

**« Prévention de la crise suicidaire
des jeunes :
quelles réponses collectives en
Provence-Alpes-Côte d'Azur ? »**

Actes du colloque

**Interventions
et synthèses des débats**

**Colloque régional
20 novembre 2001
Hôtel de Région
MARSEILLE**



ALLOCUTIONS D'OUVERTURE

Par Messieurs

René GIORGETTI, Président de la Commission Solidarités, Santé et Prévention à la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur

Jean COETMEUR, Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales

Jean-Marc MONTEIL, Recteur de l'Académie d'Aix-Marseille

Jean-Marc GARNIER, Président du Comité Régional d'Education pour la Santé PACA

et Madame **Frédérique AZUELOS-FLAMM**, Médecin conseiller technique, représentant le Recteur de l'Académie de Nice, Bernard SAINT-GIRONS,

Colloque animé par **Jean-Louis SAN MARCO**, professeur de santé publique.

René GIORGETTI, *Président de la Commission Solidarités, Santé et Prévention à la Région Provence-Alpes-Côte d'Azur*

Remercions tout d'abord l'ensemble des intervenants à ce colloque, de même que les conseillers régionaux qui participent à nos travaux, Monsieur Jean-Marc COPPOLA, vice-président de la Région, délégué à la jeunesse, et Monsieur Francis ALLOUCH, Président de la Commission Sport, Jeunesse, Vie associative.

Les travaux de ce colloque constitueront une aide importante aux institutionnels confrontés à ce fléau en vue de la mise en œuvre des politiques publiques en matière de prévention de la crise suicidaire des jeunes.

Au regard des statistiques comme de la dimension sociale de ce phénomène, le constat est accablant.

Au niveau national, le nombre de suicides et de tentatives de suicide est préoccupant : 160.000 personnes par an font une tentative, 12.000 en meurent.

Le suicide des jeunes de 15 à 24 ans est la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation ; il est responsable de 800 décès chaque année. Au niveau régional nous comptabilisons 29 garçons et 9 filles décédés suite à l'utilisation de moyens violents. Ce chiffre est sous-estimé, l'acte suicidaire n'étant pas toujours reconnu.

Il convient par ailleurs de souligner que les tentatives de suicide sont de 30 à 60 fois plus fréquentes et concernent entre 1.200 et 2.300 jeunes chaque année dans notre région. Le taux de récurrence est évalué entre 50 et 60% dans l'année qui suit la tentative.

De plus, le phénomène est évolutif ; le suicide des jeunes a doublé en 50 ans.

Le suicide est le symptôme d'un mal-être et de la souffrance psychique des jeunes. L'étude épidémiologique récente des indicateurs de santé a permis de mieux cerner les causes de ce malaise.

Parmi ces causes, des facteurs sociaux et familiaux, témoins de mauvaises relations parents-enfants, de manque d'affection, de communication, voire de violences subies, qui s'exercent souvent dans un contexte socio-économique défavorable. Cette remarque est d'ailleurs révélatrice des problèmes accrus chez les adolescents relevant de la protection judiciaire de la jeunesse.

D'autres facteurs constituent un terreau favorable à la décision suicidaire : des facteurs génétiques, troubles du comportement, conduites addictives et violentes, ces dernières connaissant un développement particulier dans les deux académies de la Région.

Le gouvernement considère la prévention du suicide comme un des axes majeurs de sa politique de santé publique. Un programme d'actions a été mis en place pour la période 2000-2005.

La région PACA s'est fortement engagée en faveur de la santé des jeunes. Elle accorde une attention particulière à la prévention, au suivi et à l'accompagnement de la souffrance psychologique de ces jeunes. Elle s'est efforcée de construire avec les services de l'Etat les bases d'une politique de santé publique fondée sur ces objectifs. Dans le cadre du Contrat de Plan 2000-2006, elle participe au programme régional de santé « Santé des enfants et des Jeunes », dont l'un des objectifs est de faire baisser le taux de récurrences de tentatives de suicide.

En 2000-2001, 64 actions financées dans le cadre du programme régional concernent directement la prévention du suicide. Pour atteindre ces objectifs, communication, formation et coordination des actions sont indispensables. La mise en réseau des partenaires que sont les institutions scolaires et les acteurs sanitaires et sociaux est la pierre angulaire de ce défi.

C'est l'enjeu de ce colloque, pour lequel je formule des vœux de plein succès.

Jean-Louis SAN MARCO :

Il est fort intéressant que soient réunis ici des représentants de la Santé et de l'Education. La parole est à Monsieur COETMEUR.

Jean COETMEUR, *Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales*

Le suicide est un problème de santé majeur, identifié comme tel depuis plusieurs années par le Haut Comité de Santé publique et la Conférence Nationale de Santé.

Les données préoccupantes ont conduit 10 régions parmi les plus touchées, pour la plupart d'entre elles situées dans le grand nord-ouest, à mettre en place des programmes de santé spécifiques de prévention du suicide.

D'autres régions, comme la Région PACA, consacrent un volet important de leur politique « santé des jeunes » à cette thématique.

Il a fallu à l'origine convaincre de la pertinence de cette orientation. Le phénomène suicidaire est en effet fréquemment occulté, considéré comme pouvant nuire à l'image d'un territoire, d'institutions ou de catégories de populations.

La diffusion médiatique des données épidémiologiques a facilité la prise en compte de cette problématique qui traduit détresses et souffrances.

C'est dans le cadre de la présidence française de l'Union Européenne qu'avait été annoncée une stratégie nationale d'actions face au suicide. Cette

stratégie est donc à développer sur les années 2000-2005. Elle met l'accent sur la prévention, sur un repérage accru des risques suicidaires, en particulier chez les jeunes.

Pour mener à bien de telles actions, il faut mettre en place des formations, donner des outils aux intervenants de terrain. Des formations locales seront ainsi prochainement développées par deux formateurs régionaux en ce qui nous concerne, un universitaire psychiatre et un universitaire clinicien. Par ailleurs, l'ANAES a développé dans des établissements de santé volontaires des audits cliniques, dans le but de produire des recommandations de bonne pratique pour la prévention et la prise en charge hospitalière.

La prévention du suicide s'inscrit dans le cadre des actions générales de santé mentale.

Les stratégies doivent être déclinées en cohérence avec les programmes locaux. Leurs promoteurs sont très divers : établissements de santé, associations, missions locales, etc. Cette diversité traduit bien la nécessité de s'appuyer sur un réseau en lien avec les professionnels.

Les différentes actions ont bénéficié du soutien du Conseil régional, du ministère de l'Emploi et de la Solidarité dans le cadre du Contrat de Plan, et d'autres collectivités au plus près du terrain : mairies, Conseil généraux, bien évidemment l'Education nationale, cosignataire du programme régional Santé des Jeunes, l'Assurance maladie et l'Agence régionale de l'hospitalisation.

Cette large mobilisation est une garantie pour la suite de ces programmes.

Frédérique AZUELOS-FLAMM, Médecin conseiller technique, représentant le Recteur de l'Académie de Nice, Bernard SAINT-GIRONS

L'Académie de Nice tient à faire part de son intérêt et de sa participation forte au Projet Régional de Santé (PRS), au sein duquel est donc notamment abordé le thème de la prévention du suicide.

Monsieur le Recteur Bernard SAINT-GIRONS vous demande d'excuser son absence. Monsieur le Recteur de l'Académie d'Aix-Marseille vous présentera la position de l'Education nationale.

Jean-Marc MONTEIL, Recteur de l'Académie d'Aix-Marseille

L'Education nationale est bien entendu directement confrontée à la situation telle qu'elle a été décrite, par le fait même que les jeunes sont heureusement scolarisés dans ce pays.

Je voudrais mettre en avant la nécessité d'adopter un certain nombre de comportements susceptibles à la fois d'avoir valeur préventive et de "rassurer" la communauté éducative. Celle-ci se trouve face à ce problème particulièrement difficile à appréhender. Les facteurs pouvant générer des

comportements suicidaires sont en effet multiples. Ils sont cumulatifs et ne sont pas tous appréhendables dans le cadre scolaire.

Le danger dans le milieu éducatif serait d'adopter une attitude de thérapeutes, ce que ne sont ni les éducateurs ni les professeurs. Il existe en revanche une attitude nécessaire de vigilance à un certain nombre de comportements ou de modifications comportementales que la pratique scolaire est susceptible de faire émerger assez facilement. Le repli brutal sur soi ne doit pas être considéré simplement comme un temps de repos social : à 12 ou 15 ans, un tel repli a toujours une signification.

Nous devons être par ailleurs attentifs au fait que l'on ne peut pas vivre sans une estime de soi positive, cela est un élément de bon sens. L'école doit participer à la constitution de cette estime de soi positive, en dépit d'un certain nombre de sanctions de types négatifs qu'elle doit parfois délivrer.

L'espace scolaire est un espace de comparaison. Si l'on est placé en situation de comparaison défavorable et que l'on vit par ailleurs dans un milieu familial affectivement déstructuré, alors nous tenons deux facteurs cumulatifs importants susceptibles de générer des comportements qui ne seront pas maîtrisables par le simple discours éducatif. Il faut donc que nos institutions soient en mesure d'offrir suffisamment de dimensions d'expression pour les comportements, de telle sorte que chaque individu puisse réaliser des comparaisons qui lui soient favorables, que l'estime de soi demeure positive minimalement.

Dans les dispositifs publics engagés autour de l'éducation des jeunes, il convient que nous soyons dans des espaces partenariaux. Une institution seule ne peut ni résoudre ni prévenir des problèmes de cette nature. La conjugaison des efforts permet non seulement de mener des actions plus importantes, mais aussi d'avoir des regards croisés. Les regards sur les jeunes ne doivent pas être unilatéraux : il nous faut donc construire des actions partagées et partageables.

J'assure l'ensemble des professionnels ici présents de la volonté indéfectible de l'Education nationale de remplir la mission du développement le plus harmonieux possible des jeunes de telle sorte que les comportements individuels ne soient pas détruits par la façon dont les groupes élaborent leurs propres règles.

Jean-Louis SAN MARCO :

Merci de souligner l'un des axes de cette journée : renforcer nos expériences et nos différentes approches, sachant qu'il va de soi que chacun ne doit faire que ce qu'il sait faire.

Jean-Marc GARNIER, *Président du CRES*

Les chiffres sont alarmants. On compte actuellement une tentative de suicide toutes les 3 minutes, un décès toutes les 40 minutes.

Nous oeuvrons pour développer des dispositifs hospitaliers ainsi qu'une organisation de ville permettant d'apporter des réponses à une situation nécessitant prise en charge et suivi coordonnés.

C'est en tant que Président du Comité régional d'éducation pour la santé que je m'adresse à vous.

Le CRES de la Région PACA s'est depuis fort longtemps impliqué dans la promotion de la santé des jeunes, en multipliant les sessions de formation de professionnels de la région et en apportant un conseil en méthodologie pour la mise en place d'actions.

Intégré au Contrat de Plan Etat-Région 2000-2006, le CRES assure depuis quelques mois une double mission de documentation et de communication au service du programme régional de santé (PRS) et du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

L'objectif de cette journée est de permettre aux intervenants ayant la charge de jeunes de se rencontrer et de mettre en place des actions locales répondant au mal-être des jeunes. La constitution de réseaux de prévention, de prise en charge, de soins et de suivi serait sans doute une réponse adaptée à ce problème de santé publique.

Je tiens à remercier tous ceux qui ont participé, *via* le comité de pilotage, à la définition et à l'organisation de cette journée.

Je me permets de vous signaler la nouvelle publication du CRES, "Priorités Santé", dont l'objectif est de faire connaître et de valoriser des expériences menées dans la région auprès de jeunes ou de populations en situation de précarité.

L'ensemble du réseau auquel appartient le CRES est fortement mobilisé sur le thème de la santé des enfants et des jeunes. Est-il nécessaire de rappeler le rôle du Comité Français d'Education pour la Santé, et ses nombreuses études, dont le baromètre "Santé-Jeunes 97-98", enquête menée auprès d'adolescents de 12 à 19 ans, porte sur leurs comportements et leurs connaissances en matière de santé ?

Pour leur part, les comités départementaux mènent un certain nombre d'actions visant à renforcer le bien-être des jeunes. Ces comités cherchent aussi à renforcer les compétences d'adultes ayant la charge de jeunes.

Cette journée sera certainement riche d'échanges et de perspectives. Nous remercions d'ailleurs le Conseil régional de nous permettre de travailler aujourd'hui dans des circonstances particulièrement favorables.

STRATEGIE NATIONALE D'ACTION FACE AU SUICIDE

Par Muriel RABORD,
*Direction Générale de la Santé,
Bureau de la santé mentale*

Ce colloque, par la diversité des intervenants qu'il implique, traduit les orientations récemment annoncées par Bernard Kouchner, à savoir la nécessité de rencontres institutionnelles régulières pour développer une politique de santé mentale.

La stratégie d'action face au suicide a été élaborée de manière très originale à partir de 1997 dans un programme qui réunissait l'Etat et l'ensemble des responsables régionaux de santé sur le suicide. Elle a été lancée en septembre 2000.

La circulaire signée par Bernard Kouchner le 5 juillet 2001 fixe les axes prioritaires pour cette stratégie.

Enfin le plan "santé mentale, l'utilisateur au centre d'un dispositif à rénover", annoncé le 14 novembre dernier, prévoit de développer des actions ciblées sur des pathologies ou des publics spécifiques, au vu de prévalences ou de prises en charge déficientes. Le suicide est concerné par ces dernières actions, resitué dans un contexte plus général.

Rappelons que cette stratégie est issue d'un rapport du Conseil économique et social de 1993 qui avait ciblé le problème du suicide en France.

Un rapport du Haut Comité de Santé publique en 1994 pointait la nécessité de travailler sur la prévention du suicide avec l'ensemble des acteurs.

Depuis 1996, l'action de prévention du suicide fait partie des dix priorités de santé publique définies par les Conférences Nationales de Santé.

Tout a démarré par le niveau local.

Dès 1995 ont été élaborés des programmes régionaux de santé (PRS) sur cette problématique. Ces programmes se basaient sur le fait que les réponses existaient sur le terrain mais qu'ils manquaient d'objectifs globaux en termes de cohérence et de promotion de la santé.

L'intervention de l'Etat ne pouvait en ce domaine se limiter au système de soins. Les PRS ont donc permis de garantir une approche globale et territoriale de la santé mentale et surtout d'éviter de répondre par des soins à des problèmes qui peuvent être sociaux ou psychologiques.

Aujourd'hui existent onze programmes régionaux de prévention du suicide en France, et deux programmes régionaux de santé des jeunes intègrent fortement la prévention du suicide, dont le programme de la Région PACA.

En 1997, l'Etat lance une dynamique d'expertise, de conception et d'expérimentation autour de la thématique du suicide, pour élaborer une stratégie nationale d'action face au suicide : il aura fallu trois années pour ce faire. Cette stratégie est basée sur un comité d'experts, un comité de suivi qui réunit les représentants de l'Education nationale, l'Administration pénitentiaire, la CNAM, les Transports, l'INSERM, le CFES etc.

Le principe est que l'Administration n'intervient qu'en subsidiarité d'actions locales.

Les principales actions réalisées jusqu'en 2000 sont les suivantes :
L'élaboration par l'ANAES de recommandations sur la prise en charge des adolescents hospitalisés après une tentative de suicide ; des audits cliniques ont permis de mettre en place des plans d'amélioration et de restructuration.

Les comités scientifiques, avec l'aide des programmes régionaux, ont élaboré un document synthétisant les données épidémiologiques nationales et internationales sur les facteurs de risques et les actions mises en place.

La Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé a émis des recommandations à partir d'évaluations sur des actions comme des formations auprès de généralistes ou de médecins institutionnels.

Nous avons demandé à l'ANAES et à la Fédération française de psychiatrie d'organiser en octobre 2000 une conférence de consensus sur le thème de la crise suicidaire, c'est-à-dire en amont de la tentative de suicide ; ont été sollicités des intervenants dans divers domaines : l'éducation, le milieu pénitentiaire, la téléphonie sociale etc.

Ces trois années ont enfin permis d'élaborer la stratégie.

Cette stratégie part du constat de la complexité d'intervention dans ce domaine où il y a fréquemment inter-jonction entre des facteurs sociologiques et psychopathologiques.

Nous sommes donc partis du principe qu'il fallait une multitude d'actions auprès des personnes et ne négliger aucun moyen.
Les objectifs sont de diffuser des informations validées auprès des partenaires, de renforcer la cohérence et la qualité des actions et d'améliorer les pratiques professionnelles.

Nous avons demandé à ce que chacune des DRASS désigne en son sein un référent sur la prévention du suicide : toutes les régions sont ainsi sollicitées, il s'agit que chacune dispose au moins d'un groupe de réflexion sur ce domaine.

La stratégie se décline en 4 principaux axes :

- Favoriser la prévention

- Diminuer l'accès aux moyens de suicide les plus létaux
- Améliorer la qualité de la prise en charge des personnes en souffrance et de leurs familles
- Mieux connaître la situation épidémiologique.

Cette stratégie est bien entendu évolutive.

Concernant la prévention, notre action phare est l'organisation de sessions nationales de formation de formateurs sur la crise suicidaire. Dans chaque région un binôme de médecins formateurs est défini. En PACA, ces formateurs missionnés par le ministère seront le professeur Marcel Rufo et le docteur Frequelin du CHU de Nice.

En 2002, des crédits ont été débloqués au niveau des DRASS pour décliner ces formations en formations inter institutionnelles qui permettront de former des personnes ressources dans 8 champs d'action :

- La médecine générale
- Les urgences
- La gériatrie
- Les dispositifs d'écoute et d'accueil des jeunes
- La téléphonie sociale
- L'Education nationale
- La Justice
- L'Administration pénitentiaire.

Nous avons également étoffé la pédagogie du CFES dans le domaine du suicide et plus largement de la santé mentale en vue de labelliser les outils de l'éducation pour la santé. L'objectif est d'éviter tout effet délétère dans la communication en matière de suicide.

Pour le deuxième axe, diminuer l'accès aux moyens les plus létaux, nous considérons que beaucoup de suicides dits "impulsifs" peuvent être évités en travaillant sur le conditionnement des armes à feu ou des médicaments par exemple. Des études épidémiologiques sur ce sujet précis vont être menées.

Un groupe de travail a été mis en place sur le suicide dans le métro parisien qui connaît chaque année 150 tentatives de suicide, dont un quart mène au décès.

En ce qui concerne la prise en charge, nous allons généraliser les audits cliniques ANAES, qu'au moins un établissement par département puisse en réaliser.

Nous faisons d'autre part un état des lieux de la téléphonie sociale en France. Ainsi, toute l'équipe de Fil Santé Jeunes a été formée sur le repérage et la gestion de crise, et nous avons demandé à la Fédération de psychiatrie de travailler sur l'évaluation de cette offre de prise en charge.

Notre objectif est d'inciter à des programmations régionales. Des crédits ont été délégués à chaque région pour le financement de projets locaux permettant un travail de partenariat hôpital-ville dans toutes ses dimensions de prévention et de soins. Le projet de loi sur le système de santé donne de la souplesse juridique aux réseaux. Il prévoit notamment des règlements forfaitaires pour des psychologues en accompagnement à long ou moyen terme.

Sur le quatrième axe, la situation épidémiologique, nous avons un pôle d'observation du suicide à la DREES¹, et nous demandons également à l'ANAES² d'y travailler.

Nous souhaitons d'autre part que la problématique du suicide soit intégrée dans des actions plus globales concernant la santé mentale. La prévention du suicide a été ainsi ciblée dans les orientations budgétaires des établissements.

Nous désirons aussi rapprocher les PRS et les PRAPS, dont un quart des projets relèvent de la santé mentale. Enfin un programme national d'action sur la dépression est en cours d'élaboration.

Pour conclure, la prévention du suicide participe bien à la refondation de la politique de santé mentale. Il s'agit de privilégier une approche plus globale de la santé mentale dans ses composantes sociologiques, psychologiques et biologiques.

La prévention du suicide a aussi un impact sur les modalités d'intervention du champ éducatif, social et médico-social. Outre le fait de renforcer l'implication des partenaires, il s'agit de positionner chaque intervenant dans son propre domaine de compétence et de voir comment les institutions concernées peuvent intégrer cette promotion de la santé mentale au niveau de leur travail.

Les impacts concernent aussi les services d'urgence, bien entendu les soins spécialisés en santé mentale, et la médecine générale.

Le suicide questionne enfin la prise charge des personnes atteintes de schizophrénie.

¹ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques

DU MAL-ETRE AU SUICIDE

**Par Marcel RUFO,
Chef du Service médico-psychologique de l'enfant et de sa famille, CHU
Sainte-Marguerite,
Chef de Service de l'unité d'adolescents, Espace Arthur,
CHU Timone**

Il n'est pas du tout anodin que le ministre Bernard Kouchner ait proposé de travailler sur la "prévention" du suicide. On avait l'habitude de penser que le suicide était forcément brutal, inattendu et inéluctable.

La question posée à la pédopsychiatrie est donc : quels sont les signes précurseurs qui permettent de prévenir le suicide ?

Ce projet ressemble d'ailleurs beaucoup à toute une politique nationale de la famille, comme j'ai pu le constater lors des Etats généraux de la famille, auxquels je participais.

La pédopsychiatrie est donc fortement sollicitée, et elle aurait intérêt à se rapprocher de la gynécologie et de la pédiatrie pour constituer une sorte de discipline commune sur le développement des enfants et ses avatars. Elle devrait de même se rapprocher de tous les systèmes qui d'une manière ou d'une autre s'occupent de l'enfance.

Cette sollicitation dont la pédopsychiatrie est l'objet de la part de plusieurs ministres - Mesdames Guigou, Lebranchu et Royal, Monsieur Lionel Jospin - peut nous mener à une certaine fierté, mais doit aussi soulever quelques inquiétudes sur les demandes formulées et les responsabilités que cela entraîne.

Grâce aux apports de Monsieur Gérard Coruble³, notamment lors des Journées de Nantes⁴, on s'est aperçu que deux éléments sont extrêmement importants pour ce sujet "Du mal-être au suicide" :

1) La psychiatrie de liaison, qui va voir la souffrance où elle est, plutôt que d'attendre dans la forteresse du Désert des Tartares...

La souffrance se trouve aujourd'hui aux urgences, qui posent un problème passionnant et complexe de santé publique.

Sur 37.000 entrées en six mois à l'hôpital d'enfants de la Timone, au moins 5 à 6.000 concernent un malaise socio-psychologique : ceci demande des moyens pour délester les urgentistes, mais aussi pour répondre à la demande, tout simplement !

³ Médecin inspecteur de santé publique à la DDASS des Bouches-du-Rhône

⁴

La solution consistera en une union entre le public et le privé. Il y a détresse et violence aux services d'urgences parce que rien n'a été traité en amont de manière partenariale entre travailleurs sociaux et psychiatres.

La psychiatrie infantile a trop longtemps été spécialisée, et risque de le devenir encore plus s'il faut être spécialiste d'un cas pour accéder aux plus hautes fonctions universitaires. La pédopsychiatrie doit se sociabiliser, se rapprocher de la PJJ, des travailleurs sociaux, des écoles, des haltes-garderies, des associations, etc.

Après les urgences vient l'hospitalisation.

Je parlerai d'enfants parce que toute les pathologies de l'adolescence diminuent. Nous observons des suicides, des dépressions, des anorexies ou des troubles de conduites de plus en plus précoces. Dès 12 ans des enfants commencent une carrière psychotique et psychiatrique. Je ne le savais pas avant d'œuvrer dans l'unité spécialisée que je dirige. C'est une importante préoccupation qui fait voler en éclat certaines idées toutes faites.

La demande des adolescents envers la médecine scolaire ou envers les généralistes est très forte : environ 70% d'entre eux désireraient un soutien en cas de difficultés. Qu'en est-il de la démarche et de l'accueil ? Les généralistes ont comme action prioritaire l'idée de "recevoir" le suicide. Mais ils auront aussi besoin d'être aidés dans des comportements où la Faculté de médecine est prioritaire : notre doyen met comme choix possible la psychiatrie, mais non comme choix incontournable, or les médecins généralistes vont avoir dans leur pratique environ 30 ou 35% de psychiatrie à effectuer. Il y a, je crois, une obligation universitaire d'affirmer la psychiatrie dans ces démarches.

Le pédopsychiatre doit exister. Savez-vous que dans notre région, seulement six internes en psychiatrie sont nommés par concours d'internat ? Si trois d'entre eux choisissent la psychiatrie adulte, il en restera trois pour la pédopsychiatrie... Cela risque d'être difficile !

Donc, si l'on dit que c'est prioritaire, il faut augmenter le nombre de postes.

2) Les pédiatres sont les mieux placés pour accueillir les jeunes, les examiner, les soigner, les toucher... et pour travailler en partenariat avec les psychologues, qui sont déterminants dans cette problématique. Ces derniers sont en effet plus "sympathiques" que les psychiatres ou pédopsychiatres, vers qui l'on ne va qu'avec beaucoup de précaution.

Il est très important de pouvoir aller au devant des équipes, et un réseau commence à exister seulement si l'on commence à pouvoir "circuler".

Avant le suicide, il y a une vie. Il est essentiel de parler de vie lorsque l'on parle du suicide. Sans pulsion de vie, de dynamisme et d'optimisme, on ne fera rien pour la prévention.

Monsieur le Recteur parlait d'estime de soi, je parlerai de narcissisme. Narcisse a marqué nos pensées : quelqu'un de trop beau, il faut bien qu'il lui arrive des malheurs, sinon cela serait terrible, notamment dans la séduction habituelle que doivent exercer les garçons sur les filles.

Il y a plusieurs types de narcissisme mais celui qui nous intéresse ici est le cas d'enfants sous-doués de narcissisme, des bébés pas très attractifs, pas très interactifs, avec des parents décapités sur le plan de pouvoir proposer une plate-forme de soutien et d'interaction suffisamment bonne. Ces enfants sont donc dans des familles en difficulté pour des raisons diverses, culturelles, sociales, économiques ou événementielles. Ce sont ceux-là qui dès la maternelle vont subir le choc et la blessure d'être différents, décalés, avec des retards du langage et de la stabilité, des troubles du graphisme, une image de soi dévaluée dans le regard de la deuxième chance de l'enfant : l'institutrice de maternelle. Ceci dit, si toute l'Education nationale avait le regard de l'école maternelle, nous serions mieux équipés pour le développement des enfants... mais l'examen de la PMI va orienter vers du CP d'adaptation, vers des CLIS...

On s'aperçoit ainsi que 9% des enfants au collège ne savent pas lire : il faudrait se poser la question des modèles proposés !

La prévention commence par la culture, l'image de soi, l'accès à la connaissance pour prévenir le passage à l'acte qui est toujours un échec de la mentalisation. Lorsque l'enfant tente de se tuer, c'est parce qu'il ne peut réfléchir à pourquoi il est malheureux.

Les enseignants ne sont pas thérapeutes, certes. Mais je crois qu'il faut cependant enrichir les enseignants, et ce dès l'IUFM ; des formations, des débats et des séminaires sur le narcissisme, le développement ou l'estime de soi doivent être proposés aux futurs professeurs des écoles. La prévention commence aussi par la connaissance. Il est nécessaire de mieux comprendre pour mieux aider. On a moins peur de ce que l'on connaît. Par exemple, j'ai moi-même mis très longtemps à ne plus avoir peur des enfants autistes. Ce sont les enfants et leurs familles qui m'ont formé à leur rencontre et à leur connaissance ; en ayant moins peur, je suis moins toxique. Cette maladie m'émeut toujours autant, mais je n'en ai plus peur.

Les enseignants, les médecins et les psychiatres doivent travailler ensemble pour diminuer la passion et la peur.

Je suis assez optimiste sur la suite des événements. Une journée comme celle-ci doit permettre de demander des moyens, mais surtout un partenariat.

Les moyens humains sont toujours plus importants que les moyens logistiques, même si ceux-ci sont évidemment nécessaires, comme serait nécessaire un centre d'actions thérapeutiques à temps partiel (CATTP) commun dans la ville de Marseille, pour des adolescents hospitalisés ou suivis dans des lieux plus accessibles que l'hôpital en intégration. Ce sont les

deuxièmes tentatives qui tuent ; l'appel fantastique d'un gosse en désarroi doit trouver l'écho d'un soutien et d'un accompagnement. Un CATTP serait un outil extraordinaire pour cela.

Un autre accompagnement est nécessaire en direction des parents dont les enfants ont malheureusement "réussi".

Certains événements dramatiques de la vie font progresser plus que d'autres. J'ai personnellement été marqué dans ma vie par le suicide d'un jeune garçon qui m'avait fait plus comprendre que tout ce que j'avais pu lire ou apprendre par ailleurs. La mort d'un adolescent est la mort de l'avenir. Ce garçon m'a fait comprendre la nécessité d'accompagner la famille. Je salue ici sa mémoire.

Je vous remercie.

Dialogue avec la salle

Pierre COUETTE, *Président de SOS Amitié de Toulon et du Var* :

Je m'étonne qu'il n'ait pas encore été fait allusion à la Journée nationale de prévention du suicide du 5 février qui depuis six ans permet une sensibilisation du grand public, avec l'appui des pouvoirs publics d'ailleurs. En même temps que sont nécessaires des confrontations et des rencontres de spécialistes et d'élus, il est important qu'il y ait une politique régionale de communication vers le grand public.

Nous savons faire une écoute 24 h/24, 7 jours/7, ce que les services publics ne savent pas faire. Nous assurons, je crois, une prévention primaire en matière de suicide.

Muriel RABORD, *Direction Générale de la Santé*

J'ai évoqué le soutien de l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide. Tous les ans nous soutenons l'organisation de cette journée du 5 février. Cette année cet événement aura lieu sur quatre jours, le thème étant "la rupture du lien social", avec des questions comme la rupture amoureuse, l'homosexualité, le stress au travail etc.

Jean-Louis SAN MARCO :

La journée d'aujourd'hui nous permettra aussi de faire le point sur un certain nombre d'actions ou d'organisations qui peuvent être mal connues.

Gabriel PIGNOLY, *pédopsychiatre dans les Hautes-Alpes* :

Trois outils me paraissent essentiels en matière de prévention du suicide.

Le rapprochement entre la pédopsychiatrie et la pédiatrie, entre autres. Cela nous a énormément apporté dans les Hautes-Alpes. L'avenir de la pédopsychiatrie est dans cette union.

Le CATTTP permet également la prévention.

Le CATTTP des Hautes-Alpes a été la cheville ouvrière d'un travail de collaboration avec le reste du département, avec la Justice, l'Education nationale, etc. C'est un outil très intéressant et très ouvert.

Enfin, une convention entre les urgences, la pédiatrie et la pédopsychiatrie me paraît une nécessité centrale dans la prévention du suicide et surtout dans la prise en charge des suicidants.

Rémy SEBBAH, *Président de la Commission d'évaluation des pratiques médicales à l'Union Régionale des Médecins Libéraux* :

Nous encourageons les médecins libéraux à se former avec des objectifs pédagogiques et surtout professionnels.

Pour revenir aux propos de Madame Rabord, nous sommes nous-mêmes très friands d'audits. Nous développons en effet des démarches d'audits cliniques dans le but d'améliorer les pratiques médicales. Nous avons mené depuis près de 20 ans des formations satisfaisantes pour nos publics, mais on se rend compte que ce qui est appris est peu ou pas appliqué dans les pratiques professionnelles des soins.

Comment donc envisager des formations qui permettent avec des outils appropriés de vérifier l'amélioration des pratiques et de la qualité des soins ? Comment définir dans le domaine qui nous intéresse ici des indicateurs qui permettent aux professionnels installés de vérifier la qualité de la prévention ?

Murielle RABORD, *Direction Générale de la Santé*

Les audits de l'ANAES ne se sont tournés que vers les établissements de santé. La médecine libérale a des possibilités d'audits internes. Mais notre groupe de travail sur l'évolution des métiers en santé mentale tend vers des travaux croisés et inter-institutionnels. La formation initiale est prévue en médecine générale, mais le manque se situe au niveau d'un travail sur la pratique, entre psychiatres et médecins généralistes. Cela est à développer, notamment dans le cadre du plan "dépression".

Marcel RUFO :

En janvier doivent se réunir les pédopsychiatres publics et libéraux pour mettre en place la formation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Je propose que les généralistes se joignent à nous pour que chacun puisse apporter des données cliniques complémentaires. Un protocole pourrait à cette occasion être élaboré, qui serait validé ultérieurement pour la pratique publique ou privée.

Jean-Louis SAN MARCO :

Je fais appel à la salle : il y a ici beaucoup de médecins, il ne faudrait pas qu'ils soient les seuls à parler, car d'autres aspects sont à prendre en compte qui interviennent notamment avant la tentative de suicide.

Jean-Luc MEGUE :

Je dirige l'un des services de psychiatrie adulte de l'hôpital de Martigues. Il me semble important d'élargir le débat à l'adolescence qui se perpétue jusqu'à l'âge de quelque 25 ans. La psychiatrie adulte doit en ce sens être impliquée dans ce qui a été dit jusqu'à présent, mais nous devons avoir les moyens de travailler notamment avec les missions locales, et de disposer d'espaces de transition après les passages à l'acte. Les choses vont très vite aux urgences : il faut, pour l'après, trouver rapidement des solutions qui demandent, elles, du temps.

Denis HELLIER, *Inspection d'Académie établissements et vie scolaire* :

La formation des enseignants et éducateurs vis-à-vis de la prévention du suicide a été évoquée, de même que la nécessité de travailler sur l'estime de soi des élèves, estime de soi souvent bafouée par une sorte de violence institutionnelle qui évalue les performances plus que la personne elle-même. Nous devons travailler sur ces deux volets. L'action à mener se concrétise à travers les partenariats. Si l'on part du principe que l'évolution des pratiques se fait par l'action et non par le discours, c'est à travers les Comités d'éducation à la citoyenneté et à la santé que nous avancerons.

Une intervenante, infirmière dans un lycée :

Nous recevons souvent des adolescents qui ne vont pas bien mais qui ne vont pas forcément très mal... Nous avons cependant un problème pour les orienter, ne trouvant personne pour les recevoir parfois rapidement. Ils sont déçus, ne reviennent pas ou s'ils reviennent c'est pour nous dire que nous n'avons de toute façon rien à leur proposer.

Marcel RUFO :

C'est un problème essentiel. La démarche d'aller vers un psychiatre est difficile. Il faut être très attentifs à la manière dont on propose l'accès au psychiatre, comme il faut être attentif à la manière dont on fait une passe au rugby : ne pas aller trop haut, trop loin, ni trop bas, ni trop court.

Je proposerais de ne pas prendre le psychiatre comme un pompier, mais de le faire venir avant, rencontrer les adolescents, améliorant ainsi le jeu des passes entre les différents joueurs-intervenants.

Une intervenante, assistante sociale :

Nous sentons tout de même les psychiatres peu coopérants, même si nous faisons un accompagnement préalable pour que l'écoute soit soutenue. Nous nous languissons qu'il y ait de la psychiatrie de liaison.

Isabelle DUPONT, DDASS des Alpes de Haute-Provence :

Nous essayons de mettre en place une politique de prévention en partenariat avec l'Education nationale, par la mise en place de Points écoute jeunes au sein des établissements scolaires, grâce aux services de pédopsychiatrie du département.

Que pensez-vous de l'entrée de ces services au sein des établissements scolaires ? Nous sentons quelques réticences et difficultés à mettre en place le dispositif. Y aura-t-il des consignes en ce sens aux proviseurs ou principaux des établissements ?

Jean-Louis SAN MARCO :

Monsieur le Recteur répondrait mieux que moi, mais je pense qu'il n'est pas question que cela se fasse au coup par coup, de façon confidentielle ou acrobatique. Cela doit être organisé, accompagné, que les deux institutions se mêlent de façon officielle, sous forme de conventions.

Une intervenante, animatrice d'un Point Ecoute Santé :

Nous recevons des jeunes gens et travaillons avec des CMP et d'autres centres d'accueil. Ceux-ci permettent des temps d'attente beaucoup moins longs. Nous faisons le relais de manière suffisamment peu formelle pour désamorcer les situations d'urgence, que les choses ne se fassent pas dans la précipitation, qu'elles soient tout de même ciblées et cadrées, mais dans un espace de liberté plus grand que ce que proposent les institutions scolaires notamment.

Murielle RABORD :

Les CMP sont sollicités par toutes les institutions extérieures. Nous prenons acte de la nécessité pour les CMP de pouvoir travailler en urgence lorsque cela est nécessaire, mais aussi de pouvoir travailler en amont avec ces institutions, pour organiser les interventions. Nous souhaitons que les relations soient plus cadrées et organisées entre chacune des institutions et les CMP.

Un intervenant, Proviseur de lycée :

Lorsque l'on parle aujourd'hui aux jeunes de "psy", la réaction est positivement différente aujourd'hui de ce qu'elle était il y a quelque six ou huit ans. Il y a donc sans doute un besoin.

Mais si le spécialiste est à l'œuvre, nous sommes déjà passés à côté de beaucoup de choses...

Il y a quelques semaines, un élève de mon établissement a fait une tentative de suicide : personne n'avait rien vu, ce garçon semblait sans problèmes, travaillait plutôt bien. Nous l'avons suivi lors de son hospitalisation et lorsqu'il est revenu, il m'a dit ne pas savoir qu'il était si important pour les autres...

Quelque chose de très mystérieux se produit à l'intérieur des groupes de jeunes. Malgré mon expérience, je ne suis pas sûr de bien comprendre la nature du lien social qui unit les élèves à l'intérieur d'une classe.

Marcel RUFO : Je vais vous proposer une idée banale : l'adolescent n'a pas peur de la mort, il a peur de la vie.

Vous avez cassé en cette occurrence une sorte de neutralité pédagogique. Les psychiatres et psychanalystes parlent de "neutralité bienveillante". Comment peut-on être neutre et bienveillant !? Vous avez bien fait de casser votre neutralité en étant bienveillant. Merci.

Françoise GUICHON, Conseillère d'orientation psychologue au Centre d'information et d'orientation de Brignoles, Var :

Mon bureau, comme celui de l'assistante sociale ou celui de l'infirmière, connaît aussi le mal-être des jeunes : cela peut devenir les urgences !

Les équipes avec lesquelles nous travaillons et nous-mêmes sommes très démunis.

Nous constatons que le passage à l'acte suicidaire se déplace dans les établissements scolaires. Tout un travail est ensuite à faire avec les classes et les équipes pédagogiques. Pour cela nous avons besoin d'aide.

Une intervenante, psychologue :

Les demandes des jeunes dans les centres d'écoute sont rarement explicites, mais ils le disent autrement. S'ils savent qu'un accompagnement est assuré, ils reviennent. Nous travaillons aussi avec les familles, en respectant la communication de celles-ci avec leurs adolescents, à IMAJE Santé (*espace santé jeunes à Marseille, NDLR*).

Monique GUILLAUME, Conseiller technique du Recteur d'Académie Aix-Marseille (social) :

Nous sommes bien entendu prêts à examiner des conventions telles qu'elles ont été suggérées précédemment, mais nous ne pouvons résumer le chantier ouvert aujourd'hui à des conventions.

L'important est de savoir comment chacun peut apporter à ces jeunes des regards croisés et des appuis permanents. Les demandes immédiates des adolescents, difficiles à exprimer, doivent pouvoir rencontrer des adultes responsables qui puissent surtout rassurer les jeunes sur la place qu'ils occupent.

Une intervenante, étudiante assistante sociale :

J'effectue actuellement un stage à Brignoles, où nous connaissons un certain nombre de tentatives de suicide. Je me pose la question de savoir comment inclure les adolescents dans les partenariats que nous évoquons ici. Le problème se situe en effet souvent au niveau du silence des adolescents qui peuvent être au courant du mal-être de leurs camarades. Ces adolescents pourraient aider les professionnels à monter des programmes de prévention du suicide dans les écoles.

Marcel RUF0 :

J'ai scrupuleusement évité de disséquer les signes évoquant une tentative de suicide, parce que chacun va apporter un symptôme, alors que c'est un faisceau qui compte.

L'adolescence n'est pas raciste, elle est au contraire corporatiste ; le syndicat des adolescents est le plus puissant de tous les syndicats ! Ils respectent

leurs éventuelles pathologies, parce qu'ils sentent que tous sont pathologiques. Qui parmi nous voudrait avoir 14 ans aujourd'hui ?

PRESENTATION DES TRAVAUX DU COMITE DE PILOTAGE REGIONAL SUR LE SUICIDE

Par Pierre VERGER, *Directeur des études, Observatoire Régional de la Santé PACA*⁵

(Transparents annexe 1, page 67)

Cette présentation est un état des lieux sur la situation épidémiologique du suicide et des tentatives de suicide chez les jeunes dans la Région PACA. Ce travail a été effectué dans le cadre d'un projet d'évaluation des pratiques de prise en charge des jeunes.

Il existe de multiples définitions du suicide, mais quelle que soit celle que l'on retienne, la principale difficulté réside dans la mesure de la fréquence du suicide et dans le jugement du caractère intentionnel du geste ayant conduit au décès. Il n'est en effet pas toujours possible de distinguer un suicide d'une mort accidentelle, voire d'un homicide. Ceci a bien entendu des implications sur les statistiques.

Les motifs de tentative de suicide sont très variés selon les adolescents. Ils ne se limitent pas à l'intention de se donner la mort, ils peuvent constituer une demande d'aide, de secours, de plus d'attention, ou bien encore une manière de se soustraire à une situation devenue intolérable.

Les données de mortalité dont nous disposons proviennent des certificats de décès remplis par les médecins et adressés à l'INSERM.

Tout suicide n'étant pas reconnu, il y a une sous-estimation relativement importante des décès, quelles que soient les classes d'âge. En ce qui concerne les jeunes de 15 à 24 ans, cette sous-estimation serait de 20 à 25 %.

760 décès par suicide ont été constatés par an sur la période de 1996 à 1998 dans la population générale. Concernant les jeunes de 15 à 24 ans, nous constatons 40 décès.

Le nombre de décès chez les hommes est systématiquement largement plus élevé que chez les femmes, avec environ 70% d'hommes, y compris chez les jeunes.

À cet âge le suicide représente la deuxième cause de mortalité après les accidents. Ce constat est fait dans la région, mais aussi en France et dans la plupart des pays occidentaux.

Le taux de mortalité par suicide a grossièrement diminué chez les jeunes de 15 à 24 ans depuis le début des années 80. La diminution est régulière chez les femmes, alors que chez les hommes nous constatons une augmentation

entre 1987 et 1995, suivie d'une diminution de 1996 à 1998. Ces variations sont difficiles à interpréter.

Cette période de stagnation ou de diminution fait suite à une période de quelque 20 années où le taux de mortalité avait été multiplié par 2. Ceci est constaté également dans la plupart des pays occidentaux.

Les taux de mortalité par suicide en France, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, sont parmi les plus élevés en Europe. La France se trouve seulement derrière la Finlande et l'Autriche. Les pays du Sud connaissent des taux de mortalité beaucoup plus faibles.

Les trois modalités de suicide qui prédominent chez les 15 / 24 ans sont la pendaison, l'utilisation d'armes à feu et l'absorption de médicaments.

Cette présentation à l'intérêt d'amener à comprendre pourquoi il y a une différence de mortalité entre les hommes et les femmes. Si la pendaison reste le mode de suicide le plus employé chez les hommes et chez les femmes, l'utilisation d'armes à feu est beaucoup plus fréquente chez les hommes et l'absorption de médicaments beaucoup plus fréquente chez les femmes. Ce constat explique cette différence de mortalité entre les hommes et les femmes.

Par ailleurs il n'est pas possible de connaître aujourd'hui le nombre exact de tentatives de suicide. Les données dont nous disposons proviennent en effet d'enquêtes en milieu hospitalier, auprès des médecins, ou en population.

Les tentatives de suicide sont infiniment plus fréquentes, de 30 à 60 fois selon les évaluations, que les suicides eux-mêmes.

Elles sont beaucoup plus fréquentes chez les filles jeunes, contrairement au suicide qui concerne plus les hommes âgés. 80% des tentatives recourent à l'absorption de médicaments.

Il est important de noter que les tentatives de suicide présentent un risque important de suicide ultérieur. Le risque de suicide est multiplié par 4 à 20, selon les études, chez les suicidants par rapport aux non suicidants. Ceci nous montre de manière évidente l'enjeu de la prise en charge et de la prévention.

Le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) a effectué en 1999 une enquête auprès de 13.000 personnes âgées de 12 à 75 ans.

6,9% des jeunes filles de 15 à 19 ans ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide, 2% pour les garçons. Ces chiffres sont encore plus importants pour la classe d'âge 15 / 24 ans. Concernant la classe d'âge 12 / 14 ans, les chiffres sont plus faibles mais loin d'être négligeables.

Ces chiffres sont confortés par ceux d'une autre enquête, menée en 1993 auprès de 12.000 adolescents âgés de 11 à 19 ans interrogés dans leurs

écoles. 8% des jeunes filles et 5% des garçons déclaraient avoir déjà effectué une tentative de suicide.

Une enquête beaucoup plus récente menée dans la région, sous l'égide du Conseil économique et social régional, nous informe sur le recours aux soins des suicidants après les tentatives de suicide. Dans plus de la moitié des cas le recours aux soins était hospitalier, et dans un peu moins de la moitié des cas le suivi était effectué par un médecin de ville ou par un spécialiste de santé mentale.

La DREES⁶, d'autre part, a estimé le nombre de personnes prises en charge annuellement par le système de soins : il y aurait annuellement entre 130.000 et 180.000 tentatives de suicide dans la population générale. La moitié de ces personnes est prise en charge initialement par des médecins, l'autre moitié directement par les urgences. Mais les personnes prises en charge par les médecins, pour 7 à 8 cas sur 10, sont ré-adressées aux urgences. Au total, donc, près de 90% des cas passent par les urgences. Restent bien sûr ceux qui ne contactent aucun système de soins : nous n'avons là que très peu d'éléments pour mesurer le problème.

Certaines enquêtes laisseraient tout de même penser que les tentatives de suicide ne donnant pas lieu à un contact avec un système de soins sont beaucoup plus nombreuses que celles qui donnent lieu à ce contact. 80% des jeunes déclaraient dans l'enquête de l'INSERM ne pas avoir été hospitalisés.

En ce qui concerne les jeunes en Région PACA, nous nous sommes reposés sur les données hospitalières d'intoxications médicamenteuses. La codification des tentatives de suicide en milieu hospitalier a démarré depuis quelque temps, mais n'est pas encore en mesure de procurer des données fiables.

Il y aurait néanmoins dans la région 1.650 cas de tentatives de suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans, c'est-à-dire 40 fois plus que les décès signalés précédemment. Sur ces 1.650 cas, 75% des tentatives se produisent chez les femmes.

Une enquête internationale menée dans dix villes différentes montre que la tendance générale est une diminution d'environ 20% du taux des tentatives de suicide chez les garçons, et de 10% chez les filles.

Les récurrences de tentative de suicide constituent un problème important, au moins pour trois raisons principales.

Elles indiquent la persistance ou la récurrence d'une souffrance psychique ou d'un problème psychosocial ; elles sont associées à un risque plus accru de suicide : 40 à 65% des suicides sont la conclusion d'une série de tentatives

6

de suicide ; elles représentent environ la moitié des admissions pour tentative de suicide en secteur hospitalier.

Il est important de souligner que des récives se produisent dans 10 à 40% des cas dans la première année et même dans les six premiers mois, surtout chez les jeunes filles.

Le problème de la prévention secondaire est ici encore posé. Un travail en amont devrait être fait lorsque des idées suicidaires sont exprimées.

L'expression d'idées suicidaires était reconnue auparavant comme banale. Ce n'est plus le cas, elle demande intervention et prévention. La fréquence de ces expressions d'idées suicidaires dans l'année précédant l'enquête se chiffre à 20% des garçons et 35% des filles.

La chronicité et la fréquence de l'expression de ces idées suicidaires constituent un facteur de risque du passage à l'acte de tentative de suicide.

Dans le cadre de la prévention, il est important de déceler les facteurs qui favorisent la survenue d'un comportement suicidaire.

Le suicide et les tentatives de suicide sont un phénomène complexe qui résulte de la conjonction et de l'interaction d'une multitude de facteurs individuels et sociaux :

- La dissociation familiale : un départ, un décès ou un deuil dans la famille augmente le risque de suicide
- Les facteurs sociaux : faibles revenus, faible niveau d'éducation des parents et nombre élevé d'enfants dans la famille augmentent le risque.
- Les facteurs de risque liés à la santé mentale : les troubles de l'humeur, l'abus de substances psycho-actives, les troubles du comportement jouent un rôle majeur dans la survenue des comportements suicidaires. Certaines études ont estimé que jusqu'à 10% des personnes souffrant de schizophrénie décèdent par suicide.
- Les antécédents familiaux sont également un facteur de risque important.

Les comportements suicidaires des jeunes sont fréquemment précédés d'événements traumatiques, stressants, ou de difficultés personnelles liées à des conflits.

Sur la base de ces travaux, le comité de pilotage a eu à faire un certain nombre de constats et à choisir un certain nombre d'options.

Nous constatons tout d'abord que le bref état des lieux que nous venons de faire présente des zones d'ombre. Il est donc nécessaire d'améliorer nos connaissances épidémiologiques sur la prévalence du suicide. La DREES lance d'ailleurs une vaste enquête pour répondre à ces questions.

Mais le comité de pilotage a considéré qu'il ne fallait pas attendre l'amélioration de nos connaissances épidémiologiques pour commencer à travailler sur la prévention et la prise en charge.

Nous avons vu que la plupart des jeunes concernés passaient par les urgences, ainsi que la moitié des récidivistes. Le comité de pilotage a donc opté pour une étude et une analyse des pratiques de prise en charge au moment du passage par les services d'urgence. Un questionnaire et un protocole sont actuellement à l'étude, avec pour objectif d'appréhender les facteurs de variations de ces pratiques, en prenant notamment en compte les caractéristiques des patients.

PRISE EN COMPTE DU PROBLEME DU SUICIDE AU SEIN DE L'EDUCATION NATIONALE

Table-ronde

Anne-Marie BERTHIAU, Médecin de l'Education nationale, Académie du Var :

La plupart des jeunes étant scolarisés, il est normal de se demander ce qui est faisable au sein de l'Education nationale pour prendre en compte le problème du suicide chez les jeunes.

Sur le terrain, c'est le travail d'équipe qui fait notre force pour le bien-être des élèves.

Le médecin de l'Education nationale est un lien entre le système éducatif, interne, et le système de prévention et de soins, externe à l'établissement scolaire. Il s'agit de faire en sorte que l'état de santé d'un élève ait le moins de répercussions possibles sur sa scolarité.

Notre mission essentielle est d'exercer auprès de tous les élèves une action de prévention qui doit s'inscrire dans la continuité, de l'école maternelle jusqu'au lycée.

En ce qui concerne le suicide, cette action peut se décliner selon les trois composantes de la prévention : primaire, secondaire et tertiaire.

En ce qui concerne la prévention primaire, il s'agit de mener des actions qui vont tenter d'empêcher le développement ultérieur de signes de mal-être. Nous sommes là dans le domaine de la promotion de la santé mentale.

Ces actions doivent être mises en place le plus tôt possible dans la scolarité des enfants, s'inscrire dans la durée et se faire en lien avec toute l'équipe éducative, en associant bien entendu les familles, avec éventuellement la force et l'aide de partenaires extérieurs compétents.

Dans notre département, une action consiste à tenter de faire la promotion des compétences psycho-socio-affectives des enfants dès l'école primaire. Cette action propose de la formation, de la documentation et de l'aide pour les enseignants, en même temps que des activités ludiques adaptées à l'âge des enfants pour leur permettre d'aborder des thèmes tels que l'estime de soi, la connaissance de soi et des autres, et tout ce qui touche à la communication et à la relation interpersonnelle.

Il s'agit de structurer les enfants pour les aider à ne pas avoir ce type de problèmes plus tard.

La prévention secondaire se situe au niveau du repérage des signes de mal-être.

Trois éléments sont envisagés dans cette problématique du repérage. Lors des bilans de santé, nous avons un contact individuel avec l'élève. Ces bilans sont notamment effectués pour les élèves de troisième, mais aussi pour tous les élèves qui nous auront été signalés comme étant en difficulté. Nous avons là un rôle de dépistage et d'orientation.

Nous avons ensuite des possibilités d'actions d'éducation à la santé. Il s'agit de stages qui réunissent tous les adultes de l'établissement, pas seulement les enseignants. A travers ces stages, nous désirons développer la création d'équipes pluri-catégorielles dans les établissements, améliorer la communication, définir les rôles et les compétences de chacun.

Un psychiatre intervient lors de ces stages, ce qui facilite les relations ultérieures éventuelles. Pour les élèves nous utilisons des outils ludiques, comme du théâtre interactif, pour les amener à devenir eux-mêmes acteurs de la prévention.

Certains collèges et lycées ont mis en place des groupes de suivi des élèves en difficulté. Une réunion d'adultes passe en revue les différentes élèves en difficulté pour définir la compétence ou les compétences dont le problème relève.

La prévention tertiaire concerne les adolescents concrètement suicidants.

Travailler en équipe est ici fondamental. Nous nous assurons du lien avec la famille, que le contact soit fort et permanent, pour s'assurer que l'adolescent est bien suivi à l'extérieur, s'assurer éventuellement de sa prise en charge par un professionnel. Nous veillons également à l'intérieur de l'établissement à ce que ces problèmes influent au minimum sur la scolarité. La scolarité accomplie est un facteur important pour que le suicidant s'en sorte. Toute l'équipe est vigilante aux facteurs valorisants.

La mise en place d'une cellule de crise est également possible au sein des établissements scolaires, de façon à apporter rapidement un soutien psychologique, avec l'appui de praticiens extérieurs, pour ne pas laisser s'installer le silence, le non-dit, voire la culpabilité.

Je conclurai en insistant sur la notion d'équipe : une équipe dont font partie tous les adultes concernés.

Enfin, si les adultes communiquent et si les élèves communiquent aussi, c'est un grand pas effectué dans le sens de la prévention du suicide au sein de l'Education nationale.

Sylvie ALLEGRINI, Assistante sociale de l'Education nationale, Salon-de-Provence :

Le collège Jean Moulin accueille 750 élèves. Il jouxte un quartier sensible qui subit un fort taux de chômage et une délinquance importante. Les élèves nous disent vivre un sentiment d'insécurité de plus en plus fort. Les enfants de ce collège présentent la caractéristique de se connaître depuis la maternelle. Les familles du quartier se connaissent également bien, partagent les mêmes détresses sociales et sont parfois en conflit très grave.

Ce quartier bénéficie de l'atout majeur d'avoir une vie associative très importante, mais mal organisée.

Un CESC⁷ permet de conduire des actions, mais très disparates, isolées et sans relais.

On constate également que beaucoup de gens interviennent dans le collège, mais sont mal repérés, on ne sait pas qui ils sont.

On compte un taux d'absentéisme élevé, des situations de racket de plus en plus préoccupantes, et des élèves nous révèlent des situations de violences sexuelles assez lourdes et assez fortes.

Il y a de plus en plus d'agressions d'enseignants.

Nous comptons parmi les élèves cinq tentatives de suicide et un suicide réussi l'année précédente.

L'assistante sociale est mal identifiée ; l'infirmière n'est là qu'une demi-journée par semaine pour parer aux situations d'urgence ; le chef d'établissement n'est là que depuis deux ans : or, pour repérer certaines choses, le facteur temps est essentiel.

Face à cet ensemble de constats, le chef d'établissement et moi-même avons décidé d'allier nos compétences et nos énergies. Intervient alors la reconnaissance mutuelle de ce que chacun sait faire. Ceci est très important. Cette reconnaissance est nécessaire pour mener les actions de prévention. Un maître mot nous guide dans tout notre travail : libérer la parole des jeunes. Tout est vissé, noué, rien ne se dit. Le travail qui va suivre, avec tous les adultes de l'établissement, va se baser sur ce constat. Le relais par les associations extérieures va effectivement rester à l'extérieur.

Madame FAYOLLE et moi-même allons alors devenir les coordonnatrices de tout ce qu'il va se passer sur le plan de la prévention.

En septembre 1999 est né au sein de l'établissement "l'Espace paroles ».

Geneviève FAYOLLE, Infirmière de l'Education nationale, collège Jean Moulin, Salon-de-Provence :

Nous avons ciblé plus précisément les élèves de 6^{ème}, l'objectif étant de travailler sur un cycle complet de quatre ans pour atteindre une diminution de

la violence et favoriser le mieux-être des enfants, de façon à ce qu'ils réussissent mieux sur le plan scolaire et sur le plan personnel.

Le projet a été soumis au Conseil d'administration de façon à ce qu'il fasse partie intégrante de l'emploi du temps de l'élève. Cette association est articulée autour de quatre pôles différents :

- un comité de pilotage
- les associations
- une animatrice de prévention qui intervient dix heures par semaine
- une co-animatrice, qui peut être l'assistante sociale, l'infirmière ou le médecin scolaire.

Au besoin nous faisons appel à un intervenant extérieur.

Les 230 élèves concernés sont accueillis une heure tous les quinze jours en demi-classe. Nous avons commencé le travail dès le 8 septembre pour l'achever au mois de mars. Nous avons fait une règle obligatoire du fait que les séances se déroulent sous l'égide d'un binôme, afin de garantir la légitimité de ce qui est véhiculé dans ce lieu et d'assurer une prise en compte des besoins du groupe.

La mise en place d'un projet qui ne relève pas uniquement de l'enseignement se heurte à certaines difficultés, il n'a pas pour tout le monde la même importance. Les moyens ont donc été au départ assez fluctuants. Nous avons été pendant un certain temps les "SDF" de l'établissement. Il nous paraissait pourtant important que les enfants puissent s'approprier un lieu stable et accueillant.

En ce qui concerne les interventions de l'animatrice de l'Espace Santé Jeunes⁸, une convention a été signée entre l'établissement et l'association pour régir les modalités d'intervention et définir les moyens financiers dont nous avons besoin.

Nous posons au départ avec les enfants quelques règles de fonctionnement :

- ne pas sortir du cercle de parole
- ne pas monopoliser la parole et écouter ce qui se dit
- ne pas porter de jugement sur ce qui peut être dit
- garder la confidentialité
- respecter le matériel mis à notre disposition.

Chaque règle est discutée avec les enfants, ceci aboutit enfin à une charte qu'on leur propose de signer, et dont on leur propose de parler avec leurs parents.

On leur présente ensuite les thèmes qui pourront être abordés dans l'année.

Au centre de la pièce se trouve une "boîte à secrets", où les enfants peuvent déposer sur papier des éléments qu'ils ne veulent pas forcément transmettre de vive voix.

Lors des premières séances, nous travaillons beaucoup sur l'adaptation des élèves au collège et sur la manière dont ils vivent les premiers jours dans ce nouvel établissement, si différent de l'école primaire.

Lorsque nous commençons à travailler sur les thèmes, nous utilisons différentes techniques comme les jeux de rôle, le *brainstorming* ou l'animation à partir de films prévus pour le travail de prévention.

Un autre point est important : le travail avec les enseignants, notamment les professeurs principaux coordinateurs des projets. Ils sont informés des thèmes que nous travaillons, et l'animatrice de prévention procède au mois de décembre à une évaluation intermédiaire.

Sylvie ALLEGRINI :

Nous avons à notre disposition des graphiques que nous remettons par niveaux de classes aux enseignants.

Nous travaillons sur des sujets tels que : "est-ce que je me sens bien dans ma classe ?", "ai-je des camarades, suis-je isolé ?" etc. Ce sont des outils précieux, d'autant qu'ensuite, en comité de pilotage, nous utilisons tout cela avec les enseignants.

Tout cela étant mis en place, et intégré dans une démarche globale, les demandes de travail sur le thème du suicide sont arrivées en milieu de projet, parce que les enfants avaient atteint un certain degré de confiance. Ils avaient vérifié que nous étions fiables. Nous avons été interrogés, testés, sur beaucoup de sujets sensibles, notamment sur la prévention des abus sexuels. La pertinence de nos réponses a été essentielle. C'est à partir de là que nous avons commencé à avoir des messages différents, notamment par le biais de la "boîte à secrets".

Nous avons reçu divers appels, j'en ai retenu quelques-uns :

"J'aimerais bien parler du suicide."

"Je suis perdu à cause du déménagement ; mon père est militaire, je ne sais plus où je vis. Je voudrais avoir une maison à moi pour toujours, c'est pour cela que je suis très seul. J'ai des idées bizarres".

"J'ai fait une tentative de suicide avec des produits ménagers. À 14 ans je me suiciderai (cette petite fille a 12 ans). J'ai toujours eu cela en tête, je ne veux pas en parler, car une personne me frapperait".

"J'ai envie de me tuer, mais je ne parlerai jamais".

Nous trouvons aussi des messages de mal-être qu'il faut pouvoir décrypter : "J'ai l'impression de ne pas être aimé de mon beau-père".

"J'ai l'impression que mes parents préfèrent mon frère".

"Les adultes pensent que l'on ne dit que des bêtises".

Ce dernier message nous a particulièrement interpellés, nous ne pouvions pas le laisser de côté. J'ai donc rencontré une petite fille de 11 ans qui se trouvait dans un profond mal-être depuis plusieurs mois sans aucun endroit où le dire. Le fonctionnement familial semblait assez rigide, avec de l'affection, mais certaines choses manquaient. Elle avait l'impression qu'en parlant de ses idées de suicide on n'y aurait vu que des caprices de petite fille...

La prévention du suicide fait vraiment appel à un registre très particulier.

En 1997, je travaillais pour un établissement qui accueillait environ 1.000 élèves pour une capacité de 500. Quelque chose de très douloureux s'est produit.

J'ai rencontré un jeune garçon : 12 ans, turbulent, mauvais élève, fréquemment qualifié de "clown de service". Il a été renvoyé de l'établissement. Quelques jours plus tard, au domicile de ses parents, Youssef s'est pendu.

Je l'avais rencontré quelque temps auparavant avec ses parents ; quelque chose d'important m'était apparu dans le comportement de cet enfant : il riait tout le temps. Derrière ce rire il y avait quelque chose que ni moi ni personne n'a su décrypter.

Cela m'a profondément remise en question dans la relation que j'engageais avec les élèves.

En termes professionnels, je crois que nous rencontrons tous des événements qui font que l'on doit avancer différemment.

À l'Espace Santé Jeunes, je suis avec un collègue qui travaille également à mi-temps à l'hôpital de Salon-de-Provence avec des jeunes suicidaires. Il nous permet cet indispensable lien au niveau des institutions. Il intervient dans les séances que nous vous avons décrites, et explique son travail aux enfants. Il leur explique que « l'Espace paroles » est important parce qu'il y a très peu d'endroits où l'on peut porter ce type de détresse.

Les enfants disent que s'ils parlent de ce genre de choses, on les prend pour des fous, ou bien cela fait rire. On entend aussi : "puisque'il le dit, il ne le fera pas"...

Nous travaillons donc un peu en contre-pied par rapport à tout ce qui peut se dire autour de la mort.

Contrairement à ce que l'on peut croire, pour ces jeunes enfants la mort est très réelle. Ils en parlent de manière très simple : "quand on est mort, on pourrit".

Au cours d'une de nos séances, une jeune fille a pris la parole pour nous dire son désir de mourir. Elle nous a dit avoir été abusée sexuellement. Nous avons dans des séquences précédentes travaillé sur la prévention des abus sexuels, mais elle n'avait pas pu lancer ses messages de détresse à ce moment-là. J'ai bien entendu reçu individuellement cette enfant.

Durant les jours qui ont suivi, sept autres enfants, qui étaient très mal, qui avaient entendu cette jeune fille, ont été accueillis par Geneviève FAYOLLE dans le cadre d'un travail "d'état de vigilance".

Geneviève FAYOLLE :

Je n'avais pas assisté à la séance où la petite avait parlé, j'avais donc un regard extérieur qui me permettait de prendre un peu de distance.

J'ai pu recevoir ce groupe de sept enfants régulièrement, pour faire avec eux un travail de régulation de leurs émotions face à cette annonce qu'avait faite cette petite en plein groupe. La situation pour le moins délicate s'en est trouvée désamorcée.

D'autres sont venus ensuite pour exprimer leur satisfaction de pouvoir profiter de cet espace pour mettre des mots sur des sentiments qui les mettaient mal à l'aise.

Nous voudrions bien sûr qu'ils viennent en dehors des moments de crise pour que nous puissions les accompagner vers des cellules extérieures.

J'ajouterai que nous avons pu bénéficier d'une formation, grâce au PRS sur Salon-de-Provence, afin de modifier les pratiques professionnelles et de développer une communauté d'esprit.

Sylvie ALLEGRINI :

Les quatre intervenants que nous sommes ont bénéficié ensemble de cette formation.

Je voudrais encore insister sur l'indispensable engagement des parents. Quand un enfant est en situation de mal-être, il n'est pas facile de renouer les liens avec sa famille. L'amener à dire "j'ai besoin de vous", alors qu'il ne cesse de poser des actes contraires, est un véritable travail de médiation, de remaillage des liens entre l'enfant et sa famille.

Notre expérience dans cette démarche de prévention nous aura permis de comprendre qu'aborder la mort avec les adolescents implique que l'on insuffle un désir de vie. Il faut en permanence être dans la réalité du regard de l'adolescent.

Quand un adolescent est en désarroi, il nous rejette souvent. Il nous écarte de son chemin alors qu'il désire profondément que quelqu'un l'y attende ! Il faut être présent sans être omniprésent solliciter sans exiger

Enfin, je suis convaincue que rencontrer des enfants très jeunes, c'est donner une grande partie de réponse en matière de prévention.

1^{ERE} TABLE RONDE DE L'APRES-MIDI PREVENTION, REPERAGE, ECOUTE

Animée par Gérard CORUBLE, *Médecin Inspecteur de Santé publique,*
DDASS des Bouches-du-Rhône

Avec :

Yves GIOVANNINI, Proviseur du Lycée Pasquet, Arles

Jacqueline RUET, Infirmière départementale, Direction départementale de la Protection judiciaire de la jeunesse, Bouches-du-Rhône

Guy TORRENS, Educateur, Pôle territorial de formation, Protection judiciaire de la jeunesse, Bouches-du-Rhône

Pascal AUQUIER, Professeur de Santé publique, Laboratoire de Santé publique, Faculté de médecine, Marseille

Yves GIOVANNINI, Proviseur du Lycée Pasquet, Arles

Je ne suis ici porteur d'aucun message institutionnel, mais porteur en revanche de convictions, d'humanisme, d'envies de faire plutôt que de penser.

Ma rencontre avec le docteur CORUBLE il y a trois ans m'a conforté dans l'idée que nos deux ministères pouvaient travailler ensemble (*Education nationale et Emploi et Solidarité, ndlr*).

Après 20 années passées dans des établissements scolaires, j'ai en ce qui me concerne croisé trois suicides, deux garçons et une fille, et une douzaine de tentatives de suicide connues.

Tenter d'éviter la récurrence est à mon avis au cœur du métier d'éducateur et d'enseignant. La question posée est de savoir, pour chacun et selon sa fonction, ce que l'on a pu faire pour aider globalement à la prise en charge de ces jeunes.

- 1) Pourquoi un EPLE, un établissement scolaire, ne peut-il pas et ne doit-il pas s'exonérer de cette question ?
- 2) Comment faire pour ne pas s'exonérer de cette question ?

Dans mon établissement cette année, 7% de l'effectif scolarisé va croiser ce problème, selon les chiffres dont nous avons pris connaissance ce matin. Nous n'avons pas le droit de passer à côté de cela.

Le principal terreau de la tentative de suicide est bien la dépression, le mal-être, et cela rejoint les raisons pour lesquelles un élève ne se sent pas en appétence vis-à-vis de la scolarité. Je doute que l'on puisse réussir sa vie scolaire si on n'est pas intérieurement en équilibre.

Nous avons donc le devoir de nous interroger, d'autant plus lorsque l'on voit la situation psycho-sociale des jeunes concernés.

L'école ne peut pas tout faire, certes, mais il faut lutter pour qu'elle soit un lieu où le jeune puisse grandir et s'épanouir, où il ne soit pas exclu, un simple pion sur un hypothétique échiquier.

Cela est possible.

Des textes existent, depuis 1994, notamment les textes relatifs aux Comités d'Éducation à la Santé et à la Citoyenneté. Les textes de 1999 contiennent précisément la terminologie "développer l'estime de soi".

Pour l'Éducation nationale, il est clair que la prévention doit être un souci constant, que la lutte contre les conduites à risques doit agir pour apporter des repères aux jeunes. L'établissement doit être un lieu d'écoute et de communication, qui doit intégrer dans ses pratiques quotidiennes ce développement de l'estime de soi. Tous les collèges, tous les lycées, toutes les écoles doivent s'investir dans cette voie.

Comment peut-on agir ?

Il faut surtout éviter les deux politiques extrêmes : celle de l'autruche et celle du pompier ! Les chefs d'établissements et leurs équipes doivent chercher un équilibre entre les deux.

L'école a le devoir de collaborer à la mise en mot de ce qui a été l'origine de l'acte de tentative de suicide. Cela est possible si l'on part du principe consensuel que l'école est un lieu où l'on apprend à réfléchir et raisonner. Travailler sur des tentatives de suicide connues, ou élaborer une sensibilité de l'établissement sur ce problème relève de cette nature essentielle des structures scolaires.

L'adolescent qui fait une tentative de suicide doit trouver une main tendue qui l'amène vers le spécialiste adéquat.

Il y a quelques jours, une élève de mon établissement a été hospitalisée suite à une tentative de suicide. La "psy" de l'hôpital m'a appelé pour demander si cette jeune fille pouvait revenir en cours au lycée, seul lieu qui apparemment avait du sens pour elle. J'étais évidemment heureux qu'elle ait vu dans notre établissement un lieu où elle pouvait être entendue. Il ne s'agit pas de se gausser, mais c'est bien vers là qu'il faut tendre.

Il faut, je crois, éviter d'empiler les actions, sur le Sida, sur le suicide, puis sur les pratiques addictives etc. Il faut une politique d'ensemble, cohérente.

D'autre part, je ne crois pas qu'il faille mettre les services en réseaux, mais les personnes qui font vivre ces services. C'est sans doute à l'Éducation nationale de revendiquer le droit de travailler avec ces personnes plutôt que l'inverse.

Je terminerai par une phrase lue dans le journal Le Monde : "Savoir collectivement parler, tendre la main pour que ceux qui vont devenir des adultes ne souffrent pas indûment et perçoivent quels que soient leurs âges qu'ils sont bel et bien de notre communauté scolaire".

Gérard CORUBLE :

Parmi les jeunes en souffrance, beaucoup subissent un certain nombre de facteurs révélateurs de risques. Certains bénéficient ainsi de la Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ). Nous allons donc entendre la voix de la PJJ, par l'entremise de Madame RUET tout d'abord.

Jacqueline RUET, Infirmière, Direction départementale de la PJJ

Depuis l'article 375 du Code civil, la prise en compte de la santé fait partie intégrante des missions de la PJJ. Le droit à la santé est élargi au bien-être physique, mental et social, selon la définition de l'OMS. La santé est ainsi partie intégrante d'une démarche éducative globale.

A partir des années 70, le travail des infirmiers en milieu ouvert se développe. L'infirmier s'adapte, il n'est plus rattaché à un établissement, mais au département. A son rôle curatif s'ajoute ainsi un rôle de prévention, d'éducation et de formation d'encadrement, notamment des éducateurs.

En 1998, l'enquête INSERM réalisée par Marie CHOQUET montre l'importance des problèmes de santé de ces jeunes pris en charge par la PJJ. Ils cumulent des difficultés dans divers domaines, familial, scolaire, social, et au niveau de leur santé physique et psychologique : troubles du sommeil, de l'alimentation et symptomatologie dépressive sont particulièrement élevés dans cette population.

La violence, subie ou donnée, fait partie de leur vie quotidienne. La tentative de suicide, violence sur soi, est particulièrement présente chez les jeunes filles.

La consommation de produits psycho-actifs est un réel problème.

La famille reste un appui, mais pour les graves problèmes, ces adolescents restent souvent seuls.

Face à cette situation, l'administration de la PJJ définit un cadre pour une politique nationale de santé, avec trois principaux axes de travaux :

- 1) S'inscrire dans les politiques publiques de santé
- 2) Intégrer la santé dans l'action éducative
- 3) Promouvoir le travail clinique à la PJJ.

Les infirmiers sont désignés comme animateurs de la mise en œuvre de cette mission de santé publique. Un "guide d'entretien" autour de la santé a ainsi

été élaboré dans une démarche communautaire, réalisé par des éducateurs pour des éducateurs.

Les objectifs sont, pour l'institution, d'intégrer la santé dans le travail éducatif, de participer à l'intégration d'un travail clinique au sein de la PJJ, de permettre une meilleure connaissance de la situation des jeunes sous mandat judiciaire, d'offrir un moyen d'alerte sur les situations à risques, de rendre possible une évaluation globale des situations rencontrées sur un secteur donné, de favoriser la mise en place d'actions de prévention. Il s'agit également de faciliter les échanges entre les différents services et fonctions.

Pour les professionnels, ce guide est source d'apprentissage et d'évolution de la pratique. Outil de communication entre le professionnel, le jeune et sa famille, il permet une meilleure connaissance du jeune à prendre en charge, une identification systématique des situations à risques, une évaluation de la situation immédiate, une analyse des résistances et des comportements du jeune, et une prise en charge adaptée.

Cet outil favorise enfin entre les professionnels un travail d'équipe, proposant un langage commun et codifié.

Guy TORRENS, *Educateur, Pôle territorial de formation, PJJ Bouches-du-Rhône*

Ce guide d'entretien, très performant en ce qui concerne le premier contact avec les jeunes que nous recevons, est composé de 10 items :

- 1) Les conditions matérielles d'existence
- 2) Les relations familiales
- 3) Les relations extra-familiales
- 4) Les modes de vie
- 5) La consommation de produits et le sens de leur usage
- 6) Les accidents
- 7) Les maladies
- 8) Les violences, dont le sujet délicat des violences sexuelles subies
- 9) Comment se ressent l'adolescent
- 10) Comment nous ressentons l'adolescent.

Ce guide d'entretien est utilisable bien sûr de manière récurrente et évolutive au fil du temps, sans que cela soit systématique ou trop répétitif, pour voir si les situations évoluent.

L'évolution de la pratique se base ici sur le fait de ne pas demander d'abord "qu'as-tu fait ?", mais plutôt "comment vas-tu ?".

Des sessions de formation à l'utilisation de ce guide ont été proposées aux éducateurs. Ces formations se déroulent sur deux jours.

Nous travaillons tout d'abord sur la définition et la perception de la santé et de la prévention. Ensuite nous travaillons sur le sens de la prise de risques chez l'adolescent. Enfin sont posés les principes de l'entretien et nous créons des

mises en situation. Le guide n'est pas fermé, chacun peut aussi l'utiliser en fonction de sa personnalité.

Notre objectif est de re-mobiliser les éducateurs, de retravailler une formation à l'entretien éducatif qui soit une écoute active.

Cet outil a été validé par le ministère de la Justice au niveau national.

Pascal AUQUIER, Professeur de Santé publique, Laboratoire de Santé publique, Faculté de médecine, Marseille, sur le thème « les adolescents partenaires de l'évaluation en santé ; intérêt de la mesure de leur qualité de vie ».

(Transparents , annexe 2, page 93)

Le travail que nous avons mené consistait en la création d'un questionnaire par des enfants et des adolescents, pour voir comment ceux-ci pouvaient être partenaires dans la prise en charge des problèmes qui nous sont posés. Il s'agissait également de savoir ce que cela pouvait nous apporter dans nos pratiques, notamment dans la prévention du mal-être, de conduites suicidaires et de suicide.

En amont des suicides il y a des tentatives de suicide, en amont de celles-ci il y a des conduites à risques, et en amont de tout cela est mis en jeu le bien-être des adolescents. Notre objectif était de travailler sur ce dernier point.

Le point de vue des adultes est certes fort intéressant, mais de quels adultes s'agit-il ? Selon le cas, on se rendra compte que ces points de vue divergent fortement de celui des jeunes.

Le questionnaire aborde un certain nombre de dimensions : le bien-être psychologique et l'estime de soi, le bien-être physique, les activités de loisir, les relations avec les amis, les relations avec les parents, avec le personnel soignant le cas échéant, les relations dans le monde scolaire, la vie sentimentale et sexuelle, etc.

Nous recueillons des informations socio-démographiques.

Les filles par exemple ont des qualités de vie très nettement altérées par rapport aux garçons. La détérioration se fait au fil du temps, entre 10 et 17 ans, dans les relations avec les parents, à l'école, etc. Cela n'est pas lié au statut socio-économique de la cellule familiale, bien au contraire. La cellule monoparentale par exemple n'est pas un facteur de risques. On peut par contre se poser la question dans le cas de familles recomposées.

En ce qui concerne l'aspect scolaire, on remarque que la qualité de vie n'est pas du tout inférieure dans les cas où la scolarité s'effectue en ZEP, ce serait même plutôt l'inverse en ce qui concerne le bien-être psychologique.

Dans le domaine sociologique, on constate que les parents surestiment systématiquement le bien-être de leurs enfants, ce qui pose la question du dépistage des problèmes en amont, d'autant que l'on constate le même phénomène quant à la médecine scolaire.

Si l'on suit un groupe de personnes sur un certain temps, on observe que ceux qui finissent par devenir malades sont fréquemment ceux qui avaient au départ un score de bien-être psychologique très nettement altéré. L'outil serait donc un bon outil de prédiction.

L'adolescent apparaît donc comme un partenaire privilégié de sa santé. Ce questionnaire permet d'une part un repérage très en amont et permet d'autre part d'évaluer les résultats, par exemple, d'un réseau de prévention des tentatives de suicide.

Je terminerai en indiquant que cet outil, que nous avons construit, est utilisé aujourd'hui dans plusieurs pays dans le monde... mais pas en France !

Echanges avec la salle :

Gabriel PIGNOLY, *Psychiatre des hôpitaux, chef du service de psychiatrie infanto-juvénile au CHS Laragne* :

Nous constatons ce qui vient d'être dit par Monsieur AUQUIER sur le plan clinique. Beaucoup de choses qui se disent sur le mal-être et les malaises des adolescents, qui vont créer des tentatives de suicide et des maladies "psy", sont fausses, effectivement. Conduites à risques, anorexies mentales ou tentatives de suicide se rencontrent autant chez des familles plus "privilégiées". Nous ne parlons pas ici de délinquances ou de violences...

Michèle BLANC-PARDIGON, *Pédiatre des hôpitaux, CH de Salon-de-Provence* :

Nous utilisons ce questionnaire à l'Espace Santé Jeunes et au centre hospitalier de Salon-de-Provence. C'est un outil extraordinaire qui peut vraiment amener à des évaluations dans le domaine de la prévention. Il est pour le moment difficile de l'utiliser dans une continuité, mais il faut que cela soit un travail de demain...

Michel FELDMAN-FABRE, Carpentras :

Il est très difficile d'utiliser ce questionnaire, non parce qu'il est mal fait, au contraire, mais parce que nous rencontrons des oppositions ou des blocages.

Au niveau de la collectivité enseignante tout d'abord, au niveau des parents d'élèves ensuite. Il faut faire passer au préalable ces oppositions, qui se manifestent notamment sur le sujet de la sexualité.

Pascal AUQUIER :

Il y a des résistances dues à l'organisation que son utilisation demande et des résistances dues au fond.

Mais il existe des versions plus courtes qui fonctionnent très bien. D'autre part, s'il s'agit de l'utiliser simplement en repérage de problèmes, son utilisation s'en trouve simplifiée, puisque ne fonctionnant plus en deux temps.

Laurence LEVY, Mission Sida Toxicomanie, ville de Marseille :

Comment restituez-vous les résultats de l'utilisation de ces questionnaires ?

Pascal AUQUIER :

Le principe de la restitution est la base.

Le problème de cette restitution est que nous sommes face à des institutions historiquement lourdes. Nous renvoyons des résultats globaux aux écoles ou aux organismes hospitaliers avec lesquels nous avons travaillé. Le problème est ensuite de renvoyer l'information à chacun des enfants.

Mais cela débouche aussi sur des partenariats avec l'Education nationale et la médecine scolaire notamment pour l'utiliser comme instrument de dépistage, pour re-concentrer les moyens sur les cas les plus altérés.

Mais convaincre l'Education nationale est un travail de longue haleine, même si les cadres, sur le terrain, sont favorables.

2^{EME} TABLE RONDE : PRISE EN CHARGE DES JEUNES SUICIDANTS

Animée par Gérard CORUBLE,

Avec :

Nathalie THESSIER, Praticien hospitalier, responsable de la cellule coordination suicide, Fondation Lenval, Nice

Jean-Luc JOUVE, Chef de service des urgences pédiatriques, Centre hospitalier La Timone, Marseille

Jean-Claude SAMUELIAN, Chef du secteur 3 de psychiatrie, Centre hospitalier La Timone, Marseille

Gérard CORUBLE :

Madame THESSIER va tout d'abord nous présenter une action portant sur la création d'une cellule de coordination suicide à la Fondation Lenval, à Nice.

Nathalie THESSIER, *Praticien hospitalier, responsable de la cellule coordination suicide, Fondation Lenval, Nice*
(Transparents, annexe 3, page 107)

Je vous présenterai tout d'abord un bref historique.

L'ANAES a sorti un décret en novembre 1999 où sont recommandés trois points essentiels :

- 1) orientation systématique de toute tentative de suicide vers les services d'urgence pédiatrique ou générale ;
- 2) hospitalisation systématique de 4 à 7 jours permettant d'établir un bilan global de la situation de l'adolescent et de sa famille ; l'expérience d'un cadre-contenant et d'une écoute psychologique est souvent très riche et souvent l'occasion de révéler des difficultés relationnelles, ce qui peut ouvrir l'accès à d'autres perspectives, à d'autres expressions des souffrances ;
- 3) organisation d'un suivi ambulatoire de l'adolescent durant une année, compte tenu du fait que le risque de récurrence se situe essentiellement dans cette période.

L'objectif d'ici 2005 de l'objectif 3 du PRS « santé des enfants et des jeunes » est de diminuer les récurrences de tentatives de suicide chez les jeunes et chez les adultes à environ 10% (contre 30 à 40%). C'est dans ce cadre que la "cellule de coordination pour la prévention des récurrences de tentatives de suicide" a été créée en octobre 2000.

Nous avons tout d'abord travaillé sur la coordination avec les équipes hospitalières. Il s'agissait d'élaborer une fiche d'évaluation "patient" pour chaque adolescent qui passe dans les services de pédiatrie suite à une

tentative de suicide. Nous récoltons des renseignements sur l'état civil, sur le mode de tentative de suicide, sur l'hospitalisation elle-même, sur l'orientation qui est proposée à l'issue du séjour hospitalier, et sur le suivi qui a été proposé.

Nous avons d'autre part eu des rencontres importantes avec des partenaires extra hospitaliers de tous horizons.

Nous avons enfin une fonction de consultation. Les demandes rentrent tout à fait dans le cadre de nos objectifs, c'est-à-dire une évaluation clinique et une demande d'orientation après un geste suicidaire sans qu'il y ait d'hospitalisation, puisque cela arrive. Certaines demandes dépassent cependant le cadre de nos objectifs, mais répondent à des critères de réalité, comme le cas d'enfants très jeunes ou des adolescents qui viennent en étant porteurs d'une menace suicidaire.

Nous nous situons aussi, parfois, dans l'intervalle entre l'hospitalisation et le suivi dans la mesure où celui-ci peut intervenir tardivement.

Nous avons également constitué une plaquette d'information concernant les tentatives de suicide des adolescents et une proposition de schéma de prise en charge à Nice exclusivement. Cette plaquette a largement été diffusée auprès des professionnels, de manière notamment à éviter la banalisation des tentatives de suicide, même si celle-ci peuvent paraître parfois "minimes".

Nous procédons enfin à un recueil de données pour pouvoir établir des statistiques sur ces enfants. Nous en sommes actuellement à une centaine de fiches patients dans ce cadre.

Nous avons travaillé avec des enfants de 8 à 19 ans, avec un pic de fréquentation de 14 à 16 ans, mais nous n'avons travaillé qu'avec des adolescents orientés vers les services de pédiatrie, or certains sont dirigés vers les services adultes.

A noter que nous avons eu affaire à trois petites filles de 8 et 9 ans pour défenestration et menace de défenestration.

60% des adolescents ont un suivi, et nous en sommes à 30% de récurrence. Parmi ces derniers, 33% n'auraient fait l'objet d'aucun suivi ni d'aucune prise en charge.

Par contre, 56% des récidivistes ont obtenu un suivi ; dans les autres cas ce suivi n'a pas eu lieu pour cause de refus de leur part.

Après un an de travail, ces chiffres sont bien entendu à manier avec beaucoup de précautions.

Certaines perspectives de travail sont à améliorer.

1) le recueil de données concernant les adolescents échappant aux soins ;

- 2) l'extension de cette cellule à la tranche de 18 à 25 ans, où les données sont beaucoup plus difficiles à recevoir, puisqu'elles devraient venir des services d'urgence où le *turn over* des médecins est beaucoup plus important, et où il y a moins systématiquement d'hospitalisation ;
- 3) le repérage et l'organisation du suivi des adolescents que l'on estime à haut risque ; il s'agirait tout d'abord modestement "d'accrocher" les adolescents qui viennent pour la deuxième fois, en leur proposant quelque chose de beaucoup plus ferme ;
- 4) l'amélioration de la prise en charge des premières tentatives de suicide, avec des rendez-vous systématiquement fixés après l'hospitalisation.

Peut-être qu'un jour, dans le cadre de réseaux, nous pourrions travailler sur la prévention de la première tentative de suicide elle-même.

Gérard CORUBLE :

Après la prise en charge hospitalière il faut se poser effectivement la question du suivi par des professionnels de santé libéraux, les services sociaux ou autres, tout ceci dans le cadre de réseaux. C'est cette démarche de constitution de réseaux que va nous illustrer le professeur Jean Luc JOUVE.

**Jean-Luc JOUVE, *Chef de service des urgences pédiatriques, Centre hospitalier La Timone, Marseille*
(Transparents, annexe 4 page 113)**

Je vais vous faire part de réflexions qui ont animé les services des urgences pédiatriques de la Timone et de tous les collaborateurs libéraux qui nous ont accompagnés ces derniers mois dans nos travaux.

Les urgences pédiatriques sont quasiment un passage obligé. Ce passage est cependant bref, et l'enfant va ensuite partir vers des structures spécialisées ou vers des structures libérales.

Les urgences pédiatriques sont donc un lieu privilégié de dépistage à partir duquel l'épidémiologie doit pouvoir se faire réellement si l'on en prend la peine. C'est aussi un lieu privilégié pour amorcer une prise en charge. Si l'enfant a lancé un tel appel de détresse, il y a là un moment favorable pour qu'il dise ce qu'il a à dire.

Les inconvénients de ce passage sont qu'il est éphémère et que la structure est peu adaptée.

Nous avons constaté deux points faibles lors de cette période. D'une part à la coordination intra-hospitalière : l'enfant va rejoindre le service hospitalier correspondant à la pathologie somatique, une coordination intra-hospitalière serait alors nécessaire, mais elle n'est pas toujours faite. D'autre part se pose le problème de la coordination ville-hôpital lors de ce moment favorable : c'est à nous de ne pas laisser passer l'occasion.

Nous avons donc pris certaines dispositions.

Tout d'abord la mise en place d'un dossier hospitalier commun. Cela paraît peu de chose, mais ce n'est pourtant pas simple que de suivre à partir des urgences l'enfant qui aura été dirigé vers un autre service. Il faut faire en sorte qu'un discours unique existe, et que l'enfant ait un interlocuteur.

Nous avons d'autre part installé sur place une assistante sociale et une psychologue, ceci grâce à l'aide de la DDASS.

Enfin les pédopsychiatres ont pu organiser une astreinte qui permet de s'adresser à eux lors des horaires de garde.

Sur 39 enfants reçus en 4 mois pour tentatives de suicide ou détresse psychologique, l'âge moyen est de 12 ans, 14 enfants avaient auparavant un suivi psychologique, et nous savons que 22 d'entre eux bénéficient aujourd'hui d'une prise en charge psychologique.

Cette courte expérience nous a conduits à plusieurs réflexions.

Si un service d'urgence hospitalière n'a pas vocation à une prise en charge de fond, il constitue néanmoins le point de départ d'une organisation de soins, ne serait-ce que par sa disponibilité. Nous avons ainsi essayé d'établir un réseau entre la ville et l'hôpital sur ce thème du suicide et du mal-être psychologique des enfants. Ce réseau rassemble la DDASS, l'URML - la place des médecins libéraux étant fondamentale et pourtant à définir - l'ADPU, l'AP-HM, l'Hôpital Saint-Joseph, le CMP agglomération de Marseille, le Centre de consultation pour adolescents, IMAJE Santé et le TGI de Marseille.

Ce réseau est basé sur une équipe d'animations constituée d'un médecin, d'un psychologue, d'une assistante sociale et d'un médecin spécialiste en démarche qualité. Cette équipe d'animation est bien entendu positionnée dans un service d'urgence, et se veut être une équipe de coordination chapeauté par un comité de pilotage et un conseil scientifique.

Le rôle de cette équipe est de centraliser les données hospitalières et de créer un fichier commun à l'ensemble des structures hospitalières, puisque les enfants arrivent dans différentes structures suite à leurs tentatives de suicide ou au cours de leurs crises de détresse. Ceci est donc indispensable pour obtenir des données épidémiologiques sérieuses.

Le rôle de cette équipe d'animation est également d'assurer la prise en charge à la sortie, en contactant notamment le médecin traitant, le médecin spécialiste, le CMP, la médecine scolaire ou l'assistante sociale. Il s'agit ensuite pour elle de vérifier la réalité de la prise en charge ; non en termes de qualité, bien entendu : il s'agit plutôt de repérer les enfants qui ne seront pas suivis, et cela n'est pas simple. Il faut contacter les familles, les médecins traitants, dans un délai que nous avons fixé entre un et six mois. Nous voulons ne pas laisser les enfants sans suivi dans cette situation de désolation.

Nous souhaitons bien sûr mettre à disposition notre fichier pour les différents intervenants, que celui-ci soit disponible 24 heures sur 24 au service des urgences.

L'équipe d'animation désire enfin assurer un rôle de formation, médicale, médico-sociale et juridique. Il ne s'agit pas de former des pédopsychiatres, mais de faire connaître aux médecins de famille et aux pédiatres ce qu'ils peuvent faire avec ce dont ils disposent au sein de l'agglomération de Marseille. Il est en effet frappant de constater que les structures existent, fonctionnent efficacement et sont pleines de bonne volonté, mais l'écueil est de le faire savoir, de les contacter et de les utiliser.

C'est le souhait que nous formons avec la constitution de ce réseau.

Gérard CORUBLE :

Après les jeunes adolescents, nous allons nous tourner vers les jeunes adultes, avec le docteur SAMUELIAN

Jean-Claude SAMUELIAN, Chef du secteur 3 de psychiatrie, Centre hospitalier La Timone, Marseille

Pourquoi intervenir ici en tant que psychiatres d'adultes ?

La première raison est que notre unité psychiatrique accueille finalement de grands enfants, à partir de 16 ans. Et la vraie difficulté se situe chez ces 16 à 18 ans.

La deuxième raison est que l'essentiel des pathologies psychiatriques commence à l'adolescence. Parmi ces pathologies, un certain nombre se soldent malheureusement par la tentative de suicide et le suicide.

Nous avons donc besoin de vous, professionnels, pour le dépistage précoce.

Je voudrais vous parler de trois principales pathologies dont l'origine se situe aux environs de l'adolescence.

La première est la schizophrénie, qui touche tout de même 1% de la population générale. Lorsque l'on sait qu'environ 15% des schizophrènes meurent par suicide au cours de l'évolution de leur maladie, on se rend compte de l'importance du dépistage précoce.

Ensuite viennent les troubles affectifs, qui apparaissent aussi fréquemment à l'adolescence. Pour les psychiatres d'adultes, ce sont essentiellement des troubles dépressifs. Selon les statistiques, 10 ou 15% de la population présente un jour ou l'autre ce type de troubles dont on sait que l'origine se situe fréquemment lors de l'adolescence et se solde également par une tentative de suicide ou par un suicide.

La troisième grande catégorie, de manière simpliste, est l'ensemble des troubles psychologiques dus à la consommation de matières toxiques, en particulier l'alcool. Là encore le début des conduites addictives est souvent

précoce. La carte du suicide est d'ailleurs à peu près superposable à la carte de l'alcoolisme en France. Parmi les alcooliques, environ 15% mourront par suicides.

Que peut-on donc faire face à ces pathologies fréquentes, à début précoce, et au bilan très lourd ?

Il faut, je crois, retenir quelques petites choses simples dans les facteurs de risque dans le domaine du suicide.

Souvenons-nous que 50% des personnes qui meurent par suicide avaient fait une tentative antérieurement.

Ensuite, retenons que la plupart d'entre eux présentaient des troubles du sommeil.

Enfin, notamment chez les adolescents suicidaires, nous rencontrons fréquemment les idées d'indignité, d'incurabilité ou de culpabilité.

Il faut analyser la mise en place de l'acte suicidaire.

En dehors des pathologies il faut tenir compte de ce que l'on appelle la "sommation biographique", c'est-à-dire l'accumulation de difficultés, de conflits et surtout d'échecs. Ceux-ci peuvent se produire dans un temps relativement bref et conduire à l'acte suicidaire. Que l'on soit blond ou brun, intelligent ou stupide, riche ou pauvre, nous sommes à peu près égaux devant ces troubles.

Un certain nombre d'éléments de l'environnement interviennent malgré tout dans l'évolution de ces troubles. C'est là qu'il faut intervenir.

Je limiterai ces éléments environnementaux au nombre de deux.

C'est tout d'abord le potentiel affectif du sujet vis-à-vis de son entourage et de l'entourage vis-à-vis du sujet.

Il s'agit ensuite d'éviter la convergence d'éléments blessants chez le sujet, en particulier chez l'adolescent.

Il faut mettre en place tout ce qui peut viser à renforcer le support social : famille, amis, voisins, copains, ces derniers étant à cette époque de l'existence l'élément sans doute le plus important.

Il faut éviter toutes les situations de repli.

Un élément positif réside dans le fait que pour l'essentiel de ces troubles, il s'agit de crise. Il faut donc aider à traverser cette crise. Il faut être à côté du sujet, sachant que la crise est limitée dans le temps mais que le caractère irréversible de la mesure qu'il préconise, le suicide, rend cet accompagnement extrêmement nécessaire.

Il faut aussi prendre en compte les thérapeutes et tous les gens qui interviennent dans ce champ, et pour cela reconnaître le risque suicidaire et reconnaître la pathologie mentale qui peut s'accompagner, au moins au début du trouble, d'un passage à l'acte.

Il faut donc renforcer l'aptitude à écouter et à surveiller, et surtout communiquer entre nous, professionnels, qui nous occupons des mêmes personnes sans avoir véritablement de liens entre nous.

Je voudrais terminer par une phrase qui date du début du siècle et qui est toujours tout aussi vraie aujourd'hui : "En matière de crise suicidaire, rien n'est moins sûr qu'une conduite prédéterminée".

Echanges avec la salle :

Intervenant, pédiatre à l'hôpital d'Aix-en-Provence :

Madame THESSIER et Monsieur JOUVE parlaient de 60% d'adolescents suivis après une tentative de suicide. Ce chiffre me paraît très important. Comment faites-vous pour que les adolescents reprennent contact avec les services de pédopsychiatrie ou soient suivis d'une autre manière ?

Nathalie THESSIER :

Il s'agit de 60% d'adolescents qui ont un lien avec un système de soins. Dans l'unité de pédiatrie du CHU nous avons un pédopsychiatre à plein temps, et dans l'autre structure, à Lerval, le service de pédopsychiatrie se situe à côté du service de pédiatrie où interviennent des internes en pédopsychiatrie.

Notre cellule coordonne de plus ce travail, et nous insistons sur le fait que l'adolescent ne doit pas sortir sans que rendez-vous soit véritablement pris. Nous avons à ce sujet rencontré les trois CMP de la ville de Nice pour qu'il y ait rendez-vous 15 jours après le passage en unité.

Rappelons d'autre part que j'ai signalé que ces chiffres étaient à prendre avec précaution : nous ne pouvons vérifier par exemple la qualité du suivi.

Jean-Luc JOUVE :

Nous pouvons recontacter la famille, le médecin traitant, le pédiatre ou le pédopsychiatre. En tant qu'urgentistes, nous ne pouvons pas aller plus loin.

Sous réserve que l'on fasse cela, nous arrivons à 60%, mais c'est un travail de Romain ! C'est quasiment un temps partiel de praticien hospitalier. C'est une question de moyens.

Nous avons mené une réflexion avec le juge pour enfant pour savoir dans quelle mesure, si l'on considère qu'un enfant qui a fait une tentative de suicide est en danger, on peut mener une action auprès des parents pour demander de consulter.

Dans les rencontres avec les interlocuteurs libéraux, il nous est très souvent répondu que l'on ne peut rien tant que l'enfant ne fait pas la démarche de venir, par exemple au CMP. Il faut réfléchir à ce problème. Ce qui est valable pour un adulte ne l'est pas forcément pour un enfant de 17 ans. Nous devons mener une réflexion collective sur ce que nous avons le droit de faire, de manière pondérée en fonction du sujet, du type de tentative, etc., mais nous devons aller plus loin.

Gérard CORUBLE :

Vous dites tous deux ne pas pouvoir vérifier la prise en charge ou sa qualité. Ne serait-il pas opportun d'utiliser des outils tels que celui que nous a présenté Pascal AUQUIER ?

Jean-Luc JOUVE :

C'est envisageable, mais avoir dans des agglomérations comme Nice ou Marseille de véritables données épidémiologiques - que nous n'avons pas, ne serait-ce que par le fait des codages - serait déjà un grand progrès.

Ensuite, effectivement, il faudra s'attacher à savoir ce que les enfants sont devenus.

Nathalie THESSIER :

Les professionnels peuvent de plus avoir des difficultés à utiliser un tel outil, relativement intrusif.

Jean-Luc JOUVE :

Nous n'avons aucune compétence en ce sens, effectivement. Je veux seulement que les enfants ne se retrouvent pas seuls dans la nature après une tentative de suicide. Je ne veux pas laisser dehors un enfant en danger.

Intervenant, CMP adolescents d'Aix-en-Provence :

Nous avons réfléchi à une procédure pour suivre ces adolescents que nous ne revoyons qu'une ou deux fois après une tentative de suicide.

Nous avons mis en place un "Protocole TS" en partenariat avec le Cap 48 de l'hôpital d'Aix-en-Provence. Nous y proposons à l'adolescent et à ses parents un document contractuel prévoyant des rencontres après une semaine, 3 mois, 6 mois et un an.

Nous n'avons pas encore de recul, malheureusement, mais il est prévu la possibilité de nous autoriser à les recontacter si les rencontres prévues n'ont pas lieu.

Stéphane BOURCET, *Psychiatre des hôpitaux, Centre départemental d'évaluation et d'observation de l'adolescence, Toulon*

Je crois que la première rencontre avec l'adolescent suicidant est essentielle, dans la mesure où elle permet de poser un cadre dans lequel va se dessiner le réseau.

Les parents doivent d'ailleurs faire partie de l'étayage de ce cadre. Sans eux, il est très difficile de prendre en charge un adolescent.

Un intervenant :

Il est souvent difficile de surmonter les réticences des parents, qui se sentent mis en cause par la tentative de suicide elle-même, et il est donc difficile d'inscrire les adolescents dans une prise en charge à long terme.

Sylvie ALLEGRINI :

Les enfants passent une grande partie de la journée à l'école. Tout cela ne peut donc pas fonctionner s'il ne s'y passe quelque chose de fort.

En ce qui nous concerne, les enseignants ont d'ailleurs demandé des formations en ce sens, ce qui prouve que cela est faisable.

3^{EME} TABLE RONDE : QUELLE DYNAMIQUE COLLECTIVE ?

Animée par Gérard CORUBLE,
Médecin inspecteur de Santé publique, DDASS 13

Avec:

Stéphane BOURCET, Psychiatre des hôpitaux, Centre départemental d'évaluation et d'observation de l'adolescence, Toulon

Michèle BLANC-PARDIGON, Pédiatre des hôpitaux, Espace Santé Jeunes et Centre hospitalier, Salon-de-Provence

Gabriel PIGNOLY, Psychiatre des hôpitaux, Chef du service de psychiatrie infanto-juvénile au CHS Lagagne

Stéphane BOURCET, *Psychiatre des hôpitaux, Centre départemental d'évaluation et d'observation de l'adolescence, Toulon*

Avant de vous parler de la création du Centre départemental d'évaluation et d'observation de l'adolescence, créé à Toulon en 1999 par les quatre chefs de services des intersecteurs de la psychiatrie varois, je voudrais vous donner quelques notions sur le réseau.

On met finalement en place un réseau parce que l'on n'a pas de réponse fixe et stable par rapport à un adolescent.

Selon le dictionnaire, le réseau est un ensemble de personnes, d'organismes ou d'établissements qui vont concourir vers un même but et qui sont en relation pour agir ensemble.

D'emblée nous voyons qu'il s'agit d'un système organisé et formalisé. C'est la mise en synergie qui va permettre de s'occuper des adolescents en grande difficulté. C'est la mise en commun et le partage des compétences des intervenants pluridisciplinaires qui vont permettre de réfléchir à la compréhension globale de ce qui anime un adolescent, de sa psychodynamique.

Au-delà de l'acte il y a des mouvements internes que l'adolescent vient projeter dans la réalité externe. Nous ne voyons que l'extérieur, qui n'est finalement qu'un reflet.

Le réseau sert également à éviter le cloisonnement inter-institutionnel. On a trop souvent le sentiment que le réseau n'est mis en place que pour les cas lourds : les suicidants, les adolescents violents, les adolescents délinquants etc. Il faudrait en fait mettre en place un réseau pour tous les adolescents qui posent problème.

Il y a différents niveaux de réseaux

Le premier niveau va se développer directement autour des mineurs : on y trouve le réseau primaire, qui comprend la famille, les amis, et le réseau secondaire qui se déploie autour du premier et que l'on appelle le réseau fonctionnel.

Le second niveau concerne les institutions. Nous avons ici un réseau général, une sorte de charte entre les institutions, sans oublier qu'autour de ce réseau général vont se décliner les cas particuliers.

Pour qu'un réseau fonctionne bien il faut que le problème soit clairement énoncé. Il faut identifier ceux avec qui l'on échange, trouver des référents, qu'il y ait une bonne organisation et surtout qu'il y ait des objectifs précis, des moyens suffisants, des responsabilités claires et bien réparties.

La rigueur et une évaluation régulière sont également de mise.

Les difficultés sont bien entendu nombreuses, mais j'en retiendrais trois. Il faut tout d'abord surmonter le problème des cultures et des logiques différentes. Cela amène le risque du retranchement de chacun sur ses compétences propres. Il faut donc développer des relais entre les institutions.

Il n'est pas non plus facile de faire fi des rivalités qui peuvent exister entre institutions.

Enfin il faut éviter que les problèmes propres au fonctionnement des institutions viennent perturber le travail sur la situation de l'adolescent, ce qui est pourtant encore relativement fréquent.

Notre centre est un centre de courts séjours pour les adolescents entre 11 et 16 ans, voire un peu plus. Ces adolescents présentent des pathologies multiples, pas seulement suicidaires.

Nous travaillons avec une équipe pluridisciplinaire classique, et peu à peu, sans le vouloir nous-mêmes, s'est dessiné un réseau, par le fait même des prises en charge.

Nous travaillons bien sûr avec la famille, ou le substitut parental le cas échéant, et les représentants de toutes les institutions dont nous avons déjà parlé aujourd'hui.

Je terminerai en disant que toute structure institutionnelle est par essence inadaptée aux adolescents. C'est à nous, utilisateurs de ces structures, d'articuler leurs interfaces de manière à en faire un espace thérapeutique individuel et donc un usage unique.

Gabriel PIGNOLY, *Psychiatre des hôpitaux, Chef du service de psychiatrie infanto-juvénile au CHS Laragne*

Dans notre petit département, il y a environ 13 ans, nous nous sommes posés la question d'une dynamique pour s'occuper des adolescents.

Après avoir beaucoup travaillé et consulté, nous en sommes arrivés à conclure que la dynamique de prise en charge et d'écoute de l'adolescent est obligatoirement collective et ouverte vers l'extérieur. Nous avons donc voulu un lieu d'accueil et d'écoute pour les adolescents dans la ville de Gap, centrale dans le département. Nous nous sommes servis pour cela de la notion qui venait alors d'apparaître : les centres d'accueil et de thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Cet outil est bien entendu directement lié à l'hôpital, mais tout en lui étant extérieur. Il peut prendre quelqu'un en charge pour deux ou trois heures sur la journée, il pourrait être une alternative à l'hospitalisation et pourquoi pas un centre de prévention comme cela avait été émis en première hypothèse...

Nous nous sommes donc engagés sur une route longue et semée d'embûches.

Notre première installation se fait dans une maison de quartier, dans une zone difficile de la ville de Gap. Nous avons tout d'abord reçu des adolescents présentant des troubles du comportement, parfois toxicomanes, mal ou peu scolarisés, dont personne ne voulait. Ces adolescents disaient se sentir exclus, loin de tout, et demandaient à faire venir les gens chez eux. Les "gens", c'est-à-dire l'Education nationale, la Justice, les parents, etc.

Comment les faire venir ? Tout simplement en les invitant à manger ! Ils ont ainsi invité quantité de monde, le juge des enfants, le proviseur du lycée, leurs professeurs principaux, leurs parents, etc.

Nous n'y croyions pas, mais tous ces gens sont effectivement venus. Cela a constitué la première ébauche de réseau que les adolescents eux-mêmes avaient créé.

Malheureusement nous étions nous-mêmes une manière d'exclus : nous avons été expulsés de ce lieu.

Nous nous sommes ensuite installés dans un logement HLM, dont nous avons à nouveau, au bout d'un an et demi, été éjectés.

Nous avons ensuite trouvé un lieu extraordinaire : une cafétéria en face d'une radio privée. Ici les jeunes venaient même s'ils n'avaient pas de problèmes. Nos relations avec tous les intervenants dont nous avons parlé précédemment devenaient alors de plus en plus étroites. Mais là encore nous étions mal vus.

Une pétition a circulé pour que nous évacuions cette cafétéria, sans doute trop belle pour ces jeunes à problèmes...

Nous avons alors exprimé fortement notre conviction que ce CATTP devait exister et avoir droit de cité.

Nous avons migré vers le centre de la ville, dans un ancien espace voué à la danse, et nous avons demandé une subvention au ministère de la Ville, nous appuyant ainsi sur un droit de cité politique. Depuis, nous sommes là.

Nous avons au départ deux personnes pour s'occuper de ce centre. Nos fonctions se sont multipliées : ne venaient plus seulement les adolescents ayant un problème précis, mais d'autres qui portaient une souffrance ou un mal-être.

C'est à ce moment que s'est mise en place une équipe solide, avec un médecin responsable, une psychologue et cinq ou six personnes en permanence.

Parallèlement nous étions impliqués dans le service de pédiatrie de l'hôpital de Gap. Les liens avec ce service se sont donc installés de façon de plus en plus importante et nous avons pu ainsi hospitaliser certains jeunes. Nous avons créé en plus des "lits de crise" pour adolescents.

C'est à cette période que le médecin a décidé de mettre en place une prise en charge des suicidants à l'hôpital de Gap, tant aux urgences qu'en service de pédiatrie, ceci pour les adolescents jusqu'à 18 ans.

Il faut écouter les adolescents, c'est très important, mais les écouter parfois sans les croire.

Ils donnent en effet souvent des causes de suicide tout à fait paradoxales. Si l'on creuse un peu, au bout de quelques jours on trouve souvent un mal-être, un mal-être du corps. Toute la souffrance de l'adolescent part de lui-même et non pas de ce qu'il y a autour de lui. Il va "imaginariser" ce qu'il y a autour de lui pour en faire un symptôme, mais c'est d'abord le mal-être dans son corps qu'il va éjecter par cette envie non pas de mourir mais de ne plus vivre.

Il faut cependant respecter la parole de l'adolescent, entendre ses plaintes. Il faut ensuite écouter ceux qui sont autour de lui : famille, éducateurs, etc.

Nous devons inscrire le suicide dans l'ensemble du mal-être de l'adolescent et écouter son corps avec tout ce qu'il peut porter de messages : anorexie mentale, boulimie, conduites à risque, violence, conduites addictives, etc.

Rappelons-nous que le suicidant a peur non seulement de la vie, mais même du bonheur qu'il y a dans la vie.

**Michèle BLANC-PARDIGON, Pédiatre des hôpitaux, Espace Santé
Jeunes et Centre hospitalier, Salon-de-Provence**

J'abonde dans le sens de Monsieur PIGNOLY lorsqu'il fait état du fait que les adolescents parlent par leur corps. C'est pourquoi les services de pédiatrie doivent être impliqués au premier plan dans la prise en charge des adolescents.

Nous accueillons à l'hôpital de Salon de Provence des mineurs en articulation avec l'Espace Santé Jeunes.

Cet espace créé en 1993 est une association de professionnels qui se sentaient concernés par les problèmes des jeunes. Ces professionnels venaient bien entendu de divers organismes, comme tous ceux dont nous avons déjà parlé. Il s'agissait en fait de créer un réseau généraliste, pluridisciplinaire et multipartenarial.

Nous disposons de locaux en centre-ville, donc en un lieu extra-hospitalier et extra-scolaire. Nous y assurons des consultations médicales, psychologiques, du soutien social, des accompagnements éducatifs et un accueil informel.

Cette structure nous permet aussi d'intervenir hors des murs, au cas par cas selon les besoins et la situation, et dans des lieux de scolarisation et de formation. Il arrive d'ailleurs que les enseignants soient très surpris de la dimension suicidaire que manifestent les jeunes.

Des expériences comme « l'Espace paroles » du collègue Jean Moulin nous semblent très importantes pour engager une implication du corps éducatif dans cette dimension de l'écoute de l'adolescent. Cela amène aussi une meilleure communication sur le réseau de professionnels, une meilleure lisibilité de celui-ci.

Compte tenu des apports des jeunes, nous avons diminué la limite d'âge de réception à 11 ans.

Nous menons également des actions de soutien aux familles à travers des groupes de paroles de parents d'adolescents. Avant de se développer, ces travaux ont été engagés à la demande de parents. 7 groupes mensuels fonctionnent actuellement.

Nous proposons aussi des formations sur la prise en charge des tentatives de suicide et sur la prévention de celles-ci. Ceci a été financé par le Programme Régional de Santé et s'adresse à toute personne pouvant être concernée par les idées ou les actes suicidaires. Ce sont des formations multi-catégorielles qui se déroulent sur huit jours.

Nous avons voulu situer l'acte suicidaire dans une perspective globale. Cela nous permet de parler de prévention et de "postvention", de travailler avec des professionnels d'autres régions pour échanger et nous nourrir mutuellement, d'avoir un langage commun et ainsi d'étayer le réseau et d'avoir une dynamique.

Un autre intérêt réside dans le fait que chacun rencontre ses propres limites mais peut s'intégrer dans le réseau de professionnels.

L'accompagnement des suicidants nécessite une articulation pré et post hospitalière, il faut que chacun se questionne pour aller vers des actions

innovantes. Cela nécessite des réflexions, de manière à ne pas séparer le "psyché" du "soma".

Notre dynamique vient enfin du fait que nous nous respectons mutuellement, il n'y a pas de hiérarchie entre nous.

Gérard CORUBLE :

Ce dernier exemple illustre parfaitement la dynamique collective. On sent un véritable programme local d'action qui intègre les différents aspects : formation, prévention, prise en charge, etc.

Echanges avec la salle

Dominique TENIO, Pédiatre, Aix-en-Provence :

Après une tentative de suicide, faut-il prévenir systématiquement le substitut du procureur ? Nous ne le faisons pas bien sûr, et pourtant l'enfant est en danger de mort.

Faut-il prévenir l'établissement scolaire dans lequel il se trouve ? On doit chercher aussi à éviter le défilé de copains les premiers jours qui suivent la tentative, mais il faut, je crois, prévenir l'établissement et tous les acteurs du réseau, pour que le suivi puisse s'engager.

Quel est votre sentiment sur ces points, Monsieur BOURCET ?

Stéphane BOURCET :

Dans tous les cas je crois qu'il ne faut pas craindre la rencontre, parce que c'est à ce moment que l'on va interpeller les partenaires de la prise en charge. Je n'irai pas jusqu'au procureur de la république, sauf cas exceptionnels.

La première rencontre doit définir ce sur quoi on peut compter en matière d'étayage parental, sachant que le problème majeur est la culpabilisation de ceux-ci, qui risquent du coup de banaliser l'acte.

De là doit se mettre en place le cadre, avec l'omnipraticien et le médecin scolaire notamment.

Gabriel PIGNOLY :

Si l'enfant est hospitalisé deux ou trois jours, on peut rencontrer beaucoup plus facilement les parents pendant et après. Ils sont dans leur peur et leur culpabilité, mais - ou "donc" - très disponibles. L'aspect dramatique de l'hospitalisation révèle l'importance de la rencontre avec des professionnels.

Si nous voyons les parents aux urgences, ils acceptent l'hospitalisation de leur enfant.

Stéphane BOURCET :

L'adolescent a besoin de voir ses parents, et il a aussi besoin de voir que nous voyons ses parents. D'ailleurs, nous voyons maintenant ceux-ci bien plus souvent que lors des premiers temps de l'ouverture du centre.

Rémy SEBBAH, URML PACA :

Avez-vous développé une démarche qualité avec évaluation par auditeurs externes ? Si oui, lesquels et selon quels critères qui permettent à vos organisations de montrer leur efficacité et leur pertinence ?

Michèle BLANC-PARDIGON :

C'est un point auquel nous avons effectivement réfléchi.
Nous avons le questionnaire de qualité de vie pour les mineurs que nous a présenté Pascal AUQUIER.

Nous utilisons par ailleurs un questionnaire "maison", élaboré avec des professionnels de santé publique, pour une évaluation au long cours.

Mais nous rencontrons des difficultés à exploiter les données, par manque de moyens d'une part et d'autre part par manque de possibilité de chaînage avec les outils de la structure hospitalière, notamment le PMSI.

Nous n'avons finalement que des moyens parcellaires d'évaluation.

Une intervenante :

Le fait de faire intervenir un ensemble de partenaires-acteurs autour de l'adolescent suicidant n'est-il pas en paradoxe avec le secret professionnel ?

Stéphane BOURCET :

On ne peut pas se réfugier derrière le secret médical. Par rapport au Code de déontologie et au Code pénal, on va évidemment trahir le secret dans l'intérêt du patient.

En ce qui me concerne, je viole le secret médical à longueur de journée, étant entendu que les écoutes particulières doivent quant à elles être inviolables, évidemment.

Ce sont deux prises en charge différentes et complémentaires.

CONCLUSIONS DU COLLOQUE

Gérard CORUBLE :

Trois éléments résument les grands axes de la prévention, de la prise en charge et de la dynamique collective concernant le suicide des jeunes.

Tout d'abord la communication, avec notamment l'écoute que l'on doit porter aux adolescents, et entre les professionnels.

Ensuite le respect et la confiance, indispensables au bon fonctionnement d'un réseau.

Enfin l'attention et la vigilance, qui doivent être permanentes dans les différentes pratiques.

Jean-Louis SAN MARCO :

A titre de remerciement au CRES et à la Région qui ont organisé cette journée, je soulignerai simplement certaines choses qui me paraissent très importantes.

Ils ont tout d'abord osé exposer un problème qui encore aujourd'hui est trop fréquemment tabou.

Le fait que dans la thématique du suicide ce soit la prévention qui ait été mise en avant est aussi un élément nouveau. Cela signifie que nous avons accepté de reconnaître les deux temps du geste suicidaire : le temps brutal, violent, qui bien entendu échappe à toute prévention, et le temps de la préparation.

Nous devons apprendre à reconnaître ce dernier. Nous avons ici pris la mesure de la fragilité nécessaire de l'adolescence : les repères salutaires de l'enfance sont évanouis - les parents ont perdu leur valeur, sont devenus sans signification -, et les nouveaux repères sont encore absents.

Nous avons su présenter des outils nécessaires pour travailler sur cette période, comme la reconnaissance de la parole, savoir dire et plus encore savoir écouter.

Vis-à-vis de ces souffrances, nous n'avons qu'une chose à donner et à apprendre aux enfants : le respect d'eux-mêmes. Notre charge à tous est d'apprendre à un adolescent la valeur qu'il a. Il ne s'agit pas de "sortir les violons", mais d'exiger qu'ils expriment leur valeur.

Rappelons enfin nos objectifs :

Réduire la mortalité de la deuxième vague en sachant reconnaître le drame que représente une tentative de suicide quelle qu'elle soit.

Réduire le taux de suicides. Il est important de dire aujourd'hui que nous avons notre part de responsabilité, au sens péjoratif, dans ce taux existant. Osons prendre la responsabilité de vouloir le réduire.

Rencontrons-nous encore, plus tard, pour constater si cette journée, avec toutes ses rencontres et ses échanges, aura réussi à marquer un début d'action qui devra alors être mesurée.

ANNEXES

Intervention de Pascal Auquier,

Professeur de santé publique,
Laboratoire de santé publique,
Faculté de médecine, Marseille

Les adolescents partenaires de l'évaluation en santé



Le paradoxe français

Pr. P. Auquier

*Dr. MC. Siméoni, A. Clément,
M. El Khammar, C. Sapin, Pr. JL. San Marco*

*Service de Santé Publique
Faculté de Médecine -Marseille*

Colloque Suicide des Jeunes
Marseille Novembre 2001

Situation du problème

- Mortalité élevée dans 2 tranches d'âge
- TS en France > Europe
- Suicides, TS, Accidents « renvoient au mal-être des adolescents » HCSP 97
- Situation Régionale
 - 20-30% jeunes : idée de suicide
 - 5-13% jeunes ont fait une TS
- Limites des indicateurs classiques dans le champ de la santé et des politiques développées

Que faire ?

- En aval : organisation de la prise en charge en réseau
- En amont
 - Rien
 - Approche plus qualitative basée sur les perceptions des adolescents par analogie aux stratégies déjà proposées chez l'adulte
 - décrire des états de santé
 - évaluer des stratégies de soins ou de prévention
 - **prédire évolution**

Santé perçue

Qualité de Vie liée à la Santé

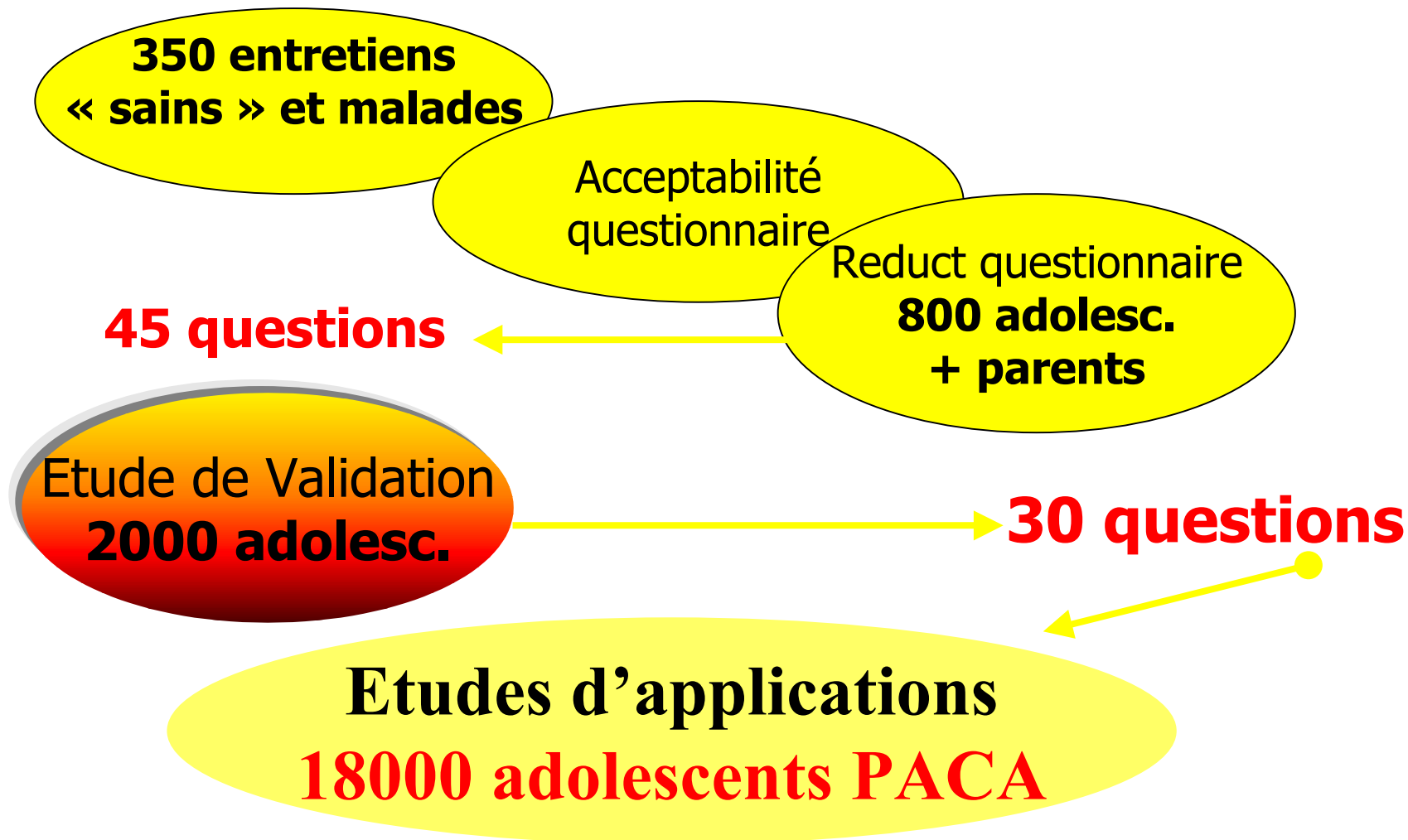


- Questionnaires élaborés à l'étranger
- France 96 : 0 questionnaire disponible pour les pré-adolescents et adolescents
- Construire et valider un indicateur
 - basé sur le point de vue des 10-17 ans pop. malade et en bonne santé
 - prenant en compte différents aspects
 - auto-administré

VSP-A



Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent



VSP-A

- auto-questionnaire 30-35 questions
- 7 dimensions de 0 à 100
 - Bien être psychologique
 - Bien être physique : Energie / Vitalité
 - Activités de loisirs
 - Relations amicales
 - Relations avec les parents
 - Vie scolaire
 - Relations avec le personnel soignant
 - Vie sentimentale et sexuelle

Quelles informations ?



■ Instrument de description : Discriminant

	Non Malades	Malades
Bien être psychol	66,1 ± 18,7	58,3 ± 19,8
Energie-Vitalité	66,8 ± 17,4	63,2 ± 19,1
Ecole	57,4 ± 23,4	55,0 ± 23,8
Score VSP-A	60,8 ± 12,7	58,5 ± 13,5

Discrimine les populations malades : QV en psychiatrie ---

Quelles informations ?



■ Description : informations socio démo

- filles ont des niveaux de QV altérés / garçons surtout Bien Etre Psychologique
- détérioration globale QV au fil du temps de 10 à 17 ans : parents, école, BEPs, Energie
- pas lié statut socio économique de la famille
- peu lié à la structure familiale
 - taille de la fratie
 - cellule mono parentale

Quelles informations ?



- Description : informations scolaires
 - QV ZEP pas inférieur à non ZEP : sup BEPs, Amis
 - QV LE Prof. > LE Général (sauf loisirs et école
 - fumeurs QV --
- Description : informations sociologiques
 - QV appréciée par les parents surestimée dans toutes les dimensions sauf relations amicales : sous estimation
 - QV appréciée par médecins scolaires peu corrélée à celle rapportée par adolesc. Sauf Bien Etre Physique

Quelles informations ?



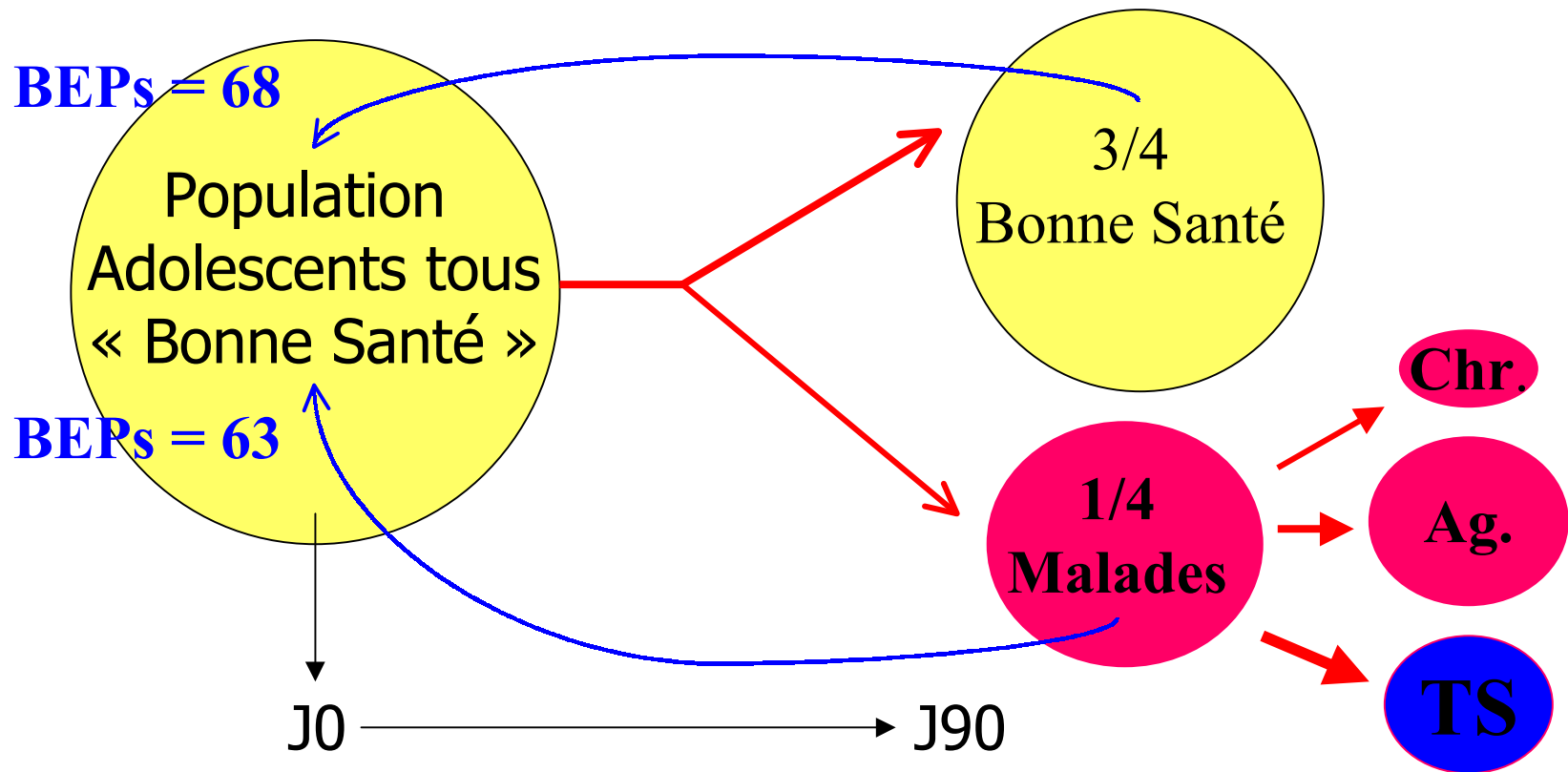
■ Instrument d'évaluation : Sensible

	Non Mal. J0	Mal. J30
BEPs	62,6 ± 18,7	55,3 ± 21,5
Energie-Vitalité	64,0 ± 18,0	55,6 ± 17,3
Score Global	59,2 ± 13,1	54,4 ± 13,2

Quelles informations ?

VSP-A

Instrument pronostique : Prédicatif



Conclusion



- Adolescent : partenaire privilégié de sa santé
- Sujet au centre du débat
- Dépister pour prendre en charge les sujets les plus vulnérables le plus précocement possible au moyen d'instrument simple d'utilisation
- Evaluer : réseau TS

Remerciements

- Conseil Régional : Baromètre Santé Jeunes
- Conseil Général
- Ville de Marseille
- OREP
- Ministère de la Santé : PHRC
- Ministère de l'Éducation Nationale : DESCO
- Union Européenne : 5^e PCR

- Le Rectorat Aix-Marseille
- Les Services de Médecine Scolaire Bouches du Rhône

Paradoxe français

- Reconnaissance de l'outil
 - traductions en Angleterre, USA, Allemagne, Espagnol, Italien
 - mais aussi arabe, roumain, polonais, serbe, bulgare, russe ... shona
- Utilisation en France ???

Intervention de Nathalie Thessier,

Praticien hospitalier,

Responsable de la cellule coordination suicide à la Fondation Lénval, Nice

CELLULE DE COORDINATION POUR LA PREVENTION DES RECIDIVES DE TENTATIVES DE SUICIDE

**Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Pr M. Myquel - Fondation Lenval - NICE**

Médecin responsable : Dr N.Thessier

HISTORIQUE

LE SUICIDE DES JEUNES : UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

- La 2^{ème} cause de mortalité des 15-24 ans
- Un pourcentage très élevé de récurrences : 30 à 40 % dans l'année

L'ANAES (Nov 99) recommande:

- 1- Orientation systématique de toute TS vers les services d'urgences
- 2- Hospitalisation de 4 à 7 jours
- 3- Organisation d'un suivi ambulatoire durant une année

Le PRS de la région PACA :

- « D'ici 2005, diminuer les récurrences de suicide chez les adolescents et jeunes adultes à environ 10% »

Cellule de coordination pour la prévention des récurrences de TS à Nice (Oct 2000)

BILAN DES ACTIVITES à 1 an

1- Travail de coordination avec les équipes hospitalières

2- Rencontres avec les différents partenaires extra-hospitaliers

3- Consultations

- demandes entrant dans le cadre de nos objectifs
- demandes dépassant le cadre de nos objectifs

4- Information

Diffusion d'une plaquette d'information

5- Recueil de données

100 « fiches patients »

STATISTIQUES

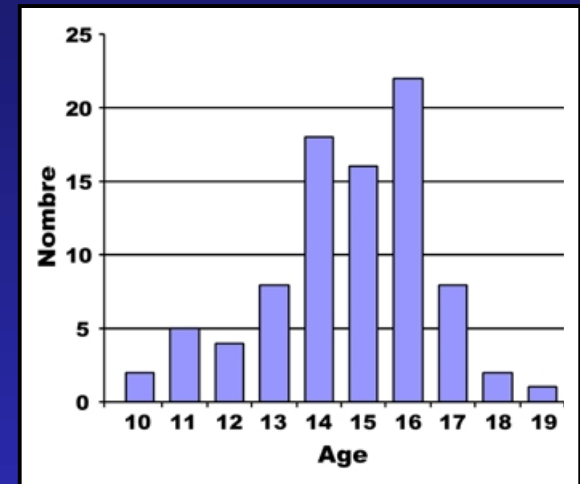
1- Population de 10 à 19 ans

2- Sex ratio : 87 filles pour 13 garçons

3- Suivi ambulatoire post hospitalisation : 60 %

4- Récidives : 30 %

- 33 % des 1^{ère} TS non prises en charge
- 56 % des 2^{ème} TS font l'objet de suivi post hospitalisation
- 44 % des 2^{ème} TS ne font pas l'objet de suivi post hospitalisation pour la majorité, il s'agit d'un refus du patient



PERSPECTIVES

- 1- Améliorer le recueil des données des adolescents échappant aux soins
- 2- Repérer et tenter d'organiser le suivi d'adolescents à haut risque de récidives
- 3- Etendre l'activité de la cellule à la tranche d'âge 18 - 25 ans
- 4- Participer à la création d'un réseau santé adolescent / jeune adulte

Intervention de Jean-Luc Jouve,

Chef de service des Urgences
pédiatriques, CHU La Timone, Marseille

**Tentative
de suicide**

**Détresse
psychologique**

```
graph TD; A[Tentative de suicide] --> C[URGENCES PÉDIATRIQUES]; B[Détresse psychologique] --> C; C --> D[Structures de soins libérales]; C --> E[Structures de soins spécialisées];
```

URGENCES PÉDIATRIQUES

**Structures de soins libérales
Structures de soins spécialisées**

URGENCES PEDIATRIQUES

- **Site privilégié de dépistage**
 - **Moment privilégié pour débiter une prise en charge**
-

- **Passage éphémère**
- **Structure peu adaptée**

Les points faibles de la prise en charge des enfants suicidants

 **Coordination intra hospitalière**

 **Coordination ville - hôpital**

Dispositions actuelles Urgences Timone Enfants

- ↘ Mise en place
d 'un dossier commun hospitalier**
- ↘ Installation
d 'une assistante sociale et d 'une psychologue**
- ↘ Organisation
d 'une astreinte de pédopsychiatre**

Résultats préliminaires

4 mois (1/7/2001 - 1/11/2001)

- **39 TS ou détresse psychologique**
 - Age moyen 12 ans
 - 15 enfants admis en horaire de garde
 - 14 enfants avaient auparavant un suivi psychologique
 - 22 bénéficient depuis d'une prise en charge psychologique

PROJET

**RÉSEAU DE SOINS VILLE - HÔPITAL
SUICIDE ET MAL ÊTRE PSYCHOLOGIQUE**

INTERVENANTS

- DDASS
- URML
- ADPU
- AP- HM
- Hôpital Saint Joseph
- CMP agglomération de Marseille
- Centre de consultation pour adolescents
- IMAJE
- TGI de Marseille

OBJECTIFS

- **Dossier médical commun**
- **Développement de procédures réseau**
- **Développer la communication entre les intervenants**
- **Assurer une formation**
« *Prise en charge des tentatives de suicides* »

ÉQUIPE D'ANIMATION

- 1 médecin
- 1 psychologue
- 1 assistante sociale
- 1 médecin spécialiste en démarche qualité
 - Comité de pilotage
 - Conseil scientifique
 - Commission d'experts

ROLES DE L 'EQUIPE D 'ANIMATION

CENTRALISER LES DONNÉES HOSPITALIÈRES

- Hôpital Timone Enfants**
- Hôpital Nord**
- Hôpital Saint Joseph**

**Extension du fichier commun
à l 'ensemble des structures hospitalières**

ROLES DE L 'EQUIPE D 'ANIMATION

ASSURER LA PRISE EN CHARGE À LA SORTIE

- Médecin traitant**
- Médecin spécialiste**
- CMP**
- Médecine scolaire**
- Assistante sociale**

Vérifier la réalité de la prise en charge

ROLES DE L 'EQUIPE D 'ANIMATION

**Mise à disposition du fichier
aux différents intervenants**

**Fichier disponible 24 heures / 24 au service des urgences
sur appel téléphonique**

ROLES DE L 'EQUIPE D 'ANIMATION

ASSURER LA FORMATION

- Médicale**
 - Médico sociale**
 - Juridique**
-
- Journées de formation assurées par les experts du réseau**
 - Développement d 'un site informatique destiné aux professionnels de santé**