

PRATIQUE & RECHERCHES

*En Santé
Mentale*

N° 12

ISSN 1157-3155



**REVUE DE L'ASSOCIATION
CROIX-MARINE
DE BASSE-NORMANDIE**

30 F

SOMMAIRE

- 1** EDITORIAL
- 2** INFORMATIONS DE LA FÉDÉRATION NATIONALE
DES ASSOCIATIONS CROIX MARINE
- 3** LILLE AUX ADOLESCENTS
- 4** BRÈVES
- 6** JOURNÉE DE CAEN
- 7** SUICIDES EN BASSE-NORMANDIE
- 9** GESTES SUICIDAIRES ET RÉCIDIVES
- 11** MODÈLE DE PRISE EN CHARGE
DES TENTATIVES DE SUICIDE AU CENTRE HOSPITALIER
- 13** SOCIOANTHROPOLOGIE DU SUICIDE EN MILIEU RURAL
- 16** LA PSYCHIATRIE AUX URGENCES DU C.H.U. DE CAEN

PRATIQUES ET RECHERCHES
REVUE DE L'ASSOCIATION
CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation du Bon-Sauveur, 50360 PICAUVILLE
Tél. 33 41 01 07 (poste 466) - Fax 33 21 19 30

Directeur de la publication : Jean-François GOLSE
Responsable de la rédaction : Philippe LAMOTTE
Secrétaire de rédaction : Maryse CORBET
Comité de rédaction : J.-N. LETELLIER
J. ANDERSON,
M. PITON, D. CATHERINE,
G. BOITTIAUX, B NOUHAUD
T. JEGARD

Composition et impression : LOCOMOTIVE
50190 ST-SÉBASTIEN-DE-RAIDS - Tél. : 33 07 54 09
Photos : P. LAMOTTE
Secrétariat : 33 41 01 07 (poste 466)
Dépot légal : 1^{er} trimestre 1996



ÉDITORIAL

Ce dessin, ainsi que celui de la couverture sont exposés dans la salle de spectacle du C.H.S. de Caen.
Avec leur aimable autorisation.

“

C'EST LE MOMENT...”

Fin de l'année 95, début de l'année 96 : c'est le moment des vœux, des bilans, des projets.

Bilan satisfaisant pour notre association Croix-Marine :

- Trois journées de rencontre : dépendance et toxicomanie, trajectoires d'autistes, suicides en Basse-Normandie; avec à chacune de ces réunions une assistance nombreuse et un débat de qualité.
- Publication des trois numéros prévus de notre revue (celui que vous lisez en ce moment est en fait le 3^e numéro de l'année 95. Nous avons un petit décalage dans le temps auquel il nous faudra remédier).

Les projets : continuer nos trois rencontres annuelles aux quatre coins de la région. Les sujets prévus sont en cours de discussion :

- l'inceste, question grave que rencontrent de plus en plus souvent les équipes de santé mentale,
- une réflexion avec les usagers de nos dispositifs de soins, les associations qu'ils constituent et avec lesquelles il faut ouvrir le dialogue,
- les soins aux personnes âgées.

La revue va être modifiée avec une place moindre laissée aux comptes rendus des journées de rencontre au profit de reportages, comptes rendus d'expériences originales et informations régionales de manière à ce que cette revue joue mieux son rôle d'outil de communication privilégié entre toutes les personnes qui travaillent dans le champ de la santé mentale.

L'année 96 sera aussi celle du rapprochement avec la Fédération Nationale des Associations Croix-Marine d'aide à la Santé Mentale. La Fédération, sous l'impulsion de son nouveau président, Clément BONNET, vient de s'engager dans le vaste travail de la redéfinition des articulations entre le niveau régional Croix-Marine et le niveau fédéral. La Basse-Normandie confortée par son dynamisme va prendre toute la place qui lui revient dans ce débat.

Le vœu pour finir : que vous soyez nombreux cette année à vous reconnaître dans l'action Croix-Marine, à nous soutenir à nous rejoindre.

J.-F. GOLSE

Informations de la Fédération Nationale des Associations CROIX MARINE

L'association Croix-Marine Basse-Normandie s'est rendue à Paris au siège de la Fédération Nationale afin d'être reconnue comme coordination régionale.

La Fédération Nationale s'est prononcée positivement sur cette demande par la voix de son président National M. Clément Bonnet.

Il appartient désormais à l'Association Croix-Marine Basse-Normandie de désigner un délégué régional qui sié-

gera au Conseil National des Coordinations.

La revue de la Fédération Nationale numéro 3 de l'année 95 est publiée. Elle traite d'un sujet d'actualité : "La grande dépendance".

Au travers des articles l'on aborde le rôle de l'argent, de la dépendance, des institutions, des tutelles, du secteur. Nous avons sélectionné un article signé J.-P. Arveiller, rédacteur en chef de la revue, qui analyse l'évolution du secteur, ce

Pour vous abonner à la revue Nationale :

Croix-Marine

31, rue d'Amsterdam - 75008 PARIS
Tél. : (1) 45 96 06 36 - Fax : (1) 45 96 06 05

Quatre revues par an au prix de 210,00 F l'ensemble. Tous les abonnements comportent 4 numéros, partent du 1er janvier de l'année de souscription et sont servis dès leur règlement.

qu'il a engendré, en posant une question essentielle : "Que devient le malade dépendant, pourtant citoyen, et être

humain, au travers des méandres financiers et administratifs?".

P. L.

PORTRAIT... Clément BONNET, NOUVEAU PRÉSIDENT NATIONAL

par Jean-François GOLSE



C'est en septembre dernier que Clément BONNET a succédé à Alain GRUNFELD à la présidence de la Fédération des associations Croix-Marine d'Aide à la Santé Mentale.

Psychiatre des hôpitaux, Clément BONNET, au cours de ses années de formation a travaillé auprès de grandes figures de la psychiatrie : les

docteurs BLANDIN, DOUSINET, fondateur des Croix-Marine, DAUMEZON, BAILLY-SALIN, PAUMELLE dans le XIIIe arrondissement de Paris.

Nommé médecin-chef du secteur de Vichy en 1976, à moins de 35 ans, il rejoint en 89 l'association de santé mentale du XIIIe et il est maintenant chargé de la direction

médicale de l'hôpital l'Eau Vive à Soisy-sur-Seine.

Ce cursus fortement marqué par la psychothérapie institutionnelle et le mouvement vers la communauté porte naturellement Clément BONNET vers la Fédération Croix-Marine au bureau de laquelle il entre en 1989.

Passionné par les questions d'insertion, Clément BONNET est l'auteur, en collaboration avec Jean-Paul ARVEILLER de deux ouvrages :

- "Au travail" Éditions Eres 1991

- "L'insertion du malade mental" Éditions Eres 1994.

Pprès de 700 acteurs de la Santé Mentale se sont retrouvés pendant trois jours à Lille, capitale du Nord de la France. Il est vrai que le thème abordé "Les adolescents de la crise, l'entrée dans l'âge adulte" est actuellement au cœur de nombreux problèmes, nombreuses situations délicates et, que nombre d'entre nous sont confrontés de par leur pratique professionnelle quotidienne à ces jeunes en "recherche" d'un idéal, d'un avenir, d'un espoir, bien incertains aujourd'hui.

L'adolescence a été abordée sous différents éclairages de façon à repérer les inflexions et les risques de marginalisation sans jamais méconnaître les virtualités positives qu'offre cette période d'une rare fécondité.

L'évolution de l'adolescent dépend évidemment de son milieu familial, social et culturel, autant de facteurs déterminants dans cette mutation caractéristique.

Certains axes ont été particulièrement étudiés : violences, suicide, conduites addictives, expressions par le corps.

Les intervenants de grande qualité, tout au long de ces trois jours, ont su poser les questions et surtout ont essayé d'apporter des réponses à des congressistes "avides" de solutions.

Ces réponses sont principalement liées à l'harmonisation des actions de prévention, de dépistage, de soins avec les mesures d'ordre éducatif, socio-économique, culturel, qui sont appelées à se développer dans le cadre d'une politique de ville.

Mais au-delà de ces interventions, l'ensemble des participants à ce congrès poursui-

vent bien après, les séances et ateliers de travail, leur réflexion sur le sujet. En effet, les Journées Nationales Croix-Marine, sont, une fois par an, l'unique lieu où toutes les expériences sont confrontées. Toutes les régions de l'hexagone ont leur spécificité, leurs problèmes, et parfois leurs solutions. Le soir, dans les hôtels recevant les congressistes, il n'est pas rare d'apercevoir des petits groupes formés d'infirmiers psychiatriques, d'éducateurs, d'assistantes sociales, de psychologues et parfois même (eh oui), de psychiatres, tenir des tables rondes dignes des meilleures émissions de Polac. Et c'est en cela que Croix Marine devient indispensable à tous ces acteurs. Elle permet d'échanger, d'écouter, de comparer nos propres pratiques et parfois les erreurs que nous faisons malgré notre "savoir" bien utopique parfois.

L'on essaie de définir les critères qui permettent chez l'adolescent, d'évaluer la signification de manifestations dont on ne sait apprécier la gravité sur la seule gêne de l'entourage. On essaie de départager ce qui revient à des variations de la normale ou à des troubles réactionnels relativement aux inflexions inquiétants et aux impasses de développement qui peuvent conduire aux pathologies mentales de l'âge adulte.

Dans tous ces cas de figure, il appartiendra à l'acteur sani-

“Lille aux adolescents”

par Philippe LAMOTTE

taire et, ou, social de bien évaluer les risques afin de mettre en place des actions de prévention, de dépistage ou de soins.

Car, quelque soit notre particularité professionnelle, il est indispensable de travailler en

osmose avec les autres partenaires sanitaires et sociaux, et, en ce sens, les Congrès Croix-Marine, sont un lieu privilégié afin de parfaire cette harmonisation.

44^e journées nationales
Les 18/19/20 sept. 1995 à LILLE

Philippe Lamotte
Animateur
C.H.S. PICAUVILLE (50360)
Responsable de la Rédaction
Revue CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

UN AN DÉJÀ

Le "CAETETEPE INFO", bulletin de liaison réalisé par les patients du C.A.T.T.P. (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) la Bonde à Équeurdreville a fêté son premier anniversaire en décembre avec la parution du numéro 4.

Le "journal" destiné à tous publics se veut la mémoire vive des usagers où s'exprime les centres d'intérêts et les préoccupations des patients. Le CAETETEPE INFO permet aux personnes une plus grande intégration dans la cité. Tous les sujets y sont traités, problèmes de société, vie quotidienne, manifestations culturelles, vie des associations. Autour de ce projet, patients et soignants développent une dynamique d'échange et d'ouverture.

CAETETEPE INFO

Bât Scalaire, Appt 14, Résidence de la Bonde
50120 Équeurdreville.
Tel : 33 03 48 57

BRÈVES

par Thierry Jegard



PRISME DANS LA CITÉ U

L'association Prisme (Recherches, pratique et information en Santé Mentale) a organisé son troisième colloque régional les 30 novembre et 1^{er} décembre 1995 à l'I.U.T. d'Octeville sur le thème "Cités et Santé Mentale".

Plus de 170 professionnels de la santé et du social ont fait de cette manifestation un succès avec la participation de délégations étrangères (Irlande, Belgique, Italie).

Ces journées ont conduit les congressistes à travailler en atelier sur l'adolescence, le diagnostic infirmier ou encore la ruralité.

Des échanges fructueux qui ont mis en évidence le rôle joué par les diverses structures qui s'attachent à pénétrer les rouages du social.

I.U.T.
OCTEVILLE
30/11 et 1/12/95

SÉSAME : UN LIEU POUR MILLE LIENS

Le Centre Psychothérapique de l'Orne attaché au secteur psychiatrique d'Alençon-Bellême a mis en place depuis juin 1994 à Alençon, une structure intersectorielle baptisée Sésame.

Point d'accueil et d'écoute destiné aux jeunes (16-25 ans) en difficulté psychologique, sociale, professionnelle, SESAME fait suite à l'ESCALE structure qui depuis 1987, avait pour mission le maintien dans la vie urbaine de psychotiques stabilisés. En activité depuis décembre 1994, SESAME se fixe de nombreux objectifs notamment l'accueil; l'écoute qui vise une dédramatisation et une décompression des tensions; une aide psychologique; une information dans des domaines très divers comme la santé, le social, l'éducatif, le réseau professionnel. En aval, SESAME peut proposer une orientation après évaluation vers différents types de prises en charge, en C.M.P. pour des pathologies lourdes, un service social ou encore vers des organismes de formation.

SESAME s'ouvre aux jeunes. Par ailleurs, il tisse un réseau d'aide aux multiples compétences. La formule magique de cette structure est gratuite, secret professionnel, anonymat. Non médicalisé donc non étiqueté psychiatrie, SESAME qui s'inscrit dans une démarche de prévention est animé par une équipe pluridisciplinaire au cœur de la cité.

Pour toutes informations :
"SESAME" Point d'Accueil et d'Écoute
80, rue St Blaise 61000 Alençon.

Tél. : 33 29 51 71

VOTRE COURRIER

Adressez les nouvelles que vous souhaitez voir apparaître :

- soit directement à Madame Maryse CORBET, secrétaire de rédaction A.C.M.B.N., Secrétariat du Docteur GOLSE, 50360 Picauville,
- soit au Docteur PITON, correspondant de la revue pour le département du Calvados,
- ou au Docteur ANDERSON, correspondant pour le département de l'Orne.

PAS DROLE L'ADO

De l'intérêt que portent beaucoup d'adultes sur les adolescents qui vivent des situations familiales difficiles, adolescents à qui l'on prédit un avenir incertain, assombri par le chômage, le sida est né le projet de la brochure "Pas drôle d'ado".

Tous les partenaires médico-sociaux et éducatifs de la Ferté-Macé dans l'Orne se sont réunis pour lancer un projet afin de proposer aux adolescents un cadre d'expression publique sur tous les sujets les intéressant.

Pour Philippe Geissler, psychiatre au C.M.P. de la Ferté, une des cheville ouvrière de cette opération : "Les collégiens se sont particulièrement mobilisés au contraire des plus grands (lycéens) qui n'espèrent plus grand chose des adultes".

"PAS DROLE D'ADO" est un recueil revendicatif qui traite de la vie à l'école, en ville, la sexualité. Des préoccupations écrites ou dessinées qui ont fait frémir plus d'un adulte de la ville, notamment les enseignants lors de sa sortie en septembre 1994.

"PAS DROLE D'ADO" est disponible au C.M.P. pour enfants, adolescents et leurs familles, 23, rue Louis Pasteur 61600 La Ferté-Macé.

QUELQUES CHIFFRES

CONVENTION COLLECTIVE

Valeurs du point

CC 1951	(1/03/95)	25,59 F
	(1/11/95)	25,95 F
CC 1961	(1/03/95)	21,48 F
	(1/11/95)	21,79 F

Tarifs Médico-sociaux 1995

Service de soins	184,40 F
Care Médicale	151,85 F
Forfait soins	18,80 F

Indemnités kilométriques au 1er janvier 95

CC 1951	5 CV et moins	2,24 F
	6 CV et plus	2,67 F
CC 1966	5 CV et moins	2,08 F
	6 CV et plus	2,48 F

JOURNÉE DE CAEN 6 NOVEMBRE 1995

RENCONTRES CROIX-MARINE

de BASSE-NORMANDIE
de 9 h 30 à 12 h 30 et de 14 h 30 à 17 h 00

LUNDI
6 novembre 1995

CAEN
Bon-Sauveur

SUICIDES EN BASSE-NORMANDIE

- **PROGRAMME RECHERCHE-ACTION**
sur le suicide en Basse-Normandie.
par le docteur DAVY du C.H.S. de Caen.
- **GESTES SUICIDAIRES ET RÉCIDIVES :**
résultats d'une enquête prospective réalisée
aux urgences du C.H.U. de Caen.
par le docteur CHASTANG et l'équipe infirmière.
- **MODÈLE DE PRISE EN CHARGE**
des tentatives de suicide au Centre Hospitalier.
par l'équipe de psychiatrie de liaison, docteur BOUCHE, Alençon.
- **SOCIO ANTHROPOLOGIE DU SUICIDE** en milieu rural.
par Monsieur Yves DUPONT,
professeur de sociologie à l'Université de Caen.
- **PÔLE D'ACTIVITÉ INTERSECTORIEL**
de psychiatrie d'urgence du C.H.U. de Caen :
présentation, modalité de fonctionnement.
par l'équipe infirmière du pôle d'activité.

Centre Hospitalier Spécialisé du Bon-Sauveur de Caen
Salle de spectacle - 93, rue Caponière - 14000 CAEN

ENTRÉE GRATUITE

Adhérents individuels et Membres d'Organismes adhérents

Non-Adhérents : Entrée 30 f

Le repas du midi est laissé à l'initiative
de chacun dans la ville de Caen.

ASSOCIATION CROIX MARINE

DE BASSE-NORMANDIE

Fondation du Bon-Sauveur

50360 PICAUVILLE

Tél. : 33 41 01 07 poste 466

Nom, fonction, adresse	Tél.	Fax
Mme le Dr Ferragu D.R.A.S.S., 27, rue des compagnons - 14050 Caen cedex	31 47 40 30	31 44 18 99
M. le Dr Vallée I, rue de la Mer - 14880 Colleville-Montgomery	31 44 73 49	31 97 69 33
Mme le Dr Chastang, Psychiatre, C.H.R.U., av. Côte-de-Nacre - 14033 Caen cedex	31 06 44 28	31 06 49 55
M. le Dr Davy, Psychiatre C.H.S., 93, rue Caponière - 14012 Caen cedex	31 30 50 50	31 79 02 96
Mme le Dr Morin Centre Psychothérapique de l'Orne, 31, rue Anne-Marie-Javouhey - 61014 Alençon cedex	33 26 25 11	33 26 42 50
Mme Cambier Dom. 33 95 01 25 Travail 33 40 10 11 Service Départemental d'Action Sociale de la Manche 586, rue de l'Exode, BP 374 - 50004 St-Lô cedex		33 40 32 02
Mme Amichaux, Infirmière conseillère du Recteur 168, rue Caponière - 14061 Caen cedex	31 30 15 88	31 30 15 92
Mme Uguen Cadre infirmier secteur psychiatrie, CH Jacques-Monod - 61104 Flers	33 64 44 61	33 62 62 05
M. le Dr Véret C.O.R.E.S., 1, place de l'Europe - 14200 Hérouville-Saint-Clair	31 43 83 61	31 43 83 47
Mme Godin C.P.A.M., bd Général-Weygand - 14000 Caen	31 45 79 41	31 45 79 80
Mme Finel Psychologue, C.H.S. du Bon-Sauveur, 65, rue Baltimore - 50008 Saint-Lô	33 57 28 77	33 77 77 68
Docteur Pomarède DGS-SP2, 1, place Fontenoy - 75350 Paris SP 7	46 62 45 02	46 62 43 54
Docteur Chabaud O.R.S., Poitou-Charentes, C.H.U. la Milettrie, BP 577 - 86000 Poitiers	49 01 47 61	49 50 88 30

Le Docteur O. Ferragu, médecin Inspecteur Régional Adjoint de la Santé, nous a présenté dans le cadre de la journée CROIX MARINE le 6 novembre 1995, le programme STRATÉGIQUE d'Actions de Santé, visant à réduire le taux de suicide et de tentatives de suicide.



Programme mis en place sous l'impulsion du Ministère de la Santé dans 3 régions LORRAINE, BRETAGNE et BASSE-NORMANDIE.

En Mars 1995, un groupe de travail pluridisciplinaire et pluridépartemental s'est réuni à plusieurs reprises.

A partir de janvier 1996, différents groupes de travail départementaux ou locaux se réuniront autour des thèmes :

- observation - évaluation
- prise en charge et suivi
- prévention
- formation

Le programme des actions à mettre en œuvre sera élaboré à partir des résultats de ces groupes au cours du 2e Trimestre 1996.



SUICIDES EN BASSE-NORMANDIE

par le Docteur DAVY

I - Données bibliographiques

Nous verrons tout d'abord les suicides puis ensuite les tentatives de suicide.

A - Suicide

I - Définition

Nous retenons comme définition du suicide l'acte "volontaire et conscient" de se tuer.

2 - Données nationales

Les taux de suicide ont augmenté de 1960 à 1990 et ont tendance à stagner et à diminuer depuis cette dernière date sans retour au niveau antérieur.

Ce taux de suicide est de vingt pour cent mille habitants. Il est presque 3 fois plus élevé chez l'homme que chez la femme (29,9 chez l'homme, 11,4 chez la femme). Les suicides repré-

urbain et qu'il est actuellement plutôt rural. Les chômeurs et les RMistes sont des groupes à risque, cependant l'évolution des courbes des deux taux n'est pas strictement parallèle.

Sur le plan psychopathologique, le suicide paraît corréler à la morbidité psychiatrique; on mettrait en évidence chez les suicidés :

- 64% d'état dépressif
- 15% d'alcoolisme
- 3% de schizophrénie
- 3% d'anxiété

Lors des états dépressifs, le risque est plus important lors des premiers accès, au début et à la fin de l'épisode. 50% des déprimés suicidés consultent la semaine précédant leur suicide et 70% le mois précédent.

La mortalité est plus faible quand un traitement antidépresseur est mis en route.

3 - Données Régionales

a) O.R.S.

L'enquête de l'observatoire Régionale de la Santé (ou O.R.S.) de Basse-Normandie, en 1994, a mis en évidence une surmortalité régionale par suicide tant chez les hommes que chez les femmes puisque

pour les femmes le taux est de 15,4 pour 100 000 habitants pour une moyenne nationale de 11,4 et pour les hommes de 43,3 pour 100 000, pour un taux national de 29,9.

Il y a 408 décès annuels pour 279 attendus.

Cette surmortalité concerne surtout les hommes et les femmes de 45 ans à 84 ans, avec pour les hommes le maximum entre 45 et 54 ans et pour les femmes le maximum entre 75 et 84 ans.

- Ces taux sont voisins de ceux de la Bretagne

- Le département de l'Orne a les taux les plus élevés de Basse-Normandie

- C'est surtout le milieu rural qui est touché et tout particulièrement dans l'ordre le bocage virois, le nord-ouest du Cotentin, le sud de la Manche et le sud-ouest de l'Orne

- Le salarié agricole est plus touché que l'exploitant agricole

Parmi les moyens utilisés la pendaison vient en premier rang, puis les armes à feu pour les hommes, la noyade pour les femmes et en troisième rang les intoxications.

b) Simonet

Le travail de Monsieur le Docteur Marc SIMONET en 1986, effectué à partir des certificats de décès de l'Orne montre qu'il n'y a pas de différence entre les taux départementaux et les taux nationaux au-dessous de 35 ans, que le risque est plus élevé chez la population de plus de 60 ans, inactive, célibataire et agricole.

c) Legrand

Enfin, Le mémoire de sociologie de Madame Corinne LEGRAND portant sur les suicides des agriculteurs du Sud de la Manche de 1969 à 1989, montre qu'il y a une relation entre le suicide et la crise agricole depuis 1975, ceci correspond à une diminution de 19,2% du nombre des exploitations agricoles et à une baisse de 43% des revenus de 1970 à 1980.

Pour Madame LEGRAND, le phénomène suicidaire est donc le résultat de la perte de contact de la société rurale avec l'évolution sociale de la France associée à une perte des repères matrimoniaux comme tend à le montrer le fort taux de célibat.

- 64% d'état dépressif
- 15% d'alcoolisme
- 3% de schizophrénie
- 3% d'anxiété

sentent 2% du total des décès, ils augmentent avec l'âge, surtout au-delà de 50 ans, avec un maximum entre 75 et 84 ans (106 suicides pour 100 000 habitants), mais ils ne représentent que 1,2% des décès des plus de 75 ans.

Sur le plan sociologique, on peut retenir succinctement qu'au 19^e siècle le phénomène suicidaire était plutôt

B - Tentative de suicide

I - Définition

La tentative de suicide peut être considérée comme l'acte "volontaire et conscient" de tenter de se tuer.

2 - Basse-Normandie.

Il n'y a pas eu, en Basse-Normandie, de recueil systématique de données. Cependant, en 1987, une enquête de l'O.R.S., sur la prise en charge des tentatives de suicide à l'Hôpital, en Basse-Normandie, propose des estimations.

Rapportées à 1993, ces estimations seraient de 6 000 tentatives de suicide hospitalisées durant l'année correspondante. Si l'on admet que 20 à 30% des tentatives de suicide ne sont pas hospitalisées, le

nombre total de tentatives serait de 8 000 par an pour notre région.

3 - Nationale

Un certain consensus existe sur les facteurs de risques, d'une part, et la prise en charge du suicidant, d'autre part.

a) Facteurs de risques

- 90% des tentatives de suicide sont les intoxications volontaires

- la femme est deux fois plus touchée que l'homme

- le risque diminue avec l'âge : 70% des suicidants sont âgés de 15 à 35 ans

- pour les 15-24 ans, le taux de récurrence est de 37%. La récurrence se situe dans 63% des cas dans l'année qui suit le pre-

mier geste suicidaire

- les tentatives de suicide sont plus fréquentes dans les milieux familiaux désintégrés : séparation, famille monoparentale, placement dans l'enfance et en cas de maladie des parents, surtout les maladies psychiatriques et/ou alcooliques.

- elles sont favorisées par les conduites addictives : l'alcool, la drogue, par les difficultés scolaires, les échecs sentimentaux, les ruptures, les abus sexuels. - elles surviennent dans un contexte de crise relationnelle non résolue. Avant le passage à l'acte, il est bien rare qu'il n'y ait pas eu une expression de la détresse psychologique mais peut-être pas toujours sur un mode très explicite comme,

par exemple, fatigue, troubles du sommeil, consommation d'alcool, de médicaments, voire de drogues.

b) Prise en charge

on a pu montrer que :

- les décès par suicide et les récurrences de tentatives de suicide sont plus fréquents quand il n'y a pas eu hospitalisation et quand l'hospitalisation n'a pas été au moins de quelques jours.

Une étude anglaise montre que sur une période de deux ans, chez les jeunes, le taux de récurrence est de 40% quand il n'y a pas de traitement après l'hospitalisation, il est de 25% en cas de thérapie brève et de 20% avec des thérapies plus prolongées.

II Conclusions : A la suite de ce travail bibliographique, deux axes de réflexion nous paraissent se dégager :

A - Prévention primaire

Le premier nous semble centré sur la prévention primaire; il concerne notre surmortalité régionale qui touche, comme nous l'avons dit, l'homme, rural, du Bocage, âgé de plus de 45 ans, célibataire.

Pour tenter de ramener le taux de suicide bas normand au taux national, il y aurait lieu, si possible, de supprimer ce phénomène. Les éventuelles actions à mettre en œuvre ne pourront être déterminées

qu'après une enquête qui appréciera l'évitabilité du phénomène.

Cette enquête rétrospective pourrait s'adresser aux personnes susceptibles d'avoir été

contactées par le suicidé avant sa mort, c'est-à-dire, par exemple : la famille, les employeurs, les médecins... et pourquoi pas les banquiers.

B - Prévention secondaire et tertiaire

Le deuxième axe intéresse plus la prévention secondaire et tertiaire. Il pourrait concerner les tentatives de suicide de l'adolescent et de l'adulte jeune, bien que ce phénomène ne rende pas compte de la surmortalité dans notre région. Ce deuxième axe pourrait avoir deux objectifs essentiels; d'une part la diminution de la fréquence des tentatives de suicide et, d'autre part, la diminution des récurrences.

La diminution de la fréquence des tentatives de suicide, suppose une meilleure connais-

sance du phénomène en Basse-Normandie et impose un meilleur recueil des données quantitatives comme, par exemple, l'amélioration du recueil des données par les départements, d'Informations médicales (c'est-à-dire les D.I.M.) au moyen de quelques items supplémentaires dans le cadre de l'informatisation des diagnostics de sortie dans les hôpitaux, et de données qualitatives comme, par exemple, des enquêtes sur le type de consultation accordée par des soignants avant la tentative de suicide.

Le deuxième point, c'est-à-dire la diminution de la fréquence des récurrences, devrait tendre à une amélioration de la prise en charge des tentatives de suicide déjà réalisées.

Ceci suppose une enquête intéressante au moins l'ensemble des hôpitaux de la région afin de déterminer, dans chacun des sites, quelles sont les prestations actuellement mises en œuvre; ceci intéresserait tout particulièrement les services d'urgence, de médecine somatiques et de psychiatrie.

Ensuite, à la lumière de cette enquête, il y aurait lieu, en prenant en compte les moyens et particularités locales, de définir avec les partenaires de terrain un suivi optimum.

Ce travail devra répertorier les structures relais qui pourraient prendre la suite des équipes de première urgence et devra en faciliter l'articulation. En effet, pour l'instant, la plus grande partie des soignants en psychiatrie ne paraît être atteinte que par la partie émergée de l'iceberg du monde de tentative de suicide.

Résultats préliminaires d'une enquête menée au C.H.U. de Caen



L'incidence croissante des tentatives de suicide dans les pays européens et en Amérique du Nord serait, selon les données épidémiologiques actuelles, non seulement en rapport avec un âge de début de plus en plus précoce du premier geste autolytique, mais surtout avec une augmentation pré-

occupante des récidives. Les tentatives de suicide représentent en France 10 à 40% des admissions en urgence pour motif psychologique; elles sont réalisées par des sujets jeunes âgés en moyenne de 35 ans, récidivistes dans plus de la moitié des cas. En 1993, plus de 44% des

admissions en urgence pour motif psychiatrique au C.H.U. de Caen concernaient des tentatives de suicide. Ce pourcentage, supérieur à la moyenne nationale (23%) tend à confirmer que la Basse-Normandie, qui occupe la seconde place nationale derrière la Bretagne pour le taux

de suicides réussis, est particulièrement touchée par la problématique suicidaire, et que se posent dans cette région d'importants problèmes de prise en charge des suicidants et d'élucidation des facteurs associés.

I - Objectifs de l'étude - Méthodologie

Les objectifs de l'enquête prospective menée de décembre 1993 à juin 1994 aux urgences psychiatriques du C.H.U. de Caen étaient de :

- comparer les suicidants aux patients admis pour un autre motif psychologique, et rechercher l'existence de facteurs de risque associés au geste suicidaire;
- comparer les sous-groupes

de suicidants, primosuicidants et récidivistes, en recherchant plus particulièrement si les antécédents psychologiques personnels et familiaux sont des facteurs de risque du geste suicidaire et de sa récurrence.

L'étude a été réalisée par l'équipe de psychiatrie grâce à un hétéroquestionnaire portant sur les données sociodémographiques, les antécédents

personnels et familiaux, et la consommation de soins l'année précédant le passage aux urgences, complété d'une évaluation diagnostique selon les critères DSM-III-R.

Afin de répondre aux objectifs, quatre groupes de patients ont été constitués :

- groupe 1 : les suicidants admis pour première tentative de suicide;

- groupe 2 : les suicidants récidivistes;

- groupe 3 : les patients admis pour un autre motif psychologique, n'ayant pas d'antécédent de tentative de suicide;

- groupe 4 : les patients admis pour un autre motif psychologique, ayant au mois un antécédent de tentative de suicide.

II - Résultats

L'échantillon d'étude est constitué de 1073 sujets (57% de femmes, 43% d'hommes) âgés de plus de 15 ans (âge moyen : 36,6 + 0,9 ans).

Les suicidants représentent 52% des patients; ils se distinguent des non-suicidants par une prédominance féminine, et sont significativement plus jeunes, âgés en moyenne de 34 ans. Leurs antécédents personnels et familiaux sont marqués par des gestes suicidaires plus fréquents.

54% des suicidants sont des récidivistes, dont les antécé-

dents familiaux sont caractérisés par une fréquence significativement supérieure d'états dépressifs, de conduites addictives et de tentatives de suicide que celle retrouvée chez les primosuicidants. Les suicidants récidivistes ont également une histoire personnelle beaucoup plus lourde, ayant en moyenne déjà réalisé 3 tentatives de suicide antérieures; plus de la moitié (56%) ont été hospitalisés en psychiatrie, et 35% ont bénéficié d'un suivi psychiatrique.



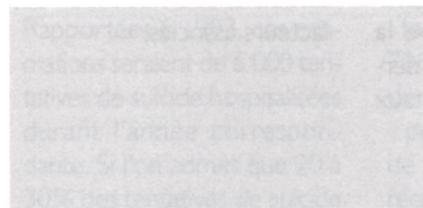
III - Discussion

Les suicidants représentent dans notre étude plus de 50% des patients admis en urgence au C.H.U. de Caen pour motif psychologique, soit un pourcentage élevé par rapport aux pourcentages précédemment rapportés, qui sont de l'ordre de 10 à 40% en France, et ceci tend à confirmer l'indéniable particularité de la Basse-Normandie dans le domaine des gestes suicidaires. Plus de 50% de l'échantillon des sui-

cidants a déjà réalisé au moins une tentative de suicide, ce qui concorde avec les résultats de la littérature, qui retrouve selon les sites d'étude, 20 à 60% de récurrences, généralement précoces. De plus, le suivi psychiatrique régulier, témoin indirect de l'existence d'un problème psychopathologique associé, est très significativement supérieur chez les suicidants récidivistes. Pour certains auteurs, l'un des plus puissants prédicateurs d'un suicide réussi ultérieur est l'existence d'antécédents familiaux et personnels de tentative de suicide et de conduites addictives, en particulier l'éthylisme. Ce sont ces mêmes variables que nous retrouvons significativement liées au geste suicidaire et à sa récurrence dans notre étude. La récurrence suicidaire n'est pas corrélée avec l'existence d'un suicide réussi au sein de la famille, ce qui tend à confirmer que les mécanismes explicatifs du suicide et de la tentative de suicide (malgré le risque suicidaire accru des récidivistes) sont différents. Par ailleurs, l'hypothèse portant sur les facteurs de risque intra-familiaux, à savoir le rôle des séparations et pertes familiales avant l'âge de 12 ans dans la genèse des gestes suicidaires, non retrouvé dans notre étude, pourrait être plus spécifique aux jeunes suicidants (de 15 à 29 ans) ou aux adolescents (de 15 à 19 ans).

Au terme de cette enquête, il apparaît que les suicidants récidivistes sont caractérisés par une trajectoire personnelle et familiale particulière de gestes suicidaires et de conduites addictives qui s'intégrerait dans une sous-culture familiale pouvant expli-

quer; en dehors de tout cadre pathologique précis, l'émergence répétée d'un geste suicidaire en réponse à une situation de rupture.



cidants a déjà réalisé au moins une tentative de suicide, ce qui concorde avec les résultats de la littérature, qui retrouve selon les sites d'étude, 20 à 60% de récurrences, généralement précoces.

De plus, le suivi psychiatrique régulier, témoin indirect de l'existence d'un problème psychopathologique associé, est très significativement supérieur chez les suicidants récidivistes. Pour certains auteurs, l'un des plus puissants prédicateurs d'un suicide réussi ultérieur est l'existence d'antécédents familiaux et personnels de tentative de suicide et de conduites addictives, en particulier l'éthylisme. Ce sont ces mêmes variables que nous retrouvons significativement liées au geste suicidaire et à sa récurrence dans notre étude.

La récurrence suicidaire n'est pas corrélée avec l'existence d'un suicide réussi au sein de la famille, ce qui tend à confirmer que les mécanismes explicatifs du suicide et de la tentative de suicide (malgré le risque suicidaire accru des récidivistes) sont différents.





Modèle de prise en charge des tentatives de suicide au centre hospitalier

Équipe du Docteur BOUCHÉ

I Présentation

L'activité infirmière psychiatrique a commencé en 1991 suite à une convention entre le Centre Hospitalier et le Centre Psychothérapique de l'Orne.

La priorité étant d'apporter un accueil spécifique aux entrées psychiatriques et des soins spécialisés, avec pour objectif la mise en œuvre de projets thérapeutiques dans les différents services hospitaliers.

II Présentation de l'équipe

Actuellement, notre équipe se compose de 3 infirmières psychiatriques, détachées du Centre Psychothérapique de l'Orne. Nous exerçons auparavant dans les services de santé mentale depuis plus de 9 ans.

Notre activité se situe essentiellement aux URGENCES, mais également dans les autres services du centre Hospitalier. Nous intervenons dans ces services :

- soit dans le cadre d'une prise en charge de patients présentant une pathologie psychiatrique ou non, ceci à la demande des médecins hospitaliers.

- soit pour des patients, que nous avons accueilli aux URGENCES, et qui nécessitent un accompagnement depuis leur arrivée.

Rappelons qu'Alençon, ville de 30 000 habitants, et sa région, se situent au carrefour de 3 départements. De par sa situation géographique, les Urgences du Centre Hospitalier d'Alençon se trouvent isolées des hôpitaux périphériques.

En 1994, il y a eu environ 20 000 entrées aux Urgences.

En fait, c'est un travail mobile que nous avons sur le Centre Hospitalier.

Nous fonctionnons sur une plage horaire qui est de 8 h à 20 h avec une présence de 7 jours sur 7.

Des réunions bimensuelles avec le psychiatre permettent de coordonner nos actions pour les problèmes ponctuels et tenter une meilleure adaptation dynamique de notre fonctionnement.

Les consultations de Psychiatrie se déroulent sur 2 1/2 journées par semaine dans le bureau d'un service de Médecine ; nous participons à ces consultations.

III Le Centre Hospitalier d'Alençon

Il reçoit chaque année environ 400 personnes ayant tenté de se suicider.

Jusqu'à la mise en place de l'équipe psychiatrique aux urgences, la grande majorité des suicidants quittaient le Centre Hospitalier pour leur domicile au bout de 24 à 48 h, dès que leur état clinique "organique" le permettait.

Seuls les patients présentant des troubles mentaux avérés ou des problèmes de comportement étaient orientés sur le centre hospitalier spécialisé ou vus en consultation à la demande des médecins urgentistes.

La réelle souffrance psychique, souvent difficile à verbaliser, de suicidant n'était que rarement prise en compte en l'absence de pathologie psychiatrique sous-jacente.

La fréquence relativement importante des TS et le constat qu'on avait souvent à faire à des récidivistes (environ 50 % d'après la plupart des équipes) a amené à modifier l'abord de ces patients qui sont désormais :

- pris en charge dès leur admission par une infirmière de secteur psychiatrique, dans le service des URGENCES, - puis hospitalisés dans un service de médecine et vus en consultation par un psychiatre dans les jours suivant leur entrée.

Le patient présentant des troubles mentaux avérés ou des troubles du comportement sont quant à eux

orientés sur le service spécialisé.

Cette hospitalisation en service de médecine va permettre :

- de prendre un recul temporaire par rapport au milieu dans lequel la personne évolue
- de se repositionner par rapport à son entourage

- de rassurer la famille
- d'intervenir sur la dynamique suicidaire
- de donner un cadre thérapeutique dans lequel le suicidant va pouvoir donner un sens à son acte, le restituer dans son histoire personnelle, il va pouvoir être entendu
- d'éviter la banalisation du passage à l'acte et permet de préparer l'après-TS, et de mettre en place progressivement la continuité des soins.

La durée de cette hospitalisation variera selon les cas :

- la plupart du temps elle dure environ une semaine ou moins notamment chez les adolescents.
- elle pourra se prolonger en cas de syndrome dépressif.

L'équipe psychiatrique intervient durant la totalité de l'hospitalisation.

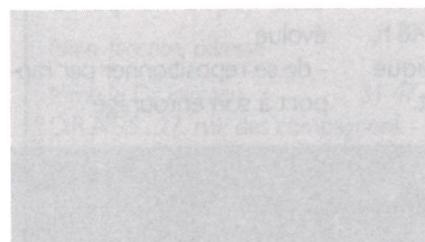
IV Rôle spécifique

Notre rôle est axé sur un travail d'accueil, de liaison et d'orientation.

Nous accueillons le patient dès son arrivée aux urgences.

Le premier geste se fait par la médicalisation après un premier bilan somatique (pose de perfusion, lavage gastrique, surveillance conscience...)

La prise en charge globale du patient permet d'intervenir aussi sur la dynamique suicidaire, reconnaître sa souffrance.



L'accompagnement psychologique, par une écoute active, une aide à la verbalisation, s'avère un dispositif fondamental au soin.

La catharsis, liée au passage à l'acte, est un moment privilégié pour établir un lien thérapeutique et recueillir des informations, par rapport à la problématique du sujet.

La rencontre avec l'entourage (parents-enfants-conjoints) sert également de source d'informations, à la situation conflictuelle existante.

Cette rencontre, parfois téléphonique, est indispensable. Elle permet d'intégrer une amorce de verbalisation.

La tentative de suicide est souvent génératrice d'angoisse, de culpabilité pour la famille. Cette rencontre aide l'entourage à exprimer ses émotions, et à restituer le patient dans son environnement sociofamilial.

Nous participons avec le médecin des Urgences à l'éva-

luation et à l'orientation des patients, après avoir centralisé les informations, les observations.

Cette médiation permet de recenser les grandes souffrances psychiques (idées de mort importantes, mutisme, banalisation extrême, anxiété importante).

En fonction de l'état clinique et psychique du patient, le médecin décide du lieu d'orientation le plus adapté. Si cela est nécessaire, nous nous mettons en rapport avec le psychiatre, susceptible de se déplacer.

Le contact avec le médecin traitant ou le psychiatre traitant, constitue un élément important dans notre prise en charge. Il

nous permet de donner et de recueillir des informations, concertation commune, objectifs.

Si le patient sort, un rendez-vous lui est fixé systématiquement dans la semaine avec le psychiatre ou le psychologue du C. M. P. (le problème de disponibilité des lits d'hospitalisation se rencontre surtout le week-end).

Notre rôle dans les services : - il est essentiellement un rôle d'accompagnement, et nous servons de médiateur dans l'équipe et le médecin du service.

- il faut prendre en charge le patient ainsi que sa famille où les relations sont souvent difficiles.

- Aider à ce que le patient donne un sens à son passage à l'acte et multiplier les rapports avec la famille.

- La collaboration avec l'équipe du service accueillant est importante pour une prise en charge cohérente.

- Nous transcrivons dans le dossier médical du patient nos interventions.

Notre présence à la consultation Psy :

Le suivi infirmier est important par rapport à la consultation qui va suivre. La personne est souvent rassurée par notre présence (elle nous connaît déjà). Nous l'aidons à exprimer certains éléments (dont elle nous a déjà parlé), et qui peuvent lui paraître plus difficiles à dire devant le médecin.

Les informations reçues initialement, le suivi dans le service et la concertation au sein de l'équipe permettent de participer au travail diagnostique, donnant un éclairage basé sur l'évaluation depuis l'entrée du patient.

Le Psychiatre n'intervient que secondairement, pendant l'hospitalisation en médecine. (sauf en cas de demande du médecin et de l'équipe psychiatrique pour évaluation ou

problème d'orientation aux Urgences).

Une consultation trop précoce dans notre expérience :

- dramatiser la situation
- Les conditions initiales de l'hospitalisation aux Urgences ou en Réanimation ne permettent pas une prise de contact de bonne qualité
- l'évaluation de la souffrance du patient est peu fiable :
- soit à cause de la catharsis lié au passage à l'acte
- soit à cause des conditions d'hospitalisation

A défaut de pouvoir intervenir à de multiples reprises, on préfère ne voir le suicidant que quelques jours après son entrée.

La vision est plus globale, la personne hospitalisée a pris du recul, les éléments qu'elle apporte et l'évolution en médecine permettent une approche diagnostique et une évaluation de la souffrance psychique plus fiables.

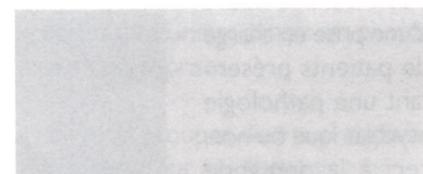
Conclusion

Lors de l'accueil, nous nous rendons plus disponibles (ne pas être dans un contexte trop technique).

Ce type de prise en charge nous paraît intéressant, puisqu'il existe un travail d'élaboration dès l'accueil et jusqu'à la sortie du patient, avec pour point fort l'accompagnement au cours du séjour et la mise en place d'une continuité de soins.

La sortie pourra se faire, en articulation avec le médecin traitant, le psychiatre ou d'autres structures du secteur.

Les patients sont informés des lieux d'écoute, d'une éventuelle prise en charge plus spécifique (Psychiatre ou Psychologue) si une nouvelle situation de crise ressurgissait. Nous avons prévu de recontacter systématiquement le



médecin traitant à 6 mois et 1 an pour connaître le devenir des patients, évaluer notre travail et juger d'une réelle action sur la survenue des récidivistes.



Socioanthropologie du suicide en milieu rural

par M. Yves DUPONT

En réaction à la dégradation toujours menaçante de la sociologie en une idéologie plus ou moins apologétique de la modernité, l'analyse socioanthropologique aspire à dépasser les apories liées à l'opposition entre tradition et modernité, opposition qui constitue selon nous le cœur du sociologisme. Depuis la fin de la seconde guerre mondiale, la tradition a en effet de plus en plus souvent été perçue comme caractéristique des temps d'avant, des temps révolus, de la communauté, de la clôture, de la routine, de l'irrationalité, voire de l'obscurantisme et, pourquoi pas, des Ténèbres. La modernité, au contraire, a progressivement été parée de toutes les vertus. Elle aurait ainsi été porteuse d'ouverture, de progrès, d'émancipation et de libération individuelles, de rationalité, de développement; elle aurait par conséquent coïncidé avec l'avènement des Lumières, puis de la société. On a cependant commencé, depuis environ une vingtaine d'années, à prendre la mesure des effets durables de méconnaissance et d'occultation qu'a engendré l'adhésion sans autre procès à cette figure dichotomique ou binaire.

C'est à l'anthropologue Georges Balandier que revient le mérite d'avoir mis en évidence *"la dialectique qui*

opère entre un système traditionnel (dégradé) et un système moderne (imposé de l'extérieur)". Cette dialectique "fait surgir un troisième système socioculturel, instable, dont l'origine est liée à l'affrontement des deux premiers. "L'interprétation de ces deux phénomènes", écrit Balandier, "va à l'encontre des théories banales du dualisme sociologique".

Ainsi, on peut définir l'analyse socioanthropologique comme une tentative d'explication et de compréhension de la manière dont se combinent et se recombinent historiquement tradition et modernité, communautés et sociétés, sans préjuger de la valeur des valeurs que produisent (inventent) les agrégats humains et ceci indépendamment de leur poids démographique. En s'autorisant cette liberté d'investigation, le chercheur en sciences humaines pourra espérer procéder à une analyse non idéologique des actions et des réactions, y compris des protestations et, surtout, de la violence que les vaincus de l'histoire, hommes

et collectivités, seront susceptibles de retourner contre eux-mêmes. C'est en tous cas

dans une telle perspective que nous avons abordé la question du suicide en milieu rural en le considérant théoriquement comme un fait social total, comme une manifestation faisant intervenir les divers domaines de la vie sociale que le discours savant tend à distinguer plus ou moins arbitrairement : l'économique, le politique, le religieux et/ou le symbolique, le psychologique ².

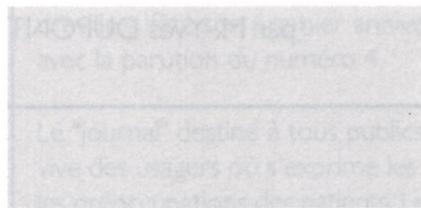
On peut également, dans une perspective durkheimienne, considérer que le suicide des agriculteurs et des ruraux se rattache aujourd'hui à la catégorie du suicide anémique ³. Qu'il est directement lié, par conséquent, au dérèglement, à la délégitimation, voire à l'effondrement des normes et des valeurs sociales propres à un groupe, à une culture, et que ce type de suicide est particulièrement fréquent dans les périodes de crise économique. On considérera alors que son "traitement" social nécessite l'activation ou la réactivation des relations sociales et des groupes, des corps intermédiaires entre l'individu et l'État, sans l'existence desquels il ne saurait être question de sens commun, d'identité, ou de satisfaction du besoin d'appartenance des humains à un monde. Car chacun sait que le déracinement ⁴, la solitude

et l'autodépréciation qui en découlent le plus souvent, constituent trois des principaux facteurs intervenant dans la trajectoire biographique conduisant au suicide. Comme l'ont écrit Christian Baudelot et Roger Tistablot : *"Les rela-*

tions du suicide avec certaines variables sociales sont des relations robustes". Là si, au XIX^e siècle, la plupart des suicides urbains ont concerné des paysans déracinés, au XX^e siècle, *"le paysan empaysanné est devenu un marginal"* ⁵.

Les travaux du sociologue Henri Mendras ont ainsi montré la solidité et la très grande capacité des sociétés paysannes européennes à produire, durant presque un millénaire, de l'intégration par leur forte valorisation des relations d'interconnaissance et d'entraide ⁶. Ses analyses ont également souligné l'incapacité de très nombreux de ces paysans à s'identifier aux valeurs spécifiques à la modernité : compétition économique, choix d'une intensification considérable de la production engendrant un bouleversement des rapports à autrui, modification radicale des rapports à la terre et mas-

sacre des paysages, individualisme croissant. Or l'on n'a que récemment commencé à réaliser à quel point les apôtres du développement, ceux qui



ont préconisé ou qui ont adhéré à l'idéologie du progrès avec une ferveur au moins égale à celle de ceux qui entrent en religion, on ignoré les souffrances vécues par tous ceux qui n'ont pas pu, voulu ou su, "monter dans le train du progrès" ⁷. Petits paysans en difficulté, ouvriers agricoles privés de travail, artisans et commerçants ruraux, tous ceux-là ont été progressivement conduits à "perdre la face" ⁸ ou leur honneur dont la valorisation peut par ailleurs paraître exorbitante à ceux pour lesquels l'exposition permanente au regard de l'autre constitue le revers discutable de la solidarité propre aux sociétés d'interconnaissance ⁹.

On peut ainsi, dans une perspective socioanthropologique, distinguer au moins trois catégories de paysans ou d'agriculteurs durant la période 1790-1990 : les paysans "traditionnels", communautaristes et ouverts à l'agression magique, c'est-à-dire à la sorcellerie; les agriculteurs "novateurs", individualistes et ouverts à la compétition économique; les paysans "intermédiaires", solidaristes et ouverts au développement local rural. Ces derniers représentant selon nous une fraction de ceux qui tentent de réaliser une synthèse entre tradition et modernité pour inventer un nouveau système socioculturel.

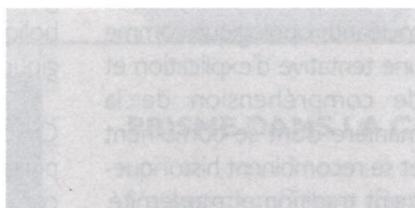
Une étude réalisée en 1993 par une étudiante en maîtrise de sociologie sur le suicide des agriculteurs et des ruraux dans 8 cantons du Mortainais dans le département de la Manche, a mis en évidence les données de décès tendent à dissimuler la cause véritable de certains décès ¹⁰.

- 1968-1975 : environ 65 à 70 suicides d'agriculteurs et de ruraux
- 1975-1982 : environ 120 suicides
- 1982-1990 : environ 150 suicides

Il nous semble possible, très schématiquement compte tenu du faible espace dont nous disposons ici, d'interpréter cette évolution du nombre de ces suicides de la manière suivante :

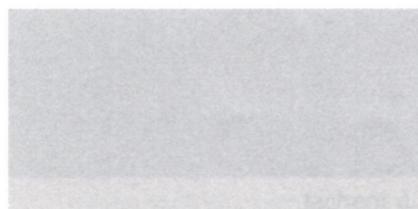
Les années 1968-75 correspondent à une phase de modernisation intense de l'agriculture, y compris dans le département de la Manche. Les paysans "traditionnels" tentent de résister à leur liquidation en recourant au "mode de protestation des faibles" que constitue la sorcellerie déjà plus ou moins pervertie ¹¹. Si la sorcellerie peut en effet être d'une part appréhendée, avec Jeanne Favret-Saada, comme une sorte de psychothérapie propre aux sociétés paysannes ¹², elle peut d'autre part être analysée, avec Georges Balandier, comme la manifestation d'une figure discontinue du politique dans les sociétés ou la loi et l'État moderne n'ont encore que partiellement imposé leur autorité et leur légitimité. Que l'on privilégie l'une ou l'autre de ces interprétations de type anthropologique, on

conviendra que si, d'un côté, la sorcellerie contribue à panser les blessures de ces paysans, d'un autre elle favorise le maintien de leur capacité à développer de l'agressivité à l'égard des novateurs dont l'enrichissement est pour l'essentiel perçu par eux comme relevant d'une origine non naturelle. Les paysans "novateurs" bénéficient quant à eux, durant cette période, d'aides financières considérables de l'État, et la modernisation bat son plein même si la surproduction et les difficultés à venir sont déjà perceptibles. Les paysans "intermédiaires" commencent à apparaître et leurs actions visent essentiellement à s'opposer aux "cumulards" en défendant le maintien des principes de solidarité face au développement de l'indivi-



dualisme de la compétition. Le suicide concerne ainsi probablement les plus vulnérables, ceux qui ont déjà été vaincus par les excès de la modernisation, ceux qui ont perdu la face ou leur honneur.

Les années 1975-82 peuvent être caractérisées par une dégradation générale des conditions économiques pour la plupart des paysans et des agriculteurs. Le nombre de suicides augmente alors de



manière significative. Le revenu diminue, les chocs pétroliers, la

sécheresse de 1976, la surproduction et la création d'une taxe de co-responsabilité visant à limiter le volume des excédents, engendrent une augmentation importante des coûts de production. La compétition et le ressentiment progressent, la sorcellerie remplit une fonction de plus en plus thérapeutique et l'on peut considérer que les suicides concement de plus en plus les paysans "traditionnels" tout en commençant à affecter les paysans "novateurs", surendettés et incapables de faire face à leurs charges et à leurs obligations. Les paysans "intermédiaires" développent pour leur part une critique des effets néfastes du "productivisme" et commencent à rechercher une alternative à ce qu'ils appréhendent comme une voie de développement sans issue. Ils tentent ainsi de dessiner les contours d'un développement durable, solidaire et écologiquement soutenable.

La dernière période, 1982-1990, marque l'effondrement définitif des paysans "traditionnel". L'INSEE est alors contraint d'inventer la catégorie de "rural profond" pour caractériser les territoires en perte de vitesse d'où la vie n'a cessé de refluer : fermeture des écoles, départ du prêtre, faillite des petits commerçants et des artisans, solitude pour ceux qui restent, paupérisation. La baisse considérable de l'inflation et la mise en œuvre d'un plan de contingentement de la production (les quotas laitiers) font le reste.

On recense ainsi à la fin des années 80 plus de 80000 "agriculteurs en difficulté" alors que l'exode agricole s'est accéléré; 8000 autres sont inscrits au chômage, d'autres encore ont été

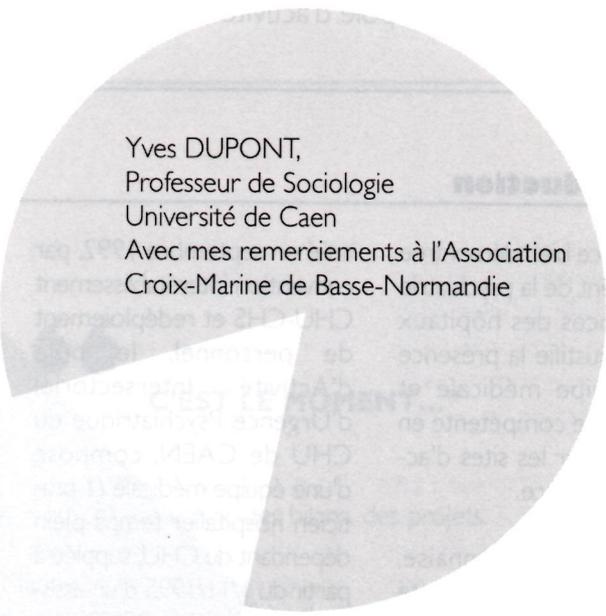
contraints de demander à "bénéficier" du RMI. C'est ainsi très certainement dans les rangs des agriculteurs "novateurs" (on ne sera jamais assez modernisé car ce processus est sans fin), des commerçants, des artisans et des personnes isolées, que l'on perd de plus en plus la face et que se recrute pour l'essentiel la population des suicidants.

Les "paysans intermédiaires", qui ont été beaucoup plus prudents et plus avisés, connaissent beaucoup moins de difficultés et mettent progressivement en place des structures d'aide pour ceux qui sont à la peine, comme "SOS agi diff". Le nombre de suicides est passé à 150 cas dans le Mortainais.

C'est donc bien, dans les coulisses du développement, une véritable tragédie qui s'est jouée. Il en a été de même aux États-Unis par exemple, où l'on a toujours été en avance : "Au cours des années 1980, le taux des suicides des agriculteurs américains du Middle-West américain a été le double de la moyenne nationale selon une étude publiée par le Centre national de médecine

agricole. Dans les états du Wisconsin, du Minnesota, du Dakota du Nord et du Sud, 913 agriculteurs se sont donné la mort. La santé, l'alcoolisme, les problèmes familiaux et la situa-

tion économique figurent parmi les premières causes de la mort"¹³. Ainsi, si l'on doit bien évidemment considérer qu'il existe des familles "à suicide" et des personnalités fragiles, on ne saurait ignorer les causes sociales, économiques et symboliques, qui conduisent certains, dans les groupes sociaux délégitimés, disqualifiés et dévalorisés, à se donner la mort. Et l'on pourra également mesurer l'intérêt d'une analyse de type socioanthropologique, qui n'entend pas réduire ces tragédies à des coûts sociaux du progrès car elle revendique la nécessité de mettre en question la bêtise de l'économisme et les formes régressives de certains figures du progrès.



Yves DUPONT,
Professeur de Sociologie
Université de Caen
Avec mes remerciements à l'Association
Croix-Marine de Basse-Normandie

- 1 Georges BALANDIER : *Anthropologie politique*, PUF, 1984 (1re édition, 1967), *Anthropologie-logiques*, PUF, 1974, *Le Détour, pouvoir et modernité*, Fayard 1985.
- 2 Marcel MAUSS : *Essai sur le don* in, *Sociologie et anthropologie*, PUF, Quadrige, 1983.
- 3 Émile DURKHEIM : *Le suicide*, PUF, Quadrige, 9e tirage, 1989.
- 4 Pierre BOURDIEU et Abdelmalck SAYAD : *Le déracinement, la crise de l'agriculture traditionnelle en Algérie*, Éditions de Minuit, 1964.
- 5 Christian BAUDELOT et Roger ESTABLET : *Durkheim et le suicide*, PUF, 1984, collection *Philosophies*.
- 6 Henri MENDRAS : *Sociétés paysannes*, Éditions Armand Colin, 1976.
- 7 Pierre ALPHANDÉRY, Pierre BITOUN, Yves DUPONT : *Les champs du départ, une France rurale sans paysans?* Éditions La Découverte, 1989.

- 8 Erving GOFFMANN : *La mise en scène de la vie quotidienne*, Éditions de Minuit, 1973.
- 9 Julian PITT-RIVERS : *Anthropologie de l'honneur*, le Sycomore, 1983.
- 10 Corinne LEGRAND : *Le suicide chez les agriculteurs du sud Manche de 1969 à 1989, mémoire de maîtrise de sociologie*, Université de Caen, juin 1993.
- 11 Yves DUPONT : *Sorcellerie et modernisation de l'agriculture en pays du bocage* in, *Sorcellerie, bocage et modernité*, Cahier du LASA n°1, Université de Caen, 1985.
- 12 Jeanne FAVRET-SAADA : *Les mots, la mort, les sorts, la sorcellerie dans le bocage*, Éditions Gallimard 1977.
- 13 *Ouest-France* du 21/10/91

La psychiatrie aux urgences du C.H.U. de Caen

par l'Équipe infirmière du pôle d'activité



I - Introduction

L'importance bien démontrée actuellement de la psychiatrie aux urgences des hôpitaux généraux justifie la présence d'une équipe médicale et paramédicale compétente en psychiatrie sur les sites d'accueil et d'urgence.

Dans la région Caennaise, après 9 ans de réflexion, a été

créé en septembre 1992, par convention interétablissement CHU-CHS et redéploiement de personnel, le pôle d'Activité Intersectoriel d'Urgence Psychiatrique du CHU de CAEN, composé d'une équipe médicale (1 praticien hospitalier temps plein dépendant du CHU, suppléé à partir du 1/11/1995 d'un assis-

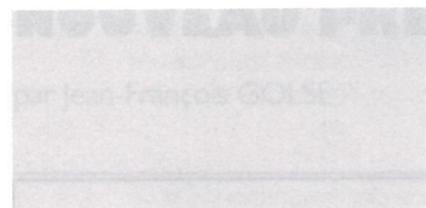
tant de spécialité dépendant du CHS) et paramédicale (5 infirmiers (ères) issus du CHS et 1 infirmière issue du CHU), qui travaille en collaboration avec l'équipe de soins généraux. Par un choix délibéré et consensuel, le pôle d'activité n'est pas un lieu excentré : il se caractérise au contraire non seulement par une absence de

lits-porte, mais surtout par la mobilité de son personnel qui peut intervenir en fonction des besoins tant dans le secteur de médecine, que dans le secteur de chirurgie, voire dans les services de soins somatiques du CHU dans certaines situations d'extrême urgence.

II - La prise en charge

A - Accueil

L'accueil est un moment important pour dédramatiser l'arrivée sur le site des urgences, lieu par définition chargé d'émotion et d'anxiété. L'équipe infirmière réalise un premier entretien qui



permet d'obtenir de rapides informations et reçoit la famille si elle est présente afin de la rassurer et de l'accompagner près du patient dès que possible. C'est souvent au détour du couloir qui mène aux boxes de Médecine, que les proches expriment leur angoisse face à une situation de crise qu'ils ne peuvent plus maîtriser, et ils donnent souvent à ce moment là les renseignements dont l'équipe a besoin.

B - Recueil de l'information

L'équipe infirmière a acquis progressivement un savoir-faire dans le recueil de l'information, tant pour obtenir de la part des transporteurs des renseignements souvent précieux, que pour joindre l'entourage ou les services de psychiatrie dans lesquels le patient a été antérieurement hospitalisé. Il est également indispensable

de bien maîtriser les divers aspects de la législation psychiatrique. L'infirmier psychiatrique se retrouve donc être le dépositaire d'informations qui ne servent pas uniquement à la prestation psychiatrique.

C - Les soins

Une bonne collaboration avec l'équipe de soins somatiques s'avère indispensable.

- 1 - L'abord somatique immédiat du patient est une priorité

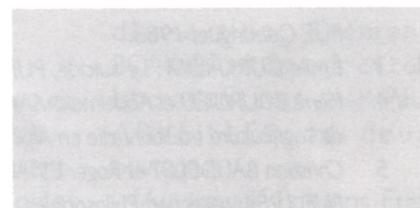
aux urgences et s'avère nécessaire dans quasiment tous les cas, en particulier dans la première évaluation des suicidants, dont le risque premier est lié à la gravité de l'intoxication médicamenteuse, ainsi que dans les indications médico-psychologiques complexes. Par ailleurs, l'intégration de l'équipe de psychiatrie lui permet, dans certaines situations, d'assumer l'ensemble des soins, somatiques et psychologiques.

- 2 - L'évaluation psychiatrique se déroule généralement en deux temps, avec un premier entretien infirmier, puis une prestation médicale. Le fonctionnement par binôme infirmier-médecin permet si nécessaire d'éviter les entretiens successifs susceptibles de lasser, voire d'anxiéter le patient et son entourage.

Dans le contexte de l'urgence, l'équipe de soins psychiatrique est plus particulièrement confrontée à trois cas de figures, à savoir la décompensation d'un trouble psychiatrique, la vulnérabilité psychobiologique et la situation de crise.

D - L'information

L'équipe a également une mission d'information auprès du patient et de sa famille qui se trouve souvent démunie devant la réalité du fait psychique.



S'il est important de rassurer, il est paradoxalement parfois nécessaire de dramatiser une situation dans le sens de la débanaliser et par exemple,

de re-situer des symptômes ou un geste autoagressif dans son contexte, voire préciser sa gravité.

Les patients, leur famille ou plus généralement leur entourage ont peu d'informations sur la réalité des soins psychiatriques. L'équipe ne se donne pas le droit de ne pas donner tous les renseignements possibles concernant la pathologie, l'orientation et les possibilités de prise en charge, ce qui explique parfois l'existence d'un hiatus entre l'équipe de psychiatrie des Urgences et l'équipe du service de psychiatrie receveur. En effet, ces deux équipes, ayant par définition une formation similaire, n'évoluent pas dans une même dimension temps. Un service de soins hospitalier travaille avec une infrastructure et des repères temporo-spatiaux permettant de prendre le temps d'évaluer l'état psychique du patient et de porter un diagnostic aussi précis que possible, alors qu'une équipe de psychiatrie localisée au niveau d'un service d'urgence "joue contre la montre", et doit assurer en un minimum de temps une prestation optimale, malgré des difficultés certaines. Les soins sont donc présentés en fonction de ce qui peut être fait, de ce que l'on peut ou ce que l'on ne peut pas proposer, de ce qui va être fait, et ceci est, pour un témoin direct, un changement certain dans le domaine de la psychiatrie.

Parallèlement, l'équipe informe le patient et son entourage de leurs droits, comme par exemple le libre choix du lieu de l'hospitalisation, de l'équipe de soins, ainsi que la possibilité pour les familles, dans les cas nécessitant une hospitalisation contrainte en hospitalisation à la demande d'un tiers, situation hautement culpabilisant,

d'interrompre les soins par une demande de sortie contravis médical.



III - Conclusion

Une des meilleures façons d'évaluer le fonctionnement d'une équipe de psychiatrie participant aux urgences d'un hôpital général tel que le CHU de Caen est probablement d'écouter les commentaires des équipes médicochirurgicales avec lesquelles le travail de prise en charge du patient dans sa globalité est une réalité quotidienne. Selon eux, la présence d'une équipe de psychiatrie aux Urgences a changé le regard, l'attitude et le comportement du personnel des soins somatiques par rapport à la psychiatrie et,

ce qui est encore plus important, par rapport aux patients souffrant de troubles psychiques.

Si cela est, l'équipe du Pôle d'Activité Intersectoriel d'Urgences Psychiatriques, malgré son très faible effectif qui ne lui permet pas d'assurer une permanence paramédicale 24 h/24 h, aura tenu une grande part de ses engagements, et aura gagné un pari d'une importance capitale pour le futur.

Dr Françoise CHASTANG
Annick DESMOULINS,
Monique BISSON,
Jean-Jacques DAVY,
Stéphane JOSSET,
Chantal PROVOST,
Sophie REMAUD,
Chapour SARTCHAMI