombre de services concernés dans la région, et le nombre de services représentés par chaque questionnaire). Une étude plus « qualitative » a donc été menée vis-à-vis de ce questionnaire sans aucun redressement.

Le nombre de questionnaires exploitables pour cette enquête est donc de 33 dont 24 provenant d'établissements de soins publics, 8 d'établissements de soins privés, et un seul d'une UCSA.

Annexe 2 : Les projets

Cher

Etablissement : Clinique des Grainnetières
Projet : Rapprochement clinique des grainnetières et CH Saint Amand -> protocoles en commun en cours de rédaction
Inclus dans le COM : Non
Entretien : Oui
Documents disponibles : Oui
Besoins : à voir plus tard
Nom de la personne à contacter : Dr Benhaim
Service : Direction
Etablissement : Clinique des Grainnetières
Adresse : 82, Rue Jean Moulin
18200 SAINT AMAND
tél. : 02 48 82 20 00

Eure-et-Loir

Etablissement : CHG Dreux
Projet : Création réseau VH Suicide (prévention + permanence téléphonique 24h/24 (SOS amitié/SOS Suicide) + hotline
Création d'une unité suicidants 5 lits destinés prioritairement aux jeunes primo-suicidants (15-24 ans) et aux polysuicidants [séjours courts - Programmes thérapeutiques spécialisés] - poursuite et approfondissement de recherches sur profils et circonstances pour établir stratégie thérapeutique plus efficace
Inclus dans le COM : Oui
Entretien : Oui
Documents disponibles : Oui
Besoins : Finalisation financement dans le cadre COM + besoins en formation
Nom de la personne à contacter : Dr Triantafyllou et Dr Omnes
Service : Psychiatrie adulte
Etablissement : CHG Dreux
Adresse : 44, Avenue du Président Kennedy
28102 DREUX CEDEX
tél. : 02 37 51 51 54
fax : 02 37 51 53 51

Etablissement : CH Chateaudun
Projet : Intervention d'un psychiatre et d'un psychologue systématiquement (au lieu 1 fois par semaine)
Inclus dans le COM : Non
Entretien : Oui
Documents disponibles : Non
Besoins : temps psychiatre et psychologue
Nom de la personne à contacter : Dr Flechon
Service : DIM
Etablissement : CH Chateaudun
Adresse : Route de Jallans
28205 CHATEAUDUN CEDEX
tél. : 02 37 44 40 40
fax : 02 37 44 40 87

Indre-et-Loire

Etablissement : CHU Bretonneau
Projet : Reflexion sur les urgences au CHU
Inclus dans le COM : Oui
Entretien : Oui
Documents disponibles : Oui
Besoins : PH et IDE
Nom de la personne à contacter : Dr Dissez
Service : Psychothérapie D 37 G03
Etablissement : CHU Bretonneau
Adresse : 2, Boulevard Tonnelé
37044 TOURS CEDEX
tél. : 02 47 47 37 56

Etablissement : CHU Tours Hopital Bretonneau
Projet : Regroupement urgence sur site unique - réorientation des urgences psychiatriques - réorganisation de l'aval
Inclus dans le COM : Oui
Entretien : Oui
Documents disponibles : Non
Besoins : PH et IDE psychiatriques
Nom de la personne à contacter : Dr Lanotte
Service : Accueil médical
Etablissement : Hopital Bretonneau
Adresse : 2, Boulevard Tonnelé
37044 TOURS CEDEX
tél. : 02 47 47 38 54
fax : 02 47 47 80 62
mail : r.lanotte@chu-tours.fr

Etablissement : CHU Tours Hopital Trousseau
Projet : Regroupement urgence sur site unique - réorientation des urgences psychiatriques - réorganisation de l'aval
Inclus dans le COM : Oui
Entretien : Oui
Documents disponibles : Non
Besoins : PH et IDE psychiatriques
Nom de la personne à contacter : Dr Lanotte
Service : Accueil médical
Etablissement : Hopital Bretonneau
Adresse : 2, Boulevard Tonnelé
37044 TOURS CEDEX
tél. : 02 47 47 38 54
fax : 02 47 47 80 62
mail : r.lanotte@chu-tours.fr

Etablissement : CHU de Tours
Projet : Reflexion sur les urgences au CHU
Inclus dans le COM : Oui
Entretien : Oui
Documents disponibles : Non
Nom de la personne à contacter : Dr Drylewicz
Service : CPTS "B"
Etablissement : CHU de Tours
Adresse : 2, Boulevard Tonnelé
37044 TOURS CEDEX
tél. : 02 47 47 59 74
mail : s.drylewicz@chu-tours.fr

Etablissement : CHU de Tours
Projet : mineurs : système de référent par situation avec analyse de suivi ; relances intégrant compétences médicales, sociales et du secteur associatif
Inclus dans le COM : Non
Entretien : Oui
Documents disponibles : Oui
Besoins : Financement des supports papiers et informatiques
Nom de la personne à contacter : Dr Fillatre
Service : Clinique Psychiatrique Universitaire
Etablissement : CHU de Tours
Adresse : Rue du Coq
 37541 SAINT-CYR-SUR-LOIRE CEDEX
tél. : 02 47 47 80 43
fax : 02 47 47 84 02
mail : m.fillatre@chu-tours.fr

Loiret

Etablissement : CH P Dezarnaulds de Gien
Projet : Axe du projet d'établissement à redéfinir dans sa réactualisation
Inclus dans le COM : Non précisé
Entretien : Non
Documents disponibles : Non

Etablissement : CHRO
Projet : Enquête ANAES
Inclus dans le COM : Non précisé
Entretien : Oui
Documents disponibles : Oui
Besoins :
Nom de la personne à contacter : Dr Cressard
Service : Neuropsychologie
Etablissement : CHRO
Adresse : Avenue de l'Hopital
 45100 ORLEANS LA SOURCE

Etablissement : UCSA Maison d'arrêt d'Orléans
Projet : Consultations post-incarcérations pour le suivi des sortants de prison, fragilisés et parfois suicidants
Inclus dans le COM : Non précisé
Entretien : Oui
Documents disponibles : Oui
Besoins : Humains et financiers
Nom de la personne à contacter : Dr Boutrais
Service : UCSAMA
Etablissement : Maison d'arrêt d'Orléans
Adresse : 55, boulevard Guy-Marie Riobé
 45000 ORLEANS
tél. : 02 38 78 00 98
fax : 02 38 78 00 96

Etablissement : CHRO
Projet : Prise en charge des personnes suicidantes et inclus dans le projet "adolescents" du département de pédiatrie
Inclus dans le COM : Oui
Entretien : Oui
Documents disponibles : Oui
Nom de la personne à contacter : Dr Bentata
Service : Pédiatrie
Etablissement : CHRO
Adresse : 1, Rue Porte Madeleine - BP 2439
45032 ORLEANS CEDEX 1
tél. : 02 38 74 42 80
fax : 02 38 74 48 70
mail : josee.bentata@chr-orleans.fr

Annexe 3 : Les questionnaires

Le questionnaire médecin généralistes et du travail ***page 116***

Le questionnaire établissements envoyeurs ***Page 119***

Le questionnaire établissements receveurs ***Page 123***

Votre Profil

Vous exercez comme :

- médecin généraliste libéral médecin généraliste salarié médecin du travail
 vous n'exercez plus (retraités) Autre :

Vous exercez dans :

- le Cher l'Eure-et-Loir l'Indre
 l'Indre-et-Loire le Loir-et-Cher le Loiret

Vous exercez dans :

- une commune de moins de 3 000 habitants
 une commune de plus de 3 000 habitants et de moins de 15 000 habitants
 une commune de 15 000 habitants ou plus

Vous êtes : un homme une femme

Vous avez : moins de 44 ans de 44 à 50 ans plus de 50 ans

Combien de patients ayant fait une tentative de suicide pensez-vous voir en moyenne par an ou mois : par an *ou* par mois

1. Face à une personne ayant des idées suicidaires

1. Prenez-vous en charge vous-même le patient ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

Dans les cas où vous orientez le patient, quels professionnels sollicitez-vous ?

- Psychiatre libéral
 Psychologue
 Secteur psychiatrique
 Autre (précisez) :

2. Associez-vous la famille ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

3. Quelles sont vos difficultés dans ce type de prise en charge ?

- Manque de disponibilité
 Manque de formation
 Manque d'interlocuteurs extérieurs :
 Secteur Psychiatrique
 Service social
 Autre (précisez) :
 Délai d'attente pour les rendez-vous spécialisés
 Autre (précisez) :

4. Quels sont vos souhaits ?

- Formation
 Outils spécifiques
 Autre (précisez) :

5. Prenez-vous en charge vous-même le patient ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

Quand vous assurez personnellement la prise en charge, selon quels critères prenez-vous votre décision et comment assurez-vous celle-ci ?

.....
.....
.....
.....

Quand vous ne le prenez pas en charge, vers qui l'orientez-vous ?

- Centre hospitalier
 Clinique privée
 Autre (précisez) :

6. En cas d'hospitalisation en service de médecine, vos patients sont-ils vus par un membre du secteur psychiatrique ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

7. En cas d'hospitalisation,

Informez-vous la famille ou l'entourage ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

Etablissez-vous un contact avec l'équipe de soin ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

8. A la sortie du patient ?

Etes-vous informé du projet de prise en charge ultérieure ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

Etes-vous intégré à ce projet ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

Si oui, sous quelle forme :

9. Au retour à domicile de la personne, quelles sont vos difficultés ?

Absence de liaison avec l'équipe soignante ?

- Oui Non

Délais d'attente pour les consultations psychiatriques ?

- Oui Non

Difficultés liées à l'environnement familial ?

- Oui Non

Manque d'adhésion de la personne au projet de soin ?

- Oui Non

10. Assurez-vous le suivi de l'entourage familial ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

si oui, rencontrez vous des difficultés ?

- Oui (précisez lesquelles) :
 Non

11. Quels sont vos souhaits pour améliorer la prise en charge des personnes suicidantes ?

- Formation
 Outils spécifiques (précisez) :
.....
 Autre (précisez) :
.....

Merci de votre participation

1. Prenez-vous ces personnes en charge dans votre établissement

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

Dans les cas où vous orientez le patient, quels professionnels sollicitez-vous ?

- Psychiatre libéral
 Psychologue
 Secteur psychiatrique
 Autre (précisez) :

Dans les cas où vous prenez en charge le patient, quel personnel assure la prise en charge ?

- Médecin(s)
 Psychologue(s)
 Psychiatre(s)
 Infirmier(s)
 Assistant(s) social(aux)
 .Autre personnel. (précisez) :

2. Existe-t-il un protocole ou des procédures de prise en charge ?

- Oui Non

si oui, décrivez le(s) brièvement :

3. Associez-vous à la prise en charge :

la famille ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

des proches ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

des partenaires extérieurs ? (précisez lesquels) :

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

4. Assurez-vous un suivi ultérieur à la crise ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

si oui, sous quelle forme :

5. Quelles sont vos difficultés dans ce type de prise en charge ?

Manque de personnel en interne :

- Psychiatre Psychologue
 Infirmier Assistant social
 Educateur Autre :

Manque d'interlocuteurs extérieurs :

- Psychiatre Psychologue
 Infirmier Assistant social
 Educateur Autre :

Manque de formation

Délai d'attente pour les rendez-vous spécialisés

.Autre. (précisez) :

6. Quels sont vos souhaits ?

Formation

.Outils spécifiques (précisez) :

.Autre. (précisez) :

5. Prenez-vous en charge le patient dans votre établissement ?

- Systématiquement (répondez seulement aux parties II.B. et II.C.)
- Souvent (répondez aux parties II.A., II.B. et II.C.)
- Rarement (répondez aux parties II.A., II.B. et II.C.)
- Jamais (répondez seulement aux parties II.A. et II.C.)

II.A. Dans le cas où vous ne prenez pas en charge la personne au sein de l'établissement

a. Vers qui orientez-vous le patient ?

- Centre hospitalier
- Clinique privée
- Autre (précisez) :

b. Accompagnez-vous la personne ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

c. Informez-vous la famille ou l'entourage ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

d. Etablissez-vous un contact avec l'équipe de soin ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

e. En cas d'hospitalisation en service de médecine, vos patients sont-ils vus par un membre du secteur psychiatrique ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais
- Ne sait pas

f. A la sortie du patient,

Etes-vous informé du projet de prise en charge ultérieure ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Etes-vous intégré à ce projet ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

si oui, sous quelle forme :

g. Au retour de la personne dans votre établissement, quelles sont vos difficultés ?

Absence de liaison avec l'équipe soignante :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Délais d'attente pour les consultations psychiatriques :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Difficultés liées à l'environnement familial :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Manque d'adhésion de la personne au projet de soin :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

Autre :

h. Existe-t-il un protocole de prise en charge de l'événement pour l'entourage de la personne suicidante ?

- Oui
- Non

si oui, lequel :

.....
.....

a. Selon quels critères prenez-vous votre décision et comment réalisez-vous cette prise en charge ?

.....
.....
.....
.....

b. Quel personnel assure la prise en charge ?

- Médecin(s)
- Psychologue(s)
- Psychiatre(s)
- Infirmière(s)
- Assistante(s) sociale(s)
- .Autre personnel. (précisez) :

c. Existe-t-il un protocole ou des procédures de prise en charge ?

- Oui
- Non

si oui, décrivez le(s) brièvement :

.....
.....
.....

d. Associez-vous à la prise en charge :

la famille ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

des proches ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

des partenaires extérieurs ? (précisez lesquels) :

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

e. Assurez-vous un suivi ultérieur à la crise ?

- Systématiquement
- Souvent
- Rarement
- Jamais

si oui, sous quelle forme :

.....

II.C. Vos souhaits

a. Quels sont vos souhaits pour améliorer la prise en charge des personnes suicidantes ?

- .Personnel. (précisez) :
- Formation
- .Outils spécifiques (précisez) :
- .Autre. (précisez) :

b. Existe-t-il une réflexion ou un projet sur le thème du suicide dans votre établissement ?

- Oui
- Non

si oui, précisez le thème et l'état d'avancement :

.....

Merci de votre participatio

Profil de l'établissement

Votre établissement est :

- un hôpital public
- un établissement de soin privé
- une UCSA
- autre. (précisez) :

Votre établissement est situé dans :

- | | | |
|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> le Cher | <input type="checkbox"/> l'Eure-et-Loir | <input type="checkbox"/> l'Indre |
| <input type="checkbox"/> l'Indre-et-Loire | <input type="checkbox"/> le Loir-et-Cher | <input type="checkbox"/> le Loiret |

Nom de l'établissement :

N°. FINESS :

Nom de la personne remplissant le questionnaire :

Fonction de cette personne :

Service :

Adresse de l'établissement :

Tél :

Fax :

En 2000, combien de personnes ayant fait une tentative de suicide avez-vous accueillies dans votre établissement ? patients

Ce nombre est :

- Une estimation entièrement subjective
- Une estimation basée sur une étude antérieure
- Un nombre fiable basé sur un recensement interne à l'établissement
(précisez dans ce cas la source) :

Accueil de la personne suicidante

1. Existe-t-il dans votre établissement un protocole spécifique à l'accueil des personnes suicidantes ?

- Oui Non (passez directement à la question 2)

Les procédures de ce protocoles sont diffusées :

- Oralement Par écrit

Ce protocole concerne :

- Les modalités de soin
 La prise en charge psychiatrique
 Le contact avec l'entourage
 Autre (précisez) :

2. Existe-t-il un lieu spécifique d'accueil ?

- Oui Non

si oui, lequel :

- Bureau Chambre seule
 Boxe Autre (précisez) :

3. Quelles sont les personnes qui interviennent dans l'accueil ?

- Infirmiers
 Médecins
 Assistantes sociales
 Autre (précisez) :

4. Un membre du secteur psychiatrique effectue-t-il un entretien avec les patients suicidants

- Systématiquement Souvent Rarement
 Jamais (passez directement à la question 5)

Les patients en sont-ils informés avant celui-ci ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

L'accord des patients est-il recherché pour cet entretien ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

Quel est, en général, le délai avant le premier entretien ?

- moins d'une heure de 4 à 24 heures
 de 1 à 4 heures plus de 24 heures

Qui présente le professionnel du secteur psychiatrique au patient ?

- Infirmier
 Assistante sociale
 Médecin
 Professionnel du secteur psychiatrique lui-même
 Autre (précisez) :

Quand il l'est, qui l'en informe ?

- Infirmiers
- Médecins
- Autres (précisez) :

L'entourage est-il dans ce cas accueilli ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

Quand il ne l'est pas, quelles en sont les raisons ?

Manque de personnel :

- Souvent Parfois Jamais

Manque de lieux de visite :

- Souvent Parfois Jamais

Refus du patient :

- Souvent Parfois Jamais

Autres (précisez) :

Prise en charge spécialisée

6. Existe-t-il un lieu spécifique de prise en charge ?

- Oui Non

si oui, lequel (pour exemple CAC, CAP, lits spécifiques à l'HTCD...)

.....

7. Existe-t-il dans votre établissement un protocole spécifique à la prise en charge des personnes suicidantes ?

- Oui, pour les personnes âgées (à partir de ans) [précisez l'âge]
- Oui, pour les adultes
- Oui, pour les mineurs de moins de 16 ans
- Non (passez directement à la question 8)

Les procédures de ce protocole sont diffusées : Oralement Par écrit

Ce protocole concerne :

	Personnes âgées	Adultes	Mineurs de moins de 16 ans
--	----------------------------	----------------	---------------------------------------

Les modalités de soin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La tranche d'âge privilégiée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Le contact avec l'entourage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

L'élaboration d'un projet de suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

La durée d'hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

.....Autre.(précisez)
-----------------------	-------	-------	-------

8. Quelles professionnels prennent en charge le patient ?

- Infirmiers
- Psychologues
- Psychiatres
- Autres médecins
- Autre (précisez) :

- Personnes âgées**
- Moins de 24 heures
 - De 1 à 3 jours
 - De 3 jours à une semaine
 - Plus d'une semaine
 - Pas de durée minimale

- Adultes**
- Moins de 24 heures
 - De 1 à 3 jours
 - De 3 jours à une semaine
 - Plus d'une semaine
 - Pas de durée minimale

- Minors de moins de 10 ans**
- Moins de 24 heures
 - De 1 à 3 jours
 - De 3 jours à une semaine
 - Plus d'une semaine
 - Pas de durée minimale

10. Elaborez-vous avec le patient un projet de suivi ultérieur ?

- Oui Non (passez directement à la question 11)

Obtenez-vous l'adhésion du patient ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

Quels sont les intervenants extérieurs impliqués dans le projet ?

- Travailleurs sociaux Assistantes sociales Médecins traitants
 Autres. (précisez) :

Quel rythme de suivi préconisez-vous ?

- Journalier pendant jours (précisez)
 Hebdomadaire pendant semaines (précisez)
 Mensuel pendant mois (précisez)
 Variable suivant les patients
 Ne conseille pas de rythme particulier

L'entourage est-il impliqué dans ce projet de suivi ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

11. La personne ayant envoyé le patient suicidant est-elle informée de la sortie et du projet de suivi ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

Quand elle l'est, est-ce avec l'accord du patient ?

- Systématiquement
 Souvent
 Rarement
 Jamais

Quand elle ne l'est pas, quelles en sont les raisons ?

- Manque de personnel
 Personne non médicale
 Refus des patients
 .Autre. (précisez) :

12. Existe-t-il un protocole pour préparer la sortie du patient ?

- Oui Non

si oui, ce protocole est diffusé : Oralement Par écrit

13. Le compte-rendu d'hospitalisation est-il envoyé au médecin traitant désigné par le patient ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

14. Dans le cas où les patients sont suivis au sein de votre établissement, ceux-ci respectent-ils le projet de suivi prévu ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

15. En cas de non respect du projet, une relance est-elle réalisée par vos soins ?

- Systématiquement Souvent Rarement Jamais

16. Existe-t-il dans votre établissement une réflexion sur :

La prise en charge et l'accueil des patients suicidants ?

Non En projet En cours Aboutie

Le suivi des patients suicidants ?

Non En projet En cours Aboutie

La population concernée par le suicide ?

Non En projet En cours Aboutie

Les facteurs de risque du suicide ?

Non En projet En cours Aboutie

La maladie psychiatrique ?

Non En projet En cours Aboutie

Les récidives ?

Non En projet En cours Aboutie

Projets

17. Avez-vous élaboré dans votre établissement un projet précis dans la domaine de la prise en charge des personnes suicidantes ?

Oui, projet abouti Oui, projet en cours Non

Teneur du projet :

.....
.....
.....

Ce projet est-il inclus dans le COM ? Oui Non

Un (ou des) membre(s) de votre équipe serai(en)t-il(s) prêt(s) à participer à un entretien sur ce projet ? Oui Non

Auriez-vous des documents à nous faire parvenir sur ce projet ?

Oui Non

Avez-vous dans le cadre de ce projet des besoins spécifiques ?

Oui, lesquels :
 Non

Contact d'une personne référente dans le cadre de ce projet :

Nom de la personne ;

Service :

Etablissement :

Adresse :

.....
.....

Téléphone :

Fax :

email :

Merci de votre participation