

**UNIVERSITE PARIS VAL-DE-MARNE  
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL**

\*\*\*\*\*

**ANNEE 2002**

**N°**

**THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE  
DOCTEUR EN MEDECINE  
Discipline : Médecine Générale**

\*\*\*\*\*

**Présentée et soutenue publiquement le : 11 septembre  
2002**

**à BOBIGNY ( PARIS XIII )**

**Par BARNEFF Hélène**

**Née le 27 août 1959 à Neuilly-sur-Seine**

\*\*\*\*\*

**TITRE : ETUDE COMPARATIVE DES FILIERES DE SOINS  
A L'ISSUE DES TENTATIVES DE SUICIDE  
RECUES DANS LES SERVICES D'URGENCES.**

**PRESIDENT DE THESE :**

**M. le Professeur J.L POURRIAT**

**UNIVERSITAIRE**

**LE CONSERVATEUR DE LA**

**BIBLIOTHEQUE**

**DIRECTEUR DE THESE :**

**M. le Professeur D. PATERON**

**Signature du  
Président de thèse**

**Cachet de la bibliothèque  
universitaire**

**A monsieur le Professeur Pourriat  
qui m'a fait l'honneur d'accepter  
la présidence de cette thèse.**

Mes sincères remerciements

**A Monsieur le Professeur Pateron**

qui m'a fait l'honneur de diriger cette thèse

**Avec mes sincères remerciements pour sa**

disponibilité et son aide dans l'élaboration  
de ce travail.

A Monsieur le Professeur Wolf  
qui m'a fait l'honneur d'accepter d'être  
membre du jury de thèse.

Mes sincères remerciements.

A Monsieur le

A Raphaëlle, avec tout mon amour.

**A ma mère et ma sœur, pour leur soutien et leur confiance**  
**pendant toutes ces années**  
Avec toute mon affection

**Mes remerciements à Madame Girod  
pour son aide dans le travail de mise en page.**



**Je remercie les Docteurs Mongour,**

Cordier et Miche pour la confiance  
qu'ils m'ont accordé pendant mes années  
de remplacement.

## **TABLE DES MATIERES**

<b>I INTRODUCTION</b>	<b>p 15</b>
-----------------------	-------------

<b>II METHODOLOGIE ET OUTIL D'EVALUATION</b>	<b>p 20</b>
--	-------------

1) La méthodologie	p 21
--------------------	------

2) L'outil d'évaluation	p 25
-------------------------	------

<b>III LES RESULTATS</b>	<b>p 29</b>
--------------------------	-------------

<b>A- Résultats concernant les patients vus aux urgences de l'hôpital JEAN VERDIER</b>	<b>p 30</b>
--	-------------

<b>B- Comparaison des résultats de l'hôpital Jean Verdier avec les données colligées dans les 77 centres représentatifs des services d'urgences</b>	<b>p 46</b>
---	-------------

<b>C- Etude de l'influence de l'ouverture d'une unité d'hospitalisation de courte durée sur la prise en charge des tentatives de suicide (comparaison des résultats de 1999 et 1995)</b>	<b>p</b>
--	----------

**IV ANALYSE ET DISCUSSION** p 61

**V CONCLUSION** p 73

**VI BIBLIOGRAPHIE** p 74

**VII ANNEXE I : le questionnaire** p 84

**VIII ANNEXE II : activité générale de l'U H C D** p 92

**IX ANNEXE III : la convention liant l'hôpital Jean Verdier  
et le C H S de ville Evrard** p 98

## **LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES**

<b>LA REPARTITION PAR SEXE</b>	p 31
<b>LA REPARTITION PAR TRANCHES D'AGES</b>	p 32
<b>LES HORAIRES DE CONSULTATION</b>	p 33
<b>LES ANTECEDENTS DE TENTATIVE DE SUICIDE</b>	p 34
<b>LE SUIVI PSYCHIATRIQUE ANTERIEUR</b>	p 35
<b>LES TRAITEMENTS PSYCHIATRIQUES ANTERIEURS</b>	p 36
<b>LES MOYENS UTILISES POUR LA TENTATIVE DE SUICIDE</b>	p 37
<b>L'AVIS PSYCHIATRIQUE AUX URGENCES</b>	p 38
<b>L'ORIENTATION A PARTIR DES URGENCES</b>	p 39
<b>LE NOMBRE D'ENTRETIENS AVEC LE PSYCHIATRE PENDANT L'HOSPITALISATION</b>	p 40
<b>LA DUREE D'HOSPITALISATION</b>	p 41
<b>L'ORIENTATION DES PATIENTS A LA SORTIE</b>	p 42
<b>LES TRAITEMENTS PROPOSES A LA SORTIE</b>	p 43
<b>LE DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE</b>	p 44
<b>L'EVALUATION DU GESTE D'UN POINT DE VUE SOMATIQUE</b>	p 45

<b>LA REPARTITION PAR SEXE</b>	p 47
<b>L'AGE MOYEN</b>	p 48
<b>LES ANTECEDENTS DE TENTATIVE DE SUICIDE</b>	p 49
<b>LE SUIVI PSYCHIATRIQUE</b>	p 50
<b>LE MOYEN UTILISE POUR LA TENTATIVE DE SUICIDE</b>	p 51
<b>LES LIEUX D'HOSPITALISATION</b>	p 52
<b>LA DUREE D'HOSPITALISATION</b>	p 53
<b>L'ORIENTATION A LA SORTIE</b>	p 54
<b>LE DIAGNOSTIC PSYCHIATRIQUE RETENU</b>	p 55
<b>LA REPARTITION PAR SEXE</b>	p 57
<b>LES HORAIRES DE CONSULTATION</b>	p 57
<b>L'AVIS DONNE PAR UN PSYCHIATRE AUX URGENCES</b>	p 58
<b>L'ORIENTATION DES PATIENTS A PARTIR DES URGENCES</b>	p 58
<b>LES HOSPITALISATIONS PROPOSEES</b>	p 59
<b>LA CONSULTATION AVEC LE PSYCHIATRE PENDANT L'HOSPITALISATION</b>	p 60

## **I - INTRODUCTION**

**Les suicides et tentatives de suicide sont un phénomène de société préoccupant(6).**

**Les données actuelles font état de 12000 suicides par an en France (1) (15).**

**Pour mémoire en 1997 environ 11000 décès ont été enregistré comme suicide soit 2,1 % de l'ensemble de causes de décès en France (1).**

**Le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans et la première cause de mortalité chez les 25-34 ans (1) (38).**

**Le taux de la récurrence de la tentative de suicide est de l'ordre de 35 % à 45% (39); taux en constante augmentation chez les adolescents et les adultes jeunes.**

**Les tentatives de suicides sont estimées à plus de 160000 chaque année (avec une fourchette comprise entre 130000 et 180000) (1) (33).**

**La constatation de ces chiffres est suffisamment alarmante pour que les pouvoirs publics décident en 1998 de la mise en place d'un programme national de prévention du suicide, axé sur les jeunes adultes et les adolescents dont l'objectif est de faire passer en trois ans le taux de suicide en dessous de la barre symbolique des 10000 morts par an.**

**Ce programme a consisté en l'élaboration d'un certain nombre de recommandations professionnelles concernant la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide (34).**

**Les patients auxquels s'adressent ces recommandations se situent dans une tranche d'âges de 11 à 20 ans, pouvant être étendue à 25 ans.**

**En effet, des études ont montré (3) (31) (32) , en particulier chez les adolescents, qu'une fraction importante des patients suicidaires n'est pas hospitalisée, d'où l'intérêt d'une surveillance des tentatives de suicide en médecine générale. Selon les**



**chiffres rapportés le réseau sentinelle des médecins généralistes, 72000 tentatives de suicide auraient été prises en charge par les médecins généralistes en 2000, soit environ une tentative sur deux (21).**

**La prise en charge des tentatives de suicide par les services d'urgences hospitalières est comprise entre 120000 et 154000 (1).**

Les services d'urgences sont le lieu privilégié d'accueil des tentatives de suicide. Les suicides et tentatives de suicide posent le double problème :

- de la prise en charge du patient du point de vue de l'évaluation immédiate du pronostic somatique,
- et de l'orientation et de l'accompagnement psychiatrique du patient dans le cadre de la prise en charge hospitalière, que celle ci se fasse au sein du service des urgences ou dans une unité d'hospitalisation.

Si l'organisation de la prise en charge du problème somatique semble relativement similaire d'un hôpital à l'autre, celle liée à la prise en charge du problème psychiatrique reste très diverse. Elle dépend notamment :

- de la présence ou non d'une structure psychiatrique avec possibilité avoir accès à des lits d'hospitalisation dans l'hôpital accueillant,

- de la possibilité de faire appel 24 heures sur 24 à une équipe de soignants spécialisés en psychiatrie dont le travail en collaboration avec les services d'urgences, permet d'apporter une réponse rapide à l'urgence psychiatrique. Cette réponse est obligatoire selon les décrets sur les urgences.
- de la possibilité de lits d'hospitalisation dans le cadre d'une unité d'hospitalisation de courte durée.

**Le travail que nous avons réalisé a pour but :**

- **de décrire l'organisation des soins pour les malades après une tentative de suicide admise dans un service d'urgences adulte ayant une accréditation d'unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU).**

**L'absence de service de psychiatrie au sein de l'hôpital a été l'occasion de développer depuis de nombreuses années un partenariat avec la psychiatrie de secteur(2).**

- de comparer les données recueillies au sein de l'UPATOU avec celles concernant une étude représentative du fonctionnement des services d'urgences au niveau national.

Notre analyse est complétée par une étude longitudinale sur l'hospitalisation des malades vus aux urgences pour tentative de suicide en comparant deux périodes entre lesquelles une unité d'hospitalisation de courte durée des urgences a été créée au sein de l'UPATOU (22).

Ce travail n'avait pas pour but d'apprécier la qualité de la filière ni d'apporter des éléments explicatifs sur les tentatives de suicides vues aux urgences.

## **II - METHODOLOGIE ET OUTIL D'EVALUATION**

### **a) La méthodologie**

Il s'agit d'une étude prospective menée sur une période de deux mois, avril et mai 1999, portant sur un questionnaire concernant les tentatives de suicide admises dans le service des urgences de l'hôpital Jean Verdier de Bondy et leurs filières de soins.

L'hôpital Jean Verdier est situé à Bondy dans le département de la Seine saint Denis ; hôpital rattaché à l'assistance

publique des hôpitaux de Paris, dont le secteur géographique sanitaire regroupe six villes : Bondy, Les Pavillons sous Bois, Villemomble, Romainville, Rosny sous Bois et Noisy le Sec.

Le nombre de passages annuel au site des urgences de l'hôpital est de 24750 pour l'année 2000 soit 68 patients par jour (annexe II).

Le service des urgences de l'hôpital Jean Verdier forme une fédération dont les différentes activités sont représentées par : la médecine adulte, la chirurgie adulte, la pédiatrie, la chirurgie infantile et les urgences médico-judiciaires.

Seule l'activité adulte(sans les urgences médico-judiciaires) a été prise en compte dans cette étude.

Une des particularités de l'hôpital Jean Verdier est de travailler en relation avec le centre d'accueil et de crise de Bondy qui est une structure de soins psychiatrique de secteur composée d'une équipe d'infirmiers, de psychologues et de médecins psychiatres.

Le partenariat entre l'hôpital et le centre de crise se caractérise par la possibilité sur simple appel téléphonique de faire intervenir un médecin psychiatre et un infirmier dans le cadre de l'urgence et/ou ultérieurement pendant l'hospitalisation et/ou en consultation externe (annexe III).

L'hôpital s'est par ailleurs doté au en décembre 1998 d'une unité d'hospitalisation de courte durée. Cette unité dispose de 10 lits et a pour mission de recevoir les patients vus dans le cadre des urgences adultes quelle que soit leur pathologie.

Nous avons dans un premier temps exploité les données chiffrées recueillies à partir de patients successifs admis pour tentative de suicide dans l'UPATOU de l'hôpital Jean Verdier.

Dans un deuxième temps nous avons comparé ces données avec les résultats obtenus dans l'étude réalisée à la même période sur l'initiative du groupe d'étude sur les tentatives de suicide dans les services d'urgences (GETSSU). Cette étude que nous appellerons groupe contrôle a été menée dans 77 centres de service d'urgences répartis sur toute la France ; ce qui représente un nombre total de passages aux urgences égal à 3687.

Seuls certains items ont été renseignés. Ils ne représentent donc pas la totalité du questionnaire établi à l'hôpital Jean Verdier (annexe I).

Ont été pris en compte :

- les données concernant le patient
- les lieux d'hospitalisation
- la durée d'hospitalisation
- le nombre d'entretiens avec le psychiatre
- l'orientation des patients à la sortie
- le diagnostic psychiatrique retenu

Enfin nous avons étudié l'influence de l'ouverture d'une unité d'hospitalisation de courte durée sur la prise en charges des tentatives de suicide.

Pour ce faire, nous avons comparé les résultats de l'étude menée à Jean Verdier en 1999 aux résultats d'une étude rétrospective réalisée en mai et juin 1995 dans ce même hôpital (22). Seul le critère tentative de suicide a été retenu pour la comparaison. Ce qui représente un total de 76 patients vus aux urgences pour tentative de suicide.

L'hôpital ne possédait pas d'UHCD en 1995. Les patients étaient admis dans différents services de médecine disposant chacun de quelques lits « porte ».

L'hôpital Jean Verdier s'est doté au mois de décembre 1998 d'une unité d'hospitalisation de courte durée qui permet l'accueil de patients issus des urgences.

## b) L'outil d'évaluation

### 1°) A l'hôpital Jean VERDIER

Le recueil des données a été établi à partir d'un questionnaire composé de 7 thèmes principaux regroupant chacun un certain nombre d'items sur 50 dossiers consécutifs :

- I) Les critères d'inclusion, prenant en compte toute tentative de suicide avouée ou suspectée, examinée aux urgences, à l'exclusion des conduites addictives, des automutilations répétées et des refus de s'alimenter.

## II) **L'horaire d'admission**

- III) Les données concernant le patient regroupant :

- Le sexe
- L'âge
- L'existence ou non d'un antécédent de tentative de suicide
- L'existence ou non d'un médecin traitant
- L'existence ou non d'un suivi psychiatrique
- L'existence antérieure d'un traitement psychotrope
- Le ou les moyens utilisés pour la tentative de suicide

- IV) Le devenir du patient accueilli aux urgences et son mode de prise en charge regroupant :

- L'existence ou non d'un avis psychiatrique aux urgences
- Le choix de la filière d'orientation vers l'hospitalisation sur place, le transfert ou la non-hospitalisation.

V) **Le devenir des patients non hospitalisés**

**Le patient a-t-il été adressé à son médecin traitant, à un psychiatre, à un CMP.**

VI) **Le devenir des patients hospitalisés sur place** regroupant :

- La durée moyenne d'hospitalisation
- Le nombre d'entretiens avec le psychiatre
- L'existence ou non d'une ordonnance de sortie
- L'orientation éventuelle à la sortie vers une structure de soins

VII) **Le diagnostic retenu par le psychiatre à l'issue de la consultation aux urgences**

2°) **Dans les 77 centres d'urgences**

Les données ont été recueillies à partir des items concernant :



- I) Les données sur le patient
  - La répartition par sexe
  - L'âge moyen
  - Les antécédents de tentative de suicide
  - Le suivi psychiatrique
  - Le moyen utilisé pour la tentative de suicide
  
- II) Les lieux d'hospitalisation
  
- III) La durée d'hospitalisation
  
- IV) L'orientation a la sortie
  
- V) Le diagnostic retenu par le psychiatre

3°) Pour la comparaison des résultats des études de 1999 et 1995 à l'hôpital Jean Verdier

Ont été retenus les items suivants :

- I) La répartition par sexe
  
- II) Les horaires de consultation
  
- III) L'avis donné par un psychiatre aux urgences
  
- IV) L'orientation des patients à partir des urgences

V) L'hospitalisation proposée

VI) La consultation avec la psychiatre pendant l'hospitalisation

### **III - LES RESULTATS**

**A-RESULTATS CONCERNANT LES  
PATIENTS  
VUS AUX URGENCES DE JEAN VERDIER**

**B-COMPARAISON DES RESULTATS DE  
L'HOPITAL  
JEAN VERDIER AVEC LES DONNEES COLLIGEEES  
DANS LES 77CENTRES REPRESENTATIFS DES  
SERVICES D'URGENCES**

## **C- Etude de l'influence de l'ouverture d'une unité d'hospitalisation de courte durée sur la prise en charge des tentatives de suicide (comparaison des résultats de 1999 et 1995)**

### **La répartition par sexe**

	1995	1999
Femmes	65%	66%
Hommes	35%	34%

Tableau n° XXV: la répartition par sexe

Le premier item comparé concerne la répartition par sexe avec des chiffres extrêmement similaires, puisque 65% des tentatives de suicide en 1995 étaient le fait des femmes et 66% en 1999.

### **Les horaires de consultation**

	1995	1999
9H à 18H	40%	40%

18h à 9 h	60%	60%
-----------	-----	-----

Tableau n° XXVI: les horaires de consultation

La comparaison des horaires de consultation fait apparaître des chiffres identiques de 60% de patients vus entre 18 heures et 9 heures du matin pour les deux études.

### **L'avis donné par un psychiatre aux urgences**

	1995	1999
Avis du psychiatre	81,60%	80%
Sans avis	18,40%	20%

Tableau n° XXVII: l'avis donné par le psychiatre aux urgences

L'intervention d'un psychiatre pour avis aux urgences représente 81,6% des patients en 1995 pour 80% en 1999. Ces chiffres permettent de souligner l'importance d'un partenariat entre les services d'urgences et la psychiatrie de secteur.

### **L'orientation des patients à partir des urgences**

	1995	1999
Hospitalisation	53%	78%
Non hospitalisés	47%	22%

Tableau n° XXVIII: l'orientation des patients à partir des urgences

Pour ce qui concerne l'orientation et les filières de soins proposées à partir des urgences, l'analyse comparative des chiffres montre que 47% des patients n'ont pas été admis en 1995, alors que seulement 22% ne le sont pas en 1999

### **Les hospitalisations proposées**

	1995	1999
UHCD		52%
Service de médecine	40%	10%
Réa	4%	4%
Transfert en hôpital psy	17%	12%

Tableau n° XXIX: les hospitalisations proposées

40% des patients ont bénéficié en 1995 d'une hospitalisation en service « porte », alors que 52% des patients a pu être hospitalisé en UHCD en 1999 et 10% dans des services de médecine ; soit un total de 62% d'hospitalisation. 17% étaient dirigés vers un hôpital psychiatrique en 1995 et 12% en 1999.

Les hospitalisations en réanimation représentaient 4% dans les deux études.

### La consultation avec un psychiatre pendant l'hospitalisation

	1995	1999
Avec consultation	18%	67%

Sans consultation	82%	33%
-------------------	-----	-----

Tableau n°XXX: la consultation avec un psychiatre pendant l'hospitalisation

18% des patients en 1995 ont eu un entretien avec un psychiatre au cours de leur hospitalisation, alors que 67% des patients ont été vu au moins une fois durant leur séjour en 1999.

## **IV - ANALYSE ET DISCUSSION**

Cette étude portant sur la filière de prise en charge des malades suicidant accueillis aux urgences des hôpitaux, a permis de mettre en évidence un certain nombre de résultats concernant l'hôpital Jean Verdier qui sont en adéquation avec les résultats nationaux et ceux de la littérature (1) (13) (29).

Pour ce qui concerne le profil des malades,

Il s'agit :

- d'une prédominance féminine (66%)
- d'un âge moyen jeune et,
- d'une très nette prédominance de l'intoxication médicamenteuse, soit seule, soit associée à une autre agression type phlébotomie, comme moyen de la tentative de suicide.

L'utilisation du médicament comme moyen privilégié peut être mis en parallèle avec les données concernant l'augmentation croissante de la consommation des psychotropes dans la population générale (14) (20).

Il est à noter que la population accueillie à l'hôpital Jean Verdier est jeune (58% des patients ont entre 15 et 34 ans) et que l'on ne retrouve pas le type du sujet âgé constaté dans plusieurs études



récentes (10) (15). Ceci est probablement lié aux données démographiques de la Seine-Saint-Denis et à l'image pédiatrique de l'hôpital Jean Verdier qui créent un biais de sélection probable sur l'âge des patients.

Ces données corroborent cependant des études déjà effectuées (1) (11) (31) et mettent en avant le problème des adolescents et des jeunes adultes face au suicide, avec un taux de mortalité de 800 jeunes de 15 à 24 ans par an en France, et environ 140000 concernés par une tentative de suicide.

Le programme de prévention contre le suicide chez les adolescents est donc une priorité absolue afin de prévenir et dépister les « facteurs de risque » et signes avant-coureurs du geste suicidaire. Cependant, il n'en demeure pas moins que la prévention se pose à une échelle plus générale.

Les antécédents de tentative de suicide dans la population observée font apparaître que près de la moitié des personnes admises dans les services d'urgences ont au moins un antécédent de tentative de suicide. Chiffre probablement sous-estimé si l'on tient compte d'une part des personnes marginalisées (7) donc exclues des filières de soins et d'autre part des réticences encore actuelles à parler du suicide (19) (32), soulevant un double problème :

- celui de la fréquence des récurrences (36) (39),
- et celui de la prise en charge et du suivi avant l'admission (3) (4).

En effet, environ 40% d'entre eux bénéficiait déjà d'un suivi (l'étude n'ayant cependant pas permis de déterminer le mode de prise en charge antérieure à savoir : médecin traitant, psychiatre traitant, CMP, et la régularité du suivi).

**En ce qui concerne l'orientation des patients hospitalisés, un faible pourcentage de patients (< à 10 %) est orienté vers les services de psychiatrie.**

**Ceci est à mettre en relation avec le très fort taux de diagnostics de crise circonstancielle observée chez ces malades nécessitant rarement une hospitalisation en service spécialisé.**

En effet, au regard des diagnostics posés par les psychiatres, le diagnostic de crise circonstancielle est retenu dans 46% des cas et la dépression dans 38% des cas.

Ces résultats font apparaître que la prise en charge des tentatives de suicide passe avant tout par l'accueil dans les services d'urgences et les UHCD ou les services « porte » dont ils dépendent ; corroborant les résultats d'une étude menée en 1999 (38) dans 57 services d'urgences situés dans 43 départements français, faisant état de 33000 patients admis annuellement pour tentative de suicide dans ces 57 sites.

Une pathologie psychiatrique plus « lourde » n'étant que peu souvent retenue, il conviendrait de définir des signes d'alarme associés à la crise suicidaire, celle-ci étant définie comme : une crise psychique dont le risque majeur est le suicide.

Les recommandations sur la crise suicidaire (6) (34) ont permis de définir les premières attitudes à adopter :

- chez l'adolescent, créer un climat d'empathie avec le jeune qui va permettre son accompagnement vers les professionnels de l'établissement, la famille et le médecin traitant ; utiliser les réseaux spécialisés existants.
- chez l'adulte, l'entourage proche doit essayer d'établir un lien et une relation de confiance en adoptant une attitude de bienveillance, d'écoute, de dialogue et d'alliance qui favorisera le recours aux réseaux d'aide et de soin.
- Chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques avérés, prendre contact avec le ou les thérapeutes habituels, assurer la sécurité par rapport à des objets ou médicaments dangereux.

Si ces premières attitudes ont le mérite de prendre en compte la nécessité d'une attitude d'écoute vis à vis de la crise psychiatrique, il n'en demeure pas moins que la sollicitation de l'entourage pour permettre une accession à un mode de prise en charge reste contingente à différents facteurs socio économiques et familiaux tel que :

- L'intégration à un milieu socio professionnel

- L'existence d'un entourage familial proche
- L'existence et la qualité de l'écoute
- L'acceptation par le sujet de dire « son malaise »
- La possibilité offerte aux différents intervenants potentiels de comprendre, déceler les signes pouvant conduire à la crise, possibilité qui passe par une information plus générale sur le suicide auprès des divers interlocuteurs que sont l'entourage, le milieu professionnel et éducatif.

La durée d'hospitalisation est courte. Plusieurs travaux ont montré qu'elle était cependant nécessaire (5) (9) (27). L'UHCD qui était créée avec les décrets de lois de 1995 puis 1997 répond bien à cette exigence (annexe III).

Ces UHCD ont été créées pour répondre à l'ensemble des malades accueillis dans les services d'Urgences. Il existe une très bonne adéquation entre le fonctionnement de ces UHCD et le type de d'hospitalisation des tentatives de suicide accueillies aux Urgences Délai qui, s'il semble en adéquation avec le pronostic somatique dans la majorité des cas ; un risque mineur ou modéré ayant été attribué pour 49 patients sur 50.

Ceci explique l'évolution du mode d'hospitalisation de ces malades qui sont pour près des trois quarts actuellement hospitalisés dans ces structures.

L'organisation de la prise en charge avec l'hospitalisation en UHCD a probablement modifié l'intervention du psychiatre au niveau des urgences (18) (37) (40).

En ce qui concerne l'hôpital Jean Verdier, il apparaît qu'un nombre important de patients sont vus ou revus par le psychiatre lors de leur hospitalisation en UHCD. Il s'agit le plus souvent d'une réévaluation

avant la sortie ( 67% des patients admis en hospitalisation ont été vus au moins une fois pendant leur séjour).

Le taux des malades vus dès leur arrivée n'étant pas significativement différent entre les deux périodes.

Ces chiffres permettent d'évaluer l'importance d'un partenariat entre les services d'urgences et les structures psychiatriques de secteur dans l'élaboration d'une prise en charge ultérieure après la sortie (27) (37).

En effet, si pour 18% des patients aucune prise en charge n'a été réalisée à la sortie, l'hospitalisation a permis à 48% d'entre eux d'être orientés vers un CMP, 12% à leur psychiatre et 12% à leur médecin traitant.

Le faible pourcentage de personnes ré adressées à leur médecin traitant peut s'expliquer d'une part par le fait d'une population plutôt jeune « recrutée » par le biais de l'étude, et donc non encore impliquée dans une structure de soin régulière, et d'autre part par le fait de la situation géographique dans laquelle se trouve l'hôpital, secteur de zones socio économiques défavorisées ou le recours au médecin traitant n'apparaît pas toujours comme une nécessité (26).

Le rôle du médecin traitant en tant qu'interlocuteur privilégié dans sa relation avec le patient apparaît comme indispensable dans

l'élaboration de la prise en charge dès les premiers symptômes et comme acteur de la continuité des soins (17) (24) (30)

Rôle d'autant plus important que selon Howland, la dépression représente près de 20% des consultations en médecine générale (16).

Une enquête réalisée en 1998 (17) sur la prise en charge d'une tentative de suicide en médecine générale auprès de 4019 médecins a permis de constater que 50% des « suicidant » étaient suivis régulièrement et que dans 77% des cas, une consultation avait eu lieu avant la tentative de suicide.

Chiffres qui témoignent de la difficulté rencontrée par les médecins généralistes à répondre de façon efficace à la demande du patient en crise en raison du manque de formation, du refus des patients d'être suivis (10 à 30% des sujets ayant fait une tentative de suicide acceptent d'être suivis), du manque de contact avec les psychiatres.

Les services d'hospitalisation de courte durée ou services « porte » doivent faire face dans la prise en charge des tentatives de suicide à un double problème :

- celui de la gestion de l'aspect somatique
- celui de la gestion de l'aspect psychologique

Si un consensus semble être établi concernant la nécessité d'une hospitalisation systématique après une tentative de

suicide chez l'adolescent (6) (34) (, cette pratique recueille des avis partagés dans le cas de l'adulte (12) (19) (25) (32) (35).

Une étude réalisée sur l'intervention de crise dans un service d'urgences bruxellois (11) a souligné l'intérêt d'une hospitalisation provisoire de 24 heures, idée également soutenue par des équipes de psychiatres franciliens.

Cette hospitalisation aurait d'une part un but thérapeutique : créer une rupture avec le milieu parfois générateur de tensions et favoriser l'acceptation du malade de sa prise en charge.

Pour certains auteurs, elle apparaît comme une marginalisation de l'individu (7), le faisant entrer dans une démarche de soins psychiatriques ne correspondant pas toujours à la situation en cause.

Par ailleurs une étude a été réalisée à Marseille (23) sur l'intérêt et l'organisation de consultations post urgences. Cette idée est née de la nécessité de poursuivre le traitement de la crise au-delà de 24-48 heures, et de trouver une réponse alternée à l'hospitalisation en psychiatrie ou à l'orientation en CMP. Elle a permis de montrer que 80% des patients pour qui un rendez-vous avait été donné ont honoré ce rendez-vous. Comme toute étude pilote, cette étude mériterait d'être confirmée dans d'autres sites.

Concernant notre enquête, il ne nous a pas été possible de savoir dans quelle proportion les personnes adressées au CMP ont effectivement pris contact, sachant que pour les patients non hospitalisés seulement quatre d'entre eux sont sortis avec un rendez-vous de consultation.

Ce résultat renforce la position de nombreux auteurs (4) (8) qui insistent sur la possibilité d'accroître la compliance des patients par diverses dispositions préalables à la sortie : planification des rendez-vous, remise des coordonnées d'un centre ou d'une équipe, respect d'un délai suffisamment court (étant considéré comme souhaitable que le patient soit revu dans un délai de deux à sept jours après sa sortie°).

Certaines études (5) montrent l'augmentation de la compliance des patients suicidants lorsque les équipes ont mis en œuvre une relance systématique (téléphone ou courrier) voire lorsqu'un suivi à domicile est proposé aux patients qui ne se présentent pas spontanément aux rendez-vous proposés

L'analyse des résultats observés, d'une part à l'hôpital Jean Verdier et d'autre part dans le groupe contrôle nous amène à un certain nombre de constatations.

Sur l'ensemble des principaux items comparés, les résultats des données colligées sur l'hôpital Jean Verdier ne sont pas significativement différents de ceux obtenus à partir du groupe contrôle

**La comparaison avec des données d'études antérieures fait apparaître que le profil des patients (sexe, age, antécédent de ts, moyen utilisé) ne subit pas de modifications. Pour ce qui concerne la prise en charge immédiate à partir des services d'urgence, les résultats actuels montrent une tendance plus généralisée à l'hospitalisation après une tentative de suicide.**

La comparaison des deux périodes 1995 et 1999 sur l'influence de la création de l'Unité d'hospitalisation de courte durée sur la prise en charge effective du suicide, ne montre pas de modification du profil des patients ni des horaires de consultation.

L'intervention initiale du psychiatre n'est également pas modifiée puisqu'elle survient dans 80% des cas durant ces deux périodes.



L'élément le plus frappant de cette étude est l'augmentation du taux d'hospitalisations à partir des Urgences après la création de l'UHCD (annexe II).

Le taux d'hospitalisations passe de 53% en 1995 à 78% en 1999. Ce taux correspond mieux aux recommandations de la spécialité psychiatrique et à une probable meilleure prise en charge des malades.

En effet selon certains (31) (32), adresser un suicidant aux urgences est la plupart du temps préférable à toute autre disposition, que la tentative de suicide soit considérée comme sévère (tant du point de vue somatique que psychologique) ou que l'état somatique du patient ne semble pas l'imposer.

Le nombre de transferts en hospitalisation psychiatrique ainsi que celui des malades réanimatoires n'ont pas été modifiés par la création de l'U.H.C.D.

La consultation psychiatrique au cours de l'hospitalisation a été considérablement accrue pour la période de 1999, ce qui s'explique probablement par la facilité d'organisation que procure l'UHCD : un consultant pour un même lieu pour une filière donnée.

Ce type d'unité est donc un élément déterminant dans la prise en charge de ces malades par la « filière urgences » actuellement privilégiée par notre système de santé pour des raisons qui tiennent au moins autant à l'organisation qu'aux bonnes pratiques cliniques.

## **V - CONCLUSION**

Le travail que nous avons effectué sur l'étude des tentatives de suicide et les filières de soins proposées nous permet d'aboutir aux constatations suivantes :

**Le profil des patients concernés par les tentatives de suicide ne semble pas s'être modifié au cours des dix dernières années. La répartition par sexe est toujours en faveur d'une prédominance féminine. Le moyen le plus couramment utilisé est l'intoxication médicamenteuse**

**Les antécédents de tentative de suicide dans la population observée sont nombreux**

**L'accueil et la prise en charge immédiate par la « filière urgences » des personnes ayant fait une tentative de suicide restent le système de recours aux soins le plus fréquent. Ce rôle qui lui est dévolu ne peut cependant se concevoir efficacement que s'il existe une structure d'accueil**

**permettant l'hospitalisation ainsi qu'un partenariat entre les médecins urgentistes et des psychiatres de secteur.**

**La tentative de suicide est un acte complexe qui peut dans certains cas engager le pronostic vital mais qui en tout état de cause implique une prise en charge psychologique.**

**Dans notre expérience l'intervention de l'équipe psychiatrique de secteur auprès du « suicidant » apparaît comme un atout.**

**En effet elle permet de prendre en considération un certain nombre de paramètres propres à chaque individu et s'inscrire en relation avec les réseaux de soins déjà existants pour les patients ayant un suivi antérieur.**

**D'une façon générale, le recours à un avis psychiatrique dès l'accueil aux urgences se fait de façon plus systématique.**

**Le choix d'une hospitalisation après tentative de suicide est la solution adoptée dans la majorité des cas, avec une orientation privilégiée vers les unités d'hospitalisation de courte durée qui semblent jouer un rôle essentiel dans cette prise en charge.**

**Ce point est bien illustré par l'ouverture d'une U H C D au sein de l'hôpital, comme le montrent les résultats issus de la comparaison des années 1995 et 1999 pour l'hôpital Jean Verdier.**

**Le temps de séjour excède rarement 48 heures**

**Dans notre étude, l'hospitalisation a permis une consultation psychiatrique plus systématique**

**L'orientation des patients à la sortie se fait essentiellement vers un C.M.P, un psychiatre ou les médecins traitants. La prise en**

**charge fait rarement intervenir les travailleurs sociaux, les réseaux d'accueil et d'écoute généraux ou spécialisés.**

Il apparaît donc qu'une structure comme l'U H C D, même si sa fonction n'est pas d'assurer exclusivement l'hospitalisation des malades ayant fait une tentative de suicide, permet un accueil médical initial associé à une prise en charge psychiatrique. Elle donne l'opportunité de diriger le patient vers différentes structures de soins, le plus souvent ambulatoire.

Pour les personnes non hospitalisées pour diverses raisons, la mise en place d'un suivi par le biais de rendez-vous ou de courrier au médecin traitant sont insuffisants.

## **VI - BIBLIOGRAPHIE**



1. **Badeyan G, Parayre C, Mouquet M-C, Tellier S, Drages S, Ellenberg E. Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique ; Direction De La Recherche Des Etudes De L'Evaluation Et Des Statistiques, Etude et résultats avril 2001 ; n°109.**
2. Baillon G. Les urgences de la folie ; Paris ; Gaëtan Morin ; 1998 : 228 p.
3. Bargues ML. suicidants : comment repérer les risques accrus ? Panorama du médecin ; 2001 (3 mai) ; n° 4794 : p 19.
4. Bloch Janin F. La prévention du suicide est possible ; Le quotidien du médecin ; 1997 (14 mars) ; n°6027 : p 18.
5. Braconnier A. Suivi après la crise suicidaire à moyen et long terme ; Conférence de consensus « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ; Paris 19 et 20 octobre 2000.
6. Conférence de consensus ; « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » ; Paris ; 2000 ; octobre 19-20 ; Fédération Française de Psychiatrie, ANAES, Direction Générale de la Santé
7. Congrès de psychiatrie et de neurologie de psychiatrie de langue française ; Biarritz ; 1999 ; juin 13-18 ; Annales de psychiatrie 2001 ; vol 16 n°2 ; p. 61-

- 116 C Alezrah. De la ségrégation des malades mentaux à la médicalisation de l'exclusion.
8. Creminter D. La prise en charge psychothérapique des patients suicidaires ; 1998 ; Neuro-Psy ; n° sp. : p 44-47.
  9. Creminter D. Les conduites suicidaires et leur devenir ; Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Tours, 16-20 juin 1997 ; Paris : Masson, 1997.
  10. Debout M. Le suicide ; Rapport du Conseil Economique et Social ; 1993.
  11. De Clercq M. Intervention de crise au service des urgences d'un hôpital général à Bruxelles ; Psychol méd ; 1993 ; 25 : p. 509-510.
  12. De Clerq M, Hoyois P. Les antécédents de prise en charge : gage d'investissement thérapeutique ou de malédiction pour les urgences psychiatriques ; 1990 ; Annales Médico-psychologiques ; 148, 4 : p.367-377.
  13. Descrime N. Les tentatives de suicide dans les services d'accueil des urgences en France. Résultats d'une étude multicentrique, .85 f ; Th. : Med Paris 7 : 1998 : 15.
  14. Habibi Roudsari Floret. Etude rétrospective et analyse du mode de prise en charge des patients adultes présentant une tentative de suicide hospitalisés

dans une unité de très court séjour au centre hospitalier intercommunal André Grégoire, 89 f ; Th. : Med : Paris 13: 2001 : 41.

15. Hatton F., Facy F, Lefoullec A. Evolution récente de la mortalité par suicide en France ; Bul épidémiol.hebd ; 1996 ; n° 30 : p.132-134.
16. Howland R.H. General Health, health care utilization, and medical co morbidity in dysthymia; 1993; Int J Psychiatr.Med; vol 23 (3): p. 211-238.
17. Jullien M. Tentatives de suicide – Garder le contact avec son patient ; Le généraliste ; 1998 (12 juin); n° 1868.
18. Kabbach A, Fretaud M, Metivier R. Le rôle d'un centre d'accueil et de crise à Paris dans la prise en charge des suicidants ; Psychol méd ; 1993 ; 25-4 : p. 312-313.
19. Kannas S. Risque suicidaire, crise familiale ; réflexions générales et modalités d'intervention. Conférence de consensus « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » ; Paris 19 et 20 octobre 2000.
20. Lambert H, Manel J, Bellou A, El Kouch S. Morbidité et mortalité par intoxication médicamenteuse en France ; Rev Prat ; 1997 ; 47 : p.716-720.
21. Le Pont F, Letrilliert L, Trubiana L, Flabault A. Suicides : pas de vague millénariste ; Le quotidien du médecin ; 2001(18 janvier) ; n°6837.



22. Lunion P. Evaluation de l'influence de la consultation d'un psychiatre de secteur sur la prise en charge des malades dans un service d'urgence médicale. 94 f. Th: Med: Paris 13: 1996: 54.
23. Maillard F, Alsac R, Henin I, Yana A, Lafey V. Consultation post urgence en psychiatrie : intérêts et organisation Journal Européen des Urgences, n°1 – 2,mars,1,2001,p.A5/P10.
- 24. Marquet S. Evolution de la dépression en médecine générale. Exercer ; 1999 ; n°spécial : p 11-15.**
25. Marson D.C. McGovern M.P, Pomp H.C. Psychiatric decision making in the emergency room: a research overview.1998; Am J Psychiatry. 145, 8:p 918-925.
26. Martin C. La réaffirmation de la mission sociale de l'hôpital a travers la mise en place des permanences d'accès aux soins de santé. L'exemple de la seine-saint-denis. Rennes ; 2001 ; Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique 71p.
27. Martineau w. La pratique de la psychiatrie en service d'urgence. Psychiatrie française ; 1993 ; vol 24 ; n°2 : p.100-106.
28. Pequignot F, Jouglu E, Letoullec A, Bouet M. Mortalité par suicide chez les jeunes en France en 1997 et évolution depuis 1980 ; Bul épidémiol hebd, 2000 ; n°9 : p.37-40.

29. Philippe A. « Epidémiologie des suicides et des tentatives de suicide ». Neuro-psy ; numéro spécial ; avril 1998.
30. Pitois E.L, Aziz C. Suicide : qui fait appel au généraliste !. Le généraliste ; 1999 (2 février) ; n° 1916.
31. Pommereau X. L'adolescent suicidaire. Paris : Dunod, 1996 ; 238 p.
32. Pommereau X. Crise suicidaire : faut-il un suivi à court terme ? Conférence de consensus « la crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge ». Paris 19 et 20 octobre 2000.
33. Prévention des suicides et tentative de suicide : Bilans régionaux. Etat des lieux 1995-1997. Paris : Prémutam ; 1998 : p. 25-33.
34. Recommandations pour la pratique clinique. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide ANAES recommandation professionnelle 1998.
35. Roy M. Etat d'urgence (ou la psychiatrie : la sauce S.A.U.) la lettre de Psyge 1996 ; n°4.
36. Roy P. Prise en charge des suicidants : deux points faibles, le suivi et la récurrence. Le quotidien du médecin 1995 ; n° 5588 : p. 28.

37. Selletti B, Brun-Ney D, Launay C, Boulard J C, Garnier B, Petitjean F  
Orientation des patients après avis psychiatrique dans un S.A.U. Journal  
Européen des Urgences, n°1-2,mars,1,2001,p.A5/P9.
38. Staikovsky F, Descrime N. Tentatives de suicide examinées dans les services  
d'urgences en France. Résultats d'une étude multicentrique. Bul épidémiol  
hebd ;1999 ; n°51 : p.216-217
- 39. Vélin J, Beddock P. Tentatives de suicide des jeunes : 1/3 de récurrences  
dans l'année. Rev Prat.médecine générale ; 2001 ; 15-552 : p. 72-73.**
- 40. Walter M. Réflexions concernant les modalités de prise en charge des  
patients suicidant en urgence et post-urgence. 2000 ; l'information  
psychiatrique ; 76,5 : p. 541-548.**

## **VII - ANNEXE I : Le questionnaire**

## **VIII - ANNEXE II :Activité générale de l'U H C D**

**IX - ANNEXE III : La convention liant  
l'hôpital Jean Verdier et le C H S de  
Ville Evrard**

**ANNEE : 2002**

**NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : BARNEFF HELENE**

**PRESIDENT DE THESE : M. le PROFESSEUR J.L. POURRIAT**

**DIRECTEUR DE THESE : M. le PROFESSEUR D. PATERON**

**TITRE DE LA THESE : Etude comparative des filières de soins à l'issue des tentatives de suicides reçues dans les services d'urgences.**

**Résumé :**

La prévention du suicide fait partie des priorités actuelles de santé publique. L'accueil des patients ayant fait une tentative de suicide passe essentiellement par les services d'urgences. Des statistiques établies en 1993 estimaient à 137 000 le nombre de tentatives de suicide passant par les urgences.

Le but de cette étude a été d'analyser les données colligées sur une période de deux mois (mai et juin 1999) à partir d'un questionnaire sur les filières de soins tentatives de suicides admises aux urgences. Le premier temps de ce travail a porté sur l'étude des résultats de l'hôpital Jean Verdier. Dans un deuxième temps ces résultats ont été comparés avec ceux obtenus dans soixante-dix-sept centres en France pendant la même période. Enfin, nous avons étudié l'influence de l'ouverture d'une U.H.C.D en décembre 1998 à l'hôpital Jean Verdier sur les filières de soins en comparant certains des résultats de l'étude actuelle avec ceux d'une étude menée en 1995 à l'hôpital Jean Verdier sur les tentatives de suicide.

L'analyse des résultats obtenus atteste que le mode de prise en charge à partir des services d'urgences se fait dans la majorité des cas en partenariat avec des équipes de psychiatres et que la présence d'une unité d'hospitalisation de courte durée au sein de l'hôpital accueillant rend plus systématique la pratique de l'hospitalisation des tentatives de suicide.

**MOTS CLES :**

- Service Urgences
  - Tentative Suicide
- 

**ADRESSE DE L'U.F.R. : 8, rue du Général SARRAIL 94010  
CRETEIL CEDEX**

---