



# **Evaluation des modalités de prise en charge des adolescents après une tentative de suicide en Haute-Garonne**

2002

*Etude réalisée dans le cadre du PRS Santé mentale  
(groupe départemental de la Haute-Garonne)*

*Etude financée par le FNPEIS (Fond National de Prévention,  
Education et Information Sanitaire)*

**OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DE MIDI-PYRENEES**

37 allées Jules Guesde – 31073 Toulouse cedex - Tél : 05.61.53.11.46 – Fax : 05.62.26.42.40 – E-mail : orsmip@cict.fr

# Sommaire

<b>Cadre d'intervention</b> .....	2
-----------------------------------	---

<b>Rappel des objectifs et de la démarche</b> .....	7
---	---

## **CHAPITRE I**

### **Les établissements hospitaliers :**

<b>services d'urgence et services de psychiatrie</b> .....	10
--	----

Présentation synthétique des résultats .....	11
--	----

Discussion.....	24
-----------------	----

## **CHAPITRE 2**

<b>Les psychiatres libéraux</b> .....	27
---------------------------------------	----

<b>Annexes</b> .....	32
----------------------	----

    Présentation de la grille envoyée aux psychiatres libéraux

    Grille d'audit

    Présentation synthétique de la communication

    faite aux groupes départementaux

    Bulletin Spécial Jeunes

# Cadre d'intervention

L'amélioration de la qualité des soins **vis à vis des problèmes de santé mentale des jeunes est un des axes de travail prioritaires retenus dans le programme régional de santé en Midi-Pyrénées qui doit être mis en œuvre au niveau département.**

Afin de s'engager dans un processus cohérent et concerté d'amélioration du dispositif de prise en charge, le groupe départemental de la Haute-Garonne ont souhaité **« objectiver » et évaluer les modalités de prise en charge des adolescents après une tentative de suicide.** 4 principaux facteurs justifiaient cette orientation :

1. L'importance et la gravité de ce problème de santé publique qui n'est pas forcément rattaché à une pathologie sous-jacente et résulte souvent d'une souffrance psychologique qu'il faut reconnaître et prendre en charge pour en prévenir la récurrence et les répercussions affectives, scolaires, familiales ou professionnelles qui peuvent être graves.
2. Les efforts qui restent à réaliser pour tendre vers les conditions optimales de prise en charge telles que recommandées par l'ANAES.
3. La difficulté d'apprécier la situation épidémiologique dans le département en raison des limites du système d'information actuel.
4. La méconnaissance dans les modes de prise en charge dans le département liée aux caractéristiques propres de l'organisation du système de soins régional, sa complexité et ses limites.

## □ **Éléments de connaissance**

### **I. Repères épidémiologiques**

#### ➤ ***Une situation épidémiologique difficile à apprécier en Midi-Pyrénées et notamment en Haute Garonne***

Un bilan régional réalisé en 1995 a permis d'estimer à près de 2 200 tentatives de suicide qui étaient hospitalisées dans les services d'urgence des hôpitaux de la Haute Garonne (CHU, Saint-Gaudens). D'après les proportions nationales et régionales un quart de ces tentatives (soit plus de 500/an) concernerait des jeunes de moins de 25 ans. Mais les modes de recueil de ces données ne permettent pas une analyse et un suivi de cet indicateur.

Environ 10 décès par suicide pour des jeunes de moins de 25 ans sont déclarés chaque année dans le département. La sous déclaration évaluée à 20% en moyenne nationale est certainement bien supérieure en Haute Garonne. La part des causes de décès concernés et non déclarés est en effet largement supérieure à la moyenne nationale : une grande partie des suicides faisant l'objet d'une expertise médico-légale sur l'agglomération toulousaine échappe à toute déclaration.

➤ **L'importance, la gravité du problème et l'insuffisance des réponses**

Les premiers résultats du Baromètre Santé Jeunes 2000 auprès des 15-19 ans confirmaient l'importance de ce problème dans la population des jeunes et les caractéristiques des jeunes suicidants :

- 2,8% des garçons et 7,8% des filles ont fait une tentative de suicide. Parmi eux :
  - 71.7% l'ont fait une fois, 17.7% deux fois, 10.6% trois fois ou plus,
  - un suicidant sur trois a été hospitalisé, à peine un sur deux est suivi par un professionnel de santé ou un « professionnel de l'aide psychologique.

Le taux de récurrence après une tentative de suicide varie entre 10 et 40%, le risque de décès par mort violente est également très élevé (multiplié par 20 sur un suivi de cohorte sur 5 ans).

## **2 – Les éléments d'évaluation des réponses et du dispositif que l'on connaît**

➤ **L'insuffisance de l'interface : hôpital – soins extra hospitaliers**

- Une étude<sup>1</sup> sur les pratiques médicales réalisée à partir de 339 dossiers (de tout âge) accueillis aux urgences dans 4 centres hospitaliers publics dans le cadre des bilans régionaux et en particulier en Midi-Pyrénées témoignaient des difficultés pour assurer une articulation hôpital – soins ambulatoires :
- Pour de nombreux patients suivis antérieurement par un médecin traitant, il y avait rupture du suivi médical avant leur geste et les médecins ne sont pas souvent informés de l'hospitalisation de leur patient.
- La rupture entre la prise en charge hospitalière et la prise en charge extra hôpital par le médecin traitant ou par le psychiatre était fréquente entre 30% (hypothèse basse) et 50% (hypothèse haute).

➤ **La place mal définie des médecins généralistes**

A partir du bilan régional réalisé dans 5 régions dont Midi-Pyrénées plusieurs faits caractéristiques pouvaient être retenus :

- Tous les généralistes sont confrontés au problème du suicide mais de façon peu fréquente dans leur pratique. 1,7 cas par an en moyenne pour les 474 médecins enquêtés dans les 5 régions (129 en Midi-Pyrénées, échantillon représentatif). La part des jeunes de moins de 20 ans représentent moins de 10% (dont 8 filles sur 10).

---

<sup>1</sup> « Prévention des suicides et tentatives de suicide. Etat des lieux 1995-1997 »  
PREMUTAN – Assurance Maladie – Mutualité Française

- La plupart des suicidants font partie de la clientèle du médecin généraliste : le plus souvent son intervention se situe après le séjour hospitalier. Mais dans 14% des cas, les suicidants connus du médecin généraliste ont été traités à domicile et cette proportion est encore plus importante chez les moins de 20 ans, 32%.
- Les liens établis avec les autres professionnels restaient relativement pauvres (dans 2/3 des cas ils se résument à une orientation vers un psychiatre au moment de l'urgence) même si 1 médecin sur 4 était sensibilisé à une approche du suicide en terme de prise en charge continue ou de mise en réseau.
- Un des axes essentiels dégagé en terme d'attente professionnelle pour ces professionnels était le développement de procédure permettant une meilleure concertation entre généraliste et psychiatre à partir de l'hôpital, mais aussi autour de structures expérimentales qui s'attachent à l'accompagnement de publics jeunes en situation de souffrance psycho-sociale.

➤ **Les difficultés d'objectiver et analyser les « défauts de prise en charge » au regard de l'organisation de l'offre de soins en Haute Garonne**

La complexité et les insuffisances du système de soins départemental rapportées dans le schéma régional d'organisation sanitaire en psychiatrie 2001-2006 ne permettaient pas de bien apprécier la place actuelle et le positionnement des différents acteurs, face au problème des tentatives de suicide chez les jeunes et par la même rendent difficile l'élaboration des propositions d'amélioration. Témoignant de la complexité du système de soins, on retenait plusieurs éléments qui peuvent être des points forts comme des faiblesses :

- l'existence de deux pôles sanitaires déséquilibrés et de structures non sectorisées aux rôles mal définis,
- la diversité de l'offre de soins et l'importance de l'offre de soins en secteur privé : 9 établissements privés, 200 psychiatres libéraux (offre très inégalement répartie sur le département et essentiellement concentrée sur l'agglomération toulousaine),
- l'existence de 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, de structures différentes et aux actions très diversifiées,
- depuis 1996, l'ouverture du centre de crise, la mise en place d'une équipe mobile de liaison au CHU, l'autorisation d'une unité d'hospitalisation complète pour adolescents en secteur privé, la constitution du réseau adolescent pluri-sectoriel (RAP 31).

Au regard de ces constats et des questions qu'ils soulevaient, deux facteurs contribuaient à définir la faisabilité, le cadre d'intervention et ses modalités :

- **La dynamique intra départementale engagée autour du PRS et du groupe départemental**

La volonté des différents partenaires de participer à un état des lieux et une analyse des différentes modalités de réponses pour élaborer des propositions concrètes.

- **L'existence d'un cadre référentiel à travers les recommandations formulées par l'ANAES**

Ces recommandations concernent la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide, elles fournissent sur ce thème une synthèse sur les aspects cliniques et de santé publique et définissent ce qui est appropriée et ce qui ne l'est pas. Ces éléments nous permettent de dresser un état des lieux et de mettre en place une procédure d'évaluation sur les pratiques actuelles dans le département au regard de critères que l'ensemble des professionnels peuvent et doivent s'approprier pour contribuer à une amélioration de la qualité des soins et une meilleure utilisation des ressources.

A été ainsi défini un cadre d'intervention dans lequel l'Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées est chargé d'apporter une aide méthodologique pour la définition la mise en place, l'analyse de procédures d'évaluation des réponses actuellement apportées par différents professionnels dans la prise en charge des jeunes après une tentative de suicide en Haute-Garonne.

# Rappel des objectifs et de la démarche



## ❑ Objectifs

### **Objectifs principaux :**

- Evaluer les différents modes de prise en charge hospitaliers pré et post hospitaliers des adolescents après une tentative de suicide en Haute-Garonne.
- Mettre en perspective ces éléments en vue d'élaborer et diffuser des protocoles acceptables par les professionnels à relier avec les actions de formation.

### **Objectifs spécifiques :**

- Evaluer à partir des services d'urgence du département les modalités de réponses et d'orientation qui sont développées face à ce problème.
- Dégager la place actuelle et le positionnement des établissements privés et des psychiatres libéraux sur cette thématique.

## ❑ Démarche

### **Comité de pilotage**

- Mme Servat, DDASS
- Mme Cornella, CRAM
- Dr Birnes, psychiatre (CHU)
- Dr Vignes, psychiatre (hôpital des enfants)
- Dr Rossinelli, psychiatre (centre de crise)
- Dr Benssoussan, URML
- M. Perisse, cadre infirmier, correspondant ANAES (CH Purpan)
- Dr Pignal, correspondant ANAES

### **Pré-enquête auprès des différents intervenants**

(DIM, intervenants des services d'urgences, cliniques privées).

### **Phase hospitalière**

- Etablissements entrant dans la procédure d'audit :
  - Service d'admission des urgences médicales et chirurgicales du CHU
  - Service d'anesthésie, réanimation du CHU
  - Service des urgences du CH de Saint Gaudens
  - Hôpital des enfants
  - Service des urgences de la clinique de l'Union
  - Hôpital Joseph Ducuing
  - Villa Ancely
  - Cliniques psychiatriques privées (Beaupuy, Marigny)
- Grilles de recueil de données (ANAES) pour les 30 derniers dossiers (cf annexes) par le médecin épidémiologiste de l'ORSMIP et suivi d'entretiens avec les professionnels responsables.

**Prise en charge ambulatoire**

- Elaboration d'une grille de recueil avec des psychiatres libéraux validée par le Comité de Pilotage
- Enquête postale auprès des psychiatres libéraux (cf grille annexes)

**Mise en perspective et valorisation des résultats**

- Discussion autour des résultats avec le groupe départemental du PRS Haut-Garonnais (cf annexes)
- Elaboration d'un bulletin « Spécial Jeunes » (cf annexes)
- Diffusion des résultats et de la synthèse à chaque établissement

**Contenu du rapport**

- *La synthèse et la discussion des résultats de la phase hospitalière sont présentées pour l'ensemble des établissements*
- *Les résultats de l'enquête auprès des psychiatres libéraux constituent le chapitre 2 de ce rapport.*
- *Les résultats par établissement sont regroupés dans un rapport non diffusable*

CHAPITRE I

**Les établissements  
hospitaliers :**

services d'urgence et  
services de psychiatrie

## □ Présentation synthétique des résultats

### • Les services d'urgence

Sont regroupés dans cette catégorie les services du BRR Rangueil, SAU Rangueil, BRR Purpan, SAU Purpan, de l'hôpital de Saint-Gaudens, l'hôpital Joseph Ducuing et la Clinique de l'Union.

L'hôpital Joseph Ducuing a été inclus dans notre catégorie « services d'urgences » car la quasi totalité des cas comporte systématiquement une « réanimation » initiale et une prise en charge sanitaire dans le service d'urgences mais il faut garder à l'esprit que la prise en charge qui y est réalisée dépasse l'aspect « réanimation », pour inclure un début de « suivi » en service de médecine dans plus de la moitié des dossiers étudiés (séjour de plus de 24h).

(Les résultats de l'évaluation faite à l'hôpital des enfants sont présentés dans le chapitre des services de psychiatrie).

**Les moyennes d'âge** des sujets dont les dossiers ont fait l'objet de l'étude se situent autour de 18-19 ans, sauf un hôpital où elle est un peu plus élevée (21,4).

**La prédominance féminine** est nette (2/3 à 3/4 des cas).

**La durée moyenne d'hospitalisation interrogeable** est inférieure à 2 jours, sauf pour un hôpital où le séjour aux urgences peut être suivi d'un séjour en médecine, totalisant une durée moyenne de 3,5 jours.

Les tentatives de suicide des jeunes de 12 à 25 ans qui font l'objet d'une orientation vers les services d'urgences concernent dans 1/4 à 1/2 des cas des sujets ayant un ou plusieurs **antécédent(s) de TS** et dans la moitié des cas des sujets **suivis antérieurement par un psychiatre ou un psychologue** (à noter que les « récidivistes » sont en général plus souvent suivis antérieurement que les autres).

**L'arrivée** se fait majoritairement (1/2 à 3/4 des cas) directement depuis le domicile, par un transport médicalisé.

Le patient n'est jamais passé préalablement par un autre établissement, pour 4 des services. Pour une minorité des cas (environ 10%) des dossiers de 2 autres services, l'orientation vers le service se fait après un passage dans un autre établissement, une clinique le plus souvent.

Le SAMU et les pompiers n'amènent les patients dans l'un des services non CHU que lorsque le CHU est débordé ou que le patient en a fait la demande (par exemple s'il habite à proximité).

**Des difficultés en cours d'hospitalisation** sont notées dans 20 à 30% des dossiers dans 5 des services, 7% et 13% dans les 2 autres. Elles tiennent le plus souvent en des refus d'hospitalisation, émanant du patient ou de sa famille, qui se soldent assez souvent par une sortie contre avis médical.

Les autres types de difficultés notées le sont de façon anecdotique, sauf dans un des services, où la difficulté à joindre un psychiatre représente les 2/3 des difficultés notées.

**La prise en charge psychiatrique** habituelle, dans les services d'urgences de la Haute Garonne, peut être décrite comme suit :

- Tous les patients sont vus par un psychiatre
- Le premier entretien avec un psychiatre a lieu dans les 24 h interrogeables qui suivent l'admission
- Les patients sont revus par le psychiatre si la durée de séjour interrogeable excède 2 jours, en proportions variables (ils peuvent l'être même lorsque le séjour dure moins que 2 jours), ce n'est alors pas forcément le même psychiatre qui les voit
- Les entretiens se déroulent dans un lieu confidentiel
- Les psychiatres n'utilisent pas (sauf dans deux services) d'échelle d'évaluation structurée, en complément de l'entretien, pour apprécier le risque de récurrence suicidaire
- Le psychiatre demande à recevoir les proches du patient en entretien ou par téléphone, et ce contact est effectivement possible dans environ 2/3 des cas (il est noté dans les dossiers dans des proportions très variables)

Cette procédure est moins régulièrement suivie dans 2 des hôpitaux dépourvus de poste de psychiatre (mais elle l'est dans le 3<sup>ème</sup> des établissements dépourvus de poste de psychiatre). Elle a été cependant changée depuis les prises en charge étudiées dans les dossiers consultés, dans l'un d'eux, et il est envisagé qu'elle le soit prochainement, dans l'autre de ces hôpitaux.

### **La prise en charge sociale**

Une évaluation sociale est notée dans 0 à 16% des dossiers, ces taux étant, de l'avis des professionnels rencontrés, à revoir à la hausse, car les AS n'ont pas pour habitude de noter leurs observations dans le dossier médical. Cette évaluation est faite, selon eux, au cas par cas, en fonction des besoins, la TS ne constituant pas une indication systématique, sauf dans 4 services, où les AS essaient de voir tous les patients entrés pour ce motif (dans la mesure où elles sont elles-mêmes présentes, c'est à dire 4 ou 5 jours par semaine). Dans un autre service, où un poste d'AS a été créé aux urgences en 2001, les patients admis pour TS sont probablement désormais vus plus systématiquement. L'âge inférieur à 18 ans constitue une indication systématique d'évaluation sociale, dans certains services. A noter par ailleurs que dans un service, les consultations psychiatriques et sociales sont conjointes.

Les contacts établis avec les intervenants extérieurs concernés (milieu scolaire, éducatif, professionnel, sanitaire...) sont notés dans 0 à 10% des dossiers. Là aussi, le cas par cas est la règle et la sous évaluation probable.

**Le professionnel référent** est, selon les services :

- le psychiatre qui a reçu le patient
- l'anesthésiste ou le réanimateur
- le médecin senior du service où est hospitalisé le patient

Enfin, dans 2 services, il est difficile d'identifier un professionnel référent, des psychiatres différents se succédant chaque jour aux urgences.

En cours d'hospitalisation, le professionnel référent contacte en général le médecin (le médecin traitant ou/et, le cas échéant, le psychiatre) du patient, mais cette prise de contact, téléphonique, est rarement notée dans les dossiers.

**Des difficultés à la sortie** sont notées en proportions très variables : 0 à 28% des dossiers.

Elles consistent le plus souvent dans un refus, du patient ou de sa famille, de l'hospitalisation en psychiatrie qui est préconisée. Plusieurs professionnels évoquent la difficulté, plus générale, à faire reconnaître, par le patient comme par ses proches, la gravité du geste (tendance à le banaliser) et à proposer dans tous les cas un suivi psychiatrique (ambulatoire ou hospitalier) dès la sortie du service.

A ce type de difficulté s'ajoute, dans les dossiers d'un service, celle liée à un manque de place dans la structure d'aval pressentie (Casselardit en l'occurrence), et, dans un autre, celle d'organisation d'une HDT, en raison de l'extériorité du service psychiatrique.

Plusieurs professionnels évoquent le manque de lits d'hospitalisation adaptés aux patients de moins de 16 ans (la Villa Ancely ne comportant que 12 lits, le plus souvent tous occupés). Pour certains d'entre eux, la mise en place du centre de crise pour adolescents a amélioré cette situation (d'autres professionnels remarquent cependant que les patients ne peuvent y rester hospitalisés à long terme et que le problème se trouve donc inchangé).

### **L'orientation à la sortie**

C'est une hospitalisation en psychiatrie dans 1/3 à 1/2 des cas, sauf pour un service, où cette proportion atteint 80%.

Cette hospitalisation se fait le plus souvent en clinique privée, sauf dans 3 services où l'orientation en public est majoritaire, ce qui est probablement en rapport avec le fait que dans ces 3 services, les psychiatres des urgences exercent par ailleurs dans la structure publique qui accueillera le patient. A noter également que le taux d'hospitalisation en public, depuis un des SAU, est augmenté par les hospitalisations vers le BRR y attendant, donc non en psychiatrie (dans la moitié des cas elles sont suivies ensuite d'une hospitalisation en clinique privée).

La proportion d'hospitalisations est égale ou, le plus souvent, supérieure, chez les patients « récidivistes » que chez les non récidivistes, et est égale ou, le plus souvent, supérieure chez les patients suivis antérieurement que chez les patients non suivis antérieurement (sauf dans un service où cette relation est en sens inverse). Quand le patient reste hospitalisé après les urgences, cela se fait dans un service approprié (un service de psychiatrie), cependant il arrive qu'un patient de

moins de 16 ans soit hospitalisé en secteur adulte (public ou privé), cf le manque de places décrit plus haut.

En ce qui concerne les retours à domicile, la proportion de suivis ambulatoires renseignés dans les dossiers est très variable, de 92% à 16% des retours à domicile, cependant, tous les professionnels assurent ne jamais laisser sortir un patient sans lui avoir conseillé un suivi précis (rendez-vous ou coordonnées donnés).

Varié également beaucoup les proportions des différents professionnels impliqués (médecin traitant/psychiatre libéral/CMP/du service), la seule constante que l'on peut dégager est le faible taux de suivis par le médecin traitant (dans un des services, cependant, un rendez-vous est pris avec le médecin traitant chaque fois que le patient n'était pas suivi antérieurement par un psychiatre, pour qu'il adresse à son tour le patient vers un psychiatre).

Lorsqu'il n'est pas possible de fixer un rendez-vous dans la journée ni même dans la semaine avec le psychiatre pressenti, il est assez fréquent que le psychiatre des urgences assure lui-même le suivi ambulatoire en attendant le relais extérieur.

Le professionnel référent ne vérifie pas la venue du patient au rendez-vous qui lui a été donné à la sortie (par manque de temps le plus souvent, et, dans deux des services, par désir de ne pas rompre le « contrat moral » engagé avec le patient), sauf lorsque le rendez-vous a pu être pris dans la structure où exerce le référent.

Il n'est pas donné au patient, à sa sortie, de carte mentionnant les coordonnées d'une structure et de personnes joignables 24h/24 en cas de besoin, sauf celles de l'établissement concerné, dans 3 services.

## • Les services de psychiatrie

La Villa Ancely, les services de Casselardit, la clinique Marigny et la clinique Beaupuy sont inclus dans cette catégorie. L'hôpital des enfants l'est également car les dossiers examinés ne concernent que les enfants ayant séjourné en médecine à la suite de leur passage aux urgences et suivis par l'équipe de liaison de psychiatrie, ce séjour en médecine étant le plus souvent motivé par le besoin d'un suivi psychiatrique hospitalier, en l'absence de place disponible à Ancely, seule structure psychiatrique pouvant accueillir des enfants de cet âge.

**La moyenne d'âge** des sujets dont les dossiers ont fait l'objet de l'étude est de 19-20 ans pour Casselardit et les 2 cliniques, et de 13-14 ans pour la Villa Ancely et l'hôpital des enfants. On retrouve ici aussi la nette **prédominance féminine** (2/3 à tous les cas).

**Les « récidivistes »** représentent 1/4 à 1/3 des effectifs dans 3 des services, et un peu plus de la moitié dans les 2 autres.

**Les « suivis antérieurs »** représentent de 1/3 à 80% des effectifs. Les « récidivistes » bénéficiaient plus souvent d'un suivi antérieur psychiatrique.

**Le mode d'arrivée** majoritaire est celui via un autre établissement (sauf à l'hôpital des enfants, où plus de 90% des modes d'arrivée à l'hôpital ne sont pas renseignés, mais où la plupart des patients arrivent dans le service de médecine depuis le service d'urgence ou du BRR de Purpan ou de l'hôpital des enfants lui-même) : c'est le plus souvent un hôpital, et le plus souvent le CHU (service d'urgence ou BRR adulte ou enfant).

**Les durées d'hospitalisation moyennes** sont très variables : 1 à 2 semaine(s) pour 4 des services, 53 jours pour le 5<sup>ème</sup> (où les durées varient de 1 jour à 11 mois).

**Les difficultés en cours d'hospitalisation** sont notées en proportions très variables, les deux extrêmes étant 3% et 55%, dans les 2 services qui sont également placés aux deux extrêmes en terme de durées d'hospitalisation (plus de difficultés notées quand durée d'hospitalisation plus longue et vice-versa) et de « contraintes » en cours de séjour (plus de difficultés notées quand le cadre est présenté comme plus strict et vice-versa).

Les difficultés les plus souvent notées consistent en un refus de l'hospitalisation par le patient et/ou ses proches, qui ne reconnaissent pas la réalité de la souffrance mentale révélée par la TS, ces difficultés aboutissent assez souvent à une sortie contre avis médical. De plus, les professionnels évoquent des difficultés variables selon les établissements :

- la difficulté à accueillir des adolescents dans un service d'adultes (2 services qui ont tous deux élaboré un projet de mise en place d'une unité adolescents)
- la difficulté à accueillir des patients au comportement pathologique dans un service de médecine
- la difficulté à obtenir un soutien auprès d'un milieu familial carencé voire pathogène

**La prise en charge psychiatrique** habituelle est la même que celle décrite pour les services d'urgence :

- Tous les patients sont vus par un psychiatre
- Le premier entretien avec un psychiatre a lieu dans les 24 h interrogeables qui suivent l'admission
- Les patients sont revus par le psychiatre si la durée de séjour interrogeable excède 2 jours, ce n'est pas forcément le même psychiatre qui les voit (un interne et le chef de clinique à l'hôpital ; le psychiatre référent et, en cas de besoin d'une consultation en dehors des heures de présence de celui-ci, le psychiatre de garde, pour les deux cliniques)
- Les entretiens se déroulent dans un lieu confidentiel
- Les psychiatres n'utilisent pas (sauf dans un service, où c'est variable selon les psychiatres) d'échelle d'évaluation structurée, en



complément de l'entretien, pour apprécier le risque de récurrence suicidaire

- Le psychiatre demande à recevoir les proches du patient en entretien ou par téléphone (ce contact est noté dans les dossiers dans des proportions très variables)

Le psychiatre référent prend contact, en cours d'hospitalisation, avec le médecin traitant et/ou le psychiatre qui suit déjà le patient et/ou le médecin scolaire. Ces contacts sont rarement notés dans les dossiers.

### **La prise en charge sociale**

Une évaluation sociale est faite en fonction des besoins (la TS n'est pas en elle-même une indication, et l'âge inférieur à 18 ans ne l'est que selon certains professionnels), elle est notée dans 10 à 40% des dossiers, ce qui est probablement une sous évaluation.

Les contacts établis avec les intervenants extérieurs concernés (milieu scolaire, éducatif, professionnel, sanitaire...) sont notés de façon très variable dans les dossiers (8% à 61%). Là aussi, le cas par cas est la règle et la sous évaluation probable.

**Le professionnel référent** est un médecin psychiatre (en association avec le médecin pédiatre pour l'hôpital des enfants).

**Des difficultés à la sortie** sont rarement notées (3 à 8% des dossiers) dans l'ensemble des services, sauf dans un service (qui a également la durée moyenne d'hospitalisation la plus longue) où le taux atteint 29%.

Les difficultés les plus fréquentes sont de deux ordres :

- difficulté à organiser un relais à la sortie : importance des délais de rendez-vous avec les psychiatres libéraux ou de secteur, carence d'établissement pouvant accueillir de jeunes patients, importance d'un soutien familial cohérent
- réticences des jeunes à quitter l'établissement

### **L'orientation à la sortie**

Le retour à domicile représente de 75% à l'intégralité des sorties.

La proportion de dossiers avec un retour à domicile sans suivi ultérieur précisé est de 7 à 75%. Cependant, tous les professionnels assurent ne jamais laisser sortir un patient sans lui avoir conseillé un suivi précis (rendez-vous ou coordonnées donnés).

Parmi les suivis ultérieurs précisés, l'option « suivi par le médecin traitant » est la moins fréquente, celle « suivi avec un médecin de l'établissement » est la plus fréquente : les professionnels ont précisé, en entretien, souvent commencer le suivi ambulatoire en attendant que le relais puisse être pris à l'extérieur, ou bien,

dans deux services, assurer un suivi complémentaire avec le psychiatre extérieur (chimio/psycho).

Le professionnel référent ne s'informe de la venue du patient au rendez-vous qui lui a été fixé à la sortie que si ce rendez-vous a lieu dans son établissement, sauf dans un service, où il s'en informe de toutes façons.

La poursuite de l'hospitalisation à la sortie se fait surtout vers une clinique privée, sauf depuis l'hôpital des enfants où elle se fait vers le centre de crise pour adolescents et Ancely, ce qui peut s'expliquer par l'absence de structure psychiatrique privée adaptée aux moins de 16 ans (les patients hospitalisés à l'hôpital des enfants ont tous moins de 16 ans).

Une poursuite d'hospitalisation est prévue plus souvent chez les patients « récidivistes » que chez les non récidivistes (sauf dans un service où le seul dossier d'hospitalisation est celui d'un patient sans antécédent de TS), et supérieure chez les patients suivis antérieurement que chez les patients non suivis antérieurement. (aucun test statistique n'a été réalisé).

Quand le patient reste hospitalisé après les urgences, cela se fait dans un service approprié (un service de psychiatrie), cependant, parmi les dossiers étudiés, un patient de 15 ans est hospitalisé en secteur adulte (la clinique thérapeutique Jean Sarrailh)

Il est donné au patient, à sa sortie, **une carte mentionnant les coordonnées** d'une structure et de personnes joignables 24h/24 en cas de besoin : ce sont celles de l'établissement concerné, pour 4 services.

**Éléments de synthèse  
pour l'évaluation des modalités de prise en charge  
des adolescents après une tentative de suicide**

---

**A – LES SERVICES D'URGENCE :**

Hôpital des enfants  
BRR Rangueil  
SAU Rangueil  
BRR Purpan  
SAU Purpan  
Hôpital Saint-Gaudens  
Clinique l'Union  
L'hôpital Joseph Ducuing

**I. Indicateurs d'activité**

	CHU année 1999			Saint-Gaudens	L'Union	Joseph Ducuing
	Source DIM Code Autolyse seul	Estimation avec code intoxication médicamenteuse sans précision	Total			
TS tout âge	1 615	+ 1 256 (nc 0-9 ans)	2 871 (2050 en 95)	113 (87 en 95)	43	26 (en 2000)
TS < 25 ans (effectif)	311 (dont ≤ 15 : 22)	+ 257 (dont 10-14 ans : 29)	568	23	10	12 (en 2000)

	<b>BRR Rangueil</b>	<b>SAU Rangueil</b>	<b>BRR Purpan</b>	<b>SAU Purpan</b>	<b>Saint-Gaudens (2000)</b>	<b>L'Union (2000)</b>	<b>Joseph Ducuing</b>
<b>Nombre de TS hospitalisées &lt; 25 ans</b>			188 (sur 892) (estimation à partir de 3 mois)		23 (sur 113)	10 (sur 43 tout âge)	26 (1999-2000)
<b>Dossiers examinés</b>	30	25	30	30	23	18 (sur 2 ans)	26

L'âge des patients ayant été accueillis dans les services d'urgence et dont les dossiers ont servi à l'évaluation

	<b>BRR Rangueil</b>	<b>SAU Rangueil</b>	<b>BRR Purpan</b>	<b>SAU Purpan</b>	<b>Saint-Gaudens (2000)</b>	<b>L'Union (2000)</b>	<b>J. Ducuing</b>	<b>Total</b>
<b>15 ans ou moins</b>	1 sur 30	3 sur 25	5 sur 30	1 sur 30	3 sur 23	4 sur 18	6 sur 26	23 sur 182 soit 12,6%
<b>16-18 ans</b>	8 sur 30	6 sur 25	8 sur 30	7 sur 30	19 sur 23	2 sur 18	11 sur 26	61 sur 182 soit 33,5%
<b>19-25 ans</b>	21 sur 30	16 sur 25	17 sur 30	22 sur 30	1 sur 23	12 sur 18	9 sur 26	98 sur 182 soit 53,8%

## 2. Evaluation sur dossiers et entretiens des professionnels<sup>2</sup>

	Service 1	Service 2	Service 3	Service 4	Service 5	Service 6	Service 7
<b>Antécédents</b>							50
récidive TS	23.3	40.0	46.7	56.7	43.5	33.3	46.2
suivi antérieur psy	56.7	48.0	46.7	60.0	60.9	50.0	
<b>ORIENTATION</b>							
<b>Retour domicile</b>	<b>20</b>	<b>52</b>	<b>63.3</b>	<b>53.3</b>	<b>60.9</b>	<b>61.0</b>	88.5
dt RDV avec service	3.3	-	3.3	6.7	-	-	42.3
dt RDV avec psy libéral	10	16.7	3.3	6.7	17.4	33.3	7.6
dt RDV avec psy secteur	3.3	33.0	3.3	3.3	30.4	5.6	34.6 (MT)
<b>Hospitalisations psychiat.</b>	<b>80.0</b>	<b>48.0</b>	<b>36.7</b>	<b>46.7</b>	<b>34.8</b>	<b>38.9</b>	7.7

<sup>2</sup> **Note sur la présentation des résultats :**

Les résultats chiffrés sont issus de l'exploitation des renseignements trouvés dans les dossiers, les appréciations qualitatives sur la fréquence de certaines modalités ont été estimées par les professionnels interrogés (toujours, jamais, quelques fois)

	Service 1	Service 2	Service 3	Service 4	Service 5	Service 6	Service 7
<b>Modalités de prise en charge</b>							
Critères 1.2.3.4.5	1, 2, 3, 4 = 100%	100%	1, 2, 3, 4 = 100%	100%	1, 2 = 85% 3 = 65% 4 = 100%	1, 2, 3, 4 = ≈ 100%	1, 2 = 100% 3 = 57.7%
Echelle d'évaluation	Toujours	Toujours	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais
Entretien familial	1/3 à 2/3	50 à 60%	≈ 50%	14.3% à souvent	10%, non fait en général	50 à 75%	6,7% à toujours MT
Evaluation sociale	13.3% des dossiers enregistrés	16% des dossiers enregistrés	2 cas sur 3	10%	8.7% - si besoin	0 cas (?)	0 cas (besoin)
Contact avec intervenants non médicaux	6.7% - jamais	8% - jamais	1 cas sur 4	Non	8.7%	Non	7,7 (besoin)
<b>Modalités de sortie :</b>							
- RDV donné	83.3 à 100%	93 à 100%	75.8% à toujours	1/3 à toujours	73.3% (ou rarement)	45.5% à 100% (en incluant MT)	41,7% à 100%
- Carte de coordonnées	Jamais	Jamais	souvent	Souvent	jamais	jamais	jamais
- Vérification du suivi	Jamais	Jamais	Suivi vérifié sur structure	Suivi sur structure	Jamais	jamais	Suivi sur structure

## B - SERVICES DE PSYCHIATRIE

	Service psy 1	Service psy 2	Service psy 3	Service psy 4	Service psy 5
Nombre de TS hospitalisées par an		14.8	≈ 8 / an	≈ 213	-
Nbre TS de jeunes < 25 ans	49	37	8 / an	≈ 37	≈ 13
Dossiers examinés	30	31	31	28	20
Antécédents :					
Récidive	26.7%	54.8%	54.8%	32.0%	25.0%
Suivi antérieur	36.7%	45.2%	80.6%	48.0%	85.0%
Provenance établissement hospitalier		80.6% (16.1% NR)	83.9%	88.0%	80.0%
ORIENTATION :					
<b>Domicile</b>	90%	71.0%	93.6%	96.0%	90.0%
dt psy établissement	56%	38.7%	67.7%	24.0%	20.0%
dt psy secteur	6.7%	3.2%	45.2%	4.0%	
dt psy libéral	13.3%	16.1%	22.6%	16.0%	
Hôpital	10.0%	25.8%	3.2%	foyer 4%	5%

	Service psy 1	Service psy 2	Service psy 3	Service psy 4	Service psy 5
<b>Modalité de prise en charge</b>					
Critères 1.2.3.4.5.	1, 2, 3, 4, 5 = 100%	80 à 100%	80 à 100%	80 à 100%	75 à 100%
Echelle d'évaluation	Jamais	Jamais	Jamais	Jamais	Variable
Entretien familial	75 à 100%	60% à toujours	80.7% à toujours	28% à presque toujours	30% à presque toujours
Evaluation sociale	40 à 50%	25.8% à 2/3 fois	38.7%	12% à < 1/2	10% - selon les cas
Contact avec intervenants non médicaux	26 à 50%	1/3 à 2/3 des cas	2 fois sur 3	8%	20%
Modalités de sortie :					
- RDV donné	85 à 100% RdV	¾ à toujours	9/10 à toujours	44% à toujours	20% à toujours (pris ou proposé)
- Carte de coordonnées	Jamais	Souvent (Casselardit, CMP, Marchant)	Non	Non mais disponibilité	Non mais disponibilité
- Vérification du suivi	Suivi vérifié	Suivi / établissement	Suivi / établissement	Suivi / établissement	Suivi / établissement



## □ Discussion

La **prédominance féminine** (2/3 ou plus des effectifs dans tous les services) est conforme aux données de la littérature (3/4 des effectifs).

La proportion de patients ayant un **antécédent de TS** varie de 25 à 50% selon les services : qu'est-ce que cela peut signifier, au regard des taux de récurrence estimés par les différentes études, à 10 à 40% ? (est-ce que ça veut dire qu'on envoie dans les services étudiés surtout les patients ayant un antécédent ?)

### • La prise en charge dans les services d'urgence

L'Anaes recommande **une prise en charge immédiate dans un service d'urgence** ; notre étude ne nous dit rien de la proportion de jeunes qui ne sont hospitalisés à aucun moment dans les suites de leur TS. On peut remarquer cependant :

- Que les jeunes hospitalisés dans un des services d'urgence étudiés arrivent pour leur très grande majorité (plus de 90%) directement de leur domicile, sans passage par une structure autre (psychiatrique en particulier)
- Que les jeunes hospitalisés dans un des services psychiatriques étudiés sont d'abord passés, dans leur grande majorité, dans un service d'urgence.

**Les deux principales difficultés**, notées dans les dossiers ou évoquées par les professionnels, sont à mettre directement en rapport avec la recommandation principale de l'Anaes, à savoir la nécessité impérieuse d'une prise en charge immédiate et globale (c'est-à-dire non seulement somatique, mais aussi psychologique et sociale).

Ces difficultés tiennent d'une part aux patients et à leurs proches, d'autre part à l'offre de soins.

Les premiers auraient du mal à appréhender la réalité de la souffrance psychique à l'origine de la TS, et par là même à concevoir la nécessité d'une prise en charge psychologique.

La seconde est insuffisante pour les patients de 12-18 ans.

En effet, pour ce qui est des établissements, les places dans les services de psychiatrie infanto-juvénile sont particulièrement limitées en nombre et rarement disponibles pour des admissions en urgence (Ancely compte 12 lits), et les services adultes, qui peuvent accepter les adolescents à partir de 16 ans, semblent de toutes façons inadaptés à la prise en charge des 16-18 ans. Cette offre est en voie de s'étoffer puisqu'un centre de crise pour adolescents a été récemment mis en place à Toulouse et les deux cliniques psychiatriques visitées ont élaboré des projets de création d'unités pour adolescents, l'un de ces projets devant se concrétiser dans les années à venir.

En ce qui concerne le suivi ambulatoire, les professionnels interrogés déplorent les délais d'attente à plusieurs semaines pour la prise d'un rendez-vous avec un psychiatre, et plus encore un pédo-psychiatre, libéral ou en CMS.

**La prise en charge psychiatrique** habituelle, telle qu'elle est décrite dans les services d'urgences étudiés, satisfait aux recommandations de l'Anaes :

- Tous les patients sont vus par un psychiatre, et ce, dans les 24 h interrogeables qui suivent l'admission
- Les entretiens se déroulent dans un lieu confidentiel
- Le psychiatre demande à recevoir les proches du patient

Pour deux établissements qui semblent moins régulièrement suivre cette procédure, on doit garder à l'esprit que la nouvelle organisation déjà mise en place pour l'un (au moment de l'enquête) et les projets envisagés pour l'autre vont certainement optimiser les pratiques actuelles.

L'évaluation sociale étant notée dans les dossiers de façon aléatoire, le taux estimé par l'étude est probablement très inférieur au taux réel. Néanmoins, dans la majorité des services, les professionnels signalent que cette évaluation est faite au cas par cas et que la TS ne constitue pas une indication en elle-même (sauf dans les services d'urgence du CHU, mais les AS n'y sont présentes que certains jours de la semaine et elles ne peuvent donc pas voir tous les entrants). L'Anaes recommande pourtant une évaluation sociale systématique, l'AS jouant un rôle majeur dans la construction du projet de sortie.

La désignation d'un professionnel référent semble nécessaire. En cela, la difficulté des psychiatres de garde dans un établissement à s'identifier comme tels, parce qu'ils changent tous les jours, semble regrettable.

## • **L'orientation à la sortie**

### ***L'hospitalisation à la sortie des urgences***

Elle représente moins de la moitié des dossiers dans tous les services étudiés, sauf dans un service où le taux atteint 80%. L'Anaes précise pourtant qu'elle doit être la règle.

L'étude ne nous permet pas de dire si elle a été plus souvent réalisée dans les cas où l'Anaes la décrit comme étant tout particulièrement indiquée (forte intentionnalité suicidaire, pathologie psychiatrique, environnement extérieur défavorable, désir de l'adolescent, absence de réseau ambulatoire).

Les données recueillies permettent en revanche de mettre en rapport la présence d'un antécédent de TS et/ou d'un suivi antérieur psychiatrique avec le mode d'orientation à la sortie. Selon les dossiers étudiés, l'hospitalisation est plutôt plus fréquente en présence de l'un ou des deux de ces deux éléments.

Les durées d'hospitalisation moyennes dans les différents services « de suite » sont supérieures ou égales à une semaine, ce qui satisfait aux recommandations de l'Anaes (durée minimale recommandée allant de 3 jours à 1 semaine).

Enfin, notre étude révèle que cette hospitalisation se fait le plus souvent en clinique privée, sauf dans 3 services publics où l'orientation est majoritaire, ce qui nous paraît probablement en rapport avec le fait que dans ces 3 services, les psychiatres des urgences exercent par ailleurs dans la structure publique qui accueillera le patient. Les recommandations de l'Anaes soulignent justement l'importance de la proximité des locaux et la continuité des intervenants entre le service d'urgence et celui de psychiatrie où sera accepté l'adolescent, de façon à ne pas multiplier les ruptures dans les soins.

### ***Le retour à domicile à la sortie des urgences (ou à la sortie de l'hospitalisation en psychiatrie qui a suivi le passage aux urgences)***

L'Anaes préconise que les liens préalables à la sortie soient réalisés avec les intervenants de la prise en charge de suite. C'est ce qui se passe généralement, selon les professionnels interrogés, même si ce n'est toujours pas marqué dans les dossiers.

Selon les dossiers étudiés, le suivi ambulatoire par le médecin traitant est une des options les moins souvent choisies. Cette option n'est pourtant pas présentée comme de moindre qualité, par l'Anaes.

Nous avons également vu qu'il est assez souvent proposé au patient d'être suivi, après sa sortie, par le médecin qui l'a pris en charge initialement aux urgences ou pendant son séjour dans le service psychiatrique qui a suivi le passage aux urgences, avec éventuellement un relais à un autre médecin après une phase de transition. Cette option, outre l'avantage de pallier aux délais de rendez-vous, ferait l'objet de davantage d'observance, selon une étude (Möller).

Deux études semblent indiquer que le fait de donner au patient, à sa sortie, une carte mentionnant les coordonnées d'une structure et de personnes joignables 24h/24 en cas de besoin permet de faire baisser le risque de récurrence. Cette procédure gagnerait à être systématisée, elle semble pour l'instant relativement ponctuelle.

Il semblerait également que le fait que le professionnel référent sollicite le patient pour qu'il vienne à ses rendez-vous diminue le risque de récurrence. Notre étude semble indiquer que ce n'est réalisé que quand le rendez-vous est pris dans la structure où exerce le référent (par manque de temps de celui-ci, le plus souvent), à l'exception de l'hôpital des enfants où le chef de clinique s'en préoccupe de toutes façons. Il serait souhaitable de systématiser cette procédure, même s'il paraît irréaliste de demander aux psychiatres des urgences de suivre, même de loin, tous les patients qu'ils voient pendant leurs gardes.

## CHAPITRE 2

# Les psychiatres libéraux

Un recueil de données a été effectué au moyen d'un questionnaire envoyé aux 180 psychiatres libéraux de Haute-Garonne (identifiés à partir de l'annuaire téléphonique). 40 d'entre eux ont répondu ne pas être concernés par l'enquête (ils ne voient pas de jeunes suicidants). Nous avons reçu 42 réponses, soit 30%.

Parmi les psychiatres libéraux ayant répondu, la moyenne d'âge est de 48 ans : il y a 64% d'hommes (moyenne d'âge = 49 ans) pour 36% de femmes (moyenne d'âge = 46 ans).

24% d'entre eux exercent uniquement en libéral. Les 76% restant pratiquent également la psychiatrie dans une autre structure telle que :

- institut de rééducation
- centre de crise pour adolescents
- clinique psychiatrique
- centre médico-psychologique
- centre hospitalier ...

Parmi leur clientèle, on trouve une moyenne de 29% de jeunes de moins de 25 ans. Cette proportion s'abaisse à 12% pour la catégorie des 12-17 ans :

Proportion de jeunes de 12 à 25 ans dans la clientèle des psychiatres	Nombre de psychiatres
0 à 10 %	10
11 à 25 %	12
26 à 50 %	9
Plus de 50 %	7

Proportion de jeunes de 12 à 17 ans dans la clientèle des psychiatres	Nombre de psychiatres
0 à 10 %	19
11 à 25 %	10
26 à 50 %	6
Plus de 50 %	0

Selon l'activité de chacun, certains ont vu très peu de jeunes adressés pour une tentative de suicide cette année, voire pas du tout, alors que d'autres en ont vu plus de 10 dans l'année :

Nombre de jeunes suicidants vus cette année	Nombre de psychiatres
0	8
1 à 5	21
5 à 10	7
Plus de 10	3

Les caractéristiques du dernier cas de tentative de suicide vu par le psychiatre : 18 jeunes avaient de 12 à 17 ans, et 18 jeunes avaient de 18 à 25 ans. Il s'agissait de filles dans 83 % des cas. La forme de passage à l'acte la plus utilisée était l'intoxication médicamenteuse (74 %). Il s'agissait d'une récurrence dans 6 % des cas. Le patient leur avait été le plus souvent adressé, depuis leur domicile, par le médecin généraliste (10 cas) et/ou la famille (11 cas). Certains leur avaient été adressés directement à la sortie d'un service de réanimation (4 cas) ou d'urgence (4 cas).

Sont cités ensuite :

- à la sortie d'un centre de crise pour adolescents (2 cas)
- depuis le domicile par le patient lui-même (2 cas)
- à la sortie d'un service hospitalier de psychiatrie (1 cas)
- à la sortie d'un service clinique de psychiatrie (1 cas).

Dans le cadre de cette prise en charge, le psychiatre a été en contact avec :

- la famille (33 cas)
- le médecin traitant ( 10 cas)
- le médecin scolaire (8 cas)
- une assistante sociale du CMS ( 3 cas)
- un psychologue du CMS (3 cas)
- une assistante sociale du milieu scolaire ( 3 cas)
- un institut d'accueil (2 cas)

La partie suivante du questionnaire est consacrée à la pratique globale du psychiatre vis à vis de la prise en charge des jeunes suicidants.

***Par qui le psychiatre est-il contacté en vue de la prise en charge de ces jeunes ?***

	Jamais	parfois	Souvent
Le médecin généraliste	6 cas	23 cas	9 cas
Un psychiatre d'un service de psychiatrie	10 cas	23 cas	3 cas
Un psychiatre d'un service des urgences ou de réanimation	18 cas	17 cas	2 cas
Le milieu scolaire	21 cas	15 cas	/

***Quels sont les points forts ou attentes ou difficultés vis à vis des relations avec ces professionnels ?***

**Difficultés** : lits d'hospitalisation insuffisants, pas assez de temps à consacrer pour une prise en charge de bonne qualité, aucune relation avec les urgences, difficulté à mettre au point une collaboration, relations avec le milieu scolaire inexistantes ou compliquées, non utilisation des compétences des professionnels libéraux, délais de prise en charge...

**Points forts** : relation de confiance, travail de relais avec partenariat et échanges, collaboration effective, début de relation avec le centre de crise pour adolescents, bon fonctionnement d'un réseau informel, psychiatrie de liaison à l'hôpital...

Les structures de soin spécifiques aux adolescents les plus en relation avec les psychiatres libéraux sont :

	jamais	parfois	Souvent
Service de consultation spécialisée CMP, CMPP	22 cas	11 cas	4 cas
Villa Ancely	14 cas	20 cas	3 cas
Centre de crise pour adolescents	17 cas	21 cas	1 cas
Institut de rééducation, IM pro, IME	19 cas	16 cas	/
Hôpital de jour	23 cas	11 cas	1 cas
Service de pédopsychiatrie Marchant	32 cas	3 cas	/

**Quels sont les points forts ou attentes ou difficultés vis à vis des relations avec ces structures ?**

26 personnes n'ont pas répondu à cette question.

**Difficultés** : Difficultés de relation , de travail en collaboration avec ces structures (surtout le public) ; il manque un lien entre l'hôpital et le cabinet privé ; difficulté de répondre dans des délais raisonnables aux demandes de ces structures ; difficulté d'intégration scolaire et relais post-crise quand la famille est éclatée ou débordée ; difficultés matérielles : manque de place en urgence ; le temps de coordination en libéral n'est pas rétribué.

**Points forts** : travail en coordination avec ces structures ; il existe d'autres interlocuteurs privilégiés ( analystes, médiateurs familiaux) ; l'expérience mène à l'utilisation d'un réseau informel de relations qui fonctionne bien ; les anciennes difficultés du fonctionnement hospitalier semblent en cours de résolution.

**Attente** : il serait nécessaire de donner une plus grande information à la famille .

La moitié des psychiatres libéraux n'assiste jamais à des réunions de synthèse au cours du suivi d'un suicidant.

L'autre moitié assiste à des réunions de synthèse :

	jamais	parfois	souvent
Dans les circonscriptions médico-sociales	27 cas	8 cas	1 cas
En milieu scolaire	27 cas	4 cas	1 cas
Avec la protection judiciaire et juridique	29 cas	5 cas	1 cas
Autres (hôpital, institut de rééducation...)	11 cas	5 cas	/

4 d'entre eux assistent à ces réunions de synthèse dans le cadre d'une prise en charge pluri-disciplinaire, 3 autres dans le cadre de difficultés scolaires.

Un autre précise que ce temps de travail n'est pas rétribué pour les psychiatres libéraux.

A la question : « accepteriez-vous de faire des vacations dans des centres de crise pour adolescents ? », les psychiatres répondent OUI à 29 % et NON à 71 %.

A la question : « quelles sont vos possibilités d'hospitaliser en cas d'urgence ? », 5 ne répondent pas. 30 ont accès aux cliniques psychiatriques ou hôpitaux psychiatriques. 8 estiment n'avoir aucune possibilité d'hospitalisation, et 6 de faibles possibilités. Sont cités ensuite, par ordre de fréquence : la Villa Ancely( 4 cas), l'hôpital Marchant( 2 cas), le centre de crise pour adolescents( 2 cas).

Quand on les questionne au sujet des difficultés qu'ils rencontrent, 17 ne se prononcent pas. La majorité d'entre eux (20 cas) est freinée dans sa prise en charge par le manque de lits disponibles en hospitalisation psychiatrique, et donc des délais d'attente réhabilitatoires.

21 personnes n'émettent aucune remarque concernant le réseau de partenaires et le dispositif en Haute-Garonne en matière de prise en charge de la santé mentale chez les jeunes.

La majorité de ceux qui se prononcent met l'accent sur : le manque de structure de prise en charge, de personnel médical (pas de place d'hospitalisation, pas de structure d'accueil où l'ado peut-être reçu sans rendez-vous, type CMPP, hospitalisation de jour). (12 cas)

3 personnes citent le manque de psychiatres et l'engorgement des consultations.

4 personnes trouvent que les psychiatres libéraux sont exclus du système de soins, qu'il y a un manque de partenariat.

1 personne est demandeuse d'information sur ce réseau et dispositif en Haute-Garonne.

Si l'on observe particulièrement les questionnaires des 7 psychiatres ayant vu plus de 10 jeunes suicidants dans l'année, on remarque que leurs réponses reflètent tout ce qui a été dit plus haut. Ils n'exercent pas uniquement en libéral (IR, CHU, CHS, centre éduc. spé...). Ils sont le plus souvent contactés par la famille ou le médecin de famille. Il leur arrive d'être contactés par les structures hospitalières psychiatriques, ou les urgences... Ils travaillent parfois en relation avec : hôpital de jour, Villa Ancely , CMP, IR... Ils se rendent parfois aux réunions de synthèse. Les difficultés qu'ils rencontrent sont : le manque d'intercommunication entre partenaires ; le manque de place d'hospitalisation ; des structures spécialisées insuffisantes (accueil type hôpital de jour).



## ANNEXES

Présentation de la grille  
envoyée aux psychiatres libéraux

Grille d'audit

Présentation synthétique de la  
communication faite aux groupes  
départementaux

Bulletin Spécial Jeunes